
Coordinación de las políticas de salud en países con sistemas descentralizados de gobierno*

George France

Investigador Senior.

*Instituto de Estudio sobre Sistemas Regionales Federales y Autonomías.
Consejo Nacional de Investigación. Roma. Italia*

Introducción

Cuando se discuten los posibles efectos del gobierno descentralizado, la única certeza es que no se puede generalizar. Los países unitarios varían ampliamente en lo que respecta a la libertad de acción de la que disponen los niveles subcentrales de gobierno. En los países federales el poder puede estar ampliamente centralizado o, alternativamente, puede estar distribuido de forma vertical y de manera significativa entre los distintos niveles de gobierno. En todo caso, en general el desarrollo de las políticas en cualquier país que disponga de un sistema descentralizado de gobierno tiende a ser más com-

plejo que el de un estado unitario debido al simple hecho de que en aquellos el poder es compartido por distintos gobiernos.

La distribución de competencias más precisa entre los niveles de gobierno de cada país depende de su particular constitución y de su práctica consolidada, pero, como regla general, para un gobierno central en un país federal tiende a ser más difícil diseñar y poner en práctica políticas, y son más probables las diferencias entre las de los niveles subcentrales de gobierno. Hay que partir de que, casi por definición, gobierno descentralizado significa heterogeneidad, porque la posibilidad de hacer las cosas de manera distinta es una de las principales justificaciones de esta forma de gobierno. Sin embargo, a la vez existe lo que puede llamarse el “interés na-

*Artículo original del autor en inglés. Traducción de J. Rey.

cional". Éste puede referirse a las relaciones diplomáticas o económico-financieras con otros países o grupos de países, como la Unión Europea, o a cuestiones que tienen que ver con la definición de la ciudadanía nacional, como por ejemplo el derecho de todos los ciudadanos a la atención sanitaria, la educación o la justicia. Si en estos aspectos existe el riesgo de que el gobierno descentralizado de las instituciones genere diferencias geográficas "excesivas", poniendo en riesgo el "interés nacional", puede ser necesario coordinar las acciones al respecto del gobierno central con las de los gobiernos subcentrales.

"Coordinar" significa hacer que diferentes gobiernos contribuyan a una actuación común y armónica, lograr que actúen de forma concertada y orientada en el mismo sentido. En el caso concreto de la atención sanitaria, la coordinación es una actividad que compromete al gobierno nacional y a los subcentrales, que aspira a armonizar las políticas y programas de ambos niveles o, al menos, a minimizar las tensiones en el desarrollo de la política sanitaria y de su puesta en práctica. La coordinación incluye tratar de reducir el riesgo de conflicto entre

los niveles de gobierno cuando cada uno desarrolla las funciones y ejerce las competencias que le atribuyen la constitución o la legislación ordinaria. Idealmente la acción de coordinación no debería ser jerárquica, sino cooperativa o de colaboración. Sin embargo, para muchas cuestiones el gobierno central puede ser el instrumento más adecuado para coordinar las acciones de los gobiernos subcentrales o para, al menos, desempeñar un papel de liderazgo al respecto.

Este trabajo analiza la experiencia de cuatro países en la coordinación de las políticas sanitarias. Tres de ellos, Alemania, Australia y Canadá, son federaciones "maduras", y uno, Italia, parece moverse hacia una especie de sistema federal de gobierno. En el trabajo se presta especial atención a la coordinación de las políticas de salud en este último país, dado que su caso puede ser de especial interés para los lectores españoles.

Llegados a este punto es importante distinguir entre los procesos de federación y los de devolución. En el primer caso, entidades soberanas ceden algunos de sus poderes a un nivel central o federal creado específicamente con ese fin y justificado

por el reconocimiento de un interés común por parte de dichas entidades. Se trata de un proceso de abajo arriba, que es el que ocurrió, por ejemplo, en los casos de Alemania, Australia o Canadá. Con la devolución, por el contrario, es el gobierno central el que transfiere parte de su poder a niveles más bajos de gobierno para que éstos puedan promover actividades específicas. Es, en consecuencia, un proceso de arriba abajo. Tanto España como Italia han estado siguiendo un prolongado proceso de devolución y, en tiempos más recientes, en el Reino Unido se ha devuelto poder a los cuatro países que constituyen la Unión. El término “federalismo”, a su vez, describe un sistema descentralizado de gobierno con independencia de cómo se haya llegado a esa situación y, en consecuencia, puede aplicarse tanto a federaciones maduras como a otras que estén naciendo. Por su parte, tanto en Italia como en España se dan presiones para que el proceso de devolución continúe, y no está claro adónde llevará este proceso o qué clase de instituciones “federales” adoptarán ambos países en relación con ello. Finalmente, estos dos últimos países tienen sistemas naciona-

les de salud, y el proceso de devolución puede amenazar los intereses nacionales en atención sanitaria. Las federaciones maduras han encarado históricamente un tipo de problema distinto, consistente en cómo crear *ex novo* y mantener un sistema nacional de salud en el contexto de culturas profundamente enraizadas de gobierno descentralizado.

El proceso de devolución en Italia

A mediados de los años ochenta del siglo XIX los padres fundadores del estado moderno italiano consideraron durante un corto período de tiempo la idea de adoptar el federalismo como modelo de gobierno para el nuevo estado unificado, pero al final eligieron la forma de un estado monárquico unitario⁽¹⁾. La Constitución de 1948 estableció un sistema regional, en parte para preservarse contra la repetición de la traumática experiencia de un estado totalitario altamente centralizado. Se crearon

(1) En 1843 el territorio que ahora es Italia contenía: el Reino de Lombardía y Véneto, los Estados Sardinios, el Ducado de Parma, el Ducado de Módena, el Gran Ducado de la Toscana, los Estados Papales (Umbria, Marche y Lazio) y el Reino de Nápoles (las Dos Sicilias).

veinte regiones, dotadas con poderes legislativos referidos a las áreas de competencia que la Constitución les atribuyó⁽²⁾. El proceso de regionalización fue inicialmente lento. En 1948 se crearon cuatro regiones con “estatuto especial” (Sicilia, Cerdeña, el Valle de Aosta y Trentino-Alto Adigio) y en 1963 otra más con “estatuto especial” (Friuli-Venecia-Guilia). En 1970 se establecieron quince regiones de “estatuto ordinario” con poderes más limitados. A las regiones se les dio la capacidad de elegir asambleas legislativas que votan al presidente regional. Bastante tiempo después se llevó a cabo la elección de presidentes regionales por votación popular. Más que un proceso de *big-bang*, la devolución ha supuesto un proceso incremental. Por otra parte, este proceso ha sido más acentuado en el campo de la atención sanitaria, el sector que ha sido de largo el más importante en términos de recursos absorbidos y de relevancia política. Éste ha sido el sector líder de la devolución en Italia, y ha abarcado un período de más

de sesenta años. A las cinco regiones con estatuto especial se les dio la responsabilidad de la atención sanitaria, limitada sólo por los principios que protegen el interés general contenidos en la legislación nacional. Durante unos pocos años las regiones de estatuto ordinario tendieron a ser consideradas como meros brazos administrativos del estado central. Sólo entre 1974 y 1975 estas regiones adquirieron poderes concretos sobre la atención sanitaria, con la transferencia de la responsabilidad de la atención hospitalaria y su financiación. La Ley 833 de 1978 fue un paso fundamental en el proceso de devolución, creando un servicio nacional de salud (*Servizio Sanitario Nazionale* [SSN]). Durante los cinco primeros años del nuevo sistema las regiones siguieron siendo agentes del estado central, pero a partir de ese plazo (esto es, desde mediados de los años ochenta) las regiones comenzaron a desafiar la autoridad del gobierno central.

Este desafío adquirió dos formas. En primer lugar, el poder de las regiones en el sector sanitario se acumuló y consolidó de manera incremental a través del ejercicio diario de su poder discrecional en la administración de

⁽²⁾ La región de Trentino-Alto Adigio está dividida en dos provincias autónomas, una italo-parlante (Trento) y otra germanoparlante (Bozano). El lenguaje habitual es referirse a veintiuna regiones y provincias autónomas.

los servicios sanitarios regionales. Las regiones comenzaron a ejercer una especie de resistencia pasiva hacia la puesta en práctica de las políticas centrales (por ejemplo, medidas para contener el gasto público sanitario, para introducir la auditoría de resultados o para establecer sistemas de control de la conducta prescriptora de los médicos). En segundo lugar, las regiones comenzaron a apelar con frecuencia al Tribunal Constitucional, alegando que las políticas del gobierno central comprometían la autonomía regional en la administración y organización de los servicios sanitarios. Por ejemplo, en un caso clave de 1984 el Tribunal declaró inconstitucional una prohibición generalizada de contratación de plantilla por las autoridades sanitarias locales (que fueron creación de las regiones). Igualmente, durante un tiempo las regiones desafiaron con éxito los intentos centrales de contener el gasto: así, en 1989 el Tribunal Constitucional declaró ilegítima la obligación impuesta por el Estado sobre las regiones para financiar con sus propios recursos los déficits acumulados por sus autoridades sanitarias locales. En este caso, el Tribunal falló a favor de las regiones porque el gobierno central no consiguió definir en térmi-

nos operativos el derecho contenido en el artículo 3 de la Ley 833 antes citada sobre “los niveles de servicios sanitarios que deben ser garantizados a todos los ciudadanos” con independencia de su lugar de residencia. De acuerdo con el Tribunal, la imposibilidad de definir estos niveles significaba que no había manera de precisar si los déficits regionales estaban o no justificados.

En resumen, la puesta en práctica sólo parcial, en el mejor de los casos, de las directivas del gobierno, además de las sentencias favorables del Tribunal Constitucional, ayudaron a las regiones a asegurarse una significativa libertad de acción. Este estado de cosas adquirió reconocimiento estatutario en 1992, cuando se aprobó una legislación nacional que garantizaba a las regiones un mayor grado de autonomía en la organización y administración del sistema sanitario.

Los años noventa fueron un período de importantes reformas en el SSN. El gobierno central estableció las líneas generales de reforma en una legislación marco, dejando a las regiones decidir sobre los detalles. Así ocurrió con las nuevas empresas de atención sanitaria que sustituyeron a las autoridades sanitarias locales;

con las nuevas empresas hospitalarias (semejantes a los *trust* hospitalarios británicos); con la introducción de mecanismos de gestión general y, finalmente, con la adopción de nuevos instrumentos de financiación y acreditación hospitalaria. Las regiones recibieron recursos económicos adicionales, y una ley de 2000 estableció las bases para un sistema de federalismo fiscal.

Una innovación clave que tuvo lugar en 2001 fue la introducción de los Niveles Esenciales de Atención (*Livelli Essenziali di Assistenza* [LEA]). Estos niveles se definen por el gobierno central tras consulta con las regiones, y éstas están a su vez obligadas a garantizarlos a todos los ciudadanos. Al gobierno central se le exige que asegure que cada región tiene los recursos económicos necesarios para afrontar esta garantía, y se hace una transferencia desde el gobierno nacional para suplementar los recursos regionales cuando es necesario. Las regiones pueden prestar servicios adicionales no incluidos en los LEA, pero deben financiarlos con sus propios recursos. En 2001 se enmendó la Constitución para garantizar un mayor grado de autonomía a las regiones. Éstas disponen ahora de una auto-

mía completa en la administración y organización de la atención sanitaria, mientras que el Estado es responsable de definir los principios fundamentales, incluyendo la definición del interés nacional en la atención sanitaria expresado de manera concreta en la forma de los LEA y su aplicación. Estas enmiendas constitucionales provocaron un conflicto considerable entre el Estado y las regiones sobre la definición precisa de responsabilidades. En 2005 el Parlamento aprobó otra ley constitucional que garantizaba una todavía mayor independencia las regiones, pero que a la vez definía también de manera más precisa los poderes del gobierno central. Sin embargo, esta ley no obtuvo la aprobación popular en un referéndum celebrado en 2006.

Coordinación de las políticas de salud

La necesidad de disponer de medios de comunicación permanentes entre el gobierno central y las regiones se reconoció muy pronto en el proceso de regionalización en Italia, por ejemplo, en un informe parlamentario de 1980. Tres años después se introdujo una legislación por la que

se creaba la *Conferenza Permanente per i Rapporti fra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano* (abreviado en este texto como Conferencia Permanente Estado-Regiones [SSRC, por sus siglas inglesas]). Este órgano pretende incentivar la consulta intergubernamental sobre cuestiones generales de políticas que pueden tener un impacto potencial sobre las regiones y a la vez facilitar el intercambio de información. El contenido del SSRC se amplió en 1988 y 1989 para cubrir todas las cuestiones relativas a la coordinación intersectorial, incluyendo la planificación, con la sola exclusión de la política exterior, la defensa, la seguridad interior y la justicia. En 1991 sus cometidos se ampliaron más aún: el SSRC se convirtió en el foro en el que el Estado y las regiones pueden alcanzar un “entendimiento” sobre las políticas generales y a la vez actuar en el seguimiento de las actividades regionales y establecer direcciones políticas. Desde 1997 el gobierno central está obligado a requerir su opinión en todas las leyes y regulaciones gubernamentales que afectan a las áreas de competencia regional. Al SSRC se le ha dado también mayor poder para coordinar las iniciativas regionales y

estatales y para negociar acuerdos intergubernamentales. Una sentencia del Tribunal Constitucional de 1994 amplió más aún el espectro de las actividades del SSRC, exigiendo que se le planteen también asuntos que afecten incluso a un pequeño número de regiones y aquéllos en los que los intereses interregionales o de nivel infrarregional se encuentren comprometidos. En la sentencia 116/1994 el Tribunal declaró que “la Conferencia no es un órgano del gobierno central, sino una institución que actúa en la comunidad nacional como un instrumento para asegurar la cooperación entre el gobierno central, las regiones y las provincias autónomas” (Presidencia del Consejo de Ministros, 2002).

El SSRC está vinculado a y dirigido por el Ministerio de Asuntos Regionales, y lo forman el ministro correspondiente y los presidentes de las regiones de estatuto especial y ordinario y los de las provincias autónomas. Tienen reuniones cada dos semanas. El presidente del SSRC invita a las reuniones a los ministros, funcionarios públicos y directivos de las agencias públicas relacionadas con la agenda de cada reunión. El contenido de las reuniones y las reso-

luciones adoptadas se publican en la página web del gobierno central (www.governo.it). Buena parte del trabajo técnico preparatorio de las reuniones plenarias del SSRC lo realizan grupos de trabajo permanentes y comités. Éstos cubren un amplio espectro de materias y áreas. Por lo que respecta a la atención sanitaria, hay grupos de trabajo sobre: proyectos piloto de nuevos métodos de administración y gestión; federalismo fiscal; monitorización de la aplicación del Acuerdo de 8 de agosto de 2001 sobre los LEA y las estrategias de contención del gasto sanitario (ver más adelante), y problemas de acceso de los pacientes a la atención sanitaria. La actividad del SSRC adopta la forma concreta de expresión de opiniones, interpretaciones, resoluciones y acuerdos, desarrollo de acciones concertadas e intercambio de información. Su actividad ha aumentado considerablemente a lo largo de los años. La Conferencia dispone de una secretaría permanente con personal de plantilla a tiempo completo que es apoyado por el gobierno central y las regiones. Esta secretaría está dividida en departamentos correspondientes a diferentes áreas de actuación, una de las cuales se refiere a las políticas sani-

tarias y sociales, y prepara memorándum para las reuniones del SSRC, trabajando para ello de manera conjunta con los grupos de trabajo y los comités mencionados antes, y con la colaboración de los ministerios del gobierno afectados. El secretariado recibe también apoyo técnico de la Agencia para los Servicios Sanitarios Regionales, un centro conjunto constituido por el Estado y las regiones que tiene la responsabilidad de hacer el seguimiento del gasto sanitario, los LEA, la organización de los servicios sanitarios, la calidad de la atención, la acreditación de centros y la investigación y desarrollo (I&D).

Un buen ejemplo de la coordinación intergubernamental y la cooperación desarrolladas por el SSRC en el campo sanitario es el Acuerdo de 8 de agosto de 2001, cuyo objetivo es la contención del gasto sanitario (Conferencia Permanente, 2001). En ese acuerdo el gobierno central se compromete a proveer financiación extraordinaria para cubrir al menos de manera parcial la deuda de las regiones (que resulta de los déficits anuales acumulados de éstas), pero sólo bajo dos condiciones: en primer lugar, las regiones endeudadas deben preparar planes detallados

para que los déficits no se repitan en el futuro; en segundo lugar, que las regiones comiencen a aplicar de inmediato las medidas de contención del gasto incluidas en esos planes. El Acuerdo está todavía en vigor, y constituye una parte fundamental de los acuerdos entre gobiernos relativos a las relaciones fiscales. Otro Acuerdo clave es el de 22 de noviembre de 2001, que especificó en detalle los LEA para los que el gobierno central deberá aportar garantías de financiación⁽³⁾. Entre las Interpretaciones del SSRC se encuentra una de 23 de marzo de 2005 relativa al diseño y puesta en marcha de un sistema de información sobre datos financieros y sanitarios de todos los servicios sanitarios regionales (Conferencia Permanente, 2005). El aporte de esos datos al sistema de información se estableció como condición para la recepción de financiación suplementaria. Otra Interpretación de interés fue la de 28 de marzo de 2006, sobre políticas para reducir las listas de espera (Conferencia Permanente, 2006).

⁽³⁾ Decreto de la Presidencia del Consejo de Ministros (DPCM) de 29 de noviembre de 2001, sobre Definición de los Niveles Esenciales de Asistencia (LEA).

Los acuerdos, interpretaciones y otros instrumentos de coordinación negociados entre el Estado y las regiones sugieren que aunque el SSRC es formalmente sólo un órgano consultivo, puede ser muy útil para alcanzar compromisos de contenido político. Sus deliberaciones no son legalmente vinculantes, pero pueden tener gran significado político. A pesar de todo, al SSRC se le critica por ser excesivamente formal y por tener un efecto limitado sobre la conducta tanto del gobierno central como de las regiones. Al gobierno central se le acusa de utilizar el SSRC no como un foro de co-decisión genuino, sino sólo como un instrumento para ratificar las decisiones políticas ya adoptadas a nivel central. A su vez, por lo que se refiere a las regiones, el SSRC tiene con frecuencia sólo una influencia marginal en el ejercicio real de sus diferentes competencias. Sin embargo, es también verdad que las regiones han empezado a adoptar posiciones comunes, afirmando la necesidad creciente de la cooperación intergubernamental en el nuevo “contexto federal” resultante de la reforma constitucional de 2001 (*Conferenza delle Regioni*, 2005). En esta situación, muchos argumentan que en el futuro será impor-

tante promover la coordinación horizontal (entre regiones) a la vez que se continúa la búsqueda de formas efectivas de coordinación vertical entre el gobierno central y las regiones.

El poder central de gasto

En estados complejos las instituciones relacionadas con la coordinación se utilizan cuando no es posible la intervención central directa en áreas de actividad en las que se considera adecuada o cuando esa posibilidad de intervención central está severamente limitada por razones constitucionales o estatutarias. Sin embargo, la utilización de los recursos por las regiones puede también influirse de manera indirecta a través del uso del llamado “poder de gasto” o “poder de compra” central. Este poder se ejerce cuando el gobierno central realiza alguna clase de pagos a niveles más bajos de gobierno para promover actuaciones en áreas en las que carece de autoridad constitucional para legislar o actuar directamente (Watts, 1991, 1). El mismo poder se ejerce mediante transferencias condicionadas del gobierno central. Los niveles subcentrales de gobierno pueden recibir estas trans-

ferencias siempre que respeten ciertas condiciones. Desde el momento en que no están obligadas a aceptarlas, no surgen problemas con respecto a su autonomía respecto del gobierno central, pero una vez que las aceptan deben respetar esas condiciones. Como veremos más adelante, algunos países federales hacen un uso considerable de este tipo de transferencias para promover estándares sanitarios nacionales relacionados con la cobertura, la extensión de la protección, la accesibilidad y la portabilidad geográfica de la atención sanitaria, y también para armonizar las políticas de los gobiernos subcentrales. Por el contrario, en Italia el gobierno central utiliza este poder de gasto de manera muy limitada.

La primera de las razones de esta situación italiana es que la política sanitaria ha estado influida ante todo y durante mucho tiempo por consideraciones macroeconómicas. Entre ellas, y de manera principal, la necesidad de reducir el déficit presupuestario y la deuda pública, más que por la preocupación por promover estándares sanitarios nacionales. Las condiciones vinculadas a las transferencias centrales han sido del tipo descrito anteriormente cuando se ha

hablado del Acuerdo de 8 de agosto de 2001 y la Interpretación de 23 de marzo de 2005.

Un segundo factor limitante del uso del poder central de gasto en Italia es que la responsabilidad de la atención sanitaria está compartida a nivel central por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Economía (llamado hasta fecha reciente el Tesoro). Ambos tienen misiones diferentes y conflictivas entre ellas. El Ministerio de Salud es responsable de proteger el interés nacional en atención sanitaria, pero los recursos para financiar la salud pública se proveen por el Ministerio de Economía, que se supone que debe también velar por el interés nacional, pero cuyo primer objetivo es, sin duda, la contención del gasto público. Una explicación añadida es que a lo largo de los años el Ministerio de Economía ha desarrollado una amplia base técnica para la monitorización detallada de cómo se gastan los recursos, mientras que el personal del Ministerio de Salud tiene todavía principalmente una formación médica o de leyes administrativas. Esta asimetría de las bases técnicas y de información aumenta más aún el poder del Ministerio de Economía.

Una tercera cuestión que explica la situación italiana ha sido el significativo incremento de la autonomía fiscal regional a lo largo del tiempo (Bugglione, 2005). Cinco de las seis regiones con estatuto especial y provincias autónomas financian actualmente casi todo su gasto sanitario con sus propios recursos, mientras que las regiones de estatuto ordinario del centro y del norte cubren sólo una media de entre el 60 y el 70% de su gasto sanitario de esta forma. Esto limita severamente las posibilidades para que el gobierno central ejerza su poder de gasto. Además, cuando las regiones reciben financiación central (muy importante en el caso de las regiones de estatuto ordinario más pobres del sur), es esta financiación la que les permite a estas regiones garantizar los LEA. También en este caso la posibilidad de ejercer el poder central de gasto está así limitada. En otras palabras, es difícil hacer creíbles las amenazas de reducir las transferencias centrales en el caso en que no se cumplan las condiciones preestablecidas cuando dicha reducción de la financiación, al menos en el caso de las regiones pobres, se debería con seguridad al recorte de los servicios disponibles.

La experiencia de algunas federaciones maduras

Australia

El gobierno federal australiano ha adquirido a lo largo del tiempo cada vez mayores poderes en el sector sanitario y se considera que desempeña un papel de liderazgo en el mismo. A pesar de ello, la superposición de las responsabilidades del gobierno federal y las que corresponden legalmente a los estados siguen suponiendo una fuente de conflictos entre ambos niveles, y la puesta en marcha de cualquier cambio en el desarrollo de las políticas sanitarias requiere el acuerdo entre ellos. En las décadas más recientes ha habido un incremento del uso de la negociación política para llegar a acuerdos, y también de los mecanismos formales de cooperación.

En particular, hay una Conferencia de Ministros de Salud Australianos (que reúne al ministro federal con el de los estados) que se congrega con carácter anual “para la promoción de una aproximación coordinada al desarrollo y la puesta en práctica de las políticas sanitarias” (Hilless, Healy, 2001, 21). Esta Conferencia recibe el apoyo técnico de un Consejo Asesor de los Ministros de Salud Australia-

lios, del que forman parte funcionarios sanitarios cualificados tanto del gobierno federal como de los estados.

Otro órgano clave utilizado para coordinar las actividades sanitarias del gobierno federal y las de los estados es el Consejo de los Gobiernos Australianos (COAG, por sus siglas inglesas). Establecido en 1992, este Consejo ha permitido que el gobierno federal y los de los estados “adopten políticas comunes, coordinen programas y desarrollen legislación común” (PUMA, 1997, 78). El COAG negocia bilateralmente con cada uno de los estados unos Acuerdos de Atención sanitaria de periodicidad quinquenal relativos a las transferencias en bloque que se hacen desde el gobierno federal para financiar la atención hospitalaria. Estos acuerdos parecen haber contribuido a facilitar las relaciones intergubernamentales (Hilless, Healy, 2001, 88).

La Constitución australiana permite que el gobierno federal dedique directamente fondos “para los propósitos de la Federación” y también hacer transferencias a los estados con fines específicos. Los destinados a la atención hospitalaria están condicionados a que todos los ciudadanos tengan acceso en tiem-

po adecuado y de calidad a la atención hospitalaria, con independencia de su nivel de recursos económicos disponibles o de su domiciliación. El uso extendido del poder de gasto federal parece haber sido un factor importante para que Australia haya logrado unos estándares de atención uniformes a lo largo de todos los territorios de la federación.

Alemania

En Alemania hay un importante conflicto a nivel central sobre aspectos muy amplios de las políticas sanitarias (dirigidas principalmente en los últimos años a la contención del gasto sanitario). La Constitución exige que cualquier legislación aprobada por el *Bundestag* (la cámara “baja” del Parlamento, cuyos miembros son elegidos directamente por los electores) que afecte a los *länder* (regiones) debe recibir la aprobación del *Bundesrat*, la cámara “territorial” cuyos miembros son designados por los gobiernos de los *länder*. Esas materias suponen alrededor del 60% de toda la legislación federal (aunque algunas reformas parlamentarias recientes han reducido algo este porcentaje). Esta exigencia de aprobación por las dos cámaras puede constituirse en problema cuan-

do cada una de ellas está controlada, como ocurre con frecuencia, por diferentes partidos, con lo que se corre el riesgo de bloquear el proceso legislativo. El principal grupo negociador para resolver ese problema es el *Vermittlungsausschuss*, un comité conjunto de las dos cámaras.

Bajo la Constitución alemana la responsabilidad de poner en práctica las políticas federales corresponde a los *länder*, por lo que adquiere especial importancia que los dos niveles de gobierno estén de acuerdo en las medidas específicas que se vayan a adoptar. Pese a todo, hasta un cierto punto y al menos en un corto plazo el hecho de que existan conflictos entre los gobiernos puede ser menos importante en Alemania que en otras federaciones, dado que la responsabilidad del gobierno más directo del sistema sanitario recae en organizaciones autogobernadas (asociaciones de hospitales, de médicos y las cajas de seguros sanitarios), que están implicadas en un continuo proceso de negociación sobre los paquetes de prestaciones, los nuevos servicios, la retribución de los proveedores y otros aspectos.

En Alemania el poder de gasto tiene un papel limitado, dado que la aten-

ción sanitaria está financiada casi en su totalidad con las cotizaciones sociales de los seguros sanitarios. La capacidad de influencia de los *länder* sobre las organizaciones autogestionadas a las que se hacía referencia antes, que era ya de por sí limitada y que estaba en relación con la responsabilidad de los propios *länder* de financiar las inversiones hospitalarias, parece estar cayendo en un declive aún mayor debido al “encogimiento” que se está produciendo en este sector causado por las dificultades presupuestarias.

Canadá

En Canadá la responsabilidad de la atención sanitaria está altamente descentralizada y recae casi por completo en las provincias. Pese a ello el gobierno federal reclama un papel clave en el establecimiento de estándares sanitarios nacionales, por lo que no es sorprendente que las relaciones intergubernamentales sean con frecuencia muy tensas. Los ministros de sanidad federal y provinciales se encuentran regularmente para negociar las políticas sanitarias, y estos encuentros han producido ocasionalmente resultados importantes. Por el contrario, los intentos de desarrollar instituciones formales para

la negociación federal-provincial han tenido poco éxito hasta ahora. El Acuerdo Marco de la Unión Social (*Social Union Framework Agreement*, [SUFA]) se estableció en 1999 como ámbito de negociación de las políticas sanitarias y sociales, pero se considera que sus resultados no han alcanzado las expectativas generadas (Pelletier, 2002). Sólo un 42% de los canadienses pensaban en 2003 que los dos niveles de gobierno “trabajaban bien juntos” (www.opinion-canada.ca/en/articles/articles [accedido el 21 de junio de 2004]).

A pesar de todo, el hecho de que el gobierno federal de Canadá no tenga prácticamente ninguna responsabilidad directa en la atención sanitaria no ha sido una barrera para que haya ejercido una fuerte influencia en diferentes aspectos de aquella. El poder de gasto no está expresamente previsto en la Constitución, pero como regla se ha reconocido por los tribunales de justicia que su ejercicio era legítimo. En la práctica se ha ejercido a través de transferencias condicionadas a las provincias. Éstas son libres para decidir si aceptan o no la financiación federal, pero una vez que han elegido aceptarla el gobierno federal puede exigir de ellas el res-

peto a reglas específicas de actuación. Esas condiciones eran en un tiempo muy detalladas, pero desde 1984 la ayuda financiera federal está condicionada al respeto por las provincias de cinco estándares que están fijados en la Ley Sanitaria de Canadá (*Canada Health Act*). Esos cinco estándares son: cobertura universal, extensión de la cobertura material de la protección sanitaria o “comprensividad”, accesibilidad a la atención (en especial acceso libre de cargas económicas a los servicios sanitarios), “transportabilidad” geográfica del derecho a la protección sanitaria, y administración pública de los programas provinciales de aseguramiento sanitario. El mantenimiento de estos estándares se ha venido exigiendo por el gobierno federal con diferentes grados de rigor.

Conclusiones

Este breve examen de los procedimientos para coordinar las políticas sanitarias en países con sistemas descentralizados de gobierno demuestra la existencia de diferencias importantes entre los distintos países analizados en cuanto a los instrumentos utilizados y el grado de éxito obtenido

con ellos. Es interesante observar que dos federaciones maduras, Australia y Canadá, tienen experiencias muy distintas con la coordinación directa de los servicios. Ambos países se han apoyado de manera importante y con éxito en la coordinación indirecta ejercida a través del poder de gasto.

Pero puede ser que la experiencia de Italia sea la que ofrezca algunas de las perspectivas de mayor utilidad para España, dado que ambos países están implicados en procesos de devolución y no de federación.

Italia está esforzándose de manera especial en el desarrollo de instrumentos de coordinación directa, pero el desafío es considerable. El gobierno central parece encontrar a veces dificultades para reconocer y aceptar la nueva realidad de la distribución intergubernamental del poder, mientras que las regiones parecen con frecuencia remisas a reconocer que puede tener ventajas para ellas que el Estado ejerza un papel relevante y central en la coordinación de las políticas. A la vez, las perspectivas de complementar la coordinación directa con un uso enérgico del poder central de gasto parecen limitadas, al menos en el actual contexto macroeconómico.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Buglione E. "La finanza". En: ISSIRFA, editor. Terzo rapporto sullo stato di regionalismo in Italia. Rome: Istituto di Studi sui Sistemi Regionali Federali e sulle Autonomie (ISSIRFA); 2005. p.575-613.
- Conferenza delle Regioni. Piano sanitario nazionale 2006-2008 - Documento delle regioni, approvato dalla Conferenza delle regioni il 2 novembre 2005; 2005. p. 26. Disponibile en: www.regioni.it (accesso el 30 de noviembre de 2005).
- Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome. Accordo 8 agosto 2001. Gazzetta ufficiale, 6 September. 2001. p. 11-4.
- Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome. "Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in attuazione dell'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311", Gazzetta ufficiale, no. 105, April; 2005.
- Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome. "Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 sul Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008". Gazzetta ufficiale, no. 92, 20 April; 2006.
- Hilless M, Healy J. Health Care Systems in Transition: Australia, Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems; 2001.
- Pelletier R. Intergovernmental Cooperation Mechanisms: Factors For Change? Discussion Paper No. 29, Ottawa: Commission on the Future of Health Care in Canada, October; 2002.
- Presidenza del Consiglio dei Ministri. La Conferenza Stato-Regioni ed Unificata, Rome: Presidenza del Consiglio dei Ministri; 2002.
- PUMA. Managing Across Levels of Government. Paris: O.E.C.D.; 1997.
- Watts RL. The spending power in federal systems: a comparative study, Kingston. Ontario: Institute of Intergovernmental Relations, Queen's University; 1999.

