
¿Son los servicios regionales de salud en España la garantía de la protección sanitaria universal?

Javier Rey del Castillo

Médico Inspector.

Resumen

Los servicios regionales de salud son el instrumento creado por las Comunidades Autónomas (CCAA) para llevar a cabo la gestión de las responsabilidades sanitarias que les han sido traspasadas en el proceso de descentralización que ha tenido lugar en España. En el artículo se analizan las formas estructurales que han adoptado esos servicios, así como las decisiones que han adoptado para llevar a cabo diferentes políticas, desde la construcción de nuevos centros sanitarios, al abordaje de las listas de espera, la introducción de "nuevas formas de gestión", la gestión del personal, las compras de material y productos sanitarios o la modificación del catálogo de prestaciones. Con arreglo al análisis realizado, las políticas llevadas a cabo por los servicios regionales de salud han adoptado patrones esencialmente homogéneos orientados antes a reforzar sus facultades discrecionales de decisión, y a través de ellas a reforzar su poder institucional, que a establecer condiciones diferenciadas de gestión, justificadas por condiciones sanitarias o preferencias políticas distintas en cada territorio. En esas condiciones el mantenimiento de la protección sanitaria universal en España requeriría de una intervención externa y "superior" a esos servicios, capaz de garantizar su colaboración a ese objetivo común. La semejanza de los planteamientos políticos de los diferentes partidos con posibilidades de gobierno, tanto en el ámbito central como en el autonómico, hacen difícil prever de dónde podría partir una iniciativa de ese carácter, cuya orientación principal se dirigiese a lograr el funcionamiento coordinado de los servicios de salud.

Palabras clave: servicios regionales de salud, políticas sanitarias, descentralización, coordinación.

Summary

The Spanish Autonomous Communities have managed the health care responsibilities that were transferred to them after the Spanish decentralization process through regional health services. In this paper, we analyze the structures and policies adopted by these regional health services on issues concerning management, personnel, construction, purchases, waiting lists or rationing. According to our analysis, the policies carried out by the regional health services have mainly focused on enhancing their own decision making power, and thus their institutional power, than to adapting policies to the diverse regional circumstances or political preferences. Under these conditions, we conclude that there exists a need from external coordination apart from the regional health services, that is capable of assuring their collaboration to this common objective to maintain universal protection and access to health care services. Given the similarity of their views on health care policies of the different Spanish political parties with real possibilities of obtaining either regional or central power, it is difficult to foresee where such an initiative could come from, whose primary orientation would be directed towards achieving coordinated functioning of the health care services.

Key words: regional health services, health care policies, decentralization, coordination.

Introducción

Diciembre de 2001 marcó un hito en la evolución del sistema sanitario español. En ese mes tuvo lugar el cierre de los traspasos en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las 10 Comunidades Autónomas (CCAA) que todavía estaban pendientes de ellos, a la vez que supuso el cierre de un nuevo sistema de financiación autonómica general (que, en consecuencia, no incluye la del País Vasco y Navarra), aplicado desde el mes siguiente. Este sistema, que es el que todavía se encuentra en vigor a la espera del diseño de uno nuevo condicionado por el desarrollo del Estatuto catalán, incluye entre sus características principales la de haber supuesto el fin de una financiación sanitaria específica, que desde entonces se encuentra incluida de manera indiferenciada en el sistema de financiación autonómica general citado.

En la nueva situación la gestión de la totalidad los servicios sanitarios, con la excepción de los de Ceuta y Melilla, se lleva a cabo por los gobiernos autonómicos.

Para llevar a cabo esa gestión la casi totalidad de esos gobiernos⁽¹⁾ se han do-

⁽¹⁾ La única excepción es la Comunidad Valenciana, que en 1993 suprimió el suyo creado previamente en 1987, atribuyendo la gestión a la Consejería correspondiente. En enero de 2006 la Consejería valenciana se ha reorganizado, integrando en una "Agencia Valenciana de Salud" algunas de las estructuras y funciones características de un servicio de salud.

tado de servicios regionales de salud. El conjunto de éstos, por su parte, constituye el denominado por la Ley General de Sanidad como "Sistema" Nacional de Salud. La precisión terminológica va precisamente dirigida a aclarar que, aunque los principios que rigen el Sistema (financiación pública por impuestos generales, cobertura universal vinculada, al menos teóricamente, a la condición de ciudadanía estatal y provisión fundamental mediante recursos propios constituidos como servicio público) son los característicos de los Servicios Nacionales de Salud, su gestión se lleva a cabo de manera descentralizada por los gobiernos regionales correspondientes⁽²⁾.

La constitución de los servicios regionales de salud

Siendo esos la finalidad y el sentido de la creación de los servicios de salud, la primera cuestión que llama la atención es que el proceso de constitución de los servicios

⁽²⁾ El calificativo de "regional" referido a los servicios de salud se utiliza en este artículo desprovisto de cualquier significación política diferencial respecto a otros calificativos posibles, vinculados a la consideración de determinados territorios como "nación" cultural o no. En este caso se trata de resumir en un solo término que la responsabilidad de la gestión corresponde a un ámbito territorial de segundo nivel, que abarca sólo una parte del territorio del Estado e incluye diferentes núcleos de nivel local.

regionales no se corresponde de manera estricta con el de la descentralización de la gestión de la asistencia sanitaria a las CCAA¹: 13 de las 17 CCAA crearon su servicio de salud antes de recibir el traspaso de la asistencia sanitaria (de la Seguridad Social), con diferentes grados de antelación respecto a éste. La creación de tres servicios de salud, los del País Vasco, que fue el primero en ser creado, en 1983, Madrid y Navarra, fue incluso anterior a la Ley General de Sanidad, de 1986, en la que se acuñó la referencia al Sistema Nacional de Salud por las razones apuntadas antes. Respecto de ese título habría, en consecuencia, que poner en cuestión si se trató de un diseño no condicionado o, por el contrario, su definición vino exigida en mayor o menor grado por la situación de hecho existente en los tres casos citados (dos de ellos correspondientes a las CCAA forales, que disponen de un régimen específico y peculiar de financiación).

Además de la consideración anterior (una opción que tiene consecuencias organizativas importantes, como la ausencia de personalidad jurídica y administrativa propia por parte del Sistema Nacional de Salud²) esa evidente falta de correlación entre la constitución de los servicios autonómicos de salud y el traspaso de los servicios a cuya gestión debía ir orientada su creación merece otras valoraciones.

Cabría, en primer lugar, considerar si las instituciones y servicios que constituyeron la base para la creación de los servicios de salud regionales correspondientes, antes de que se añadiera a los mismos la gestión de la asistencia sanitaria, justificaría por sus características o su volumen la constitución de tales servicios con el fin de facilitar y unificar su gestión. Esos servicios fueron los de salud pública, traspasados a todas las CCAA en una fase muy precoz del proceso de descentralización, los centros dependientes de la antigua Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNA) (antituberculosos, de otras “luchas” sanitarias, más algunos hospitales de menor tamaño), igualmente traspasados de manera precoz, y en los casos de las CCAA uniprovinciales, algunos hospitales procedentes de las antiguas diputaciones.

Si la respuesta debe buscarse en razón del volumen de dichos recursos, no parece que tal actuación fuera estrictamente necesaria: según algunas estimaciones, si se exceptúan los antiguos hospitales provinciales, los presupuestos destinados a esos fines suponen poco más del 1% de los presupuestos sanitarios globales de cada CA una vez se ha recibido el traspaso de la asistencia sanitaria. A ello hay que añadir que la totalidad de los hospitales públicos de cualquier dependencia, incluidos los de las diputaciones provinciales, recibían una

parte sustancial de su financiación de la Seguridad Social, de cuya red asistencial formaban parte en régimen de concierto.

Desde otro punto de vista, ni siquiera en todos los casos se produjo la integración de los servicios de salud pública en los servicios regionales constituidos antes de recibir el traspaso de la gestión de la asistencia sanitaria. Por otra parte, en algunas CCAA, como Madrid, en las que la nueva administración autonómica dispuso desde el principio, en función de su condición de uniprovincial, de un hospital de gran tamaño, la integración en un mismo servicio regional de salud de ese centro con otros de distinta procedencia y menor tamaño fue significativamente posterior a la constitución del servicio de salud. Tampoco se produjo de manera inmediata a esa constitución la unificación del personal de distinto origen, con situaciones laborales diversas, en un mismo régimen de personal.

La pregunta de las razones que pudieron llevar en cada caso a la constitución de servicios de salud en las condiciones citadas es, en todo caso, probablemente ociosa, dada la capacidad de autoorganización que asiste a las CCAA en relación con las competencias recibidas.

No lo es, sin embargo, considerar algunos resultados de esos procesos de constitución. El más evidente en términos políticos de esa constitución “precoz” y adelantada de

los servicios de salud autonómicos sería la adquisición de posiciones de ventaja por parte de los grupos corporativos y de interés, vinculados en cada caso a la administración autonómica correspondiente de cara al traspaso futuro de los servicios de asistencia sanitaria. Una vez realizados los traspasos, los grupos corporativos y profesionales traspasados serían incorporados “desde fuera”, debiendo integrarse en estructuras y bajo condiciones definidas por los que de antemano habían constituido el servicio de salud. Ese proceso, que ha tenido expresiones diferentes en cada caso, constituye un elemento más de la “politización” de carácter local o regional que ha caracterizado, como era de prever, como una de sus condiciones principales, la constitución y el funcionamiento de los servicios regionales de salud³.

Algunas valoraciones previas de los resultados de la descentralización sanitaria

Las diferencias temporales en la creación de los distintos servicios de salud autonómicos (entendiendo por éstos los que incluyen la totalidad de los servicios, también los de asistencia sanitaria) hacen difícil también una valoración global de los resultados derivados de su propia constitución. Más aún de las consecuencias de la descent-

tralización completa de la gestión en los servicios autonómicos, lo que tuvo lugar a partir de enero de 2002.

Sin embargo, la existencia de un largo período de 8 años, entre 1994 y 2002, durante el que la situación de descentralización se mantuvo “congelada”, ha dado pie a que se hayan empezado a realizar algunas valoraciones comparadas⁴⁻⁷, efectuadas desde ámbitos diferentes (principalmente el económico y el de la ciencia política), de los resultados de la gestión autonómica de los servicios que habían recibido ya los traspasos (los de las 7 CCAA que los recibieron entre 1981 y 1994) con los obtenidos con la gestión aún centralizada, a través del INSALUD, de las 10 CCAA restantes, que recibieron los traspasos de la asistencia sanitaria en enero de 2002.

Algunos de esos estudios concluyen que el proceso de descentralización (del tipo de la “devolución”, es decir, con el traspaso de responsabilidades políticas, no sólo administrativas, a las CCAA) y las reformas añadidas de los modelos de gestión que han tenido lugar en España, introducidas por los servicios de salud de aquéllas, constituyen un caso relevante de introducción de reformas diferentes realizadas de manera simultánea, que habrían mejorado la eficiencia del sistema sanitario en su conjunto sin poner en cuestión su naturaleza pública ni provocar desigualdades sig-

nificativas entre las CCAA, ni en el acceso a los servicios sanitarios ni en niveles de salud. Algo que, de ser cierto como se pro-pugna, constituiría el proceso de descentralización y las reformas de la gestión que han tenido lugar en España como modelo para otros países, enfrentados a problemas de sus sistemas sanitarios similares a los del nuestro.

En los trabajos citados existen algunas conclusiones fáciles de compartir: así, por ejemplo, la ausencia de relación estadística-mente significativa entre las diferencias en gasto sanitario y las desigualdades en los niveles de salud (por otro lado, es paradójica la presentación de esta conclusión por parte de alguno de los autores de los tra-bajos mencionados⁴⁻⁷, que apoyaron decidi-damente la aplicación del nuevo sistema de financiación sanitaria. Éste se caracteriza por efectuar el cálculo del componente sa-nitario de la financiación autonómica a per-cibir sobre la base de las “necesidades” de salud de la población).

Otros aspectos metodológicos resultan más discutibles: uno de ellos es la justifica-ción de las valoraciones mencionadas, acerca del funcionamiento de los servicios sanitarios sobre la base de la evolución de las desigualdades en salud entre las pobla-ciones de los distintos territorios autonómicos. Al margen de otras consideraciones es bien conocido que la repercusión de los

servicios sanitarios sobre la salud de las poblaciones, dependiendo de los indicadores utilizados, es limitada^{8,9}. Una limitación adicional es la dificultad de comparar con esos datos el rendimiento de servicios sanitarios que disponen de indicadores que son ya de partida semejantes¹⁰, como ocurre en España entre distintos servicios de salud, que se mueven en la misma “parte plana de la curva”¹¹.

La valoración de la gestión de los servicios sanitarios autonómicos basada en datos estadísticos tiene además una limitación añadida: los déficits de los sistemas de información sanitaria en nuestro país constituyen un lugar común, que grava de manera especial la realización de estudios comparados entre los diferentes territorios del Estado. Sólo en aquellos países, como Canadá, que disponen de sistemas de información bien constituidos, que aportan información fiable de la situación en sus diferentes territorios y servicios provinciales, y que lo hacen desde hace muchos años, parecen posibles valoraciones significativas de sus servicios de salud que utilicen el contraste entre datos sanitarios y de gestión, de las cuales hay ejemplos recientes¹². En España las limitaciones son mayores aún en lo que se refiere a los aspectos tanto sanitarios como económicos de la gestión de los servicios de salud. Como expresión de la coincidencia general en las li-

mitaciones de nuestros sistemas de información la primera recomendación derivada de uno de los trabajos citados es la mejora de esos sistemas⁴.

Por otra parte, la queja referida a la situación de los sistemas de información es común a otros países, como el Reino Unido, en los que se han producido en fechas recientes procesos de descentralización política de la gestión sanitaria semejantes al español. Esas quejas se hacen patentes de manera expresa también en esos casos, si de lo que se trata es de efectuar una valoración del proceso de descentralización que ha tenido lugar¹³. Pero si se comparan los datos disponibles en cada caso se pone de relieve de inmediato que la situación de los sistemas españoles de información sanitaria están, en términos absolutos, aún muy distantes de la de otros países de constitución federal o en los que se han llevado a cabo procesos de descentralización.

Una valoración cualitativa de los servicios regionales de salud

A falta de análisis estadísticos más amplios y de un plazo temporal más prolongado para su realización desde el cierre de los traspasos sanitarios, un método adecuado para valorar la gestión de los servicios sanitarios autonómicos es comparar las políticas desarrolladas por aquellos con

los objetivos principales que justificaron, al menos de manera formal, la descentralización sanitaria y, con ello, su creación.

Esos objetivos se podrían expresar en dos grandes líneas de justificación: de una parte, la necesidad y conveniencia de adaptar la gestión de los servicios sanitarios a las características, necesidades y preferencias de las poblaciones de cada territorio autonómico. Por otra parte, esa aproximación debería lograrse sin poner en peligro la protección sanitaria universal en unas condiciones de igualdad básica para toda la población española.

Como consecuencia de la primera de esas razones cabría esperar la aparición de diferencias razonables entre unos y otros territorios, diferencias que, en todo caso, no deberían superar ciertos límites que, sin embargo, no se especificaron de manera previa ni simultánea a la descentralización.

La aparición o no de tales diferencias puede buscarse en distintos terrenos:

I. Desde el punto de vista de la naturaleza de los servicios sanitarios autonómicos se ha constatado la tendencia de todos los servicios regionales a adoptar formas de constitución que permitieran mayores grados de autonomía en su gestión¹. Catorce CCAA (Andalucía, Aragón, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, la Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Madrid, Murcia, Navarra, País

Vasco y La Rioja) adoptaron originalmente la forma de organismos autónomos de carácter administrativo. Por su parte, las tres CCAA restantes (Asturias, Baleares y Cataluña) se constituyeron desde su origen como entes públicos.

Esta situación varió posteriormente, de manera que en una segunda fase los servicios de salud de Madrid, Murcia y País Vasco, en tiempos y fases diferentes de evolución, pasaron a constituirse como entes públicos (en el caso de Murcia como empresa pública regional) sometidos al derecho privado. Por su parte, Cataluña, que mantenía la diferenciación entre el Servicio Catalán de la Salud como entidad responsable de la cobertura sanitaria y el Instituto Catalán de la Salud como entidad gestora de los antiguos centros de la Seguridad Social, suprimió el primero y ha planteado la conversión del segundo en ente público. A salvo de las especificaciones de cada caso, el ámbito de las diferencias en este campo está, por tanto, restringido a dos variantes generales de utilización común.

Un análisis más detallado del funcionamiento de cada uno de los servicios regionales constituidos de una u otra forma, permitiría también considerar que, en especial durante su fases iniciales, todos los servicios regionales han tendido a reproducir en sus esquemas el funcionamiento centralizado de las políticas más básicas

que caracterizó la gestión del INSALUD antes de los traspasos, dotando a sus centros de escasa autonomía de gestión, con la única excepción, que se comenta más adelante, de las políticas de compras.

2. Otro aspecto de la constitución de los servicios sanitarios regionales que merece alguna consideración es la introducción de previsiones en las normas de constitución de los servicios, relativas a la posibilidad de introducir diversas fórmulas de gestión directa, indirecta o compartida de los centros sanitarios dependientes de cada uno de aquellos.

Previsiones de ese carácter no aparecieron en ninguna de las leyes por las que se constituyeron los respectivos servicios de salud hasta 1990. En ese año Cataluña promulgó una Ley de Ordenación Sanitaria que modificaba la ordenación anterior, en la que introducía una disposición con ese contenido. Se puede constatar que desde esa fecha en todas las leyes que las CCAA han dictado sobre sus servicios de salud se introducen previsiones similares. Esto ha ocurrido con independencia de que la situación de los servicios sanitarios en sus territorios correspondientes mantenga condiciones que favorezcan o no la competencia entre centros, a la que va en último término orientada la introducción de las llamadas “nuevas formas de gestión”.

Las diferencias en este campo no se producen, en consecuencia, en la orientación que se ha dado a la potencial introducción de las reformas. Esta orientación se vio reforzada en el año 1997 por la promulgación de una norma de carácter básico, la 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud. Esta Ley abrió el campo a que la gestión de los centros sanitarios en el ámbito del Sistema Nacional de Salud fuera posible “directa o indirectamente a través de la constitución de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en Derecho”.

Al amparo de esa orientación común, la tendencia de diferentes CCAA ha sido acuñar como “denominaciones de origen” específicas de cada una de ellas distintas modalidades de gestión, que se diferencian más en el detalle que en la esencia, el escape del derecho administrativo tradicional y el recurso a modalidades de relación y gestión privada de diferente grado de profundidad y extensión.

Así, Andalucía imprimió su marchamo a las “empresas públicas”. En Baleares y Madrid, aún en el ámbito del INSALUD, se crearon “fundaciones”. En Galicia, con algunas diferencias con las anteriores, se habían constituido previamente “fundaciones públicas hospitalarias”. Por su parte, Cataluña, aprovechando en este caso condiciones

específicas de extensión de la propiedad de hospitales por parte de entidades locales, extendió la creación de Consorcios, que se han unificado bajo un Consorcio Hospitalario de Cataluña, y posteriormente introdujo para el ámbito de la Atención Primaria en una zona de salud y con carácter experimental una “entidad de base asociativa profesional”. A su vez, la Comunidad Valenciana fue más allá en sus propuestas “innovadoras”, con la utilización de la fórmula de “concesión administrativa” de la gestión del Hospital de la Ribera, luego extendida a la gestión del área de salud en todos sus niveles asistenciales, a la compañía privada Adeslas, una modalidad peculiar de la PFI inglesa. Otras fórmulas semejantes a esta última, diferenciadas de la del Hospital de la Ribera por la ausencia de encomienda de la gestión a una entidad aseguradora privada, han servido para la creación de algunos de los nuevos centros en construcción en la Comunidad de Madrid.

Lograda la identificación entre cada una de esas modalidades y la CA que las ha promovido originalmente, fórmulas iguales o similares se han utilizado por otras CCAA: Cataluña ha recurrido ampliamente a la constitución de empresas públicas, y las fundaciones públicas se han extendido también en otros territorios del antiguo INSALUD traspasado en 2002, como La Rioja, bajo gestión autonómica.

Las similitudes en todos esos procesos son mayores que sus diferencias: lo característico de todas ellas es, en primer lugar, que su aplicación se ha referido en todos los casos a centros o actividades de nueva creación. Es igualmente común la ausencia de evaluaciones comparadas fiables, más allá de las que se presentan con carácter panegírico, sobre sus resultados en mejora de la eficiencia, con cuyo argumento se pudiera justificar su implantación. Y son también similares las dificultades que se han derivado de la implantación de cualquiera de ellas para esa evaluación, como consecuencia de los diferentes mecanismos de *accountability*, provisión de información sobre su actividad y resultados, sistemas presupuestarios, contratación y otras condiciones que son propias y peculiares de cada una de ellas¹⁴. Por el contrario, no se han previsto instrumentos para la integración y comparación de los datos correspondientes a cada una de esas fórmulas con los de los centros sometidos a los sistemas de gestión generales de los restantes centros del Sistema Nacional de Salud, o incluso con los de los centros del propio servicio regional en el que se hayan creado.

Por otra parte, con la excepción de los consorcios creados en el caso catalán, a cuya razón se ha hecho referencia anteriormente, las especificidades de cada una de las modalidades de “nueva gestión” creadas

no parece tener relación alguna con peculiaridades siquiera administrativas, de la propiedad y distribución de los centros, u otras, propias de cada CA en la que se han implantado. La decisión en cada caso parece más justificada por decisiones discrecionales de cada autoridad regional, a la búsqueda de evitar condicionantes financieros y presupuestarios que puedan limitar su libertad de gestión.

3. Un tercer objeto de análisis puede ser las tendencias de los diferentes servicios regionales en la planificación y utilización de los recursos sanitarios.

Como en los casos anteriores, la observación de lo ocurrido en la gestión de los servicios regionales permite constatar una tendencia común a la autosuficiencia de cada servicio regional en su gestión.

Como se ha puesto de manifiesto con frecuencia, el desarrollo del proceso de descentralización español dio comienzo en una situación de mayor escasez de recursos sanitarios (en centros y medios técnicos) que, por otra parte, se acompañaba de una distribución territorial desigual, de manera que la atención de muchos territorios, en especial la de niveles más complejos, era tributaria de territorios que, una vez constituidas las CCAA y sus servicios de salud, correspondían a CCAA diferentes. Un problema añadido, por otra parte común a otros países de constitución federal o des-

centralizados, es que el tamaño de las CCAA constituidas es muy distinto, lo mismo que la distribución de la población. La consecuencia es que hay territorios cuya población no justifica, por razones de calidad y eficiencia de la atención prestada, la creación de servicios de salud independientes que, sin embargo, tienen actualmente la responsabilidad política de su gestión.

Los desequilibrios de ese carácter presentes en el inicio tienen también que ver con que el proceso de desarrollo de la red sanitaria principal, la dependiente de la Seguridad Social, en especial la hospitalaria, que había comenzado en los primeros años setenta, se encontraba todavía en una fase inicial de desarrollo cuando dio comienzo el proceso de descentralización. La prolongación de éste durante 20 años permitió que la intervención redistribuidora desarrollada por el INSALUD antes de que se descentralizara por completo su gestión paliara, no sin tensiones, las desigualdades en recursos que existían inicialmente. Pero esta actuación no llegó a completarse, y por otra parte, no debía incluir todos los niveles de atención por las razones de calidad y eficiencia que se han mencionado.

La asunción de las responsabilidades de la planificación y la gestión de los recursos por parte de los servicios regionales de salud, sea cual sea el momento en el que se ha realizado el traspaso, ha provocado una

tendencia inequívoca a la autosuficiencia de cada servicio de salud para prestar la totalidad de la atención a su población correspondiente, incluso en aquellos casos en los que razones de calidad y eficiencia en el uso de los recursos hicieran aconsejable otra actitud.

– Una expresión de esta tendencia son las políticas de construcción de nuevos centros, en especial de hospitales, que se han llevado a cabo por distintas CCAA, recurriendo a fórmulas de constitución y financiación diferentes a las que se ha hecho referencia antes, en plazos más o menos próximos a la recepción del traspaso correspondiente.

Un rasgo común a esas políticas ha sido también que el diseño de los nuevos centros ha tendido a repetir esquemas de dotación y funcionamiento, en especial los hospitalarios, que están actualmente en proceso de cambio: los hospitales tienden en todo el mundo a convertirse menos en centros de internamiento y más en lugares en los que se practica de manera intensiva técnicas más complejas, que requieren estancias más cortas. La consecuencia es que en otros países de nuestro entorno, incluso en algunos en los que se han llevado a cabo procesos de descentralización paralelos al nuestro, como el Reino Unido, el número de camas hospitalarias de agudos tiende a reducirse¹³. En el caso citado esta

tendencia es común a todos los países del Reino Unido, incluso aunque, como se indica más adelante, la orientación asistencial que se pretende dar a cada uno de los servicios correspondientes sea diversa.

En España, por el contrario, se siguen multiplicando ahora los hospitales con dotación de los servicios más generales, que ofrecen limitaciones incluso para prestar la atención especializada que demandan las poblaciones correspondientes. A lo que cabría añadir la dificultad para lograr la cobertura de las plantillas de personal especializado que podría producirse en esos casos, de la que hay amplia experiencia con hospitales locales de similares características que se crearon en una época anterior (Andalucía es un buen ejemplo en la primera fase del proceso de descentralización).

Frente a esas razones, que podrían haber servido para sustentar políticas diferentes más adaptadas a las peculiaridades de cada región, el incentivo principal para la creación de nuevos centros ha sido, de manera común, la satisfacción de las demandas locales como sustrato de propaganda y atracción para los grupos políticos, con independencia de su color, que en cada caso han decidido crear un centro nuevo. Estas políticas, por otra parte, presentan otras debilidades de carácter financiero: como es bien sabido, se considera equivalente el coste de la construcción de un nuevo centro hospi-

talario a su mantenimiento durante un año. Se están introduciendo así compromisos de gasto cuya eficiencia futura cabe poner en cuestión.

– Una segunda expresión de esa tendencia común a la autosuficiencia sanitaria de las regiones es el tratamiento a dar a los pacientes desplazados de unos territorios regionales a otros.

El apartado c) del artículo 4 de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud establece el derecho de todos los ciudadanos “a recibir, por parte del servicio de salud de la Comunidad Autónoma en la que se encuentre desplazado, la asistencia sanitaria del catálogo de prestaciones que pudiera requerir, en las mismas condiciones e idénticas garantías que los ciudadanos residentes en esa Comunidad Autónoma”. Sin embargo, ni esa disposición, ni ninguna otra de la norma, aclaran los mecanismos de garantía para hacer efectivo ese derecho, ni a qué administración le corresponde llevar a cabo esa labor.

Bajo esas premisas, los medios de comunicación y algunas publicaciones^{15,16} han venido recogiendo ocasionalmente, desde hace años, antes de que se cerraran los traspasos a las CCAA en 2002, algunas situaciones concretas en las que, alegando la ausencia de mecanismos financieros previstos adecuados para resolver el pago de la atención de esos pacientes a las CCAA

receptoras, pago que no se considera incluido en la financiación establecida con arreglo a los criterios de población propia de cada una de ellas, se ha producido el rechazo de la atención de pacientes de algunas CCAA por los servicios regionales de otras. Puesto que con respecto a esas situaciones el INSALUD llevaba a cabo una labor de tampón, al menos entre las CCAA que no habían recibido todavía los traspasos, el cierre de éstos debería haber llevado previsiblemente a un aumento de la conflictividad pública por esta razón. Sin embargo, tal situación no se ha producido, al menos de manera pública.

La razón más probable para justificar esa observación contraria a lo previsible es la actitud de las CCAA de origen de esos pacientes en el sentido de la autosuficiencia asistencial mencionada. Esa actitud se extiende a la escasa beligerancia demostrada por alguna de las CCAA de origen (y por el Ministerio de Sanidad) para la explicación de esos casos más recientes cuando éstos han alcanzado los medios de comunicación. Esta actitud, por otra parte, parece contrastar con las demandas de algunos grupos de población, en especial de zonas limítrofes entre CCAA, que ocasionalmente siguen demandando poder ser asistidos de manera ordinaria en centros de atención de otras CCAA que constituyen de manera ordinaria, por razones geográficas

y de tradición, sus focos naturales de atracción (las más recientes, la de habitantes de varias comarcas limítrofes de las Comunidades Valenciana y de Aragón, que han firmado un convenio bilateral para facilitar mutuamente la accesibilidad a los servicios sanitarios de los residentes en ambos territorios)¹⁷.

La solución de esos casos, que constituyen sólo una faceta del problema, parece confiarse antes a mecanismos de acuerdo bilateral que a buscar formas concretas de aplicación del principio común antes citado. Esa vía supone no poner en cuestión la responsabilidad exclusiva de cada CA sobre la atención de su propia población, ni su capacidad de afrontar con el recurso exclusivo de sus propios medios y de manera autosuficiente esa atención, al margen de las repercusiones que esta orientación pueda tener sobre la calidad y la eficiencia de los servicios prestados.

4. La misma actitud tiende a ponerse de manifiesto en lo que se refiere a las políticas de personal por parte de los servicios regionales.

En 2003 se aprobaron distintas normas “básicas”: el llamado “Estatuto Marco” del personal sanitario, que venía siendo largamente reclamado desde la promulgación de la Ley General de Sanidad en 1986, y la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Como en el caso de otra norma su-

puestamente esencial para la organización del sistema sanitario en las nuevas condiciones de descentralización completa de su gestión, la 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, promulgada el mismo año; en su tramitación parlamentaria estas normas alcanzaron un alto grado de consenso político. Lamentablemente, ese alto grado de acuerdo en su tramitación y aprobación parece ser más bien el reflejo de su inutilidad real, pues las mismas no modificaron en nada lo sustancial de las políticas que habían venido siendo desarrolladas hasta entonces por los diferentes servicios de salud.

El rasgo más destacado de estas últimas ha venido siendo, desde que comenzó el proceso de descentralización, el reforzamiento de los rasgos locales en las relaciones del personal con los servicios sanitarios. Como expresiones de ese reforzamiento pueden considerarse: la constitución de cuerpos específicos de funcionarios sanitarios por cada uno de los servicios autonómicos, en los que la integración de personal de cuerpos traspasados a las CCAA en diferentes momentos ha sufrido vicisitudes diversas y modalidades distintas de diferenciación, en la línea de considerar cuerpos “extraños” a los procedentes del traslado; o en el caso del personal asistencial la introducción de valoraciones diferentes de los méritos profesionales por el desempe-

ño de plazas semejantes, según estos se hayan o no llevado a cabo en el mismo servicio de salud en el que se trata de obtener una plaza. De la misma manera hay que considerar las desigualdades que se han venido produciendo en las retribuciones del personal de diferentes servicios sanitarios¹⁸, justificadas en muchas ocasiones por la homologación de las retribuciones sanitarias con las de otros cuerpos autonómicos, o sencillamente por el cambio de dependencia que suponía el traspaso a la CA correspondiente, sin conllevar ninguna contrapartida en resultados ni dedicación.

Por el contrario, en ningún caso se ha puesto en cuestión de manera global el marco de relación, ni siquiera antes de que se promulgara el Estatuto marco citado⁽³⁾ ni, con ello, se ha pretendido sortear con nuevas formas regladas de relación contractual general las limitaciones en cuanto a sistemas de dedicación o movilidad entre centros, que permitieran lograr una mayor eficiencia en el desempeño de las plazas sanitarias, más acorde con la situación de cada uno de los servicios regionales.

A su vez, la congelación práctica de los concursos reglados para el acceso a las plazas asistenciales en el ámbito del INSA-

LUD en 2002, y el recurso inicial a la contratación como personal interino del personal necesario, así como la multiplicación posterior de formas irregulares de contratación al margen de las previstas en los estatutos de personal correspondientes, se ha seguido de una actitud mimética por parte de los servicios autonómicos. Esa actitud derivó finalmente en la generación de un problema significativo de multiplicación de situaciones irregulares, que ha exigido finalmente una solución extraordinaria, la llamada oferta pública de empleo, aún pendiente de solución completa. Las críticas a la forma en que se ha llevado a cabo esta última no pueden ocultar la necesidad imperiosa de acabar con situaciones de provisinalidad que se habían prolongado de manera inadecuada, dificultando el desarrollo de los propios servicios de salud.

Las políticas citadas han tenido algunos efectos destacados: en primer lugar, poner trabas a la circulación del personal entre los servicios de salud, lo que contribuye a dificultar la difusión del conocimiento y el logro de condiciones de calidad semejantes en la prestación sanitaria en diferentes territorios. En segundo lugar, el actuar como estímulo para las demandas de elevación sin contrapartidas de los niveles retributivos de todas las CCAA por razones de simple comparación y emulación.

⁽³⁾ Tan sólo Navarra convirtió a todo el personal procedente del antiguo INSALUD tras el traspaso en personal funcionario, asimilándolo al que ya existía en el ámbito de su antigua diputación provincial.

Y, como se ha puesto de relieve en otros países^{19,20}, en un contexto de escasez previble de personal sanitario de diferentes cualificaciones, en un futuro un poco más lejano puede sentar las bases para la competencia entre regiones por la atracción del personal, sin bases adecuadas de cooperación⁴⁾.

5. Otro ámbito de gestión en el que los servicios regionales han mostrado una marcada tendencia a la autosuficiencia de su gestión es la relación con los proveedores sanitarios a través de las políticas de compras.

Desde algunos ámbitos académicos se han teorizado las ventajas de las relaciones más directas entre los servicios de salud y los proveedores, no sólo como vía para obtener ventajas directas en la relación²¹, sino también como expresión de la primacía del principio de autonomía sobre el de cohesión en el ámbito de los servicios de salud²².

Desde un punto de vista contradictorio con el anterior, en el caso de los servicios sanitarios las economías de escala se han subrayado como una de sus ventajas más

importantes para garantizar su sostenibilidad financiera, puesta en cuestión por el crecimiento del gasto, derivado ahora principalmente de la intensidad del uso de nuevos recursos sanitarios sin evaluación adecuada de su eficiencia. La cooperación en este campo a través de políticas de compras comunes entre servicios sanitarios de menor tamaño, como son los derivados de un proceso de descentralización como el español, se ha considerado, por eso, la respuesta más adecuada a los procesos paralelos, pero inversos, con marcada tendencia a la concentración, que se vienen produciendo en los sectores industriales responsables de la producción de los recursos que consumen los servicios sanitarios, de manera destacada el farmacéutico²³.

Por otra parte, son conocidos los resultados que ha producido la descentralización a las regiones o sus equivalentes de las políticas de compras en otros países federales, o que han seguido procesos de descentralización semejante al español:

– En Italia la fragmentación de esos sistemas ha llevado a la obtención de precios diferentes de los mismos productos por parte de las distintas regiones, siempre en perjuicio de las de menor tamaño, que tienen, en consecuencia, menor capacidad de negociación. A su vez, esos niveles de precios y, en consecuencia, de gasto necesario por parte de las administraciones regiona-

(4) En España una muestra de los resultados de la ausencia de ese abordaje común la pueden proporcionar los problemas surgidos a raíz de la decisión de diferentes CCAA de contratar personal español o extranjero sin títulos de especialidad homologados para desempeñar puestos de trabajo, para los que no encontraban personal español con la debida titulación.

les correspondientes, ha derivado en copagos de los distintos usuarios en las diversas regiones italianas²⁴.

– En Canadá la prestación farmacéutica ha estado siempre excluida de entre los servicios cubiertos de manera universal y con aportación de fondos federales. El alto nivel de precios obtenidos por cada una de las provincias canadienses, y el elevado nivel de gasto en que, como consecuencia, incurre cada una, que determina diferentes formas de afrontarlo, ha constituido hasta ahora, por su elevado nivel, un obstáculo insalvable para la generalización de la cobertura de la factura farmacéutica como prestación universal²⁵. Como en nuestro país, hay sectores que, desde el ámbito privado, defienden el mantenimiento de esa situación, y consideran “innecesaria, insostenible e inadecuada” su modificación, sugiriendo que la universalización del derecho, con el desarrollo paralelo de sistemas de relación con los proveedores homogéneos y comunes a todas las provincias, provocaría un aumento innecesario en el gasto²⁶.

En España, como consecuencia del proceso de descentralización, las políticas de compras de cada uno de los servicios de salud son independientes (incluso, con un mayor grado de descentralización, se llevan a cabo por cada uno de los centros sanitarios, lo que repercute en la dispersión y el aumento del gasto en este concepto. Sólo

la Comunidad Valenciana, que suprimió hace tiempo su servicio de salud como órgano gestor, ha centralizado en fechas recientes su política de compras). Sólo se da el precedente de una política común sometida a economías de escala en la adquisición de vacunas, por razones que tienen sobre todo que ver con evitar, por motivos sanitarios, situaciones de desabastecimiento en algún territorio, y que, en consecuencia, no sirven como modelo para adquisiciones de otra clase de productos. Los resultados de esta forma de gestión pueden ponerse en relación con el crecimiento del consumo intermedio del Sistema en los últimos años que, a un promedio de aumento en términos medios del 11,8% anual, ha pasado de tasas de crecimiento del 13,11% en 2000 al 16,30% en 2003, representando en 2003 el 20,61% del gasto del sector, según el Grupo de Trabajo sobre gasto sanitario creado para la Conferencia de Presidentes.

6. La gestión de las listas de espera ofrece un campo diferente de observación.

Se trata de un terreno en el que, recogiendo experiencias de gestión previas, la Ley de Cohesión introdujo en su artículo 4.b) como derecho ciudadano el de “recibir asistencia sanitaria en su Comunidad Autónoma de residencia en un tiempo máximo, en los términos del artículo 25”. Éste, a su vez, establece que “en el seno del Consejo Interterritorial se acordarán los

criterios marco para garantizar tiempo máximo de acceso a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud, que se aprobarán mediante Real Decreto. Las Comunidades Autónomas definirán los tiempos máximos de acceso a su cartera de servicios dentro de dicho marco". Por su parte, unos días antes de la promulgación de la Ley de Cohesión se había hecho público el Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre listas de espera en el SNS.

Lo primero que cabe destacar en esta cuestión es el marco para el que se establecen las garantías citadas, que parece confirmar la tendencia a la autosuficiencia autonómica en materia sanitaria que se ha comentado antes. Por otra parte, ni en la Ley ni en el Decreto hay ninguna disposición que ponga en relación la cobertura universal del derecho a la atención señalado antes, con la garantía de no discriminación que supondría el conocimiento público de las listas de espera en términos nominales. Por el contrario, en ambos casos se pone el acento en el establecimiento de una información global y aglomerada sobre las mismas, que se convierte así en un mecanismo poco preciso de información general, pero sí muy susceptible de utilización política (a favor y en contra, pero siempre bajo el control de los respon-

sables de su gestión), capaz de tener cabida fácil en los medios de comunicación.

Con arreglo a lo dispuesto en esas normas, no cabe atribuir a la iniciativa de los servicios de salud la orientación de la política a desarrollar en este campo. Sin embargo, toda vez que los criterios marco mencionados no se han llegado a desarrollar, probablemente por dificultades obvias para llegar a precisiones concretas sobre esa cuestión, lo que sí cabe señalar es el desarrollo que han llevado diferentes servicios de salud en esta materia.

Lo primero a destacar de ese desarrollo es que las CCAA que lo han llevado a cabo, que son un número significativo de ellas, entre las que se encuentran las de mayor población y un desarrollo más amplio de los recursos sanitarios (Andalucía, Aragón, Canarias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, la Comunidad Valenciana, Galicia, Madrid y Navarra), lo han hecho de manera similar, incluso aunque se pudiera pensar que, dada la diferente dotación de recursos en algunos casos, las posibilidades de orientar las políticas podría ser distinta.

El segundo aspecto destacable es que esa orientación ha consistido en establecer tiempos de espera máximos para diferentes procedimientos y materias, acompañados en ocasiones del establecimiento de un nuevo derecho expreso a recibir la

atención con medios privados si se superasen los tiempos de espera establecidos. Las únicas diferencias perceptibles, en este como en otros casos, se encuentran en las cifras absolutas establecidas como límites, con una tendencia clara a la competición en términos de mejorar las garantías establecidas en otros servicios próximos.

Las políticas de abordaje de las listas de espera en esa línea, de la cual no se ha apartado ningún servicio regional de salud, son siempre susceptibles de manipulación interesada por quien dispone del poder y la información y puede ordenar su publicación en la forma que le resulte más favorable a su propia imagen e intereses. El mejor ejemplo de esa utilización es el establecimiento de objetivos en listas y tiempos de espera por parte de la Comunidad de Madrid, cuyos niveles y datos, por los cambios introducidos respecto a los sistemas generales de información sobre listas de espera establecidos en el Sistema Nacional de Salud, han sido excluidos de aquellos por el Ministerio de Sanidad. A juzgar por las reclamaciones que el sistema ha generado es el mejor ejemplo también de que los objetivos políticos establecidos desde los propios servicios sanitarios no coinciden necesariamente con los criterios sobre necesidades y satisfacción de la población.

Por otra parte, el planteamiento de objetivos en los términos citados excluye la consideración de los medios utilizados para su consecución: entre ellos se incluye en diferentes servicios regionales la realización de "peonadas", intervenciones realizadas fuera de su jornada laboral ordinaria por el personal de los propios servicios sanitarios con los medios de éstos a cambio de una retribución adicional; o los mecanismos de autoconcertación, para que el mismo personal lleve a cabo intervenciones en el ámbito privado. Unos y otros mecanismos ponen en cuestión la eficiencia de la gestión de los recursos de los propios servicios, proporcionando, sin embargo, argumentos políticos sensibles para la defensa de la propia gestión ante los medios de comunicación.

Las mismas críticas se han planteado también en otros países a soluciones semejantes, considerando que éstas constituyen una contribución a poner en peligro el sostenimiento de los sistemas públicos y a facilitar la privatización de la atención²⁷. Ninguno de los servicios de salud regionales españoles ha planteado, sin embargo, otra vía de solución a las esperas.

7. El último ejemplo al que se recurre en este caso para valorar la situación y la gestión de los servicios regionales de salud es la aplicación del catálogo o ámbito de prestaciones del Sistema Nacional de

Salud, así como el establecimiento de derechos complementarios a la asistencia (a la libre elección de facultativo y centro, a la segunda opinión, a la información, autonomía del paciente y acceso a la información y a la expresión de las “voluntades anticipadas”).

La panorámica general que cabe llevar a cabo en este trabajo permite señalar que, salvo alguna excepción que se comenta más adelante, no cabe valorar diferencias significativas al respecto entre los distintos servicios regionales de salud.

En el campo de los derechos “adicionales”, aunque la iniciativa de la extensión de los mismos haya partido de determinados servicios de salud, en general los de establecimiento más antiguo, su extensión al resto de los servicios regionales no se ha demorado de manera significativa, bien mediante la promulgación de normas propias, semejantes en muchos casos a las de los primeros servicios regionales que los han desarrollado, bien mediante la generalización posterior llevada a cabo por normas de carácter general y básico (Leyes 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía de los Pacientes y de los Derechos de Información y Documentación Clínica; 5/2003, de Declaración de Voluntad Vital Anticipada; 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud).

En el campo de las prestaciones sanitarias, la extensión del catálogo fundamental de los servicios, que incluye cuantos se venían prestando antes del cierre de los traspasos, hace que las ampliaciones que se han planteado al mismo desde los servicios regionales de salud se hayan referido en su mayoría a materias que no constituyen el núcleo fundamental de las prestaciones de un sistema de cobertura universal (así, por ejemplo, la cirugía de cambio de sexo), aunque permitan una labor propagandística rentable para el servicio de salud que propone su ampliación. Lo mismo podría decirse de las actuaciones dirigidas a mantener con fondos públicos la financiación de determinados medicamentos excluidos de la financiación general por su menor eficacia; las iniciativas tienen en este caso el efecto perverso de modificar las condiciones generales del mercado, dificultando las economías de escala en el abastecimiento global de productos farmacéuticos que, como se ha comentado, es la aproximación más ventajosa para el conjunto del Sistema y para la mayoría de los servicios de salud. La única ampliación del catálogo general de prestaciones de efectos sanitarios indudables ha sido la inclusión de la atención bucodental para la población infantil por parte de algunas CCAA. Aunque una parte de esa atención no es de gran coste, y no cabe en consecuencia atribuir la decisión a

razones económicas, sino a un adecuado enfoque sanitario, se da en todo caso la coincidencia de que la iniciativa, que se ha extendido luego a otras CCAA, se adoptó inicialmente por las dos forales, que disponen de un sistema de financiación más favorable.

Algunas conclusiones y perspectivas de futuro

Del recorrido que se lleva a cabo en el apartado anterior por algunas de las características generales más destacadas de la estructura y funcionamiento de los servicios regionales de salud se pueden obtener algunas conclusiones:

1. En primer lugar, que la constitución de los servicios de salud, como instrumento para gestionar las responsabilidades y competencias sanitarias traspasadas, no ha dado lugar a diferencias significativas en la orientación de las políticas ni en la gestión de los servicios que pudieran tener como base la adaptación a condiciones peculiares de una u otra naturaleza en cada uno de los territorios correspondientes.

2. En segundo lugar, que las únicas diferencias significativas observables en cualquiera de los terrenos analizados son de carácter circunstancial no sustantivo (como las diferentes modalidades de gestión dentro del “escape” general del derecho

administrativo) o cuantitativo (en niveles retributivos; en garantías de tiempos de espera). Unas y otras sirven más como expresión de las facultades y el ejercicio del poder discrecional (en nombramientos, retribuciones, contrataciones, mecanismos de responsabilidad o formas de gestión) por cada servicio de salud que como vehículo de políticas o necesidades distintas, y se producen en terrenos y se orientan ante todo a consolidar la situación de aquellos y de quienes los gobiernan, así como su propia gestión.

3. En tercer lugar, que, por el contrario, las diferencias no sustanciales que se han puesto de manifiesto, establecidas como vehículo y expresión de intereses locales, pueden sin embargo poner en cuestión, sobre todo por razones de incremento del gasto, las condiciones universales de la protección sanitaria y los mecanismos igualitarios y solidarios a su servicio.

4. En consecuencia, que los servicios regionales de salud no pueden ser la base exclusiva sobre la que soportar las condiciones equitativas y universales de la protección sanitaria en España. Por lo que, si se quieren mantener esas condiciones, se hace necesaria una intervención externa (y superior) a los mismos que las garantice, con capacidad de comprometer la colaboración de los servicios de salud en su consecución. En qué términos llevar a cabo esa

intervención excede, sin embargo, las posibilidades de este trabajo⁽⁵⁾.

Sobre las posibilidades de diversificación de la orientación de los servicios sanitarios a raíz de la descentralización política de la responsabilidad de su gestión no caben dudas: en el Reino Unido, cuyo proceso de descentralización ha sido posterior, se han puesto en evidencia orientaciones diferentes de los servicios sanitarios de los diversos países que lo conforman¹³. En Inglaterra, donde se han desarrollado más ampliamente los mercados sanitarios, el énfasis se ha puesto en objetivos de mejora del rendimiento, en particular en la reducción de los tiempos de espera, mediante el aumento de la actividad de los centros y el reforzamiento de los incentivos financieros

de mercado. En Escocia, por el contrario, los mercados sanitarios han sido abolidos casi por completo, orientando el sistema hacia la conformación de redes integradas con un aumento de la responsabilidad y la capacidad de dirección de los profesionales. En Gales, a su vez, se ha centrado la atención en la mejora de los servicios mediante la colaboración entre la organización local del *National Health System* (NHS), los gobiernos locales y las organizaciones comunitarias. Sólo Irlanda del Norte, agitada por situaciones políticas generales adversas al desarrollo de políticas específicas, no ha tenido oportunidad de imprimir su sesgo propio.

En España la ausencia de orientaciones políticas distintas por parte de los diferentes servicios de salud no se ha debido a que no existieran oportunidades para ello, sino a que no hay diferencias sustanciales en la consideración de los servicios sanitarios y en la orientación a dar a éstos por parte de los partidos con oportunidades de gobierno, tanto en el ámbito central como autonómico. La mejor expresión de esa coincidencia fundamental es el grado de apoyo general que han merecido las leyes principales que los rigen (por no añadir las referidas al personal): la de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que se aprobó con el apoyo parlamentario de todos los grupos políticos y las leyes finan-

(5) Las posibilidades que se han planteado en otros países de constituir un órgano único e independiente para la gestión de los servicios de salud (se puede ver en este sentido la idea lanzada por Gordon Brown en el último Congreso del Partido Laborista, en la que proponía un grado de independencia de ese órgano similar al del Banco de Inglaterra²⁸) es de imposible aplicación a nuestro país, dada la irreversibilidad real del traspaso de la responsabilidad política de la gestión de los servicios sanitarios a las CCAA. En esas condiciones, el único mecanismo real que puede determinar un grado adecuado de coordinación en el funcionamiento de los servicios autonómicos de salud es el establecimiento de una parte de financiación sanitaria finalista y supeditada al mantenimiento de ciertas condiciones generales de funcionamiento de los servicios por parte de la Administración General del Estado, dentro del sistema de financiación autonómica, de manera semejante a lo que ocurre en otros países federales o descentralizados²⁹.

cieras. A éstas se les dio curso con el apoyo de todos los grupos políticos y CCAA en el Consejo de Política Fiscal y Financiera, al margen de que se produjeran algunas diferencias no sustanciales en su tramitación parlamentaria posterior.

No existen tampoco diferencias significativas en la consideración del objetivo implícito principal al que se debe someter el sistema sanitario en su conjunto, que es la mejora del control del incremento del gasto sanitario y la disminución de la responsabilidad del Estado (entendiendo por éste el gobierno central) en ese gasto, por encima de cualquier consideración sobre la prestación de los servicios. El predominio de los objetivos económicos sobre los sanitarios se puso de relieve también en la reciente conferencia de Presidentes autonómicos de septiembre de 2005, en la que la supuesta satisfacción del aumento de las necesidades sanitarias sirvió una vez más de vehículo para el aumento de la financiación autonómica en condiciones de difícil control de su destino final³⁰.

Existe también una coincidencia sustancial en los medios a usar para mejorar la eficiencia del sistema, consistente ante todo en producir cambios en la gestión de

los servicios con una orientación de competencia y mercado, pese a carecer de evidencias que justifiquen logros en esa línea con las “nuevas formas de gestión” introducidas. Esta coincidencia permite poner en cuestión que uno de los resultados de la descentralización haya sido por sí mismo la facilitación de la difusión de reformas “innovadoras”⁷, cuya diversificación, por el contrario, sí que ha sido un efecto de la descentralización, producido en ausencia de prioridad de objetivos sanitarios específicos de consolidación y mejora de la protección. Efectos similares se han observado también en otros países, como Italia, donde han tenido lugar de manera simultánea reformas en la línea de la introducción de “mercados” sanitarios y procesos de descentralización de la gestión³¹.

Por otra parte, las coincidencias mencionadas permiten a su vez poner en cuestión de dónde podría partir la iniciativa para establecer mecanismos externos a los servicios regionales de salud, que contribuyan a mantener y mejorar las condiciones universales y equitativas de la protección sanitaria en España, sin los que el Sistema se dirige de manera lenta pero inexorable hacia su desaparición como tal.

BIBLIOGRAFÍA

1. León S. El gobierno de la sanidad. Descentralización sanitaria y estructura organizativa. En: Observatorio del Sistema Nacional de Salud. Informe Anual 2003. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004. p. I-60.
2. Freire JM. Así en el SNS como en RTVE. Economía y Salud. Boletín informativo de la AES. 2005;18(54):1-2.
3. Rey del Castillo J. Los servicios de salud de las Comunidades Autónomas ante la nueva situación de descentralización sanitaria completa: un juego de oportunidades y amenazas todavía sin decantar. Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios. 2002; 3 Monográfico 2:139-44.
4. López-Casasnovas G, Costa-Font J, Planas I. Diversity and regional inequalities in the Spanish “system of health care services”. *Health Economics*. 2005; 14: S221-S235.
5. López-Casasnovas G, Costa-Font J, Planas I. Diversity and regional inequalities: Assessing the outcomes of the Spanish “system of health care services”. Working Paper No. 745. Faculty of Economics and Business. University Pompeu Fabra; 2004.
6. Costa-Font J, Pons-Novell J. Public Health Expenditure and Spatial Interactions in a Decentralized National Health System. Documents de Treball de la Facultat de Ciències Econòmiques i Empresarials. Universitat de Barcelona; 2005.
7. Rico A, Costa-Font J. Power rather than Path Dependency? The dynamics of institutional change under Health Care Federalism. *J Health Polit Policy Law*. 2005;30(1-2):231-52.
8. Molinari N-A M. The effect of health care on population health. *Lancet*. 2004;364:1558-60.
9. Nolte E, McKee M. Measuring the health of the nations: analysis of mortality amenable to health care. *BMJ*. 2003; 327:1129-34.
10. Nolte E, McKee M. Population health in Europe: How much is attributable to health care? *Euro Observer*. 2003;5(4):1-3.
11. Puig-Junoy J. La productividad de las innovaciones médicas y farmacéuticas. *Humanitas*. 2003;1(3):195-202.
12. Hamilton C. Healthy Provinces, Healthy Canadians. A Provincial Benchmarking Report. The Conference Board of Canada, January 2006. Disponible en: www.conferenceboard.ca. (Consultado 1/2/2006).
13. Álvarez-Rosete A, Bevan G, Mays N, Dixon J. Effect of diverging policy

across the NHS. *BMJ*. 2005;331:946-50.

14. Martín Martín JJ. Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias. Documento de Trabajo 14/2003. Madrid: Fundación Alternativas-Laboratorio de Alternativas; 2003.

15. Aja E. El Estado autonómico: Federalismo y hechos diferenciales. Madrid: Alianza Editorial; 1999.

16. El hospital vizcaíno de Cruces niega que rechazara a un motorista herido por ser de Cantabria. *ABC*; 27 mayo de 2005. p. 22; col. I.

17. El Gobierno de Aragón y la Generalitat Valenciana colaborarán en la atención sanitaria de las comarcas limítrofes. *Notas de Prensa. Acta Sanitaria* 6/11/2006. Disponible en: www.actasanitaria.com. (Consultado 7/11/2006).

18. Hidalgo Valverde MJ, Matas Aguilera V. Estudio comparativo del salario del médico en España. Granada: Sindicato Médico de Granada; 2004. Disponible en: www.simeg.org. (Consultado 15/9/2004).

19. Eggertson L. Provinces lure physicians from one another. *CMAJ*. 2006;31:298-9.

20. Pole K. Centralization urged for health human resources. *Medical Post*. 2006; 42(04). Disponible en: www.medical-post.com. (Consultado 7/2/2006).

21. López-Casasnovas G. The devolution of health care to the Spanish regions reaches the end point. En: Cabasés JM, et al, coordinadores. *La organización territorial de la sanidad. Libro de Ponencias y Comunicaciones de XXII Jornadas de Economía de la Salud*; 2002 Mayo 6-8; Pamplona, España. Pamplona: Universidad Pública de Navarra y Asociación de Economía de la Salud; 2002. p. 109-28.

22. López-Casasnovas G. La financiación autonómica de la Sanidad: algunas claves. En: González Fidalgo et al, coordinadores. *Coordinación e incentivos en sanidad. Libro de Ponencias y Comunicaciones de XXI Jornadas de Economía de la Salud*; 2001 Junio 6-8; Oviedo, España. Barcelona: Asociación de Economía de la Salud; 2001. p. 13-38.

23. Rey del Castillo J. La coordinación y cooperación interterritorial en el Sistema Nacional de Salud. En: Cabasés JM et al, coordinadores. *La organización territorial de la sanidad. Op. Cit.* p. 143-93.

24. Jommi C, Fattore G. Regionalization and drugs cost-sharing in the Italian NHS. *Euro Observer*. 2003;5(3):1-4.

25. Lewis S, Donaldson C, Mitton C, Currie G. The future of health care in Canada. *BMJ*. 2001;323:926-9.

26. Skinner BJ. Universal Drug Benefits for Seniors. Unnecessary, Unsustainable, and Unfair. *Fraser Institute Digital Pu-*

blications; mayo 2005. Disponible en: www.fraserinstitute.ca. (Consultado 16/11/2005).

27. Rachlis MM. Public Solutions to Health Care Waiting Lists. Canadian Centre for Policy Alternatives; diciembre 2005. Disponible en: www.policyalternatives.ca (Consultado 18/1/2006).

28. Tempest M. Brown regrets differences with PM. The Guardian, 25/9/2006. Politics. Special Reports. Disponible en: www.guardian.co.uk/labourconference2006/story. (Consultado 25/9/2006).

29. Rey Biel P, Rey del Castillo J. La financiación sanitaria autonómica: un problema sin resolver. Documento de trabajo 100/2006. Madrid: Fundación Alternativas- Laboratorio de Alternativas; 2006.

30. Rey del Castillo J. Algunos comentarios sobre la Conferencia de Presidentes autonómicos y el futuro del Sistema Nacional de Salud. Rev Admin Sanit. 2006;4(2):323-39.

31. France G, Taroni F. The Evolution of Health-Policy Making in Italy. J Health Polit Policy Law. 2005;30(1-2):169-87.

