

Algunos comentarios para el análisis de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud

Javier Rey del Castillo

Médico Inspector

Resumen

El 28 de mayo de 2003 se publicó en el Boletín Oficial del Estado la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. El nuevo texto legal pretende convertirse en la referencia para la organización del sistema sanitario español en las nuevas condiciones de descentralización completa de su gestión, producidas a raíz de que en enero de 2002 se cerrase el traspaso de las responsabilidades sanitarias a las Comunidades Autónomas (CCAA).

En el artículo se analiza la Ley citada. El estudio se adapta al seguimiento del orden cronológico que se ha seguido hasta la promulgación de la norma, partiendo de los primeros proyectos de una ley sobre la coordinación promovidos desde diferentes partidos políticos, cuyas posiciones al respecto también se analizan.

En el trabajo se justifica que la nueva Ley no aporta ninguna novedad sustancial para el funcionamiento coordinado del sistema sanitario español respecto a la situación que ya existía con las normas previas que regulaban estas cuestiones. En consecuencia, se estima que el texto legal recientemente aprobado carece de la capacidad necesaria para garantizar en el futuro los niveles de coordinación precisos en la nueva situación de descentralización.

Palabras clave: Descentralización. Coordinación. Ley de Cohesión.

Summary

A new Act on Cohesion and Quality for the Spanish Health Care System was passed by the Spanish Parliament in May 28th, 2003. This new law aims to become a reference for the organization of the Health Care System in Spain under new conditions of decentralization of services, produced after responsibilities over health care services were finally transferred to all Spanish Autonomous Communities (political regions) in January 2002.

The article analyzes the characteristics of the new Act. Our analysis follows a chronological order, starting with the first projects of the new law presented for discussion. We also discuss the positions of the main Spanish political parties on health coordination at each step of the process.

According to our analysis, the new law does neither provide the necessary new tools for coordination of the Spanish Health Care System, nor offers new foresights on coordination different from the ones established in previous laws. Thus, our analysis puts into question the usefulness of the new law.

Key words: Decentralization. Coordination. Act on Cohesion and Quality for the Spanish Health Care System.

Introducción

En el presente curso político la tramitación del proyecto de ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que estará en vigor cuando aparezcan estos comentarios, se ha constituido en el centro de la actualidad política sanitaria.

El éxito político que ha supuesto el alto grado de acuerdo parlamentario alcanzado para su aprobación ha provocado, además de numerosos y variados comentarios favorables desde distintas posiciones del espectro político y de los medios, una corriente de actividad legislativa en el campo sanitario que ha arrasado el desarrollo de otros proyectos que se encontraban atascados desde hace tiempo; entre ellos los del Estatuto Marco y la Ley de las Profesiones Sanitarias, que se encuentran actualmente en tramitación. Si esos dos nuevos proyectos aportan algo sustancial a la situación sanitaria española deberán ser objeto de un análisis posterior.

El texto de la Ley de Cohesión ha sido objeto de una amplia difusión pública, y de numerosas actividades (panegíricas) de presentación, en las que se han resaltado sus bondades y los efectos favorables que cabría esperar de su entrada en vigor.

Por el contrario, han sido menos comunes, por no decir prácticamente in-

existentes, los análisis críticos de la norma que han alcanzado a llegar a la opinión pública, sanitaria y general. Sólo en fecha reciente, y una vez superado el trámite inicial de la aprobación del texto por el Congreso, ha tenido acogida en los medios de comunicación de difusión más amplia algún trabajo crítico para con la norma acordada¹, que en otros casos ha debido plantearse en medios de difusión más reducida y específica². Lo mismo ha ocurrido con la propuesta de formas alternativas de promover la coordinación sanitaria en nuestro país en la nueva situación³.

En este trabajo se pretenden aportar algunos datos (y comentarios sobre los mismos) que se considera pueden servir para valorar mejor el significado y los efectos que caben esperarse de la norma aprobada. Ésta, como se ha dicho, aspira a convertirse en elemento principal de nuestro sistema sanitario de cara al nuevo siglo recién estrenado.

El trabajo está concebido según un orden cronológico, que comienza con los precedentes del texto legal y continúa a lo largo de su tramitación, para observar las características de su contenido y las variaciones que ha ido sufriendo en ese proceso. Las actitudes de unos y otros agentes políticos en las sucesivas etapas que han dado lugar a la aprobación de la

Ley sirven también de contrapunto para valorar el texto y sus efectos potenciales.

Un texto al final de un trayecto antes que una iniciativa original para la organización del Sistema Nacional de Salud

Aunque en la presentación de la Ley se ha investido a ésta de un carácter de originalidad en el contexto de nuestro sistema sanitario, lo cierto es que desde que se consumó el cierre de los traspasos sanitarios a las Comunidades Autónomas (CCAA), proceso que tuvo lugar al final del año 2001, la mayoría de los grupos políticos, al menos aquellos con capacidad real de gobierno al nivel del Estado, coincidieron en señalar una norma de rango legal como el instrumento más adecuado para definir los papeles a desempeñar por las diferentes administraciones en el sistema sanitario y resolver los problemas de coordinación que pudieran plantearse con la nueva situación de descentralización completa del mismo.

Del contexto en el que se produjo el cierre de los traspasos sanitarios se ha resaltado repetidamente que el mismo tuvo lugar de manera simultánea (y, como se ha justificado en otros trabajos⁴, subordinada) a la implantación de un nuevo

sistema de financiación autonómica⁽¹⁾. Entre las características más destacadas de éste cabe incluir precisamente que por primera vez el sistema de financiación autonómica general, a diferencia de lo que ocurría hasta entonces, incluye la financiación sanitaria⁵. Por otra parte, la cesión completa de las competencias sanitarias a las CCAA se convirtió en un instrumento necesario para traspasar una amplia cesta de tributos a las propias administraciones autonómicas, facilitando con ello el aumento de la corresponsabilidad fiscal de éstas, cuya ausencia había sido señalada como uno de los defectos más importantes de anteriores sistemas de financiación^{6,7}.

De la propuesta de una Ley como vía de solución de los nuevos problemas planteados por la situación de descentralización completa de las responsabilidades sanitarias cabe destacarse, a su vez, dos aspectos:

⁽¹⁾ El efecto más importante de la coincidencia de esos procesos y de las características de éstos es que el Gobierno central ha dejado de tener responsabilidad, tanto en la gestión directa como en calidad de garantía última, sobre la protección sanitaria. Se trata de un efecto que resulta congruente con las políticas económicas que han priorizado el equilibrio presupuestario como objetivo preferente, para cuyo cumplimiento, no sólo en España sino también en otros países, se están planteando reformas que suponen la reducción de los sistemas sociales de protección^{8,9}. Desde algunos enfoques los procesos de descentralización de diferentes servicios y prestaciones sociales se han descrito como una forma posible de contribuir a esa reducción^{10,11}.

– En primer lugar, que ese planteamiento, común a los dos partidos mayoritarios, se hizo público después, y no antes, de que se consumara el cierre de los traspasos sanitarios.

– En segundo lugar, que puesto que la base de los traspasos sanitarios es precisamente la distribución legal de las competencias en unas y otras materias sanitarias a las CCAA, cualquier previsión legal referida a las actuaciones de éstas, e incluso a su actuación coordinada, en las circunstancias mencionadas no podría suponer cambio alguno en la aplicación de las reglas aplicadas poco antes, ni tampoco podría hacerse una interpretación diferente de la aplicación de las normas realizada sin el acuerdo de todas las administraciones autonómicas, situadas ya en un mismo nivel de competencia sanitaria plena.

Esa situación fue la base de las opiniones que vienen considerando inadecuada la opción por una norma legal como vía de solución de los nuevos problemas (básicamente de su funcionamiento coordinado) presentados a nuestro sistema sanitario^{3,12}.

Sin embargo, es un hecho que esos criterios contrarios, y las propuestas alternativas sugeridas, no han sido atendidos.

La mejor prueba de ello es que desde que se consumaron los traspasos sanita-

rios se fueron conociendo diferentes propuestas de normas, tanto procedentes del Ministerio de Sanidad como del Partido Socialista, que, bajo títulos distintos, tenían como objeto, al menos de manera formal, promover el funcionamiento coordinado del Sistema Nacional de Salud en las nuevas condiciones de descentralización.

En el caso del Ministerio de Sanidad, y aunque hubo algunos borradores previos, el primer texto difundido (a través de los canales no formales de información que con tan gran éxito funcionan en nuestro sistema sanitario) lleva fecha de diciembre de 2001.

Por su parte, el primer texto del Partido Socialista, al que fue posible acceder por las mismas vías, fue conocido en enero de 2002.

Ni uno ni otro alcanzaron el trámite parlamentario. Algunas de las características de esos textos (fundamentalmente la similitud, en ocasiones hasta alcanzar la identidad entre ellos), a las que se alude en el apartado siguiente provocaron su sustitución por nuevos textos.

En el caso del Partido Socialista, sólo un mes después del primer texto, en febrero de 2002, se presentó en el Congreso una proposición de Ley de contenido semejante, que llegó a ser debatida y rechazada sólo con los votos favorables

del partido proponente en abril del mismo año.

Por su parte, el Ministerio de Sanidad, que se había comprometido bajo el mandato de la ministra anterior a la presentación de un texto alternativo al del Partido Socialista antes de que acabara el mes de febrero, y luego el de abril, terminó por difundir informalmente un nuevo anteproyecto, que no alcanzó a ser remitido al Parlamento, pocos días antes de que se produjera la sustitución de su titular, al final de mayo de 2002.

Estos proyectos, anteriores al presentado y tramitado por el actual equipo ministerial, se analizan en el apartado siguiente.

Los proyectos anteriores a la Ley de Cohesión

Estos proyectos, tres de ellos anteriores al mes de mayo del año anterior, fueron analizados en una ponencia presentada en las XXII Jornadas de Economía de la Salud, celebradas en ese mismo mes¹². El análisis que se presenta en este apartado se basa en el trabajo citado.

De los proyectos mencionados se destacan los siguientes aspectos:

I. En primer lugar, la **amplia coincidencia existente entre los diferentes proyectos entre sí, y con la Ley General de Sanidad**.

La primera redacción de esos proyectos, de diciembre de 2001 en el caso del Ministerio de Sanidad, y de enero de 2002 en el del Partido Socialista, reproducía textualmente en ambos proyectos contenidos enteros de la norma, que, por otra parte, eran casi idénticos a ciertos preceptos de la Ley 14/1986, General de Sanidad.

La coincidencia en cuanto a contenidos generales entre ambos proyectos y con la Ley 14/1986 se ilustró en diversos cuadros en el trabajo citado.

En el mismo trabajo se comparó la redacción de algunos contenidos concretos, utilizando para ello ciertas materias presentadas en algunos medios de comunicación, como propuestas originales y ventajosas contenidas en los proyectos difundidos. La identidad de las expresiones formales utilizadas para regular esas cuestiones en los primeros proyectos de uno y otro partido era casi absoluta en varias de las materias analizadas. Cuando se daba esa circunstancia, los textos utilizados reproducían casi literalmente los contenidos referidos a las mismas materias de la Ley General de Sanidad.

Los proyectos posteriores de uno y otro origen evitaron una coincidencia formal tan expresa como la que había existido entre esos primeros proyectos¹³, que había dado lugar a diferentes

especulaciones sobre el origen de ambos textos. Entre esos primeros proyectos y los siguientes de cada partido (más distante en el tiempo el del Ministerio de Sanidad que el del Partido Socialista, como se ha mencionado), se introdujeron en ellos cambios de carácter formal y estructural en la organización y presentación de la norma, tendentes a reducir y simplificar su contenido. En todo caso, por encima de esos cambios se mantenía en los dos nuevos textos de ambos partidos una orientación muy similar en cuanto a la concepción de la coordinación sanitaria y el papel a desempeñar por las diferentes administraciones; concepciones que, por otra parte, mantenían la misma orientación de la Ley General de Sanidad.

2. Todos esos proyectos previos al proyecto de Ley actualmente en discusión mantenían la referencia a la competencia en “ejecución” de servicios de la Seguridad Social como título que da acceso a las CCAA a las competencias en asistencia sanitaria.

Sobre la importancia y repercusiones de uno u otro título competencial (Sanidad e higiene frente a Seguridad Social) para el ejercicio de la coordinación sanitaria se han hecho numerosas referencias en otros trabajos previos^{9,12,14}.

En el caso de los proyectos que nos ocupan, aunque de la referencia competencial mencionada no se derivaban otras consecuencias concretas en el establecimiento de mecanismos de coordinación, la misma servía al menos para mantener la ambigüedad sobre estas cuestiones que ha caracterizado hasta ahora la situación. Lo que de hecho supone mantener no cerrado el carácter universal e indivisible de la protección sanitaria bajo la responsabilidad última de la Administración General del Estado, que podría dar pie a ciertas intervenciones de ésta para mantener la universalidad y equidad del sistema sanitario en su conjunto, como algunos propugnamos desde hace tiempo. Estas intervenciones estarían vedadas en todo caso si se acepta expresamente que la protección sanitaria ha dejado de tener relación alguna con el ámbito de la Seguridad Social.

3. Los proyectos previos analizados ponían en evidencia la tendencia a interpretar la coordinación como implicación de las CCAA en las tareas propias del Estado, sin ningún compromiso de contraprestación por parte de aquéllas, ni de lealtad a los acuerdos adoptados en los órganos de coordinación.

Como muestra de lo que se quiere decir en este caso, en el trabajo citado¹²

se analizaron diversas funciones atribuidas de manera coincidente en los distintos proyectos al Consejo Interterritorial, constituido en el “órgano supremo” del sistema sanitario, pese a carecer de personalidad jurídica propia y de capacidad efectiva de decisión, comparando esas funciones con la distribución competencial existente para cada una de las materias mencionadas. De la comparación realizada se deducía que todas esas funciones atribuidas en los nuevos textos al Consejo correspondían a áreas de competencia “exclusiva” de la Administración General del Estado.

Un ejemplo preciso de esta tendencia fue la propuesta de inclusión de las CCAA en los órganos que autorizan y establecen los precios de los nuevos medicamentos en la proposición de Ley del Partido Socialista rechazada en el Congreso. Tal propuesta no se acompañaba de ninguna previsión de compromiso con otras decisiones de política farmacéutica que pudieran ser adoptadas, a pesar del precedente inmediato de la falta de aplicación por parte de la CA andaluza de un listado de medicamentos excluidos de la financiación sanitaria pública.

Lo que se discute en este último caso no es el contenido técnico de la medida, sino la conveniencia de convertir en terrenos de participación autonómica ámbi-

tos de decisión propios del Estado (lo que puede ser adecuado en la situación actual de ejercicio de la gestión sanitaria) sin establecer simultáneamente mecanismos que materialicen el compromiso autonómico con las decisiones adoptadas en común.

4. Los proyectos analizados traducían también la **falta de nuevos criterios acerca de la constitución de los órganos al servicio de la coordinación** que pudieran formarse.

Los diferentes proyectos sucesivos proponían la constitución de órganos de coordinación para llevar a cabo ciertas funciones, como la información o el control de calidad en el sistema sanitario, con denominaciones variables y diferentes formas jurídicas. Para los proyectos del PSOE, los diferentes órganos propuestos, con denominaciones distintas, para el cumplimiento de esas funciones se recogen en la tabla 1. A su vez, en la tabla 2 se describen las entidades propuestas en los sucesivos proyectos ministeriales; en este caso la comparación se extiende en la última columna a la Ley de Cohesión, en su versión de 21 de marzo de 2003, tras el primer paso del texto por el Congreso. La variabilidad que puede observarse de unos a otros proyectos, aun los de un mismo origen, sugiere una ausencia alarmante de crite-

Instituto Nacional de Atención Sanitaria basada en la evidencia Artículo 7.9 (Capítulo II)	
(Red de Acreditación Sanitaria del SNS) Artículo 8.3 (Capítulo II)	Centro de Acreditación Sanitaria del SNS (Instituto de Salud Carlos III) Disposición Adicional Segunda d)
Centro de Información Económica del SNS Artículo 12.2 (Capítulo II)	Centro de Información Económica del SNS (Instituto de Salud Carlos III) Disposición Adicional Segunda c)
Comisiones Permanentes del SNS (10) Artículo 21.1 (Capítulo VI)	Comisiones Permanentes del SNS (11) (Añade Comisión de Bioética del SNS) Artículo 18.2 (Capítulo IV)
Agencia de Información del SNS Artículo 21.3 (Capítulo VI)	—
Observatorio del SNS Artículo 32 (Capítulo VIII)	—
Consejo Social del SNS Artículo 34 (Capítulo X)	Consejo Social del SNS Artículo 21 (Capítulo VI)
Comité de Salud para Europa Artículo 37 (Capítulo XI)	—
—	Oficina Técnica de Prestaciones del SNS Artículo 5 (Capítulo II)
—	Centro de Excelencia Clínica del SNS (Instituto de Salud Carlos III) Disposición Adicional Segunda a)
—	Centro de Información y Análisis del SNS (Instituto de Salud Carlos III) Disposición Adicional Segunda

Tabla I. Organismos cuya creación se promueve en proyectos del PSOE. Primer proyecto (enero de 2002); segundo proyecto (febrero 2002)

rios precisos acerca de los instrumentos de coordinación necesarios en un sistema descentralizado.

Pero además ninguna de las propuestas correspondientes a cualquiera de los proyectos examinados introducía novedad alguna en cuanto a la constitución de

esas entidades respecto de los órganos o sistemas previstos ya en la Ley General de Sanidad, cuyo grado de efectividad ha sido escaso. Constituir nuevos órganos, u órganos similares bajo una denominación diferente, sin prever qué hay que variar en su constitución para que puedan re-

Anteproyecto de Ley por el que se establecen acciones integradas en materia sanitaria (17 diciembre 2001)	Anteproyecto de Ley Coordinación del Sistema Nacional de Salud (23 mayo 2002)	Ley, 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (28 mayo 2003)
Comité Interterritorial de evaluación de nuevas tecnologías Artículo 11.4 (Capítulo III)		
Observatorio del SNS Artículo 19 (Capítulo V)		Observatorio del SNS Artículo 63 (Capítulo VI. Sección 2ª)
Comisiones permanentes del CISNS (8) Artículo 23.2 (Capítulo VI)		
Oficina Técnica de Información Sanitaria Artículo 33 (Capítulo VIII)		
	Consejo de Participación Social del SNS Artículo 22 (Capítulo VI)	Consejo de Participación Social del SNS Comité Consultivo Foro abierto de salud Foro virtual Artículo 67 (Capítulo IX)
	Agencia de Gestión y evaluación de la Información del SNS Artículo 23 (Capítulo IX)	
		Comisión de Recursos Humanos del SNS Foro Foro profesional Comisión consultiva profesional Artículo 35 (Capítulo III. Sección 1ª)
		Instituto de Información Sanitaria Artículo 58 (Capítulo V. Sección 3ª)
		Agencia de Calidad del SNS Artículo 60 (Capítulo VI. Sección 1ª)

Tabla 2. Organismos cuya creación se promueve en proyectos del Ministerio

sultar más efectivos en el cumplimiento de las funciones que se les adscriben, parece abocado a los mismos resultados que los obtenidos con los órganos y sistemas ya disponibles, de los que el sistema de información, cuyos defectos de diseño y funcionamiento en especial para un sistema descentralizado han sido repetidamente comentados, puede ser un buen ejemplo negativo.

5. En el caso del **Consejo Interterritorial** los proyectos previos analizados proponían ya una **modificación en su composición, restringiendo la participación estatal a tan sólo dos miembros**, frente a la participación de todas las CCAA, haciéndolo igual en esto a las “conferencias sectoriales” existentes en otros sectores, con resultados escasos. Esta modificación tendría supuestamente efectos sobre el desarrollo por el Consejo de una dinámica de votaciones para adoptar decisiones, y proporcionar así a este órgano un carácter más ejecutivo.

Sin embargo, las limitaciones del Consejo para aplicar sus decisiones no tiene sobre todo que ver con la forma en que se adoptan éstas, sino con el hecho de que sólo resultan aplicables en cada territorio si se acepta así por el gobierno autonómico correspondiente, en tanto que se considere que todas las cuestio-

nes sanitarias son de su competencia “exclusiva”. En consecuencia, modificar la composición del Consejo sin introducir cambios en esta interpretación **no añade** a dicho órgano **ninguna garantía adicional de aplicabilidad de sus decisiones**. A la vez, resulta poco adecuado convertir a un órgano “de consenso”, pero sin capacidad legal de aplicación de sus decisiones, en el “órgano superior del Sistema Nacional de Salud”.

6. Otra característica de los proyectos analizados es que la **cercanía de fondo entre los partidos mayoritarios sobre la coordinación sanitaria**, que reflejan los apartados anteriores, **no propició en aquel momento una vía de acuerdo entre ellos para facilitar la promulgación de una norma**, sobre cuyos términos podría fácilmente haberse pactado, dada la proximidad de las posiciones mantenidas. Esta situación sugiere que la presentación de los proyectos podría tener un carácter más instrumental, de justificación de la actividad propia, que responder al deseo de establecer mecanismos eficaces y eficientes de coordinación.

Por otra parte, el acuerdo de hecho existente en materia de coordinación sanitaria no se trasladaba a otras áreas, por lo que la inclusión de otras materias distintas a aquéllas en las que se daba esa

proximidad de criterios en algunos de los proyectos presentados se utilizó incluso como justificación para no alcanzar el acuerdo en torno a ninguno de ellos. Un ejemplo de este extremo es que la introducción por el Partido Socialista en su proyecto debatido en el Congreso de ciertas cuestiones relacionadas con el carácter preferente del uso de los recursos públicos para mantener la cobertura sanitaria, así como con las condiciones exigibles a los medios privados para participar en la prestación, contribuyó a provocar el rechazo en el Congreso de la propuesta socialista por el Partido Popular.

7. Una última característica de los proyectos analizados era la deficiente calidad técnica de su elaboración.

Esta afirmación se refiere al menos a dos condiciones comunes a todos esos proyectos: los textos, como se ha comentado, para algunas materias concretas, contenían numerosas reproducciones parciales de normas previas; por otra parte, todos los proyectos analizados disponían de un régimen de derogación de normas previas impreciso y general. Ambas circunstancias coinciden en contribuir a provocar una situación jurídica compleja, en la que resultaría de difícil valoración cuáles son las normas que resultan de aplicación en cada caso. Convertir en motivo de interpretaciones

difíciles qué normas resulten aplicables en cada caso en materia de coordinación no contribuye precisamente a facilitar esta función.

El proyecto de Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud

De cara a la tramitación de una norma sobre la coordinación sanitaria, la renovación en la titularidad del Ministerio de Sanidad en junio de 2002 supuso un cambio importante. En las observaciones siguientes, en las que se alude a las características del nuevo texto tramitado bajo el título de referencia, se analiza la naturaleza de ese cambio. A la luz de los análisis que se llevan a cabo, éste parece que afectó más a las formas que al contenido real y el desarrollo efectivo de criterios e instrumentos eficaces de coordinación en el Sistema Nacional de Salud. En la tabla 3 se resumen las características más importantes del proyecto de Ley de Cohesión en relación con la consideración de los mismos aspectos en proyectos previos. Una descripción pormenorizada de esas cuestiones se lleva a cabo a continuación.

I. Las innovaciones formales del texto. Desde el punto de vista formal, el nuevo texto presentado por el Go-

Proyectos previos	Proyecto de Ley de Cohesión
Amplia coincidencia en contenidos de proyectos entre sí y con la Ley General de Sanidad	Innovación completa de textos, con contenidos similares a proyectos previos
Acuerdo entre partidos mayoritarios en contenidos de norma, sin acuerdo para su promulgación	Aceptación general de enmiendas de partidos de oposición por parte del Gobierno y dado casi unánime a proyecto
Referencia a Seguridad Social como título de acceso a competencia en asistencia sanitaria	Ausencia de referencia a Seguridad Social en proyecto inicial del Gobierno
Coincidencia en interpretación de coordinación como cooperación e implicación de CCAA en tareas propias del Estado, y falta de referencias a financiación como instrumento de coordinación	Criterios iguales sobre coordinación y subordinación de coordinación a sistema de financiación
Ausencia de novedades en constitución de órganos de coordinación	Ausencia de innovaciones en constitución de órganos de coordinación
Consejo Interterritorial: varía composición, pero no capacidad de decisión	Consejo Interterritorial: varía composición, pero no capacidad de decisión
Deficiente calidad técnica: reproducción parcial de normas previas y régimen derogatorio impreciso	Deficiente calidad técnica: lenguaje poco jurídico y deficiente régimen de derogación de normas previas
Ausencia de acuerdo en criterios generales sobre sistema sanitario público distintos a coordinación	Introducción de criterios generales sobre condiciones de sistema sanitario público, sin mecanismos de control de su mantenimiento Deslizamiento hacia CCAA de responsabilidad de garantía de derecho a protección de la salud

Tabla 3. Comparación entre proyectos de Leyes de Coordinación

bierno para su debate (acelerado) en el Congreso en diciembre de 2002, a diferencia de los proyectos previos que se han comentado, supuso una **innovación completa de los textos**, tanto con referencia a esos proyectos previos como a otras normas anteriores, incluida la Ley General de Sanidad. Esa innovación pareció al servicio de un deseo expreso de diferenciación respecto de la etapa ministerial anterior, cuyos proyectos ha-

brían quedado, así, suprimidos. Sin embargo, tal innovación formal fue el **soporte del mantenimiento de criterios idénticos respecto del ámbito y las actuaciones de coordinación** de los contenidos en proyectos y normas anteriores, sin introducir respecto a ellos ningún cambio de fondo.

Esa ausencia de nuevos planteamientos en cuanto a la coordinación sanitaria (cuya posibilidad de establecimiento a

través de una Ley, por otra parte, se puede poner en cuestión) hace que la norma pudiera considerarse de nuevo innecesaria: la práctica totalidad de lo que la Ley expone podría haberse desarrollado sin necesidad de una nueva norma, al amparo de las normas todavía en vigor.

2. Pese a ello, el proyecto presentado **no era trivial en sus efectos**. Alguna de sus omisiones, de manera destacada la ausencia de referencia a la Ley General de Seguridad Social como base legal para el dictado de la norma, consolidaba legalmente el “deslizamiento” producido en la interpretación de las competencias en asistencia sanitaria, reduciendo ésta al ámbito de la “sanidad e higiene” y restringiendo, en consecuencia, la capacidad de intervención de la Administración General del Estado y el ámbito de la coordinación.

3. El proyecto era también **continuista respecto a proyectos previos en la reducción del concepto de coordinación a la cooperación entre las administraciones sanitarias**. Esta reducción tenía un reflejo explícito en la terminología utilizada en el texto, que eliminaba cualquier referencia a la coordinación como forma de colaboración impuesta coactivamente por razones de interés general. Por otra parte, adoptaba también el carácter de cesión de la competencia estatal de coordinación a las

CCAA, al constituir el Consejo Interterritorial como órgano de cooperación entre el Estado y aquéllas, eliminando otras posibilidades de actuación que estaban presentes en proyectos previos, y que diferenciaban las actuaciones del Consejo Interterritorial en función del ámbito competencial (Sanidad o Seguridad Social) en el que se produjesen.

4. Tampoco suponía ninguna innovación con respecto a la constitución de los órganos de coordinación. Como en los proyectos anteriores, las innovaciones, que se recogen en la tabla 2, se referían al número y la denominación de los instrumentos de coordinación (agencias, observatorios...) que se proponen, pero no a su constitución, con los efectos previsibles sobre los nuevos órganos que se constituyan, cuyos resultados serán así previsiblemente semejantes a los obtenidos con los instrumentos ya existentes.

En cuanto al Consejo Interterritorial, salvo algunas variaciones formales (se creaba una Comisión delegada, órgano de segundo nivel para facilitar la función del Pleno; se trata de un órgano cuya creación se barajó ya en otros intentos de reforma del propio Consejo, en 1992) se repetían en el proyecto los cambios en su composición que ya estaban previstos en los proyectos previos, mante-

niendo igualmente el carácter de sus “decisiones” “por consenso”.

5. El proyecto subordinaba (y continúa subordinando con su redacción definitiva) **la coordinación sanitaria a las condiciones del sistema de financiación**, y no a la inversa. En este sentido, ratificaba (artículo 10) que “las prestaciones sanitarias son responsabilidad financiera de las Comunidades Autónomas” y que “la suficiencia para la financiación de las prestaciones y garantías recogidas en esta Ley viene determinada por los recursos asignados a las CCAA conforme a lo establecido” en las leyes que regulan la financiación. Estas declaraciones suponen el reconocimiento más expreso de que la prioridad es el sistema de financiación establecido.

Por otra parte, el proyecto inicial del Gobierno no preveía ninguna modificación de la cuantía ni el destino de los fondos previstos para ejercer desde la Administración General de Estado ciertas funciones de reequilibrio de las insuficiencias financieras que pudiera presentar el sistema de financiación autonómica. Esos fondos son: el denominado “Fondo de Suficiencia”, de carácter global (teóricamente destinado a cubrir la diferencia entre las necesidades de gasto de cada CA y su capacidad fiscal, pero cuya evolución en términos cuantitativos no se vincula a las

diferencias entre ambos conceptos que puedan observarse, sino a la evolución en los ingresos estatales por tributos no cedidos a las CCAA); y dos fondos específicos sanitarios, uno destinado a la financiación de un programa de ahorro en incapacidad temporal, y el llamado “Fondo de Cohesión Sanitaria”, que, sin embargo, sólo pretende cubrir, con una dotación manifiestamente insuficiente, los desplazamientos de pacientes entre CCAA.

El proyecto de Ley no preveía (ni prevé en su texto definitivo) ninguna modificación de la utilización de esos fondos, para convertirlos en un instrumento de intervención estatal al servicio del mantenimiento de las condiciones de universalidad y equidad del sistema, como ocurre en otros países como Canadá o Italia, con sistemas sanitarios descentralizados. Que esa falta de voluntad de cambio constituye una posición expresa lo demuestra el que, de manera simultánea con la presentación del proyecto de Ley, se aprobó un Real Decreto (el 1247/2002, de 3 de diciembre), por el que se regula, sin introducir ningún cambio en la previsión del destino de esos fondos, la distribución de los recursos económicos que constituyen el Fondo de Cohesión.

6. El proyecto suponía un deslizamiento añadido en la responsabilidad de la garantía del derecho a la

protección de la salud. Atribuir a las CCAA la garantía de la cobertura sanitaria respecto a su propia población supone romper la vinculación entre el derecho a la cobertura sanitaria y la ciudadanía estatal, y eliminar la posibilidad de la intervención de la Administración General del Estado cuando para el mantenimiento de la cobertura universal sea preciso el desplazamiento de pacientes entre CCAA, y especialmente si se producen problemas en los mismos.

Esta fragmentación de la responsabilidad de la cobertura sanitaria viene a unirse a la que de hecho ya existe por la existencia de ciertos regímenes de protección sanitaria diferentes para determinados colectivos (Muface, Mugeju e Isfas).

7. El proyecto adolecía de la misma falta de calidad técnica de proyectos anteriores. A los defectos de técnica jurídica apuntados respecto de proyectos previos, que eran idénticos en este caso⁽²⁾, se unía aquí un lenguaje esca-

samente jurídico, que dificultaría la posterior aplicación de sus disposiciones.

La eliminación de las referencias a las materias relacionadas con la Seguridad Social puede hacer aún más compleja la aplicación de algunas de las disposiciones. Esto ocurre, por ejemplo, con las correspondientes a las prestaciones sanitarias. Aprobado el proyecto en los términos propuestos, lo que se regulan en el mismo son las prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Quedarían aparte las que están definidas como prestaciones sanitarias de la Seguridad Social en las normas correspondientes, lo que podría provocar situaciones contradictorias de difícil solución, puesto que las prestaciones sanitarias están definidas como derechos personales en el ámbito de la Seguridad Social. La inclusión de las de Salud Pública (de naturaleza colectiva y soportadas hasta ahora por otro sistema de financiación) entre las prestaciones a cubrir, no hace sino añadir un ele-

⁽²⁾ Los problemas de coincidencia de ciertas regulaciones contenidas en la nueva norma con lo regulado en otras normas previas, sin disponer siquiera de un régimen derogatorio preciso y claro, se han acrecentado en el nuevo texto como consecuencia de que en éste se incluyen con extensión y precisión variables, además de las cuestiones relacionadas con la coordinación del sistema, otros muchos aspectos de éste (relativos a los principios generales del sistema sanitario, los derechos de los pacientes, el personal sanitario, los medicamentos, la investigación, las prestaciones o la salud pública)

que están regulados previamente en otras normas específicas. Esta extensión del objeto de la norma más allá de su finalidad más específica, que sigue siendo la organización y funcionamiento del sistema sanitario en las nuevas condiciones de descentralización completa, es otra peculiaridad propia del nuevo texto frente a los proyectos previos. Cabe pensar que lo que gana en extensión lo pierde en calidad y precisión al abordar cada materia, a la vez que dificulta la discusión de cada tema, que puede tener muchos más aspectos que los que se tocan en el texto.

mento más de confusión a la naturaleza de las prestaciones enumeradas.

Con independencia de esos aspectos formales, esta misma materia de las prestaciones sanitarias, que pretenden ser reguladas de manera pormenorizada, plantea el problema acerca de la viabilidad técnica del proyecto en diferentes aspectos. A título de ejemplo, hay dudas razonables de que todas las técnicas y procedimientos sanitarios puedan ser especificados y regulados mediante una norma en sistemas sanitarios del tipo de los Servicios Nacionales de Salud, en los que la prestación del servicio no está vinculada al pago por acto médico. Entrar en una definición expresa de cada uno de los procedimientos aplicables, ponerlos en relación con cada una de sus aplicaciones potenciales y valorar la casuística que se puede generar en torno a cada una, puede constituir a medio plazo un problema de imposible solución.

Los cambios introducidos en el proyecto durante su tramitación, y la evolución a un “proyecto de consenso” en el Congreso

El aspecto más llamativo del proyecto tramitado, a punto de convertirse en Ley cuando se redacta este trabajo, ha sido el grado de acuerdo que ha suscitado. El

proyecto fue aprobado por el Pleno del Congreso para su tramitación por el Senado con el acuerdo de todos los grupos políticos, con la excepción de Coalición Canaria, que no veía adecuadamente reflejada en el texto su demanda de una mayor financiación¹⁵.

El grado de acuerdo alcanzado ha sido motivo de numerosos comentarios favorables desde todos los ámbitos¹⁶⁻¹⁸, que han destacado el valor político de una norma que ha logrado un acuerdo casi unánime.

Ese alto grado de acuerdo puede ponerse en relación con la aceptación (acrítica) de un porcentaje muy elevado de las enmiendas parciales presentadas por los distintos grupos políticos al texto inicial del Gobierno, una vez que se desechó por aquellos la presentación de enmiendas a la totalidad del mismo. Este cambio de actitud respecto a la que se mantuvo por parte del Ministerio de Sanidad anterior en la tramitación de proyectos previos, resulta en todo caso destacable, y merece un comentario específico que se desarrolla más adelante sobre las razones y objetivos que pueden haber determinado esa transformación¹⁹.

Por otra parte, por los portavoces de distintos grupos políticos en la sesión en la que se aprobó el texto se consideró que se habían introducido en el mismo

cambios muy sustanciales. Dado que éstos, en todo caso, fueron de carácter parcial, en forma de enmiendas a la redacción de artículos concretos, la estructura y características generales de la norma, su forma de redacción, y hasta su régimen derogatorio, se mantuvieron en los mismos términos del proyecto original del Gobierno.

A su vez, la consideración de los cambios introducidos en el Congreso en el proyecto del Gobierno puede servir para valorar el sentido del acuerdo alcanzado y, a través del mismo, qué grado de fiabilidad puede tener el texto acordado como vía de solución de los problemas de coordinación que afectan al Sistema Nacional de Salud. Esa consideración se lleva a cabo en los apartados siguientes, distinguiendo los aspectos cuantitativos y cualitativos de la valoración.

I. Desde el punto de vista cuantitativo se pueden describir las **modificaciones introducidas en el Congreso**, que se resumen en la tabla 4 de la siguiente manera:

– De los 14 apartados de que consta el preámbulo del texto se modificó sólo uno de ellos, mediante la introducción de una referencia genérica a la Ley General de la Seguridad Social, que no se repetía en el resto del articulado y que, en con-

secuencia, tenía un mero carácter referencial, sin derivar de esa consideración las consecuencias que podrían y deberían deducirse de la misma en cada una de las materias tratadas.

– El proyecto de Ley pasó de 76 a 79 artículos por la adición de 4 artículos nuevos, que suponen un 5,1 % del total, y la supresión de otro. Tres de ellos se concentran en el capítulo preliminar (“Disposiciones generales”) del texto, y se refieren a “principios generales”, “titularidad de los derechos” y “derechos de los ciudadanos en el Sistema Nacional de Salud”. El restante se refiere a la “descripción de organismos de apoyo y cooperación al Consejo” (Interterritorial).

Los artículos citados corresponden a enmiendas al texto propuestas desde los partidos de la oposición (las primeras, propuestas por el PSOE, que recogía en muchas de sus enmiendas otras previas elaboradas por la UGT). En todo caso debe señalarse que los “principios” son de carácter declarativo más que ejecutivo. Por su parte, la definición de los titulares de los derechos no introduce ningún cambio respecto de la situación legal ya existente. A su vez, los “derechos” así definidos, no incluidos entre los derechos fundamentales ni en el ámbito de la Seguridad Social, no son exigibles ante los tribunales de Justicia ni el Tribunal

	Proyecto inicial	Dictamen del Congreso	Cambio (%)	Observaciones
Preámbulo (apartados)	14	14	0	Un apartado modificado introduce referencia genérica y Seguridad Social
Artículos (n.º)	76	79	3,95	Se añaden 4 artículos nuevos y se suprime 1
Artículos dictamen (nuevos)	–	4	5,1	
Artículos dictamen (sin modificaciones)	–	20	25,3	
Artículos dictamen (modificaciones puntuales)	–	39	49,4	39 artículos (49,5%) introducen referencia a participación o competencias de CCAA
Artículos dictamen (modificaciones amplias)	–	16	20,2	No alteran sentido de norma 6 (37,5%) se refieren a Consejo Interterritorial
Disposiciones adicionales	3	8	166,6	5 Disposiciones nuevas
Disposiciones transitorias	1	1	–	
Disposiciones derogatorias	1	1	–	
Disposiciones finales	5	5	–	1 disposición, modificaciones puntuales, y 1 modificación amplia

Tabla 4. Cambios introducidos en la tramitación en el Congreso del proyecto de Ley de Cohesión y Calidad del Gobierno

Constitucional, sino que su ejercicio, sin perjuicio de los recursos posibles frente a las decisiones administrativas correspondientes, se somete a lo que dispongan al respecto las Administraciones responsables de la organización de la atención sanitaria.

– Dieciséis artículos (un 20,2 % del total) sufrieron una modificación proporcionalmente amplia de su redacción ini-

cial, que en ningún caso alteró el sentido fundamental de ésta. Seis de esos artículos (el 37,5 % de ellos) se refieren a la organización y funciones del Consejo Interterritorial, que, sin embargo, tampoco cambia en sus aspectos fundamentales (su naturaleza jurídica y la capacidad ejecutiva de sus decisiones, en relación con las competencias de las Administraciones presentes en el mismo).

– Treinta y nueve de los 79 artículos del texto (un 49,4 % de ellos) sufrieron pequeños cambios en su redacción, con la introducción de algunas palabras que no cambian el sentido del texto. En 23 de esos 39 casos (el 59 % de ellos) la modificación supone introducir de una u otra forma una referencia genérica al papel o las competencias de las CCAA, que ya estaba presente en otros artículos del proyecto de Ley y que, en este caso, no se suprimió en ninguno de ellos.

– Finalmente, 20 artículos (un 25,3 % del total) no sufrieron modificación alguna con las enmiendas introducidas en el texto inicial.

– En cuanto a las Disposiciones adicionales, transitoria, derogatoria y finales del proyecto, la modificación más importante fue el añadido de 5 nuevas Disposiciones adicionales, referidas a “la extensión de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud”, el “Fondo de Cohesión”, la “transferencia a las Comunidades Autónomas de los servicios e instituciones sanitarias dependientes de Instituciones Penitenciarias”, la “cooperación al desarrollo sanitario” y los “Centros de Referencia”. Ninguna de ellas cambia los aspectos que resultan fundamentales para el funcionamiento coordinado del Sistema Nacional de Salud.

Por su parte, 4 de las Disposiciones adicionales (tres de ellas nuevas), y una de las dos Disposiciones finales, incluyeron con las enmiendas distintas referencias a las competencias autonómicas, y a determinadas peculiaridades (financieras) de algunas de esas Administraciones.

El régimen derogatorio del proyecto no se modificó, manteniendo las características de generalidad y falta de precisión que se han comentado en un apartado anterior.

2. Desde el punto de vista cualitativo las razones que se adujeron desde la oposición al Gobierno¹⁸ para dar un apoyo casi unánime al proyecto con las **modificaciones introducidas**, e incluso para comprometer que el Partido Socialista gobernaría con esta Ley en caso de llegar al Gobierno²⁰, **se resumían en tres grandes áreas:**

– El fortalecimiento de la naturaleza pública del Sistema Nacional de Salud.

– La ampliación del Fondo de Cohesión para garantizar la financiación de las nuevas prestaciones sanitarias, y para que permita introducir entre sus fines objetivos de corrección y eliminación de desigualdades.

– Por último, la conversión del Consejo Interterritorial en el órgano de dirección y coordinación del Sistema.

El grado de novedad que suponen las modificaciones introducidas en el texto respecto a cada una de esas cuestiones se analiza en los apartados siguientes.

2.1. La naturaleza pública y universal de la cobertura sanitaria forma parte de los “principios generales” contenidos en el nuevo artículo 2 del texto. No hay ninguna otra disposición que se refiera a esta cuestión en el resto de la norma, y no se hace en ella mención alguna a los mecanismos a los que cabría recurrir, en su caso, para mantener el carácter público del Sistema en todos sus ámbitos.

En ese sentido no es ocioso recordar que esta afirmación y delimitación del carácter público de las instituciones de nuestro sistema sanitario está ya contenida en el apartado 1 del artículo único de la Ley 15/97, sobre habilitación de nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud.

No se trata de una cuestión banal. La importancia del mantenimiento del sistema sanitario en el ámbito público, como garantía de la prioridad del carácter de servicio público de la prestación sanitaria, frente a su consideración como una actividad económica y empresarial más, sometida como tal a las reglas de la competencia sin restricciones, ha sido puesta de relieve por algunas sentencias recien-

tes. Una de ellas, del Tribunal de Primera Instancia de las Comunidades Europeas, se ha producido en una demanda presentada por la Federación española de Empresas de Instrumentación Científica, Médica, Técnica y Dental (Fenin) contra los Servicios Autonómicos de Salud que mantienen deudas con las empresas⁽³⁾. Otra en el mismo sentido se ha producido en el Reino Unido²¹, uno de los países en los que se han producido más iniciativas para introducir niveles de competencia en el sistema sanitario como forma de mejorar su eficiencia.

Los peligros para los sistemas sanitarios públicos europeos que se derivan de la privatización de su gestión vienen siendo puestas de relieve desde hace tiempo²²⁻²⁴. Por su parte, algunos autores^{25,26} han comenzado a llamar la atención sobre los riesgos para los sistemas públicos de protección sanitaria, en especial los del tipo de los Servicios Nacionales de Salud, que se derivan de una aplicación indiscriminada a los mismos de los principios de libre mercado y competencia, que resultan prioritarios en el marco de construcción de la Unión Europea.

Frente a esos riesgos deben considerarse de un valor sólo relativo las meras

⁽³⁾ La sentencia, en el Asunto T-3109/99, está disponible en: www.curia.eu.int/es/index.

declaraciones de principios, si éstas no se acompañan del diseño de medidas para garantizar su mantenimiento. En el caso de la Ley 15/1997, incluso aunque en ella la definición de los límites legales tenga un carácter más ejecutivo que la declaración contenida en la nueva Ley, y aunque su incumplimiento podría más fácilmente ser objeto de recurso ante los tribunales, su vulneración no ha dado lugar a actuación alguna: la creación de entidades de naturaleza privada para la gestión de los servicios públicos (que queda al margen de la exigencia legal de la naturaleza pública para las entidades gestoras establecida en la Ley y es diferente de la posible concertación de la asistencia con entidades privadas ya existentes, que está ya prevista en la Ley 15/1997 citada) ha tenido lugar (y se prevé extenderla) en Cataluña²⁷ (con la creación de “Sociedades de Atención Primaria”) y en la Comunidad Valenciana (con el encargo de construcción y gestión posterior del Hospital de Alzira u Hospital de la Ribera, a una unión temporal de Empresas privadas del ámbito de los seguros y la construcción).

Las decisiones de los gobiernos autonómicos correspondientes no han dado lugar a ninguna actuación propia ni externa (desde el gobierno central) para reconducir la situación al ámbito definido en la Ley, que tiene carácter básico.

Cabe, en consecuencia, dudar de la verdadera efectividad de la declaración añadida a la nueva Ley para mantener la naturaleza pública del Sistema, no sólo por la ausencia de previsión de mecanismos de control de su cumplimiento, sino también por la falta de consideración de la experiencia previa.

2.2. Respecto a la financiación dirigida a la introducción de nuevas prestaciones y a la utilización del Fondo de Cohesión para corregir las desigualdades territoriales existentes en el sistema sanitario, las previsiones de uno y otro carácter adolecen de una falta absoluta de concreción de las cantidades que podrían comprometerse, así como de la ausencia de mecanismos previstos para resolver las diferencias de interpretación, y las demandas que se pudieran producir en torno a estos temas.

En cuanto a las nuevas prestaciones, además de mantener en los mismos términos que se han citado en el apartado anterior la responsabilidad económica de las administraciones autonómicas sobre las prestaciones, lo único que se prevé en un nuevo apartado del artículo 10 del proyecto es que “la inclusión de una nueva prestación en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud se acompañará de una memoria económi-

ca que contenga la valoración del impacto positivo o negativo que pueda suponer. Dicha memoria se elevará al Consejo de Política Fiscal y Financiera para su análisis en el contexto del principio de lealtad institucional” (al que se hace referencia genérica en el apartado anterior del mismo artículo).

Por su parte, en lo que toca al Fondo de Cohesión (Disposición adicional Quinta, nueva), se establece que “según se determine reglamentariamente, realizará (*también*) políticas que aseguren la cohesión sanitaria y la corrección de desigualdades. Estas políticas se desarrollarán mediante planes integrales de salud, que tendrán en cuenta variables epidemiológicas y sociales que supongan una mayor necesidad de servicio”. Nada se dice, ni siquiera para prever su modificación o derogación, del Reglamento del Fondo de Cohesión, recién aprobado en el mismo momento en que se presentó por el Gobierno el proyecto de Ley, en los primeros días del mes de diciembre del pasado año. Cabe también dudar de la efectividad de una referencia genérica a que la distribución de unas cantidades adicionales por ese concepto, que no se concretan, deba hacerse en razón de unos criterios de distribución que exigen un aparato estadístico desarrollado, del que nuestro sistema sanitario a todas luces carece.

Respecto a las nuevas prestaciones, la previsión del proyecto no puede, a su vez, resultar más ambigua. No cabe albergar muchas dudas de que el conflicto con un órgano, el Consejo de Política Fiscal y Financiera, al que se le otorga capacidad de decisión en una política sanitaria concreta desde el poder económico (y cuyo criterio restrictivo al respecto ha quedado ya de manifiesto en el diseño del sistema de financiación ya vigente), no tardará en producirse, sin que se prevean tampoco mecanismos de solución para ello.

Tampoco parece solución para estas cuestiones la concesión de un gran margen de discrecionalidad en el uso de los recursos económicos puestos a disposición de las CCAA. Los controles del uso de esos fondos en el ámbito autonómico (Tribunales de Cuentas; seguimiento presupuestario en los Parlamentos autonómicos), son de carácter formal y legal, y carecen de instrumentos de comparación que permitan valorar su eficiencia.

Sin embargo, el uso eficiente de los recursos es clave para garantizar la sostenibilidad de los sistemas sanitarios en todos los países. Y el conocimiento público (*accountability*) del uso que se hace de la financiación puesta a disposición de las autoridades sanitarias es un elemento clave de contribución a su eficiencia. Por

el contrario, el uso ineficiente de los recursos lleva de manera inexorable, en un plazo más o menos largo, a la necesidad de buscar fuentes complementarias de financiación, que suponen siempre el recurso a unas u otras formas de aportación privada (que resultan en desigualdad en el acceso) por parte de los usuarios del sistema sanitario⁽⁴⁾.

Por esas razones, en otros países descentralizados, como Canadá, se ha propuesto recientemente²⁹ dirigir la necesaria aportación de recursos adicionales al sistema sanitario a los nuevos instrumentos y prestaciones, causantes principales, en ese como en otros países, del incremento del gasto sanitario. Pero vinculando esa aportación adicional (para cuya generación se propone la introducción de un impuesto finalista general y progresivo, según cuatro niveles distintos de renta) al control centralizado y público (en el sentido de la *accountability*) de su distribución y su utilización.

En el caso del proyecto consensuado, además de la falta de precisión de los mecanismos y la cuantía de las nuevas aportaciones económicas al sistema sani-

tario que pudieran producirse, el proyecto repite el error (que ha sido una constante de todos los sistemas de financiación sanitaria hasta ahora diseñados) de desvincular esas aportaciones adicionales posibles de la introducción de cualquier instrumento (siquiera el compromiso efectivo de mantener un sistema adecuado de información económica) que pudiera contribuir a mejorar la eficiencia y, por esa vía, la sostenibilidad económica de nuestro sistema sanitario.

2.3. Por último, en lo que se refiere al **Consejo Interterritorial**, desde el punto de vista cuantitativo, se ha mencionado ya que los artículos y reglas correspondientes al mismo se han modificado ampliamente, de manera que esos cambios suponen una parte importante de las modificaciones de carácter no puntual introducidas en el texto.

A esa observación habría que añadir que las modificaciones suponen también una notable ampliación de los artículos correspondientes desde el punto de vista de su extensión respecto de la que tenían en el proyecto inicial.

Esa mayor extensión ha supuesto, entre otras cuestiones, un grado más alto de pormenorización de algunos de los contenidos correspondientes. Así, por ejemplo, al referirse a las funciones del Consejo, el nuevo texto incorpora una

⁽⁴⁾ Un ejemplo de esta evolución tras un proceso de descentralización semejante al español se ha producido ya en Italia: la Lombardía, una región de alto nivel de renta y un ritmo de crecimiento incontrolado del gasto sanitario, ha introducido un "ticket moderador" que han de pagar los que acuden a los servicios de urgencias²⁸.

sistemática de agrupación de las funciones en apartados generales más amplios, que ya existía en otros proyectos previos. Sin embargo, esa distribución de las funciones según conceptos generales del papel a desarrollar por este órgano⁽⁵⁾ no se corresponde, como ocurría en proyectos anteriores, con ninguna distinción entre las competencias que sustentan la actividad de unas y otras administraciones en cada caso.

Como consecuencia de ello se asume de manera implícita que la extensión de las competencias es igual en todos los casos y, por otra parte, que esa extensión es la correspondiente a la materia de “Sanidad e higiene”. Esta interpretación limitada, traducida en norma, restringe, como se ha señalado, el campo de actuación propio de la Administración General del Estado, y supone incluso mantener la atribución de algunas competencias propias de ésta, incluida la de la coordinación, o bien a las CCAA o al propio órgano de coordinación. En este último, aquéllas pasan a disponer de una mayoría no discutida, y al mismo no se le dota, en todo caso, de ninguna personalidad jurídica es-

pecífica ni, en consecuencia, de capacidad independiente y propia de actuación.

En lo que se refiere a la composición del Consejo una de las modificaciones introducidas en el texto inicial incorpora la figura de un vicepresidente, elegido por los consejeros autonómicos. Esta figura no estaba prevista en la Ley General de Sanidad, en la que se creó el Consejo, pero existía ya en el funcionamiento ordinario del mismo desde que por el propio Consejo se aprobó su Reglamento de régimen interior en abril de 1987. De esa manera, su incorporación al proyecto supone más la solución de una omisión del proyecto inicial que una innovación significativa.

Una segunda modificación en la composición del Consejo introduce la novedad de que el secretario del mismo, que se prevé sea designado por el Ministro de Sanidad y que tendrá voz, pero no voto (condiciones ambas que ya figuraban en el proyecto inicial) deberá ser ratificado por el Consejo, es decir, en la práctica, por las CCAA, que son la otra representación existente en el mismo, además del ministro.

Fuera de esas novedades, el nuevo texto no introduce modificación sustancial alguna en el funcionamiento del Consejo, atribuyendo a este órgano la emisión de “recomendaciones”, que se aprobarán

⁽⁵⁾ Las áreas que se definen son: a) funciones esenciales en la configuración del Sistema Nacional de Salud (SNS); b) funciones de asesoramiento, planificación y evaluación del SNS; c) funciones de coordinación del SNS, y d) funciones de cooperación entre el Estado y las CCAA.

“por consenso”. Qué hacer si no se alcanza éste y escapa a las previsiones del proyecto modificado, lo mismo que ocurría en el proyecto inicial. Lo que, dado el carácter ejecutivo de muchas de las materias que le corresponde abordar (en la práctica, la totalidad de las correspondientes al funcionamiento ordinario del sistema sanitario) podría entenderse bien como un lastre innecesario para la fluidez del Sistema, bien como una forma de mantener la ineficacia de este órgano para llevar a la práctica sus acuerdos, manteniendo indiscutida la capacidad de decisión autonómica para la aplicación territorial de los acuerdos que pudieran adoptarse. Es decir, una situación idéntica a la anterior.

En tal situación se hace difícil aceptar que la nueva Ley, con las modificaciones tan unánimemente apoyadas, permita caracterizar al Consejo como el “órgano de dirección” del Sistema Nacional de Salud. Por el contrario, parece más bien que, aprobado el proyecto en esos términos, seguirá la situación de indefinición teórica y dispersión real que caracteriza la dirección del Sistema. Por esa razón, es dudoso que se pueda seguir concibiendo a éste como un solo sistema, sino, más bien y de manera progresiva, como 17 (y hasta 21, si a los casos de Ceuta y Melilla añadimos las entidades gestoras

de las Mutualidades de funcionarios) sistemas separados de protección.

Las modificaciones del proyecto en el Senado

El texto definitivo de la Ley de Cohesión y Calidad, la 16/2003, se alcanzó finalmente en el Senado, donde se introdujeron en el texto remitido desde el Congreso diferentes enmiendas que fueron finalmente validadas por el Pleno del Congreso en una votación celebrada el 14 de mayo de 2003. Los cambios introducidos en el texto se analizan en los apartados siguientes.

1. Cambios no sustanciales frente al acuerdo previo alcanzado. Los cambios introducidos en el texto en el Senado se describen desde un punto de vista cuantitativo en la tabla 5.

Frente a las numéricamente amplias modificaciones introducidas en el texto en el Congreso, las aprobadas en el Senado sólo afectaron a diez artículos del proyecto (un 12,65 % de ellos), así como a una Disposición final. Además, se añadieron una Disposición adicional, una derogatoria y otra final. El sentido y la importancia de las mismas se analizan en los apartados siguientes.

En todo caso, y como es habitual en la tramitación de la mayoría de las normas,

	Dictamen del Congreso	Informe del Senado	Observaciones
N.º artículos	79	79	
Artículos modificados	–	10 (12,65 %)	
N.º disposiciones adicionales	8	9	
Disposiciones adicionales modificadas	–	1	1 añadida. Referida a Canarias (régimen económico y fiscal)
N.º disposiciones transitorias	1	1	
N.º disposiciones derogatorias	1	2	
Disposiciones derogatorias modificadas	–	1	1 añadida. Referida a Ley del Medicamento
N.º disposiciones finales	5	6	
Disposiciones finales modificadas	–	2	1 modificada. Referida a artículo 149.1.17 CE 1 añadida. Referida a precios de referencia y dispensación medicamentos

Tabla 5. Cambios introducidos en la tramitación en el Senado del proyecto de Ley de Cohesión

con la reducida proporción de cambios introducidos cabría decir que el acuerdo político fundamental ya estaba cerrado en el Congreso.

Esta precaria aportación del Senado a la tramitación de una norma, que debería recibir un tratamiento especial por esa cámara en relación con las materias a las que se refiere, con una proyección autonómica más directa, supone un nuevo ejemplo de la necesidad de replantear la composición y funcionamiento de este órgano si se pretende que contribuya a perfeccionar la representación territorial y el abordaje de las materias que más

afectan a ésta en nuestro Estado autonómico.

2. El acuerdo alcanzado; de nuevo el aspecto político más relevante. La aprobación casi unánime del texto se resaltó de nuevo como su aspecto más significativo por los medios de comunicación³⁰. Lo mismo ocurrió después, cuando el nuevo texto fue a su vez ratificado por el Congreso³¹.

Uno de los escasos cambios introducidos en el texto en el Senado, el añadido de una referencia genérica al régimen económico y fiscal de Canarias en una nueva Disposición adicional sin mayores

efectos concretos, permitió que el acuerdo general con la norma se extendiese al grupo parlamentario de Coalición Canaria, el único que, como se ha señalado antes, no apoyó el texto en el Congreso en su primera discusión.

Un análisis más pormenorizado de los apoyos alcanzados por algunas de las modificaciones, precisamente las que menor relación tienen con el contenido propio de la Ley de Cohesión, permitiría señalar que en alguna de esas materias, la relacionada con ciertas políticas farmacéuticas, no se alcanzó el mismo grado de acuerdo. Pero esa cuestión sólo fue resaltada por algunos medios de comunicación sectoriales, más afines a los intereses del propio sector³².

3. Una parte importante de las modificaciones introducidas en la Ley en el Senado se centran en aspectos colaterales de la organización sanitaria, y no en el aspecto que debería ser el núcleo de una Ley sobre la cohesión sanitaria, que es la forma de hacer efectiva la coordinación de los servicios sanitarios autonómicos, una vez producida su descentralización.

De las cuestiones relacionadas con la coordinación, en los cambios introducidos en el texto sólo se tocaron aspectos que afectan sólo de manera menor a

aquella, como una modificación de los mecanismos de designación de los servicios de referencia (artículo 28 del último texto), una adición de significación escasa a las funciones del Consejo Interterritorial (artículo 71), y ciertos cambios, cuyo sentido se comenta más adelante, acerca de los contenidos y actividades propios de la Alta Inspección (artículos 76 a 78).

Por el contrario, entre las modificaciones se incluyeron distintas referencias a las competencias y regulación de diferentes cuestiones relativas a materias farmacéuticas (artículos 31, 71b), y Disposiciones derogatoria segunda y final segunda), entre las que se ha destacado la regulación de los precios de referencia y la dispensación de medicamentos. También otras cuestiones referentes a recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud (artículos 35, 42 y 43), y la participación social (artículo 67).

La conveniencia de abordar en una norma que tiene otro objeto aspectos parciales de la regulación de cuestiones que disponen de una legislación específica, como son las relativas a farmacia o recursos humanos, se ha puesto ya en cuestión en una nota anterior. En esos casos, la legislación suele constituir un todo dotado de coherencia propia, en el que la modificación de una pieza puede

provocar desequilibrios y efectos no deseados en el conjunto del sector correspondiente, lo que puede ser el caso del sector farmacéutico; o, como en el caso de los recursos humanos, adelantar de manera inadecuada debates que están pendientes de llevarse a cabo en el desarrollo de normas posteriores, que como es el caso, están en este momento en elaboración.

A esa observación general cabe añadir que la introducción de esas cuestiones de manera extemporánea al paso de la norma por el Senado dificulta de forma adicional el debate adecuado de las medidas que puedan plantearse, a la vez que contribuye a crear confusión sobre la aplicación de las mismas y desconcierto en el propio sector³³.

4. Las modificaciones introducidas en el Senado son continuistas respecto al acuerdo previo de promover la participación de las CCAA en cualquier campo de actuación de las administraciones sanitarias como mecanismo de hacer efectiva la coordinación.

En al menos 6 casos (en relación con servicios de referencia, definición de condiciones especiales de prescripción y dispensación de medicamentos en el SNS, planificación estratégica del sector farmacéutico, dependencia de la Comi-

sión de recursos humanos y actuaciones de ésta en la evaluación de competencias profesionales, además de la referencia a ciertas condiciones de la financiación canaria) el resultado de los cambios introducidos, sea en forma de eliminar la dependencia de determinados órganos del Ministerio de Sanidad y Consumo o de alguno de sus centros directivos, o de atribuir funciones a órganos, como el Consejo Interterritorial, en los que se ha hecho mayoritaria la presencia de las CCAA, es hacer equivalente la coordinación en esos campos a la participación y el acuerdo autonómicos. Estos casos vienen a sumarse a los cambios introducidos en otros campos en el Congreso, a los que se ha hecho referencia antes. Con estas modificaciones parece cerrarse aún más la posibilidad de intervención “autónoma” de la Administración General del Estado, incluso en funciones activas de coordinación.

5. Algunas de las modificaciones introducidas en el Senado son, de manera bastante exacta, la reproducción de disposiciones contenidas en proyectos previos de leyes de coordinación, con lo que se refuerza la consideración de la Ley como una norma continuista de proyectos previos, y no, por el contrario, como un proyecto innovador.

Entre los aspectos incluidos en esta consideración se incluye la referencia al título competencial en Seguridad Social (artículo 149.1.17 de la Constitución Española) como base para el dictado de la norma. Esta referencia se ha introducido en la nueva redacción dada a la disposición Final Primera del texto, y supone recuperar la referencia a este título que estaba presente, como se ha comentado anteriormente en el presente artículo, en proyectos previos. Por el contrario, tal referencia estaba ausente en el proyecto inicial de la ley de Cohesión y Calidad presentado por el Gobierno y, pese a que su introducción en esta última fase de la tramitación se ha hecho sobre la base de las enmiendas presentadas por los grupos parlamentarios en el Senado Socialista y de Entesa Catalana de Progrés, la misma, que registró un apoyo casi unánime (con sólo 6 abstenciones), no formó parte del acuerdo alcanzado en el Congreso en la fase anterior.

Los otros cambios que tienen precedentes claros en proyectos previos son los referentes a la Alta Inspección. Los textos referentes a esta materia, contenidos en los artículos 76 a 78 del nuevo texto, tienen antecedentes más o menos literales en diversas disposiciones de los proyectos anteriores, en especial en los del Ministerio anterior de diciembre del

2001, y en los dos del PSOE que se han comentado, habiendo desaparecido, por el contrario, del texto del Ministerio de mayo de 2002, cuyo contenido era en general más reducido y “minimalista”. La reproducción de los proyectos previos llega a los extremos de los mismos que podrían resultar más discutibles, como la confusión introducida en el artículo 77 del texto entre funcionamiento de la Alta Inspección y programas coordinados de inspección técnica, dos conceptos jurídicamente distintos, que difícilmente podrán unirse en la práctica.

La introducción de estos cambios en el texto aprobado permite poner en cuestión el objetivo real de la norma para el Ministerio de Sanidad y Consumo, dispuesto a aceptar cualquier enmienda, aun técnicamente discutible, con tal de conseguir el mayor grado de aprobación posible para el texto. O en un sentido distinto permite preguntarse si la eliminación de la referencia a otras materias, como el título en Seguridad Social en el proyecto inicial presentado respondió a un criterio deliberado de producir un cambio real en la distribución de las capacidades de actuación de unas y otras administraciones en las materias sanitarias, o por el contrario, pudo responder al desconocimiento, querido o no, de esta cuestión.

6. La reintroducción de la referencia a la Seguridad Social como título habilitador para el dictado de la nueva norma vuelve a situar la interpretación de este título como una cuestión central pendiente de resolver en nuestro sistema sanitario.

Las razones para justificar el papel central de esta cuestión, tanto desde el punto de vista de la protección ofrecida, como del control de su financiación y de los mecanismos de coordinación aplicables se han señalado en otros apartados anteriores de este artículo.

En la tramitación del proyecto en el Senado se han puesto, además, de manifiesto varias de las consecuencias que se pretenden deducir de algunas de las interpretaciones posibles: los partidos nacionalistas catalán, vasco y gallego presentaron enmiendas de contenido coincidente proponiendo la cesión del patrimonio sanitario de la Seguridad Social situado en cada uno de los territorios respectivos a las CCAA correspondientes. Aunque esas enmiendas al texto fueron rechazadas por razones de oportunidad, como puede contrastarse en las actas del debate en el Senado, a lo largo de éste se constató la “posición favorable” del partido del Gobierno y de éste mismo a la cesión patrimonial citada. Una posición no cerrada a este respecto ha

sido manifestada también en alguna ocasión de manera verbal por representantes económicos del Partido Socialista⁽⁶⁾.

Las consecuencias potenciales de esa cesión patrimonial, que supone la ruptura de la “caja única” en especie que constituye el patrimonio mencionado, sobre la utilización universal de esos medios para la atención de toda la población con derecho a la atención sanitaria, y sobre el control del uso de esos medios, no han sido sometidas nunca a debate. Pese a ello, las posiciones favorables a la cesión que se han puesto de manifiesto hacen temer que puedan adoptarse decisiones al respecto en el futuro, sin una adecuada discusión pública previa de esta cuestión.

7. Algunas de las enmiendas introducidas en el texto en el Senado se vienen a sumar a la situación de inseguridad jurídica creada por las deficiencias técnicas del proyecto, puesta ya de manifiesto en fases anteriores de su tramitación.

Un ejemplo añadido de la modificación de normas previas anteriores en vigor que no se acompaña de un régimen derogatorio adecuado de las mismas lo

⁽⁶⁾ Así ocurrió, por ejemplo, en la intervención del representante del Partido Socialista que participó en las Jornadas sobre “Descentralización y transferencias sanitarias” organizadas por la Confederación Sindical de Comisiones Obreras y la FADSP en la sede del Consejo Económico y Social en abril de 2001.

constituye en este caso la modificación de la composición del Comité Consultivo, introducida en el artículo 67 del texto, de forma que en ella se dan las deficiencias citadas.

La modificación correspondiente, que introduce un nuevo cambio sobre la composición de este órgano (que había sido a su vez modificada mediante otra norma, la Ley del Medicamento de 1990, ajena también al área de materias en la que podría encuadrarse la participación social), no ha sido sometida siquiera a debate de los sectores implicados por el cambio. Lo que, además de los problemas jurídicos que podrían derivarse de las deficiencias de esa naturaleza señaladas, habla también del grado de improvisación que ha podido presidir el desarrollo en la elaboración de la nueva Ley, en especial en las últimas fases de su tramitación.

Una valoración general de la situación de la coordinación en el sistema sanitario público tras el acuerdo sobre el Proyecto de Ley de Cohesión

La valoración general del proyecto, a la vista de lo expuesto en los apartados anteriores, no es positiva en cuanto a su eficacia real para resolver los problemas de coordinación que afectan al SNS.

Esa valoración negativa contrasta vivamente con el alto grado de acuerdo alcanzado en torno al proyecto, y con la valoración positiva del texto que se ha llevado a cabo desde ámbitos diferentes. Hay que señalar, en todo caso, que muchas de las valoraciones externas de quienes (los grupos parlamentarios de la casi totalidad de los partidos políticos con representación parlamentaria) han protagonizado el acuerdo, han tenido como base precisamente el grado de acuerdo alcanzado, sin entrar tanto a valorar en profundidad los contenidos del mismo, los problemas de coordinación que deberían resolver y su eficacia previsible para contribuir a esa solución, a la vista de la caracterización de los problemas analizados.

Que el acuerdo alcanzado se haya considerado de alto valor político no es extraño: el precedente más inmediato de una Ley sectorial, la llamada Ley de Calidad de la Enseñanza, destacó en su momento por ser motivo de una amplia confrontación, tanto desde el punto de vista social como político; y aún ahora está siendo objeto de recurso por parte de diferentes CCAA^{34,35}.

El valor político del acuerdo en sí mismo ha sido también resaltado de manera espontánea desde el ámbito de la oposición¹⁸.

Y aún cabría añadir el valor político adicional que tiene desarrollar con acuerdo una Ley de coordinación en un ámbito sectorial cuando la falta de acuerdo por parte de las CCAA hizo renunciar no hace mucho al Gobierno anterior a un proyecto de Ley de coordinación general, que era visto como una restricción objetiva de la capacidad y libertad de actuación de las Administraciones autonómicas³⁶.

Así las cosas, no parece difícil adivinar que el principal incentivo para el equipo ministerial que ha promovido el apoyo del Gobierno a su proyecto haya sido la rentabilidad, en términos de valoración de su propia labor y de contribución a la imagen global del Gobierno, que se deriva de la aprobación del proyecto con el alto nivel de acuerdo alcanzado. Que éste, y no la solución real de los problemas que debería contribuir a resolver, sea su valor principal, explica también la actitud del Ministerio en su tramitación: el apoyo de la mayoría absoluta de los grupos parlamentarios se ha conseguido en buena parte por la aceptación general de un porcentaje muy amplio de enmiendas, incluso aunque de su aceptación, como se ha comentado antes, puedan derivarse situaciones contradictorias, o incluso perjudiciales para el funcionamiento eficiente, y por tanto sostenible, del SNS.

El apoyo al proyecto, por parte del primer partido de la oposición, es coherente con la preocupación principal manifestada desde antes de que se comenzase la tramitación del mismo, o incluso con la presentación de su propio proyecto de Ley de coordinación: conforme a lo manifestado por los responsables sectoriales socialistas, lo que debería garantizarse de manera prioritaria mediante la nueva norma era, como se ha mencionado anteriormente, el respeto, y hasta el refuerzo de las competencias de las CCAA^{37,38}.

Esa posición parece poco coherente con los problemas reales de coordinación que afectan al SNS: conforme a la experiencia propia y de otros países, el sistema sanitario, como servicio público universal y equitativo, parece poco sostenible sin un grado de intervención central, tanto en su funcionamiento como en su financiación; y la definición de esa intervención central, más que el refuerzo de la situación de las CCAA tras la descentralización producida, es lo que debería ser el objeto de una ley centrada en la coordinación.

Sin embargo, esa posición de partida permite explicar que, fuera de las razones formales proporcionadas para justificar el apoyo al proyecto que se han comentado antes, se haya producido el alto grado de acuerdo con el mismo que se

ha puesto de manifiesto: como se ha mencionado, la introducción de referencias a las CCAA en numerosos artículos del proyecto centra un alto porcentaje de las modificaciones introducidas en el texto inicial del Gobierno.

Por otra parte, que las preocupaciones principales del Partido Socialista se hayan centrado en el respeto a las competencias autonómicas (e incluso en la interpretación extensiva de las mismas que se ha comentado) pone a su vez de relieve la carencia de posiciones propias acerca del sostenimiento y desarrollo de esta parte del Estado del bienestar que ha caracterizado la actuación de ese partido en este campo.

Si el servicio sanitario público no se originó ni es sostenible como una prestación de nivel exclusivamente regional, sino que, por el contrario, se configura como una prestación de nivel estatal, e incluso, como ocurre en otros países, puede constituirse en un elemento de agregación al nivel del Estado, la política para con este servicio de cualquier partido que comparta esa visión del problema no puede reducirse a ser la suma de las posiciones de los sectores del propio partido que ejerzan responsabilidades de gobierno en alguna región. Sin embargo, eso es lo que parece haber ocurrido en el caso del Partido Socialista. Por su par-

te, las posiciones de las federaciones regionales que gobiernan su territorio están naturalmente guiadas por intereses prioritarios, o al menos, complementarios, distintos al mantenimiento de un servicio público universal y común.

La carencia de posiciones propias y diferentes a las del Gobierno respecto a los servicios sanitarios por parte del Partido Socialista es también la expresión de un enfoque común que, como se ha comentado, da prioridad a la consideración económica de los servicios sanitarios como un factor determinante de una parte importante del gasto público, antes que a su valoración como instrumento universal de protección social y de cohesión.

Finalmente, por parte de las CCAA y de algunos partidos que sustentan a un solo gobierno autonómico, el apoyo al proyecto, más aún con las modificaciones introducidas en el mismo, es comprensible: en el texto acordado no sólo no se pone en cuestión el ejercicio de sus actuaciones en el ámbito sanitario, extendiendo éstas conforme a la línea de interpretación de las competencias sanitarias descritas, sino que se refuerza esa línea de interpretación mediante una referencia repetida a las CCAA como ámbito exclusivo de ejercicio de la protección sanitaria.

Por su parte, la mención a la posibilidad de introducir desde el Gobierno central cantidades adicionales a la financiación sanitaria, aunque no se cuantifiquen ni se concreten éstas, supone la primera llamada de atención sobre la insuficiencia de la financiación sanitaria regional establecida en el sistema de financiación acordado para mantener la protección sanitaria al nivel actual, y más aún para ampliar éste. Lo que, si no se acompaña, como ocurre en el proyecto, de una puesta en cuestión de los mecanismos de información pública del uso de la financiación destinada a la atención sanitaria por las CCAA, supone en último término un primer paso para ir abriendo el camino a la posibilidad de un aumento de los fondos disponibles para su utilización por parte de aquéllas.

A la vista de esas observaciones el acuerdo casi unánime alcanzado sobre el texto de Ley de Cohesión parece más bien un acuerdo de mínimos para mantener las cosas como están, sin decantarse por ninguna de las opciones posibles ante los problemas de configuración del SNS en la nueva situación de descentralización completa de su gestión.

Los problemas de coordinación que plantea esa situación no serán previsiblemente resueltos con una norma como la que se ha consensuado. En esa situa-

ción la perspectiva más probable es que los problemas no resueltos (desde la garantía de libre circulación de pacientes entre territorios distintos, a la definición de un nivel de prestaciones básicamente homogéneo y la garantía de su prestación con niveles de calidad similares, los diferentes niveles de gasto y su relación con los distintos grados de eficiencia en la gestión, así como las necesidades y capacidades regionales diversas de mayores niveles de financiación), vayan apareciendo bajo formas distintas en plazos no muy prolongados. A este respecto cabe poner en cuestión que el sistema sanitario público, a pesar del grado alcanzado por su descentralización, esté dotado de mecanismos de equilibrio (el estar afectado por unos mismos problemas en cualquier territorio; la tendencia a aplicar soluciones semejantes a los mismos; la tradición de funcionamiento del Consejo Interterritorial como instrumento de coordinación; y la presión social derivada de un supuesto bajo grado de tolerancia a la desigualdad en este campo) que permitan augurar el mantenimiento de un grado elevado de cohesión sin necesidad de tener que recurrir a otros instrumentos sustancialmente distintos de los disponibles hasta ahora, como se ha planteado en algunos trabajos recientes³⁹.

La variación de esas situaciones respecto de las que se plantean ahora será que, para cuando los problemas citados aparezcan, el sistema sanitario público dispondrá de unos instrumentos para afrontar los problemas correspondientes que gozarán desde el punto de vista teórico de un amplio grado de acuerdo, pero que, de ser ciertos los análisis realizados en este trabajo, no serán eficaces para resolverlos.

Si en esa situación la evolución que se produce es hacia la búsqueda de nuevas formas de coordinación sobre unas bases distintas o, por el contrario, se evoluciona hacia un deterioro mayor del sistema de protección pública sanitaria y la inducción de formas diversas de privatización, es una cuestión difícil de prever en este momento.

Lo que parece claro es que si esa situación se diera en el futuro y tuviera lugar bajo la vigencia de una norma como la que se ha acordando ahora, para entonces habría perdido enteros la consideración de la protección sanitaria como un derecho ciudadano vinculado a la condición de ciudadanía estatal. Y que, en consecuencia, salvo una iniciativa de carácter "federal", que por el momento no se atisba de dónde podría partir, serían menores las oportunidades de mantener un sistema universal y básicamente

igualitario de protección sanitaria, o de manera alternativa se reduciría el ámbito y la extensión de la protección.

BIBLIOGRAFÍA

1. Costas Lombardía E, Fereres J, Rodríguez C. Lejos de la realidad. El País: 29 de abril de 2003; p. 35, col. 1-4.
2. Rey del Castillo J. La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud: ¿una frustración renovada o la apertura de una nueva esperanza? Salud 2000, 2003; 91: 3-5.
3. Rey del Castillo J. Una propuesta alternativa para la coordinación del sistema sanitario español. Madrid: Fundación Alternativas 2003. Disponible en: www.falternativas.com/laboratorio.
4. Rey del Castillo J. A vueltas con la coordinación en el sistema sanitario y el papel del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Rev Adm Sanit 2002;VI (monográfico 2): 101-18.
5. Rey del Castillo J. El acuerdo sobre la financiación sanitaria: ¿crónica de una muerte anunciada, o todavía queda algo que hacer por defender un sistema sanitario equitativo y universal? Rev Adm Sanit 2002;VI (21): 69-95.

6. Monasterio C, et al. Informe sobre el actual sistema de financiación autonómica y sus problemas. Madrid: Instituto de Estudios Fiscales, 1955.
7. Sevilla JV. Las claves de la financiación autonómica. Barcelona: Crítica (Contrastes), 2001.
8. Agencias. Schröder propone recortes y cambios en las ayudas sociales para reactivar la economía. El País: 15 de marzo de 2003; p. 10, col. 1-4.
9. Nueno P. Pronosticando. La Vanguardia: 30 de marzo de 2003; p. 7, col. 3-5.
10. Caminal M. El federalismo pluralista. Del federalismo nacional al federalismo plurinacional. Barcelona: Paidós, 2002; p. 151-2.
11. Collins C, Green A. Decentralization and primary health care: some negative implications in developing countries. *Int J Health Services* 1994; 24(3): 459-75.
12. Rey del Castillo J. Mecanismos de coordinación en servicios sanitarios. Aspectos generales y consideraciones y propuestas sobre el caso español En: Cabasés et al, coordinadores. La organización territorial de la sanidad. Libro de ponencias y comunicaciones de XXII Jornadas de Economía de la Salud, 2002. Mayo 29-31. Pamplona: Universidad Pública de Navarra-AES, 2002; p. 143-93.
13. Redacción. Villalobos suscribe "en un 90 %" el plan coordinador sanitario del PSOE. El País: 24 de enero de 2002; p. 24, col. 5.
14. Rey del Castillo J. Los instrumentos de coordinación en el sistema descentralizado español. En: Rey J, editor. Libro de Ponencias de Jornadas sobre descentralización y transferencias sanitarias de Confederación Sindical de CC.OO.- FADSP, 2001. Abril 24-25. Madrid: Confederación Sindical de CC.OO, 2001; p. 289-310.
15. Ochoa A. Entrevista a M^a Mar Julios: "Canarias tendría dificultades hoy para afrontar la Ley de Cohesión". *Diario Médico*: 18 de marzo de 2003; p. 3, col. 2-5.
16. Editorial. Una Ley de Cohesión de todos y para todos. *El Global*: 17-23 de marzo de 2003; p. 3, col. 1-4.
17. Editorial. Un modelo a seguir. El País: 17 de marzo de 2003; p. 16, col. 3.
18. Benito E. Entrevista a Consuelo Rumí: "La Ley de sanidad permanecerá cuando gobierne el PSOE". El País: 13 de marzo de 2003; p. 38, col. 1-5.
19. Editorial. El consenso no es gratis. *El Observador*: 2 de abril de 2003; p. 6, col. 2-3.
20. Rumí C. Acuerdo para los ciudadanos. *Diario Médico*: 14 de marzo de 2003. p. 4, col. 3-5.

21. Pollock AM., Price D. The Better Care judgement – a challenge to health care. *BMJ* 2003; 326: 236-7.
22. Price D, Pollock AM, Shaoul J. How the World Trade organisation is shaping domestic policies in health care. *Lancet* 1999; 356: 1889-92.
23. Trading public health for private wealth. (Editorial). *Lancet* 2000; 356: 1941.
24. Pollock AM., Price D. Rewriting the regulations: how the World Trade Organisation could accelerate privatization in health care systems. *Lancet* 2000; 356: 1995-2000.
25. The European Union and Health Services: The Impact of the Single European Market on Member States. In: Busse R, Wismar M, Berman P, editors. Amsterdam: IOS Press, 2002.
26. Mossialos E., McKee M. EU Law and the Social Character of Health Care. London: Peter Lang Softback, 2002.
27. Montaner J. Xavier Pomés quiere aumentar la concertación de primaria en Cataluña. *El Observador*: 21 de enero de 2003; p. 4.
28. Matesanz R. Que viene el ticket. *El Observador*: 27 de febrero de 2003; p. 3, col. 3.
29. Romanow RJ. (Commissioner). Building on Values: The Future of Health Care in Canada. Final Report. Ottawa: Commission on the Future of Health care in Canada, 2002.
30. Ochoa A. La Ley de Cohesión recibe el apoyo unánime de los partidos en el Senado. *Diario Médico*: 9 de mayo de 2003; p. 1, col. 5-6; p. 3, col. 1-4.
31. Benito E. El Congreso aprueba por unanimidad la Ley de Sanidad. *El País*: 15 de mayo de 2003; p. 34, col. 4.
32. Rodríguez CB. El Senado aprueba la Ley de Cohesión sin consenso en el capítulo de farmacia. *El Global*: 15-18 de mayo de 2003; p. 1, col. 1-3.
33. Redacción. Las enmiendas del PP a la Ley de Cohesión desconciertan al sector. *El Global*: 14-20 de abril de 2003; p. 1, col. 1-4.
34. Redacción. Cataluña lleva al Constitucional la ley que reforma la educación. *El País*: 14 de marzo de 2003; p. 32, col. 1.
35. Redacción. Siete Comunidades creen que la Ley de calidad acapara su espacio para establecer enseñanzas. *El País*: 24 de marzo de 2003. p. 41, col. 1-5.
36. Aizpeolea LR. El Gobierno renuncia a su ley autonómica por el rechazo de la oposición y las comunidades. *El País*: 15 de febrero de 2002; p. 16, col. 1-3.

- 37.** Benito E. El PSOE propone reforzar el poder autonómico en su ley sanitaria. *El País*: 2 de febrero de 2002; p. 26.
- 38.** Benito E. El PSOE exige más participación autonómica en la política sanitaria. *El País*: 29 de marzo de 2002; p. 19, col. 5.
- 39.** García Vargas J, Llano J. El Sistema Nacional de Salud: ¿seguirá siendo un sistema? Informe España 2003. Una interpretación de su realidad social. Madrid: Fundación Encuentro, 2003; p. 223-95.

