

La descentralización, ¿parte del problema sanitario o de su solución?

G. López-Casasnovas^a / A. Rico^b

^aDepartament d'Economia i Empresa y Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES). Universidad Pompeu Fabra, Barcelona.

^bObservatorio Europeo de Sistema Sanitarios. Centro de Madrid. c/o Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. España.

Correspondencia: *Universitat Pompeu Fabra. Departament d'Economia i Empresa. Ramon Trias Fargas, 25. 08005 Barcelona. España.*
Correo electrónico: guillem.lopez@econ.upf.es

El texto constituye un breve resumen del trabajo presentado por los autores en la Jornada Técnica de la Asociación de Economía de la Salud, celebrada en Madrid (enero de 2003) en el Instituto de Estudios Fiscales. G.L. desea dejar constancia del apoyo financiero de dicha línea de investigación por parte del Ministerio de Educación y Ciencia a través del proyecto SEC-2000/1087.

(Decentralization: part of the health system problem or the solution?)

Resumen

El mayor cambio que ha experimentado la sanidad española en las dos últimas décadas es probablemente el de la generalización de la transferencia a las CCAA que integran el Estado. Este hecho puede generar tensiones en el *status quo*. ¿Es compatible la descentralización sanitaria con un Servicio Nacional de Salud cohesionado? ¿Es la descentralización sanitaria parte del problema o de la solución? La generalización de las transferencias de una manera tan rápida como la experimentada en nuestro país (negociada en poco menos de 6 meses, con acuerdos financieros de mínimos, en ausencia de marcos legales explícitos en los ámbitos de la coordinación y del desarrollo de normativa básica, con un nuevo acuerdo de financiación autonómica general del que no se conocen aunque se intuyen algunas lagunas, etc.) ofrece un presente con interrogantes. Un posible mal uso de las amplias competencias transferidas por parte de las nuevas comunidades en ejercicio de sus poderes es fácilmente utilizable por parte de quienes añoran el centralismo preconstitucional, para levantar todo tipo de temores entre la población de resquebrajamiento de la sanidad pública en tanto pilar fundamental del Estado de bienestar. El trabajo se dirige de modo sucinto a los extremos anteriores.

Palabras clave: Descentralización sanitaria. Equidad territorial. Eficiencia del sistema sanitario. Responsabilización política. Coordinación horizontal y vertical. España.

Abstract

The greatest change experienced by the Spanish health system in the last two decades has probably been the devolution of power to the autonomous communities composing the Spanish state. This may generate tensions in the status quo and poses questions of whether decentralization of the health system is compatible with a cohesive national health system and whether this devolution of power is part of the problem of the health system or part of its solution. Generalized devolution occurring as rapidly as that produced in Spain (negotiated in slightly less than 6 months, with minimal financial agreements, without explicit legal frameworks in the areas of coordination and development of basic norms, and with a new agreement of general financing of the autonomous communities which possibly contains lacunae, etc.) presents an uncertain panorama. The possible misuse of the wide powers recently transferred to the autonomous communities could easily be used by those who would like to see a restoration of pre-democratic centralism to sow fear of the collapse of the health service as the cornerstone of the welfare state among the general public. The present article briefly addresses these questions.

Key words: Health care decentralization. Geographical equity. Health system efficiency. Political accountability. Horizontal and vertical coordination. Spain.

Introducción. A vueltas con la coordinación

La descentralización política ha devenido sustancial al funcionamiento de muchos sistemas sanitarios. Durante las últimas dos décadas, los gobiernos han descentralizado responsabilidades fiscales, políticas y administrativas a gobiernos regionales o locales elegidos democráticamente, como parte misma de los procesos de reforma sanitaria. Se han creado de este modo gobiernos subcentrales sólidos, con poder y recursos suficientes como para realizar una gestión efectiva del sistema sanitario sobre unas nuevas bases. A dicha secuencia se incorpora hoy día la discusión acerca de la necesidad de una nueva coordinación sanitaria a través de reformas de segunda generación. Éste ha sido claramente el caso en los países pioneros en la descentralización sanitaria, como Canadá, Australia y los países nórdicos. Sustituir la jerarquía, el «mando y ordeno» central, por un nuevo orden de gobierno no está resultando una tarea fácil. Como dice el conocido aforismo, para quien está acostumbrado a utilizar tan sólo un martillo es probable que todos los problemas aparenten «clavos», que se solucionan golpeando.

En principio, la coordinación sanitaria puede llevarse a cabo a través de distintos mecanismos. Por un lado, los controles democráticos pueden activar la coordinación de abajo arriba, dado que cabe esperar que los ciudadanos ejerzan presión sobre sus gobiernos subcentrales para obtener los mismos niveles de servicio que en territorios cercanos. Por otro lado, la cooperación horizontal entre gobiernos subcentrales constituye el mecanismo crítico de coordinación: coordinándose según el interés propio y recíproco (cooperar = actuar conjuntamente), y no siendo coordinados imperativamente por un tercero. Adicionalmente, la regulación central a través de la legislación básica, y a menudo previa al mismo proceso descentralizador, representa una herramienta complementaria clave para conseguir la coordinación deseada. Finalmente, otro instrumento de control vertical que se ha aplicado en algunos países (como los escandinavos o en Canadá) es la financiación condicionada a programas percibidos como estratégicos por el gobierno central, que ejercen a su favor el «poder de gasto» (*spending powers*).

En el ámbito internacional, la regulación central de la coordinación ha tendido progresivamente a concentrarse en la definición del «terreno de juego» del conjunto del proceso descentralizador. A pesar de que en muchos países federales se ha ido aceptando progresivamente que el establecimiento eficiente de las bases del juego requiere un protagonismo importante de la cooperación vertical y horizontal entre administraciones (coordinar = ordenar, regular conjuntamente), la regulación central ha tendido a ser entendida hasta

muy recientemente tan sólo como un proceso de decisión de arriba abajo en la mayoría de los Estados compuestos.

Aclaremos que entendemos por descentralización, a diferencia de los supuestos de delegación, y más allá de lo que pueda suponer el conjunto armonizador procedente de la legislación básica, la transferencia de competencias plenas en un ámbito en el que se valora una ventaja comparativa sustantiva a favor de los poderes locales. Así ocurre, por ejemplo, en la información sobre las demandas sociales y su óptima capacidad de respuesta, no malograda por externalidades a terceros que sobrepasen dicho ámbito territorial. De otro modo, ante la presencia de externalidades importantes, a «internalizar» por el poder político central, incluso ante la presencia de asimetrías informativas favorables, debería prevalecer la delegación (con capacidad de revocación y coordinación vertical), y no la descentralización. Entendemos, en consecuencia, que excepto en cuestiones como las relativas a la salud pública, no existen efectos interjurisdiccionales significativos de suficiente calado (técnicos, que no políticos) en los servicios asistenciales territoriales como para invalidar las posibilidades que de la descentralización se derivan para una mejor organización y gestión de las estructuras sanitarias. Por tanto, la hipótesis de partida de estas páginas es que la descentralización puede ser parte de la solución y no de los problemas de nuestro sistema sanitario en la actualidad.

La descentralización sanitaria española: luces y sombras

La panorámica general de lo que ha supuesto hasta el presente la descentralización sanitaria en España puede remontarse al estudio del período 1979-1999. El año 1982 constituye un buen punto de partida para estudiar el desarrollo y los efectos de la descentralización de la asistencia sanitaria, por varios motivos: se inaugura la sanidad descentralizada tras los trasposos a Cataluña y se inicia una batalla clave en el seno del Tribunal Constitucional sobre el grado de control asociado a las competencias de coordinación sanitaria del gobierno central (Conflictos positivos de competencias números 92/ y 95/1982, que dan lugar a las sentencias del Tribunal Constitucional [STC] números 32/ y 42/1983).

Tras 20 años, la experiencia arroja luces y algunas sombras. En lo que atañe al impacto del Sistema Nacional de Salud (SNS) transferido en cuanto a la eficiencia y la equidad podemos destacar lo siguiente: respecto a la eficiencia asignativa existe evidencia de que las comunidades autónomas (CCAA) han adaptado los recursos sanitarios a las necesidades de sus pobla-

ciones. Por ejemplo, el número de camas de larga estancia entre 1979 y 1996 aumentó significativamente en Cataluña y en el País Vasco, dos CCAA con una población más envejecida que la media. Otro ejemplo es la evolución y distribución territorial del dispositivo asistencial en el País Vasco, que durante 15 años siguió de cerca las necesidades cambiantes de la población en términos de localización y estado de salud¹. Otras CCAA parecen haber optado por favorecer una mayor proximidad de los servicios a la población con políticas de gestión de la demanda (caso de Andalucía) o de desarrollo de programas preventivos (donde la dificultad territorial de acceso era mayor), como en el caso de Castilla-La Mancha. En general, un aspecto a destacar es que más de la mitad de los ciudadanos valora en las encuestas que la descentralización ha contribuido a aumentar la capacidad de respuesta de los gobiernos a las necesidades y preferencias de los ciudadanos². Además, la satisfacción general de los ciudadanos con el sistema sanitario público creció de manera continua desde principios de los noventa, y de manera más acusada (del 50 al 75%), particularmente, en cuanto a la atención primaria³.

Respecto a la equidad interterritorial, la evolución parece haber sido la siguiente: las diferencias sustanciales en las razones de mortalidad evitable que se daban entre las distintas regiones a comienzos de los ochenta se habían reducido considerablemente a finales de los noventa⁴. Las desigualdades interterritoriales en las expectativas de salud eran muy pequeñas a comienzos de los ochenta (con un coeficiente de variación [CV] del 1%) y permanecieron estables durante el período. La desigualdad en el gasto sanitario entre las 17 CCAA se redujo entre 1986 y 1997 (con una disminución paralela del coeficiente de variación del 11 al 9%). En 1998 aumentó repentinamente (a un CV del 13%) y permaneció a este nivel durante 1999. Es interesante observar que el coeficiente de variación para las 10 CCAA gestionadas centralmente era significativamente mayor al final del período (17%)⁵. Por tanto, resulta difícil, sobre la base de dichas observaciones, presentar la descentralización sanitaria como causante de un supuesto incremento de disparidades en la gestión del gasto sanitario público.

En la perspectiva internacional comparada, las desigualdades regionales de gastos en España son bajas. En concreto, alrededor de 1997, el CV registrado en España en cuanto al gasto sanitario regional (en torno al 9-11% entre 1986 y 1997) era el más bajo de un grupo de países federales de la OCDE⁵. Por ejemplo, Italia presenta entre 1985 y 1995 un nivel de desigualdad de casi el doble que España, como se refleja en un CV en torno al 18-19% durante el período⁶. A nivel individual (y probablemente como resultado del papel limitado del sector privado), las desigualdades en cuanto a utilización entre grupos sociales son pequeñas y

han disminuido durante 1987-1997⁷, mientras que la equidad en la financiación aumentó ligeramente como consecuencia de una serie de cambios desencadenados a raíz de la transición a la financiación con cargo a impuestos⁸, y en mayor medida que en otros países europeos⁹.

Es interesante notar que la subida principal del presupuesto público se concentra en los productos farmacéuticos, que son, en el período comentado, una responsabilidad central. La evidencia empírica para las CCAA revela que el gasto per cápita público en el año 2000 era claramente superior en el País Vasco y Navarra que en el resto de las CCAA, y que el ritmo de crecimiento del gasto ha sido más alto en las dos comunidades forales (con autonomía fiscal completa) durante la mayor parte del período (junto con Galicia a partir de mediados de los noventa) que en Andalucía y Cataluña (con autonomía fiscal muy limitada durante el período estudiado)⁵.

La evidencia presentada sugiere que el SNS español se sitúa globalmente en una buena posición en términos de eficiencia dinámica en comparación con otros países europeos. La descentralización parece haber generado un aumento claro de la capacidad del Estado para reformar las instituciones a través de la adopción de experiencias internacionales y de procesos de innovación basados en la experimentación autónoma, así como un incremento paralelo de la capacidad del Estado para responder a las preferencias políticas y necesidades de salud de los ciudadanos¹⁰. De acuerdo con un reciente estudio europeo, la única excepción parcial aparece en el ámbito de la salud pública, aunque tan sólo existe evidencia para ello en relación con los primeros años de la descentralización, durante los que el marco institucional y regulador estaba todavía en proceso de negociación y diseño¹¹.

En su conjunto, los buenos resultados obtenidos por el Estado de las Autonomías en el ámbito sanitario pueden atribuirse en gran medida a la descentralización sanitaria, una de las políticas «estrella» de los distintos gobiernos regionales, precisamente como resultado de la aparición de unas nuevas relaciones más dinámicas entre ciudadanos, gobiernos autonómicos y gobierno central. En este sentido, el principal punto fuerte de la descentralización, como era de esperar, es que ha aumentado la visibilidad política de la política sanitaria y han mejorado los mecanismos de rendición de cuentas de abajo arriba. A su vez, la descentralización ha estimulado simultáneamente un balance positivo de cooperación y competencia entre gobiernos autónomos en política sanitaria, que ha dado como resultado la generación y difusión de mejoras importantes, tanto en la gestión de los servicios como en el binomio cantidad y calidad de las prestaciones. El caso español pone también de manifiesto que la reducción del peso del control central puede haber contribuido a promover tanto

los controles de abajo arriba como la innovación y la cooperación informal autonómica, que son dos importantes palancas de cambio institucional en los Estados compuestos. Esto, a su vez, puede haber atenuado el dilema entre eficiencia y equidad que se supone asociado a la descentralización de los servicios sanitarios¹⁰. En contraste, los resultados obtenidos en salud pública, siendo dicha competencia en mayor medida específica de la administración central, se han situado marcadamente por debajo de la media¹¹.

Sobre la base de este panorama, en general positivo, hay que añadir que la dinámica de las relaciones entre niveles de gobierno en España ha presentado también algunas sombras que han incidido negativamente en los resultados. Primero, la cooperación informal está sujeta a límites como principal mecanismo de coordinación, especialmente cuando, como en el caso español, se basa sobre todo en la buena disposición de las autoridades políticas autonómicas, y no existen recursos específicos sustanciales dedicados a fomentarla y facilitarla¹⁰. Esto, junto con otros factores (vinculados a las diferencias de recursos, necesidades o precios), explica que, en muchos casos, aun sin efectos significativos sobre los indicadores de salud poblacionales, las innovaciones en el paquete de prestaciones y en otros campos sólo hayan sido adoptadas por un número limitado de CCAA.

Por otro lado, la competencia entre administraciones por la ampliación de sus poderes y presupuestos respectivos, junto con la falta de transparencia en la asignación de responsabilidades en materias como la salud pública, en los niveles de financiación o de gasto, se ha traducido en problemas de control del endeudamiento y, en algunos casos, de la seguridad sanitaria ante crisis epidemiológicas de distinto tipo. Además, la competencia entre gobiernos puede acabar incidiendo de un modo negativo, a la larga, sobre la cooperación en el desarrollo de las políticas sanitarias, así como en la coordinación de abajo arriba¹⁰, debido al peso excesivo de las batallas financieras sobre los logros en prestaciones y servicios dentro del debate público y mediático.

El nuevo contexto de la descentralización tras las reformas de 2001-2003

La transferencia de las competencias de asistencia sanitaria a las diez comunidades de vía lenta negociada durante el período 1999-2001, y que entró en vigor en enero de 2002, es sin duda el cambio institucional de mayor calado que se ha producido en la sanidad española desde 1986. La expansión resultante de la autonomía política, de acuerdo con el análisis desarrollado con anterioridad, puede mejorar la cooperación hori-

zontal y los mecanismos de rendición de cuentas, y también contribuir a generar una mayor claridad y transparencia en el ejercicio de las competencias centrales de coordinación (antes mezcladas con las responsabilidades de gestión directa del gobierno central sobre el territorio Insalud) y, así, sobre la cooperación global del SNS y sobre sus resultados.

Sin embargo, hay dos factores importantes que apuntan en la dirección contraria. Por un lado, ocho de las 10 comunidades de vía lenta (frente a dos de las siete de vía rápida) tenían en el año 2001 poblaciones inferiores a dos millones de habitantes. Aunque no existe evidencia sobre este tema, resulta razonable esperar que el tamaño de las economías de escala y gama (y del *pool* regional en términos de compensación de riesgos) sea en este caso menor, lo que puede generar problemas de ineficiencia productiva. Por ello, puede que tenga sentido reconocer una internalización de flujos asistenciales entre varias CCAA que permita hablar de regiones sanitarias naturales. Madrid, Castilla-La Mancha y Castilla y León son ejemplos de lo que podría funcionar como una gran región centro. A este respecto, se debería favorecer la creación de órganos consorciados entre gobiernos autonómicos, con financiación envolvente o global de las tres CCAA, a efectos del establecimiento de políticas sanitarias concretas.

Por otro lado, los acuerdos alcanzados sobre las partidas de gasto sanitario a transferir a las comunidades de vía lenta se han caracterizado de un modo muy marcado por la discrecionalidad política y la falta de transparencia. Éstas han adquirido un mayor peso que en la pauta de negociaciones desarrolladas en el pasado en el seno del Consejo de Política Fiscal y Financiera para las comunidades de vía rápida durante el período previo. En consecuencia, cabe esperar que de las soluciones particulares *ad hoc* realizadas sobre la base del acuerdo político de última hora, y con argumentos «cortoplacistas» de comportamiento algo aleatorio, pueda derivarse un aumento de las diferencias territoriales (arbitrarias, no fundamentadas en necesidades o precios mayores) en cuanto a la distribución de los recursos a partir de 2002, continuando la pauta ya iniciada en cierto modo en 1998. En el caso de las CCAA de vía rápida, las arbitrariedades políticas introducidas en el modelo de financiación en la primera etapa se corrigieron en la segunda, pero volvieron a aparecer años más tarde. No parece, pues, que en la determinación de las bases sobre las que se haya de apoyar la nueva dinámica financiera resultante de la integración de la sanidad en la financiación general se avance en línea recta hacia una mayor transparencia. Destaquemos algunos primeros datos a raíz de las compensaciones «a medida» realizadas durante la negociación, en beneficio de las CCAA que ven aumentada la transferencia vía «garantía de mínimos» con beneficios relativos par-

ticularmente para Aragón, Asturias, Cantabria, Extremadura y Murcia. La nueva financiación por población beneficiaria, en consecuencia, a Aragón con 721,5 euros anuales per cápita (la que más) frente a Madrid con 622 euros (la que menos) y Valencia con 629 euros. Andalucía, Valencia y Cataluña se situarían, curiosamente, por debajo de la media. También el acuerdo con Madrid resulta a todas luces sorprendente, a no ser que existan acuerdos en paralelo que maticen las cifras actualmente disponibles. Lo mismo ocurre entre Andalucía (por debajo) y Extremadura (por encima).

¿Qué puede justificar, por lo demás, la diferencia de financiación entre Aragón (721,5 euros), Asturias (709,5 euros), Extremadura (689 euros), Castilla y León (684 euros) por encima de Andalucía (644 euros)? ¿Podrá recuperar posiciones la sanidad andaluza gracias a la dinámica fiscal autonómica general o la compensación entre servicios públicos desde la integración efectuada?

Propuestas de cara al futuro de la coordinación sanitaria en España

De acuerdo con el análisis desarrollado en los apartados anteriores, el futuro de la regulación en el ámbito de la coordinación sanitaria debería sujetarse al siguiente enfoque general. Por un lado, en el ejercicio de las competencias de coordinación central debería basarse más en la promoción de la función del gobierno central, en tanto facilitador de las iniciativas autonómicas, y menos en el control de abajo arriba. Este último, aunque podría ser quizá beneficioso en cuanto a algunos problemas concretos de salud pública, tendría principalmente efectos negativos en el ámbito de la asistencia sanitaria.

En particular, veinte años de experiencia con el Estado de las Autonomías subrayan que el objetivo principal en este campo debería consistir en promover la cooperación horizontal y procurar reorientar la competencia (ahora por poder y recursos) a las mejoras de la eficiencia. Esto requiere marcos institucionales que establezcan con claridad la distribución de competencias y promuevan las responsabilidades plenas (de cada nivel de gobierno en cuanto a un conjunto de sectores y funciones concreto) sobre las compartidas. Sólo de esta manera pueden resolverse de un modo adecuado los dilemas específicos entre control central y controles democráticos, entre innovación y uniformidad, y entre eficiencia y equidad que se dan en los estados compuestos.

Nótese que las razones intrínsecas de la descentralización política y fiscal no son otras sino las de romper las pautas uniformes de provisión de servicios, a favor de respuestas mucho más próximas a la realidad

(deseos, preferencias, necesidades) de cada jurisdicción territorial. Uniformismo y descentralización son términos antagónicos, de modo que la ruptura del patrón único en las combinaciones de provisión, prestación y financiación sanitaria, dentro de los límites constitucionales, ofrece un ámbito de experimentación de reformas (incluida la cuestión del papel relativo de los sectores público y privado en sanidad), y de emulación de las mejores prácticas competenciales que supone algo nuevo en nuestro sistema sanitario.

Todo ello fuerza a la definición de una nueva función para el Ministerio de Sanidad¹³. Para dicho propósito, conviene recordar que las responsabilidades de coordinación no son tarea única del gobierno central, sino también de los ejecutivos autonómicos y de los ciudadanos. La resultante apunta en la misma dirección que para el caso de otras contribuciones innovadoras recientes en la economía pública y la ciencia política internacional: existe una necesidad global de reinventar el papel del Estado en las sociedades del siglo XXI, con un nuevo apoderamiento (*empowerment*) a favor de los ciudadanos¹⁴.

La coordinación en materia de política sanitaria tiene como objetivo promover el respeto, según la Ley General de Sanidad (artículos 70, 2 y siguientes), a los «criterios mínimos básicos y comunes», que han de informar el sistema sanitario español. Dicha concreción resulta insuficiente a efectos de lo que debemos finalmente entender por coordinación en el plano operativo. Por tanto, ésta es una cuestión que en la actualidad permanece relativamente abierta en materia de jurisprudencia constitucional y admite diversas interpretaciones: desde «coordinarse» entre iguales hasta «ser coordinados» por un superior, y desde los «a propuesta de» hasta el «según informe preceptivo y vinculante de». Aquí, los detalles, obviamente, acaban siendo decisivos.

Reconocida la anterior dificultad interpretativa, entenderemos aquí por «coordinación» lo que entiende el Tribunal Constitucional (TC) en diversas sentencias (p. ej., 32/1983 y 102/1995): «Se trata de una función instrumental consistente en fijar medios, sistemas y procedimientos de relación entre CCAA que hagan posible, sobre la base de la información recíproca y la acción conjunta, la integración del sistema sanitario desde la diversidad de las acciones de las diferentes CCAA».

Con ello, lo que caracterizaría la coordinación competencial sería:

1. El hecho de que se trata de una competencia formal (normas comunes y directrices autootorgadas a través de órganos mixtos), no sustantiva (no afecta a un organismo separado de las partes o perteneciente exclusivamente a una de ellas, como sería el caso si se ejerciera exclusivamente desde el Ministerio).

2. Su desarrollo en el plano horizontal, fuera de la vía jerárquica y vertical (Ley General de Sanidad, artículo 73).

3. Con carácter mayormente preventivo, de aceptación anterior a la adopción autónoma de decisiones,

4. No requerir funciones de dirección, ni de gestión ni ejecución, sino tan sólo de instrumentación de mecanismos y sistemas de relación.

5. Con un objetivo último que no puede ser otro que establecer, a través de los diferentes mecanismos formales de cooperación, las condiciones básicas que garanticen los derechos y las obligaciones de los ciudadanos ante las prestaciones sanitarias en términos de igualdad de oportunidades de consumo ante igual necesidad.

6. Evitar divergencias «irrazonables y desproporcionadas» (sentencia del TC 37/1981).

En cuanto a este último punto, y como reiteran distintas sentencias del mismo TC: «El principio de igualdad no puede ser entendido en modo alguno como una monolítica uniformidad (...) y no requiere un ordenamiento del que resulte que, en igualdad de circunstancias, en cualquier parte del territorio nacional, se tienen los mismos derechos y obligaciones (...), especialmente cuando ello resultase frontalmente incompatible con la autonomía» (sentencias del TC 37/1981 y 37/1987). Por lo demás, el TC aclara que se trata de garantizar la «igualdad de posiciones jurídicas fundamentales (...) de modo que la igualdad de derechos y obligaciones no puede ser entendida en términos tales que resulten incompatibles con el principio de descentralización política del Estado, pues ello impediría el ejercicio por las CCAA de las competencias que tienen atribuidas, ejercicio que, entre otras cosas, supone libertad para configurar una política propia en dichas materias» (sentencia del TC 14/1998).

Todo ello nos remite al terreno de lo concreto, en el que quedan algunas cuestiones capitales abiertas: ¿es desproporcionada la provisión de una prestación fuera de catálogo por parte de una comunidad autónoma que financia el coste adicional de dicha prestación con sus propios impuestos? ¿Es desproporcionada la provisión de unas mismas prestaciones, pero a una mayor «calidad», por parte de una comunidad autónoma que financia el coste adicional de dicha prestación con sus propios impuestos? ¿Qué entendemos en este ámbito por calidad: la relativa al dispositivo asistencial, al tratamiento hotelero, a prácticas diagnósticas menos agresivas (aunque con una menor relación coste-efectividad), a un menor tiempo de espera, a mayor frecuentación (aunque de demanda superflua), etc.? ¿Es «irrazonable» un criterio de transferibilidad de derechos (*portability*) por el que el ciudadano que se desplace a otra comunidad autónoma «arrastre» su derecho a la asistencia, de modo que ésta no se le pueda negar allá

donde vaya, pero que si es de nivel inferior en algún aspecto en destino que en origen no le legitime a la plena gratuidad, sino que posibilite que el servicio de destino (público o privado) facture al servicio (público) de origen?

Una última observación a este respecto, que puede ayudar a dimensionar en su justa proporción la necesidad de forzar una mayor coordinación sanitaria, es que, como hemos señalado en otros trabajos, España no es un Estado significativamente desigual en la financiación sanitaria pública capitativa, al contrario de lo que algunos postulan. El punto de partida es más bien de una gran igualdad, con reducidos coeficientes de variación en la financiación per cápita entre CCAA durante el período 1986-1997 son en general muy inferiores a la mayoría de los países occidentales para los que existen datos (Francia, Italia, Reino Unido –e Inglaterra–, Suecia, Alemania, Canadá y Australia). No es una sorpresa que cuanto menos descentralizado esté un país mayor sea la variación en el gasto sanitario público per cápita. Las razones son que bajo un sistema descentralizado resulta más difícil la discrecionalidad para mantener variaciones importantes en recursos entre territorios. Cualquier diferencia observada permite una lectura política y una reivindicación social geográfica muy difícil de ignorar políticamente. Este mismo resultado es observado por Banting¹⁵ al comparar los sistemas sanitarios con o sin estructura federal, para concluir que, siendo el nivel de gasto total mayor en términos absolutos en los descentralizados, además, la proporción de gasto sanitario público sobre el total es mayor. Por tanto, no parece que la situación de desigualdad sanitaria en España justifique hoy día acciones radicales de coordinación. Además, imponer pautas de consumo uniforme sobre la geografía pondría en peligro la estabilidad política del acuerdo constitucional que hizo posible la configuración del Estado de las Autonomías.

Conclusiones

Las conclusiones que pueden extraerse sobre el papel de la coordinación sanitaria como condicionante de los resultados políticos y sanitarios obtenidos en España durante el período 1979-1999 son las siguientes:

1. Existen tres mecanismos principales de coordinación en todos los Estados: *a)* la coordinación de arriba abajo (ejercida por los ciudadanos); *b)* la coordinación horizontal (basada en la cooperación y competencia entre gobiernos autonómicos), y *c)* la coordinación vertical (basada en los controles de arriba abajo, o bien en la cooperación/competencia entre gobiernos centrales y autonómicos).

2. El marco institucional de la descentralización sanitaria ha evolucionado en España (como en la mayoría de los Estados compuestos) en la dirección de limitar los poderes de coordinación central basados en el control vertical de arriba abajo y expandir simultáneamente tanto el poder de control de abajo arriba de los ciudadanos como las responsabilidades de coordinación horizontal y operativa de las CCAA.

3. Esta evolución parece ajustarse, además, a la percepción positiva por parte de una buena parte de los ciudadanos y de las élites políticas de los efectos de la descentralización sobre las políticas y resultados sanitarios.

4. Los resultados de investigaciones previas presentan evidencias consistentes (aunque muy mejorables y aún relativamente insuficientes) que confirman los efectos positivos de la descentralización sobre la expansión y la capacidad de transformación del SNS. Además, la mayor eficiencia estática y dinámica no parece haberse conseguido a costa de un aumento de las desigualdades (de hecho, y hasta 1997, más bien al contrario).

5. Esto se ha conseguido principalmente debido a la capacidad de innovación y de cooperación autónoma de las autoridades sanitarias de las CCAA, y a pesar de la relativa ausencia del gobierno central en el ejercicio de sus poderes de coordinación de abajo arriba en cuanto a política sanitaria. Los acuerdos de financiación alcanzados a nivel central parecen haber contribuido a disminuir las desigualdades de gasto entre las CCAA de vía lenta y el territorio Insalud, al menos hasta 1997.

6. Por otro lado, la competencia vertical y horizontal entre gobiernos para la ampliación de su poder institucional y sus recursos financieros ha tenido, aparentemente, consecuencias negativas sobre la capacidad de coordinación y actuación en el ámbito de la salud pública, los niveles de endeudamiento, y la transparencia y legitimidad democráticas en política sanitaria.

7. Por último, la dinámica de las relaciones de coordinación y su impacto sobre los resultados obtenidos dependen en parte de la medida en que el marco institucional establezca una distribución clara y transparente de los poderes y responsabilidades políticos en

el ámbito sanitario. Además, la cooperación, como la competencia, puede gestionarse.

8. La doctrina del TC sobre la competencia central de coordinación sanitaria deja claro que «coordinación» no es uniformidad, aunque tampoco parece que pueda ser compatible con divergencias «no razonables» o «desproporcionadas»; a partir de ahí, deja el terreno libre a los legisladores sectoriales para que decidan sobre los contenidos e instrumentos concretos de la coordinación. Aun así, el marco legislativo existente y en proceso de debate (Ley de Cohesión y Calidad) deja muchas cuestiones importantes sin resolver.

9. Parece claro, por tanto, que hace falta sentido común para buscar los balances apropiados entre la necesaria coordinación y la descentralización política. En todo caso, conviene recordar que la descentralización que reconoce nuestra Constitución a favor de las CCAA es política (no administrativa, como es el caso de los entes locales) y comporta capacidad financiera y legislativa propia. Como resultado de lo anterior, la diversidad es inevitable; más aún, es deseable, vistos los resultados muy positivos que ha tenido en términos de mejora de la innovación y capacidad de respuesta del sector público a las necesidades de los ciudadanos. El caso español demuestra que la diversidad y la innovación no se han traducido en diferencias importantes en cuanto a niveles de gasto.

10. Nótese en cualquier caso que importa distinguir lo que es financiación pública del gasto de lo que es el gasto sanitario público en sí mismo, en los casos en los que pesa mucho la capacidad de los parlamentos autónomos de añadir financiación por su cuenta a los niveles de financiación procedentes de la federación. Claro está, sin embargo, que las lecturas de la equidad territorial en uno y otro caso son distintas, ya que las aportaciones financieras propias derivadas del esfuerzo fiscal adicional de una comunidad, como complemento a su contribución a la fiscalidad general (que además se territorializa con criterios de equidad fiscal: p. ej., por necesidad aproximada por población más o menos ponderada, independientemente de la capacidad fiscal o contributiva de cada territorio), parece enormemente discutible. Es la ciudadanía la que prioriza entre diferentes partidas de gasto a igual esfuerzo fiscal.

Bibliografía

1. González López-Valcárcel B, Barber P, Pinilla J, Álamo F, Casado D. Organización y gestión. En: López-Casasnovas G, director. La evaluación de las políticas de servicios sanitarios en el Estado de las Autonomías. Bilbao: Fundación BBVA and IEA, 2001; p. 12-232.
2. García Ferrando M, López Aranguren E, Beltrán M. La conciencia nacional y regional en la España de las Autonomías. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 1994.
3. Rico A, Pérez-Nievas S. La satisfacción de los ciudadanos con la gestión autonómica de sus servicios de salud. En: López-Casasnovas G, director. La evaluación de las políticas de servicios sanitarios el Estado de las Autonomías. Bilbao: Fundación BBVA and IEA, 2001; p. 363-450.
4. De Manuel E, Miñarro R, Gutiérrez P. La relación entre recursos, actividades y resultados de los servicios de salud gestionados por las Comunidades Autónomas. En: López-Casasnovas G, director. La evaluación de las po-

- líticas de servicios sanitarios el Estado de las Autonomías. Bilbao: Fundación BBVA and IEA, 2001; p. 233-62.
5. López-Casasnovas G, Costa-Font J, Planas I. Equity-efficiency trade-offs and the performance of the Spanish National Health System (NHS) [in press]. *Health Economics*.
 6. Giannoni M, Hitiris T. The regional impact of health care expenditure: the case of Italy. Discussion Paper no. 1999/20. New York: Department of Economics and Related Studies, University of York. *Health Economics*, 2002.
 7. Urbanos R. Measurement of inequality in the delivery of public health care: evidence from Spain. Working Paper 2001-15. Madrid: FEDEA.
 8. Wagstaff A, Van Doorslaer E. Equity in the finance of health care: some further international comparisons. *J Health Economics* 1999;18:263-90.
 9. Evans RG. Financing health care: taxation and the alternatives. En: Mossialos E, Dixon A, Figueras J, Kutzin J, editors. *Funding health care: options for Europe*. Buckingham: Open University Press, 2002.
 10. Rico A, Costa J. Power rather than path? The dynamics of institutional change under health care federalism. Forthcoming JHPPL, 2003.
 11. Bovens M, t'Hart P, Peters G, Albaek E, Busch A, Dudley G, et al. Patterns of governance: sectoral and national comparisons. En: Bovens M, t'Hart P, Peters BG, editors. *Success and failure in governance: a comparative analysis*. Aldershot: Edward Elgar, 2001; p. 593-640.
 12. Pellisé L, Truyol I, Blanco A, Sánchez F. Financiación sanitaria y proceso transferencial. En: López-Casasnovas G, director. *La evaluación de las políticas de servicios sanitarios el Estado de las Autonomías*. Bilbao: Fundación BBVA and IEA, 2001; p.163-255.
 13. Beltrán JL. La coordinación y cooperación interterritorial en el Sistema Nacional de Salud. En: *La organización territorial de la sanidad*. XXII Jornadas de Economía de la Salud. Barcelona: Asociación de Economía de la Salud, 2002.
 14. Salas V. Cultura y confianza en las organizaciones. En: *Coordinación e incentivos en sanidad*. XXI Jornadas de Economía de la Salud. Barcelona: Asociación de Economía de la Salud, 2001.
 15. Banting K. *Fiscal federalism and health care systems*. London: Blackwell Publishers, 2002.
-