

5

INFORME
ESPAÑA
1 9 9 7

una interpretación
de su realidad social



Fundación Encuentro



Edita: **Fundación Encuentro**

Oquendo, 23

28006 Madrid

Tel. (91) 562 44 58 - Fax (91) 562 74 69

E. Mail: correo@fund-encuentro.org

ISBN: 84-89019-05-3

ISSN: 1137-6228

Depósito Legal: M-10920-1998

Fotocomposición e Impresión: Albadalejo, S.L.

Albadalejo, 6 - 28037 Madrid

Capítulo V	
POR UN CONSENSO EN LA SANIDAD	335
I. Tesis Interpretativas	337
1.- Ciudadanía y salud: apostar por un nuevo consenso	337
2.- La sociedad, artífice del nuevo consenso	339
II. Red de los Fenómenos	341
1.- La primera reforma giró en torno a la ciudadanía social	342
1.1.- Desarrollo de la sanidad pública y aseguramiento universal	345
1.2.- Se consolida el modelo burocrático en la sanidad	348
2.- La segunda reforma: derechos y obligaciones del ciudadano-cliente	351
2.1.- El Informe Abril como punto de inflexión	353
2.2.- Hacia un mayor equilibrio entre productores y consumidores	356
2.3.- El consumo como problema	366
2.4.- Incierto destino de la segunda reforma	371
3.- Efectos integradores y desintegradores de la ciudadanía autonómica	373
3.1.- La descentralización territorial, un proceso desordenado	374
3.2.- Continuidad e innovación en los modelos autonómicos	379
3.3.- Ciudadanía autonómica y derecho a la salud	383
3.4.- Déficit de coordinación supracomunitaria	387

Capítulo V

POR UN CONSENSO SOCIAL EN LA SANIDAD

I. TESIS INTERPRETATIVAS

1. Ciudadanía y salud: apostar por un nuevo consenso

¿Cuál es el futuro del Sistema Nacional de Salud?, ¿cómo se atenderán las viejas y nuevas necesidades de salud de la población?, ¿qué volumen de recursos públicos y privados vamos a dedicar al cuidado de la salud en los próximos años?, ¿qué necesidades serán objeto de prestaciones gratuitas y universales y cuáles serán cofinanciadas por los usuarios?, ¿qué condiciones laborales esperan a los profesionales y trabajadores de la sanidad?, ¿en qué medida los españoles tendrán derecho a una atención sanitaria diferente en función de la comunidad autónoma en la que residan?

Para cualquiera que se enfrente a estas preguntas sin la complacencia política habitual, es obligado reconocer que sobre el futuro del Sistema Nacional de Salud se ciernen en estos momentos más inseguridades que certezas. Los optimistas se inclinarán por un escenario de transformación que repita los esquemas de los países más avanzados de nuestro entorno. Los pesimistas pondrán el acento en los costes de la no reforma, dibujando un sistema de salud cautivo de sus inercias y en claro deterioro de sus valores fundacionales. Ambas posibilidades son, sin embargo, simples pronósticos, basados en extrapolaciones del pasado propio o ajeno, pero incapaces de disipar las incertidumbres que atenazan la evolución de nuestro Sistema Nacional de Salud.

Esto no es óbice para reconocer un amplio consenso, de casi todas las fuerzas políticas, sobre la conveniencia de introducir cambios e, incluso, sobre el contenido de las reformas necesarias. A la hora de la verdad, sin embargo, parece que el discurso y la acción siguen rumbos diferentes, al no existir una estrategia coherente capaz de hacer avanzar el presente hacia el futuro. Los actores políticos tienden cada vez más a debatirse entre el cortoplacismo y la utopía, según las responsabilidades que ocupen: en el Gobierno se ven atrapados por el corto plazo, optando por justificar el *statu quo* y conformarse con ajustes incrementales; en la oposición ejercen desde utopías de distinto signo, útiles para cerrar las filas de sus partidarios, pero inútiles para pensar en el futuro ya que vuelven la espalda a la realidad.

Las dificultades para articular una visión compartida sobre el futuro de la sanidad acarrearán la propagación de la incertidumbre respecto a la evolución previsible del sistema, tanto entre los agentes políticos que han de actuar en ella como en los demás interesados. Paralelamente, la presión de las circunstancias externas que inciden sobre la sanidad se hace insoporta-

ble, reclamando un horizonte más despejado en algunas de las variables críticas que condicionan el margen de maniobra del sistema. En otras palabras, sólo a partir de una delimitación clara del aseguramiento público, del marco de financiación a medio plazo y de los papeles respectivos del Estado y las comunidades autónomas en la financiación y ordenación de las prestaciones, puede aspirarse a una gestión razonable del sistema sanitario frente a sus condicionantes externos.

Ahora bien, en las circunstancias descritas, la reducción de la incertidumbre no puede esperarse en exclusiva del juego de los actores políticos. Es imprescindible la búsqueda de un nuevo consenso que, desde una consideración abierta de todas las variables involucradas en el futuro de la sanidad, pueda reunir una coalición de actores políticos y sociales capaz de soportar activamente la formulación y aplicación de los acuerdos. Avanzar por el camino del acuerdo exige de las fuerzas políticas y sociales una orientación pragmática y conciliadora, más allá de la propia interpretación ideologizada de la realidad y del referente electoralista. Supone también una apuesta por el largo plazo que no olvide la consideración de las dimensiones económicas y asistenciales que afectan al futuro de la sanidad.

Esto significa que, al menos, las siguientes cuestiones deberían ser objeto de deliberación y acuerdo:

— El mantenimiento de un sistema único de aseguramiento sanitario para todos los ciudadanos españoles, expresando el compromiso de financiación pública por parte del Estado y la delimitación de su contenido mínimo en forma de prestaciones universales y gratuitas garantizadas por ley.

— La existencia de prestaciones complementarias que puedan ser parcialmente financiadas por los usuarios, siempre que se garantice la equidad en la asistencia.

— La garantía de una financiación realista y estable del gasto sanitario con mecanismos que aseguren la disciplina presupuestaria, incentivando la responsabilización de políticos y gestores para el cumplimiento de los objetivos económicos.

— Un acuerdo para la distribución territorial de los recursos para el sector salud, que, desde una base igualitaria para todos los ciudadanos, introduzca mecanismos para la corrección de las desigualdades.

— La incorporación de los ciudadanos al funcionamiento del sistema sanitario, que haga posible la satisfacción de sus demandas de información completa sobre los servicios sanitarios y su tratamiento, con cauces realistas y efectivos de participación de los agentes sociales y con la influencia directa de los ciudadanos en el funcionamiento de los servicios a través de la libre elección.

— La culminación de la descentralización sanitaria a partir de la transferencia del Insalud a las comunidades autónomas que no han recibido aún las competencias.

— La autonomía de las comunidades autónomas en la organización de sus servicios sanitarios que mejor se adapte a sus circunstancias específicas, salvaguardando la necesaria disciplina en el gasto y flexibilidad en la gestión, y que posibilite condiciones de trabajo más próximas a lo que requiera cada uno de los servicios y más aptas para incentivar a los trabajadores.

— La puesta en marcha de los instrumentos de coordinación supracomunitaria prevista en la Constitución y en la Ley General de Sanidad, capaces de formular y asegurar el interés general, sin menoscabo de la autonomía de gestión de las comunidades autónomas.

2. La sociedad, artífice del nuevo consenso

La viabilidad de un nuevo consenso sobre el que construir la transformación posible y necesaria de la sanidad española requiere el abandono de, al menos, dos modelos de razonamiento que han acompañado la reforma sanitaria en los últimos años. Ambos están implícitos en la concepción del cambio como algo externo y otorgado que se impone sobre la realidad por voluntad de los representantes políticos.

En primer lugar, la experiencia pone de manifiesto que están condenadas al fracaso las reformas basadas en la proyección de modelos abstractos sobre una realidad cuya lógica de funcionamiento ignoran. Las instituciones cambian a partir de las potencialidades inherentes a las mismas y no en contradicción o al margen de ellas. Demasiadas veces en nuestro país, y siempre con parecidos resultados, arbitristas de distinto signo han pretendido imponer la superioridad de sus modelos abstractos de pensamiento, sin reparar en la ausencia de los presupuestos básicos que requiere su implantación.

La efectividad de los cambios se puede medir por el grado de reconocimiento social que reciben de la mayoría de los afectados, lo que no implica necesariamente su convencimiento, pero sí al menos su aceptación. En el sistema sanitario, dominado, por un lado, por profesionales con gran capacidad para resistirse a los designios jerárquicos y, por otro, por ciudadanos que aprovechan en silencio una autonomía cada vez mayor, los cambios dependen del grado de aceptación activa de sus destinatarios. En otras palabras, no hay reforma posible de la sanidad sin la adhesión y participación de los productores y beneficiarios de los servicios, por muy generalizado que sea el acuerdo político para la reforma.

En segundo lugar, la reforma necesita superar la concepción de la política como intermediación suprema y definitiva de la colectividad. Todas las reformas dicen realizarse en nombre y en beneficio de los ciudadanos, pero evitan celosamente con frecuencia compartir con ellos el protagonismo de su elaboración y puesta en práctica. Cuando los ciudadanos dan la espalda a los cambios por sentirlos ajenos, los reformadores reaccionan interpretando que «los han vendido mal», cuando lo que realmente han hecho es «producirlos» mal, al excluir de su elaboración a actores cuyo comportamiento es decisivo para la efectividad de las medidas adoptadas.

La reforma del Estado de Bienestar, en cualquiera de sus dimensiones, sólo puede llevarse a la práctica con una intensa implicación de la red de agentes sociales presentes tanto en la producción como en la recepción de sus prestaciones. La política, cada vez más constreñida por el cortoplacismo del mercado electoral, carece de margen de maniobra para el cambio si no se apoya en la sociedad vertebrando sus instancias plurales de representación. Lejos de una sumisión cautiva a los intereses organizados de productores y consumidores privilegiados, esto supone un esfuerzo de movilización y diálogo entre todos los intereses afectados y, en particular, de aquellos intereses difusos de los ciudadanos no organizados, para los que habrá que buscar cauces efectivos de representación.

II. RED DE LOS FENÓMENOS

La reforma sanitaria, al menos sobre el papel, ha ocupado un lugar destacado en la agenda política española desde la transición a la democracia. La insuficiencia, baja calidad y corporativismo que caracterizaban a los servicios sanitarios recibidos del régimen político anterior sirvieron para crear una ventana de oportunidad política desde la que abordar una profunda transformación del modelo heredado. Desde entonces, dos grandes ciclos de reformas se han sucedido, dejando tras de sí un fuerte desgaste político y una sensación agri dulce de logros asistenciales y de fracasos organizativos. Sobre unas reformas que apenas llegan al núcleo del sistema sanitario, corriendo el riesgo de verse colonizadas por su inercia, se cierne la imagen de proyecto inacabado.

Las reformas sanitarias pueden ser analizadas tomando como referente analítico la visión que expresan del ciudadano, al que todas apelan como su gran argumento ideológico. Más allá de la manipulación retórica, el ciudadano invocado revela a través de las distintas reformas una imagen calidoscópica que, según por dónde se mire y quién mire, presenta perfiles diferentes. El ciudadano sin apellido al que apelan los reformistas es unas veces titular de derechos y otras de obligaciones, unas veces sujeto colectivo y otras individual, puede ser ciudadano estatal o autonómico. En función del significado elegido, cada reforma propone medidas diferentes y, en no pocos casos, contradictorias con las demás.

La lucha semántica por el significado de la ciudadanía es el espejo en el que se reflejan los actores que compiten por la representación de los ciudadanos en las transformaciones de la sanidad. Políticos, médicos, directivos, sindicatos, asociaciones de diverso carácter y medios de comunicación dicen actuar en defensa del ciudadano y argumentan que su posición es la mejor para hacerla efectiva. Esta batalla por el lenguaje es una de las consecuencias más evidentes de la ruptura de los viejos equilibrios y consensos, propia de la crisis del Estado de Bienestar, que se escenifica con especial intensidad en el sistema sanitario.

Desde esta perspectiva, los dos grandes ciclos reformistas que se dibujan sobre este período en España pueden retratarse por las distintas imágenes del ciudadano elegidas como eje de sus propuestas. La primera reforma, que alcanza su hito más significativo con la aprobación de la Ley General de Sanidad en 1986, hace suya la dimensión social de la ciudadanía en la versión estatista de la tradición europea. La segunda reforma supone la incorporación de nuestro país a las tendencias occidentales de renovación del sistema sanitario, marcadas por la necesidad de dar respuesta a dos demandas aparentemente irreconciliables: la necesidad de contener

la presión ascendente del gasto y la presión que ejercen los ciudadanos sobre la asistencia reclamando más y mejores servicios.

Atravesando este doble ciclo de reformas, de las que aparece al mismo tiempo como condicionante y condicionada, nuestro país vive en este mismo período una tercera reforma: la descentralización territorial del sistema sanitario. De momento, siete comunidades autónomas, entre las que se encuentran las de mayor peso político y población, han pasado a gestionar directamente la red de centros y servicios sanitarios de la Seguridad Social. La ciudadanía autonómica ocasiona una profunda transformación, de efectos todavía no del todo explicitados, sobre el sistema sanitario. Con la descentralización mejora la proximidad y capacidad de respuesta a las necesidades de la población, pero también se ponen en evidencia riesgos de desintegración ante la fragilidad de los sistemas de coordinación supracomunitaria.

Las tres reformas a las que nos hemos referido proporcionan la estructura básica de la Red de Fenómenos que describimos a continuación. En cada uno de sus apartados consideramos dimensiones diversas de la ciudadanía que arrojan conclusiones no siempre coincidentes. Ello nos permite explorar las claves para reconciliar las perspectivas en conflicto, de las que ha de emerger un nuevo consenso entre ciudadanía y sistema sanitario.

1. La primera reforma giró en torno a la ciudadanía social

El primer ciclo de reformas en la sanidad española desde la transición a la democracia alcanza su hito más significativo con la aprobación de la Ley General de Sanidad en 1986. Ésta supone el tránsito de un modelo sanitario basado en la cobertura por los seguros sociales a una concepción universalista de la sanidad que hace suya la dimensión social de la ciudadanía recogida por la Constitución de 1978. Al mismo tiempo, la década de los ochenta se caracteriza por el desarrollo, modernización y consolidación del sistema sanitario público como garante de la prestación gratuita y universal reconocida por la legislación sanitaria. En este período, España realiza una progresiva convergencia con los países europeos en cuanto a niveles de protección y gasto sanitario, superando, como en otros ámbitos del Estado de Bienestar, un retraso histórico de muchas décadas (tabla 1).

La sanidad española se ha caracterizado a lo largo de la mayor parte de este siglo por una patológica fragmentación de sus servicios y el raquitismo de sus niveles de cobertura, que sólo empieza a superarse a finales de la década de los sesenta. Los antecedentes de la situación heredada por la democracia se sitúan, en primer lugar, en una concepción de la sanidad

Tabla 1 – Evolución del gasto sanitario total en la Unión Europea. En porcentaje del PIB. 1970-1995

	1970	1980	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Alemania	5,9	8,4	8,3	8,4	8,6	8,6	9,5	9,6
Austria	5,4	7,9	8,4	8,6	9,0	9,3	9,7	9,6
Bélgica	4,1	6,6	7,6	8,0	8,1	8,3	8,2	8,0
Dinamarca	6,1	6,8	6,5	6,6	6,6	6,7	6,6	6,5
España	3,7	5,7	6,9	7,1	7,2	7,3	7,3	7,6
Finlandia	5,7	6,5	8,0	9,1	9,4	8,8	8,3	8,2
Francia	5,8	7,6	8,9	9,1	9,4	9,8	9,7	9,9
Grecia	4,0	4,3	5,3	5,3	5,5	5,7	5,2	5,2
Holanda	5,9	7,9	8,0	8,3	8,5	8,7	8,8	8,8
Irlanda	5,3	8,7	6,7	7,1	6,8	6,7	7,9	7,9
Italia	5,2	6,9	8,1	8,4	8,5	8,5	8,3	7,7
Luxemburgo	3,8	6,3	6,5	6,5	6,7	6,9	5,8	5,8
Portugal	2,8	5,8	6,6	7,0	7,1	7,3	7,6	7,6
Reino Unido	4,5	5,6	6,0	6,5	7,0	7,1	6,9	6,9
Suecia	7,1	9,4	8,6	8,4	7,6	7,5	7,7	7,7
Media UE	5,0	7,0	7,4	7,6	7,7	7,8	–	–

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro. CECS a partir de Temes Montes, J. L. y Gil Redrado, J., *Sistema Nacional de Salud*, McGraw-Hill, Madrid, 1997; y El País, *Anuario de la salud, la medicina y la sanidad 1997*, Madrid, 1997.

como acción preventiva sobre los problemas de salud de la población, al margen de la función asistencial. Este modelo se recoge en la Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 1944, cuya estrechez organizativa, no sólo impidió reordenar la dispersión de las funciones sanitarias ya existentes, sino que contribuyó a aumentar la fragmentación, con la emergencia de nuevas competencias en diversos ministerios.

Las funciones asistenciales tienen históricamente en España dos cauces paralelos de desarrollo, además de la propia sanidad estatal. Por un lado, los servicios de beneficencia pública de base local, en manos de ayuntamientos y diputaciones, que crearon centros asistenciales con desigual implantación en el territorio; de particular importancia eran los centros hospitalarios de las diputaciones para la asistencia infantil, maternal y psiquiátrica y para los enfermos infecciosos. Por otro lado, con creciente significación a partir de la segunda mitad de siglo, la sanidad asistencial se relaciona con la expansión del seguro obligatorio de enfermedad, implantado por la ley de 1942, en el marco de un sistema profesional gestionado por el Instituto Nacional de Previsión. A diferencia de lo ocurrido en la mayoría de los países occidentales, en los que la Seguridad Social se limitaba a financiar la asistencia, en España decidió crear su propia red de centros y servicios.

A partir de su encuadramiento en el sistema de seguridad social, la asistencia sanitaria conoce un proceso continuado de expansión, con un número de beneficiarios en progresivo incremento. Los índices de cobertura de la población evolucionan del 22% en 1945 al 49,4% en 1962 y alcanzan el 84,5% en 1982. Desde la Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963 se van elaborando diversos textos legislativos que regulan las prestaciones y la organización sanitaria de la Seguridad Social hasta la transición democrática. El papel de la antigua Dirección General de Sanidad va perdiendo peso, dada su reducida capacidad económica frente a los presupuestos de origen contributivo de la Seguridad Social. El control de la población y de los recursos otorgan a esta última el poder de hecho sobre la política sanitaria del Estado.

En la segunda mitad de los años sesenta y la primera de los setenta se produce una fuerte expansión de los servicios asistenciales, con la construcción de los grandes hospitales de la Seguridad Social. Allí donde la red de la Seguridad Social era insuficiente, el Instituto Nacional de Previsión hacía uso de las infraestructuras sanitarias estatales y locales, a través de convenios y conciertos, pero sin integrarlas en su estructura. El esfuerzo de coordinación de las diferentes redes a través de la Ley de Hospitales de 1961 no consigue sus objetivos, al coexistir organizaciones hospitalarias muy variadas en cuanto al régimen de su personal, los recursos disponibles o las prestaciones que eran capaces de ofrecer, actuando sin planificación conjunta de prioridades ni estándares asistenciales comunes.

En este tiempo, de acuerdo con la lógica corporativa del régimen anterior, el Estado delega en la profesión médica el control del sistema sanitario. Esto coincide con una gran expansión de la medicina (tabla 2), que crea una percepción duradera de crecimiento y desarrollo profesional, en la que hunde sus raíces buena parte de la cultura médica dominante en el sistema sanitario hasta nuestros días.

El último hito a considerar en este largo y desordenado proceso de acomodación histórica de la sanidad se produce poco tiempo antes de aprobarse la Constitución. En noviembre de 1978 desaparece el Instituto Nacional de Previsión, del que habían dependido hasta entonces todas las prestaciones de la Seguridad Social, apareciendo tres entidades gestoras de las que una de ellas, el Instituto Nacional de la Salud (Insalud), asume la gestión de la asistencia sanitaria. En 1977 se creó, por primera vez desde la Segunda República, un Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, que pasó a ser de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social en 1981 y, finalmente, de Sanidad y Consumo en diciembre de ese mismo año. Este proceso significa la consolidación de los dos bloques principales de la Administración sanitaria estatal en un mismo ministerio que incorpora tanto las funciones asistenciales de la Seguridad Social como las antiguas fun-

Tabla 2 – Evolución del número de médicos por 1.000 habitantes en la Unión Europea. 1960-1994

	1960	1970	1980	1990	1991	1992	1993	1994
Alemania (*)	1,4	1,6	2,3	3,0	3,1	3,1	3,2	3,3
Austria	1,4	1,4	1,6	3,0	3,1	3,2	3,3	3,4
Bélgica	1,3	1,5	2,3	3,5	3,5	3,6	3,7	–
Dinamarca	1,2	1,4	2,2	2,8	2,6	2,8	–	–
España	1,2	1,3	2,3	3,8	3,9	4,0	4,1	4,1
Finlandia	0,6	1,0	1,9	2,4	2,5	2,6	2,6	2,7
Francia	1,0	1,3	2,0	2,7	2,7	2,8	2,8	2,8
Grecia	1,3	1,6	2,4	3,4	3,7	3,8	3,9	3,9
Holanda	1,1	1,2	1,9	2,5	2,5	2,5	–	–
Irlanda	1,1	1,2	1,3	1,6	1,7	1,7	1,7	2,0
Italia	0,5	0,7	1,1	–	–	–	–	–
Luxemburgo	1,0	1,1	1,5	2,0	2,0	2,1	2,2	2,3
Portugal	0,8	0,9	2,0	2,8	2,9	2,9	2,9	2,9
Reino Unido	–	1,1	1,4	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6
Suecia	1,0	1,3	2,2	2,9	2,9	3,0	3,0	–
Media UE	1,0	1,2	1,8	2,8	2,8	2,9	–	–

(*) A partir de 1990 se tiene en cuenta la población de la Alemania reunificada.

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro. CECS a partir de Eurostat, *Statistiques Démographiques*, Luxemburgo, varios años; Eurostat, *Retrato social de Europa*, Luxemburgo, 1991; Eurostat, *Europa en cifras - Cuarta edición*, Luxemburgo, 1995; Eurostat, *Anuario Eurostat '96*, Luxemburgo, 1996; y OCDE, *Health care systems in transition*, París, 1990.

ciones de la Dirección General de Sanidad, en lo que constituye el primer paso del lento proceso de racionalización de la organización sanitaria en nuestro país.

1.1 Desarrollo de la sanidad pública y aseguramiento universal

Con la transición a la democracia, se ponen de manifiesto las limitaciones de la sanidad pública heredada del régimen anterior. La reforma sanitaria aparece asociada a fuerzas que intervienen desde el exterior y que cuestionan una autonomía celosamente defendida por los profesionales. La ideología irrumpe con fuerza en la discusión sobre política sanitaria, al proponerse modelos alternativos basados en proyectos políticos asociados a la transformación global de la sociedad española.

La Constitución de 1978 señala el tránsito a un nuevo régimen político, con escasas previsiones sobre el lugar que corresponde al sistema sanitario. Incluye dos preceptos, además de los que se refieren al reparto de competencias entre el Estado y las comunidades autónomas: el artículo 41 establece la obligación de los poderes públicos de mantener un régimen

público de seguridad social; el artículo 43 reconoce el derecho a la salud, encomendando a los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. Dos interpretaciones se propusieron sobre la combinación de estos artículos: según la primera, a la Seguridad Social le correspondían las prestaciones estrictamente económicas y la sanidad constituiría un servicio separado; para la segunda, la Seguridad Social era el referente organizativo y económico de las prestaciones sanitarias, bien de todas ellas o de las incluidas en su sistema de aseguramiento. Se abre la disyuntiva entre un modelo de sanidad universal organizado a través de un Servicio Nacional de Salud o un modelo sanitario basado en el aseguramiento contributivo y dependiente de la Seguridad Social.

La Ley General de Sanidad resuelve esta disyuntiva en favor de la primera de ambas opciones abordando el establecimiento de un sistema integrado de salud, autónomo de la Seguridad Social y capaz de poner fin a la insuficiencia y desorganización histórica de la sanidad española. La reforma sanitaria que tiene a la Ley General de Sanidad como buque insignia es inseparable del ascenso al poder de los socialistas en 1982 y de su proyecto de hacer evolucionar a nuestro país hacia las coordenadas de un Estado de Bienestar moderno, asimilable al de los países europeos más avanzados socialmente. Este hecho supone el auge de las fuerzas que se habían distinguido por la crítica del modelo corporativo de la sanidad, de su desorganización y deficiente cobertura de las necesidades de la población. Surge entonces un discurso reformador con una fuerte carga ideológica que toma su referente conceptual en los modelos sanitarios comparados basados en la cobertura universal y gratuita estatal, que se denomina Sistema Nacional de Salud.

La Ley General de Sanidad es el resultado de este discurso. De la misma se deduce un cambio fundamental en el contenido del aseguramiento sanitario: deja de ser un derecho derivado de la contribución a la Seguridad Social para convertirse en un derecho no contributivo derivado de la condición ciudadana. Este cambio se concreta en la ampliación de la cobertura sanitaria y en una progresiva disminución de la contribución de la financiación de la Seguridad Social al presupuesto sanitario (tabla 3), que terminaría desapareciendo con la aplicación del Pacto de Toledo para la racionalización de la Seguridad Social.

El propósito de esta ley es concentrar en una unidad institucional de planificación y ejecución toda la pluralidad de organizaciones sanitarias desparramadas en el período histórico anterior. Esta preocupación puede acreditarse por el simple hecho de que 80 de los 113 artículos de la Ley General de Sanidad tienen carácter organizativo, dedicándose los restantes a definir el contenido del derecho a la salud y a describir genéricamente las funciones sanitarias. La ley no establece el contenido de la prestación sa-

Tabla 3 – Estructura de financiación del gasto público en sanidad. En porcentaje. 1979-1997

	1979	1982	1986	1991	1997
Aportaciones estatales	5,54	14,90	23,77	67,80	91,85
Cuotas Seguridad Social	90,19	82,81	74,27	27,22	5,98
Otros ingresos	4,27	2,29	1,96	4,98	2,17
Total	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro. CECS a partir de Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud, *Informe y Recomendaciones*, Madrid, 1991; El País, *Anuario de la salud, la medicina y la sanidad 1997*, Madrid, 1997.

nitaria, limitándose a fórmulas genéricas de amplísimas posibilidades de interpretación. En otras palabras, no existe una definición de las condiciones de acceso al sistema, ni tampoco se concretan en una lista las prestaciones incluidas o excluidas o se distinguen las prestaciones básicas de las complementarias que pudieran financiarse directamente por los beneficiarios. Estas previsiones, unidas a los principios generales de la ley (extensión a toda la población española, acceso en condiciones de igualdad efectiva y superación de desigualdades), crean un sistema de clara vocación expansiva, abierto a las prestaciones que puedan ir generándose por el

Tabla 4 – Evolución del gasto total en sanidad. En pesetas corrientes. 1982-1995

	Total (en millones)	% del PIB	Gasto sanitario <i>per cápita</i>	% variación gasto sanitario	% variación PIB
1982	1.167.061	5,9	30.736	17,7	16,7
1983	1.352.083	6,0	35.430	15,9	14,2
1984	1.472.355	5,8	38.415	8,9	13,3
1985	1.601.260	5,7	41.619	8,8	10,5
1986	1.816.428	5,6	47.053	13,4	14,6
1987	2.062.095	5,7	53.262	13,5	11,8
1988	2.545.914	6,3	65.601	23,5	11,1
1989	2.940.676	6,5	75.619	15,5	12,2
1990	3.467.825	6,9	89.012	17,9	11,3
1991	3.910.000	7,1	100.462	12,8	9,5
1992	4.270.000	7,2	109.465	9,2	7,6
1993	4.440.000	7,3	113.596	4,0	3,1
1994	4.960.000	7,7	126.695	11,7	6,2
1995	5.093.860	7,3	129.912	2,7	7,8

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro. CECS a partir de Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, *La Salud y el Sistema Sanitario en España: Informe SESPAS 1995*, Barcelona, 1995; Temes Montes, J. L. y Gil Redrado, J., *Sistema Nacional de Salud*, McGraw-Hill, Madrid, 1997; Ministerio de Sanidad y Consumo, *Sistema Nacional de Salud. Servicios de salud. Datos y cifras 1995*, Madrid, 1996; INE, *Contabilidad Nacional de España. Serie enlazada 1964-1991. Base 1986*, Madrid, 1992; INE, *Contabilidad nacional de España. Base 1986. Serie contable 1990-1995*, Madrid, 1996; INE, *Boletín trimestral de coyuntura*, n. 65, 1997; e INE, *Boletín mensual de estadística*, varios números.

avance técnico y científico y a las presiones consumistas ejercidas desde la demanda.

No debe sorprender, en consecuencia, la fuerte tendencia expansiva del gasto sanitario en España desde la aprobación de la Ley General de Sanidad. Si entre 1984 y 1987 el gasto sanitario evolucionó de forma paralela al crecimiento del PIB, de 1987 a 1993 el crecimiento medio anual fue del 13,8%, lo que supone una desviación media anual de 4,3 puntos por encima del crecimiento del PIB nominal; de 1994 a 1997 la evolución del gasto sanitario se ha situado ligeramente por encima del 6% (tabla 4). Esto hace de España el país con un mayor crecimiento relativo del gasto sanitario con relación al PIB de todos los Estados miembros de la Unión Europea en las dos últimas décadas.

1.2 *Se consolida el modelo burocrático en la sanidad*

La evolución descrita anteriormente consolida en España un modelo sanitario caracterizado por la integración de los servicios en una organización de carácter burocrático. Ésta convive, no obstante, con la descentralización territorial de la sanidad a las comunidades autónomas, lo que suscita dudas sobre el carácter integrado del Servicio Nacional de Salud, ya que dependerá de la efectividad de los mecanismos de coordinación supracomunitaria. A este problema nos referiremos en el último apartado de este estudio.

En este punto nos interesa poner de manifiesto la caracterización del sistema sanitario que emerge de la reforma. Ésta se inició con la confrontación entre los reformadores externos, guiados por un modelo sanitario de fuerte contenido ideológico, y los profesionales, defensores de un *statu quo* adquirido en los tiempos de máxima autonomía de la organización sanitaria. Es patente, desde el principio, la desigualdad entre, por un lado, una fuerza que, a pesar de dominar el poder político, se presenta como una alianza ideológica de grupos que proceden de terrenos distintos y cuyas visiones prácticas de la realidad no coinciden (profesionales, especialistas de salud pública, economistas y personas procedentes de la gestión) y, por otro lado, el grueso de los profesionales, adscritos a un orden cultural sólido y coherente, soportado por su control efectivo de la maquinaria asistencial.

Los ejes estratégicos de la reforma se dividieron en dos: de una parte, la defensa de un modelo sanitario que sitúa la prevención y la promoción por delante de la asistencia curativa y que tiene su componente esencial en la reforma de la atención primaria; y, de otra, la afirmación y desarrollo de las estructuras sanitarias centrales, mediante la potenciación de los servi-

cios de planificación y control, que centran sus esfuerzos en la elaboración y aplicación de normas uniformes para el conjunto del sistema, reduciendo la autonomía de las organizaciones sanitarias. La confrontación de ambas propuestas con la realidad va a producir resultados diferentes de los esperados.

La implantación del nuevo modelo de atención primaria ofrece resultados contradictorios. Parece evidente su incapacidad para imponer un modelo de salud preventivo al que se subordine el papel de los servicios asistenciales. Esta formulación suponía una alternativa radical al modelo clínico tradicional, cuyo énfasis curativo se veía desplazado por el preventivo de orientación comunitaria, que exige capacidades profesionales diferentes y pautas distintas de relación con la población. El trabajo médico, caracterizado por el individualismo y la orientación terapéutica, daba paso a la formación de equipos interdisciplinarios, en los que intervenían diversos profesionales en pie de igualdad y en una interrelación muy diferente con los actores sociales.

Los requerimientos de este cambio eran tan elevados y suponían una ruptura tan fuerte del modelo cultural y de la distribución del poder vigente que su implantación se produjo en términos muy distintos de los concebidos inicialmente. La profesión médica, gracias a su formidable peso e inercia organizativa, consiguió colonizar el modelo de atención primaria desde una lógica asistencial y coherente con su autonomía profesional. De hecho, el resto de los técnicos en salud pública pasan a jerarquizarse implícitamente en funciones de apoyo a la profesión médica.

Al propio tiempo, la participación comunitaria no pasó de ser un componente retórico de la reforma, ya que nunca alcanzó un protagonismo real dentro del sistema de salud. La especificación que de la misma hace la Ley General de Sanidad a través de los consejos de salud (cuadro 1) pone en evidencia su contradictoria definición como principio básico, al recibir unas competencias que los vacían de posibilidades de influencia real, puesto que los excluyen de las decisiones concernientes a las prestaciones. Mi-

Cuadro 1 – Consejos de salud de área

COMPOSICIÓN (artículo 58.1 de la Ley General de Sanidad)
Representación de la ciudadanía a través de las corporaciones locales (50%) Organizaciones sociales más representativas a través de profesionales sanitarios titulados Administración sanitaria del área de salud
FUNCIONES (artículo 58.2 de la Ley General de Sanidad)
Verificar la adecuación de las actuaciones del área a la norma y directrices de política sanitaria Orientar las directrices sanitarias del área Proponer medidas a desarrollar para estudiar los problemas específicos del área Promover la participación comunitaria Conocer e informar del anteproyecto del plan de salud del área Conocer e informar sobre la memoria anual del área

nada su potencialidad como órganos activos de interrelación de la sociedad con los servicios sanitarios en las cuestiones cruciales para aquélla, la mayoría de estos consejos no llegan a constituirse y allí dónde lo hacen tienen una existencia anodina, mera legitimación de decisiones adoptadas previamente por los órganos de planificación sanitaria.

Sería ingrato ignorar que la reforma de la atención primaria constituye un gran avance en términos asistenciales. Anteriormente, la atención primaria dependía de los médicos generales y pediatras de cupo de los ambulatorios en las ciudades y de los médicos de asistencia pública domiciliaria en las zonas rurales. Este modelo de atención era claramente insuficiente porque tendía a crear grandes desigualdades territoriales y a ejercer una fuerte presión sobre la asistencia hospitalaria, ya que descargaba sobre la misma buena parte de la demanda asistencial. Algunos de estos problemas, aunque no todos, han sido razonablemente superados a través de la reforma de la atención primaria y la creación de los centros de salud. Sigue sin resolverse satisfactoriamente la saturación de las urgencias hospitalarias; muchas de sus atenciones deberían situarse en la asistencia primaria.

El segundo de los ejes de la reforma lo situaríamos en la burocratización de la organización sanitaria, muy relacionada con los objetivos de integración y consolidación de la red asistencial. El grado de realización de esta segunda estrategia ofrece igualmente un balance contradictorio. En el sistema sanitario se puede constatar el desarrollo de una poderosa estructura central de planificadores y controladores por encima de los centros y unidades clínicas. Son evidentes los efectos de su trabajo en normas de acreditación y homologación técnico-profesionales (condiciones mínimas que deben reunir los centros, servicios y equipamientos sanitarios) y de homogeneización de la gestión de los recursos humanos y económicos. Es más discutible, sin embargo, la valoración que puede hacerse de esta burocratización, tanto en su impacto real sobre el funcionamiento del núcleo clínico de las organizaciones sanitarias, como en la coherencia entre el modelo organizativo en que se inspira y el que resulta más apropiado a las condiciones actuales de la sanidad.

En relación con la primera de ambas cuestiones, parece difícil reproducir en una organización profesional las normas que regulan el funcionamiento de las burocracias industriales. La administración sanitaria aparece como la imposición de una disciplina mecánica sobre la producción de los servicios sanitarios, que se consideran susceptibles de ser medidos y evaluados conforme a un estándar de producción en cadena. Los profesionales se consideran como una simple pieza de este engranaje, controlables según pautas preestablecidas que aseguren la subordinación de su trabajo a las normas técnicas y económicas. En la práctica y en contra de estas suposiciones, la naturaleza de la prestación sanitaria hace que los profesionales tengan una gran discrecionalidad sobre la producción de los servi-

cios, que no sólo es inevitable, sino una condición esencial de la eficacia de su trabajo. Esto hace que las normas burocráticas impuestas desde los servicios centrales sean cuestionadas por prácticas profesionales cotidianas sobre las que el tecnócrata tiene escasa capacidad de control. No es extraño que la mayor parte de las reformas burocráticas (desde la más simple, como el control horario, hasta la más compleja, como el control sobre la prescripción farmacéutica) fracasen en la puesta en práctica puesto que están diseñadas al margen de la lógica profesional que desean transformar.

La segunda de las cuestiones que plantea el desarrollo de la administración sanitaria nos sirve de puente con el próximo apartado. Podemos preguntarnos hasta qué punto la burocratización de los servicios sanitarios y el fortalecimiento de las tecnoestructuras horizontales no eran medidas que se situaban a contracorriente de las tendencias de organización sanitaria que ya se apuntaban en otros países. Éstas se basan en premisas bien diferentes a las que caracterizan el modelo anterior. En primer lugar, la racionalidad económica que defienden no se basa en la integración de funciones en una única organización burocrática, sino en la separación de las funciones de planificación y financiación de las de provisión, y en la cesión de autonomía a los centros sanitarios, a los que se quiere transferir el riesgo económico de la prestación mediante mecanismos contractuales. En segundo lugar, frente a la obsesión por el control normativo de las profesiones sanitarias, estas tendencias reconocen el poder real de los médicos y pretenden articular la nueva organización sanitaria sobre el valor positivo de su discrecionalidad. No debe extrañar, en tal circunstancia, que la segunda reforma a la que nos referiremos a continuación encuentre uno de sus principales obstáculos en la resistencia de las tecnoestructuras burocráticas asentadas durante la primera reforma.

2. La segunda reforma: derechos y obligaciones del ciudadano-cliente

Los años ochenta suponen la emergencia en los países occidentales de un movimiento de cambios con profundas implicaciones sobre la organización y funcionamiento de los servicios públicos. La crisis tiene sus causas más próximas en los desequilibrios fiscales del Estado en la década de los setenta, que empiezan a marcar los límites de las posibilidades de financiación del gasto público. Por debajo de estos síntomas, afloran contradicciones más profundas en los presupuestos económicos, políticos y sociales del Estado de Bienestar, que irán acentuándose progresivamente hasta cuestionar su viabilidad si no es reformado. Se abre la confrontación ideológica que marca el último cuarto de siglo, en la que parecen levantarse de nuevo las viejas banderas de la libertad y la igualdad que han acom-

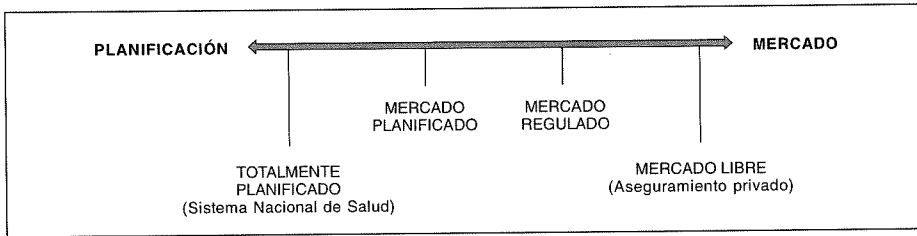
pañado respectivamente a la derecha y a la izquierda a lo largo del siglo.

Por debajo de una confrontación que es sobre todo simbólica, la batalla más dura de la reforma del Estado de Bienestar se libra en las organizaciones que se constituyeron y desarrollaron bajo el consenso de la posguerra. Allí es donde se ventilan los poderes del viejo orden social, político y económico, y los que aparecen como principales afectados son los productores y consumidores beneficiarios del viejo *statu quo*. Ante las exigencias de contención del gasto y las presiones para incrementar los servicios, tanto desde la oferta como desde la demanda, se resquebraja el equilibrio que había presidido el desarrollo de estas organizaciones en su fase expansiva. El modelo de organización de los servicios públicos se considera demasiado rígido e ineficiente, dominado por profesionales monopolistas que deciden sobre las prestaciones al margen de la racionalidad económica y las necesidades de los ciudadanos. Los representantes políticos, situados en la encrucijada de las nuevas tensiones, se ven forzados a reaccionar buscando la disminución del poder de los profesionales, el cual, en parte, pretenden recuperar para ellos y, en parte, trasladar a unos administradores reconvertidos en gerentes para reforzar el control del gasto.

En la revisión crítica del estatismo del bienestar, las teorías antiburocráticas de la elección pública y el pensamiento neoliberal proporcionan la munición de grueso calibre. Ésta resulta rentable en la lucha ideológica, pero poco útil para la transformación efectiva del sistema, al toparse con una realidad inabordable con sus esquemas reduccionistas. La búsqueda de alternativas se inspira en los modelos micro de la economía de la organización y en la gestión empresarial: la sustitución de jerarquías por mercados en la coordinación de las funciones de planificación, financiación y provisión de servicios y el desarrollo de instrumentos de gestión en el seno de las organizaciones sanitarias se convierten en pautas generales de las reformas, avanzando desigualmente entre los distintos países y sectores de servicios públicos.

Las nuevas guías del diseño organizativo se identifican con la imagen del ciudadano-cliente, que refleja la confianza que otorgan al mercado. La importación de la idea de cliente al ámbito de los servicios públicos responde a una doble función ideológica e instrumental. En su sentido ideológico, el cliente expresa la dimensión privada de la ciudadanía como intercambio material entre los ciudadanos y los poderes públicos, con las obligaciones fiscales de un lado y los derechos materiales a los servicios públicos de otro; no debe olvidarse que la redistribución entre clases medias hacia la que evolucionan masivamente los servicios del bienestar justifica esta visión de la ciudadanía, de indudable rentabilidad electoral. Desde el punto de vista instrumental, el cliente proporciona un mecanismo externo de control de las organizaciones profesionales que merma el poder de los productores, bien mediante la ampliación y el reforzamiento de derechos –como la li-

Cuadro 2 – La organización sanitaria entre la planificación y el mercado



bertad de elección– o bien mediante la fijación de contraprestaciones económicas por los servicios.

En casi todos los países occidentales la sanidad es el sector en el que antes y con mayor intensidad se desencadena esta confrontación con el viejo orden político y cultural de las organizaciones del bienestar. Es, por tanto, en el sector salud donde se exacerban las contradicciones económicas y organizativas del Estado de Bienestar, dadas las fuertes presiones inflacionistas del presupuesto sanitario y la mayor disponibilidad de los profesionales sobre los principales componentes del gasto. En una tendencia que se extiende progresivamente a todos los países occidentales, se generaliza una reforma sanitaria que busca configuraciones intermedias entre la planificación y el mercado (cuadro 2).

Vamos a explicar a continuación los rasgos que adopta esta reforma en España, cuyo ciclo se inicia a principios de la década de los noventa, con algún retraso respecto a otros países. Analizaremos sus repercusiones en las dos vertientes que tiene la posición del ciudadano-cliente: el desarrollo de sus derechos y el racionamiento de las prestaciones. Consideraremos también el problema que plantea la introducción de estas reformas, dado el largo camino que aún deben recorrer en nuestro país para producir efectos en el núcleo profesional de las organizaciones sanitarias. De hecho, los recientes trabajos de la Subcomisión del Congreso de los Diputados para la Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud se sitúan en estas mismas coordenadas de reforma basada en la introducción de modelos gerenciales de organización. Sin embargo, más allá del grado de consenso político que reúna esta iniciativa, el destino de la segunda reforma se presenta incierto, dada la complejidad que supone remontar las dificultades de su puesta en práctica.

2.1 El Informe Abril como punto de inflexión

Cuando aún no se habían cumplido cinco años desde la aprobación de la Ley General de Sanidad, el Congreso de los Diputados insta al Gobierno

a crear una comisión de expertos para la revisión del Sistema Nacional de Salud y las tendencias de su entorno. El propio mandato de la comisión fija la crisis económica y servicial de los servicios sanitarios y las tendencias internacionales de reforma como referentes de su análisis. El trabajo de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud se haría público en 1991, conociéndose como Informe Abril, por asumir su presidencia el ex Vicepresidente del Gobierno, Fernando Abril Martorell.

España se suma con este informe al movimiento internacional de reforma sanitaria de inspiración económica y gerencialista. Supone el cuestionamiento implícito del modelo de organización de los servicios sanitarios recogido en la Ley General de Sanidad y que abanderara la primera reforma. Ésta había definido el Sistema Nacional de Salud siguiendo los pasos de su prototipo universal, el *National Health Service* del Reino Unido, abiertamente cuestionado en su país de origen desde principios de los ochenta y objeto de una drástica reforma en 1989, que acabó con su carácter de organización integrada de planificación, financiación y producción de servicios sanitarios. Esta falta de sintonía pone de manifiesto como España, que en pocos años desarrolla lo que otros países hicieron durante décadas, también pierde la oportunidad de aprender de su experiencia, introduciendo las innovaciones institucionales necesarias en su modelo.

El Informe Abril comienza con un claro reconocimiento de los avances y logros de la sanidad española en los años precedentes. Defiende enfáticamente los pilares básicos del Sistema Nacional de Salud a través del aseguramiento universal de los ciudadanos financiado mayoritariamente con fondos públicos para garantizar la equidad en el acceso. Las recomendaciones en modo alguno cuestionan estos principios, sino que pretenden garantizar su vigencia ante las transformaciones a las que se enfrenta la sanidad.

A partir de aquí, se distancia ampliamente de un modelo que, de permanecer inalterado, puede tener consecuencias negativas sobre la eficiencia, la equidad y la calidad de las prestaciones. Constata un desequilibrio creciente entre unos recursos limitados y una demanda en continua expansión, consecuencia del envejecimiento de la población y la presión de las nuevas tecnologías. Juzga la organización burocrático-asistencial incapaz de afrontar con éxito estos retos, dada su insensibilidad a los costes y a las expectativas de los usuarios. Por ello formula una serie de propuestas que ofrecen criterios muy diferentes a los establecidos, tanto para la organización de las funciones sanitarias y la regulación de las condiciones de trabajo de los profesionales como para la propia delimitación de las prestaciones objeto de financiación.

La nueva organización se basa en la separación de las funciones de financiación (pública) de las de provisión de servicios (pública y privada), con el fin de introducir un cierto grado de competencia entre los provee-

dores. Se apuesta por la autonomía de gestión de los centros sanitarios mediante su transformación en sociedades públicas sujetas a controles económicos y financieros. Finalmente, se defiende una renovación del régimen de empleo del personal al servicio de la sanidad, liberándolo de las rigideces que perjudican tanto la asignación eficiente de los recursos como la aplicación de recompensas y sanciones.

El ciudadano aparece contemplado en la doble vertiente de su derecho a recibir un servicio de calidad y de su obligación de participar en la financiación de determinadas prestaciones. El rechazo de la opinión pública a esta última cuestión marcaría la acogida del informe. A partir de una investigación comparada, se observa, en primer plano, la escasa satisfacción de los usuarios (tabla 5), lo que lleva a proponer una orientación global del sistema hacia la calidad como satisfacción subjetiva del usuario, apoyada en la expresión de sus preferencias y en el desarrollo de la información. En un segundo plano, el informe se decanta por la delimitación de las prestaciones universales y gratuitas, que se contraponen a las llamadas adicionales o complementarias y que serían las cofinanciadas por los usuarios; del mismo modo, se mantiene el criterio de la coparticipación generalizada en la financiación de la prestación farmacéutica, salvo excepciones justificadas por la equidad.

Como ya hemos adelantado, las propuestas del Informe Abril se corresponden con una visión de la sanidad inspirada en la gestión empresarial y en la economía de la organización, que reemplazan a la salud pública y a la administración sanitaria como ideas fuerza de la reforma. El Informe Abril expresa, en todo caso, una versión evolucionada de la idea de gestión en las or-

Tabla 5 – Opinión de los ciudadanos sobre su sistema de salud en algunos países de la OCDE. En porcentaje. 1990

	Funciona bastante bien y sólo requiere cambios menores	Tiene aspectos buenos pero son necesarios cambios fundamentales	Necesita ser reformado completamente	Gasto en sanidad <i>per cápita</i> (dólares EEUU)
Alemania	41	35	13	1.093
Australia	34	43	17	939
Canadá	56	38	5	1.483
España	21	49	28	644
Estados Unidos	10	60	29	2.051
Francia	41	42	10	1.105
Holanda	47	46	5	1.041
Italia	12	46	40	841
Japón	29	47	6	915
Reino Unido	27	52	17	758
Suecia	32	58	6	1.233

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro. CECS a partir de Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud, *Informe y Recomendaciones*, Madrid, 1991.

ganizaciones sanitarias, más allá de la pura imposición eficientista de superestructuras de gestión sobre los profesionales. Esta lógica, muy extendida en los años ochenta, se basaba en enfrentar la racionalidad económica y la profesional, que eran juzgadas como irreconciliables, lo que suponía enfrentar a los nuevos gerentes con los médicos, reduciendo el poder de decisión de estos últimos en beneficio de los primeros. La inercia organizativa, claramente favorable a los clínicos, se encargó una y otra vez de volver las aguas a su cauce, dadas las fisuras que necesariamente produce la propia dinámica profesional de la medicina en el modelo de control eficientista.

El Informe Abril, por el contrario, cree en la reforma a través de la recomposición de las reglas del juego del sistema, modificando sus incentivos mediante la separación de las funciones de financiación y las de provisión. Busca la compenetración de las lógicas gerenciales y profesionales en el seno de la organización sanitaria, reconociendo su mutua interdependencia y complementariedad. A este objetivo, sin embargo, va a contribuir muy poco el gerente «politizado» que se extiende en el sistema sanitario y al que nos referiremos más adelante.

A pesar del buen sentido de sus proposiciones, el Informe Abril se vio envuelto en el momento de su divulgación en una fuerte polémica sobre una de sus recomendaciones más periféricas, el llamado «tique-moderador», que proponía extender a los pensionistas la cofinanciación de los medicamentos. Esta recomendación, bien fundada pero «políticamente incorrecta», marcó su destino en el corto plazo, dado el prudente distanciamiento que adoptaron sin excepción las fuerzas políticas. El espíritu de universalidad y gratuidad de la Ley General de Sanidad estaba demasiado próximo y en 1991 las estrecheces presupuestarias no entraban en el cálculo político.

El Informe Abril, a pesar de ello, significó un potente revulsivo para el sistema sanitario que, desde entonces, no se piensa en los mismos términos. Aunque de modo más implícito que explícito, el modelo organizativo que propone dicho informe reemplaza al de la Ley General de Sanidad en la visión de futuro del sistema sanitario. Sus advertencias y recomendaciones sobre el alcance y financiación de las prestaciones, a pesar de suscitar más rechazos que apoyos, empiezan a cambiar el imaginario colectivo de la sanidad en nuestro país, cuestionando los mitos del crecimiento ilimitado y gratuito de las prestaciones y de la superioridad técnica y económica de un modelo integrado de organización sanitaria.

2.2 *Hacia un mayor equilibrio entre productores y consumidores*

La consideración del ciudadano como cliente ha sido una de las ideas rectoras de los últimos años para promover unas relaciones más equilibra-

das entre productores y consumidores de servicios públicos. En su sentido más estricto, la condición de cliente supondría la disponibilidad del poder de compra; es decir, el derecho a elegir entre una pluralidad de proveedores públicos e incluso privados. En un sentido más amplio, la imagen del cliente se despliega en un conjunto de medidas que pretenden reforzar lo que también se ha llamado «la receptividad de los servicios públicos ante las expectativas y derechos de los ciudadanos».

La afirmación del ciudadano-cliente se entiende en el contexto de una justificada reacción contra el modelo de intercambio establecido por las organizaciones burocrático-profesionales del sector público. Los ciudadanos han padecido relaciones impersonales y uniformes, en las que se interpone un muro de normas y procedimientos, donde la interlocución se hace a menudo inaccesible y cuyas prestaciones se consideran alejadas de las necesidades y expectativas individuales. Se pone cada vez más en evidencia la distancia entre la rigidez de los servicios públicos y la rápida evolución de los intercambios en el mercado y en la sociedad, que tienden a ampliar constantemente la esfera de oportunidad de los individuos y adaptarse a sus necesidades.

El lenguaje y las técnicas asociadas a la idea del cliente proporcionan un impulso para fortalecer la posición de los usuarios de los servicios públicos: ofrecen la posibilidad de percibir mejor la diversidad de los destinatarios de los servicios y sus necesidades específicas; llaman la atención sobre el proceso de prestación y la forma en que se producen las interacciones con los ciudadanos; y proponen una consideración activa del usuario, que deja de ser un receptor pasivo de decisiones burocrático-profesionales para convertirse en un participante activo en el proceso de definición de sus necesidades y expectativas de servicio.

Al mismo tiempo, la idea de cliente evoca un modelo de intercambio individual y consumista con algunos riesgos para la concepción del servicio público y no pocas limitaciones para su transformación efectiva. Así, su orientación hacia el destinatario individual tiende a ignorar la pluralidad de grupos e individuos afectados directa o indirectamente por la acción pública y también a menospreciar las externalidades positivas no aparentes de los servicios públicos. Esto puede provocar la profundización de las desigualdades en lugar de corregirlas. Además, las técnicas que se asocian a este movimiento tienden a centrarse en los modos de prestación del servicio y no en las decisiones sobre el alcance del mismo, con el efecto de limitarse a cambios superficiales que hagan más aceptables servicios inadecuados.

No es necesario extenderse mucho para justificar las consideraciones que avalan la introducción del mensaje del ciudadano-cliente en los servicios sanitarios. La estructuración interna de las organizaciones sanitarias y las características que adopta la relación médico-paciente establecen una

Tabla 6 – Grado de acuerdo sobre la calidad del servicio médico y sanitario por características socioeconómicas. En porcentaje. 1994

	Sexo		Status socioeconómico familiar			Cobertura sanitaria	
	Varones	Mujeres	Alto	Medio	Bajo	Seguridad Social	Otras
Habría que volver a establecer los médicos de cabecera o de familia, como había antes	55,7	54,7	50,0	53,6	67,9	55,7	54,1
Las clínicas de la Seguridad Social están mejor equipadas que las privadas	46,3	57,9	100,0	51,2	67,2	52,5	51,8
Es mejor que los médicos estén muy especializados, pues los de medicina general saben muy poco	65,5	62,0	50,0	63,6	66,3	63,4	57,7
El estado de deterioro en que se encuentra la mayoría de los centros sanitarios de la Seguridad Social es deplorable	39,7	41,1	100,0	40,8	31,7	40,0	44,1
Los médicos de ahora están mucho más preparados que los de antes	84,7	86,3	100,0	85,3	88,1	85,7	80,0
Las clínicas privadas ofrecen una asistencia sanitaria mejor que las de la Seguridad Social	55,3	48,6	50,0	52,6	46,2	51,4	56,6
Cuanto menos se vaya al médico mejor	77,7	73,3	100,0	74,8	80,5	75,7	75,1

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro. CECS a partir de CIRES, *Salud*, disquete, febrero de 1994.

interacción desigual y jerarquizada en la que el usuario carece de poder real. La orientación al tratamiento de la enfermedad y la consideración de ésta como un problema estrictamente biológico dejan en muy segundo plano la realidad subjetiva del paciente. La lógica profesional se basa en considerar al paciente incapaz de conocer sus necesidades, las cuales requieren la aplicación de un conocimiento experto que las identifique y trate adecuadamente.

La introducción de la idea de cliente representa una forma de cuestionar estas suposiciones implícitas de la relación entre médico y paciente, que a su vez ayuda a comprender una realidad más compleja. Los ciudadanos desarrollan comportamientos autónomos para el cuidado de la salud, sin entrar en contacto con la organización sanitaria. La hegemonía del profesional en su relación con los pacientes se ve minada por las tácticas de todo tipo que éstos desarrollan para satisfacer sus expectativas bajo una apariencia de consenso y reconocimiento del *statu quo*; por ejemplo, la presión que ejercen con éxito muchos pacientes reclamando pruebas y recetas o visitando a diferentes facultativos para contrastar sus prescripciones.

Todo ello revela, además, la heterogeneidad de los usuarios de los servicios sanitarios y la extraordinaria importancia de factores como el nivel cultural y económico en las pautas de relación que se establecen (tabla 6). El comportamiento de las clases medias urbanas, que disponen de mayor capacidad de influencia por razones educativas y económicas, contrasta con el de las clases bajas, cuya menor autonomía les obliga a ser más conformistas. Esto explica, en buena parte, la creciente desigualdad en el consumo de servicios sanitarios entre grupos sociales de diferentes niveles socioeconómicos y puede relacionarse con las diferencias que se observan entre ellos en cuanto al estado de salud (tabla 7).

El reconocimiento de la esfera individual del ciudadano y de sus diferentes expectativas en relación con la salud no puede ignorar la disparidad entre los grupos de usuarios. Supone una llamada de atención contra la tendencia a considerar la ampliación de los derechos desde un prototipo de clase media informada y exigente, cuya aplicación puede conducir a una profundización de las desigualdades. De ahí que las medidas para fortalecer la posición del ciudadano ante la sanidad como servicio público deban considerarse desde una expresión práctica más sofisticada que la de un simple catálogo de derechos que se presentan uno detrás de otro con una formulación abstracta y universal.

Éste fue el camino seguido por el Insalud con la promulgación de la Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes, en el marco del Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria. El reconocimiento explícito de los derechos no quiere decir que éstos se cumplan ni que existan siquiera las condiciones para posibilitar su aplicación, tanto en el seno de las organizaciones sanitarias como en la propia cultura de los ciudadanos. Por un

Tabla 7 – Razón de mortalidad estandarizada por edad según grupo ocupacional y causas de muerte en varones de 30 a 64 años de ocho provincias españolas(1). 1980-1990

	1980-1982		1988-1990(2)	
	Profesionales y directivos	Trabajadores manuales	Profesionales y directivos	Trabajadores manuales
Todas las causas	99,2	126,1	68,4	117,7
Cáncer	102,7	126,7	82,8	115,1
Cáncer de pulmón	89,1	126,7	70,9	114,2
Cáncer de colon y recto	136,7	134,1	124,6	105,3
Cáncer de estómago	77,4	136,4	68,4	118,1
Enf. del corazón	121,2	18,4	80,7	113,2
Cardiopatía isquémica	141,5	114,3	87,3	114,5
Enf. cerebro-vasculares	94,5	127,1	67,2	111,2
Accidentes y violencias	49,5	124,9	40,3	131,1
Accidentes de tráfico	66,8	116,7	61,7	134,4
Suicidio	52,4	17,6	31,2	115,6
Cirrosis hepática	91,1	141,9	52,2	120,7

(1) Las provincias elegidas fueron Ávila, Badajoz, Córdoba, Guadalajara, Teruel, Toledo, La Rioja y Valencia.

(2) En cada período se tomó como estándar la mortalidad de la población económicamente activa de varones.

Fuente: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, *La salud y el sistema sanitario en España: Informe SESPAS 1995*, Barcelona, 1995.

lado, existe una enorme distancia entre las rutinas profesionales concebidas como un trabajo técnico y unas prácticas coherentes con los derechos del paciente, que se orientan hacia la relación interpersonal. Por otro lado, fuera del segmento de las clases medias, los usuarios están acostumbrados a practicar la indiferencia como defensa, conscientes de que el conflicto con el sistema sólo les perjudica.

A diferencia de la orientación abstracta y formalista de la declaración de derechos, una idea mucho más apropiada del ciudadano como cliente de los servicios públicos la proporciona la imagen de una escalera formada por diversos peldaños que hay que ascender uno a uno para llegar hasta el final y cuya altura total ha de ser diferente en función de la distancia a salvar. Esta escalera puede dividirse en tramos que culminarían en su parte más alta con el derecho a la libre elección, que representa la expresión genuina del poder del cliente cuando hay competencia entre proveedores. La idea de la escalera supone reconocer que para llegar a su parte más alta hay que superar antes los peldaños inferiores: de poco sirve, por ejemplo, el derecho a la libre elección si antes no se han hecho efectivos los derechos de información y reclamación. La imagen de la escalera tiene la ventaja, igualmente, de poder representar alturas diversas en función de la distancia a salvar, que es muy diferente para hacer efectivos los derechos de distintos grupos socioeconómicos. Los tramos a los que vamos a referirnos bre-

vemente son, por este orden: información, influencia, representación y control.

Información

A pesar de la claridad con que la Ley General de Sanidad regula los derechos de información, su desarrollo efectivo ha sido muy limitado. El paciente dispone de muy poca información sobre su enfermedad y sobre las posibilidades que le ofrece el sistema de salud. El derecho a la información constituye, sin embargo, el primero de los peldaños en el desarrollo de la autonomía personal de los usuarios y las limitaciones a su ejercicio vacían de contenido cualquiera de las medidas que se presentan más adelante. La información es la condición previa para conocer las posibilidades de utilización adecuada y eficiente de los servicios sanitarios y, en particular, para poder reclamar los contenidos individuales del derecho a la salud. No hay capacidad de influencia, de representación y no digamos de control sin información suficiente y veraz sobre los servicios sanitarios.

El derecho a la información tiene una vertiente previa al acceso al sistema sanitario y otra posterior al mismo. Con carácter previo, el ciudadano debe poder conocer con claridad:

— El **catálogo de prestaciones** al que tiene derecho, incluyendo los servicios hospitalarios y domiciliarios, las tecnologías disponibles y el alcance de la prestación farmacéutica.

— La **organización del sistema sanitario**, identificando los centros a los que se puede acudir y las posibilidades de elección.

— Los **indicadores relevantes** sobre los procesos sanitarios (lista de espera, condiciones hoteleras, etc.) y los resultados obtenidos por los centros y los profesionales en la lucha contra las enfermedades.

— Los **cauces existentes para el ejercicio de los derechos de reclamación** y las reparaciones en caso de daños y perjuicios.

El paciente debe poder acceder también a la información que concierne a su propio proceso clínico. Esto supone, además del conocimiento de las alternativas terapéuticas que se le ofrecen y la capacidad de decidir sobre ellas, el derecho a acceder sin restricciones a su historia clínica, recibir información escrita sobre su estado de salud y la posibilidad de contrastar el diagnóstico con otro profesional en circunstancias de grave riesgo para su salud.

La concreción en la realidad del derecho a la información en los términos expuestos no es fácil de conseguir. Hay que tener en cuenta sus repercusiones sobre el orden cultural en el que se ejercen las profesiones sanitarias, poco acostumbradas a la transparencia en la evaluación global de su

trabajo o en las relaciones con los pacientes individuales. Para obviar esta realidad, las políticas de información se han conformado la mayoría de las veces con la creación de unidades específicas, separadas de los servicios clínicos. Éstas sólo pueden tener un impacto marginal, dado que donde la información se transmite de forma masiva es en las interrelaciones cotidianas de los profesionales con los pacientes.

Los llamados Servicios de Atención al Paciente, creados por el Insalud a partir del Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria, reflejan las enormes limitaciones de esta idea de la información, ajena al núcleo duro de la organización sanitaria. Los sistemas de información a los usuarios y tramitación de quejas y reclamaciones no han llegado a consolidarse como un instrumento capaz de modificar el orden cultural y las relaciones de poder en el hospital. Terminado el ímpetu voluntarista de su creación, los Servicios de Atención al Paciente pierden interés y quedan como un apéndice organizativo más en la superestructura de la organización hospitalaria.

La información sólo puede hacerse efectiva allí donde realmente está el poder de comunicarla y de recibirla, esto es, en los lugares donde los usuarios entran en contacto masivamente con el sistema. Esto hace que en una organización de servicios, la información deba gestionarse en todas las unidades que tengan abiertas fronteras con los usuarios, asumiendo su importancia y disponiendo diferentes formatos para sus destinatarios, de forma que puedan adaptarse a quien más la necesita.

Influencia

Bajo el concepto de influencia pueden agruparse todo un conjunto de medidas encaminadas a reconocer la importancia de la satisfacción subjetiva del ciudadano en la prestación de los servicios. Implica la necesidad de incorporar estándares en el contenido y el modo de efectuar la prestación que se adapten a las expectativas imperantes en el conjunto de la sociedad. Supone reconocer que la percepción por el usuario de una insuficiente calidad en cualquier servicio acarrea un déficit de legitimidad del mismo.

Esto nos lleva al problema ya citado de articular la influencia del usuario con un modelo profesional de construcción de las prestaciones, donde impera una lógica científico-técnica, que pone en segundo plano sus deseos y expectativas. En la relación médico-paciente predomina una interacción asimétrica, paternalista, dominada por un lenguaje incomprensible para el usuario y orientada al cumplimiento de estándares profesionales. La calidad se mide exclusivamente en función de estos estándares y se ignora el resto de las dimensiones, lo que produce un alejamiento entre la idea de calidad en una sociedad de servicios y la de asistencia sanitaria.

Frente a esta realidad se empieza a reconocer, por ejemplo, que la habilidad y capacidad de escucha del profesional sanitario es un factor determinante en el acierto del diagnóstico; o que la comprensión por parte del paciente de la información proporcionada por el médico es esencial en la aceptación y buena administración del tratamiento. En esta misma dirección, las investigaciones sociológicas ponen de manifiesto que el usuario que se siente plenamente escuchado es el más satisfecho con el profesional sanitario y el que más valora la atención recibida.

Todo ello supone evolucionar hacia un modelo de asistencia en el que, más allá de explicitarse el contenido de las prestaciones, se establezcan estándares de calidad que permitan satisfacer las expectativas de los usuarios. Esto significa mejoras en tres ámbitos específicos bajo los que se pueden agrupar las medidas orientadas a reforzar la influencia de los usuarios sobre el sistema sanitario:

1. **La relación médico-paciente debe evolucionar hacia un auténtico proceso de participación y negociación por parte del paciente.** Se debe avanzar conjuntamente en la toma de decisiones diagnósticas o terapéuticas y alcanzar acuerdos en torno a las mismas. Para ello es imprescindible superar la actual asimetría de la relación, creando un entorno propicio a la comunicación mediante la disponibilidad de tiempo, la creación de confianza y el dominio de ciertas habilidades, así como también la adaptación del profesional a las características socioeconómicas y culturales de cada paciente.

2. **La organización sanitaria debe adaptar su estructuración del trabajo y rutinas burocráticas y profesionales a las características y expectativas de los pacientes.** Esto supone promover una mayor flexibilidad en la oferta de cuidados con la finalidad de atender de forma diferenciada problemas distintos. Además, deben revisarse los procesos de trabajo críticos para los pacientes, evitando repercutir sobre ellos la complejidad de la organización asistencial. Esto debería permitir la reducción de las listas de espera, la simplificación de los procesos clínicos, la ampliación de las posibilidades asistenciales en la atención primaria, la mejora de la asistencia domiciliaria, etc.

3. **Una influencia efectiva en la mejora de los servicios que implique incremento de satisfacción del paciente necesita instrumentos de evaluación y control.** Por un lado, el control por el propio usuario, individual y colectivamente, a través del conocimiento regular y sistemático de su opinión sobre los servicios, más allá de evaluaciones genéricas y conformistas de satisfacción. Pero también, un control muy riguroso a través de los sistemas de reclamación cuando el usuario tenga la percepción de negligencia o error médico; se trata de situaciones en las que la reacción espontánea de la organización sanitaria tiende a agravar en lugar de solucionar el problema y que requieren protocolos que favorezcan una información rá-

vida, objetiva, abierta al entorno familiar y, en su caso, a los medios de comunicación.

Además de la evaluación individual, debe generalizarse, como una práctica sistemática e integrada en la cultura sanitaria, la evaluación interna y externa de los servicios, incluyendo todos los grupos profesionales y áreas de trabajo. La evaluación es un componente imprescindible de la mejora continua en una organización de servicios y proporciona criterios básicos para orientar las estrategias de renovación y cambio. Sería deseable, en tal sentido, la aparición de organizaciones profesionales de acreditación y certificación en el terreno de la organización sanitaria, así como la creación de credenciales en reconocimiento a la calidad de los servicios.

Representación

La representación de los usuarios en los sistemas de gobierno y administración de la sanidad –como adelantábamos– ha figurado siempre en un lugar preeminente de la reforma sanitaria. Su aplicación a la realidad, sin embargo, ha sido escasa, quedando convertida bien en un puro formalismo o bien en experiencias voluntaristas y marginales que acaban consumiendo sus energías hasta desaparecer. Existe coincidencia a la hora de considerar que los canales de participación que hoy existen en el sistema sanitario, a pesar de su abundancia y pluralidad, no son vehículos adecuados de participación ciudadana.

En términos generales, la participación ha tendido más a buscar la legitimación de decisiones ya adoptadas desde las profesiones o la burocracia sanitaria que a una verdadera codeterminación de las mismas. Esta lógica se hace más difícil de aceptar cuando no se limita a justificar decisiones de expansión de los servicios y, por lo tanto, genéricamente beneficiosas para la población, sino que sólo pretende conseguir la aceptación de un racionamiento de las prestaciones bajo el imperativo de la disciplina presupuestaria.

Al margen de los cauces institucionales, la estructuración de la comunidad con relación a la salud se encuentra muy fragmentada y dispersa. Hay multitud de pequeñas asociaciones de enfermos, organizaciones de voluntarios, cuidadores y grupos de autoayuda que realizan funciones que la Administración no cumple por falta de medios o por dirigirse a colectivos excluidos del aseguramiento. Paradójicamente, nos referimos a cuidados que se sitúan en la esencia misma de la solidaridad y con relación a los cuales el Estado de Bienestar debería asumir sus responsabilidades para ser fiel a su ideario.

Reconocer y transmitir al sistema sanitario el caudal de iniciativas sociales de nuestro tiempo a través de mecanismos activos y viables de participación y representación constituye una de las necesidades sin resolver de

la articulación ciudadanos-sistema sanitario. Algunas propuestas constructivas pueden aportarse en tal dirección:

1. **Asegurar la representación de los ciudadanos en los órganos de gobierno y administración del sistema sanitario**, en calidad de copartícipes del proceso decisonal. Para que esta participación sea productiva es imprescindible garantizar su autonomía y la disponibilidad de información y medios para realizar su trabajo.
2. **Fomentar el asociacionismo** de los usuarios y la consolidación de las actuales micro-estructuras en organizaciones más fuertes a través de procesos federativos que les otorguen una capacidad reforzada de comunicación e influencia sobre el sistema.
3. **Otorgar a la ciudadanía y a las organizaciones voluntarias un mayor protagonismo en la cobertura de las necesidades que les son próximas**. A esto contribuirían medidas como la mejora del tratamiento fiscal a las familias que asuman el cuidado de los enfermos o la atribución a las familias y a los grupos de autoayuda de la capacidad de compra de servicios comunitarios.

Control

Todas las manifestaciones anteriores del fortalecimiento de los usuarios ante los servicios sanitarios comportan, de hecho, grados superiores de control sobre el mismo. El grado más alto de control por los ciudadanos se vincula, no obstante, a la atribución del derecho a la elección de proveedor.

La libre elección constituye la reivindicación más extendida de la imagen del ciudadano como cliente, pero también la más costosa de poner en práctica. También es la que implica más posibilidades de distorsión, no sólo del equilibrio de poder en el sistema sanitario, sino, muy especialmente, de los valores de eficiencia y equidad. La libre elección presenta, además, numerosas modalidades, dentro de las cuales hay diversos grados, ya que difícilmente puede plantearse con relación a la totalidad de las prestaciones y a la generalidad de los proveedores.

Una cuestión a resolver, por lo tanto, es la delimitación del espacio de libre elección, dentro del sector público o incluyendo a los facultativos y centros privados, cuyos servicios serían sufragados total o parcialmente por el presupuesto. Más allá se situaría lo que se ha dado en llamar «la ruptura de la universalidad del aseguramiento», permitiendo a los usuarios optar entre el sistema público o un seguro privado, detrayendo el importe de su contribución de las arcas públicas.

Sobre la libre elección de servicios sanitarios pende, además, la difícil cuestión de la asimetría de información del usuario, que no está en las mis-

mas condiciones al elegir profesional o centro médico que al escoger el colegio de sus hijos. Ésta es la razón por la que algunos sistemas han optado por mediatizar la elección de la asistencia especializada, a través de un médico generalista con poder de compra para contratar servicios en nombre de sus pacientes.

En España, la libre elección, regulada en el territorio del Insalud y en diversas autonomías, tiene un alcance limitado; otra cuestión es la libre elección en el marco del mutualismo administrativo, que ofrece posibilidades más amplias. En la práctica, sin embargo, la virtualidad del derecho a la libre elección es muy escasa, al utilizarse muy poco y ser muy limitadas las posibilidades de ejercer ese derecho. Entre los obstáculos a su aplicación podemos señalar los siguientes:

— La escasa conciencia del ciudadano sobre el propio derecho, poco incentivado desde la Administración, en lo que se refiere a la información y condiciones de ejercicio.

— La uniformidad de la oferta, derivada de la homogeneidad de las condiciones de asistencia, en horarios, organización de los servicios, procesos clínicos, etc.

— La poca capacidad de reorganización de los recursos a partir de los efectos derivados de la libre elección, que crea entre los profesionales una percepción negativa de esta iniciativa, que consideran portadora de efectos disfuncionales sobre la atención.

Todo ello pone de manifiesto la necesidad de avanzar en la libre elección desde medidas que la conviertan en un derecho efectivo y no en una simple declaración de intenciones. Esto supone adoptar cambios organizativos en la gestión de los recursos, como una mayor diversificación de la oferta, la mejora de la información facilitada a los usuarios, incentivos para los profesionales más reconocidos por los pacientes y medidas que permitan evitar la selección de riesgos por parte de los médicos, desplazando a los pacientes más complicados.

2.3 *El consumo como problema*

La imagen del ciudadano como cliente de los servicios públicos no se reduce a la vertiente de sus expectativas y derechos como usuario. También nos descubre la otra cara de la misma moneda, al ponerse en evidencia el beneficio particular que se deriva del consumo de los servicios públicos y el incentivo hacia la maximización de las utilidades individuales derivadas de los mismos. De aquí puede proceder implícitamente un perjuicio a los valores colectivos de los servicios públicos, como la equidad, que quedaría

subordinada a la satisfacción individual de los consumidores: cuando el gasto marginal es cero y los consumidores perciben algún beneficio marginal del incremento del consumo, éste tenderá a crecer; si la oferta no es ilimitada y no hay mecanismos de racionamiento que velen por la equidad, el resultado será un racionamiento *de facto* de las mismas, fruto de las inercias organizativas de prestación de los servicios, que no tienen que respetar requerimientos de eficiencia ni de equidad. Es evidente que las consecuencias de esta segunda vertiente de la dimensión individual de la ciudadanía no conllevan la ampliación o realización de los derechos, sino más bien su limitación e, incluso, la aparición de obligaciones recíprocas en forma de contraprestaciones económicas.

Las prestaciones sanitarias son un buen ejemplo de este fenómeno, que se asocia al crecimiento espectacular del gasto sanitario. Las causas de este último pueden buscarse en el incremento de los costes, el aumento de consumo de los servicios (tabla 8) o en una combinación de ambos factores a la vez, que es lo que parece más lógico. Las evidencias empíricas, sin embargo, parecen indicar la preponderancia del efecto consumo. En España, por ejemplo, entre 1986 y 1992 la tasa acumulativa del crecimiento de los costes unitarios fue del 5,7%, mientras el factor consumo aumentó un 9,2%. Las razones hay que buscarlas en la inducción de la demanda por la oferta de nuevas prestaciones, tecnologías y productos farmacéuticos (tabla 9) que en unas ocasiones tienen un coste unitario más elevado y en otras aumentan el gasto global al ser accesibles a un mayor número de usuarios.

Tabla 8 – Evolución de los estudios de rayos x, las ecografías y las muestras de laboratorio por 1.000 habitantes. 1985-1994

	Estudios de rayos x	Ecografías	Muestras de laboratorio
1985	394	28	2.491
1986	417	35	3.269
1987	423	39	3.269
1988	442	45	3.680
1989	474	48	4.172
1990	–	–	–
1991	–	–	–
1992	521	66	3.082
1993	556	77	3.315
1994	567	88	3.421

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro. CECS a partir de INE, *Anuario Estadístico 1995, 1996*; Ministerio de Sanidad y Consumo, *Indicadores de salud. Segunda evaluación en España del programa regional europeo «Salud para todos»*, 1993; INE, *Estadística de establecimientos hospitalarios en régimen de internado*, varios años; e INE, *Boletín mensual de estadística*, varios números.

Tabla 9 – Evolución del gasto farmacéutico. En pesetas corrientes. 1982-1995

	Gasto total en millones	Gasto <i>per cápita</i>
1982	151.066	3.979
1983	166.769	4.370
1984	178.348	4.653
1985	198.912	5.170
1986	214.093	5.546
1987	256.493	6.625
1988	303.819	7.829
1989	361.367	9.293
1990	420.071	10.782
1991	491.615	12.631
1992	565.028	14.485
1993	609.398	15.591
1994	643.662	16.441
1995	717.972	18.311

Nota: Gasto farmacéutico descontando la aportación del usuario y los descuentos.

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro, CECS a partir de Temes Montes, J. L. y Gil Redrado, J., *Sistema Nacional de Salud*, McGrawHill, Madrid, 1997; e INE, *Boletín mensual de estadística*, varios números.

Además, la elasticidad positiva del gasto sanitario a factores como el nivel de renta o el nivel cultural de los usuarios acentúa los riesgos de inequidad en la utilización de los servicios. Esto se explica porque, a pesar del aumento del gasto, el sistema genera demandas insatisfechas, cuyo racionamiento se efectúa de forma implícita a través de listas de espera, obstaculización burocrática de algunas prestaciones o, simplemente, una desigual dotación de recursos clínicos a los centros, sin reparar suficientemente en los efectos secundarios de estas decisiones sobre la equidad o la eficiencia.

Todo ello ha llevado progresivamente a distintos países a apostar por el establecimiento de límites explícitos a las prestaciones. Al basarse en una decisión transparente y autorizada políticamente es más fácil efectuar una evaluación abierta y empíricamente fundada de sus efectos. Éste es el camino que proponía el Informe Abril y que con algunas vacilaciones se ha seguido en nuestro país. Vamos a referirnos a continuación a tres de los sistemas de racionamiento explícito más utilizados, con la finalidad de valorar sus ventajas e inconvenientes:

a) **Priorización explícita de prestaciones.** Consiste en la determinación de las prestaciones financiadas públicamente, por encima de las cuales el sistema no ofrecería cobertura. La priorización de prestaciones constituye un debate abierto en la mayoría de los países sin que haya coincidencia sobre la forma de llevarla a cabo dadas las dificultades de delimita-

ción, la falta de información fiable, las consideraciones éticas y políticas involucradas y la vertiginosa fluidez de la oferta y la demanda sanitaria. Las alternativas, no obstante, podrían resumirse en dos:

— La elaboración de un catálogo de prestaciones básicas cubiertas por el sistema, solución adoptada en España a través del Decreto 63/95. La falta de concreción en la delimitación efectuada, la tendencia a excluir únicamente prestaciones marginales, el difícil encaje entre prioridades nacionales y locales, así como su escasa agilidad ante los cambios de la medicina son algunas de las limitaciones de esta aproximación, que parece incapaz de resolver satisfactoriamente los problemas planteados.

— En un modelo contractual de separación entre financiadores y proveedores, el comprador debería basarse en las prioridades sanitarias locales, de acuerdo con las necesidades de la población, los objetivos de la política sanitaria y, eventualmente, la consulta a los ciudadanos. El problema, en este caso, es la transparencia de las decisiones y la heterogeneidad en la priorización que realicen diferentes compradores, lo que puede generar sensación de agravio entre la población de distintas partes del territorio.

En un sistema descentralizado como el nuestro parece imprescindible una combinación de ambas modalidades de priorización explícita. Por un lado, la igualdad efectiva de los ciudadanos en todo el territorio aconseja mantener un catálogo de prestaciones básicas de alcance universal y gratuito, que deberá adoptarse conjuntamente. Las limitaciones de esta fórmula hacen inevitable que en su concreción intervengan las comunidades autónomas. Éstas, por su parte, y dependiendo del modelo organizativo que adopten, podrían elaborar su propio catálogo, basarse en la priorización contractual o de nuevo combinar ambas posibilidades.

b) **Medicina basada en la evidencia.** Un instrumento complementario al anterior y que consiste en descartar la utilización en el sistema público de prestaciones, tecnologías o medicamentos tras la evaluación de sus resultados terapéuticos y económicos.

Con esta finalidad, algunas comunidades autónomas y el propio Ministerio de Sanidad han establecido agencias de evaluación tecnológica orientadas a verificar el nivel de efectividad y seguridad de las tecnologías, así como sus repercusiones económicas. A esta misma lógica pertenecen las medidas orientadas a una utilización racional de los medicamentos y, en particular, la financiación selectiva de los mismos, excluyendo aquellos con indicaciones meramente sintomatológicas o destinadas a síndromes menores y financiando exclusivamente el más barato entre los que repiten la misma fórmula.

Se trata, en cualquier caso, de un procedimiento que tampoco está exento de problemas. Las intervenciones sanitarias no pueden dividirse netamente entre las que son eficaces y las que no lo son; las distinciones se ba-

san más bien en márgenes de probabilidad, de modo que el racionamiento por este sistema conduce a denegar tratamientos porque las probabilidades de éxito son demasiado bajas, punto de vista que los pacientes pueden impugnar. Por añadidura, la prescripción de medicamentos basada en la evidencia comporta cambios importantes en las organizaciones sanitarias y en los procedimientos de toma de decisiones de los profesionales, lo que supone obstáculos en las rutinas y prácticas empleadas hasta ahora.

c) **Copagos.** El racionamiento se consigue mediante tasas o precios por prestaciones básicas y complementarias, a los que se supone un efecto de restricción de la demanda y, en menor medida, de aportación de recursos al sistema sanitario. Se trata de un procedimiento cuya utilización es significativamente menor en España que en la mayoría de los países europeos. Las limitaciones a la gratuidad en España se sitúan en dos excepciones en la atención ambulatoria: los medicamentos, de cuyo precio el usuario abona un 40%, salvo los colectivos exentos de pago, y ciertas prestaciones ortoprotésicas.

La aplicación del copago plantea serios problemas desde el punto de vista de la equidad en el acceso a las prestaciones. La utilización del nivel de renta como factor de discriminación de la población sujeta al pago ofrece una posible solución, siempre que la equidad del sistema tributario se juzgue adecuada para ordenar el acceso a las prestaciones. Esto plantea, en todo caso, la necesidad de un sistema de administración de pagos y exenciones de costosa implantación.

El copago, dadas sus dificultades, debe plantearse con cautela, considerándose en último lugar entre las opciones disponibles para el racionamiento de la demanda. Lo más sensato parece ser aplicar esta fórmula a un número reducido de prestaciones, siendo las más proclives las que se sitúan en el límite del confort y la asistencia sanitaria o aquellas para las que coexisten alternativas más efectivas en costos, repercutiendo la diferencia al usuario. Por añadidura, la aplicación del copago es impopular, lo que se presta al juego de la demagogia política, con el efecto de un fuerte desgaste para los defensores de estas medidas.

Junto a los mecanismos explícitos, es preciso reconocer la importancia que mantendrá el racionamiento implícito y, por lo tanto, la necesidad de actuar sobre el mismo. Hay que aceptar el valor positivo que puede derivarse de la autorregulación de los propios médicos en la priorización de las prestaciones, de acuerdo con las necesidades locales y de cada paciente y con el ejercicio de una medicina dinámica abierta constantemente a nuevas posibilidades terapéuticas.

Esto supone fomentar la información y la educación de los profesionales sobre la efectividad de la atención sanitaria y las alternativas disponibles en términos de coste-eficacia. También requiere una cultura evaluado-

ra de las prácticas clínicas y un proceso de constante priorización de los tratamientos. Supone, finalmente, el establecimiento de incentivos para que los profesionales utilicen su libertad clínica para adecuar la oferta y la demanda de manera eficiente y equitativa. Esta orientación se opone a la tentación burocrática siempre presente de reducir el poder prescriptivo de los profesionales elevando hacia arriba las decisiones en función de su contenido económico, lo que tiende a desresponsabilizar a los profesionales y desincentivar su cooperación, perjudicando a la larga la eficiencia de su comportamiento.

2.4 Incierto destino de la segunda reforma

La reforma gerencialista de la sanidad ha recorrido en nuestro país un largo y lento camino desde su tímida recepción en los años ochenta y la entusiasta acogida que le proporcionó el Informe Abril. En este tiempo, el discurso de una reforma basada en la racionalización económica del sistema sanitario se ha hecho cada vez más transversal entre las fuerzas políticas, combinando llamamientos a la competencia gestionada, la autonomía de los centros, la flexibilización de las condiciones de empleo o la consideración del ciudadano como cliente, aunque en el marco de un sistema de aseguramiento público universal que mantenga la gratuidad de las prestaciones básicas.

Junto a este aparente progreso en el terreno ideológico, la realidad de las organizaciones sanitarias aparece llena de perplejidades, que se explican por el lento progreso de la reforma y la acumulación sobre las mismas de presiones económicas, sociales y profesionales. En la tensión entre lo instituyente y lo instituido que caracteriza todo proceso de cambio, la visión gerencial del sistema sanitario no acaba de reunir los compromisos necesarios para traspasar las viejas culturas y equilibrios de poder. De ahí el riesgo de deslegitimación que sufre cuando sus principales disposiciones pierden terreno, no ante el resurgimiento de los profesionales, sino ante la reafirmación de la vieja cultura burocrática que vende certidumbre y seguridad en tiempos de crisis.

Esta situación pone de manifiesto las considerables dependencias de la reforma sanitaria respecto a los cambios de carácter estructural que se adopten en el conjunto del sector público. El sector sanitario ha evolucionado hasta ahora en nuestro país con una notable autonomía frente al resto del sector público, del que constituye su referente más dinámico y abierto al gerencialismo. Sin embargo, crece la conciencia de que ese margen de autonomía está agotándose y de que las reformas pendientes están supeditadas a cambios en un orden superior, que incluye su régimen de financiación y gestión presupuestaria, la organización del Estado autonómico, las relaciones entre política y gestión o el futuro del régimen de empleo en el sector público. Este razonamiento se refuerza por el hecho de que los

países más avanzados en la aplicación de reformas en la sanidad lo han hecho a ritmos compatibles con otras reformas en el conjunto del sector público que se encuentran muy retrasadas en nuestro país.

También hay que destacar la falta de impulso efectivo de los cambios organizativos asumidos en el discurso político. La separación entre financiadores y proveedores en el seno del sector público permanece como un puro *desiderátum* que no ha ido más allá de la constitución formal de algunas agencias de compra, sin llegar a traspasar riesgo alguno a los proveedores. Del mismo modo, la concesión de autonomía a los centros sanitarios ha vivido un movimiento pendular: constitución de nuevas figuras jurídicas con alto grado de disponibilidad sobre sus recursos humanos y económicos y reconducción posterior a la disciplina común mediante procedimientos administrativos de control. Ambas situaciones ponen de manifiesto la pervivencia e incluso el reforzamiento del modelo burocrático, junto a las declaraciones de intención de signo modernizador de los responsables políticos, con el efecto de desconcertar y desmovilizar a los actores de las reformas en el interior de las organizaciones sanitarias.

Además, la reforma gerencialista se vive en las organizaciones sanitarias entre el voluntarismo de los nuevos directivos, el prudente distanciamiento de los profesionales y la hostilidad del resto de los trabajadores. Los directivos, independientemente de su formación y experiencia, aparecen como portadores de un cargo político, cuya variedad en las condiciones de ejercicio no puede esconder la precariedad derivada de su dependencia de la confianza política. Esta situación ha provocado la aparición de un gerente «polítizado» en el sistema sanitario, más preocupado por la mediación externa de la organización sanitaria con el nivel político que de la interna con los profesionales sanitarios y, no digamos, de éstos con los ciudadanos. Esta identidad de tipo político hipoteca la potencialidad de la función directiva y la condiciona a lógicas de relación basadas más en dinámicas de poder que en el uso de criterios objetivos de racionalidad clínica y económica. No es extraño, en tal circunstancia, que algunos directivos reproduzcan la esquizofrenia de sus responsables políticos y escondan bajo el barniz de la gestión empresarial prácticas propias de la organización burocrática más rancia, pero aparentemente más segura y próxima a los deseos del poder.

Tampoco debe sorprender que en este contexto predomine una concepción reduccionista de la gestión en las organizaciones sanitarias, como una copia del lenguaje y las técnicas de gestión de las llamadas «empresas excelentes». En esta percepción, la parte instrumental de la gestión se coloca en primer plano, privilegiando los aspectos relacionados con las técnicas cuantitativas, muchas veces bajo la apariencia de recetas universales. Se obvia el significado más profundo de la gestión como un marco de responsabilidad, portador de una visión global de la organización, y donde se adjudica un valor más secundario a las técnicas instrumentales que, lejos de

tener valor universal, están necesitadas de adaptación a los contextos precisos en las que se aplican.

La vulnerabilidad de esta visión reduccionista de la gestión queda al descubierto ante la fortaleza de la cultura profesional profundamente institucionalizada en el sistema sanitario. La minimización de los controles, la autorregulación del trabajo o la exclusión de la competencia son rasgos de un orden cultural nacido de las reglas del juego de la organización burocrático-profesional y mayoritariamente compartido por sus miembros. Puede comprenderse la limitada capacidad de influencia de la gestión y de los directivos en las condiciones en las que se presentan muchas veces ante las organizaciones sanitarias.

De todo ello se deduce el riesgo de que la reforma gerencial del sector sanitario acabe por agotarse ante la resistencia de los segmentos acomodados en el sistema: políticos, gerentes «politizados», profesionales y trabajadores. Esta situación sólo puede superarse mediante cambios en las reglas de juego que induzcan a los actores a modificar sus actuales comportamientos, rompiendo el bloqueo. Para ello hace falta algo más que la aplicación mecanicista de la economía de la organización. Es necesaria una coalición renovada de actores internos y externos que cuente con el protagonismo de los ciudadanos en la reforma de las actuales reglas del juego, buscando potenciales beneficiarios dispuestos a multiplicar sus efectos en el terreno de la gerencia y de los profesionales.

En cualquier caso, no se puede esperar que la introducción del gerencialismo signifique la total desaparición de la burocracia profesional en el sistema sanitario. La experiencia de los países más avanzados en la introducción de los nuevos modelos organizativos y de gestión sanitaria descubre la aparición de formas híbridas en las que coexisten en diverso grado ambos modos de coordinación. El gerencialismo no llega a ser hegemónico, pero se convierte en muchos aspectos en la fuerza dominante en el nuevo orden cultural de las organizaciones sanitarias. Los profesionales han adquirido una nítida conciencia de que la racionalidad económica interviene decisivamente en sus procesos de decisión, condiciones de trabajo y relaciones con el mundo exterior. En España aún estamos lejos de poder alcanzar la misma conclusión.

3. Efectos integradores y desintegradores de la ciudadanía autonómica

La transición a la democracia en España acarrea una profunda reestructuración de la organización territorial del poder político. La Constitución de 1978 perfila un nuevo modelo de Estado, bajo el impulso de las de-

mandas de autogobierno de las nacionalidades históricas, pero también de la insatisfacción colectiva con una Administración centralizada y distante de las necesidades de los ciudadanos.

La descentralización política va a revelar desde sus inicios las potencialidades y los peligros inherentes a su puesta en práctica. La aparición de las comunidades autónomas representa el ascenso al poder de élites regionales, históricamente marginadas del mismo, que buscan afanosamente la legitimación de sus credenciales políticas ante los ciudadanos. Así, el desarrollo de los Gobiernos autónomos está marcado por una doble preocupación: refuerzo de la identidad y ampliación de la oferta de servicios, con efectos fuertemente expansionistas y competitivos. De manera desigual aunque progresiva, las nuevas instituciones van reconociéndose como propias por los ciudadanos, que encuentran en ellas nuevos y efectivos cauces de mediación política¹.

La ambigüedad con que se formula el pacto constitucional, al mismo tiempo que permite adaptarse a la evolución de las circunstancias cambiantes, hace inevitables las tensiones políticas entre las lógicas de diferenciación y homogeneización. Esto ha supuesto que la concreción organizativa del modelo político resulte extraordinariamente difícil: por un lado, la cultura uniformista de la Administración del Estado, cuyas raíces se hunden con fuerza en el aparato estatal, se ha adaptado mal al Estado autonómico buscando recurrentemente el retorno al control jerárquico; por otro lado, el voluntarismo y la inexperiencia de las nuevas Administraciones ha sido causa de múltiples ineficiencias y disfuncionalidades, en particular las derivadas de su déficit de comprensión hacia las necesidades de coordinación supracomunitaria.

La descentralización del sistema sanitario escenifica con viveza estas tensiones, dada su posición central en el desarrollo presupuestario y competencial de las comunidades autónomas. La sanidad representa más de la mitad de los recursos transferidos a las autonomías y unas cuotas muy importantes de su presencia real en la vida cotidiana de los ciudadanos. En las páginas siguientes nos proponemos analizar este proceso, en el que se plasman los efectos de la difícil articulación entre los equilibrios inestables del propio sector sanitario y los del desarrollo autonómico.

3.1 La descentralización territorial: un proceso desordenado

En el ámbito sanitario se suele señalar la aprobación de la Ley General de Sanidad en 1986 como el momento en el que se formaliza el nuevo mo-

¹ Véase Fundación Encuentro. CECS, *Informe España 1996*, Madrid, 1997, p. 491-528.

delo de organización territorial sanitaria. Sin embargo, el proceso se había iniciado con anterioridad con el traspaso del Insalud a Cataluña en 1981 y a Andalucía en 1984, que recibieron y ejercieron las competencias que les reconocían sus Estatutos sin esperar al desarrollo de la legislación estatal básica. Con la Ley General de Sanidad ya aprobada, se sumaron, por este orden, el País Vasco, la Comunidad Valenciana, Galicia, Navarra y Canarias, que junto a las anteriores representan el 61% de la población protegida².

La Ley General de Sanidad se remite a la Constitución y a los Estatutos de Autonomía en la delimitación de competencias entre el Estado y las comunidades autónomas. De acuerdo con estas normas, el Estado sólo se reserva las competencias de coordinación general de la sanidad, la legislación sobre productos farmacéuticos, la sanidad exterior y la alta inspección. En este marco, la Ley General de Sanidad perfila el modelo territorial en el ejercicio de las competencias básicas del Estado, siendo su propósito compatibilizar la integración de los servicios sanitarios con la descentralización territorial. Transcurridos más de 10 años desde la aprobación de la Ley General de Sanidad, su modelo continúa inacabado, con marcadas diferencias entre comunidades autónomas: las llamadas de vía rápida, a las que se sumaron la Comunidad Valenciana y Canarias por ley de delegación, asumen las competencias de gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social; las restantes, para igualar el techo competencial de las anteriores, precisan reformar sus Estatutos o recibir las competencias por ley de transferencia o delegación.

Como en otros sectores, es difícil evaluar los resultados de este modelo de descentralización territorial sin tener en cuenta los desajustes que se generan en el nacimiento y desarrollo de las nuevas Administraciones. El proceso autonómico se realiza sin el soporte de un marco de referencia claro, ni político ni administrativo, lo que perjudica notablemente la racionalidad del asentamiento de los servicios públicos. En el plano político, después de unos comienzos difíciles, los Pactos Autonómicos de 1981 despejaron las grandes incógnitas, dibujando los trazos gruesos del modelo de descentralización. Al mismo tiempo, la jurisprudencia constitucional permitió pacificar los conflictos competenciales que quedaron reconvertidos en problemas esencialmente técnico-jurídicos a dirimir jurisdiccionalmente. Sin embargo, algunas cuestiones de no poca importancia han tendido hasta ahora a cerrarse en falso para reabrirse periódicamente en función de la

² El traspaso de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las comunidades autónomas se efectuó mediante los siguientes decretos de transferencias: Andalucía (Real Decreto 400/84), Canarias (Real Decreto 446/94), Cataluña (Real Decreto 1517/81), Galicia (Real Decreto 1679/90), Navarra (Real Decreto 1689/90), País Vasco (Real Decreto 1536/87) y Comunidad Valenciana (Real Decreto 1612/87).

Tabla 10 – Presupuestos sanitarios de las comunidades autónomas que tienen transferida la asistencia de la Seguridad Social, 1988-1995

	1988			1990			1995		
	Presupuesto sanitario (miles de pesetas)	Población	Presupuesto por habitante	Presupuesto sanitario (miles de pesetas)	Población	Presupuesto por habitante	Presupuesto sanitario (miles de pesetas)	Población	Presupuesto por habitante
Andalucía	315.784.439	6.670.622	47.340	441.215.924	6.914.410	63.811	519.720.168	7.080.002	73.407
Canarias	71.156.136	1.424.116	49.967	78.670.082	1.489.372	52.821	111.936.629	1.545.532	72.426
Cataluña	279.937.659	5.924.467	47.251	370.707.785	6.054.242	61.231	465.690.369	6.093.492	76.424
C.Valenciana	165.776.737	3.710.210	44.581	221.733.096	3.846.754	57.642	277.192.407	3.920.615	70.701
Galicia	112.561.898	2.772.840	40.594	143.343.786	2.739.854	52.318	179.949.466	2.715.337	66.272
Navarra	31.966.620	520.138	51.458	40.041.449	519.103	77.136	48.899.796	524.386	93.252
País Vasco	102.773.874	2.127.940	48.297	143.186.370	2.109.210	67.886	180.398.457	2.065.670	87.332

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro, CEOS a partir de Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud, *Informe y Recomendaciones*, 1991; Ministerio de Sanidad y Consumo, *Sistema Nacional de Salud. Servicios de Salud. Datos y Cifras*, varios años; e INE, *Anuario Estadístico*, varios años.

coyuntura política. Dos de ellas, en particular, merecen ser destacadas por el fuerte impacto que tienen sobre la coherencia del modelo de descentralización sanitaria.

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

La financiación sanitaria de las comunidades autónomas se basa en el criterio plano de la población protegida, por el que se obtiene el porcentaje de los recursos totales que corresponde a cada una. La aplicación de este criterio, en sí mismo escasamente equitativo al no reconocer la elasticidad del consumo sanitario según niveles de renta, el grado de envejecimiento de la población y factores estructurales externos de las prestaciones (como los desplazados o los centros de referencia), ha estado dominado por la improvisación según se sucedían los traspasos a las comunidades autónomas. Esta circunstancia ha convertido la financiación autonómica en un motivo de incertidumbre para los responsables políticos y técnicos de la gestión y en fuente de conflictos entre el Insalud y las comunidades autónomas y de éstas entre sí. No debe extrañar que, a pesar de la aplicación del criterio de financiación *per cápita*, las diferencias reflejadas en los presupuestos de las comunidades autónomas van desde un 8% de infrafinanciación hasta un 17% de sobrefinanciación (tabla 10). El resultado es la crisis permanente del modelo de financiación que bien puede decirse que no existe como tal.

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

Estas razones parecen suficientes para completar la transferencia en el más breve plazo posible. Sin embargo, ni los acuerdos autonómicos de 1992 ni la Ley Orgánica de 1993 de ampliación de competencias estatutarias de las comunidades autónomas contemplan esta posibilidad. Esto supone la necesidad de que las comunidades autónomas del artículo 143 (con excepción de Aragón) asuman por delegación legislativa o reforma estatutaria la gestión de la asistencia sanitaria y que se lleven a efecto los traspasos. Ahora bien, la resolución del problema pendiente de la financiación condiciona la viabilidad de los traspasos, especialmente para Madrid, que vería reproducidas y ampliadas las insuficiencias presupuestarias que sufre Cataluña.

Las hipotecas fueron también muy notables en el plano administrativo, condicionando negativamente una asunción eficaz de las competencias sanitarias por parte de las comunidades autónomas. Vamos a destacar cuatro de ellas, acaso las más relevantes:

1. *La forma de negociación de los traspasos llenó de perplejidades el ejercicio posterior de las competencias.* La politización de la decisión y la desconfianza que presidió las negociaciones convirtió las transferencias en objeto de transacción política sobre los presupuestos y los medios personales y materiales. Dada la asimetría de información entre los negociadores y la urgencia política de las comunidades autónomas para asumir sus competencias, no son extrañas las acusaciones de agravio comparativo y su traslado a reivindicaciones de «deuda histórica» que se han formulado desde comunidades como Andalucía o Galicia.

2. *La instrumentación técnica de los traspasos tampoco fue la más adecuada,* al parcelarse bloques competenciales por títulos jurídicos formales, de acuerdo con su tradicional adscripción en los ministerios, pero que en la realidad se encuentran estrechamente interrelacionados. Por esta vía se trasladó a las comunidades autónomas la disfuncionalidad de una organización ministerial que si por algo se caracteriza históricamente en el terreno sanitario es por su fragmentación.

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

4. *La Administración local,* protagonista tradicional en la política de salud y con un peso todavía considerable en el ámbito de la salud pública, *ha quedado descolgada del proceso de reestructuración de responsabilidades entre niveles de gobierno.* La Ley General de Sanidad obliga a las comuni-

dades autónomas a reconocer sus competencias, pero éstas han quedado lejos de articularse coherentemente en la nueva organización sanitaria.

3.2 *Continuidad e innovación en los modelos autonómicos*

Se ha censurado a las comunidades autónomas por su incapacidad para innovar en la organización y funcionamiento de los servicios públicos, al replicar sin mayor cuestionamiento el modelo estatal³. Esta percepción de «oportunidad perdida» para la renovación de la organización administrativa debe someterse, sin embargo, a no pocos matices. El proceso autonómico ha estado lleno de improvisaciones que hacían muy difícil abordar una iniciativa tan compleja y arriesgada como la reforma administrativa. Además, la urgencia de los Gobiernos autonómicos por legitimarse ante la ciudadanía colocó en primer plano la satisfacción de las demandas sociales, multiplicando servicios y prestaciones y dejando en el olvido la cuestión administrativa.

La concreción organizativa de las competencias sanitarias, en una primera fase, es fiel reflejo de esta situación, en la que se tiende a la reproducción del modelo estatal, exacerbado incluso por el afán de integrar y consolidar la red asistencial. También puede advertirse una segunda fase desde comienzos de los noventa, cuya evolución es muy desigual en las distintas autonomías, en la que se cuestiona abiertamente el modelo heredado y se buscan alternativas. Vamos a considerar brevemente ambos períodos.

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

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

³ Véase Fundación Encuentro. CECS, *Informe España 1996*, p. 441-490.

— Las comunidades autónomas *han repetido el modelo del Insalud para la organización de sus servicios asistenciales*, agrupando en un organismo autónomo la red transferida de la entidad gestora, a la que se han añadido centros originarios de la beneficencia municipal o de las diputaciones provinciales que, en casi todos los casos, han quedado absorbidos en una organización burocrática unitaria, perdiendo su singularidad. De momento, ocho de los catorce servicios de salud constituidos (ya lo han hecho algunas comunidades autónomas que no han recibido la transferencia del Insalud) configuran su naturaleza como organismos autónomos administrativos (Andalucía, Aragón, Canarias, Galicia, La Rioja, Madrid, Navarra y País Vasco). Sólo quedan fuera del modelo la Comunidad Valenciana y Cataluña, aunque también el Servicio Valenciano de Salud y el Instituto Catalán de la Salud fueron inicialmente organismos autónomos.

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

— *Los instrumentos orientados a la gestión de recursos y, en particular, el presupuesto, han pecado del formalismo e inflexibilidad propios de la tradición estatal*, con efectos perversos sobre el control efectivo de costes y resultados. Este hecho, unido a la insuficiencia presupuestaria endémica del sistema sanitario y a la irresistible presión política hacia la expansión de los servicios, explica el resultado caótico de la gestión económica de la sanidad autonómica, que repite y, en algún caso, acentúa los males del Insalud. Las fuertes desviaciones en la liquidación presupuestaria, la falta de fiabilidad de los estados financieros por ocultación de gastos y aplazamiento de pagos, la incertidumbre de los directivos sobre los recursos verdaderamente disponibles, la escasa transparencia en la adjudicación de contratos a proveedores, son síntomas que evidencian un sistema de incentivos contradictorio con las exigencias de una gestión eficiente de los recursos.

— *Las comunidades autónomas han hecho una utilización abusiva de la confianza política en la designación de los puestos directivos del sistema sanitario*. Esta situación no es exclusiva de la sanidad y constituye una de las disfunciones estructurales más relevantes de nuestro sistema administrati-

vo, perturbando gravemente la estabilidad y orientación a largo plazo de las políticas públicas. En el caso del sector sanitario, el problema se ha visto agravado por un desarrollo espectacular de funciones directivas sin la cobertura de un régimen de empleo que las profesionalice y consolide.

En la inmensa mayoría de los casos estos puestos han sido objeto, bajo diversas fórmulas jurídicas, de designación discrecional por un órgano político. Al margen de que los nombramientos hayan recaído en profesionales con suficiente formación y experiencia, su relación de empleo ha quedado marcada por las notas de precariedad y confianza propias de un puesto político. En estas condiciones, los valores de racionalidad gerencial de los que se quiere hacer portadores a los nuevos gerentes resultan difícilmente compatibles con su sistema de acceso y mantenimiento en el cargo.

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

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

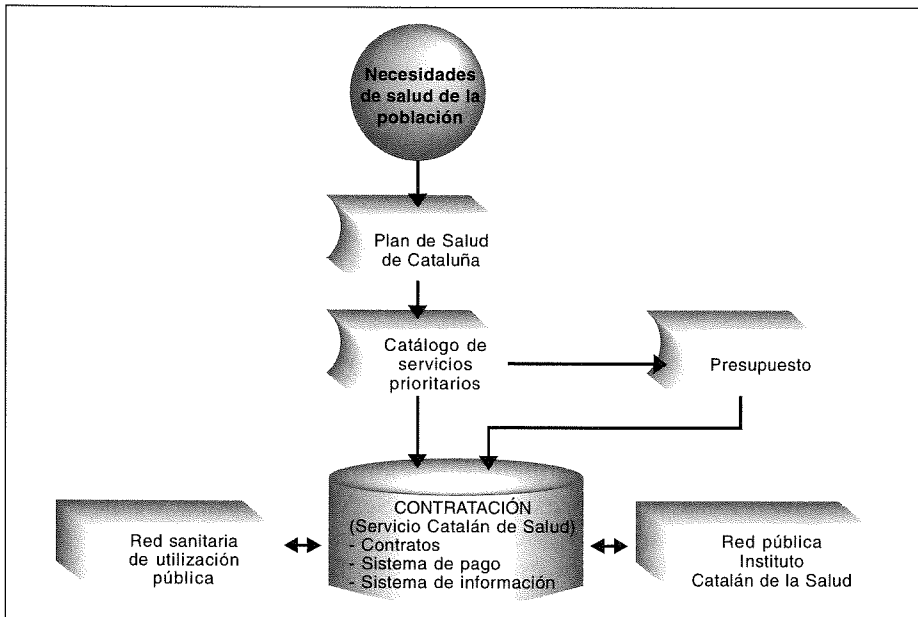
El modelo catalán se explicita en 1990 en la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña, que se basa en una interpretación flexible de la Ley General de Sanidad. Las funciones de financiación y planificación se encomiendan, separándolas de la prestación, al Servicio Catalán de la Salud, encargado de comprar los servicios a todos los centros, públicos y privados. El pago se establece a través de la Unidad Básica de Actividades (UBA) cuya valoración determina el Departamento de Sanidad. Al mismo tiempo,

se prevén diversas fórmulas para dotar de autonomía a los centros de prestación de servicios mediante la creación de consorcios o empresas públicas o, incluso, a través de concesiones o de contratos de gestión de centros o servicios con entidades de base asociativa formadas por profesionales sanitarios.

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

A pesar de las dificultades expuestas, Cataluña aparece como pionera en el conjunto del Estado a la hora de adoptar las fórmulas de organización sanitaria asumidas por los países más avanzados de nuestro entorno (cuadro 3). El llamado modelo sanitario catalán ha constituido la referencia obligada de las demás comunidades autónomas a la hora de adoptar sus propias innovaciones organizativas. Entre las más significativas, fuera de Cataluña, podemos señalar las siguientes:

Cuadro 3 – El modelo sanitario catalán



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

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

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

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

3.3 *Ciudadanía autonómica y derecho a la salud*

La Ley General de Sanidad está presidida por una lógica integradora que se expresa en la idea de un único Sistema Nacional de Salud. Se pretendía reconciliar la descentralización territorial de la sanidad y la autonomía de las comunidades autónomas en el ejercicio de sus competencias con el aseguramiento de unas bases comunes a todo el territorio estatal capaces de garantizar los valores constitucionales de solidaridad e igualdad.

Con este fin, la Ley General de Sanidad desarrolla las competencias estatales, regula los instrumentos de coordinación y crea el Consejo Interterritorial de la Sanidad.

Transcurridos más de 10 años desde la aprobación de la Ley General de Sanidad y alguno más desde el inicio del proceso de descentralización, podemos preguntarnos por el significado de las llamadas «bases comunes de la sanidad»: ¿cómo puede hablarse de igualdad efectiva de los españoles ante el sistema sanitario?, ¿genera la ciudadanía autonómica derechos y obligaciones diferentes ante el sistema sanitario?

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

El problema radica en determinar cuáles serían las condiciones y contenidos mínimos de la prestación a garantizar en todos los casos. La dificultad que supone especificar los contenidos esenciales de la prestación no es infrecuente que derive hacia la limitación del ejercicio de la autonomía organizativa de los operadores. Esto suele hacerse imponiendo modelos organizativos o de gestión uniformes, bajo la hipótesis de que la igualdad de medios o de procedimientos produce resultados iguales. Esto, sin embargo, no sucede cuando las necesidades y las condiciones de partida no son las mismas; más bien produce efectos contrarios a los deseados, es decir, un déficit de igualdad efectiva bajo la experiencia de uniformidad. Esto significa que el concepto de igualdad efectiva al que se refiere la Ley General de Sanidad sólo puede establecerse actuando sobre las condiciones de acceso al disfrute de los derechos y mediante la especificación de los requisitos esenciales del contenido de la prestación, sin que resulte posible, ni deseable, anticipar plenamente su contenido ni los modelos organizativos para alcanzarlos.

En el ámbito estatal, la delimitación del contenido garantizado del derecho a la salud sólo puede expresarse razonablemente en términos de un mínimo común denominador. Éste estaría compuesto por las condiciones que regulan el acceso (universalidad en este caso), las garantías mínimas de su ejercicio (los derechos básicos recogidos en la Ley General de Sanidad) y las necesidades cubiertas en todo el territorio con carácter gratuito.

Así definiría las condiciones de la póliza de aseguramiento, extensible a todos los ciudadanos para el conjunto del territorio. Su contenido, no obstante, no tiene que permanecer inmutable, pudiendo avanzar en sus exigencias con el del progreso de los servicios sanitarios y de la conciencia social sobre el valor del derecho a la salud en el conjunto de España.

A partir de aquí, es razonable aceptar, como de hecho ya ocurre (tabla 11), que las comunidades autónomas ofrezcan a los ciudadanos condiciones diferentes, añadiendo derechos y estableciendo obligaciones, mediante copagos, impuestos finalistas o recargos sobre los impuestos. Esto supone que las autonomías deberían ejercer sin cortapisas las capacidades de priorización de recursos entre distintos sectores de servicios públicos de acuerdo con sus propios objetivos gubernamentales. También serían libres de organizar los servicios sanitarios en su territorio, de acuerdo con el modelo que consideren más conveniente, incluyendo la participación de proveedores públicos y privados (gráfico 1). Estas decisiones producirán, y ya producen, diferencias, a menudo significativas, entre los ciudadanos de diversas comunidades autónomas en la concreción de sus derechos y obligaciones con respecto a la salud: prestaciones cubiertas, efectividad de las mismas –listas de espera, libre elección– y grado de coparticipación de costes). De ellas podrán pedir cuentas a sus representantes políticos a través del sistema electoral.

El problema en estos momentos es que, más allá del reconocimiento común de la universalidad y la casi gratuidad de las prestaciones, el Sistema Nacional de Salud no está en estos momentos en condiciones de garantizar a todos los españoles ni siquiera el mínimo común denominador al que nos referíamos. En la actualidad, el Sistema Nacional de Salud es más bien un conglomerado de los servicios de las comunidades autónomas; cada uno de ellos con su propia inercia organizativa y asistencial, que se expresa en contenidos diferentes que los ciudadanos más informados aprovechan mediante desplazamientos. De hecho, ni siquiera se está en condiciones de conocer con claridad cuáles son en la actualidad estas diferencias. Hay que reconocer, a pesar de ello, el primer paso que supone el Decreto 63/95 para la concreción del contenido mínimo del derecho a la salud, que establece de forma muy genérica las prestaciones del sistema sanitario público y los criterios generales de admisión y exclusión. Como la experiencia pone de manifiesto, se trata de una elaboración muy difícil, tanto porque ha de conciliar las prioridades estatales con las locales, como por la extraordinaria fluidez de la asistencia sanitaria, que obliga a un procedimiento permanente de adaptación, difícil de encajar en una disposición normativa.

En cualquier caso, hay que subrayar el contenido mínimo de esta ordenación dirigida a velar que no se produzcan discriminaciones en el acceso ni desigualdades inaceptables en las prestaciones desde la lógica de un mínimo común denominador para el conjunto de los ciudadanos espa-

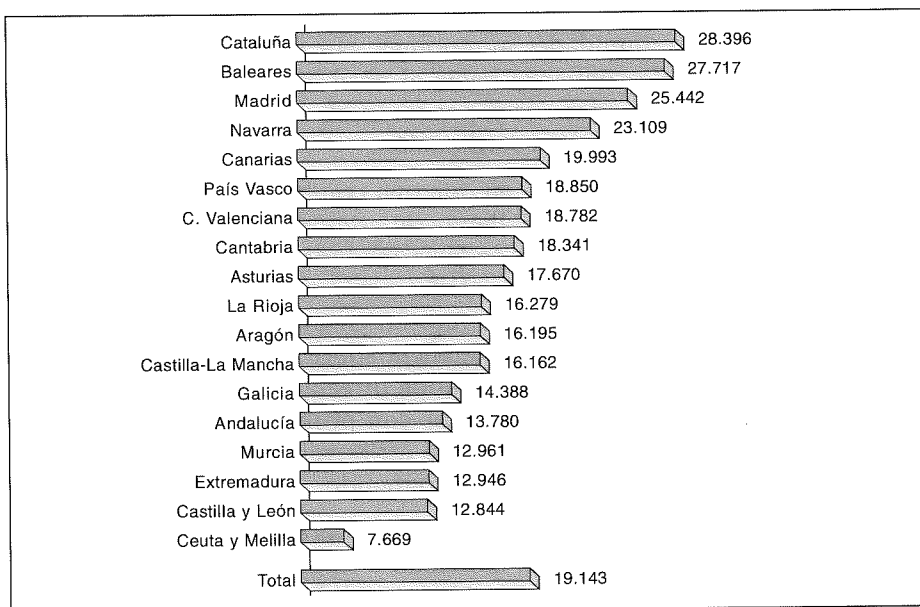
Tabla 11 - Acceso a los servicios sanitarios por comunidades autónomas

	Atención Primaria 1994					Hospitalización 1993					
	Consultas por habitante y año	Derivaciones desde médico primer nivel		Urgencias de A.P. por 1.000 h.	Altas por 1.000 h.	Índice de ocupación (%)	Índice de rotación	Estancia media (días)	Intervenciones por 1.000 h.	Urgencias por 1.000 h.	
		Especialistas por 1.000 h.	Laboratorio por 1.000 h.								Radiografías por 1.000 h.
Andalucía	6,7	-	259,5	80,2	570,0	98,4	74,7	31,9	8,6	61,9	383,8
Aragón	5,7	216,8	244,7	56,8	243,0	112,9	75,1	23,4	11,7	70,7	365,0
Asturias	5,2	319,0	295,9	55,1	273,5	103,8	79,5	26,6	10,9	59,3	275,0
Baleares	4,0	131,8	188,7	50,6	455,5	138,1	72,4	31,3	8,4	91,6	465,5
Canarias	4,4	232,8	71,4	183,5	347,4	91,6	81,3	18,6	16,0	59,2	330,9
Cantabria	5,0	196,1	192,0	44,0	267,7	97,7	80,3	23,1	12,7	54,7	427,0
Castilla-La Mancha	6,1	203,4	211,8	60,7	505,6	84,0	77,8	27,3	10,4	49,4	255,5
Castilla y León	6,0	261,8	271,1	65,6	399,3	98,7	76,7	20,1	14,0	55,9	276,0
Cataluña	4,5	-	-	-	-	120,8	84,2	24,4	12,6	70,2	513,2
C. Valenciana (*)	5,6	391,6	278,9	7,4	14,3	97,1	73,5	31,0	8,6	55,6	374,5
Extremadura	6,4	213,5	237,7	62,2	659,7	89,8	76,6	23,2	12,1	49,7	296,8
Galicia	5,2	166,2	231,5	80,3	-	97,2	79,6	24,5	11,8	53,7	272,2
Madrid	5,0	315,4	331,2	86,5	84,2	107,7	75,5	25,2	10,9	77,7	384,1
Murcia	6,4	290,8	300,2	75,7	259,7	100,8	70,8	29,4	8,8	68,4	394,2
Navarra	5,0	166,5	191,3	49,2	179,4	126,8	77,6	24,4	11,6	78,4	435,5
País Vasco	4,4	-	-	-	130,4	110,9	77,6	24,4	11,6	72,9	343,0
La Rioja	5,4	195,6	253,1	73,9	292,5	102,8	84,0	26,6	11,5	63,7	304,7
Ceuta y Melilla	4,0	247,4	251,9	91,2	582,9	130,0	56,1	29,6	6,9	59,7	499,0
Total	5,4	267,3	256,0	70,2	371,5	104,4	77,8	25,8	11,0	64,1	375,6

(*) En las urgencias de Atención Primaria (A.P.) no se incluye la actividad del Servicio Especial de Urgencias (SEU).

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro. CECS a partir de Ministerio de Sanidad y Consumo, Sistema Nacional de Salud. Servicios de Salud. Datos y cifras 1995, 1996.

Gráfico 1 – Gasto privado medio por persona en sanidad por comunidades autónomas. 1991



Fuente: Elaboración Fundación Encuentro. CECS a partir de INE, *Encuesta de Presupuestos Familiares 1990-91. Primeros resultados*, 1992.

mínimo común denominador para el conjunto de los ciudadanos españoles.

3.4 Déficit de coordinación supracomunitaria

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

En este déficit de desarrollo de la coordinación supracomunitaria, al Ministerio de Sanidad se le puede achacar su concentración en la gestión directa de las competencias asistenciales del Insalud, que ha dejado en segundo plano sus funciones coordinadoras. Tampoco ha contribuido a la consolidación de estas funciones su interpretación ministerial en clave de

supremacía sobre las comunidades autónomas, una lógica de control incompatible, además de inaplicable, ante instituciones políticamente descentralizadas. Las comunidades autónomas, por su parte, han pecado de ensimismamiento y desconfianza hacia el nivel estatal, falta de comprensión de sus mutuas dependencias y, por tanto, de reconocimiento de la importancia de cauces fluidos de coordinación.

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

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

En las páginas siguientes hacemos una breve consideración de las citadas funciones y mecanismos de coordinación y de su desarrollo deseable en los próximos años:

1. *El Plan Integrado de Salud debe convertirse en el hilo conductor de la codeterminación de objetivos y prioridades para el conjunto del Estado.* El Plan Integrado de Salud proporciona el instrumento sobre el que plasmar los valores de solidaridad interterritorial y, por tanto, las prioridades de política sanitaria que tiendan a equilibrar las capacidades sanitarias y la igualdad efectiva de los ciudadanos. Este instrumento ha permanecido inédito por la intrínseca dificultad de fijar prioridades y objetivos globales por encima de la suma de los establecidos en las comunidades autónomas, cuando, además, no se ha previsto engarce alguno entre sus prioridades y el sistema de financiación. El Plan Integrado de Salud tiene que concebirse como la escenificación de un proceso de participación y corresponsabilización de las comunidades autónomas en sus previsiones, mediante su elaboración y aprobación a través del Consejo Interterritorial.

2. *El Ministerio de Sanidad debería disponer de un fondo presupuestario vinculado al cumplimiento de los objetivos del Plan.* Al margen de la solución que se adopte para la distribución territorial de los recursos y su ca-

rácter general o específico, el cumplimiento de los objetivos del Plan quedaría muy reforzado si se vinculase a incentivos económicos que puedan condicionar positiva y negativamente la asignación de recursos por parte de las comunidades autónomas. La administración del fondo correspondería al Ministerio de Sanidad mediante acuerdos bilaterales con las autoridades autonómicas, estipulando sus aportaciones como complementarias a los recursos territoriales y sujetas al cumplimiento de las prioridades asistenciales y los compromisos de disciplina presupuestaria.

3. *La coordinación general del sistema sanitario requiere sistemas de información transparentes y fiables, administrados con independencia y objetividad.* En la actualidad no existen con estas características. No se han establecido ni la infraestructura de información que permita el flujo de datos ni tampoco los estándares comunes para la captura, procesamiento y almacenamiento de información por parte de los operadores del sistema sanitario. La información, como competencia compartida entre administraciones que debe garantizar criterios objetivos y profesionales en su manipulación, requiere un tratamiento organizativo singular. Se ha sugerido la idoneidad de una Agencia de Información Sanitaria bajo la dependencia del Consejo Interterritorial y con la participación tanto de las comunidades autónomas como del Ministerio de Sanidad en sus órganos de gobierno y administración.

4. *La Alta Inspección*, expresión desafortunada en términos de descentralización política, ha visto prácticamente anulada su operatividad al quedar restringida al descubrimiento y persecución de las incursiones normativas de las comunidades autónomas en las competencias estatales. Una *reorientación constructiva de sus funciones* debe basarse en advertir inequidades, en la evaluación comparativa de los resultados de salud y la anticipación de problemas que afectan al conjunto del sistema. Para ello, debe dejar de considerarse un último residuo de la supremacía estatal para situarse en una lógica de trabajo conjunto con los órganos autonómicos de control, desde parámetros y criterios definidos conjuntamente y que permitan sacar consecuencias de mejora para el conjunto del sistema.

5. *El Consejo Interterritorial debe redefinir sus responsabilidades, modificar sus compromisos, fijar sus procedimientos de toma de decisiones y reforzar su estructura de apoyo* si quiere cumplir el protagonismo que tiene atribuido en la coordinación del Sistema Nacional de Salud. Hasta ahora ha operado más como órgano de información y comunicación, lastrado por la asimetría entre sus componentes y la tendencia a evitar procesos decisionales. Su desarrollo futuro requerirá una determinación más precisa de su papel, con posibilidades diferentes (de decisión, de consulta o de simple información) que requerirán reformas importantes en su organización y funcionamiento, así como en sus capacidades técnicas.