

DESCENTRALIZACIÓN Y COORDINACIÓN DE LA SANIDAD EN EL ESTADO AUTONÓMICO

Koldo ECHEBARRÍA
Joan SUBIRATS

I. DESCENTRALIZACIÓN, INTERACCIÓN Y COORDINACIÓN EN ESTADOS COMPUESTOS: UN ENFOQUE POSIBILISTA

LOS estados compuestos se caracterizan por el intergubernamentalismo. Esto significa que la articulación entre los poderes públicos no puede entenderse en exclusiva desde un tratamiento normativo-constitucional, basado en la separación formal y estática de las competencias entre niveles de gobierno. De hecho, las capacidades reales de intervención de cada autoridad en un sector determinado llegan a depender, más que de sus competencias formales, de factores como las disponibilidades presupuestarias, el acceso a información relevante o la magnitud de sus recursos técnicos. Esto provoca que los sistemas de coordinación terminen siendo el resultado, más que de las previsiones formales del derecho constitucional, de complejos procesos de interacción y negociación intergubernamental.

Esta dinámica provoca una creciente complejidad e interdependencia en las relaciones entre niveles de gobierno, con efectos disfuncionales sobre la eficacia y la eficiencia del gasto y las políticas públicas (Gomà y Subirats, 1998). En Estados Unidos se ha hablado de «hiperintergubernamentalismo» (Lovell, 1983) para destacar las patologías de este sistema de relaciones: ineficacia

administrativa, con un laberinto creciente de vínculos —horizontales, verticales y diagonales— que fragmentan la responsabilidad; ineficacia fiscal, con duplicación de programas y descontrol del gasto, e ineficacia política, con la subordinación creciente a redes de intereses que diseñan las políticas públicas. La literatura alemana también se caracteriza por una lectura crítica del sistema de relaciones intergubernamentales, al que acusan de conducir al bloqueo con su obsesión por evitar el conflicto entre niveles de gobierno interdependiente, en lo que se ha llamado la «trampa de la decisión conjunta» (Scharpf, 1975).

Las consideraciones anteriores ciernen una sombra de preocupación sobre la evolución de nuestro sistema autonómico, cuyas actuales perversiones corren el riesgo de hacerse más intensas. Esta posibilidad se acrecienta, como sucede en nuestro país, por la existencia de autonomías con fuertes identidades nacionales, que se perciben diferentes a las demás y pueden mostrarse poco inclinadas a la cooperación, ofreciendo las mayores dificultades para acciones correctivas emanadas del centro. La tentación fácil de importar modelos comparados de sistemas más homogéneos que el nuestro debe ceder al desarrollo de soluciones propias que sean compatibles con nuestro contexto histórico y político, que acepten el conflicto como algo consustancial en un paisaje de fragmentación institucional, y que más bien

procuren articular espacios de diálogo, negociación y consenso entre esos distintos actores y niveles de gobierno.

El Estado autonómico necesita ajustes institucionales, basados en una teoría de la coordinación y el control compatible con sus especificidades. Esto supone, como en cualquier sistema de control, que, *de facto* o *de iure*, debe operar con el consenso de los sujetos controlados, y que su principal problema es obtener su consentimiento y adhesión. Las disfunciones en la distribución competencial y sus efectos sobre el gasto público ni justifican ni hacen factible que el Estado reaccione poniéndose como baluarte de una pretendida racionalidad general, generalizando mandatos normativos, por vía de normas básicas, que ignoren los poderes discrecionales de las comunidades autónomas y menosprecien la necesidad de suscitar su consentimiento previo. La experiencia nos indica que las intervenciones centrales, basadas en la coerción normativa para lograr la subordinación de los gobiernos subestatales a objetivos de política general, están generalmente orientadas al fracaso, dada la capacidad de resistencia que pueden encontrar. En nuestra opinión, las relaciones intergubernamentales necesitan un doble proceso de clarificación, tanto en el reparto de funciones entre niveles de gobierno como en la aplicación selectiva de instrumentos de coordinación y control (*).

II. LOGROS E INCERTIDUMBRES DEL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN SANITARIA EN ESPAÑA

La descentralización del sistema sanitario escenifica con vive-

za las tensiones del desarrollo autonómico en España, dada su posición central en el desarrollo presupuestario y competencial de las comunidades autónomas. No en vano la sanidad representa más de la tercera parte de los recursos transferidos a las autonomías y unas cuotas muy importantes de su presencia real en la vida cotidiana de los ciudadanos. En las páginas siguientes, nos proponemos analizar este proceso, en el que se plasman los efectos de la difícil articulación entre los equilibrios inestables del propio sector sanitario y del desarrollo autonómico.

En el ámbito sanitario, se suele señalar la aprobación de la Ley General de Sanidad en 1986 como el momento en el que se formaliza el nuevo modelo de organización territorial sanitaria. Sin embargo, el proceso se había iniciado con anterioridad con el traspaso del INSALUD a Cataluña en 1981 y a Andalucía en 1984, que recibieron y ejercieron las competencias que les reconocían sus estatutos, sin esperar al desarrollo de la legislación básica estatal. Con la Ley General de Sanidad ya aprobada, se sumaron, por este orden, el País Vasco, la Comunidad Valenciana, Galicia, Navarra y Canarias, que completan, hasta un total de siete, las comunidades autónomas con competencias de asistencia sanitaria, sumando el 61 por 100 de la población protegida.

La Ley General de Sanidad se remite a la Constitución y a los estatutos de Autonomía en la delimitación de competencias entre el Estado y las comunidades autónomas. De acuerdo con estas normas, el Estado sólo se reserva las competencias de coordinación general de la sanidad, la legislación sobre productos farmacéuticos, la sanidad exterior y la alta inspección. En este mar-

co, la Ley General de Sanidad perfila el modelo territorial en el ejercicio de las competencias básicas del Estado, siendo su propósito compatibilizar la integración de los servicios sanitarios con la descentralización territorial. Transcurridos más de diez años desde la aprobación de la Ley General de Sanidad, su modelo continúa inacabado, con marcadas diferencias entre comunidades autónomas: las llamadas de vía rápida, a las que se sumaron Valencia y Canarias por ley de delegación, asumen las competencias de gestión de la asistencia sanitaria de la seguridad social; las restantes, para igualar el techo competencial de las anteriores, precisan reformar sus estatutos o bien recibir las competencias por ley de transferencia o delegación.

1. Un modelo inconcluso de descentralización sanitaria

Como en otros sectores, es difícil evaluar los resultados de este modelo de descentralización territorial sin tener en cuenta los desajustes que se generan en el nacimiento y desarrollo de las nuevas administraciones. El proceso autonómico se realiza sin el soporte de un marco de referencia claro, ni político ni administrativo, que perjudica notablemente la racionalidad del asentamiento de los servicios públicos. En el plano político, después de unos comienzos difíciles, los Pactos Autonómicos de 1981 despejaron las grandes incógnitas, dibujando los trazos gruesos del modelo de descentralización. Al mismo tiempo, la jurisprudencia constitucional permitió pacificar los conflictos competenciales, que quedaron reconvertidos a problemas esencialmente técnico-jurídicos, a dirimir jurisdiccio-

nalmente. Sin embargo, algunas cuestiones de no poca importancia han tendido hasta ahora a cerrarse en falso para reabrirse periódicamente en función de la coyuntura política. Dos de ellas, en particular, merecen ser destacadas por el fuerte impacto que tienen sobre la coherencia del modelo de descentralización sanitaria.

De las cuestiones pendientes en el plano político, la más relevante es, sin duda, la que afecta a la financiación, dada su importancia y la dificultad intrínseca que entraña su solución en el entorno altamente competitivo y politizado que caracteriza al Estado autonómico. La financiación de la sanidad ha permanecido, desde el inicio de las transferencias, al margen del sistema general de financiación autonómica como consecuencia, en principio, de su vinculación al presupuesto de la seguridad social y, más adelante, de la especificidad que recoge la Ley General de Sanidad.

La financiación sanitaria de las comunidades autónomas se basa en el criterio plano de la población protegida, del que se deriva el porcentaje de los recursos totales que corresponden a cada una. La aplicación de este criterio, en sí mismo escasamente equitativo, al no reconocer la elasticidad al nivel de renta del consumo sanitario, el grado de envejecimiento de la población y factores estructurales externos de las prestaciones (como los desplazados o los centros de referencia) ha estado dominado por la improvisación según se sucedían los traspasos a las comunidades autónomas. Esta circunstancia ha convertido la financiación autonómica en un motivo de incertidumbre para los responsables políticos y técnicos de la gestión, y de conflictos entre el INSALUD y las comunida-

des autónomas, y de éstas entre sí. No debe extrañar que, a pesar de la aplicación del criterio de financiación per cápita, las diferencias reflejadas en los presupuestos de las comunidades autónomas vayan desde un 8 por 100 de infrafinanciación hasta un 17 por 100 de sobrefinanciación. El resultado es la crisis permanente del modelo de financiación, que bien puede decirse no existe como tal.

La segunda cuestión de índole política afecta a la superación de heterogeneidad competencial entre comunidades autónomas en materia sanitaria. Como hemos adelantado, sólo siete de ellas han asumido la plenitud de las competencias asistenciales, manteniéndose para el resto la red del INSALUD. La disparidad de los regímenes competenciales perturba la coherencia de los mecanismos de gestión y coordinación sanitaria: por un lado, el Ministerio de Sanidad ve escindida su identidad entre la de gestor directo y coordinador del sistema. Además, en las comunidades que no han recibido las transferencias del INSALUD se producen incongruencias de difícil justificación, como la separación entre las competencias de salud pública ya transferidas y las de gestión asistencial no transferidas, o la duplicidad de redes en el territorio, entre los centros de las diputaciones y ayuntamientos gestionados por las comunidades autónomas y los centros que permanecen a cargo del INSALUD.

Estas razones parecen suficientes para completar la transferencia en el más breve plazo posible. Sin embargo, ni los acuerdos autonómicos de 1992 ni la Ley Orgánica de 1993, de ampliación de competencias estatutarias de las comunidades autónomas, contemplan esta posibilidad. Esto supone la necesi-

dad de que las comunidades del artículo 143 (con excepción de Aragón) asuman por delegación legislativa o reforma estatutaria la gestión de la asistencia sanitaria, y que se lleven a efecto los traspasos. Ahora bien, la resolución del problema pendiente de la financiación condiciona la viabilidad de los traspasos, especialmente para la Comunidad de Madrid, que vería reproducidas y ampliadas las insuficiencias presupuestarias que sufre Cataluña.

Por debajo de estas grandes cuestiones, las hipotecas de la descentralización han sido notables en el plano administrativo, condicionando negativamente una asunción eficaz de las competencias sanitarias por parte de las comunidades autónomas. Vamos a destacar cuatro de ellas, acaso las más relevantes:

- En primer lugar, *la forma de negociación de los traspasos ha llenado de perplejidades el ejercicio posterior de las competencias*. La politización de la decisión y la desconfianza que presidió las negociaciones convierte las transferencias en objeto de transacción política sobre los presupuestos y los medios personales y materiales. Dadas la asimetría de información entre los negociadores y la urgencia política de las comunidades autónomas para asumir sus competencias, no deben extrañar las acusaciones de agravio comparativo y su traslado a reivindicaciones de «deuda histórica» que se han formulado desde comunidades como Andalucía o Galicia.

- En segundo lugar, *la instrumentación técnica de los traspasos tampoco ha sido la más adecuada*, al parcelarse bloques competenciales por títulos jurídicos formales, de acuerdo con su tradicional adscripción en los ministerios, pero que en la realidad se encuentran fuertemente inter-

relacionados. De este modo, se ha trasladado a las comunidades autónomas la disfuncionalidad de una organización ministerial que si por algo se caracteriza históricamente en el terreno sanitario es por su fragmentación.

- En tercer lugar, *las transferencias se han visto condicionadas por el lento e incompleto ejercicio por parte del Estado de sus competencias básicas*. Como hemos indicado, algunas transferencias se produjeron con carácter previo a la aprobación de la Ley General de Sanidad, obligando al legislador autonómico a interpretar las bases estatales. En otros casos, la incertidumbre se sitúa en la ausencia de desarrollo legislativo de la propia Ley General de Sanidad, independientemente ya de las fechas de los traspasos.

- Por último, *la Administración local*, protagonista tradicional en la política de salud, y con un peso todavía considerable en el ámbito de la salud pública, *ha quedado descolgada del proceso de reestructuración de responsabilidades entre niveles de gobierno*. La Ley General de Sanidad obliga a las comunidades autónomas a reconocer sus competencias, pero éstas han quedado lejos de articularse coherentemente en la nueva organización sanitaria.

2. Los modelos sanitarios de las comunidades autónomas

La concreción organizativa de las competencias sanitarias, en una primera fase, tiende a la reproducción del modelo estatal, exacerbado incluso por el afán de integrar y consolidar la red asistencial. También puede advertirse una segunda fase desde comienzos de los noventa —cu-

ya evolución es muy desigual en las distintas autonomías—, en la que se cuestiona abiertamente el modelo heredado y se buscan alternativas. Vamos a considerar brevemente ambos períodos.

A pesar de que el principio dispositivo que rige la construcción autonómica se aplica también a la organización administrativa, las comunidades autónomas revelan inicialmente un panorama bastante similar, tanto entre ellas como en relación con el Estado. El sector salud no escapa a este mimetismo, en relación con el que podemos destacar algunos rasgos de efectos claramente disfuncionales:

- En primer lugar, aparece *la fragmentación de las estructuras departamentales que asumen competencias en materia de salud*, fruto de la repetición de la división de funciones entre los ministerios (por ejemplo, sanidad laboral en Trabajo, o sanidad animal en Agricultura). Los problemas históricos de articulación competencial en la Administración del Estado reaparecen en las autonomías, provocando la multiplicación de órganos interdepartamentales de coordinación de alto coste y más que dudosa eficacia. En parecidos términos de fragmentación y mimetismo, la división vertical del trabajo en la administración sanitaria repite, por inercia, la arcaica letanía estatal de servicio, sección y negociado.

- En segundo lugar, las comunidades autónomas *han repetido el modelo INSALUD para la organización de sus servicios asistenciales*, agrupando en un organismo autónomo la red transferida de la entidad gestora, a la que se han añadido centros originarios de la beneficiencia municipal o de las diputaciones provinciales que, en casi todos los casos, han quedado absorbidos

en una organización burocrática unitaria, perdiendo su singularidad. De momento, ocho de los catorce servicios de salud constituidos (ya lo han hecho algunas comunidades autónomas que no han recibido la transferencia del INSALUD) configuran su naturaleza como organismos autónomos administrativos (Andalucía, Aragón, Canarias, Galicia, La Rioja, Madrid, Navarra y País Vasco). Sólo quedan fuera del modelo la Comunidad Valenciana (cuyo Servicio Valenciano de Salud fue inicialmente un organismo autónomo) y Cataluña (que también lo reprodujo en un principio a través del Instituto Catalán de la Salud).

La asunción del modelo entidad gestora, justificado inicialmente por la dependencia del sistema de financiación de la seguridad social y la búsqueda de una cierta autonomía en la gestión asistencial, puede juzgarse contraproducente en dos sentidos: por un lado, produce una bicefalía entre el departamento y el servicio de salud que es causa de confusión en la dirección estratégica del sistema; por otro lado, el fortalecimiento burocrático de la administración de los servicios de salud produce un efecto de hipercentralización de la gestión de recursos, incrementando la rigidez del sistema y creando un poderoso núcleo de poder e intereses que, al verse amenazado por los proyectos de reforma, va a tender a posicionarse en su contra.

- En tercer lugar, *los instrumentos orientados a la gestión de recursos y, en particular, el presupuesto, han pecado de formalismo e inflexibilidad propios de la tradición estatal*, con efectos perversos sobre el control efectivo de costes y resultados. Este hecho, unido a la insuficiencia presupuestaria endémica del sistema sanitario y a la irresis-

tible presión política hacia la expansión de los servicios, explica el resultado caótico de la gestión económica de la sanidad autonómica, que repite y, en algún caso, acentúa los males del INSALUD. Las fuertes desviaciones en la liquidación presupuestaria, la falta de fiabilidad de los estados financieros por ocultación de gastos y aplazamiento de pagos, la incertidumbre de los directivos sobre los recursos verdaderamente disponibles, la escasa transparencia en la adjudicación de contratos a proveedores, son síntomas que evidencian un sistema de incentivos contradictorios con las exigencias de una gestión eficiente de los recursos.

- Por último, *las comunidades autónomas han hecho una utilización abusiva de la confianza política en la designación de los puestos directivos del sistema sanitario*. Esta situación no es exclusiva de la sanidad, y constituye una de las disfunciones estructurales más relevantes de nuestro sistema administrativo, perturbando gravemente la estabilidad y orientación a largo plazo de las políticas públicas. En el caso del sector sanitario, el problema se ha visto agravado por un desarrollo espectacular de funciones directivas sin la cobertura de un régimen de empleo que las profesionalice y consolide.

En la inmensa mayoría de los casos, estos puestos han sido objeto, bajo diversas fórmulas jurídicas, de designación discrecional por un órgano político. Al margen de que los nombramientos hayan recaído en profesionales con suficiente formación y experiencia, su relación de empleo ha quedado marcada por las notas de precariedad y confianza propias de un puesto político. En estas condiciones, los valores de racionalidad gerencial de los que

se quiere hacer portadores a los nuevos gerentes resultan difícilmente compatibles con su sistema de acceso y mantenimiento en el cargo.

No obstante lo señalado hasta ahora, resultaría ingrato no reconocer el esfuerzo desigual, pero cierto, para adaptar la organización sanitaria a las exigencias asistenciales y económicas de los nuevos tiempos. De hecho, si en algún sector de servicios públicos puede constatarse un progreso tangible de innovación en la gestión pública, de acuerdo con la evolución de los países de nuestro entorno, habría que destacar al sector sanitario muy por encima del resto. El problema se sitúa, precisamente, en la dificultad de avanzar más allá de un determinado techo sin la adopción de reformas estructurales que afectan al conjunto de los servicios públicos, como las relativas al presupuesto, a la relación política-gestión o a la ordenación del empleo público.

Entre las comunidades autónomas corresponde a *Cataluña* el esfuerzo más notable en la búsqueda de alternativas al modelo organizativo heredado. Esta evolución es, en parte, el resultado de un mapa sanitario en el que la insuficiencia de los centros gestionados por la seguridad social contrastaba con una abundante oferta de naturaleza privada basada en fundaciones y entidades benéficas de base local. A partir de aquí, la convergencia entre las dos redes se hizo sin homogeneizarlas en una burocracia pública, sino más bien al contrario, trasladando a los centros públicos la lógica organizativa propia de los privados, a los que se aplican instrumentos de concertación. Todo ello se unió a una importante expansión de los equipamientos sanitarios en el territorio y a la elevación de los requisitos de acreditación y ho-

mologación de centros públicos y privados.

El modelo catalán se explicita, en 1990, en la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña, que se basa en una interpretación flexible de la Ley General de Sanidad. Se procede a la separación de las funciones de financiación y planificación, atribuidas al Servicio Catalán de la Salud, encargado de comprar los servicios a todos los centros, públicos y privados. El pago se establece a través de la Unidad Básica de Actividades (UBA), cuya valoración determina el Departamento de Sanidad. Al mismo tiempo, se prevén diversas fórmulas para dotar de autonomía a los centros de prestación de servicios, mediante la creación de consorcios o empresas públicas o, incluso, la realización de concesiones de gestión de servicios y de contratos de la gestión de centros o servicios con entidades de base asociativa formadas por profesionales sanitarios.

Todavía es pronto para juzgar los efectos de los cambios que supone un modelo tan sucintamente expuesto. Se ha avanzado mucho en el conocimiento de los costes de las actividades y en la aplicación de instrumentos de gestión, pero apenas si se ha hecho efectivo el traslado de los riesgos de la gestión de los financiadores a los proveedores, aplazando decisiones, políticamente difíciles, de reordenación hospitalaria. Además, apenas se ha avanzado en la separación de las funciones de financiación y provisión en el caso de los centros públicos agrupados en el Instituto Catalán de la Salud.

A pesar de las dificultades expuestas, Cataluña aparece como pionera en el conjunto de España a la hora de adoptar las fórmulas de organización sanitaria asumidas por los países más

avanzados de nuestro entorno (Gallego, 1986; Fundació Jaume Bofill, 1997). El llamado modelo sanitario catalán ha constituido la referencia obligada de las demás comunidades autónomas a la hora de adoptar sus propias innovaciones organizativas. Entre las más significativas, fuera de Cataluña, podemos señalar las siguientes:

— *Andalucía* ha hecho uso del contrato programa para regular las relaciones entre el Servicio Andaluz de Salud y la Consejería. También ha creado su propio sistema de evaluación de la actividad de los centros sanitarios: la EVA (Escala de Valoración Andaluza). Por último, ha promovido la autonomía de los hospitales de nueva creación, aplicando la figura de la entidad de derecho público sometida a derecho privado;

— el *País Vasco* ha adoptado recientemente su propia Ley de Ordenación Sanitaria inspirada en el Plan de Reforma de la Sanidad Vasca *Osasuna Zainduta* (Cuidando la Salud) aprobado en 1993. El objetivo es la separación de las funciones de financiación y provisión mediante la creación de tres agencias de compra (una por territorio histórico) que establecerían contratos-programa con los centros asistenciales, cuya autonomía de gestión se pretende ampliar;

— finalmente, *Galicia* ha recurrido a la figura de la fundación pública de derecho privado para dotar de autonomía de gestión a los hospitales de nueva creación, que fijan su relación con el Servicio Gallego de Salud mediante contratos-programa.

Estas incipientes reformas ponen de manifiesto la evolución plural de la organización sanitaria que nos va a deparar el régimen autonómico, posibilitando

modelos diferentes de asistencia sanitaria en función de las circunstancias políticas y económicas de cada autonomía. De asumirse la separación entre las funciones de financiación y provisión de servicios, la forma de concretarse puede ser muy diferente: las funciones de compra de servicios pueden desempeñarse por una agencia de contratación, una organización de atención primaria o una combinación de ambas; del mismo modo, la prestación de servicios puede realizarse por una gran variedad de organizaciones públicas, privadas y mixtas sujetas a distintos tipos de relación con los titulares de compra. Todo ello no hace sino alertar sobre la necesidad de repensar en profundidad los instrumentos que garanticen la coordinación general del sistema, reconociendo el derecho de las comunidades autónomas a diseñar un modelo organizativo propio.

3. Igualdad y desigualdad en la política sanitaria descentralizada

La Ley General de Sanidad está presidida por una lógica integradora que se expresa en la idea de un único sistema nacional de salud. Se pretendía reconciliar la descentralización territorial de la sanidad, y la autonomía de las comunidades autónomas en el ejercicio de sus competencias, con el aseguramiento de unas bases comunes a todo el territorio estatal capaces de garantizar los valores constitucionales de solidaridad e igualdad. Con este fin, la Ley General de Sanidad desarrolla las competencias estatales, regula los instrumentos de coordinación y crea el Consejo Interterritorial de la Sanidad.

Transcurridos más de diez años desde la aprobación de la

Ley General de Sanidad, y alguno más desde el inicio del proceso de descentralización, podemos preguntarnos por el significado de las llamadas «bases comunes de la sanidad»: ¿cómo puede hablarse de igualdad efectiva de los españoles ante el sistema sanitario?, ¿supone la ciudadanía autónoma derechos y obligaciones diferentes ante el sistema sanitario?

Para abordar adecuadamente estas preguntas, hay que partir de la constatación de que el derecho a la salud forma parte de los llamados derechos sociales o derechos del bienestar, que, a diferencia de los derechos y libertades políticas, dependen para su efectividad de la intervención prestacional de los poderes públicos. La mediación política y administrativa a través del reconocimiento de las necesidades, la asignación de recursos, la organización de los servicios, la actuación directa e individual de los operadores de servicio, y hasta el propio comportamiento del usuario, contribuyen de forma decisiva a la concreción del derecho para cada ciudadano. Esto supone la diversidad intrínseca de las prestaciones sanitarias, que tienden a concentrarse de forma diferente en cada caso.

El problema radica en determinar cuáles serían las condiciones y contenidos mínimos de la prestación a garantizar en todos los casos. La dificultad que supone especificar los contenidos esenciales de la prestación no es infrecuente que derive hacia la limitación del ejercicio de la autonomía organizativa de los operadores. Esto suele hacerse imponiendo modelos organizativos o de gestión uniformes, bajo la hipótesis de que la igualdad de medios o de procedimientos produce igualdad de resultados. Esto, sin embargo, no sucede cuando las necesidades y las

condiciones de partida no son las mismas, produciendo efectos contrarios a los deseados, es decir, un déficit de igualdad efectiva bajo la experiencia de uniformidad. Esto significa que el concepto de igualdad efectiva al que se refiere la Ley General de Sanidad sólo puede establecerse en clave de condiciones de acceso al disfrute de los derechos y mediante la especificación de los requisitos esenciales del contenido de la prestación, sin que resulte posible ni deseable anticipar plenamente su contenido, ni los modelos organizativos para alcanzarlos.

En el ámbito estatal, la delimitación del contenido garantizado del derecho a la salud sólo puede expresarse razonablemente en términos de un mínimo común denominador. Este mínimo estaría compuesto por las condiciones que regulan el acceso (universalidad en este caso), las garantías mínimas de su ejercicio (los derechos básicos de la Ley General de Sanidad) y las necesidades cubiertas en todo el territorio con carácter gratuito. Esto definiría las condiciones de la póliza de aseguramiento, extensible a todos los ciudadanos para el conjunto del territorio. Su contenido, no obstante, no tiene por qué permanecer inmutable, pudiendo avanzar en sus exigencias en la medida del progreso de los servicios sanitarios y de la conciencia social sobre el valor del derecho a la salud en el conjunto de España.

A partir de aquí, es razonable aceptar, como de hecho ya ocurre, que las comunidades autónomas ofrecen a los ciudadanos condiciones diferentes, añadiendo derechos y estableciendo obligaciones mediante copagos, impuestos finalistas o recargos sobre impuestos. Esto supone que las autonomías deberían ejercer sin cortapisas las capaci-

dades de jerarquizar el uso de los recursos entre distintos sectores de servicios públicos, de acuerdo con sus propios objetivos gubernamentales. También serían libres de organizar los servicios sanitarios en su territorio, de acuerdo con el modelo que consideren más conveniente, incluyendo la participación de proveedores públicos y privados. Estas decisiones producirán, y de hecho ya producen, diferencias, a menudo significativas, entre los ciudadanos de diversas comunidades autónomas en la concreción de sus derechos y obligaciones con respecto a la salud (prestaciones cubiertas, efectividad de éstas —listas de espera, libre elección— y grado de coparticipación de costes). De ellas podrán pedir cuentas a sus representantes políticos a través del sistema electoral.

El problema en estos momentos es que, más allá del reconocimiento común de la universalidad y la casi gratuidad de las prestaciones, el Sistema Nacional de Salud no está en condiciones de garantizar a todos los españoles ni siquiera el mínimo común denominador al que nos referíamos. En la actualidad, el Sistema Nacional de Salud es más bien un conglomerado de los servicios de las comunidades autónomas, cada uno de ellos con su propia inercia organizativa y asistencial, que se expresa en contenidos diferentes que los ciudadanos más informados aprovechan mediante desplazamientos. De hecho, ni siquiera se está en condiciones de conocer con claridad cuáles son en la actualidad estas diferencias.

Hay que reconocer, a pesar de ello, el primer paso que supone el Decreto 63/95 para la concreción del contenido mínimo del derecho a la salud, estableciendo, de forma muy genérica, las prestaciones del sistema sani-

tario público y los criterios generales de admisión y exclusión. Como la experiencia pone de manifiesto, se trata de una elaboración muy difícil, tanto por deber conciliar las prioridades estatales con las locales como por la extraordinaria fluidez de la asistencia sanitaria, que obliga a un procedimiento permanente de adaptación difícil de encajar en una disposición normativa. En cualquier caso, hay que insistir en el contenido mínimo de esta ordenación, dirigida a velar para que no se produzcan discriminaciones en el acceso ni desigualdades inaceptables en las prestaciones, desde la lógica de un mínimo denominador común para el conjunto de los ciudadanos españoles.

III. MECANISMOS DE INTERACCIÓN EN POLÍTICA SANITARIA. INSTRUMENTOS Y ACTORES

La efectividad del reconocimiento de unos derechos y obligaciones mínimas y comunes para toda la ciudadanía en el conjunto del territorio depende de la existencia y correcta aplicación de funciones e instrumentos de coordinación intergubernamental que se recogen expresamente en la Ley General de Sanidad. La experiencia, de momento, pone de manifiesto una pobre utilización de estos mecanismos, como consecuencia de lógicas de relación entre niveles de gobierno que son poco compatibles con su efectiva puesta en práctica.

En este déficit de desarrollo de la coordinación supracomunitaria, al Ministerio de Sanidad se le puede achacar su concentración en la gestión directa de las competencias asistenciales del INSALUD, que ha dejado en se-

gundo plano sus funciones coordinadoras. Tampoco ha contribuido a la consolidación de estas funciones su interpretación ministerial en clave de supremacía sobre las comunidades autónomas, una lógica de control incompatible, además de inaplicable, ante instituciones políticamente descentralizadas. Las comunidades autónomas, por su parte, han pecado de ensimismamiento y desconfianza hacia el nivel estatal, y de falta de comprensión de sus mutuas dependencias y, por tanto, del reconocimiento de la importancia de cauces fluidos de coordinación.

En un futuro, puede confiarse en que una combinación de factores cree las condiciones adecuadas para llenar de contenido funciones e instrumentos de coordinación, algunos todavía inéditos. Las transferencias del INSALUD a las comunidades autónomas, aún pendientes de realizar, suponen para el Ministerio de Sanidad un punto de no retorno en este sentido; una vez efectuadas, perderá la capacidad de influencia sobre el conjunto del sistema que le otorga en estos momentos la gestión directa del 40 por 100 de la población protegida, con lo que, de no desarrollar en profundidad las funciones e instrumentos de coordinación que se le atribuyen, sus responsabilidades integradoras pueden quedar vacías de contenido.

Al mismo tiempo, el escenario de disciplina presupuestaria y presiones asistenciales, desde la oferta y la demanda, que se dibuja a largo plazo está poniendo a prueba el afán de diferenciación que ha presidido hasta ahora el desarrollo autonómico. Las autoridades sanitarias van a estar muy necesitadas de apoyos mutuos y acuerdos estatales para no enfrentarse en solitario a las impopulares decisiones eco-

nómicas y asistenciales que, a buen seguro, van a tener que adoptar.

En las páginas siguientes, hacemos una breve consideración de las citadas funciones y mecanismos de coordinación y de su desarrollo deseable en los próximos años, desde la perspectiva de un sistema sanitario ya totalmente descentralizado.

1. Planificación integrada y coherente con el sistema de financiación

Todo sistema que desee conseguir una asignación eficiente de recursos necesita dotarse de un marco de planificación que, desde la evaluación cabal de las necesidades y la anticipación de los recursos disponibles, pueda identificar las prioridades y los objetivos a cumplir, respaldados por compromisos efectivos de actuación. Ahora bien, la planificación reviste características diferentes en un sistema centralizado que en uno descentralizado.

En el primero, la fuerza de la planificación viene del principio jerárquico, y parece lógico que su énfasis se sitúe en el contenido, es decir, en la aplicación de técnicas de análisis que, desde la racionalidad económica, determinen los cursos de acción idóneos para la asignación de recursos. Un sistema descentralizado es, básicamente, un sistema politizado, donde la ausencia de una autoridad jerárquica hace objeto de discusión permanente las cuestiones y los criterios sobre los que aplicar las técnicas de la racionalización planificadora; dicho en otras palabras, no se está en condiciones de determinar qué actuación es más eficiente si antes no hemos definido los criterios de eficacia, como,

por ejemplo, la equidad, cuya definición sólo puede ser objeto de un acuerdo de naturaleza política entre actores de naturaleza política.

De este carácter esencialmente político de la planificación en un entorno descentralizado se deriva un rasgo esencial de aquélla, que es el énfasis en el proceso por encima del contenido. La planificación sólo puede concebirse como la escenificación del consenso entre autoridades dotadas de autonomía política que, en un juego de suma positiva, se ponen de acuerdo en definiciones comunes de sus necesidades, en la identificación de prioridades superiores y en la asignación de recursos conforme a estas prioridades.

Desde esta perspectiva de coordinación no jerárquica, el actor que se sitúa en el centro en el caso del sistema sanitario, el Ministerio de Sanidad y Consumo, combina en diverso grado las funciones del experto, del árbitro y de la autoridad central a la que corresponde la defensa del todo por encima de las partes. El grado en que cada una de estas funciones se puede ejercer en la realidad depende de las capacidades y recursos con los que se encuentra dotado el actor central. Para destacarse en un papel más integrador de tipo corporativo, donde predomina la función de autoridad, es imprescindible que disponga, más allá de títulos formales, de capacidades y medios (especialmente recursos financieros) con los que hacer posible la unión de las partes en compromisos comunes.

En el sistema sanitario español, la planificación se concibe como una tarea compartida por el Estado y las comunidades autónomas. A éstas les corresponde la aprobación de sus respectivos planes de salud, en donde

se establecen las áreas de intervención y los programas de actuación. El Estado, por su parte, desarrolla su función planificadora en el ámbito de sus propias competencias, en los planes estatales, que establecen programas intersectoriales a desarrollar por las distintas administraciones y fijan áreas de actuación. En ambos casos, nos encontramos ante instrumentos de planificación de orden fundamentalmente jerárquico, en los que cada administración programa sus actuaciones en sus respectivas jurisdicciones.

En el marco de la planificación descentralizada o no jerárquica se sitúa el llamado, por la Ley General de Sanidad, Plan Integrado de Salud, que es el instrumento de planificación con el que se ordena globalmente el sistema de salud en España. Se concibe como el instrumento que fija la política sanitaria para el conjunto de España, basándose en las prioridades derivadas de la situación sanitaria de todo el territorio. Como tal, es un instrumento fuertemente ligado a los valores de solidaridad e igualdad de todos los ciudadanos y a las necesidades de equilibrar las capacidades sanitarias disponibles en las distintas partes del territorio. También es el mecanismo idóneo para incorporar prioridades y obligaciones de política sanitaria asumidas por el Estado ante la Unión Europea y las instituciones internacionales, pero que deben ejecutarse de forma descentralizada por los servicios de salud competentes.

No se trata, por tanto, de una mera adición de las políticas y prioridades fijadas en los planes autonómicos. Se trata, más bien, de complementar éstas, dado su alcance parcial y la limitación de recursos de cada autoridad sanitaria. Sólo buscando una lógica de alcance supraautonómico, el

Plan Integrado de Salud sería capaz de proporcionar valor añadido y dotar de una mayor integración al conjunto del sistema sanitario.

El Plan Integrado de Salud debería, entre otras cosas, fijar un catálogo de servicios supracomunitarios que, por razones de economía de escala, deban proveerse por centros de referencia o interés nacional, identificando aquéllos que cumplen esta función o planificando su localización en el futuro. Del mismo modo, el Plan debería definir los indicadores que permitan evaluar, de acuerdo con las prestaciones que se definan para el conjunto del sistema, las necesidades de centros y servicios sanitarios conforme a las cuales evaluar los desequilibrios territoriales y fijar las prioridades de actuación y asignación de recursos.

2. Sistemas de información transparentes y fiables

La información es la base sobre la que pueden desempeñarse las funciones de coordinación del sistema. Sin flujos de información suficientes y veraces en todas las direcciones, no es posible hacer viables las funciones de planificación y asignación de recursos antes descrita, ni la mayoría de las que se señalan a continuación. Al mismo tiempo, la cantidad y calidad de la información compartida es una buena medida del capital de confianza depositado en el sistema, sin el que difícilmente puede progresar la coordinación en un entorno descentralizado.

La Ley General de Sanidad señala, en su artículo 40, la competencia del Estado para el desarrollo de sistemas de información sanitaria y la realización de

estadísticas de criterios generales supracomunitarios. Esto se ha plasmado en la creación de diversos registros de información en materia de salud pública, ordenación de las profesiones sanitarias, farmacia y asistencia sanitaria. Sin embargo, ello no supone la existencia de un auténtico sistema de información sanitaria para el conjunto del sistema que sirva de base para desempeñar las funciones de coordinación. Los problemas se sitúan tanto en la inexistencia de una infraestructura de información en red que permita la circulación de los datos como en la indefinición del modelo de datos supracomunitario y la inexistencia de estándares de captura, procesamiento y almacenamiento de la información por parte de los distintos operadores sanitarios.

Esta situación cuestiona la posibilidad de hacer efectivos los instrumentos de coordinación, ya que dependen por completo de la existencia de información para su puesta en práctica. Esto es especialmente relevante para poner en marcha el Plan Integrado de Salud con efectos financieros, que requiere, con carácter previo, disponer de índices o criterios para evaluar las necesidades de servicios y centros sanitarios con ámbito tanto comunitario como supracomunitario; también sería preciso hacer transparente la aplicación que se hace de los recursos por parte de las diferentes autoridades sanitarias, de modo que puedan verificarse el respeto de los compromisos en materia de adeudamiento o la adicionalidad de sus contribuciones a proyectos comunes financiados con el fondo de solidaridad.

Todo lo expuesto justifica la necesidad de superar la actual fragmentación de la información sanitaria en España, creando las

bases para un mayor intercambio de información entre las distintas partes del sistema. La disponibilidad de una información transparente y fiable sobre la gestión de servicios y centros es imprescindible para garantizar la confianza en el sistema de financiación. Permite la correcta y justa evaluación de los desequilibrios y la adjudicación de fondos adicionales, y también hace evidentes las desviaciones presupuestarias insolidarias con el conjunto del sistema. Constituye, asimismo, el requisito esencial para un funcionamiento coherente de la tarjeta sanitaria en todo el Estado.

Ahora bien, cabe cuestionarse si ésta es una función a desempeñar directamente por el Ministerio o por otra figura institucional. A nuestro modo de ver, la naturaleza compartida de los sistemas de información y la necesidad de garantizar criterios profesionales y objetivos en todas las fases del ciclo de información, hace aconsejable optar por una figura de nueva creación (una Agencia de Información y Evaluación Sanitaria), vinculada al Consejo Interterritorial. Sólo desde una base de lealtad y claridad de reglas de juego tanto el Ministerio como las comunidades autónomas percibirían las ventajas de compartir información. Se ha de evitar la percepción de que todo trasvase de información es una amenaza potencial para la autonomía de cada comunidad o para su acceso a los recursos económicos.

3. Un nuevo concepto de la Alta Inspección. La Alta Inspección como instrumento de información, análisis y evaluación del Sistema Nacional de Salud

La Alta Inspección se configura en la Ley General de Sanidad como una competencia específica del Ministerio de Sanidad, destinada a garantizar el correcto desarrollo de las competencias de los distintos actores del Sistema Nacional de Salud, detectando posibles discriminaciones en la prestación de los servicios sanitarios. Se trata, por tanto, de una función de garantía y verificación general que la legislación concede al Ministerio, sin especificar el modo en que ésta deba desarrollarse.

Para abordar esta cuestión, hemos de recordar ante todo que no estamos en un hipotético «punto cero» de creación *ex novo* del Sistema Nacional de Salud. En el momento en que se transfieren las competencias de sanidad a las comunidades autónomas que aún no las ejercen, el Sistema Nacional de Salud llevará funcionando mucho tiempo de forma plenamente descentralizada, y durante ese largo período de tiempo, el Ministerio ha entendido y ejercido la función de Alta Inspección de forma muy restringida. En la práctica, básicamente se ha procedido a un seguimiento sistemático de las normas de las comunidades autónomas en materia sanitaria, con el objetivo de detectar alguna posible no adecuación de dicha normativa en relación con el marco constitucional de distribución de competencias.

Los elementos que aquí se aportan sobre esta cuestión parten de la hipótesis de que la función de Alta Inspección ha de

estar más caracterizada como aquella que anticipa problemas del Sistema Nacional de Salud, suministra información de posibles inequidades, detecta índices preocupantes sobre determinada cuestión, evalúa los resultados obtenidos y, por tanto, se convierte en una fuente de emisión de información de alto valor añadido para los órganos de coordinación y dirección conjunta del Sistema, y no en un organismo de supervisión, tutela y control central sobre los proveedores descentralizados de servicios sanitarios.

Los problemas que se encierran en este concepto de «Alta Inspección» podrían resumirse en las siguientes cuestiones: ¿qué se debe inspeccionar?, es decir, el objeto de la labor inspectora; ¿quién debe hacerlo?, o cuáles han de ser los protagonistas de la inspección; ¿cómo debe hacerse?, o la metodología más adecuada para llevar a cabo la tarea, y ¿qué efectos se derivarán de la actuación realizada?, o, dicho de otra manera, cómo utilizará el Sistema Nacional de Salud los resultados de esa labor.

a) *El objeto*

En un sistema como el dibujado en la Ley General de Sanidad (Muñoz Machado, 1995), y después de un desarrollo dispositivo y de despliegue de modelos de prestación sanitaria relativamente heterogéneos en el conjunto de España, la definición exacta del contenido de la alta inspección sólo puede corresponder al conjunto de los actores del Sistema Nacional de Salud. La corresponsabilidad en la definición de fines y objetivos es lo que puede garantizar un desarrollo de la labor de Alta Inspección vista como contribución general a la gobernabilidad del sistema sani-

tario, y no como amenaza o fuente de conflictos.

b) *Los agentes*

Desde la concepción que aquí defendemos, los agentes que deberán llevar a cabo esa misión son los propios del conjunto de actores que componen y dirigen el Sistema Nacional de Salud. Es decir, ya que nos referíamos a autoinspección, deberán ser los propios agentes encargados de gestionar los distintos servicios de salud los que se ocupen de esa labor, distinta a su labor ordinaria de inspección autonómica. Una labor dedicada a recoger datos relevantes y controlar las actuaciones realizadas, no ya desde la lógica de la propia comunidad, sino desde los criterios emanados del Consejo Interterritorial como órgano de gobierno conjunto del Sistema. La labor del Ministerio, actuando en nombre del Consejo Interterritorial, sería la de organizar encuentros y grupos de trabajo entre los equipos autonómicos encargados de tal labor, a fin de intercambiar información sobre métodos de trabajo, pautas en la recogida de información, comparabilidad de los indicadores, grado de coherencia en la determinación de irregularidades, creación de indicadores-señales de alarma de utilización conjunta, definición de grados de éxito en los impactos de las políticas, etcétera. Sólo a partir de una decisión del Consejo Interterritorial sería aceptable la presencia física de los comisionados o técnicos del Ministerio en un territorio específico a fin de contrastar ciertas informaciones recibidas, o a fin de completar lagunas que no hayan sido cubiertas por la comunidad autónoma responsable del tema.

c) *El método*

Partimos aquí de la hipótesis de que los responsables autonómicos del Sistema Nacional de Salud pueden llegar a estar dispuestos a aceptar decisiones o actuaciones que sean consideradas nocivas o atentatorias en relación con sus prerrogativas o potestades, si el camino seguido para llegar a tomar tales decisiones o realizar determinadas actuaciones se entiende como plenamente legítimo, y se comparten las bases y el proceso seguido para alcanzarlas. Ello exige el respaldo unánime del conjunto de instituciones sanitarias (Ministerio y comunidades autónomas) sobre las concepciones de partida de la Alta Inspección, y un mecanismo coherente con ello en su proceso de puesta en práctica, y en las consecuencias que puedan derivarse de tal labor inspectora. La labor del Ministerio será determinante en todo el proceso si, desde nuestro punto de vista, sabe renunciar a una hipotética posición jerárquicamente superior para situarse en la labor de coordinación, integración de diferentes sensibilidades y situaciones sociosanitarias, negociador entre diferentes concepciones sobre lo que se considera normal o no normal en cada comunidad, etcétera. Su poder en el proceso vendrá determinado por su capacidad de situarse en una posición de defensa de los intereses generales del país, sin por ello entender que es el Ministerio el único capaz de saber lo que ello significa, y por tanto de definirlo unilateralmente. El método es, pues, un método pluralista de autoevaluación-autoinspección, liderado, por su posición institucional y por su capacidad estratégica, por el Ministerio, que, sin ser gestor directo de prestaciones sanitarias, asume el rol de colaborador-habilitador del con-

junto del Sistema Nacional de Salud.

d) *Las consecuencias*

Todo proceso de inspección-evaluación lleva necesariamente aparejado un balance final y unas consecuencias o conclusiones que deben revertir sobre el curso futuro de las actuaciones que se lleven a cabo. La única forma de asegurar que la inspección surta los efectos deseados es que en el diseño de éstos hayan intervenido aquellas instituciones, como las comunidades autónomas, que mayor peso tienen en la gobernación general de la sanidad pública española. No cabe duda de que si la labor de Alta Inspección se realiza, sea de la forma que sea, y, una vez concluida, no sucede absolutamente nada, o no sucede algo que tenga alguna relevancia, dará igual la forma en que realmente se diseñe esa labor, quiénes sean sus agentes y cuál sea el método de actuación seguido. La Alta Inspección será relevante si de su labor surgen efectos, ocurren cambios, se producen modificaciones... En caso contrario, lo que rápidamente aprenderán los actores es que se trata de un simple, uno más, procedimiento formal, que sólo pervive a fin de cumplir la norma que lo creó, y, en algún caso, a fin de justificar el servicio que sigue llevándolo a cabo. Nuestras administraciones tienen larga tradición en informes que se realizan para contrastar el grado de cumplimiento de la legalidad formal en la actuación de los distintos órganos o instituciones implicadas. Sin que ello tenga que descartarse como uno de los componentes de la labor de Alta Inspección, parece que sería importante lograr que esos informes incluyesen información relevante sobre costes comparativos, sobre impactos conseguidos en programas que se hayan

seguido en todas las comunidades autónomas, sobre dificultades encontradas en la permeabilidad de los distintos sistemas de salud y los incumplimientos posibles de mínimos, etcétera.

4. El Consejo Interterritorial como rútila fundamental del funcionamiento del Sistema Nacional de Salud

Como es bien sabido, la peculiar forma en que se ha ido produciendo la transferencia de las competencias sanitarias a las comunidades autónomas en disposición de asumirlas, y el mayor énfasis puesto por parte del Ministerio de Sanidad en su condición de responsable de la asistencia sanitaria en diez comunidades autónomas que en la de coordinador general del sistema, han situado al Consejo Interterritorial en una posición a medio camino entre un mero ámbito de encuentro entre responsables de atención sanitaria dotados de una gran independencia y con relativamente pocos elementos que compartir, y un verdadero órgano colectivo de dirección y coordinación del Sistema Nacional de Salud.

Hasta ahora, por tanto, el Consejo Interterritorial ha operado como ámbito de comunicación e información y, en menor medida, como órgano de coordinación general del sistema sanitario español entre sus diversos componentes, siendo uno de ellos el Ministerio, dada su condición de principal responsable del *territorio INSALUD*. La transferencia completa de las competencias sanitarias a todas y cada una de las comunidades autónomas exigirá un replanteamiento tanto en el funcionamiento del Consejo Interterritorial como en el papel que en éste ejerza el Ministerio de Sanidad y Consumo. En estos

más de diez años de funcionamiento del Consejo Interterritorial, los diversos actores institucionales que representaban a Ministerio-INSALUD y a las comunidades autónomas han mantenido posiciones relativamente simétricas, no jerárquicas, y la toma de acuerdos se ha basado más en premisas de consenso y colaboración que en las de imposición vertical. Sin duda, ello no es óbice para que ahora se vea como necesario definir mejor las responsabilidades del Consejo, aclarar su composición, estructurar su funcionamiento y su mecanismo de toma de decisiones, para que pueda llegar a ser el ámbito fundamental de coordinación y dirección de la sanidad española.

a) *Las responsabilidades del Consejo Interterritorial*

Un sistema sanitario plenamente descentralizado lanza sobre el Consejo Interterritorial un gran paquete de temas que, de distinta forma y con distinto nivel de implicación, deberán ser objeto de su atención. De ese conjunto de temas, creemos que deberían irse diferenciando aquellos que son básicamente competencia de cada una de las comunidades autónomas, y por tanto sólo precisarán ser tratados en el Consejo Interterritorial a efectos de información mutua, o cuando las decisiones tomadas legítimamente por cada comunidad produzcan efectos que con venga tratar en ese foro. Otro tipo de temas serán aquellos en que se precise una decisión conjunta de todos los responsables sanitarios del país, y por tanto creemos que debería el Consejo Interterritorial debatir y aprobar, con las reglas a establecer, las decisiones oportunas. Y existirán otros temas que, por sus características —la normativa sani-

taria o los compromisos internacionales del Estado—, sean responsabilidad del Ministerio, pero respecto a los cuales la propia lógica cooperativa en que se fundamenta el Sistema Nacional de Salud postula una consulta del Ministerio a los responsables sanitarios de las distintas comunidades autónomas. El Consejo Interterritorial debería, por tanto, funcionar de forma flexible, adaptando su proceder a la distinta categoría de actos a tratar y de decisiones a tomar.

En el primer tipo de cuestiones, las que son propias de cada comunidad autónoma, el Ministerio actuaría, en el diseño que presentamos, como suministrador de la información transversal necesaria, y como organismo de consulta sobre los posibles efectos de las decisiones individuales o conjuntas de una o más comunidades en el resto del sistema. Su labor se acercaría más a la de consultor y habilitador de acuerdos que a la de un organismo situado en una posición superior. Su posible función arbitral sólo sería concebible previo acuerdo en este sentido de las comunidades autónomas afectadas.

Si se trata de situaciones en las que el Consejo Interterritorial deba decidir, ya que se trata de cuestiones en las que es imprescindible una posición conjunta de todas las administraciones sanitarias del país, el Ministerio debería asumir un mayor protagonismo, asegurando que las premisas que justifican su existencia sean atendidas por el colectivo representado en el Consejo Interterritorial. Pero, para ello es importante tener en cuenta, que al no contar el Ministerio (en el supuesto de total descentralización) con instrumentos de gestión y prestación propios, su posición no es tampoco jerárquicamente superior, sino funcional-

mente diferenciada. Las preocupaciones del Ministerio son transversales, pero difícilmente las podrá llevar a cabo contra o sin las comunidades autónomas. Facilitará las decisiones, coordinará los trabajos, etc., pero la responsabilidad final será del Consejo.

El papel del Ministerio en temáticas en las que las competencias son exclusivas, o en las que su posición es la de garante de los compromisos internacionales en materia sanitaria y de consumo del país, se nos presenta con matices distintos. En este ámbito, lógicamente, su posición sí se sitúa en un nivel distinto al de las comunidades autónomas, ya que acaba siendo el único responsable de tales decisiones; pero, como acabamos de comentar en el párrafo anterior, la propia dependencia implementadora de los acuerdos del Ministerio en relación con las comunidades autónomas aconseja también aquí la plena participación de las administraciones autonómicas en la formación de las decisiones respectivas, manteniendo no obstante el Ministerio la última palabra al respecto.

¿Cómo establecer estos criterios y cómo determinar qué materias son objeto de qué mecanismo decisional? A pesar de la relativa ambigüedad de los textos normativos vigentes, no creemos que la solución venga por la vía de redactar un nuevo texto legislativo que aclare más o menos definitivamente el tema. Las razones para tal escepticismo, ante la perentoriedad de la posible innovación legislativa, derivan, ante todo, de la propia realidad actual del Consejo Interterritorial, que ha venido desarrollando su labor de forma consensual y acumulando experiencias sobre lo que era posible solventar en esa especial conferencia sectorial y lo que requería otros

ámbitos u otras vías de acuerdo. Pero derivan también de la delicadeza con que deberá abordarse la nueva etapa de un Consejo Interterritorial en el que se sienten los 17 responsables de los respectivos servicios autonómicos de salud y los de un Ministerio despojado de unas atribuciones de gestión directa que han caracterizado su proceder desde hace decenios. Si tal situación se quiere resolver de golpe, vía aprobación de un texto legislativo, por muy consensuado que venga de las Cortes, lo más probable es que las cosas chirrien y los conflictos o los orillamientos de la ley florezcan. Parece más acertado, iniciar esta nueva fase quizá con menores seguridades reglamentarias, pero con más capacidad para ir paso a paso sorteando dificultades, acomodar sensibilidades y ritmos distintos, probar caminos..., generar, en definitiva, el acervo propio de una institución como la del Consejo Interterritorial, que ha de resultar clave en la gobernación del sistema de salud pública del país.

Veamos algunos ejemplos concretos, al margen de lo ya expuesto en otras partes de este artículo, sobre cómo podrían establecerse los ámbitos de responsabilidad propios del Ministerio y de las respectivas comunidades autónomas y su posible articulación en el seno del Consejo Interterritorial.

- Situación 1): Consejo Interterritorial como foro de intercambio de información, estudio y acuerdo.

- Situación 2): Consejo Interterritorial como centro decisor.

- Situación 3): Consejo Interterritorial como órgano consultivo del Ministerio de Sanidad y Consumo.

1) En este apartado, encajarían materias, sin excluir otras,

como las de información sanitaria o las de organización general del sistema. Temas en los cuales la capacidad dispositiva de las comunidades autónomas es innegable, pero que, al mismo tiempo, de su relativa comparabilidad y conocimiento común depende que la gobernabilidad general del sistema y la reducción del incrementalismo en el gasto sea más o menos posible. Las experiencias que, con mayor o menor éxito, se han venido llevando a cabo en el ámbito del INSALUD y en muchas de las comunidades autónomas con competencias en el tema, en relación con nuevas formas de gestión y de organización, requieren un terreno común en el que se discutan logros y fracasos, en el que se avance en pautas comunes que permitan comparar y aprender para mejorar unos de otros. En ese terreno, el papel de un Ministerio sin competencias directas de gestión sería importante en la medida en que facilitase esa arena de encuentro colectiva, e incentivase sistemas comunes o experiencias entre los actores del sistema que permitieran que, de forma libre, las comunidades autónomas convirtieran al Consejo Interterritorial en un marco informal o formal de encuentro, de análisis e incluso de acuerdos, en materias de exclusiva y libre responsabilidad de cada comunidad.

2) Materias, por ejemplo, como las de planificación sanitaria del sistema encajarían en este apartado. Es evidente que aquí el protagonismo básico sería también de las comunidades autónomas, que son las responsables en su ámbito territorial de definir sus propios planes de salud. Pero el Ministerio mantendría en este contexto un papel no negligible: el de garante de la equidad en el conjunto del territorio y el de garante de los com-

promisos internacionales de España en materia sanitaria. Se trataría, por tanto, de un necesario esfuerzo común entre comunidades autónomas y Ministerio, del que podrían derivarse también importantes decisiones en el sentido de establecimiento de prioridades (tiempos máximos de espera en ciertas intervenciones), o determinación de servicios de referencia supracomunitarios. Todo ello requiere una posición de simetría del conjunto de los actores (Ministerio, comunidades), una aceptación de las diferencias y de las decisiones singulares que no comprometan los acuerdos básicos, y una postura del Ministerio entendida más como habilitadora de los puntos de acuerdo que como autoridad central que representa unos hipotéticos intereses generales *versus* los intereses localistas de cada comunidad autónoma. Nuestra visión no se fundamenta tanto en conseguir un sistema integrado de salud basado en la aceptación de una autoridad central como en facilitar el funcionamiento fluido de un conjunto de sistemas de salud unidos por una base común y una voluntad de encontrar valor añadido en la colaboración y el consenso en aquellos temas en los que todos puedan ganar.

3) Nos referimos aquí a temas —como por ejemplo los de sanidad exterior, legislación básica o legislación farmacéutica— en los que la responsabilidad del Ministerio es clara y en los que, siendo imprescindible que las comunidades autónomas sean escuchadas y se cuente con ellas, la Administración que finalmente deberá dar cuenta ante la opinión pública, ante los tribunales y ante los organismos internacionales, acabará siendo la Administración central del Estado. En estos casos, el Consejo Interterritorial debería ser informado

y dar a conocer sus opiniones, podría emitir sus informes si así se le solicitara por parte del Ministerio, pero la decisión final correría a cargo del Ministerio. No obstante, en este campo, las acotaciones realizadas sobre la forma en que se ha desarrollado el sistema sanitario democrático, y la total dependencia del Ministerio en relación con las comunidades autónomas respecto a la ejecución de las decisiones tomadas, aconsejarían mantener lógicas más simétricas que jerárquicas, evitando así la vía del conflicto judicial, por la que serían los tribunales los que acabarían determinando, por ejemplo, el alcance de las bases o la influencia de la sanidad exterior en los planes internos. Recordemos que todo el conjunto decisional del sistema sanitario nacional reposa en una pieza muy sensible, que es el Consejo Interterritorial, y que, de cerrarse o dificultarse las vías de diálogo dentro de él, se haría muy difícil la gobernabilidad del sistema.

b) *Composición y funcionamiento*

La dinámica de funcionamiento en estos años del Consejo Interterritorial ha ido poniendo de relieve la no idoneidad en su composición. En la actualidad, como es bien sabido, el Consejo Interterritorial funciona en pleno y órganos dependientes del mismo, como comisiones, ponencias, etc. Al mismo tiempo, y vinculando al Consejo, existe un órgano de participación comunitaria en la política sanitaria llamado Comité Consultivo.

El pleno ha estado compuesto hasta ahora por un representante de cada comunidad autónoma y por un número igual de miembros de la Administración del Estado. Este carácter paritario, que incluye por parte del Estado a

personas de ministerios muy alejados de los problemas sanitarios, ha provocado numerosas críticas y una relativa sensación de inutilidad o poca efectividad de las reuniones plenas. Como hemos dicho anteriormente, en la concepción del Consejo que aquí se defiende se apuesta por una mayor flexibilidad y adaptación del funcionamiento de dicho ente, en relación con el tipo de asuntos a tratar y de decisiones a tomar. Por tanto, la composición del Consejo debería responder a esa concepción de «geometría variable».

Entendemos que en la composición hasta ahora vigente se pretendía quizás evitar situaciones en las que la Administración central quedara en minoría, y secundariamente asegurar la presencia del resto de departamentos ministeriales que podían verse afectados por decisiones del Consejo. El primer supuesto, como es natural, debe ser considerado a la luz del tipo de decisiones a tomar. Como hemos visto más arriba, ello sólo sería relevante en el supuesto de aquellas cuestiones en cuya decisión el Consejo Interterritorial actuaría verdaderamente como centro decisor, pero no así en los temas en los que o son las comunidades autónomas las únicas responsables sobre los asuntos a decidir, o bien es el Ministerio quien asume en exclusiva tal responsabilidad. Todo ello, lógicamente, parte de la hipótesis de que el Consejo Interterritorial pueda llegar a tomar acuerdos y deba procederse a votar, de que existan mayorías y minorías, y de que se ponga en marcha un sistema de seguimiento del grado de cumplimiento de los acuerdos alcanzados. Todo ello contrasta con el proceso seguido hasta ahora, en el que no se ha procedido nunca a votación alguna, los acuerdos se

han producido por asentimiento, y ha predominado más el debate sobre los temas de fondo, dejando las decisiones concretas y específicas para temas más técnicos o de auto-organización. Si el camino que se sigue en el futuro es el de un Consejo Interterritorial que ejerza como órgano colectivo de gobierno del sistema sanitario, ello querrá decir que ha de poder tomar decisiones que, en situaciones de restricción del gasto público, no siempre serán unánimemente compartidas. Pero es distinto afirmar que debe poderse votar en el seno del Consejo Interterritorial, o que no tiene por qué evitarse siempre el que existan mayorías y minorías en el Consejo, que afirmar que sería conveniente que éste fuese el sistema normal o habitual de toma de decisiones en el mismo. De hecho, no nos imaginamos que pueda funcionar con garantías de gobernabilidad un sistema que, por ejemplo, imponga criterios de tiempos máximos de espera en ciertas intervenciones o la localización de centros de referencia supracomunitarios con base estrictamente en criterios de mayoría de comunidades autónomas *versus* minoría de otras, o sólo vía decisión unilateral del Estado (con su voto de calidad) *versus* el conjunto de las comunidades autónomas. No debería pues perderse, en la medida de lo posible, el elemento consuetudinario de la adopción de decisiones a través del consenso. No tiene que ser interpretada esa costumbre como síntoma de debilidad, si ello no provoca ralentización en la toma de decisiones ni bloqueo de ciertos temas conflictivos, ya que, recordemos, todo el sistema reposa en un frágil equilibrio entre centros decisores y centros ejecutores, en los que no siempre será posible que exista coincidencia ni de protagonismos ni de voluntades.

IV. CONCLUSIONES

La lógica que preside este artículo es, desde nuestro punto de vista, la que resulta más consistente con el modelo constitucional adoptado (Muñoz Machado, 1995) y con la práctica seguida estos años en política sanitaria. El nuevo ordenamiento constitucional español puso las bases para el tránsito de un Estado de fuerte tradición centralista y autoritaria a un Estado democrático y descentralizado. Y, como es bien sabido, lo hizo intentando resolver a la vez dos problemas distintos: el de la articulación institucional y política de ciertos territorios que históricamente habían expresado con fuerza su voluntad de ver reconocida su identidad, y el de una mejor y más racional distribución de poderes entre los distintos niveles de gobierno. Más de quince años después, el balance es aún desigual en ambos aspectos (ver al respecto ERA, 1997).

Entre 1980, año en que iniciaron sus actividades las nuevas comunidades autónomas, y 1986, año en que se promulgó la Ley General de Sanidad, la descentralización sanitaria tomó cuerpo, y condicionó en gran manera el desarrollo posterior. Esquemáticamente, podríamos afirmar que el Ministerio de Sanidad y Consumo ha actuado en estos años más como macrodepartamento de sanidad del llamado *territorio INSALUD* (o sea, el territorio que comprende las diez autonomías que no cuentan hasta ahora con competencias significativas en política sanitaria) que como auténtico ministerio con competencias y responsabilidades transversales en toda España. No es, por tanto, descabellado afirmar que muchas de las competencias previstas en la Ley General de Sanidad, tales como la Alta Inspección, la elaboración de los

planes integrados de Salud o la coordinación general del Sistema Nacional de Salud, o bien no se han ejercido, o bien se ha hecho de forma insuficiente o marginal.

Este artículo pretende contribuir al necesario debate que surgirá en la inmediata perspectiva de transferencia de las competencias sanitarias a las diez comunidades aún pendientes de ello, con lo que se completaría la total descentralización del sistema sanitario español y se abrirían las puertas a nuevos cometidos del Ministerio de Sanidad y Consumo, hoy por hoy desarrollados de forma incipiente.

Para ello, hemos partido de una realidad de la política sanitaria en la que predomine la diversidad y la asimetría por encima de la homogeneidad y de la coherencia interna. Postulamos, a partir de ahí, una forma de entender la interacción y la coordinación entre los actores institucionales del Sistema Nacional de Salud basada más en la codeterminación, en una relación no jerárquica y en una capacidad de liderazgo estratégica del Ministerio en esa realidad plural, que en una visión de recuperar el terreno perdido apoyándose en controles coercitivos y en el uso de sus capacidades normativas e inspectoras.

La articulación de poderes en el sistema político español no puede entenderse desde un tratamiento normativo-constitucional, fundamentado en una separación formal y estática de competencias que sólo existe en los textos. Si bien el paisaje intergubernamental hoy en España se basa en una gran complejidad de relaciones y en un fuerte entramado de interdependencias entre los distintos niveles de gobierno, en el caso de la sanidad la cosa se complica por la existencia *de facto* de fuertes poderes ya en ma-

nos de algunas comunidades autónomas. El rol de liderazgo y coordinación del sistema sólo puede ejercerse sobre la base de obtener consenso, crear valor añadido en la labor de intermediación, y aceptar la estructura asimétrica y plural hoy ya existente.

NOTA

(*) A estos efectos, resulta apropiada la idea de un «continuo» en el que los instrumentos de control se sitúan en función de su mayor o menor proximidad a las ideas que polarizan la escala. La tensión coerción-cooperación expresa los términos de este continuo, cuya tipología de controles se describe por GORMLEY (1989) en tres niveles: los *controles coercitivos*, inspirados en una concepción jerárquica basados en mandatos normativos orientados a reducir la discrecionalidad de los poderes subestatales; los *controles catalíticos*, que promueven una visión común entre niveles de gobierno, sin predeterminedar su comportamiento; por último, los *controles de incentivos*, que se basan en impulsar el convencimiento y la adhesión voluntaria a objetivos comunes, incorporando estímulos positivos o negativos.

BIBLIOGRAFÍA

- ECHEBARRÍA, K. (1998), *Informe España 1997*, Madrid, Fundación Encuentro.
- ERA (EQUIPO DE RENDIMIENTO AUTONÓMICO) (1997), «15 años de experiencia autonómica. Un balance», en *Informe España 1996*, Fundación Encuentro, Madrid, páginas 373-576.
- FUNDACIÓ JAUME BOFILL (1997), *Les tendències de l'evolució de la sanitat a Catalunya*, Debats de l'Aula Provença, n.º 27, Barcelona.
- GALLEGO, R. (1996), «Reformas de New Public Management: el caso de la administración sanitaria catalana», en *Gestión y Análisis de Políticas Públicas*, n.ºs 5 y 6, páginas 163-174.
- GOMÀ, R., y SUBIRATS, J. (eds.) (1998), *Políticas públicas en España. Contenidos, redes de actores y niveles de gobierno*, Barcelona, Ariel.
- GORMLEY, W. (1989), *Taming the bureaucracy*, Princeton, Princeton University Press.
- LOVELL, C. H. (1983), «Some thoughts on hyperintergovernmentalization», en R. H. LEACH (ed.), *Intergovernmental relations in the 1980s*, Nueva York, Marcel Dekker, páginas 87-97.
- MUÑOZ MACHADO, S. (1985), *La formación y la crisis de los servicios sanitarios públicos*, Madrid, Alianza Editorial.
- SCHARPF, F. W. (1985), «The joint-decision trap: Lessons from German federalism and european integration», *Discussion Paper 85/1*, Berlín, Wissenschaftszentrum.

Resumen

Entre 1980, año en que iniciaron sus actividades las nuevas comunidades autónomas, y 1986, año en que se promulgó la Ley General de Sanidad, la descentralización sanitaria tomó cuerpo, y condicionó en gran manera el desarrollo posterior. El Ministerio de Sanidad y Consumo, ha actuado en estos años más como macrodepartamento de sanidad del llamado *territorio Insalud* que como auténtico ministerio. Tras la transferencia de las competencias sanitarias a las diez comunidades aún pendientes de ello, el Ministerio deberá asumir nuevos cometidos hoy desarrollados de forma incipiente. Se defiende que el rol de liderazgo y coordinación del sistema sólo puede ejercerse sobre la base de obtener consenso, crear valor añadido en la intermediación, y aceptar la actual estructura asimétrica y plural.

Palabras clave: políticas sanitarias, descentralización, coordinación.

Abstract

Between 1980, the year in which the new autonomous communities started their activities, and 1986, the year when the Health Act was passed, health decentralization took shape and predetermined subsequent development to a considerable extent. In these years the Ministry of Health and Consumer Affairs has acted more as a macrodepartment of health of the so-called *INSALUD territory* than as a real ministry. After the transfer of powers in the sphere of health to the ten communities where this is still pending, the Ministry will have to assume new functions still only in an embryonic stage of development at the moment. We uphold that the role of leadership and coordination of the system may only be exercised on the basis of achieving consensus, creating added value in intermediation, and accepting the present diversified multiform structure.

Key words: health policies, decentralization, coordination.

JEL classification: I18, H51, H73.