

Instituto Juan March

Centro de Estudios Avanzados en Ciencias Sociales (CEACS)

Juan March Institute

Center for Advanced Study in the Social Sciences (CEACS)

Descentralización y reforma sanitaria en España, 1976-1996 : intensidad de preferencias y autonomía política como condiciones para el buen gobierno

Author(s): Rico, Ana
Year: 1998
Type: Thesis (doctoral)
University: Instituto Juan March de Estudios e Investigaciones, Centro de Estudios Avanzados en Ciencias Sociales, Universidad Autónoma de Madrid, 1997.
City: Madrid
Number of pages: ix, 728 p.
Abstract: Esta obra fue presentada como tesis doctoral en la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad Autónoma de Madrid el día 30 de septiembre de 1997. El Tribunal, compuesto por los profesores doctores Miguel Beltrán (Presidente), Jesús de Miguel, Joan Subirats, Vicente Ortún y Fernando Vallespín, le otorgó por unanimidad la calificación de Apto "cum laude". El objetivo general de la tesis es estudiar las causas y consecuencias del proceso de descentralización sanitaria en España. La relevancia del caso de estudio se deriva de sus conexiones con dos debates teóricos de importancia central para la Ciencia Política contemporánea: la cuestión de la estructura territorial del Estado y de sus consecuencias sobre el funcionamiento de los regímenes democráticos contemporáneos, de un lado; y, de otro, el problema de las transformaciones del Estado del Bienestar en el último cuarto del siglo XX y de las estrategias para garantizar su viabilidad política. El punto de partida de la investigación es que la descentralización sanitaria responde en España a causas propiamente políticas, y no simplemente a un deseo de aumentar la eficiencia en la gestión de las políticas de bienestar, como ocurre en otros países europeos. Estas circunstancias políticas particulares contribuyen a explicar las especificidades del modelo institucional de reparto del poder en el ámbito sanitario, que presenta además importantes inconvenientes desde el punto de vista de la eficiencia. Ello supone que las consecuencias de la descentralización sanitaria no pueden comprenderse adecuadamente sin estudiar primero los procesos de reforma que dan origen a los modelos institucionales de devolución de poderes y de Estado del Bienestar sanitario durante el periodo democrático. El argumento principal de la tesis es el siguiente. La descentralización sanitaria constituye un cambio institucional sustantivo del Estado español, que genera una redistribución importante del poder de gobierno de la sanidad. Un factor crucial dentro del proceso causal que da origen a la descentralización es la intensidad relativa de las preferencias por el cambio de los diferentes actores políticos y sociales que participan en el proceso de formulación de políticas. La existencia en España de una serie de minorías intensas que favorecen la descentralización de los servicios sanitarios contribuye decisivamente a

explicar que el proceso de cambio tenga éxito, así como el modelo institucional asimétrico de devolución del poder por el que finalmente se opta. Estos factores político–institucionales específicos ayudan a entender los efectos, tanto positivos como negativos, que la descentralización ejerce sobre el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. Entre los efectos positivos hay que destacar el aumento de la capacidad de innovación y de respuesta a las necesidades de los ciudadanos del sector sanitario público, que se deriva principalmente del liderazgo ejercido por las Comunidades con competencias en el proceso de formulación e implantación de las políticas sanitarias. Estos efectos resultan en general coherentes con las expectativas teóricas desarrolladas desde la Economía y la Ciencia Política: la devolución de poderes promueve un manejo más eficiente de la información sobre las preferencias de los ciudadanos y los costes de proveedores, agiliza y diversifica la toma de decisiones, fomenta la competencia interterritorial en la formulación e implantación de innovaciones, y permite que el poder de decisión y la responsabilidad política estén en las mismas manos, con lo que aumentan los incentivos para el buen gobierno. Entre las consecuencias negativas de la descentralización, hay que mencionar las siguientes. El modelo asimétrico de descentralización, junto con la intensidad de preferencias por la sanidad de los gobiernos autonómicos, parecen aumentar los problemas para controlar el gasto sanitario público y para avanzar hacia una distribución interterritorial más igualitaria de los recursos. El propio modelo asimétrico, además, introduce importantes obstáculos para la aplicación adecuada de las reformas sanitarias iniciadas en 1986 en las Comunidades sin competencias, debido a que genera en definitiva un aumento considerable de los costes de coordinación de la sanidad, y una falta de claridad en la asignación de responsabilidades políticas, lo que disminuye los incentivos para afrontar los costes políticos que se derivan de la implantación de las reformas. Desde un punto de vista empírico, el análisis de las reformas sanitarias en España durante los últimos veinte años pone de manifiesto que el sistema sanitario español ha experimentado cambios importantes durante el período democrático. De la asistencia sanitaria de la Seguridad, heredada del período franquista, que limitaba el acceso al sistema a los cotizantes, basada en un sistema regresivo de financiación y fuertemente centralizada en cuanto a su organización y gestión, se pasa a un Sistema Nacional de Salud descentralizado, financiado con cargo a impuestos, y en el que el acceso a los servicios públicos se considera un derecho irrenunciable de todos los ciudadanos españoles. Estos cambios se ejecutan plenamente durante los años 80 y 90. Durante esta última década, además, el sector sanitario público español muestra un considerable dinamismo en la introducción de las propuestas internacionales de reforma más innovadoras, lo que supone una ruptura con respecto a la pauta histórica predominante en el pasado, caracterizada por el considerable retraso con el que se introducen en España las reformas adoptadas por los países avanzados de su entorno. Los logros conseguidos a lo largo de este proceso, iniciado a raíz de los movimientos de oposición al franquismo dentro del propio sistema sanitario, son en parte resultado del impulso político que un sector del partido socialista en el poder imprime a los intentos previos de reforma. Sin embargo, no hay que olvidar el papel jugado por los partidos comunistas PCE y PSUC, que son los primeros en introducir el sector sanitario en el orden del día de las reformas políticas durante los años de la transición, y los únicos en defender una universalización plena del derecho de acceso gratuito al sistema sanitario público en el debate parlamentario de la Ley General de Sanidad. Un grupo influyente de técnicos procedentes de estos dos partidos, además, participa directamente en el desarrollo de las reformas sanitarias durante los años 80, a raíz de su integración en los equipos de gobierno de la Generalitat de Cataluña, la Junta de Andalucía y el propio Ministerio. Por último, tampoco debe olvidarse la importante labor de estudio, documentación y debate sobre la reforma realizada durante el período de la UCD. En

cuanto a la ejecución de las reformas, los gobiernos autonómicos, y en menor medida, los sindicatos, son dos actores políticos clave para entender la rapidez y la profundidad con las que se aplican los cambios aprobados por el gobierno socialista, cuyo papel durante el periodo consiste principalmente en diseñar estrategias reactivas en respuesta a las iniciativas autonómicas. En concreto, la labor realizada por las autoridades sanitarias del País Vasco y Navarra durante la segunda mitad de los años 80 resulta especialmente destacada, en tanto ambas Comunidades muestran una capacidad de reforma superior a la del resto de Comunidades y a la del Estado central, y ejercen por ello un papel de liderazgo en la ejecución e implantación de las reformas. Hay que tener en cuenta, en cualquier caso, que el sistema de cupo permite a estas dos Comunidades mantener niveles de gasto sanitario per capita sustancialmente superiores a la media a lo largo de la última década. El caso de Cataluña también requiere una mención aparte en cuanto a la importante capacidad de innovación de los responsables autonómicos en el gobierno de la sanidad. El nuevo paradigma de organización y gestión de los servicios sanitarios públicos predominante a nivel internacional desde el inicio de los años 90 se aplica en Cataluña tan sólo unos meses después de introducirse por primera vez en Europa. Los profesionales y los técnicos sanitarios catalanes desarrollan además una labor de difusión de estas innovaciones que explica en mucha medida su extensión posterior a otras partes del territorio del Estado. En resumen, la descentralización política de las competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas emerge del análisis como un factor de considerable importancia para entender la trayectoria de las reformas sanitarias en España durante los últimos veinte años. El aumento sustantivo de la capacidad de reforma y de innovación del Estado español en el ámbito sanitario parece depender en gran medida de la capacidad de presión y el dinamismo mostrado por las minorías intensas en las Comunidades nacionalistas, lo que abre una serie de preguntas de considerable interés para la investigación futura sobre el Estado del Bienestar y la estructura territorial de los Estados democráticos contemporáneos.

Your use of the CEACS Repository indicates your acceptance of individual author and/or other copyright owners. Users may download and/or print one copy of any document(s) only for academic research and teaching purposes.

Instituto Juan March de Estudios e Investigaciones

ANA RICO GÓMEZ

**DESCENTRALIZACIÓN Y REFORMA
SANITARIA EN ESPAÑA (1976-1996).
Intensidad de preferencias y autonomía política
como condiciones para el buen gobierno**

MADRID
1 9 9 8

Centro de Estudios Avanzados en Ciencias Sociales



Castelló, 77. 28006 Madrid

Esta obra se presentó como tesis doctoral en el Departamento de Ciencia Política, Sociología y Antropología Social de la Universidad Autónoma de Madrid en septiembre de 1997. El Tribunal, compuesto por los profesores doctores Miguel Beltrán (Presidente), Jesus de Miguel, Joan Subirats, Vicente Ortún y Fernando Vallespín, le otorgó por unanimidad la calificación de Apto "cum laude".

Ana Rico Gómez es licenciada en Ciencias Políticas y Sociología por la Universidad Complutense de Madrid, Master en Ciencias Sociales por el Instituto Juan March, Master en Economía de la Salud por la Universidad de York (Gran Bretaña), y Doctora en Ciencias Políticas, Sociología y Antropología social por la Universidad Autónoma de Madrid. Formó parte de la tercera promoción de estudiantes del Centro de Estudios Avanzados en Ciencias Sociales del Instituto Juan March de Estudios e Investigaciones, donde obtuvo el título de Master en 1991. Elaboró su tesis doctoral bajo la dirección del Profesor José María Maravall. Contó para ello con la ayuda financiera de la propia Fundación Juan March, la Fundación Argentaria, la Fundación La Caixa-British Council, la Fundación Salud 2000, la Fundación Ortega y Gasset y la Fundación Joan Maragall. Actualmente es profesora titular de Políticas Públicas del Departamento de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Pompeu Fabra.

¡Abajo la unidad centralista y corruptora; arriba el cantón autónomo que, por medio del pacto, reconstruya la patria libre, devolviendo al ciudadano su dignidad y soberanía!

Benito Pérez Galdós, Episodios Nacionales.

¡Malditas sean las naciones y malditos sean los hombres nacionales! Amo a todos los vasallos del rey nuestro señor..., y no soy yo nacional, que es cosa de muchachos.

El Conde Duque de Olivares

A Matilde Renau

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS..... vii

CAPÍTULO 1. DESCENTRALIZACIÓN Y REFORMA
SANITARIA EN ESPAÑA: PRESENTACIÓN DEL CASO DE
ESTUDIO Y ESTRATEGIAS DE ANÁLISIS 1

1. Perspectiva de análisis y objetivos de la investigación.....3
2. Naturaleza y relevancia del caso de estudio7
3. La investigación previa sobre la descentralización y la reforma
sanitaria 15
4. El diseño de la investigación: marco teórico, materiales y
meto-
dología21
 - 4.1. Descripción de las variables de la investigación y
problemas
metodológicos principales.....22
 - 4.2. Marco teórico de la investigación e hipótesis principales28
 - 4.3. Materiales y método.....32
5. Estructura de la tesis35

PARTE I

CAPÍTULO 2. LOS DETERMINANTES DE LA DESCEN-
TRALIZACIÓN DEL PODER39

1. Las políticas de descentralización del sector público46
2. Causas de la descentralización. Las teorías económicas y
políticas60
3. Determinantes del cambio institucional en los 90.....72
4. Intensidad y extensión de las preferencias políticas.....82
 - 4.1. Las relaciones entre preferencias intensas y extensas en
los
procesos de cambio institucional83
 - 4.2. Experiencias institucionales, paradigmas e ideologías....99

5. Conclusiones. Los aspectos políticos de la intensidad de preferencias	116
CAPÍTULO 3. LA FORMULACIÓN DE LA DESCENTRALIZACIÓN Y LA REFORMA SANITARIA: EL PROCESO POLÍTICO Y SUS DETERMINANTES PRINCIPALES (1976-1986).....	
123	
1. Sanidad y autonomías en España. Trayectoria histórica.....	127
2. El periodo constituyente y los años de la UCD (1976-1979): Formulación del modelo de descentralización y preparación de la reforma sanitaria	136
2.1. Sanidad y Autonomías durante el periodo constituyente (1976-1978).....	136
2.2. El marco constitucional: la regulación institucional formal	146
2.3. Los años de la UCD (1979-1982). El inicio de la descentralización y el intento fallido de reforma sanitaria	159
3. La primera legislatura socialista (1982-1986): El proceso de formulación de la Ley General de Sanidad.....	177
3.1. El diseño de la reforma sanitaria socialista (1982-4)	177
3.2. El debate parlamentario sobre la Ley General de Sanidad (1985-6).....	188
4. Conclusiones. Influencia de los partidos nacionalistas en los cambios institucionales	210

PARTE II

CAPÍTULO 4: CONSECUENCIAS DE LA DESCENTRALIZACIÓN SANITARIA: EXPECTATIVAS TEÓRICAS Y EXPERIENCIA COMPARADA.....	
223	
1. EL FEDERALISMO FISCAL. Teorías económicas sobre la descentralización en el sector público	228
2. La economía de las organizaciones. Efectos de la descentralización en el sector privado.....	237
2.1. La economía de los costes de transacción.....	239
2.2. La teoría de la agencia y la economía de los derechos de propiedad	255
3. La teoría política sobre las consecuencias de la descentralización.....	268

3.1. Los autores clásicos de la sociología y la ciencia política	268
3.2. El análisis político contemporáneo: sistemas de decisión y capital social	271
4. El análisis del desarrollo económico y político comparado	284
5. Conclusiones. La centralidad de las instituciones	291
CAPÍTULO 5. LA EJECUCIÓN DEL MODELO DE DESCENTRALIZACIÓN SANITARIA Y LAS RELACIONES ENTRE NIVELES DE GOBIERNO	301
1. El modelo de descentralización sanitaria. La posición de los socialistas	304
2. Las relaciones entre niveles de gobierno. Coordinación y control	316
2.1. Las comisiones de coordinación de la asistencia sanitaria	316
2.2. Los convenios de colaboración sectoriales: el caso de la atención primaria	324
2.3. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud	344
3. El proceso de transferencia de la asistencia sanitaria	353
4. Conclusiones: Centralismo, intensidad y autonomía política	359
CAPÍTULO 6. EL PAPEL DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS EN LA EJECUCIÓN DE LA REFORMA SANITARIA SOCIALISTA	369
1. Universalización y financiación con cargo a impuestos	379
2. La reforma de la atención primaria y la ordenación sanitaria	392
3. Creación y regulación de los servicios de salud autonómicos	424
4. Conclusiones. El protagonismo de las Comunidades en la ejecución de la reforma	437
CAPÍTULO 7. LA CAPACIDAD DE INNOVACIÓN A NIVEL AUTONÓMICO Y LA 'REFORMA DE LA REFORMA' A NIVEL CENTRAL: LOS AÑOS 90	443
1. La reforma sanitaria catalana (1990-1995)	448
2. La 'reforma de la reforma' a nivel central	453

2.1. Las nuevas formas de organización y gestión en los años 80	454
2.2. La reforma del INSALUD y las competencias de las Comunidades del artículo 143	457
2.3. El debate sobre la reforma de la reforma en los años 90	464
3. Innovaciones organizativas y de gestión a nivel autonómico	476
3.1. La regulación de los Servicios Regionales de Salud en los 90.....	476
3.2. Innovaciones organizativas en la regulación de los centros sanitarios públicos	483
3.3. Innovaciones en la regulación del acceso a los servicios	487
4. El sistema nacional de salud en la segunda mitad de los años 90	491
5. Conclusiones. La capacidad de reforma e innovación de las Comunidades.....	496

PARTE III

CAPÍTULO 8. FINANCIACIÓN AUTONÓMICA, GASTO SANITARIO Y EQUIDAD

1. El diseño de la financiación sanitaria autonómica	508
1.1. Opciones principales de diseño del sistema de asignación territorial de los recursos.....	508
1.2. El modelo británico: la fórmula RAWP 1976.....	511
1.3. La formulación del sistema de financiación sanitaria autonómica en España	515
2. El desarrollo del sistema de financiación autonómica	521
2.1. El sistema general de financiación de las Autonomías: el modelo LOFCA	521
2.2. El subsistema de financiación sanitaria autonómica en la práctica.....	527
3. El reparto del gasto sanitario en España y la equidad interterritorial	537
4. Conclusiones. Intensidad de preferencias, autonomía política y equidad	548

CAPÍTULO 9. NECESIDADES SANITARIAS Y EQUIDAD

INTERTERRITORIAL: LA REFORMA DE LA FINANCIACIÓN
SANITARIA AUTONÓMICA.....553

1. El criterio de necesidad como garantía de equidad interterri- torial	556
1.1. El criterio de necesidad: un concepto difícil	556
1.2. Avances en la medición de las necesidades sanitarias: la fórmula RAWP 1988	559
1.3. El concepto de utilización normativa y la estimación de las necesidades sanitarias: la fórmula RAWP 1994	569
2. Las necesidades sanitarias y el gasto sanitario a nivel autonó- mico	600
2.1. El ajuste del gasto al criterio de necesidad.....	602
2.2. La evolución de las necesidades y el gasto (1981-1991)	609
3. La reforma redistributiva pendiente: alternativas principales	610
4. Conclusiones. El problema de la equidad interterritorial: una cuestión polémica	616
ANEXO.....	626

CAPÍTULO 10. DESCENTRALIZACIÓN Y REFORMA SANI-
TARIA EN ESPAÑA (1976-1996): DETERMINANTES Y
CONSECUENCIAS PRINCIPALES.....639

1. Las causas del cambio institucional.....	642
1.1. La formulación de las reformas sanitarias en España: determinantes principales	643
1.2. El caso español en perspectiva comparada: efectos de la descentralización sobre la reforma sanitaria	656
2. Beneficios y costes de la descentralización: Intensidad y autonomía como condiciones para el buen gobierno	662
2.1. Descentralización, intensidad de preferencias y efectivi- dad política.....	662

2.2. Los costes de la descentralización: coordinación central, control del gasto y equidad	664
3. La efectividad política comparada y sus causas.....	667
4. El impacto social de la descentralización: Satisfacción de los ciudadanos con la política sanitaria y legitimidad de los go- biernos autonómicos	680
BIBLIOGRAFÍA	689

AGRADECIMIENTOS

La realización de esta tesis doctoral ha sido posible gracias a la ayuda financiera y al apoyo material de múltiples instituciones. Hay que empezar, sin lugar a dudas, por el Centro de Estudios Avanzados en Ciencias Sociales del Instituto Juan March. Una beca de cuatro años, el contacto frecuente con investigadores nacionales y extranjeros de prestigio, una excelente biblioteca, un personal con una admirable capacidad de resolución de problemas y, sobre todo, el ambiente de cooperación, apoyo incondicional y crítica feroz entre los estudiantes, que son también compañeros y amigos, son algunas de las cosas que le debo a este Centro, que ha dejado una huella profunda en mi formación profesional.

La investigación ha podido completarse, además, gracias a las becas y ayudas de investigación recibidas de la Fundación La Caixa-British Council, la Fundación Joan Maragall, la Fundación Ortega y Gasset, la Fundación Argentaria y la Fundación Salud 2000. A todas estas instituciones, como a la propia Fundación Juan March, les corresponde además el mérito de apoyar y promocionar un campo de investigación relativamente nuevo en este país, como es el de la sociología y la ciencia política. Quiero dar las gracias a estas instituciones no sólo por las ayudas financieras que me han concedido, sino también por su apuesta innovadora por este campo de investigación, y por el impulso que su apoyo puede suponer para el desarrollo futuro de la investigación social en España.

Detrás de las instituciones están siempre las personas concretas que, con su confianza y empeño, contribuyen a orientar las ayudas institucionales en una determinada dirección. El carisma personal y la capacidad profesional de Víctor Pérez Díaz explican en gran medida las cualidades del propio Centro de Estudios Avanzados en Ciencias Sociales y, en especial, el prestigio y la proyección internacional de que disfruta el Centro desde sus primeros años de existencia. Monserrat Pau desde la Fundación La Caixa-British Council, Luis Gutiérrez en la Fundación Argentaria, el doctor Tresguerres desde la Fundación Salud 2000, y los responsables del programa de ayudas de investigación Fundación Joan Maragall-Fundación Ortega y Gasset, han tenido también un papel importante en el desarrollo material de esta investigación.

En el plano de los apoyos sustantivos, tengo que mencionar a Peter Smith, que supervisó algunas partes de esta investigación durante mi estancia en la Universidad de York, a Vicente Ortún de la Universidad Pompeu Fabra, a Clara Eugenia García, Pedro Rubio, Begoña Álvarez y Raquel Arévalo de la Universidad Carlos III, al personal de las bibliotecas del Departament de Sanidad de la Generalitat de Catalunya y del propio Centro de Estudios Avanzados, al departamento de prensa del Ministerio de Sanidad y Consumo, y a todos los políticos, gestores y profesionales sanitarios que han accedido a realizar largas entrevistas conmigo para ayudarme a comprender como funcionan en la práctica los servicios sanitarios centrales y autonómicos. Y, por supuesto, a mis compañeros del Centro de Estudios Avanzados, que me han proporcionado datos empíricos y referencias bibliográficas, han leído y comentado

partes de la tesis, y me han permitido beneficiarme de largos debates sobre cuestiones políticas y sociales de todo tipo. Tanto las personas como las instituciones han sido ayudas importantes para conseguir los materiales y concretar los contenidos de esta investigación.

Quiero reservar un lugar especial en esta lista de agradecimientos para José María Maravall. Su labor de supervisión de esta tesis, tan respetuosa como intelectualmente brillante, ha tenido que enfrentarse con mis dudas y retrasos constantes, a los que él ha respondido con una paciencia infinita que nunca dejaré de agradecerle. Su pasión por el análisis político es contagiosa, y ha supuesto la motivación más importante para continuar con la investigación en los momentos de desánimo. El apoyo que ha prestado siempre a la investigación sociológica y política, al rigor y al mérito profesional como únicas bases aceptables del progreso personal, su papel como director académico del Centro de Estudios Avanzados en Ciencias Sociales, y la propia calidad de su labor profesional son factores de una importancia indudable para explicar el reconocimiento internacional y el desarrollo actual de la ciencia y la práctica políticas españolas. Por último, a todos los que han intentado convencerme de que merecía la pena completar esta investigación, y que me han ayudado a llevarla a la práctica, tanto en el plano profesional como desde el ámbito personal, muchas gracias.

CAPITULO I

DESCENTRALIZACIÓN Y REFORMA SANITARIA EN ESPAÑA: PRESENTACIÓN DEL CASO DE ESTUDIO Y ESTRATEGIAS DE ANÁLISIS

El proceso de transferencias de la [asistencia sanitaria de la] Seguridad Social a las Comunidades Autónomas, a diferencia de los realizados en otros países, no intenta tan sólo realizar una descentralización administrativa, sino que se inscribe en la construcción política del Estado de las Autonomías. La consideración explícita del proceso político es necesaria para su estudio¹

El objetivo general de esta investigación es estudiar las causas y consecuencias del proceso de descentralización sanitaria en España. La relevancia del caso de estudio se deriva de sus conexiones con dos debates teóricos de importancia central en la ciencia política contemporánea: la cuestión de la estructura territorial del Estado y de sus consecuencias sobre el funcionamiento de los regímenes democráticos contemporáneos, de un lado; y, de otro, el problema de las transformaciones del Estado del Bienestar en el último cuarto del siglo XX y de las estrategias para garantizar su viabilidad política. El punto de partida de la investigación es que la descentralización sanitaria en España responde a causas propiamente políticas, y que sus consecuencias no pueden comprenderse adecuadamente sin estudiar primero los procesos políticos que dan origen a la devolución de poderes y al modelo de Estado del Bienestar sanitario durante el periodo democrático.

¹ Costas i Terrones (1989a: 318).

2/Descentralización y reforma sanitaria en España...

El argumento principal de la tesis es el siguiente. La descentralización sanitaria constituye un cambio institucional sustantivo del Estado español, que genera una redistribución importante del poder de gobierno de la sanidad. Un factor crucial dentro del proceso causal que da origen a la descentralización sanitaria es la intensidad de las preferencias de los diferentes actores políticos y sociales que participan en el proceso de formulación de políticas. Cuando las preferencias políticas intensas se hacen además extensas, de modo que la opinión pública mayoritaria apoye el lanzamiento de los cambios, las probabilidades de éxito del cambio institucional aumentan considerablemente. Estos factores políticos, junto con otros de tipo organizativo, explican además que la descentralización tenga en España un efecto global positivo sobre la prestación de los servicios sanitarios públicos, y contribuya por ello a garantizar la viabilidad futura del Estado del Bienestar sanitario.

Las consecuencias de la descentralización de las políticas de bienestar dependen en definitiva del marco institucional que regula la distribución del poder dentro del sector público, y del entorno político, económico y social que condiciona el ejercicio de la autonomía política. Las instituciones se entienden como conjuntos de reglas de decisión y de distribución del poder de naturaleza tanto formal como simbólica, que cristalizan y expresan consensos y conflictos de carácter social, ideológico y político. Estos conjuntos de reglas y valores existen tanto dentro como fuera de las organizaciones que forman parte del sector público. La Constitución, los Estatutos de Autonomía, y la Ley General de Sanidad constituyen la fuente principal de las reglas institucionales externas que condicionan la acción política de las organizaciones que integran el Sistema Nacional de Salud. Las reglas institucionales internas por las que se rigen estas organizaciones son a su vez el producto de la legislación sanitaria central y autonómica que se aprueba durante el periodo de estudio.

Las instituciones públicas son el resultado de procesos de formulación de políticas; su definición se realiza a través de corpus legislativos que constituyen la base del derecho constitucional, político y administrativo de los Estados; su funcionamiento en la práctica depende no sólo de sus aspectos formales, sino del entorno social, económico y político en el que se desenvuelven. Por ello, el estudio

del cambio institucional requiere la combinación de varias disciplinas teóricas de las ciencias sociales. En concreto, a lo largo de esta investigación se combinan de un modo flexible el análisis de políticas públicas y las teorías sociológicas, políticas y económicas contemporáneas que tratan de explicar los procesos de descentralización territorial del Estado y las reformas del Estado del Bienestar que tienen lugar durante el último cuarto de este siglo.

1. Perspectiva de análisis y objetivos de la investigación

La idea original de esta investigación, en su fase de proyecto, era realizar un estudio estadístico comparado de las consecuencias de la descentralización sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios públicos en dos Comunidades Autónomas, y desde una perspectiva micro. La delimitación preliminar del caso de estudio y la selección del nivel de análisis se inspiraron en la convicción de que los estudios con objetivos demasiado ambiciosos resultan difíciles de realizar, especialmente cuando sus autores tienen una experiencia de investigación limitada, y de que los factores en los que deben concentrarse las reformas orientadas a garantizar un funcionamiento adecuado de los servicios públicos son principalmente de naturaleza microinstitucional. Sin embargo, los proyectos de investigación deben adaptarse progresivamente en función de la disponibilidad de datos y de las lagunas que afectan a la investigación previa sobre el tema. Los objetivos de esta investigación, como los de otras muchas, han sufrido una transformación notable durante el curso de su realización.

El problema principal con el que esta investigación tuvo que enfrentarse en su primera etapa es que los datos primarios existentes sobre los servicios sanitarios públicos son tan limitados, y de calidad tan baja que un estudio estadístico riguroso de las consecuencias de la descentralización sobre la prestación de los servicios públicos era poco menos que descabellado. Las dificultades para conseguir información detallada sobre una de las dos Comunidades Autónomas que figuraban en el proyecto inicial me hicieron descartar más tarde la comparación en profundidad de dos casos de estudio. Para entender las consecuencias de la descentralización, me pareció desde un primer

4/Descentralización y reforma sanitaria en España...

momento imprescindible disponer de información secundaria suficiente sobre los procesos políticos que dan origen al Estado de las Autonomías, a la reforma sanitaria socialista, y a la propia descentralización sanitaria autonómica. Para mi sorpresa, ninguno de estos tres temas había sido objeto de una atención suficiente por parte de la investigación previa, con la excepción parcial de los aspectos jurídicos y constitucionales de la estructura territorial del Estado. Las lagunas en este sentido afectaban además tanto a los aspectos teóricos como a los propiamente empíricos.

Estas circunstancias son las que motivaron la selección y definición final del objeto de estudio. A mi manera de ver, los estudios que acotan el problema de investigación dentro de unos límites temporales y formales estrictos permiten profundizar de un modo adecuado en los aspectos cualitativos del problema, así como complementar la evidencia cualitativa con un análisis estadístico que dote de rigor metodológico y capacidad de generalización a los resultados de la investigación. Este tipo de investigaciones son además más sencillas de realizar y más fáciles de publicar en el contexto académico presente que los estudios que, debido a una definición demasiado amplia del objeto de estudio, tienen que sacrificar parcialmente la profundidad y el rigor en el análisis para abarcar adecuadamente el conjunto de determinantes de un fenómeno social concreto.

Cuando no existe suficiente información previa, o la calidad de la misma es dudosa, el investigador social se enfrenta al siguiente dilema. Una primera alternativa es continuar con la idea inicial de realizar un estudio cuantitativo con el objetivo de generar explicaciones que aparezcan refrendadas por el análisis estadístico. El *glamour* académico está entonces relativamente asegurado, pero la investigación constituye frecuentemente un fraude, debido a la mala calidad de los datos y a la falta de comprensión de los aspectos más globales del problema, al no haber sido éstos objetos de la investigación previa. La segunda opción consiste en emprender un estudio cualitativo de amplio alcance, con objetivos principalmente exploratorios y descriptivos, y que responda a la finalidad de generar información nueva y explicaciones tentativas que sirvan de ayuda para la investigación futura. Las dificultades y los límites con los que se

enfrenta un estudio de este tipo aparecen reflejados en las páginas que siguen.

Sin embargo, en países en los que la investigación social está dando aún sus primeros pasos, alguien tiene que hacer este trabajo básico. La primera aproximación al tema de estudio cuando no existen aún datos suficientes debe enmarcarse, a mi parecer, dentro de la segunda opción de diseño señalada en el párrafo anterior. Por ello, está siempre sujeta a los límites y dificultades mencionados. Pero al menos puede contribuir decisivamente a que la investigación futura se concentre en el análisis riguroso del fenómeno social a un nivel más abarcable y desde una perspectiva micro, sin tener que empezar por plantearse el problema de la generación de la información más básica, ni la cuestión de los macroprocesos políticos necesarios para comprender el origen y la propia naturaleza del caso de estudio.

Como consecuencia de estos planteamientos metodológicos, el objeto de estudio se afronta desde una perspectiva de análisis muy amplia. El objeto de la investigación son las causas, el desarrollo y las consecuencias de la descentralización sanitaria; los casos de estudio son las 17 Comunidades Autónomas españolas y el propio Estado central; el análisis incluye aspectos sociales, políticos, económicos y jurídicos de la descentralización, así como las fases de diseño, formulación, ejecución e implantación de las políticas sanitarias desarrolladas a nivel central y autonómico; y el periodo de estudio cubre los primeros veinte años de existencia del régimen democrático español.

En cuanto a los procesos causales que dan origen a la estructura descentralizada de gobierno de la sanidad, los objetivos empíricos consisten en empezar por generar y reunir información básica, así como describir adecuadamente los procesos políticos paralelos de construcción del Estado de las Autonomías y de reforma de las políticas sociales iniciados en 1976, y cuyas características principales se concretan durante el periodo 1976-1986. Estos dos grandes procesos explican a su vez muchas de las características institucionales formales e informales del modelo de descentralización sanitaria, que se considera en esta primera fase como la variable dependiente de la investigación.

6/Descentralización y reforma sanitaria en España...

El estudio de las causas de la descentralización sanitaria en España pretende además construir un marco teórico original sobre los determinantes de los cambios institucionales sustantivos del Estado. Las reformas institucionales del Estado del Bienestar han sido objeto de una atención considerable por parte de la investigación sociológica y politológica previa, que resulta de considerable ayuda para elaborar el marco teórico citado. Sin embargo, no existe una explicación adecuada de los procesos de descentralización territorial de Estado, por lo que la reflexión teórica sobre los condicionantes del cambio institucional se centra principalmente en este tema.

El tema de las consecuencias de la descentralización es a mi manera de ver mucho más complicado, y a la vez de mayor relevancia práctica que el tema de sus causas. Por ello, y porque constituye desde un principio mi interés principal de investigación, se le dedica una mayor atención a lo largo de la tesis. La finalidad global de esta parte de la investigación es evaluar los cambios introducidos por la descentralización en el contenido, la organización y la gestión de las prestaciones sanitarias públicas. Por ello, el modelo institucional de descentralización sanitaria se considera en esta parte de la tesis en tanto variable independiente. El interés principal de esta tarea consiste en determinar si los efectos reales de la descentralización sanitaria se ajustan a las expectativas teóricas y a las experiencias internacionales sobre sus ventajas e inconvenientes.

Las hipótesis teóricas que constituyen el punto de partida para analizar la evidencia empírica sobre el caso español se elaboran del siguiente modo. La investigación sobre las consecuencias de la descentralización ha sufrido importantes desarrollos durante el último cuarto de este siglo, tanto desde el punto de vista de la ciencia política y la sociología como por parte del análisis económico contemporáneo. Sin embargo, estos trabajos muchas veces no elaboran sus conclusiones teóricas de un modo explícito, mientras que éstas no han sido objeto aún de una revisión y elaboración teórica sistemáticas. La investigación presente se plantea pues como objetivo elaborar un marco teórico coherente sobre las consecuencias de la descentralización que sirva de guía para el estudio del caso español.

En cuanto al análisis empírico de las consecuencias de la descentralización sanitaria en España, la tesis examina sus efectos con

respecto a las tres dimensiones principales para garantizar la prestación adecuada de servicios públicos: (1) el control y la responsabilidad política (accountability) sobre la prestación de servicios públicos, que en un Estado descentralizado dependen crucialmente de las relaciones entre niveles de gobierno, y entre gobiernos autonómicos y ciudadanos; (2) la efectividad política en el gobierno y la gestión de los servicios, entendida como grado de consecución de los objetivos programáticos; y (3) la equidad en la prestación de servicios públicos, un tema que se aborda desde el punto de vista de la distribución territorial de los recursos sanitarios públicos y de su ajuste a las necesidades sanitarias autonómicas.

2. Naturaleza y relevancia del caso de estudio

Conviene aclarar, para empezar, cuáles son las características que definen el proceso de descentralización español y que lo diferencian de otros procesos semejantes en el ámbito europeo. La Constitución Española de 1978 configura un modelo de Estado en el que las funciones legislativas y ejecutivas asignadas a las Comunidades Autónomas van más allá de la mera desconcentración administrativa para constituir una verdadera descentralización política. En cuanto a la regulación de las relaciones entre niveles de gobierno y al énfasis que se le concede al nivel regional, la estructura territorial del Estado español se asemeja a la francesa y a la italiana, donde los cambios que se introducen en la estructura territorial del poder estatal durante los años 60 y 70 descentralizan competencias importantes al nivel regional de gobierno, sin abandonar formalmente algunos rasgos fundamentales del modelo de Estado unitario (Wright, 1984; Mény, 1986; Tamames y Clegg, 1984; Borja, 1986). En contraste, las reformas en los países anglosajones y escandinavos tienden a situar el énfasis a nivel local (Sharpe, 1988; Ashford, 1988; Kjellberg, 1988; Borja, 1986), mientras que la distribución territorial del poder en Austria, Alemania y Suiza coloca formalmente a estos países dentro del modelo federal (Hrbek, 1986; Borja, 1986).

El desarrollo institucional del concepto de descentralización en España consiste principalmente en la asunción por parte de los

8/Descentralización y reforma sanitaria en España...

parlamentos y los gobiernos autonómicos de competencias legislativas y ejecutivas con respecto a un conjunto importante de políticas públicas (en contraste con los Estados unitarios), sin que el nivel autonómico disponga, sin embargo, de un grado de corresponsabilidad fiscal destacado (a diferencia de lo que ocurre en la mayoría de los Estados federales). Estas nuevas competencias atribuidas a las Comunidades vienen acompañadas de la capacidad de autonormación en el diseño de las instituciones autonómicas que han de ocuparse de las nuevas funciones descentralizadas. Como consecuencia del énfasis concedido a las Autonomías en la Constitución, las responsabilidades y competencias de los gobiernos locales, así como sus modos de organización y funcionamiento, pasan a ser regulados por las Comunidades Autónomas, que disponen de la capacidad legislativa y la responsabilidad política para transformarlos. El desarrollo global del proceso de descentralización² supone pues, en primer lugar, la constitución en las Comunidades Autónomas de nuevas instituciones representativas, ejecutivas y de gestión, que reciben plenas competencias políticas y administrativas para la formulación y ejecución de las políticas públicas. En segundo lugar, las agencias del gobierno central encargadas de las funciones descentralizadas han de modificar correlativamente su estructura y funciones, así como sus modos de relación con el resto de niveles de gobierno del Estado (local y autonómico). Una tercera transformación prevista de la estructura territorial del Estado es la transferencia de

² Se utiliza aquí el término 'proceso de descentralización' para referirse al periodo de ejecución e implantación del modelo territorial de Estado. La formulación de la política de descentralización comienza con la elaboración de la Constitución y la redacción de los Estatutos autonómicos; y finaliza, en el caso de la descentralización sanitaria, con la aprobación de la Ley General de Sanidad en abril de 1986. Como ocurre en el caso de otras políticas públicas del periodo democrático, la descentralización sanitaria comienza a implantarse antes de que se haya acabado de formular el marco legislativo que regula sus aspectos formales: el ejemplo más importante a este respecto es la transferencia a Cataluña y Andalucía de los recursos y funciones necesarios para ejercer las competencias de asistencia sanitaria de la Seguridad Social antes de que se apruebe la Ley General de Sanidad.

los medios y recursos sanitarios locales de los entes locales a las Comunidades Autónomas.

En el caso concreto de la política sanitaria, es necesario realizar una primera distinción entre las competencias de salud pública y las de asistencia sanitaria de la Seguridad Social³. Aunque la tesis se centra principalmente en la asistencia sanitaria, que constituye el programa sanitario de mayor peso y relevancia política, las competencias de salud pública se incluyen también en el análisis en cuanto repercuten en las de asistencia sanitaria. El proceso de transferencia de los medios y recursos necesarios para ejercer las competencias de salud pública comienza en septiembre de 1979, con los traspasos simultáneos a Cataluña y el País Vasco, y se extiende a las 15 Comunidades restantes entre diciembre de 1979 y diciembre de 1986.

Los traspasos en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social comienzan en el otoño de 1981, momento en que se transfieren los centros y servicios del INSALUD a la Generalitat de Cataluña. Las otras seis Comunidades con competencias en materia de gestión de la Seguridad Social reciben los traspasos durante el periodo 1984-1994: Andalucía (1984), País Vasco (1988), Comunidad Valenciana (1988), Galicia (1991), Navarra (1991) y Canarias (1994). El desarrollo temporal del proceso depende de la iniciativa del gobierno central, y de los problemas para llegar a un acuerdo entre los representantes de las Administraciones central y autonómica en el marco de las Comisiones Mixtas de Transferencias, previstas en el marco constitucional.

³La distinción entre salud pública y asistencia sanitaria se ha canalizado tradicionalmente en España a través de dos subsistemas sanitarios públicos (Ruiz-Jiménez, 1990): (1) El subsistema de la Sanidad Pública, encargado de los aspectos preventivos (educación sanitaria, vacunaciones, publicidad sanitaria), de salubridad del medio ambiente, del control alimentario, de la antigua red sanitaria rural, de algunas enfermedades concretas, como la tuberculosis y las enfermedades mentales, y de la policía mortuoria. (2) El subsistema de la Seguridad Social, uno de cuyos cometidos es la garantía de la asistencia sanitaria para el tratamiento y curación de la enfermedad. Este segundo subsistema es el de mayor importancia dentro del sector público sanitario, ya que canaliza el 90% del gasto sanitario público y la mayoría de sus recursos materiales y humanos.

En el campo sanitario, las instituciones sanitarias centrales conservan la prerrogativa de formular la legislación básica, junto con las funciones de coordinación, supervisión, financiación y redistribución territorial de recursos, que se ejercen fundamentalmente a través de dos agencias administrativas centrales: el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (comité conjunto integrado por representantes del Estado central y de las Comunidades Autónomas descentralizadas), y la Dirección General de Alta Inspección y Relaciones con las Administraciones Territoriales, integrada dentro del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Las preguntas de la investigación

En este contexto, los interrogantes que la tesis pretende responder se dividen en dos grupos. Un primer grupo de preguntas se refiere a las causas de la reforma sanitaria y de la descentralización del Estado, y en concreto, a los factores políticos y organizativos que explican la adopción del modelo institucional específico de descentralización sanitaria español. El segundo grupo de preguntas de investigación se refiere a los efectos de la devolución de poderes a las Comunidades Autónomas. El tema de las consecuencias de la descentralización ocupa un lugar central en la tesis, y se aborda a través de cinco preguntas de investigación relacionadas

(1) La primera cuestión que la tesis se plantea a este respecto es la incidencia de la descentralización sanitaria sobre las relaciones entre niveles de gobierno, y sobre el control de los servicios sanitarios públicos. En concreto, la pregunta se plantea en los siguientes términos: ¿qué efectos ejerce la institucionalización de un nuevo modelo de relaciones entre los diferentes niveles del sector público sanitario español sobre el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud?

(2) Además de introducir cambios en las relaciones entre niveles de gobierno, la descentralización sanitaria se plasma principalmente en la aparición de un nuevo nivel territorial de gobierno, el nivel autonómico, como alternativa al modelo central de provisión de servicios públicos. En este nivel de análisis, la pregunta principal que

esta investigación se propone responder es si la descentralización del poder político y administrativo a unidades territoriales de menor tamaño, y más próximas a la comunidad a la que se dirigen los servicios públicos descentralizados supone o no una mejora en el funcionamiento de los mismos, en el sentido de aumentar la efectividad y la equidad en la prestación de servicios.

(3) En cuanto a la efectividad política en el gobierno de la asistencia sanitaria, la tesis se plantea dos cuestiones relacionadas más concretas. De un lado, se pretende comprobar si las Comunidades Autónomas con competencias sanitarias muestran una capacidad de reforma e innovación mayor o menor que la del Estado central. En este caso, España constituye el caso de investigación más idóneo para responder a esta pregunta desde una perspectiva internacional. El modelo asimétrico de distribución del poder en España, por el que la asistencia sanitaria del 60% de la población está en manos de las Comunidades Autónomas, mientras que el 40% restante permanece bajo la autoridad del Estado central, presenta importantes ventajas metodológicas. Este modelo institucional permite controlar las circunstancias nacionales comunes, y comparar las consecuencias del gobierno centralizado versus el descentralizado en una variedad de entornos políticos, económicos y sociales autonómicos, los que caracterizan a las Comunidades con y sin competencias.

(4) De otro lado, la tesis pretende comparar el grado de efectividad política de los distintos gobiernos autonómicos, o en otros términos, responder a la pregunta sobre la convergencia/divergencia entre las políticas sanitarias autonómicas. Esto supone realizar un análisis comparado de la formulación y ejecución de políticas de asistencia sanitaria por parte de las Comunidades Autónomas con competencias en materia de Seguridad Social; así como la capacidad de reforma e innovación de todas las Comunidades en cuanto a las competencias sanitarias compartidas.

(5) Una cuestión relacionada, sobre la que la tesis sólo pretende aventurar algunas hipótesis tentativas, es la que se refiere a los factores que explican las diferencias o semejanzas que afectan al gobierno de la sanidad en los distintos territorios que componen el Estado español.

La relevancia teórica y empírica de la descentralización sanitaria se deriva de su conexión con dos problemas fundamentales de los Estados contemporáneos: su estructura territorial y sus responsabilidades en tanto Estado del Bienestar. En primer lugar, tanto el origen como las consecuencias de la descentralización sobre áreas claves de actividad del Estado son cuestiones fundamentales para evaluar la viabilidad de la nueva estructura territorial del Estado consagrada por la Constitución, cuya importancia histórica en el contexto europeo ha sido puesta de manifiesto por Yves Mény (1986:1) en los siguientes términos:

"No es tanto la existencia de la cuestión regional lo que constituye una novedad (en estos tres países es notable por su permanencia), sino el hecho de que las aspiraciones percibidas previamente como expresión de intereses minoritarios y marginales den lugar a un proceso de devolución de poderes por el que se institucionalizan nuevas estructuras de gobierno. En estos tres países la reforma de la estructura territorial del Estado constituye, como mínimo un cambio importante (Francia), y en algunos casos, *una de las innovaciones institucionales más radicales en la historia de estos países* (Italia, España)⁴"

En el caso de España, la estructura territorial del Estado es un elemento clave para garantizar la propia legitimidad del mismo, debido a la existencia de unos nacionalismos periféricos poderosos y con una fuerte proyección política a partir del inicio de la transición a la democracia, lo que dota a la descentralización autonómica de una particular relevancia constitucional y política. Además, la importante autonomía política con la que cuentan algunas Comunidades concede un carácter especialmente significativo al caso español, en contraste con los casos italiano y francés.

⁴ Muchas de las citas que se reproducen a lo largo de la investigación provienen de fuentes publicadas en inglés o en otros idiomas. La política seguida a este respecto es traducir personalmente los fragmentos que aparecen citados en el texto, sin incluir en cada caso la típica advertencia 'la traducción es mía'.

Las consecuencias de la descentralización sobre el funcionamiento de los servicios públicos, en concreto, constituyen una variable fundamental para evaluar la viabilidad y las posibilidades de futuro del Estado de las Autonomías. La implantación social y la aceptación política de las nuevas instituciones autonómicas depende en gran medida de la capacidad de gestión, y de satisfacción de las necesidades de los ciudadanos, que los políticos y administradores que las dirigen sean capaces de desarrollar.

Un factor que dota de una particular relevancia empírica a la estructura territorial del Estado en España, desde un punto de vista internacional, es precisamente su carácter asimétrico. Conviene detenerse brevemente en esta cuestión, señalada de pasada más arriba. El modelo español tiene algunos rasgos semejantes a los de un experimento científico natural, en el sentido de que permite controlar algunas variables claves, que son homogéneas para todas las Comunidades, y constatar por ello de un modo adecuado los efectos de otros factores que presentan una considerable variedad empírica a nivel autonómico. Este naturaleza específica del caso español abre interesantes posibilidades para la investigación política.

En términos más concretos, las diferencias constitucionales entre las Comunidades de *vía lenta* y las Comunidades de *vía rápida* suponen que en el caso de algunos servicios públicos fundamentales, como la sanidad o la educación, prácticamente la mitad de la población está gobernada centralmente y la otra mitad de un modo descentralizado durante un largo periodo de tiempo. Dentro de estos dos grandes bloques, existen Comunidades ricas y pobres, con culturas políticas y características sociodemográficas muy distintas, y gobernadas por partidos de adscripciones ideológicas diferentes. Esta situación resulta excepcional en perspectiva internacional comparada, y dota al caso español de unas características óptimas para la investigación empírica sobre la descentralización y sus consecuencias.

En este sentido, es importante señalar que durante el último cuarto del siglo, la descentralización territorial del Estado es un proceso político que se extiende a la mayoría de las naciones del planeta. Como hemos visto en las páginas anteriores, la devolución de poderes a los gobiernos subnacionales se produce en la mayoría de

los países europeos a lo largo de los años 60 y 70. Desde los años 80, la descentralización política del Estado se extiende también a otros países avanzados, como Estados Unidos y Japón, así como a 63 de los 75 países en vías de desarrollo con más de 5 millones de habitantes, en este caso debido principalmente a las presiones y recomendaciones del Banco Mundial y otras instituciones financieras vinculadas a las Naciones Unidas. Estas recomendaciones se basan principalmente en las expectativas teóricas, favorables a la descentralización, desarrolladas por el análisis económico contemporáneo, y no a la evidencia empírica contrastada sobre sus efectos. Ello refuerza la necesidad de evaluar de un modo riguroso las consecuencias de la descentralización en los países donde esta reforma institucional lleva en marcha un periodo de tiempo suficiente como para que los resultados de la evaluación sean fiables.

De otro lado, el tema de la descentralización es también relevante para analizar la viabilidad futura del Estado del Bienestar. La evaluación de los efectos de la devolución de poderes sobre el control político, la efectividad y la equidad en el gobierno y la administración de las políticas de bienestar puede ayudar a determinar si la gestión descentralizada constituye una alternativa institucional que permite superar los límites del modelo centralizado burocrático de provisión de servicios sociales públicos, o en otras palabras, en tanto fuente de posibles soluciones a los problemas que afectan al Estado del Bienestar desde el inicio de la crisis económica (Kjellberg y Dante, 1988; Perera, 1989; Mezo, 1990; Borja, 1986; Espasa, 1990). El experimento regional, en cuanto innovación política y organizativa orientada a promover el aumento de la efectividad administrativa y la eficiencia financiera del Estado del Bienestar, adquiere además mayor relieve debido a que su principal alternativa, la provisión privada de los servicios sanitarios públicos, no ha conseguido aún resultados claramente favorables (Imniertgut, 1990; Saltman, 1997).

Un hecho importante a tener en cuenta aquí es que la descentralización de la sanidad en España constituye prácticamente un caso de estudio único, debido a su especificidad con respecto a otros programas de bienestar y a otros países europeos. La descentralización autonómica no afecta en España, para empezar, a

otros programas sociales importantes, como las pensiones o las prestaciones por desempleo. Además, los gobiernos subnacionales no disponen en ningún otro país de Europa de competencias normativas semejantes a las de las Comunidades españolas. En otras palabras, el grado de autonomía política del nivel autonómico de gobierno es considerablemente más alto que en los países federales europeos⁵. De otro lado, el proceso de descentralización sanitaria no se extiende a otros países del sur de Europa como Grecia y Portugal, cuyas trayectorias en cuanto a la reforma sanitaria son muy semejantes a la española.

La naturaleza específica del modelo de descentralización autonómica de la sanidad aumenta su relevancia teórica y empírica, mientras que permite replantear algunas de las preguntas de investigación presentadas anteriormente en términos más concretos. ¿Porqué la devolución de poderes afecta en España sólo a la política sanitaria y no a otras políticas de bienestar?; ¿porqué se descentraliza la sanidad en España, y no en otros países del sur de Europa?; ¿cuáles son los factores condicionantes de que la descentralización regional adquiriera en España un profundo cariz político, que no se da en otros países de nuestro entorno?; ¿qué consecuencias tiene la descentralización política sobre la democracia y el Estado del Bienestar, en contraste con la descentralización administrativa?

3. La investigación previa sobre la descentralización y la reforma sanitaria

La importancia práctica de la investigación que se propone se deriva sobre todo de encuadrarse en un campo de investigación relativamente nuevo, como lo es el de las conexiones entre las transformaciones institucionales en la estructura territorial del Estado y la conflictiva evolución de las políticas de bienestar en el último cuarto del siglo veinte (Kjellberg y Dante, 1988). Dentro del

⁵ Sobre la comparación del caso español con otros países europeos en cuanto a la naturaleza y amplitud de las competencias sanitarias atribuidas al nivel regional de gobierno, ver, por ejemplo, Ortún (1983).

contexto europeo, el fenómeno concreto de la descentralización autonómica y regional, en tanto estructuras territoriales a mitad de camino diferentes del modelo federal y del modelo de Estado centralizado unitario ha recibido menor atención comparativa debido a su carácter reciente en relación a la autonomía municipal o federal (Borja, 1986; Morgan, 1986; Hebbert y Machín, 1984).

La génesis y la plasmación jurídica de estos nuevos tipos de estructura territorial han sido hasta el momento los objetos principales de investigación, mientras que las consecuencias políticas y administrativas del experimento regional han recibido menor atención⁶. Además, aunque existe una buena cantidad de reflexiones académicas sobre los procesos políticos que dan origen a estos nuevos modelos de Estado, escasean las investigaciones con pretensiones teóricas que tengan una base empírica sólida. En este sentido, Wright destaca la imposibilidad de avanzar en la comprensión y evaluación del proceso de regionalización hasta que no se realicen estudios empíricos en este campo. En palabras del propio autor (1984:100):

"La penúltima razón que dificulta una evaluación global es el estado presente de nuestros conocimientos. Se han escrito una considerable cantidad de trabajos hasta el momento sobre la regionalización... pero...todavía queda mucho trabajo por hacer en el terreno empírico. Sabemos demasiado de las pequeñas minorías proclives

⁶ Sobre la génesis y plasmación legislativa y política de los procesos de regionalización que se desarrollan en Francia, Italia y España, existen cuatro monografías importantes de las cuáles yo tengo noticia, que ofrecen recopilaciones bibliográficas de lo escrito sobre este tema hasta el momento de su publicación: Rousseau y Zariski (1987), Morgan (1986), Meny y Wright (1985), y Hebbert y Machín (1984). Además, Borja (1986) realiza una selección de los títulos más importantes para los casos italiano y francés. Para el caso italiano, ver también los trabajos de Putnam y colaboradores (1983, 1987 y 1993), que tratan además el tema de las consecuencias de la regionalización, e incluyen las referencias bibliográficas pertinentes. Con la excepción de los trabajos de Putnam y colaboradores, ninguna de las demás contribuciones afronta el tema de la descentralización desde una perspectiva de investigación rigurosa, basada en el análisis sistemático de la evidencia empírica y orientada a la construcción de un modelo teórico contrastable. Las referencias relativas al caso español serán objeto de una atención más pormenorizada a continuación.

a la violencia en el País Vasco español, en la Bretaña francesa o en Córcega, pero muy poco sobre la ejecución e implantación del experimento autonómico, sobre sus efectos en cuanto a las políticas públicas, sobre la naturaleza de las relaciones entre Ministerios específicos y élites regionales concretas, o entre élites regionales y otras élites locales"

De otro lado, el tema más general del cambio institucional y de la evaluación de su impacto sobre las políticas públicas, salvo notables excepciones, tampoco ha recibido atención suficiente en los últimos cuarenta años.⁷ Este problema se ha paliado considerablemente en el campo de estudio del Estado del Bienestar durante los años 90, pero sigue siendo importante en cuanto al tema de la descentralización sanitaria. La mayoría de las teorías económicas y políticas que tratan de dar cuenta de la descentralización del poder en las organizaciones mantienen aún explicaciones de corte funcionalista y elitista, y no

⁷ La afirmación de que la evaluación de las relaciones entre instituciones y políticas ha sido un campo de investigación relativamente olvidado por la investigación social hasta bien entrados los años 80 proviene de Putnam (1987), que fundamenta esta afirmación a lo largo de las 10 primeras páginas del artículo aquí citado. El autor llama la atención sobre la importancia de la evaluación del funcionamiento de las instituciones, en tanto respuesta a una de las dos preguntas básicas de la ciencia política de todos los tiempos: *who governs?* y *how well?* Mientras que la primera pregunta ha sido el foco principal de atención de la ciencia política contemporánea, la segunda, directamente relacionada con el tema de las consecuencias de diferentes diseños institucionales, ha recibido una atención menor. De acuerdo con Putnam, las causas de esta menor atención relativa se refieren principalmente a la necesaria perspectiva evaluativa con la que hay que afrontar este problema de investigación, y a las implicaciones normativas que conlleva. En las páginas citadas de este artículo, Putnam desarrolla una excelente discusión sobre los principales títulos y argumentos de la escasa literatura aparecida en los últimos cuarenta años sobre la evaluación de las consecuencias de las instituciones sobre las políticas. Como se menciona en la nota anterior, los trabajos de Putnam y su equipo de investigación constituyen una excepción a esta tendencia. Debido a la importancia de los mismos para la definición del diseño de investigación, sus hipótesis y resultados principales se discuten en el apartado dedicado al marco teórico en el que se basa la presente investigación.

consideran adecuadamente el proceso político a través del cual se produce la reforma de las instituciones.

Dentro del panorama general de escasez de estudios que traten el tema de los orígenes de la descentralización y de su impacto sobre el funcionamiento de las políticas de bienestar, el caso de España no constituye una excepción. En cuanto al tema general del Estado de las Autonomías, existe una bibliografía relativamente abundante, que se centra fundamentalmente, en los aspectos jurídico-formales de la estructura territorial del Estado⁸. La indefinición que caracteriza al Título VIII de la Constitución, en donde se describen las bases jurídicas de la nueva estructura descentralizada, ha motivado la emergencia de un amplio debate jurídico y técnico orientado a aclarar y concretar los aspectos más ambiguos del texto constitucional⁹.

Existen además algunas monografías y artículos interesantes que describen los detalles del proceso político de construcción del Estado de las Autonomías¹⁰, así como algunos otros que pretenden realizar una primera reflexión acerca de los efectos generales del proceso de descentralización sobre las instituciones y la función pública autonómicas¹¹, sobre la hacienda, el gasto público y las economías

⁸ Como así lo ponen de manifiesto Tamames y Clegg (1984:53): "El debate político...en España sobre la cuestión de la descentralización y la autonomía regional se ha limitado hasta el momento a los aspectos jurídicos formales...Con todas las Comunidades Autónomas ya establecidas, y el proceso de transferencias a punto de concluir, la atención debería desplazarse hacia el tema más concreto de los efectos de la descentralización sobre las políticas públicas y sus resultados, particularmente en relación con el importante problema de la crisis económica y social que afecta en la actualidad a España. Mi examen de la literatura publicada sobre el tema entre mediados de los 80 y mediados de los 90 me permite afirmar que la situación de la investigación sobre la regionalización, tanto en España como en otros países europeos, no se ha modificado sustantivamente con respecto a lo afirmado por los diferentes autores citados en el texto.

⁹ Algunas de las contribuciones significativas a este debate pueden encontrarse en Muñoz Machado (1982), Jiménez-Blanco (1985), y García de Enterría (1985)

¹⁰ Ver, por ejemplo, Fusi (1996) y de Riquer (1996).

¹¹ Ver sobre todo los artículos de Morell Ocaña (1989) y Ballesteros (1989) y la monografía de Muñoz Machado (1980) sobre el tema de la función pública y la burocracia.

regionales¹², y sobre la legitimación política y la contribución a la integración social del experimento regional¹³.

La mayoría de estas publicaciones se limitan a trazar un panorama descriptivo general de la situación de determinados aspectos jurídicos, organizativos, políticos, o económicos de la descentralización. Escasean en general los estudios comparativos y empíricos sistemáticos que tracen la relación entre instituciones particulares y resultados políticos concretos, o que intenten evaluar el funcionamiento global de las Comunidades Autónomas en campos de actuación específicos.

Una investigación que merece un párrafo aparte es la emprendida por el Equipo de Rendimiento Autonómico (E.R.A.), en el que se integran algunos de los expertos españoles más destacados sobre el tema de la descentralización, cuyo objetivo principal es aplicar en España la investigación realizada por Putnam y colaboradores (1993) con respecto a las regiones italianas. El diseño de la investigación incluye (a) un estudio de las élites políticas y administrativas autonómicas, (b) una evaluación sistemática de la cuantía, contenido y calidad del total de la legislación autonómica aprobada durante sus

¹² Ver los artículos de Jiménez-Blanco (1989), Barea (1989) y Castells (1989) en el libro *Pasado, presente y futuro de las Comunidades Autónomas*, editado por Martín Retortillo, así como las obras colectivas *Las economías regionales en la España de los 90* (1991), *El Estado de las Autonomías* (1991) y *España a debate* (1991), que agrupan las contribuciones más recientes al estudio del funcionamiento de las instituciones y las políticas económicas globales y sectoriales en el ámbito regional. Sobre este tema, ver también los monográficos publicados periódicamente en *Papeles de Economía Española*. El tema de la financiación y la hacienda pública autonómicas ha sido sin duda el objeto preferente de la investigación sobre la descentralización; algunas de las contribuciones más relevantes a este debate aparecen periódicamente publicadas en las revistas del Instituto de Estudios Fiscales (*Hacienda Pública y Presupuesto y Gasto Público*)

¹³ Ver el artículo de Pérez Díaz (1987), que incluye además un estudio de las causas y procesos políticos que dan lugar a la descentralización; los trabajos que describen la evolución de la opinión pública sobre el Estado de las Autonomías (Jiménez-Blanco, García Ferrando, López-Aranguren y Beltrán, 1977; López-Aranguren, 1983; García Ferrando, 1982; y García Ferrando, López-Aranguren y Beltrán, 1994); así como el apartado final de la obra de García de Enterría (1985) citada más arriba.

primeros quince años de existencia, (c) varios índices comparados de innovación, intervencionismo político, y amplitud temática y sectorial de las políticas públicas autonómicas, (d) un estudio en profundidad de la formulación, ejecución e implantación de la política de medio ambiente, a la que pueden añadirse otras políticas públicas en el futuro, (e) una serie de experimentos naturales sobre la capacidad de respuesta de las administraciones autonómicas, y (f) una recopilación y generación de datos que describen la evolución de la opinión pública sobre el Estado de las Autonomías, y los procesos de legitimación de las instituciones políticas autonómicas y de construcción de identidades colectivas entorno a las mismas. Se trata, pues, de un estudio de interés sin precedentes dentro del análisis político de la descentralización autonómica, cuyos primeros resultados se publican en el año 1997¹⁴.

En relación al tema concreto de la descentralización sanitaria, la situación es muy semejante, en cuanto a los límites que afectan a las contribuciones académicas sobre el tema. Los aspectos jurídicos, formales y técnicos del proceso de descentralización han sido el foco principal de atención hasta el momento. Además, durante sus diez primeros años de existencia, tanto el funcionamiento de las instituciones sanitarias descentralizadas como la evaluación de la reforma sanitaria en España han recibido muy escasa atención por parte de la investigación social¹⁵.

¹⁴ Ver el extenso monográfico publicado en E.R.A. (1997) (bajo el título *75 años de experiencia autonómica: un balance*, y como Parte Quinta del informe anual publicado por la Fundación Encuentro). Este monográfico presenta algunos resultados preliminares para ocho Comunidades, y sobre la mayoría de los aspectos señalados más arriba, con excepción del análisis de la política medioambiental citado. El Informe de la Fundación en el que se publica este monográfico condene además una recopilación y elaboración de series históricas de datos autonómicos de todo tipo referidos al periodo 1980-1995. En general, los datos contenidos tanto en el informe como en el monográfico del equipo E.R.A. suponen un avance muy importante en cuanto a la información disponible sobre el tema de la descentralización, que, junto con los proyectos del equipo de trabajo citado, permiten augurar un importante desarrollo de la investigación futura sobre este tema. Desafortunadamente, el informe cayó en mis manos cuando tanto la elaboración como la redacción de esta tesis doctoral estaban ya cerradas.

¹⁵ Los únicos trabajos publicados que conozco son los siguientes. En cuanto

4. El diseño de la investigación: marco teórico, materiales y metodología

A modo de resumen de lo dicho hasta el momento, los objetivos de esta investigación incluyen tres problemas analíticos distintos: la explicación de las causas del cambio institucional que la descentralización representa, la determinación de los rasgos formales e informales del modelo institucional de prestación de los servicios sanitarios que emerge como resultado del proceso de descentralización, y el estudio de los efectos sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios autonómicos de estos cambios institucionales, y de los factores políticos, económicos y sociales que definen el entorno en el que se prestan los servicios en cada Comunidad Autónoma.

Las dos primeras cuestiones analíticas mencionadas suponen la consideración de la descentralización sanitaria en tanto variable dependiente; mientras que la primera obedece a fines explicativos, la segunda responde principalmente a objetivos descriptivos. Desde el punto de vista de la tercera cuestión, la descentralización se considera como variable independiente de la investigación. El marco teórico, los materiales y los métodos utilizados para responder a estas cuestiones varían en función de la perspectiva analítica concreta desde la que se considera el problema de investigación.

al análisis político de la formulación de la reforma sanitaria, hay que mencionar los trabajos de Jesús de Miguel y Josep Rodríguez, y en concreto, Rodríguez y de Miguel (1990). En cuanto a la aplicación de la reforma sanitaria, hay que mencionar las contribuciones pioneras incluidas en las publicaciones de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (y, especialmente, FADSP, 1990). Desde un punto de vista empírico, la única evaluación sólida del proceso de implantación de la reforma sanitaria de la que tengo noticia hasta el momento es la de Elola (1993), que se centra tan sólo en el nivel estatal, sin considerar por ello el tema de la descentralización sanitaria y sus efectos. Existen también algunos trabajos no publicados sobre la gestión sanitaria a nivel autonómico (Mezo, 1990; Chuliá, 1990 y 1991) que constituyen el precedente directo de esta investigación, puesto que abrieron mi interés por el tema de estudio e inspiraron además el enfoque de investigación adoptado. Por último, hay que mencionar también la tesina de Gallego (1995), dedicada a un tema semejante al que se trata a lo largo de esta investigación.

4.1. Descripción de las variables de la investigación y problemas metodológicos principales

El primer paso necesario para la definición de un diseño de investigación consiste en especificar lo más claramente posible cuáles son las principales variables que van a ser estudiadas, para poder determinar así las relaciones hipotéticas entre las mismas que el investigador pretende estudiar. La descripción adecuada del diseño de investigación de esta tesis doctoral requiere la presentación separada de las dos principales cuestiones de estudio, que se analizan a continuación.

La descentralización como variable dependiente

La consideración de la descentralización en tanto variable dependiente requiere empezar por estudiar el proceso de formulación y las características del conjunto de transformaciones institucionales que la descentralización de la política sanitaria introduce en la estructura del sector público sanitario. Existen tres problemas importantes para avanzar en la definición operativa de la descentralización: la ausencia de material secundario previo que especifique las características de las instituciones regionales y centrales, compare sus rasgos comunes y diferenciales, y seleccione las principales innovaciones organizativas introducidas en relación al modelo centralizado de provisión de servicios sanitarios; la indefinición y ambigüedad que afectan al marco institucional formal de la descentralización consignado en la Constitución y en la Ley General de Sanidad; y el carácter discontinuo y desordenado del propio proceso de descentralización sanitaria, en el que la etapa de formulación y la de ejecución se solapan en el tiempo.

(1) La primera tarea que esta investigación se plantea es, pues, la explotación de los documentos técnicos y jurídicos que existen sobre este tema, algunos de los cuáles aparecen enumerados en el apartado anterior. Los objetivos en esta primera etapa son en principio los propios de un estudio descriptivo, es decir, la determinación rigurosa

y detallada de las características institucionales formales del modelo de descentralización sanitaria adoptado en España.

(2) El segundo problema importante que afecta a la variable dependiente consiste en que ésta no aparece empíricamente en un momento determinado del tiempo y con unas características formales definidas. En cuanto a este último problema, los textos legales que deberían definir el marco formal de desarrollo del proceso de descentralización, en concreto la Constitución Española de 1978, los Estatutos Autonómicos y la Ley General de Sanidad no regulan el proceso de transferencias de una manera coordinada y armónica, mientras que definen tan sólo un modelo vago y difuso (e incluso contradictorio en ocasiones) de distribución de competencias entre el Estado central y las Comunidades Autónomas. Esto es así debido en una gran medida a que estos corpus legislativos son el resultado de largos y conflictivos procesos de negociación política en los que se acaba llegando a una solución de compromiso para la que la ambigüedad y la vaguedad se constituyen en condiciones necesarias para que el acuerdo político sea posible.

La indefinición que caracteriza a estos textos legales hace necesaria la consideración explícita del proceso político de formulación de la descentralización, puesto que cuando las características propiamente jurídicas de un determinado marco institucional no están claras, resulta imprescindible recurrir a la interpretación de los objetivos políticos del legislador para poder predecir las implicaciones prácticas de los textos legales de que se trate. Por ello, la tarea de definición de las características del marco institucional formal pierde su carácter propiamente descriptivo para pasar a tener un contenido propiamente explicativo, basado en las claves proporcionadas por el proceso político. Esta tarea se afronta a través del análisis de los debates jurídicos y políticos sobre la Constitución y los Estatutos de Autonomía, así como del proceso de formulación de la Ley General de Sanidad. Además, la comprensión adecuada del modelo de descentralización adoptado en los años 70 en España requiere tener en cuenta la historia reciente de la cuestión autonómica y de la propia descentralización sanitaria en España.

(3) Como consecuencia de la indefinición formal que afecta al modelo de descentralización político-administrativa del Estado

español, y al proceso de descentralización sanitaria en particular, la distribución del poder y las competencias sanitarias entre la administración central y las administraciones regionales se realiza en la práctica de un modo progresivo a través de un proceso dinámico complejo en el que se van definiendo sobre la marcha, a través de las prácticas políticas concretas y de las intervenciones decisivas del Tribunal Constitucional, las funciones que corresponden a cada nivel de gobierno. En términos más concretos, el modelo formal de descentralización, relativamente indefinido al acabar la etapa de formulación de políticas, termina de formularse en la práctica a lo largo del proceso de ejecución de la política de descentralización. Este rasgo específico del modelo constitucional de estructura territorial del Estado es un resultado (intencionado) de las incertidumbres y los peligros que afectan a la democracia española durante el periodo constituyente. La indefinición del proceso de descentralización, y los desacuerdos entre el gobierno central y los representantes autonómicos no afectan sólo a la distribución de competencias, sino también al desarrollo temporal de la descentralización en cada Comunidad Autónoma. De hecho, la transferencia de funciones y recursos a cada Comunidad Autónoma se realiza en varias entregas, en diferentes momentos del tiempo y como resultado de procesos de negociación distintos, que se desarrollan en el ámbito de las Comisiones Mixtas de Transferencias y de las Comisiones de Coordinación de la asistencia sanitaria, integradas por representantes de los niveles central y autonómico de gobierno. La determinación de los rasgos finales del modelo de descentralización requiere pues examinar las relaciones bilaterales entre el Estado y las 17 Comunidades a través de las que se desarrolla legislativamente y prepara la implantación práctica de la descentralización sanitaria, puesto que estos procesos contribuyen también a redefinir el propio modelo que se está ejecutando.

La manera de afrontar este problema se refleja en el diseño de investigación del siguiente modo. En la parte de la tesis dedicada a las causas de la descentralización, se consideran únicamente los rasgos institucionales formales del modelo de descentralización sanitaria, tal como se desarrollan durante el periodo 1976-1986. En la segunda parte de la tesis, dedicada formalmente a la ejecución de la

descentralización, y a sus consecuencias sobre la efectividad política autonómica y sobre las relaciones entre niveles de gobierno, se consideran en paralelo las características del modelo de descentralización sanitaria que emergen del propio proceso de ejecución, así como la cuestión de los determinantes de este modelo. Las variables independientes que se utilizan para construir un marco teórico que permita explicar la descentralización de la sanidad a las Comunidades Autónomas son de una naturaleza propiamente política, y se centran principalmente en los aspectos emocionales, normativos y programáticos de las preferencias políticas de los individuos y los grupos sociales. En contraste con las teorías previas sobre el tema, que se basan fundamentalmente en variables organizativas que actúan a un nivel macro o en los cálculos racionales de las élites políticas a un nivel micro, la perspectiva de análisis de esta investigación consiste en construir un modelo multicausal de explicación de la descentralización que especifique las relaciones entre las variables que actúan a nivel macro, micro y *meso*. Este modelo, así como el que se elabora para explicar las consecuencias de la descentralización, prestan mucha atención a las relaciones entre varias variables independientes, y en particular, defienden la importancia central de las variables intermedias que canalizan los efectos de estos factores causales. Los detalles sobre la naturaleza de ambos tipos de variables se estudian en el apartado dedicado al marco teórico de la investigación.

La descentralización como variable independiente

Los problemas de definición que afectan a la descentralización sanitaria cuando la consideramos como variable dependiente, afectan de un modo semejante, como es obvio, a su definición operativa en tanto variable independiente. Un ejemplo en este sentido es el status analítico de las relaciones entre niveles de gobierno durante el proceso de ejecución del modelo de descentralización. De un lado, estas relaciones se producen como consecuencia del propio modelo de descentralización sanitaria formulado en una primera fase, que concede un papel importante a los acuerdos entre niveles de gobierno

en el proceso de ejecución de la descentralización. De otro lado, sin embargo, la naturaleza de estas relaciones y del proceso político en el que se enmarcan constituyen determinantes importantes del modelo institucional formal de la descentralización sanitaria, tal como emerge de la segunda etapa de formulación.

Estos problemas, frecuentes en las ciencias sociales, no son difíciles de solucionar en la práctica: algunos factores estudiados a lo largo de esta investigación se analizan primero como causas de la descentralización y luego como consecuencias de la misma. La doble perspectiva de investigación desde la que se analizan algunas variables del estudio puede contribuir a crear, sin embargo, una cierta confusión en los lectores si no se especifica de antemano. Por ello, la tesis trata de concretar en todo momento desde qué perspectiva se consideran las diferentes variables examinadas.

Las variables dependientes de la investigación, desde esta perspectiva de análisis, son las siguientes. En primer lugar, se pretenden analizar las consecuencias de la devolución del poder a los gobiernos autonómicos sobre el control político, la coordinación administrativa y la responsabilidad democrática (*accountability*) sobre la gestión de los servicios. El análisis de las relaciones entre el gobierno central y las Comunidades Autónomas es un requisito clave en la evaluación de estas cuestiones. En segundo lugar, esta investigación pretende evaluar también la efectividad política en el gobierno de la sanidad, y la contribución de la descentralización a la promoción de la equidad interterritorial en la distribución de los recursos sanitarios.

Estas dos dimensiones, efectividad y equidad¹⁶, son las que se utilizan generalmente para evaluar los resultados concretos de la gestión de servicios públicos. Cualquier estudio sobre los resultados del gobierno de los servicios públicos requiere plantear en primer lugar la diferencia ya clásica en los estudios sobre políticas públicas entre resultados intermedios (*outputs*) y resultados finales (*outcomes*). En cuanto al sector sanitario público, los resultados intermedios se

¹⁶ Las definiciones concretas de estos dos términos que se utilizan en esta investigación pueden consultarse en el capítulo 6 y en el capítulo 8, respectivamente.

definen frecuentemente en términos de la cantidad y calidad de los servicios que se proveen, en relación a los recursos de los que se dispone y a las necesidades sanitarias de la población; así como en términos de las condiciones que regulan la financiación, el acceso, la organización y la gestión de los servicios sanitarios públicos. En contraste, los resultados finales se refieren generalmente al impacto social de estos resultados intermedios. En el caso concreto de la sanidad, los resultados finales se reflejan en la evolución del nivel de salud de la población y de la satisfacción de la población con el sistema sanitario público, y en el aumento/disminución de la legitimidad política y del apoyo electoral a los gobiernos que se encargan de gestionar los servicios.

La alternativa por la que se opta esta investigación es centrarse en los resultados intermedios, o en otras palabras, en los productos del sector público sanitario. En primer lugar, no se pueden estudiar los resultados finales si los conocimientos previos sobre los resultados intermedios son escasos, como ocurre en el caso concreto de estudio de esta investigación. En segundo lugar, el estudio de los *outcomes* es, metodológicamente hablando, una labor de investigación considerablemente compleja y exigente, que requiere unos recursos en términos de información y capacidad de análisis que exceden con mucho los de la presente tesis doctoral. Por último, cualquier intento de evaluación sería de los resultados finales de la descentralización sanitaria dentro de los límites temporales que afectan a esta investigación resultaría prematuro, debido al breve periodo de existencia de los Servicios de Salud autonómicos.

La evaluación de las consecuencias de la descentralización se centra por ello en el estudio de los *outputs*. Para los fines concretos de esta investigación, los resultados intermedios que se analizan son principalmente las políticas sanitarias diseñadas y aprobadas por las Comunidades Autónomas y el gobierno central. La cantidad y calidad de estos resultados se evalúa en cuanto a dos dimensiones analíticas principales: la capacidad de reforma y la capacidad de innovación de los gobiernos encargados de la prestación de servicios sanitarios

públicos¹⁷. La capacidad de reforma se refiere a la rapidez y profundidad con la que se ejecutan e implantan los elementos principales de la reforma sanitaria socialista, que constituye legislación básica, y debe ser por ello desarrollada y ejecutada en todas las Comunidades Autónomas. La capacidad de innovación se refiere a la medida en que los diferentes gobiernos implicados en la prestación de los servicios sanitarios son capaces de ampliar los derechos y servicios sanitarios a los que los ciudadanos tienen acceso, así como de introducir nuevas formas de regulación, organización y gestión de los servicios no previstos en la legislación básica.

La capacidad de reforma e innovación de los gobiernos autonómicos y centrales son los dos indicadores principales que se utilizan para evaluar la variable denominada más arriba *efectividad política* de los gobiernos autonómicos. De otro lado, la evaluación de la regulación sanitaria de los gobiernos, y de la cantidad y calidad de los servicios públicos que éstos producen no puede realizarse adecuadamente sin tener en cuenta los recursos utilizados, ni las necesidades sanitarias de la población. Estos dos temas se consideran en el contexto del análisis de la evolución de la *equidad interterritorial* (entendida como relación entre financiación, gasto y necesidades) y de las transformaciones experimentadas por el sistema de financiación sanitaria autonómica como resultado de la descentralización.

4.2. Marco teórico de la investigación e hipótesis principales

Como veíamos más arriba, el proceso de descentralización en España, como en Italia y Francia, afecta principalmente al nivel regional de gobierno. Hemos visto también que el proceso de descentralización español se diferencia del modelo francés, y en menor medida, del italiano, en el grado de autonomía política que se

¹⁷ La operacionalización concreta de los resultados del gobierno autonómico de la sanidad está inspirada, como otras partes de la tesis, en los trabajos de Putnam y colaboradores. Estas conexiones se detallan en el apartado dedicado al marco teórico de la investigación

concede a este nivel de gobierno. En otras palabras, el cambio institucional que la descentralización supone es relativamente más profundo y sustantivo en el caso español, en tanto supone una redistribución importante del poder político de intervención en materia sanitaria.

La idea principal de la tesis a este respecto es que las transformaciones sustantivas de las institucionales del Estado requieren la existencia de grupos sociales y políticos con una fuerte intensidad de preferencias políticas por los cambios institucionales en proyecto. Las minorías nacionalistas existentes en España, así como en menor medida, el propio partido socialista, constituyen ejemplos de minorías con preferencias intensas en cuanto a la descentralización del Estado y a la transformación del sector público sanitario, cuyo papel causal dentro de los cambios institucionales que tienen lugar durante el periodo de estudio es considerablemente importante.

La intensidad de preferencias se define en términos de la implicación emocional de los individuos con respecto a los objetivos políticos e institucionales que defienden. Una segunda dimensión de las preferencias que se considera importante en tanto determinante de los cambios institucionales sustantivos es la extensión de las preferencias por el cambio entre el electorado. La intensidad y la extensión de las preferencias no se consideran de un modo aislado, sino que se estudian en detalle sus interrelaciones. Por último, el contenido de las preferencias políticas e institucionales de los ciudadanos y los grupos políticos es el tercer factor determinante que se considera en detalle en el estudio.

El contenido de las preferencias depende a su vez de las experiencias concretas de los individuos con las instituciones, y de los principios normativos e ideológicos que se utilizan para interpretar estas experiencias. En el campo de las políticas públicas, los paradigmas científicos elaborados dentro de las ciencias sociales son una fuente adicional de interpretación comparada y sistemática de las experiencias con las instituciones en diferentes países. Estos paradigmas internacionales, de los que el keynesianismo y el neoliberalismo constituyen ejemplos importantes, influyen también de un modo directo en el contenido de las preferencias de las élites políticas, e indirectamente, sobre las preferencias de los ciudadanos.

El marco teórico que se utiliza para explicar las causas de la descentralización no puede elaborarse aquí en mayor detalle. La opción escogida en esta investigación es dedicar dos capítulos separados a las hipótesis teóricas sobre las causas y las consecuencias de la descentralización, por lo que este apartado se limita a resumir brevemente los contenidos de estos dos capítulos.

En cuanto a las consecuencias de la descentralización, el punto de parada es el trabajo realizado por Putnam y colaboradores sobre las regiones italianas. La investigación realizada por estos autores¹⁸ constituye el único estudio realizado hasta el momento que trate el impacto de la descentralización sobre las élites políticas y las políticas públicas desde una perspectiva comparada. La aportación más importante de ese trabajo para los fines que nos interesan aquí consiste en su intento de analizar los factores que explican las diferencias de rendimiento político y administrativo de las regiones.

Los autores establecen una primera distinción analítica entre factores explicativos endógenos y exógenos. *Los factores endógenos* se refieren a la estructura y dinámica de funcionamiento de las instituciones políticas y administrativas regionales. *Los factores exógenos* incluyen las características económicas y sociopolíticas del medio ambiente regional. Putnam y su equipo se centran en el análisis estadístico de estos últimos factores, explorando la medida en que variables como el desarrollo económico, la cultura cívica, o el conflicto sociopolítico explican las diferencias interregionales de rendimiento.

Los factores endógenos son considerados como variables intervinientes que median en la relación entre el ambiente regional y el rendimiento de las instituciones. En palabras de los autores (Putnam, Leonardi y Nannetti, 1983):

¹⁸ Putnam, R., Nannetti, R., y Leonardi, R. (1993). Este libro es el último producto de un trabajo de investigación que ha durado más de 20 años, en el que han colaborado casi medio centenar de expertos, y en cuya financiación han participado más de diez institutos de investigación y universidades norteamericanas y europeas de reputado prestigio. Otras publicaciones derivadas de este proyecto de investigación (más de 20 entre libros y artículos) pueden consultarse en Putnam et al., 1993: 207.

"Para entender cómo y porqué el entorno influye sobre el éxito institucional, es necesario examinar primero el proceso político intermedio. En el caso de la cultura política, por ejemplo, es un hecho demostrado que las diferencias en el comportamiento político de los ciudadanos muestran una asociación con las pautas de comportamiento de las élites políticas, que tienen probablemente un efecto más directo sobre el rendimiento institucional de los gobiernos regionales".

Sin embargo, el equipo de investigación sólo analiza la cuestión de los factores endógenos (o variables intervinientes/intermedias) de un modo lateral, dado que trascienden el ámbito de su investigación, que se centra en la medición del rendimiento institucional, y en su análisis y explicación comparada a través de factores del ambiente regional.

En este contexto, la idea original de esta investigación consistía en replicar el estudio de Putnam en el caso de la política sanitaria española, pero prestando mucha atención a las variables endógenas (como el proceso político y las características internas del marco institucional de la descentralización) que pueden contribuir a explicar las diferencias interregionales de rendimiento. Por ello, el marco teórico desarrollado sobre el tema de las consecuencias de la descentralización se centra en determinar las variables intermedias consideradas por las teorías económicas, políticas y sociológicas sobre el tema de la descentralización, como primer paso. Como segundo paso, se hacen además explícitas las hipótesis, muchas veces implícitas, que estas teorías mantienen sobre las relaciones entre variables endógenas y exógenas.

La elaboración de este modelo teórico, así como el análisis empírico desarrollado en la parte de la tesis dedicada a las consecuencias de la descentralización, responden principalmente a un enfoque cualitativo. El análisis cualitativo de estas cuestiones se concibe en la presente investigación como el requisito previo necesario para afrontar de un modo adecuado un estudio estadístico semejante al realizado por Putnam y colaboradores. Algunos de los temas de investigación tratados por estos autores han sido objetos, además, de tratamiento estadístico. Los resultados de este último

análisis, que concede un énfasis especial a los factores endógenos se reproducen brevemente en el capítulo 10.

Para terminar, la investigación permite también elaborar algunas hipótesis teóricas sobre las relaciones entre intensidad de preferencias, autonomía política, efectividad y equidad. Una conclusión importante a este respecto es que las preferencias intensas parecen estar asociadas a la competencia técnica y a los conocimientos necesarios para formular y aplicar reformas efectivas, de un lado; mientras que, de otro lado, se asocian también a las desigualdades de poder y recursos entre Comunidades. En pocas palabras, y de acuerdo con los resultados de la investigación, la intensidad de preferencias, como la propia autonomía política, aumentan la efectividad política y contribuyen a agravar el problema de la equidad interterritorial, al menos en el corto y medio plazo. A largo plazo, los elementos concretos del marco institucional que regula la descentralización parecen tener una importancia central, puesto que canalizan los efectos de la autonomía política, y pueden contribuir significativamente a potenciar sus consecuencias positivas sobre la efectividad política, y a contrarrestar de un modo paralelo los problemas de equidad.

4.3. Materiales y métodos

Como hemos visto a lo largo de estas páginas, los objetivos teóricos y empíricos de esta investigación incluyen una gran variedad de procesos políticos y de temas de investigación. De un modo correlativo, los materiales y los métodos que se utilizan a lo largo de la tesis son considerablemente variados. Para empezar, el estudio de las causas de la descentralización y la reforma sanitaria se realiza a través de un análisis de contenido de los debates parlamentarios y extraparlamentarios sobre este tema, de los documentos políticos pertinentes y de la prensa.

En cuanto a los debates parlamentarios, se utiliza una estrategia metodológica relativamente novedosa. Para intentar medir la influencia relativa de cada uno de los actores políticos analizados en el proceso de formulación de políticas, se realiza un análisis de

contenido de las enmiendas que presentan en el parlamento, y se cuantifican las que son finalmente incorporadas por el gobierno a los textos legislativos objeto de discusión parlamentaria. El análisis de contenido y el análisis documental se complementan además con entrevistas abiertas a políticos y gestores centrales y autonómicos, con la finalidad de detectar los objetivos políticos y las posiciones ideológicas de los participantes en el proceso de formulación de políticas.

El tema de las consecuencias de la descentralización presenta una mayor variedad de materiales y métodos. En cuanto a la efectividad política de las Comunidades Autónomas, los materiales principales proceden de una selección cuidadosa derivada del análisis de las bases de datos sobre legislación autonómicas disponibles, así como de los documentos internos y de los datos estadísticos generados por las administraciones públicas.

La metodología seguida para estudiar la efectividad política de los gobiernos autonómicos se basa en el método comparativo. En este contexto, se realizan dos tipos de comparaciones. En primer lugar, la comparación de los resultados obtenidos por las Comunidades descentralizadas con los resultados obtenidos por la Administración central en la Comunidades no descentralizadas. Esta estrategia sirve para responder a una de las preguntas principales de la tesis: la cuestión de si la prestación descentralizada de los servicios es más efectiva que el modelo centralizado burocrático de provisión de los servicios sanitarios.

En segundo lugar, se comparan los resultados obtenidos por todas las Comunidades en cuanto al núcleo de competencias comunes. Las ventajas que ofrece la comparación entre Comunidades se derivan de la posibilidad de examinar las siguientes cuestiones.

-1) La variabilidad de los cambios institucionales derivados de la descentralización en los dos grandes grupos de Comunidades (las de vía lenta y las de vía rápida) existentes en España.

- 2) La efectividad política comparada de estos dos grupos, así como las diferencias entre las Comunidades incluidas dentro de cada grupo. Esta comparación permite comprobar si existen sinergias importantes entre las diferentes políticas sanitarias (asistencia sanitaria y salud pública, principalmente), o en otras palabras, si la asunción

de competencias en materia de asistencia sanitaria aumenta la efectividad en la gestión de otras políticas sanitarias.

- 3) La influencia de los cambios institucionales derivados de la descentralización sobre la provisión de servicios sanitarios en contextos regionales muy distintos y bajo grados de autonomía política diferentes.

El análisis cualitativo de la efectividad política autonómica se complementa además con un análisis de componentes principales que pretende cuantificar el grado de efectividad relativa de las Comunidades y aislar algunas variables latentes que pueden contribuir a explicar las diferencias de efectividad detectadas. Una vez que se han construido los índices de efectividad a través del análisis factorial, se estiman los efectos de estas variables latentes a través de la correlación parcial.

Por último, la cuestión de la financiación sanitaria y de la equidad interterritorial se afronta desde un punto de vista principalmente cuantitativo. El problema principal de la investigación a este respecto es la estimación de las necesidades sanitarias autonómicas, puesto que la equidad interterritorial se define como ajuste del reparto territorial del gasto sanitario a las necesidades sanitarias de la población. Para estimar las necesidades autonómicas, se examinan en detalle varios modelos y métodos estadísticos (el modelo de mínimos cuadrados en dos etapas, los métodos lineales jerárquicos, la programación lineal), con el fin de aplicarlos a la evidencia empírica española. Los resultados de la investigación en cuanto a este aspecto incluyen además el estudio de la evolución de las necesidades y el gasto sanitario a nivel autonómico durante el periodo de estudio, lo que requiere el tratamiento estadístico de un conjunto variado de datos de registro y de encuesta.

Para terminar, es necesario hacer un breve comentario sobre la perspectiva interdisciplinar desarrollada en estas páginas, que constituye una opción metodológica en sí misma. Resulta cada vez más evidente que ningún problema social puede estudiarse adecuadamente sin combinar en distintos grados el análisis sociológico, político, económico, jurídico, psicológico e histórico. Aunque es conveniente, obviamente, que cada investigador se especialice en un número limitado de disciplinas teóricas, la

utilización simultánea de varias de estas disciplinas constituye en mi opinión una garantía de calidad de los resultados de la investigación social. Desde esta perspectiva, la elaboración de las teorías y la investigación empírica sobre un mismo problema social en distintos ámbitos académicos, con escasa o nula comunicación entre ellos, supone un desperdicio de recursos y uno de los obstáculos más importantes para el avance de la investigación en el campo de las ciencias sociales.

5. Estructura de la tesis

La tesis se divide en diez capítulos, que incluyen los dedicados a la introducción (capítulo 1) y conclusiones (capítulo 10) de la investigación. Los ocho capítulos restantes se ordenan en tres partes diferenciadas. La primera parte de la tesis trata el tema de las causas de la descentralización, y consta de dos capítulos. El capítulo 2 se dedica a la elaboración del marco teórico y las hipótesis sobre los factores determinantes de la devolución de poderes a las Comunidades Autónomas. El modelo analítico desarrollado pretende dar cuenta, en términos más generales, de los factores que explican el éxito de los procesos políticos cuyo objetivo es promover la transformación profunda de las instituciones del Estado; un ejemplo especialmente significativo de este tipo de procesos es la propia descentralización sanitaria. La construcción de este marco teórico viene precedida por una revisión de la literatura reciente sobre las causas de los cambios institucionales que tienen lugar en el ámbito del Estado del Bienestar y de la estructura territorial de los Estados contemporáneos durante el último cuarto del siglo XX.

El capítulo 3 presenta la evidencia empírica sobre los procesos políticos de formulación de la descentralización autonómica y reforma sanitaria que tienen lugar en España durante el periodo 1976-1986, que se considera en el contexto de la trayectoria histórica de estos dos temas durante los años previos al inicio de la transición. El estudio incluye una consideración explícita de la posición de los partidos políticos, los grupos sociales y la opinión pública con respecto a las reformas, así como de las circunstancias económicas, políticas y

sociales que influyen sobre las mismas. Los datos empíricos se analizan a la luz del modelo teórico desarrollado en el capítulo anterior, y se utilizan para sacar conclusiones sobre el grado de ajuste de otras teorías a la evidencia sobre el caso de español.

La segunda y tercera parte de la tesis se dedican al tema de las consecuencias de la descentralización. Para empezar, la segunda parte de la investigación se compone de cuatro capítulos. El primero de ellos es el capítulo 4 de la tesis, dedicado a construir un marco teórico sobre las consecuencias de la descentralización del poder tanto en el sector público como en el privado. Para ello se revisan las principales teorías elaboradas por la economía, la ciencia política y la sociología sobre el tema, y se hacen explícitas las variables independientes e intermedias, muchas veces implícitas, que manejan los diferentes autores, así como las relaciones posibles entre estas variables. En el capítulo 5 se analiza la evidencia referida al proceso de ejecución e implantación del modelo institucional de descentralización sanitaria español, así como las consecuencias de la descentralización sobre la coordinación y el control de los servicios sanitarios, y sobre la naturaleza de las relaciones entre niveles de gobierno.

Los capítulos 6 y 7 estudian el impacto de la devolución de poderes sobre la efectividad política central y autonómica en el gobierno de los servicios sanitarios públicos. En el capítulo 6 se analiza la capacidad de reforma de las administraciones públicas, o en otras palabras, el ritmo y la profundidad con que ejecutan los elementos básicos de la reforma sanitaria socialista. La capacidad de innovación de los gobiernos centrales y autonómicos se trata en el capítulo 7, que trata de determinar en que medida la descentralización acelera el ritmo de introducción en España de las propuestas de reforma más innovadoras a nivel internacional.

La tercera parte de la tesis considera el tema de la equidad interterritorial desde el punto de vista de la relación entre financiación, necesidades y gasto sanitario autonómico. Dentro de esta tercera parte, el capítulo 8 estudia los cambios que la descentralización introduce en el sistema de financiación autonómica de la sanidad, así como el ajuste de estos cambios al criterio programático de equidad territorial adoptado por la Ley General de

Sanidad. En la última parte del capítulo se presentan los datos sobre evolución del gasto sanitario por Comunidades Autónomas a lo largo del periodo de estudio, y se analiza en qué medida la descentralización contribuye a que disminuyan los desequilibrios territoriales en la distribución del gasto existentes antes de que se descentralizaran los servicios. Otro tema que se trata aquí es si la distribución del gasto responde o no al modelo formal de financiación autonómica consignado en la legislación sanitaria.

El capítulo 9 completa esta tercera parte y se dedica a la estimación de las necesidades sanitarias autonómicas, de su evolución durante el periodo de estudio, y de su relación con el gasto sanitario y la equidad interterritorial. Una de las características del sistema español de financiación sanitaria autonómica es que sus principios legislativos y sus elementos prácticos se transforman cada cinco años a través de los acuerdos alcanzados entre el gobierno central y las Comunidades en el seno del Consejo de Política Fiscal y Financiera. Por ello, el capítulo incluye algunas propuestas de reforma del sistema de financiación que pueden contribuir a aumentar el peso de las consideraciones redistributivas en el reparto de recursos entre las regiones.

Para terminar, el capítulo 10 cierra la tesis, y en él se presentan tanto las conclusiones de la investigación como otras cuestiones que la tesis deja pendientes. Estas cuestiones son las siguientes. En primer lugar, se examina el tema de las causas y consecuencias de la descentralización en España en el contexto de los países del sur de Europa, lo que permite extraer algunas conclusiones sobre la especificidad del caso español en perspectiva comparada. Además, se resumen brevemente los resultados de la investigación estadística sobre la efectividad política relativa de los gobiernos autonómicos basada en el estudio previo de Putnam y colaboradores. Esta investigación cuantitativa permite también llegar a algunas conclusiones sugerentes sobre los determinantes de las diferencias de efectividad detectadas entre las Comunidades Autónomas. Por último, la tesis se cierra con algunos datos sobre el impacto social del experimento autonómico y de la reforma sanitaria; y en concreto, los referidos al grado de satisfacción de los ciudadanos con la política sanitaria, así como a la opinión pública sobre las consecuencias de la

38/Descentralización y reforma sanitaria en España...

descentralización territorial del Estado y la legitimidad de las nuevas instituciones políticas autonómicas.

CAPITULO 2

LOS DETERMINANTES DE LA DESCENTRALIZACIÓN DEL PODER

Intensity is the most overlooked, yet fully independent and most powerful, base of power¹

Radical critics initiate a process of differentiation and change in the relative weight that the elements of the old ideologies used to possess. What was previously secondary and subordinated.. is now taken to be primary and becomes the nucleus of a new ideological and theoretical complex²

El debate sobre los determinantes del cambio institucional ha experimentado una serie de desarrollos prometedores durante la década de los 90. En particular, el énfasis analítico dominante durante los años 80, excesivamente centrado en las élites políticas y las instituciones estatales ha sido recientemente complementado y enriquecido con una atención creciente al papel que juegan la cultura, las preferencias de los ciudadanos y las movilizaciones sociales en los procesos de formulación de políticas cuyo objetivo es promover un cambio institucional significativo en alguna de las esferas de actuación del Estado. Este cambio de énfasis no ha tenido lugar, sin embargo, en el ámbito de las teorías que tratan de explicar los procesos de

¹ Sartori (1987: 226)

² Gramsci (1971): *Selections from the prison notebooks*, New York: International Publishers: 195. Citado por Waltzer (1987: 42).

descentralización del sector público. El objetivo de este capítulo es utilizar estos análisis teóricos recientes como punto de partida para elaborar un marco teórico capaz de explicar las causas de la descentralización sanitaria en España. Más en general, la idea es tratar de realizar una contribución original al debate sobre los factores explicativos de los procesos de transformación de las instituciones del Estado, y en particular, al debate sobre las causas de la descentralización del poder del Estado.

Conviene detenerse aquí brevemente a examinar la naturaleza del cambio institucional en cuanto objeto de estudio. La transformación de las instituciones del Estado es el resultado de un proceso de formulación de políticas. En este sentido, pues, el análisis de los determinantes del cambio institucional tiene muchos elementos en común con el estudio de las causas de los procesos de formulación de políticas. Sin embargo, no todos los procesos de formulación de políticas tienen como objetivo la reforma de las instituciones del Estado. Más bien al contrario, la mayoría de las políticas públicas se concentran en el cambio de los instrumentos menores de intervención pública (por ejemplo, la introducción de un nuevo sistema de gestión de las compras o el cambio en las retribuciones del personal sanitario). En contraste, el cambio institucional supone necesariamente una reasignación del poder de gobierno, puesto que una de las funciones principales de las instituciones del Estado es establecer las reglas formales del juego político en cuanto al reparto del poder entre los diferentes actores que cumplen funciones dentro del sector público.

Por ello, los procesos de formulación de políticas cuyo objetivo es la transformación de las instituciones del Estado presentan una serie de rasgos distintivos con respecto al resto de procesos de formulación de políticas. En concreto, este capítulo va a centrarse en uno de estos rasgos distintivos: la naturaleza del proceso causal que da origen a los cambios institucionales. Existen una serie de diferencias importantes, que no han sido aún examinadas en detalle, entre los determinantes del cambio institucional y los que afectan a procesos de formulación de políticas con objetivos menos ambiciosos. En primer lugar, es de esperar que el marco institucional previo (en tanto conjunto de reglas formales de asignación del poder del Estado)

no tenga una influencia causal tan importante sobre el cambio institucional subsiguiente como en otros procesos políticos, puesto que las transformaciones sustantivas de las instituciones reflejan en sí mismas una ruptura relativa con respecto a las instituciones pasadas, o en otros términos más especializados, una ruptura de la dependencia de la historia institucional previa (*path dependence*). Un ejemplo en este sentido son las transiciones a la democracia, en las que se produce una reestructuración decisiva del marco institucional del régimen autoritario anterior.

En segundo lugar, y debido al hecho de que el cambio institucional supone una transformación directa de la asignación del poder de intervención pública, es razonable esperar que el proceso causal que lo promueve sea considerablemente complejo. Antes de seguir adelante, es necesario señalar que tanto la descentralización autonómica como la reforma sanitaria, objetos centrales de estudio de esta investigación, constituyen ejemplos significativos de cambios institucionales sustantivos. La descentralización, de un lado, modifica notablemente la distribución del poder público, en cuanto supone el acceso de nuevos grupos políticos (los incluidos en los ejecutivos, administraciones y parlamentos autonómicos) al ámbito de actuación del Estado, antes reservado a las organizaciones centrales de gobierno.

Las reformas sanitarias que tienen lugar durante el periodo 1976-1996, de otro lado, también suponen redistribuciones, aunque de menor calado, del poder del Estado. En primer lugar, y por poner algunos ejemplos, la reforma sanitaria socialista supone un aumento del poder de la Administración del Estado y una disminución correlativa del poder de la Administración de la Seguridad Social³; un

³ Es importante recordar aquí el origen histórico de la Seguridad Social, que se construye en un principio como mutualidad empresarial y obrera, aunque irá integrándose progresivamente en la Administración del Estado a lo largo del siglo XX. Su origen institucional peculiar, en tanto órgano administrativo de una serie de corporaciones sociales, se plasma en la naturaleza distintiva de la Tesorería de la Seguridad Social o Caja Única, a la que se adscriben la titularidad de los recursos materiales y financieros del sistema. De hecho, la propia naturaleza histórica de la Seguridad Social como administración social tutelada por el Estado se utiliza repetidamente durante el periodo de estudio como argumento normativo

aumento del poder de regulación del Estado sobre el sector sanitario privado, etc. En segundo lugar, algunas de las medidas incluidas en la 'reforma de la reforma' que se inicia en los años 90 abren la posibilidad de transferir parcelas limitadas del poder del Estado (por ejemplo, la gestión de algunos hospitales públicos, o la provisión de algunos servicios sanitarios públicos) al sector privado.

Volviendo al tema de los determinantes del cambio institucional, parece evidente, en este contexto, que los requisitos políticos necesarios para promover con éxito cambios en la asignación del poder formal del Estado son seguramente más exigentes que los que afectan a cualquier otro proceso de formulación de políticas, puesto que suponen una modificación sustantiva del status-quo. Una última distinción necesaria, en la misma línea, se refiere a los tipos de cambio institucional posibles. Dentro del primer tipo están aquellos cambios institucionales que se limitan a redistribuir el poder entre los actores incluidos anteriormente dentro del marco institucional del Estado. Por ejemplo, la transferencia del control de la gestión económica de la sanidad desde el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social al de Economía y Hacienda entraría dentro de esta primera categoría de cambios institucionales. Este tipo de cambios parecen a primera vista menos complicados y menos visibles de cara a la opinión pública.

Una segunda categoría, especialmente interesante para los objetivos de este capítulo, es la concesión de parcelas de poder del Estado a nuevas organizaciones políticas y sociales que no tenían un papel legítimo dentro del marco institucional anterior, o, a la inversa, la absorción por parte del sector público de ámbitos de actuación antes gobernados por organizaciones no incluidas dentro del sector público. Este cambio se conoce generalmente en la literatura académica como modificación de los límites entre el Estado y la sociedad (*state-society boundaries*). La construcción del Estado del Bienestar, el proceso de desregulación posterior, y los procesos de centralización y descentralización política del sector público entran

para no descentralizar la gestión del régimen económico de la Seguridad Social, ni tampoco transferir la titulación de los centros sanitarios a las Comunidades Autónomas

dentro de esta categoría. En este sentido, y dada la naturaleza sustantiva de estos cambios institucionales, es razonable esperar que los procesos políticos de formulación de estos cambios sean especialmente problemáticos, de un lado, y que los requisitos causales necesarios para concluir los cambios con éxito sean considerablemente exigentes, de otro.

Hechas estas salvedades, el primer objetivo general del capítulo es realizar un análisis crítico de algunas de las teorías vigentes durante los años 80 y 90 que tratan de explicar la descentralización del poder en las organizaciones públicas y privadas desde un punto de vista funcionalista y elitista. Para conseguir este objetivo, se utilizan las teorías desarrolladas durante los años 90 sobre los determinantes del cambio institucional general para criticar y complementar los enfoques anteriores, así como para sacar el mayor partido posible de los nuevos factores explicativos de cara a la realización de un análisis específico sobre las causas de la descentralización y la reforma sanitaria en España.

Un objetivo adicional, y más concreto, de este capítulo, es desarrollar un modelo analítico propio para explicar las transformaciones del marco institucional del Estado que supongan una modificación sustantiva de los límites entre el Estado y la sociedad. Aunque el objeto principal del capítulo es analizar las causas de la descentralización sanitaria autonómica, parece razonable asumir que otros cambios institucionales que modifican de un modo sustantivo estos límites, como es el caso de la propia reforma sanitaria, responden a procesos causales semejantes. En este contexto, la hipótesis principal de este capítulo es que *los cambios institucionales pueden explicarse en función de dos requisitos necesarios y suficientes: la existencia de grupos sociales y políticos con una particular intensidad de preferencias por el cambio institucional, de un lado, y de otro, con la capacidad de promover la extensión del apoyo a estas preferencias entre la mayoría del electorado.*

El desarrollo de esta hipótesis principal es el siguiente. Para empezar, es importante puntualizar que el factor explicativo al que se concede una mayor importancia causal es la intensidad de preferencias: los cambios institucionales serían muy infrecuentes si no existieran grupos que prefieren intensamente que las instituciones

cambien. En cuanto al papel político de las preferencias intensas, el capítulo se basa en contribuciones clásicas de la teoría de la democracia, y en concreto, en las de Dahl (1956) y Sartori (1987), para construir un modelo teórico de explicación del cambio institucional. Cuando los cambios institucionales amenazan posiciones de poder establecidas, las minorías intensas requieren el apoyo de la mayoría para conseguir contrarrestar la oposición de los grupos cuyas posiciones de poder se ven amenazadas debido a los cambios. Y este apoyo mayoritario es tanto más necesario cuando las propuestas de cambio amenazan posiciones de poder refrendadas por las reglas de la legitimidad democrática, o en el caso extremo, cuando afectan al núcleo de la normativa constitucional que da origen a los regímenes democráticos contemporáneos.

En otras palabras, cuando las preferencias intensas se hacen además extensas, cualquier cambio institucional, por conflictivo y problemático que sea, tiene buenas probabilidades de salir adelante. La coalición informal de minorías intensas y preferencias extensas es entonces prácticamente imbatible, por lo que es muy probable que el cambio institucional se apruebe sin modificaciones, y se desarrolle en profundidad en la práctica. Sin embargo, si los grupos que inician la transformación de las instituciones no consiguen el apoyo abierto de la opinión pública, la trayectoria de las reformas previstas resulta considerablemente más incierta. En el mejor de los casos, para terminar, el resultado más probable es que los planes de reforma inicial se recorten, y que su aplicación sea parcial y problemática.

En cuanto a las teorías previas que se utilizan para fundamentar y contextualizar el análisis, hay que mencionar en primer lugar dos de los principales análisis desarrollados durante los años 80 para explicar la descentralización del poder en las organizaciones políticas y económicas. La primera de estas teorías es el análisis interorganizacional, que explica los procesos de descentralización del poder del Estado como consecuencia de los requisitos funcionales necesarios para promover la eficiencia en la gestión de políticas públicas. La segunda de estas teorías es la economía de las organizaciones, que utiliza un modelo explicativo semejante para justificar el proceso de descentralización del poder en el sector privado que se generaliza a partir de la segunda guerra mundial en los

países avanzados. Al contrario de lo que ocurre en otros ámbitos de investigación, el énfasis predominante durante los años 90 en la explicación de la descentralización del poder en tanto cambio institucional tiene aún de un marcado carácter funcionalista. El objetivo concreto del capítulo al respecto es intentar elaborar un complemento crítico a estas explicaciones, en una línea semejante a la desarrollada en otros campos de investigación.

Además, la revisión de la investigación previa incluye una breve descripción de las teorías desarrolladas durante los años 90 para explicar el cambio institucional en otros ámbitos distintos al de la devolución de poderes a otros niveles de gobierno. En concreto, el análisis va a centrarse en este caso en una selección limitada de contribuciones teóricas que resultan especialmente relevantes para el análisis del caso de estudio concreto. La primera de estas contribuciones es el análisis desarrollado por Lawrence Jacobs (1992) para explicar los cambios institucionales que afectan al sector sanitario público en Gran Bretaña y Estados Unidos durante el periodo posterior a la segunda guerra mundial. El análisis de Jacobs resulta especialmente interesante para los objetivos de este capítulo porque otorga un importante peso a la cultura y a la opinión pública como factores determinantes del cambio institucional, en el contexto de una aproximación crítica a algunas de las teorías elitistas y funcionalistas predominantes en la década de los 80 en la explicación del origen del Estado del Bienestar.

La segunda contribución que va a analizarse en estas páginas es el artículo de Sidney Tarrow (1995), que analiza el modo en que las movilizaciones sociales pueden servir de estímulo y apoyo a las élites políticas para completar con éxito el cambio en las instituciones políticas que tiene lugar durante las transiciones a la democracia. En tercer lugar, la revisión de las nuevas tendencias analíticas mencionadas incluye el estudio de Peter Hall (1993) sobre la influencia que tienen como determinantes de la reforma institucional los cambios en el paradigma o modelo internacional de intervención pública en los sectores económico y social, así como la menor o mayor compatibilidad de este paradigma con los presupuestos ideológicos del gobierno.

El capítulo se divide en cuatro secciones. El primer apartado se dedica a la definición del objeto principal de estudio, la descentralización del sector público, y al análisis comparado de varios tipos de procesos de descentralización posibles. La última parte de esta primera sección introduce de un modo resumido los contenidos principales del modelo explicativo que constituye el objetivo principal del capítulo. A continuación, se revisan las teorías sobre el cambio institucional brevemente enunciadas más arriba, que ocupan el segundo y tercer apartado de este capítulo, respectivamente. El apartado cuarto se centra en la construcción de un modelo de explicación propio sobre los determinantes de los procesos de descentralización del poder, y más en general, de los cambios institucionales que modifican los ámbitos respectivos de actuación del Estado y la sociedad. Para terminar, en las conclusiones del capítulo se presentan una serie de sugerencias para la investigación futura sobre el papel que cumple la intensidad de preferencias en los procesos de cambio institucional, y en general, en los procesos de formulación de políticas.

1. Las políticas de descentralización del sector público

El término descentralización se utiliza para designar varios tipos de cambios institucionales que comparten el rasgo común de transferir poder desde los escalones superiores de una estructura organizativa jerárquica, en este caso la del Estado, a unidades más pequeñas y autónomas. Una primera distinción importante es si las unidades a las que se transfiere poder están o no formalmente vinculadas a la estructura de controles políticos y administrativos característica del sector público en las sociedades democráticas. En este sentido, se pueden reconocer dos tipos de políticas descentralizadoras: la descentralización interna y la descentralización externa⁴.

⁴ Es importante no confundir aquí la descentralización externa con el tipo de

Un segundo elemento diferenciador relevante es la naturaleza y alcance de los poderes que se transfieren. De un lado, pueden transferirse sólo competencias administrativas y de gestión, por lo que las tareas encomendadas a las unidades descentralizadas se reducen a la aplicación de las decisiones tomadas en los centros directivos que ocupan un lugar superior en la jerarquía organizativa. Ello supone, en otras palabras, que la autonomía se aplica tan sólo a la selección, sujeta a límites variables, de los medios operativos para conseguir los objetivos fijados en escalas superiores de la jerarquía administrativa.

De otro lado, puede transferirse también una parte más o menos sustantiva del poder de decisión y planificación sobre los objetivos de los servicios públicos descentralizados, junto con los recursos necesarios para su ejercicio adecuado. La transferencia de estos poderes otorga un carácter político a este segundo tipo de descentralización, dado que supone la delegación paralela de un grado considerable, aunque variable, de responsabilidad política y financiera sobre los resultados de la gestión realizada por las unidades

cambios institucionales mencionados en la introducción, que suponen el acceso al ámbito del Estado de grupos sociales no incluidos previamente en el sector público. En la literatura sobre la descentralización, por 'externa' se entiende simplemente la transferencia de poderes a instituciones que se rigen por el derecho privado, y no por el derecho constitucional y administrativo propio del sector público. En este sentido, la devolución de poderes a gobiernos regionales y locales es una descentralización interna, en el sentido de que estos gobiernos están sujetos a controles constitucionales y administrativos semejantes a los que afectan al gobierno central. Sin embargo, cuando la devolución de poderes supone la creación ex-novo de instituciones regionales de gobierno, como en el caso de España, la propia creación de estas instituciones supone el acceso al ámbito del Estado de los representantes políticos de las mayorías y minorías electorales a nivel territorial. En particular, las mayorías electorales autonómicas, en tanto grupos sociales, adquieren así una cuota del poder político del Estado de la que no disfrutaban antes de que se produjera el proceso de descentralización. Lo mismo es cierto, aunque no en la misma medida, cuando la descentralización adquiere la forma de contratación externa de servicios, puesto que nuevos grupos sociales, en este caso las corporaciones empresariales privadas de que se trate, acceden al ámbito de actuación del sector público. Por ello, es la distinción subsiguiente que se establece entre descentralización política versus administrativa la que hace referencia directa a la modificación de los límites entre el Estado y la sociedad.

autónomas. Este carácter político es más acusado cuando la descentralización de poderes se dirige a unidades organizativas cuyos representantes son elegidos por los ciudadanos.

En cuanto a la descentralización interna, existen varias opciones posibles. La primera es la mera *desconcentración administrativa* a unidades jerárquicas inferiores⁵. Un ejemplo de este tipo de descentralización en el sector sanitario público español es la transferencia de funciones operativas a las direcciones provinciales del INS ALUD, a los coordinadores de áreas sanitarias o a los gerentes de hospital. En algunos casos excepcionales, la transferencia de poderes a estas unidades subordinadas se acompaña de un grado considerable de autonomía financiera y operativa, así como, opcionalmente, de la titularidad de los medios físicos necesarios para prestar el servicio, lo que suele calificarse de autogestión.

En este último caso, aunque el proceso de transferencia de poderes conserva algunas de las ventajas de la descentralización interna, pierde formalmente este carácter para convertirse en contratación externa de servicios, puesto que estas unidades administrativas optan por salirse del sector público. Un ejemplo importante en este sentido son los Trusts hospitalarios británicos

⁵ Las diferencias básicas entre los cuatro tipos de descentralización que se analizan en este apartado están tomadas del artículo de Arme Mills (1994: 282-283), cuyos contenidos he ampliado y adaptado para los fines de este artículo. Con la excepción de la contratación externa de servicios, la distinción entre categorías está ampliamente aceptada en la literatura académica. Otras descripciones interesantes de las características comparadas de estos cuatro tipos de descentralización, así como del debate abierto sobre el tema de la privatización y la contratación externa en tanto tipos de descentralización del sector público, pueden encontrarse en Rousseau y Zarinski (1987: 32-4) y Collins y Green (1994: 461-6). Un excelente complemento para comprender en detalle la articulación orgánica y jurídica de los diferentes tipos de descentralización del sector público previstos en el ordenamiento español puede encontrarse en García de Enterría y Fernández (1993: 351-418). En particular, los conceptos jurídicos de administración pública, corporación territorial, ente institucional y corporación sectorial privada, en tanto diseños institucionales y organizativos específicos, se corresponden respectivamente con los tipos de descentralización que se enuncian en las páginas siguientes, es decir, la desconcentración, devolución, delegación y contratación externa de servicios públicos.

creados a partir de 1990. Así mismo, las cooperativas de médicos de atención primaria previstas en la reciente ampliación de la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (Ley 11/95, de 29 de septiembre, artículo, DA 10^a), podrían constituir un ejemplo en este sentido, en el caso de que sus miembros procedieran de un Equipo de Atención Primaria integrado previamente dentro del sistema sanitario público. El segundo tipo de descentralización consiste en la *devolución de poderes* a gobiernos regionales o locales. Dado que éstos gobiernos subnacionales⁶ son elegidos democráticamente y disfrutan por lo general de un grado variable de autonomía fiscal y de gasto, la transferencia de funciones implica necesariamente la devolución simultánea de responsabilidades políticas y financieras sobre los resultados de la gestión. En el contexto europeo, los gobiernos locales ejercen históricamente importantes funciones sanitarias, reforzadas a menudo durante los años 60 y 70 con nuevas competencias en materia de política social. En algunos países, como España, Italia, Francia, Bélgica, Alemania o Austria, el gobierno de la asistencia sanitaria ha sido asignado principalmente al nivel regional, con diferentes grados de autonomía política (Borja, 1986; Björkman, 1985).

la utilización del término 'subnacional' para designar a los gobiernos locales, regionales o estatales (en tanto integrantes de un Estado federal), no supone negar la naturaleza plurinacional de la mayoría de los Estados europeos. Más bien, tanto el término 'subnacional' como el término 'regional' se utilizan por mera conveniencia lingüística, dada la confusión que rodea a los términos alternativos 'subestatal' (en el caso de los Estados que forman parte de una Federación) y 'nación' o 'nacionalidad' (que suele asociarse demasiado a menudo con la idea del Estado-nación). La expresión 'subcentral' se utiliza también en otras partes de este trabajo como sinónimo de 'subnacional', aunque presenta también el problema semántico de llevar asociado un cierto matiz peyorativo. Desafortunadamente, tanto éstos como otros términos referidos al tema de la autonomía política de unidades territoriales cuyos límites no coinciden con los del Estado están cargados de connotaciones ideológicas de uno u otro signo que complican aún más las ambigüedades lingüísticas mencionadas.

TABLA 1

DISEÑOS ALTERNATIVOS DE LA POLÍTICA DE DESCENTRALIZACIÓN DEL SECTOR PÚBLICO	
TIPOS DE DESCENTRALIZACIÓN	ADMINISTRATIVA
INTERNA	Desconcentración Delegación
EXTERNA	Contratación externa

Fuente: Mills, 1994: 282-3 y elaboración propia

El tercer tipo de descentralización consiste en la *delegación de funciones administrativas y de gestión a órganos y agendas institucionales* vinculados de un modo flexible a la estructura jerárquica del sector público. El ejemplo clásico en España es la figura jurídica de organismo público, muy utilizada desde principios de siglo en nuestro país para la provisión de servicios públicos (García de Enterría y Fernández, 1993: 383). En el sector sanitario, son ejemplos importantes el propio INSALUD y la mayoría de Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas. Otras figuras organizativas que se encuadran dentro de este tipo son los entes, consorcios, fundaciones o empresas públicas, de utilización creciente dentro del sistema sanitario español, y de máxima actualidad política en la década de los 90⁷. Las diferencias principales entre estas estructuras organizativas radican precisamente en su grado -flexible- de vinculación con la estructura jerárquica de la Administración Pública, lo que hace que las figuras jurídicas con menor grado de vinculación se sitúen en un punto intermedio entre la descentralización interna y la externa. De hecho, históricamente, la justificación jurídica de organizaciones como los entes, consorcios y empresas públicas es precisamente el desarrollo de actividades con una clara dimensión de mercado, en las que el sector público se sitúa en una posición de competencia con otras empresas privadas (García de Enterría y Fernández, 1993: 389).

Por último, una acepción menos extendida y más controvertida del término descentralización, que proviene principalmente del análisis económico, es la transferencia de funciones del sector público al privado. En el sector sanitario, el ejemplo más frecuente de este tipo de descentralización es la *contratación externa de servicios públicos a entidades privadas* con o sin ánimo de lucro. Cuando la contratación externa va acompañada de la venta de centros y servicios de titularidad pública a empresas privadas, se denomina privatización, un fenómeno poco frecuente en el ámbito de la asistencia sanitaria

⁷ La introducción de estas figuras en el sector sanitario público español se discute en el capítulo 7. Revisiones interesantes pueden encontrarse también en Martín Martín (1996a, 1996b y 1996c) y Bestard (1994). En cuanto a el papel de las agencias en otros países europeos, ver Mellon (1993).

pública⁸. La contratación externa de servicios existe en todos los sectores sanitarios públicos desde su propia creación, y el ejemplo más importante en España son los centros sanitarios concertados. La transferencia de servicios es en este caso claramente externa, mientras que se sitúa en un punto intermedio entre la descentralización administrativa y la de carácter político⁹.

La naturaleza política de la contratación externa de servicios implica que este tipo de descentralización comparte algunos rasgos comunes con la devolución de poderes a gobiernos regionales y locales. Sin embargo, las diferencias entre ambos tipos de descentralización son importantes, aunque no han sido siempre debidamente especificadas, especialmente en la investigación económica. En primer lugar, en el caso de los gobiernos regionales el carácter político de la descentralización se deriva más de la autonomía en la toma de decisiones que de las responsabilidades financieras que estos gobiernos asumen; mientras que en el caso de la contratación externa, la situación es generalmente la inversa. Es decir, aunque los centros privados concertados suelen estar sujetos a regulaciones públicas que limitan sustancialmente su autonomía de decisión en cuanto a la provisión de servicios públicos, tienen generalmente mayor grado de responsabilidad financiera sobre los resultados de su gestión que los gobiernos subnacionales.

En definitiva, en cuanto al grado de autonomía financiera, se puede afirmar que la diferencia clave entre la devolución de poderes y la contratación externa de servicios consiste en la posibilidad de quiebra. En el caso de los gobiernos subcentrales, resulta inconcebible políticamente que desaparezcan debido a un desastre financiero, por lo que se puede esperar que su capacidad de

⁸ El término 'privatización', sin embargo, se utiliza bajo una variedad de acepciones, que no siempre coinciden con la descrita en el texto. Una excelente discusión de los diferentes significados de este término y sus implicaciones ideológicas puede encontrarse en Granaglia (1997). El tema de la privatización se retoma además en el último capítulo de este trabajo.

⁹ Sobre los múltiples matices del término 'político', las diferencias entre el ámbito de lo político y el ámbito administrativo y las dificultades empíricas para delinear claramente ambos ámbitos, ver Starr e Immergut (1987: 223 y nota 2).

supervivencia no dependa principalmente de la calidad de su gestión económica. El caso de las empresas privadas concertadas con el sistema público es claramente el opuesto. Generalmente, estas empresas son plenamente responsables, legal y políticamente, de sus resultados financieros, hasta el punto de arriesgar su propia supervivencia; sus deudas no son cubiertas por el Estado si no lo prevé explícitamente su contrato con el sector público, lo cuál sólo ocurre en casos excepcionales; y están sujetas, por supuesto, a la posibilidad de quiebra.

Una segunda diferencia entre la devolución de poderes y la contratación externa de servicios radica en el tipo de controles a los que están sujetos. De hecho, más generalmente, las diferencias principales entre estos cuatro tipos de descentralización, como ha señalado Mills (1993), se refieren a la naturaleza de los controles que el Estado central ejerce sobre estas unidades autónomas. En otras palabras, estas diferencias se derivan del grado de aplicación de los controles constitucionales, políticos y jurídicos asociados a la responsabilidad de gobierno (*accountability*) de la que es depositario el sector público en los sistemas democráticos. En este sentido, la contratación externa, y en menor medida, la delegación de funciones a entes institucionales, se diferencian netamente de los otros dos tipos de descentralización, puesto que los controles jurídico-administrativos y democráticos propios del sector público no son de aplicación directa a las organizaciones regidas total o parcialmente por el derecho privado. Por ejemplo, la relación de los centros concertados con el sector público es de naturaleza contractual¹⁰, por lo que el tipo de control que se ejerce sobre ellos es a través de la propia regulación

¹⁰ Los términos 'contrato' y 'contractual' se emplean bajo dos acepciones distintas a lo largo de esta investigación. En este caso preciso se utilizan para describir situaciones en las que existen un contrato formal y explícito, sancionado por la legislación vigente. En contraste, a lo largo del capítulo 4 se usan generalmente para designar cualquier acuerdo explícito o implícito, formal o informal, y sancionado o no jurídicamente. Esta última acepción es la empleada en la economía de las organizaciones, denominada también economía contractual por la importancia que concede a la naturaleza de estos acuerdos.

de los contratos en el derecho mercantil. Algo semejante ocurre en el caso de la delegación de poderes a entes institucionales¹¹.

La descentralización a gobiernos subnacionales, en este contexto, se caracteriza por un predominio del control democrático, ejercido principalmente a través de las elecciones regionales y locales. Estos gobiernos están además sometidos a un grado variable de control político ejercido por el gobierno central, aunque su posición con respecto a éste no sea generalmente de un carácter claramente jerárquico. Por último, los gobiernos subcentrales, en tanto parte integrante de las Administraciones Públicas, están sujetos también al control de la jurisdicción administrativa. En contraste, la desconcentración se caracteriza por un predominio claro de la línea jerárquica de control interno, que mezcla el control político con el ejercido a través del derecho administrativo. Por último, la delegación a agencias y órganos autónomos se caracteriza por una utilización combinada del control político y contractual, y en menor medida, del administrativo.

Una última aclaración necesaria es que, a pesar las diferencias mencionadas en cuanto a la naturaleza de los instrumentos de control disponibles (contratos, control jerárquico o democrático), los cuatro tipos de descentralización discutidos en este apartado comparten algunos rasgos comunes importantes en cuanto a su impacto esperado sobre la prestación de servicios públicos, que los diferencian de la estructura jerárquica centralizada. Estos rasgos comunes se refieren en primer lugar al grado de control que permanece en las manos del gobierno central, es decir, en las escalas superiores de la jerarquía administrativa en el sector sanitario. Este grado de control es siempre menor en un Estado descentralizado que en un Estado centralizado, independientemente del tipo de descentralización que esté en juego. En segundo lugar, parece razonable esperar que las semejanzas entre los diversos tipos de descentralización afecten también a los factores

¹¹ Sobre la relajación de los controles jurídico administrativos en el caso de los entes institucionales, ver el apartado "Excursus sobre el abuso de la creación de entes institucionales como técnica de huida del derecho administrativo", en García de Enterría y Fernández (1993. 388-391) Una aplicación de las mismas ideas al caso del sector sanitario puede encontrarse en Villar (1995)

intermedios que canalizan y modulan el impacto de la descentralización sobre la eficiencia y la equidad en la prestación de servicios públicos.

La propuesta principal en este sentido consiste en llevar un paso más allá el argumento de Mills. Esta autora defiende que un segundo criterio para evaluar los distintos tipos de descentralización, además de la naturaleza de los controles institucionales, es su impacto sobre la eficiencia y la equidad de los servicios públicos. En concreto, y en cuanto al tema de las consecuencias de la descentralización, es razonable esperar que exista una relación entre control y resultados: es decir, que tanto el grado como la naturaleza de los mecanismos de control institucionales de los que dispone el gobierno central constituyan un factor determinante de la efectividad y la equidad en la prestación de servicios sanitarios. Estos mecanismos institucionales de control actúan, pues, como variables intermedias que canalizan y modifican los efectos de los procesos de descentralización sobre la equidad y la eficiencia en la prestación de servicios públicos.

Pero el tema de las consecuencias de la descentralización, que se trata en la segunda parte de la tesis, no entra dentro de los objetivos de este capítulo. Lo que sí resulta necesario mencionar aquí es que estos rasgos comunes, en cuanto a sus consecuencias, que comparten los tipos de descentralización descritos, no afectan, sin embargo, en la misma medida, a los procesos y factores que condicionan la transferencia de poderes en cada uno de los casos discutidos. En concreto, como se ha defendido en la introducción, los tipos de descentralización que tienen un carácter claramente político responden a procesos causales más complejos que los que tienen un carácter meramente administrativo.

En este sentido, es importante tener en cuenta la naturaleza problemática de los procesos de descentralización con un marcado componente político, en tanto suponen generalmente una modificación sustantiva de los límites entre el Estado y la sociedad¹². Además, o en otras palabras, estos tipos de descentralización son problemáticos porque suponen una pérdida de control por parte del gobierno central

¹² Ver nota 3.

sobre algunos ámbitos e instrumentos de actuación del Estado que ocupan un lugar central dentro de las responsabilidades democráticas del gobierno y el parlamento. La idea central del capítulo a este respecto, que se analiza a continuación, es que los problemas que afectan a estos procesos de descentralización se derivan principalmente de los requisitos necesarios para la legitimación de la representación política en sociedades democráticas. Aunque el análisis se centra a partir de ahora en la devolución de poderes a gobiernos subcentrales, en los que el carácter político es más acusado, muchas de sus conclusiones pueden aplicarse también a la contratación externa de servicios, y en concreto, a sus aspectos más propiamente políticos.

Un precedente importante en la aplicación del análisis político al estudio de las transformaciones en los límites entre el sector público y el privado son las teorías neocorporatistas. En concreto, estas teorías analizan la entrada de organizaciones políticas y sociales, como sindicatos, asociaciones de empresarios y grupos de interés privados en la esfera de actuación del Estado. O en otras palabras, la asunción por parte de estos grupos de funciones y poderes que tradicionalmente se atribuyen al gobierno elegido por la mayoría de los ciudadanos. Estos procesos, aunque no han sido conceptualizados de este modo por parte de los teóricos del neocorporatismo, constituyen un caso claro de descentralización externa del poder del Estado, semejante a la contratación externa de servicios.

El neocorporatismo es, además, la escuela de pensamiento político y sociológico que ha concedido un mayor énfasis al carácter problemático de los procesos de descentralización del poder democrático. Las teorías sobre el neocorporatismo defienden que las razones que hacen problemática la entrada de estos grupos en el ámbito de actuación del Estado central se derivan de la amenaza que la descentralización de poderes supone en este caso para los fundamentos normativos de las democracias occidentales. Estos fundamentos normativos se refieren, en primer lugar, a (1) "las bases normativas del poder del Estado", esto es, "la universalidad de su marco legislativo", o, en otras palabras, "su pretensión de tratamiento universalista, legal-racional de todos los ciudadanos" (Schmitter, 1986: 44, 61); y, en segundo lugar, a (2) las bases

normativas del sistema democrático, que suponen que cualquier desviación de la regla de la mayoría como principio de atribución de los poderes de gobierno, tiene que ser "compatible con las expectativas de los ciudadanos, o capaz de alterar estas expectativas su favor", es decir, de manera que las preferencias políticas mayoritarias favorezcan las transferencias de poder a otros agentes políticos y sociales que no hayan sido elegidos por la mayoría de los ciudadanos (Schmitter, 1986: 62).

En otras palabras, los principios normativos que sirven de fundamento al sistema de representación política en las sociedades democráticas implican que los representantes políticos elegidos por una mayoría de los ciudadanos detentan el monopolio del poder legítimo de fijación de los objetivos y recursos de las políticas públicas. Esta distribución del poder político legítimo se deriva de una teoría de la democracia que defiende la existencia de un interés general a nivel del Estado cuya defensa implica necesariamente el aumento del bienestar general de los ciudadanos. Sin embargo, el problema central de esta teoría de la democracia representativa radica, desde el propio origen histórico de los sistemas democráticos, en el hecho de que ese interés general mayoritario no refleja adecuadamente, en muchas ocasiones, la pluralidad de intereses del electorado (Pitkin, 1985).

Se trata, pues, del problema clásico que afecta a la regla de la mayoría, en cuanto supone la exclusión de importantes minorías cuyos intereses pueden no coincidir, o incluso pueden entrar en contradicción, con los intereses de la mayoría. Este problema es especialmente importante cuando introducimos la variable territorial en el análisis, puesto que las minorías excluidas de la toma de decisiones a nivel estatal pueden constituir al mismo tiempo mayorías dominantes en un nivel de agregación territorial de preferencias menor, es decir, a nivel regional o local. En términos más generales, este problema que afecta al sistema de representación mayoritaria puede formularse en el sentido de afirmar que la existencia de instituciones representativas a nivel central resulta insuficiente para conseguir una representación global de carácter democrático en el gobierno del Estado, puesto que deja fuera de la esfera política a un conjunto amplio de intereses sociales plurales (Pitkin, 1985).

Sin embargo, cualquier intento de paliar este problema a través de la delegación del poder legítimo de los representantes políticos centrales a otros grupos políticos minoritarios existentes dentro del Estado supone una ruptura sustantiva de los fundamentos normativos del propio sistema democrático. Estamos ya en condiciones de avanzar un paso más en el desarrollo de la hipótesis principal de este capítulo, mencionada en la introducción. En concreto, se puede afirmar que los imperativos necesarios para mantener la legitimación de la autoridad del Estado y del régimen democrático dotan de un carácter problemático a cualquier proceso de delegación de los derechos de representación concedidos con carácter de monopolio al gobierno central a través de la regla de la mayoría. Esta delegación de poderes no puede ser, pues, el resultado natural de un proceso espontáneo, ni puede justificarse solamente en razón de las presiones funcionales que promueven el aumento de la eficiencia en el gobierno de los servicios públicos.

Los requisitos necesarios para realizar con éxito una descentralización del poder de estas características se refieren, en este contexto, a los fundamentos normativos de la legitimidad¹³ del Estado.

¹³ El concepto de legitimidad es seguramente uno de los que ha generado más debates en la ciencia política. El trabajo clásico en este sentido es el de Weber (1978). Dos análisis críticos de estos debates en la literatura española reciente pueden encontrarse en Garzón (1990) y Colom (1990). Además, debido al importante papel que ocupa este concepto en el presente capítulo, conviene hacer un breve resumen aquí de los contenidos principales de este concepto. Un buen punto de partida es la definición aportada por Colom (1990: 164). En la opinión de este autor, podría definirse la legitimidad como "un atributo normativo de todo sistema político". En otras palabras, la legitimidad sería un concepto *subjetivo*, que consistiría en la atribución de un valor moral al sistema político considerado. En este sentido, la definición de Colom se ajustaría a la clásica definición weberiana de la legitimidad como la creencia en la superioridad o excelencia de un sistema político dado. Un orden político posee legitimidad, en términos weberianos, cuando "goza del prestigio de ser considerado como vinculante" (1978: 32). Sin embargo, la definición de Colom se aleja de la weberiana en cuanto al carácter esencialmente *empírico y positivo* de esta última. Para Weber, se puede decir que un orden es considerado como legítimo, "tan sólo cuando la conducta se orienta efectivamente por máximas determinables [y definitivas de dicho orden], debido a que, de alguna manera apreciable, éstas son consideradas por el actor como obligatorias o ejemplares" (1978: 32). Pasando del plano

El primero de estos requisitos, como veremos a lo largo de las páginas siguientes, es la existencia dentro del Estado de grupos sociales con identidad y preferencias claramente diferentes de los de la mayoría de los ciudadanos, y con capacidad política para defender sus propios intereses con una intensidad suficiente contra el poder legítimo de la mayoría. De hecho, la existencia de estos grupos

particular de la conducta individual al general del orden social, el concepto muestra más claramente su dimensión propiamente empírica: "la legitimidad de un sistema de dominación solo puede ser tratada sociológicamente como la probabilidad de que existan en una medida relevante las actitudes apropiadas y la conducta correspondiente a las mismas" (Weber, 1978). Aún cuando el criterio utilizado por Weber para determinar la existencia sociológica de la legitimidad sea de carácter empírico y positivo, ello no quiere decir que la naturaleza del fenómeno también lo sea. Weber es claro en su definición de la legitimidad en tanto creencia subjetiva, y en este sentido, utiliza el criterio fáctico de la conducta observable como un indicador empírico de la existencia de dicha creencia. Media, pues, una asunción de tipo psicológico implícita, es decir, que sólo la creencia en la superioridad o excepcionalidad de un orden político (y no el interés particular en las compensaciones materiales que éste ofrezca, por ejemplo) puede garantizar con un grado de probabilidad suficiente la sujeción de los individuos a un sistema de dominación. En el caso de Colom la legitimidad posee más bien un carácter *teórico/hipotético intersubjetivo*, en cuanto depende de una fundamentación filosófica de "carácter procesual", "que la configura como proyecto permanente y nunca acabado"; y *normativo*, en tanto esta fundamentación "no puede dejar de ponderar las consecuencias éticas y políticas que de cada fórmula propuesta se derivan para la acción humana" (Colom, 1990: 168). A mi manera de ver, no hay ninguna necesidad de optar por una de estas dos definiciones. Mientras que el carácter subjetivo de este concepto es para mí un rasgo definitorio esencial de la legitimidad (en tanto que no es un rasgo inmanente de la realidad política, sino que depende de una 'atribución de' o 'creencia en'), ésta posee las dos dimensiones, analíticamente compatibles, expresadas en las definiciones de los dos autores arriba mencionados. Una cosa es el análisis sociológico de una creencia, que se refiere a la contabilización macrosocial de la existencia o no de la misma, sin entrar en su contenido específico. Y otra cosa es la pretensión de establecer una fundamentación filosófico-moral de la misma, que evalúe más o menos rigurosamente las consecuencias sociales de un determinado orden político, y que ofrezca una alternativa moral superadora de las creencias limitadas y particulares de los individuos en una sociedad y un momento histórico concreto. En este sentido, las dos definiciones apuntadas se referirían respectivamente al ser y al deber ser de un mismo fenómeno social, la legitimación del régimen político y del Estado en cuanto estructuras institucionales de dominación.

minoritarios que no alcanzan una representación adecuada dentro de las instituciones centrales, y especialmente, si constituyen mayoría a nivel territorial, supone una amenaza en si misma a la legitimidad del Estado en tanto defensor de un interés general, y en definitiva, una amenaza a la legitimidad del propio sistema democrático.

Por ello, la descentralización de poderes sería en este caso una respuesta a la crisis de legitimación que estos grupos pueden provocar a través de la presión que ejercen sobre el gobierno central. Una respuesta dirigida, pues, a restaurar la legitimidad del Estado. Es importante enfatizar, en este sentido, que la existencia de grupos con preferencias distintivas e intensas es una condición necesaria, pero no suficiente, para garantizar su acceso al ámbito de actuación del Estado. En primer lugar, estas preferencias intensas tienen que estar articuladas en organizaciones políticas con suficientes recursos como para ejercer una presión eficaz sobre el gobierno central. Este requisito asegura que el acceso institucional de estas preferencias al ámbito de actuación del Estado sea factible, mientras que permite hacer visibles las pérdidas potenciales de legitimidad política derivadas de su exclusión del mismo.

En segundo lugar, un requisito imprescindible para que el acceso de los representantes de estos intereses distintivos a la esfera de poder del Estado pierda su carácter problemático es que exista una mayoría latente de ciudadanos que considere legítimo este acceso, lo que contribuye significativamente a la reducción de los costes de su inclusión en el gobierno, en términos de crisis de legitimación del sistema democrático. De este modo, la cesión por parte del Estado de sus derechos de monopolio sobre el poder político legítimo sirve para reforzar los fundamentos normativos del régimen democrático y del propio poder del Estado, en vez de constituir una amenaza para los mismos.

2. Causas de la descentralización. Las teorías económicas y políticas

La decisión por parte de los representantes legítimos de los ciudadanos, detentadores de un poder de monopolio sobre las

decisiones políticas, de transferir parte de este poder a otras organizaciones políticas y sociales con intereses distintos a los de la mayoría del electorado resulta difícil de explicar desde varios puntos de vista teóricos. Por ejemplo, desde el punto de vista de las teorías que atribuyen a los gobernantes la motivación principal de aumento de su poder y sus recursos, como la elección racional, la elección pública y el elitismo político, la descentralización podría parecer a primera vista un proceso irracional y anti-intuitivo. Otro ejemplo significativo en este sentido son las teorías de la representación y legitimidad política del poder del Estado en regímenes democráticos, que enfatizan que la descentralización del poder a organizaciones distintas del gobierno legítimamente constituido conllevan un considerable riesgo político, puesto que suponen una ruptura explícita de los fundamentos normativos de la democracia, basados principalmente en la concesión del poder político legítimo a los representantes favorecidos por la mayoría del electorado.

En este contexto, las explicaciones prevalentes sobre la descentralización del poder responden principalmente a un enfoque funcionalista y elitista. Este es el caso, por ejemplo, de la teoría interorganizacional, que constituye uno de los enfoques analíticos más influyentes sobre la devolución de poderes y las relaciones entre niveles de gobierno en los Estados compuestos (Hanf and O'Toole, 1992; Kauffman, 1985; Hanf, 1978; Sharpf, Reissert and Schnabel, 1978). El enfoque funcionalista afecta también a la segunda teoría que se revisa en este apartado, la economía de las organizaciones, que incluye entre sus contribuciones un análisis de los determinantes del proceso de descentralización en el sector privado que da origen a la empresa multidivisional.

Antes de pasar a analizar estas teorías, resulta conveniente empezar por resumir brevemente que se entiende por 'funcionalismo' y 'perspectiva funcionalista'. En general, el término funcionalista se utiliza en sociología para designar a un subgrupo de las teorías que otorgan un papel determinante a factores macroestructurales e impersonales en la explicación del cambio social. Desde una perspectiva de historia de la ciencia, el funcionalismo entiende tradicionalmente el cambio social e institucional a través de metáforas organicistas y mecanicistas: el Estado, la sociedad y el mercado se

conciben como macroorganismos impulsados por una lógica de progreso mecanicista, que tiende a aumentar continuamente su capacidad de adaptación y supervivencia. En general, de acuerdo con el enfoque funcionalista, la razón que explica la existencia y naturaleza de las instituciones políticas y sociales, así como la acción social y política en general, es el hecho de que resultan funcionales para la pervivencia del sistema social (el caso del funcionalismo parsoniano), para los intereses de la clase capitalista (el caso del marxismo clásico, y del estructural-funcionalismo marxista posterior), o en general, para las élites sociales dominantes (el caso del estructural-funcionalismo antropológico, y en cierta medida, de las perspectivas neomarxistas posteriores).

Tanto el funcionalismo, pues, como otras escuelas de pensamiento afines, como el estructuralismo o el estructural funcionalismo (que se engloban dentro de este mismo término en estas páginas con el fin de simplificar el análisis), conceden un papel menor tanto a la acción autónoma humana como a los factores políticos en general. La acción de los individuos, de un lado, lo mismo que sus motivaciones, preferencias, ideas y valores (es decir, los factores culturales en general), se derivan automáticamente de la posición que los individuos ocupan en la estructura social, que se define principalmente en los términos de la distinción entre grupos dominantes o dominados, o entre élites y masas. De otro lado, las teorías funcionalistas defienden que el ámbito de lo político no tiene una autonomía y dinámica propias, sino que es un reflejo pasivo de la estructura social, o en otras palabras, de los intereses estructurales de las clases dominantes, constituidas por las élites económicas y sociales. Los recursos económicos, y en general, materiales y estructurales, son pues la principal fuente de poder político, mientras que la acción de los políticos se enfoca exclusivamente a la preservación de estos recursos, no como resultado de un cálculo racional, sino como reflejo automático de los imperativos estructurales, puesto que la preservación de estos recursos resulta funcional para el mantenimiento de la propia estructura social de dominación.

Desde este punto de vista, el análisis interorganizacional, que comienza a elaborarse en los años 70, comparte muchos de los rasgos

de las teorías funcionalistas y estructuralistas, muy populares durante los años 60 y 70. De acuerdo la teoría interorganizacional, en esta línea, las causas principales de la descentralización del poder se derivan de la relación entre los requisitos funcionales del gobierno de los servicios públicos y la capacidad estructural del Estado. De acuerdo con esta teoría, tanto la devolución de poderes a los gobiernos regionales y locales como la entrada de grupos de interés y asociaciones privadas en la esfera de poder del Estado se explican en función de la complejidad creciente que se deriva de la ampliación de la intervención del Estado en el ámbito de las políticas económicas y sociales. Estas nuevas competencias asumidas por el Estado a partir de la segunda guerra mundial demandan una capacidad de gobierno y gestión que supera con mucho los medios y recursos de gestión del sector público.

La descentralización del poder a nuevas organizaciones políticas y sociales se entiende, en este sentido, como una respuesta funcional de las élites políticas a su propia incapacidad para gestionar las políticas económicas y sociales de un modo eficiente sin la ayuda de estos grupos. En otras palabras:

"En el nivel más general de análisis, el problema de la gobernabilidad se refiere al dilema que afecta a un número creciente de actores políticos: el gobierno, que está a cargo de solucionar importantes problemas públicos, parece incapaz de resolver satisfactoriamente todos los temas que forman parte de la agenda política...Prácticamente todos los intentos recientes de entender como funcionan las políticas y programas públicos.. han tenido que enfrentarse a la naturaleza multi-organizacional de la acción política. El hecho de que la importancia de este tema haya sido reconocida de un modo tan generalizado es comprensible si consideramos la naturaleza de los requisitos necesarios para la formulación y ejecución de políticas en los Estados del Bienestar durante las últimas décadas. Existen muy pocos problemas sociales, en este sentido, que puedan ser tratados, y menos aún resueltos, por una o unas pocas organizaciones trabajando en solitario. De hecho, los responsables de la toma de decisiones dependen, tanto para la formulación como para la ejecución de cualquier tipo de políticas públicas, de conglomerados de organizaciones caracterizados por la

interrelación estrecha entre el ámbito público y el privado" (Hanf and OToole, 1992: 165)

De un modo más explícito, y en el mismo sentido, algunos análisis recientes del proceso de descentralización territorial en Europa tienden a explicar este proceso en razón de los requisitos funcionales de gobierno de los Estados de Bienestar modernos. Una investigación significativa en este sentido es el conjunto de estudios editados por Kjellberg y Dente (1988), que tratan de explicar la ola de descentralizaciones de las políticas sociales a nivel local y regional que tienen lugar en los países occidentales durante los años 60 y 70 en los siguientes términos:

Resulta desde luego evidente que la reorganización de los gobiernos regionales y locales no habría tenido lugar sin la dramática expansión del sector público que se inicia en la mayoría de las democracias avanzadas a partir de la segunda guerra mundial. Desde este punto de vista...la reorganización de los gobiernos regionales y locales...emerge en todos los países como un intento de solucionar la tensión entre los requisitos organizativos derivados de la expansión del sector público y los mecanismos institucionales existentes (Kjellberg y Dente, 1988.2)

En este contexto, una de las preocupaciones de la literatura sobre relaciones interorganizacionales es explicar porqué determinados actores sociales y políticos consiguen acceso a parcelas de poder del Estado, mientras que otros quedan excluidos de la formulación y ejecución de políticas públicas, a pesar de que su participación podría resultar funcional para aumentar la calidad de los resultados de la gestión pública. La explicación que se le da a este hecho está ligada a factores estructurales, que se definen de un modo general como "las características más estables de la relación de intercambio implícita que se establece entre los participantes en las relaciones de interacción interorganizacionales" (Sharpf, 1978: 353). Es importante detenerse aquí para hacer un par de comentarios sobre la cuestión de los factores estructurales.

De un lado, hay que tener en cuenta que el recurso a factores estructurales de tipo impersonal es coherente con el rechazo explícito

del individualismo metodológico por parte de esta escuela de pensamiento (Sharpf, 1978: 348). Esto quiere decir que ni los motivos de los individuos, ni las iniciativas de las organizaciones tratadas de un modo aislado son capaces de determinar los resultados del proceso de formulación de políticas. Estos autores no adoptan, sin embargo, a cambio, una perspectiva macroestructural. De hecho, la propuesta metodológica específica de la teoría de las relaciones interorganizacionales enfatiza "la necesidad de cambiar la unidad de análisis, de las organizaciones o actores individuales al conjunto de relaciones que definen la red interorganizacional (Hanf and OToole, 1992: 169). En el vocabulario metodológico desarrollado en sociología y ciencia política desde finales de los años 70, este cambio de énfasis supone trasladar el análisis al nivel *meso*, es decir, a un nivel intermedio entre el macro (estructuras, fuerzas impersonales) y el micro (racionalidad y preferencias individuales). Sin embargo, a pesar de este cambio explícito en el nivel de análisis, la teoría interorganizacional conserva aún muchas características del estructuralismo y funcionalismo anteriores.

De otro lado, y a pesar del importante papel que ocupan estos factores estructurales en el modelo explicativo desarrollado por estos autores, la definición que se hace de los mismos es cuando menos ambigua. En una primera etapa, las referencias predominantes a este respecto son las de la teoría del intercambio, que tiende a definir la estructura implícita de las relaciones políticas en función de los recursos materiales de cada uno de los grupos sociales implicados. A lo largo de los años 80 se observa, sin embargo, un cambio de énfasis, y los factores estructurales citados pasan a ser entendidos en términos de la estructura institucional del Estado. Esto quiere decir que tanto el acceso de nuevos grupos al gobierno de los servicios públicos como las relaciones que se establecen entre ellos y el Estado dependen de la distribución del poder formal que se deriva de las reglas institucionales que regulan el gobierno del sector público (Sharpf, 1984; Kauffman, Majone and Ostrom, 1985; Sharpf, 1988).

Estos factores institucionales se conciben, en cualquier caso, como determinantes indirectos de la descentralización del poder. En este contexto, el determinante directo de la acción política de transferencia de poderes son los intereses corporativos de las

organizaciones que participan en el proceso de formulación de políticas, y especialmente, de aquellas que disfrutaban de posiciones de poder dentro del marco institucional formal del Estado (Hanf and O'Toole, 1992: 169; Sharpf, 1988: 254; Kauffman, 1985: 15; Sharpf, 1984: 261; Sharpf, 1978: 352). En resumen, el modelo explicativo de la descentralización combina la lógica del análisis racional con la influencia del entorno institucional, que se define generalmente como el conjunto de reglas y procedimientos formales de distribución del poder y de regulación de las relaciones entre el Estado y el resto de grupos políticos y sociales.

En términos más explícitos, la descentralización del poder del Estado sólo será factible en el caso en que sea compatible con los intereses corporativos de las organizaciones que detentan previamente este poder institucional. Para que esta compatibilidad se dé en la práctica, los nuevos grupos políticos y sociales que reclaman su acceso a la esfera de acción del Estado deben estar en disposición de recursos materiales e informativos que resulten funcionales para que el gobierno pueda desarrollar con éxito su labor de gestión de los recursos públicos. La evolución registrada en la definición de los factores estructurales no supone un abandono del funcionalismo implícito, sino más bien la transición desde un funcionalismo de corte sociológico a otro de tintes económicos.

Por último, y en relación con esta última afirmación, resulta interesante mencionar que el mismo énfasis funcionalista es perceptible en las teorías económicas que intentan explicar los procesos de descentralización en el sector privado, y en concreto en la economía de las organizaciones, una de las teorías encuadradas formalmente dentro de la corriente denominada neoinstitucionalismo económico. El neoinstitucionalismo económico, a diferencia del sociológico y el político, refleja aún de un modo considerable la tradición funcionalista de la economía clásica. En este sentido, se puede afirmar que la utilización de los conceptos económicos de equilibrio, minimización de costes, maximización de beneficios, etc., reflejan una concepción organicista y mecanicista del cambio

económico y empresarial semejante a la de los enfoques funcionalistas de la sociología clásica¹⁴.

Aunque no es posible entrar aquí en detalles sobre la economía de las organizaciones¹⁵, sí que conviene mencionar brevemente su percepción de las causas del proceso de descentralización del poder que tiene lugar en las grandes corporaciones privadas desde mediados del siglo XX, y que da origen a la empresa multidivisional¹⁶. La idea central es en este caso muy parecida a la de la teoría interorganizacional: la expansión del tamaño y las funciones de la corporación empresarial moderna excede rápidamente sus

¹⁴ De hecho, tanto la economía neoclásica como la propia economía de las organizaciones han sido criticadas debido a sus concepciones mecanicistas y funcionalistas. Al respecto, ver, por ejemplo, las críticas de Nelson y Winter (1982), Nelson (1994) y Lewin (1996) a la economía neoclásica, y las de Granoveter (1985, 1992) a la economía de las organizaciones.

¹⁵ Un análisis detallado del origen, características y contribuciones principales de la economía de las organizaciones puede encontrarse en el apartado 2 del capítulo 4.

¹⁶ La descripción de la emergencia de la empresa multidivisional procede principalmente de los trabajos de Alfred Chandler en los años 60 sobre historia económica y de la empresa, posteriormente complementados en los 70, desde un punto de vista teórico, por Oliver Williamson, principal representante de la economía de los costes de transacción (una de las subdisciplinas encuadradas dentro de la economía de las organizaciones). Las referencias pertinentes, así como un análisis más detallado de la empresa multidivisional, pueden encontrarse en el capítulo 4 de la tesis. Por último, resulta importante mencionar que la economía de las organizaciones también incluye entre sus objetos de investigación otros procesos importantes de descentralización en el sector privado. El primero de estos procesos se refiere a la delegación del poder de decisión corporativo de los propietarios a los gerentes de las empresas, proceso que da lugar a la creación de las primeras sociedades anónimas hacia finales del siglo XIX. Además, hay que mencionar también, en este sentido, el proceso de contratación externa de servicios que se inicia a finales de los años 80. Este capítulo, sin embargo, con el fin de simplificar el análisis, no incluye una mención expresa a estos procesos de descentralización anteriores y posteriores a la emergencia de la empresa multidivisional, que sí se revisan, sin embargo, en el capítulo 4. A pesar de ello, conviene aclarar aquí que los modelos de explicación de la descentralización del poder elaborados por la economía de las organizaciones para dar cuenta de estos dos últimos procesos comparten el mismo enfoque funcionalista descrito en el texto.

capacidades de coordinación y gestión, generando una situación de colapso organizativo. La respuesta (funcional) a estos requisitos organizativos formales es descentralizar parte del poder de decisión sobre cuestiones operativas a las unidades situadas en las posiciones inferiores de la jerarquía organizativa (divisiones), con el objetivo de minimizar los costes de decisión, control e información intraorganizacionales, y garantizar así la supervivencia de la corporación empresarial en un mercado crecientemente competitivo.

En definitiva, pues, la descentralización en el sector privado, como en el público, consiste en una adaptación estructural de las organizaciones, impulsada por fuerzas organizativas impersonales que conducen a minimizar las ineficiencias de gobierno y gestión de las organizaciones. Los individuos, en cuanto actores relevantes y promotores del cambio institucional, están tan ausentes en el análisis de la economía de las organizaciones, como en las teorías interorganizacionales de la ciencia política¹⁷. Lo mismo es cierto, como veremos a continuación, con respecto a las ideas y valores culturales compartidos por los individuos. Por último, un problema que afecta a ambas disciplinas (aunque en menor medida a la teoría interorganizacional), es la ausencia de consideración de los conflictos de poder que obstaculizan y presiden cualquier cambio institucional.

Es necesario tener en cuenta, en cualquier caso, que la hipótesis del colapso organizacional, así como la finalidad de aumentar la eficiencia en la toma de decisiones y en la gestión de la información, no se descartan en modo alguno en este capítulo en tanto factores explicativos de la descentralización del poder. Lo que se critica, más bien, es, en primer lugar, el enfoque estructural y funcionalista del proceso causal que da origen a la descentralización, así como la no consideración por parte de estas teorías de otros factores determinantes importantes. El proceso de cambio institucional es

¹⁷ En este sentido, la propuesta metodológica principal de la economía de las organizaciones, de un modo semejante al análisis interorganizacional, es cambiar el nivel de análisis del ámbito de los individuos al de las transacciones. La transacción, en cuanto unidad de análisis, consiste principalmente en una relación de intercambio entre organizaciones, con lo que las semejanzas con la teoría interorganizacional se hacen más completas.

siempre iniciado por individuos o grupos de individuos, cuyas ideas y valores sobre la naturaleza y estructura de las instituciones son cruciales para entender la dinámica de los cambios, así como su adopción diferencial en contextos organizativos, nacionales e históricos distintos.

Además, los cambios institucionales, por su propia naturaleza, amenazan posiciones de poder establecidas de otros individuos o grupos sociales, por lo que los conflictos de poder constituyen una variable intermedia crucial para entender tanto el propio proceso de cambio institucional como sus resultados finales. Cualquier marco institucional se fundamenta además, tanto en el sector público como en el privado, en una serie de valores compartidos que dotan de legitimidad a la distribución institucional del poder entre distintos actores organizativos, y promueven la lealtad de los miembros de la organización. La modificación de las reglas de asignación del poder genera, pues, la necesidad de redefinir estos valores para solucionar los problemas de legitimidad y lealtad derivados del propio cambio en las instituciones.

Los conflictos de poder y de legitimidad, no tienen, sin embargo, el mismo peso en todos los tipos de descentralización. Parece razonable suponer, por ejemplo, que los procesos de *descentralización* con un carácter claramente *técnico o administrativo*, como la desconcentración del sector público, o la transferencia de decisiones operativas a las divisiones de una empresa, respondan principalmente al objetivo de aumentar la eficiencia organizativa y de gestión. Hay que recordar aquí que no todos los procesos de descentralización constituyen cambios institucionales sustantivos, en el sentido que se da a este término en la introducción de este capítulo. La hipótesis fundamental del capítulo en este sentido, enunciada también en la introducción, puede formularse, en este contexto, del siguiente modo: los conflictos de poder afectan de un modo central a los procesos de *descentralización política* del sector público, debido a las razones expuestas en otros apartados de este capítulo, que se relacionan principalmente con la naturaleza y las fuentes del poder de

decisión máximo en las democracias representativas¹⁸. Dado que el centro de interés principal de este capítulo son estos últimos procesos, conviene, pues, volver al debate sobre los determinantes de la devolución de poderes en los Estados compuestos.

En este contexto, el primer problema del modelo explicativo desarrollado por la teoría interorganizacional es que tiende a ignorar la relevancia de los factores culturales que se derivan de las instituciones. En otras palabras, y como ocurre también en el análisis institucional clásico desarrollado por la economía política y la ciencia política, así como en cuanto al neoinstitucionalismo económico posterior, las instituciones se definen como reglas formales del juego, y en tanto límites objetivos a la acción racional de los individuos. Esto supone olvidar el carácter fundamental de las instituciones como fuentes de significados, valores e identidades compartidas, que cumplen una función de apoyo con respecto a las acciones de los individuos, tal y como se deriva de la definición de las instituciones mantenida por el neoinstitucionalismo sociológico, político e histórico¹⁹ (Putnam, 1993; Jacobs, 1992; March y Olsen, 1989).

¹⁸ En este sentido, conviene hacer notar aquí que la legitimidad última del poder jerárquico formal en las corporaciones empresariales del sector privado proviene de la definición jurídica de los derechos de propiedad, que no están generalmente sometidos a estructuras de control del ejercicio de ese poder semejantes a las que se aplican al poder del Estado. Por ello, los procesos de descentralización en el sector privado parecen a primera vista menos conflictivos y problemáticos que los del sector público. Este es, sin duda, un tema muy interesante de investigación, que no ha sido tratado hasta el momento. Los derechos de propiedad no conceden, sin embargo, una libertad sin límites a sus portadores (ver, por ejemplo, Milgrom y Roberts, 1992, capítulo 9). Esto quiere decir que la implantación de la descentralización en el sector privado está también sujeta, aunque quizá en menor medida, a conflictos de poder y legitimación.

¹⁹ Un excelente análisis de las diferencias entre el neoinstitucionalismo económico, el sociológico y el político puede encontrarse en Scott (1996). Una buena descripción del neoinstitucionalismo histórico puede encontrarse en Putnam et al. (1993). En este sentido, el nuevo institucionalismo *en* ciencia política, y en concreto la contribución pionera de March y Olsen (1984), introduce una innovación teórica importante, que consiste principalmente en la superación de la distinción estricta entre instituciones y cultura mantenida por escuelas anteriores de pensamiento. En este sentido, resulta especialmente significativa la definición de lo político que estos autores mantienen: "La política se considera como

La segunda crítica posible a la teoría interorganizacional, en estrecha conexión con la anterior, es que desestima el papel fundamental de los actores políticos en tanto representantes del electorado. Ello supone que los límites previsibles que afectan a sus acciones no responden tan sólo a las reglas formales, objetivas, del juego político, sino que se derivan principalmente de las expectativas subjetivas del electorado del que depende su poder, así como de los valores e identidades compartidas en los que se basan estas expectativas (Pitkin, 1985). Por último, el tercer problema que afecta a la teoría interorganizacional es su definición de la fuente principal de poder de las organizaciones que presionan para acceder al gobierno del sector público. Como vimos más arriba, el análisis de las relaciones interorganizacionales defiende que este poder se deriva principalmente de los recursos funcionales que detentan estos grupos (es decir, de sus recursos materiales, informativos y organizativos).

En contraste, la hipótesis principal que se defiende en este capítulo tiene una serie de implicaciones importantes que apuntan en una dirección opuesta a la de la teoría interorganizacional. Como vimos en la introducción, la intensidad de preferencias se define en esta investigación como una de las causas principales del cambio institucional. Esta hipótesis puede reformularse del siguiente modo: la fuente de poder principal que garantiza el acceso al poder legítimo del gobierno por parte de estas organizaciones políticas y sociales es la naturaleza de sus preferencias y las del grupo social de referencia al que representan. En concreto, el requisito principal que promueve el acceso de estas organizaciones al poder no es el hecho de que estos grupos detentan unos recursos de información y una capacidad de

educación, como el ámbito del descubrimiento, la elaboración y la expresión de significados, del establecimiento de concepciones compartidas (u opuestas) sobre experiencias, valores y la naturaleza de la existencia. Es un ámbito simbólico, no en el sentido de la interpretación reciente de los símbolos como instrumentos de los poderosos para confundir a los débiles, sino más bien en el sentido de los símbolos como instrumentos de un orden interpretativo (March y Olsen, 1984: 741). A este respecto, tanto el artículo de Jacobs, que se discute a continuación, como el marco teórico general desarrollado en estas páginas se apoyan en mucha medida en estas concepciones neoinstitucionalistas, como veremos a lo largo de las páginas siguientes.

gestión que resulten funcionales para las élites políticas que ocupan el gobierno central, sino la función de representación que desempeñan con respecto a grupos sociales minoritarios con una identidad y unas preferencias diferenciales con respecto a la mayoría, y especialmente intensas. En otras palabras, esto supone, como veremos a continuación, que el motor principal de su entrada en el ámbito de actuación del Estado se deriva principalmente de los recursos específicamente políticos de estos grupos, en gran medida de un carácter cultural y subjetivo, y no de sus recursos económicos y materiales.

3. Determinantes del cambio institucional en los 90

El artículo de Lawrence Jacobs (1992) sobre el proceso de formulación de la reforma sanitaria en Gran Bretaña (*National Health Service Act, 1946*) y Estados Unidos (*Medicare Act, 1965*) es relevante para los objetivos de este capítulo por varios motivos. Para empezar, el estudio enfatiza el importante papel que juegan las preferencias de los ciudadanos en los procesos de formulación de políticas públicas. La opinión pública se define en este artículo, además, como una expresión de factores culturales compartidos que se derivan de las experiencias históricas nacionales relativas al modo de operación de las diferentes instituciones sociales y políticas en cada una de las esferas de actuación del Estado. El marco institucional de un país condensa una serie de significados culturales compartidos que están necesariamente asociados a las experiencias prácticas de los ciudadanos a lo largo de la historia. Las diferencias internacionales en cuanto a estas experiencias compartidas explican, para terminar, la existencia de una considerable variedad institucional en el seno de las democracias occidentales.

Esta asociación estrecha entre estructuras institucionales y culturas nacionales es la principal característica de las teorías neoinstitucionalistas que emergen a finales de los años 80 en el campo de la sociología y la ciencia política, y que se sitúan en el centro del debate académico durante los años 90. En este sentido, el enfoque de

Jacobs está muy próximo al del nuevo institucionalismo, puesto que concibe a las instituciones como portadoras y promotoras de significados culturales compartidos. En la misma línea, el análisis de Jacobs resulta interesante por razones semejantes a las que dotan de relevancia a las teorías neoinstitucionalistas. En concreto, la relevancia se deriva del esfuerzo por hacer compatibles teorías que se presentaban como incompatibles en el debate académico desde los años 60, como el estructuralismo, el pluralismo y las teorías culturalistas sobre la opinión pública y la cultura cívica.

Jacobs defiende, de otro lado, que estos significados culturales compartidos influyen a su vez sobre el cambio institucional en dos sentidos: condicionando el contenido de las opciones de reforma institucional, y actuando como un importante factor determinante de las pautas de negociación y del poder relativo de las élites políticas. En cuanto a su influencia sobre el contenido de los modelos de intervención pública, hay que mencionar dos mecanismos principales. En primer lugar, la cultura compartida, derivada de la experiencia nacional con las instituciones, influye sobre el contenido de las opciones políticas de las élites en tanto determinante principal de las preferencias de la opinión pública con respecto al cambio institucional. *La* opinión pública sirve en este sentido de factor mediador, puesto que condiciona directamente las opciones manejadas por las élites políticas, al entrar a formar parte de los cálculos electorales de los partidos políticos en general y del gobierno central en particular.

En segundo lugar, los factores culturales influyen simultáneamente en el contenido de las opciones de reforma de un modo directo, e incluso en ausencia de las consideraciones estratégicas electorales mencionadas. En palabras de Jacobs:

Debido a que la cultura tiene una implantación social global - controlando las herramientas conceptuales y los repertorios emocionales de todos los miembros de la sociedad- los valores y supuestos construidos socialmente están presentes incluso en los procesos de toma de decisiones dominados por las élites políticas y aparentemente aislados de la opinión pública general (Jacobs, 1992: 189; la traducción es mía).

La influencia de la cultura en las relaciones entre los representantes del Estado y los grupos de interés, de otro lado, depende de la configuración y fortaleza específica a nivel nacional de estas ideas compartidas. Las opciones políticas que gozan de un apoyo amplio, y sin ambigüedades, por parte tanto de los ciudadanos como de las élites políticas refuerzan el poder del gobierno, ayudan a neutralizar la oposición política y la presión de los grupos de interés, y facilitan el cambio institucional. Sin embargo, la cultura política de los ciudadanos puede actuar en sentido contrario, debilitando la posición del gobierno en la toma de decisiones y bloqueando sus iniciativas de reforma, en el caso de que las preferencias de la opinión pública estén divididas o difieran significativamente de las opciones de cambio institucional proyectadas por las élites políticas del Estado.

Tarrow (1995) analiza un segundo mecanismo a través del cuál las preferencias de los ciudadanos condicionan los cambios políticos e institucionales durante periodos de alta inestabilidad política, en concreto la emergencia de movilizaciones sociales. Según este autor, los episodios más significativos de movilización de masas surgen típicamente en situaciones de crisis y re-estructuración profunda de las instituciones del Estado, que se caracterizan por la apertura del sistema político a la participación social, la formación de nuevas identidades políticas, y el desencadenamiento de cambios significativos en las pautas existentes de alianza y enfrentamiento políticos. Las transiciones a la democracia constituyen un ejemplo paradigmático de estos cambios en la *estructura política de oportunidades* que facilitan la entrada de nuevos grupos sociales y políticos en la esfera de actuación del Estado.

De acuerdo con Tarrow, sin embargo, los efectos de las movilizaciones sociales no son automáticos, sino que dependen de la trayectoria histórica de las relaciones entre élites y ciudadanos en una comunidad nacional concreta, así como de la organización y naturaleza de la acción colectiva. Este autor defiende que las movilizaciones tienden a facilitar el cambio institucional cuando responden a coaliciones latentes e informales entre élites y grupos sociales con reivindicaciones coincidentes que gozan de un amplio apoyo entre los ciudadanos. Un segundo requisito necesario para que

las movilizaciones sociales tengan éxito en el lanzamiento del cambio institucional es la forma específica de acción colectiva que se elija. Las movilizaciones pacíficas, moderadas y predecibles no son percibidas como una amenaza para el sistema político establecido, y tienen por ello más posibilidades de promover la reforma de las instituciones, mientras que las acciones violentas y radicales pueden resultar en el bloqueo o la inversión no intencionados del proceso de cambio institucional.

La tercera contribución reciente que resulta interesante para comprender los determinantes del cambio institucional es la realizada por Peter A. Hall (1993), que se centra en el análisis del efecto causal de los modelos internacionales de intervención pública dominantes o *paradigmas políticos* con respecto a los procesos de cambio en la naturaleza y orientación sustantivas de las políticas públicas. El concepto de paradigma utilizado por Hall proviene del ámbito de la filosofía de la ciencia, y en concreto, del análisis epistemológico desarrollado por Kuhn. Por paradigma se entiende, en este contexto, un modelo cognitivo omniabarcante que representa el modo de comprensión y las hipótesis explicativas dominantes en distintas disciplinas científicas y periodos históricos. Ejemplos significativos de paradigmas de este tipo en el ámbito científico son la física newtoniana o la teoría de la relatividad de Einstein. La propuesta principal de Hall en este sentido es que la naturaleza y orientación de las políticas públicas formuladas en un momento histórico concreto se derivan directamente del paradigma de intervención pública dominante a nivel internacional. En la misma línea, los cambios de rumbo sustantivos que se producen en el ámbito político responden a una transformación previa del paradigma internacional prevalente sobre el papel y los medios de actuación óptimos del Estado.

En concreto, el análisis de Hall se centra en la transición del keynesianismo al neoliberalismo²⁰ en tanto paradigmas dominantes en

²⁰ El término 'neoliberalismo' se aplica en sociología y en ciencia política para designar a los modelos de política económica que en economía se denominan como 'políticas de ajuste', 'políticas monetaristas', 'políticas de oferta' o 'políticas basadas en la economía neoclásica'. El primero de estos términos se utiliza más a menudo a lo largo de esta investigación principalmente por su brevedad.

el ámbito de la ciencia económica, así como en los efectos que este cambio ejerce sobre la formulación de la política económica a nivel nacional. Hall defiende que estos cambios se inician como resultado del fracaso político patente del paradigma dominante hasta ese momento. Como resultado de ese fracaso, se produce un cambio de paradigma, lo que a su vez desencadena una serie de transformaciones en la distribución del poder político, que acaban por generar una reorientación sustantiva de las políticas públicas.

En términos más específicos, el proceso se produce en varias fases. De un lado, el cambio de paradigma tiene un efecto directo sobre la asignación de la autoridad técnica necesaria para el diseño de políticas dentro del sector público. Los grupos de burócratas y expertos que conocen y dominan el nuevo paradigma de intervención pública desplazan, como consecuencia, a aquellos grupos cuya competencia técnica fundamental se encuadra dentro de los supuestos e instrumentos de intervención inspirados en el paradigma anterior. Los cambios en la distribución de este poder técnico se plasman en la introducción de una serie de reformas menores, de carácter incremental, en los aspectos operativos, más instrumentales, de la intervención pública. La propia naturaleza menor de los cambios, así como el hecho de que los burócratas y expertos que trabajan en el ámbito del sector público no tengan un acceso directo a los ciudadanos, explica que en la mayoría de los casos estas reformas menores no tengan una visibilidad o repercusión importante de cara a la opinión pública.

La reorientación estratégica sustantiva de las políticas públicas no se inicia, sin embargo como resultado directo de este proceso de reasignación del poder técnico. Esta reorientación requiere que el gobierno mismo inicie los cambios, lo cual supone generalmente la apertura del debate público sobre las reformas proyectadas, y el inicio de un proceso conflictivo de participación de los agentes políticos y sociales en este debate. A partir de este momento, el éxito en el lanzamiento de la reforma depende de dos tipos de determinantes. (1) En primer lugar, la introducción a nivel político del nuevo paradigma de intervención pública requiere que sus contenidos se perciban como compatibles con las posiciones ideológicas globales del partido en el gobierno, así como con sus intereses electorales concretos. La

compatibilidad con las preferencias del electorado requiere, a su vez, que el nuevo paradigma "pueda ser presentado en términos que garanticen el apoyo político de la opinión pública" a los nuevos proyectos de reforma (Hall, 1993). La conclusión que Hall extrae del análisis de este primer tipo de requisitos políticos puede resumirse en las siguientes palabras "Cuando los paradigmas políticos se convierten en objeto de debate y conflicto políticos, el resultado final depende de la capacidad que posea cada una de las partes del conflicto de movilizar a una coalición electoral suficiente que apoye sus objetivos de reforma" (Hall, 1993).

El segundo tipo de requisitos se refieren a las características del paradigma internacional que sirve de base a las reformas. El poder explicativo del paradigma, la coherencia interna de los argumentos en los que se basa, y su aceptación general en el ámbito científico y académico, tienen una influencia decisiva sobre los resultados del conflicto entre el gobierno, los partidos políticos y los grupos de interés que se desencadena en los procesos de reforma, y en definitiva, en los resultados del proceso de formulación de políticas. En palabras del autor:

Las autoridades políticas tienen una posición de poder mucho más fuerte para resistir las presiones de los intereses en conflicto si están armados con un paradigma político coherente. El paradigma designa generalmente, en este caso, el curso óptimo de las políticas públicas, e incluso cuando no lo hace, proporciona a los políticos un conjunto de criterios para oponerse a algunas demandas sociales y aceptar otras (Hall, 1993)

Un paradigma internacional sólido y bien construido, compatible con la ideología del partido en el gobierno y aceptable por la mayoría del electorado son, pues, los requisitos principales para que se produzca un cambio institucional, según la perspectiva de este autor. Para Jacobs, de otro lado, los proyectos de reforma institucional, para tener éxito, tienen que ser coherentes con los valores y significados culturales compartidos por el gobierno y una mayoría de la opinión pública. Estos valores compartidos se derivan a su vez de las experiencias nacionales previas, positivas o negativas, con respecto al funcionamiento de las instituciones públicas y privadas. Por último,

Tarrow defiende que las coaliciones informales entre actores políticos y movilizaciones sociales pacíficas y moderadas, cuyos objetivos gozan del apoyo de la opinión pública, son un instrumento poderoso para conseguir el cambio institucional profundo del sistema político que se produce durante las transiciones a la democracia.

Estas tres contribuciones teóricas comparten un interés común por ampliar el rango de factores explicativos considerados en la investigación previa sobre el tema, y por situar sus modelos explicativos en contextos nacionales e históricos específicos. De hecho, los tres estudios se producen como reacción explícita a los modos de explicación predominantes en sus ámbitos de estudio respectivos. Tanto Jacobs como Hall, de un lado, construyen sus análisis como discusiones críticas de las teorías centradas en el Estado (*state-centered theories*), de carácter estructuralista y elitista, que dominan el debate académico norteamericano durante la década de los ochenta. El trabajo de Tarrow, de otro lado, representa una reacción contra la explicación dominante del cambio institucional en las transiciones a la democracia, que tiende a enfatizar el papel de las pautas de negociación moderadas y consensuales de las élites políticas como causa principal del éxito en el proceso de transformación institucional del régimen político.

En este contexto, resulta interesante detenerse brevemente a analizar los contenidos de las teorías centradas en el Estado, debido a sus semejanzas con los enfoques funcionalistas que se utilizan para explicar la descentralización del Estado, así como en razón del importante impacto que tienen sobre el debate académico posterior. En concreto, los trabajos de Theda Skocpol²¹, en los que se centra la discusión crítica de Jacobs, constituyen un ejemplo representativo del enfoque centrado en el Estado, mientras que resultan especialmente relevantes para los objetivos de esta investigación, puesto que su contribución es una de las más influyentes dentro de las explicaciones prevalentes sobre la emergencia institucional de Estado del Bienestar desde una perspectiva comparada.

²¹ Ver, por ejemplo, Skocpol (1980 y 1985), Weir y Skocpol (1983), Orloff y Skocpol (1984).

El modelo teórico construido por Skocpol se basa en la defensa del importante papel que cumplen la autonomía y capacidad estructural del Estado en tanto determinantes centrales de las grandes re-estructuraciones institucionales del sector público. La estructura del Estado se define como compuesta principalmente por la burocracia administrativa, militar-policial, y fiscal, y sólo subsidiariamente por instituciones representativas como el Parlamento y los partidos políticos. La capacidad estructural del Estado, depende, pues, de los recursos materiales y organizativos de los que dispone la burocracia estatal, que se derivan a su vez del legado histórico de los procesos de burocratización y democratización en cada país. La capacidad y la forma estructural del Estado determinan a su vez tanto la estructura institucional de los partidos políticos y los grupos de interés, como los objetivos y preferencias de las élites políticas. En palabras de Weir y Skocpol (1983: 7):

Nuestro análisis de las respuestas de Suecia y los Estados Unidos a la Gran Depresión enfatiza los efectos políticos de las importantes diferencias que afectan a sus estructuras del Estado, en vez de centrarse principalmente en los intereses de clase o en el resultado de la lucha de clases. Los Estados son, en primer lugar y principalmente, conglomerados de organizaciones administrativas, coercitivas y recaudatorias, que demandan soberanía sobre el territorio y los ciudadanos. Las instituciones representativas y los partidos políticos, tomados en conjunto, pueden ser partes de la estructura del Estado; pero no deberían ser concebidos como transmisores pasivos de los intereses o necesidades socioeconómicos a las políticas públicas... Históricamente, la estructura de las organizaciones administrativas y fiscales (y también de las coercitivas) del Estado ha tenido un fuerte impacto sobre la organización, dinámica y actividades políticas de las instituciones legislativas y de los partidos políticos. Además, la forma y contenido de las políticas públicas también dependen del efecto de estos factores estructurales...Igualmente importante es la influencia indirecta que las estructuras administrativas ejercen sobre las concepciones de expertos políticos y representantes de los grupos sociales sobre lo que es posible y lo que no en la esfera de intervención del Estado. Esto es, las propias teorías, ideales y objetivos de los expertos y los políticos se derivan parcialmente de

las estructuras y capacidades administrativas dentro de las que operan

Por último, un elemento que no aparece explícitamente mencionado en esta larga cita es el impacto de la capacidad estructural del Estado sobre la autonomía de los actores estatales con respecto a los grupos de interés y a la oposición política. En este sentido, y de acuerdo con Skocpol y colaboradores, la evaluación objetiva de la capacidad del Estado por parte del gobierno, los funcionarios y los expertos en políticas públicas, refuerza o debilita su posición de poder y su autonomía práctica en relación a las demandas sociales y políticas, y explica, pues, en definitiva, la magnitud y el éxito del cambio institucional. Es decir, los cambios institucionales sustantivos en la esfera de actuación del sector público (y en concreto la emergencia del Estado del Bienestar en su versión más desarrollada) sólo tendrán éxito en países donde el Estado cuenta con una herencia histórica de unas estructuras administrativas, coercitivas y fiscales fuertes²². La existencia de estas maquinarias

²² El tema de la capacidad del Estado, y su definición concreta en función de la cantidad de recursos, o en otras palabras, del tamaño del sector público, constituye el objeto de importantes controversias en el análisis político y en las teorías sobre desarrollo económico. Estos debates exceden con mucho los objetivos de este capítulo, en el que el tema de la capacidad del Estado se toca tan sólo de un modo tangencial. Una crítica inmediata, por lo evidente, a esta concepción, es que existen Estados y organizaciones que a pesar de su pequeño tamaño, y de contar con un volumen reducido de recursos materiales, muestran una capacidad de gestión muy destacada. Si la capacidad se define en términos de habilidad, y no de tamaño o recursos, la explicación se hace más verosímil. Una idea interesante a este respecto, que conecta directamente con el argumento de Skocpol, es la explicación de Tkole (1994: 13) sobre las causas del rechazo de nuevas funciones por parte de las organizaciones burocráticas que forman parte del sector público: En el terreno de las conjeturas, se puede esperar que los burócratas se muestren considerablemente reacios a aceptar nuevas tareas cuando disponen de poca información sobre su habilidad para llevarlas a cabo. Esto podría ayudar a explicar la multitud de instancias en las que las agencias públicas rechazan asumir nuevas funciones (ver Wilson, 1989, capítulo 10), un comportamiento que contradice el postulado de Tullock y Niskanen de que los burócratas tratan de maximizar el tamaño y el poder de sus organizaciones. La idea de Tiróle resulta además interesante porque puede aplicarse directamente a

burocráticas potentes y capaces sirve de escudo contra la oposición política y social a los planes de reforma del gobierno. Los planes de reforma, a su vez, están inspirados en la propia fortaleza de la estructura administrativa del Estado, puesto que ésta define las posibilidades fácticas de acción, o en otras palabras, el ámbito de las reformas posibles.

El análisis de Skocpol, inteligente y bien construido, y con una sólida base empírica, comete sin embargo una serie de excesos analíticos en cuanto al poder explicativo de las estructuras del Estado, que sólo resultan comprensibles a la luz del contexto académico en las que se elaboran. El trabajo de Skocpol y colaboradores es un intento innovador de recuperar el viejo énfasis en la autonomía de las instituciones y las élites políticas contra los enfoques neo-marxistas y pluralistas predominantes durante los años 60 y 70, que perciben al Estado y sus representantes políticos como un reflejo pasivo de los intereses políticos y económicos de los grupos y clases sociales dominantes. El énfasis único y monocausal en la autonomía del Estado que puede deducirse de algunos fragmentos de sus estudios, es, pues, más discursivo que sustantivo²³.

la descentralización del poder, que constituye un ejemplo claro de cómo las agencias públicas (en concreto el gobierno central) renuncian voluntariamente a ejercer determinadas funciones (la gestión de la sanidad, en nuestro caso). La exploración de esta hipótesis en el caso concreto de estudio de la descentralización sanitaria trasciende los objetivos de este capítulo.

²³ Ver, por ejemplo, en este sentido, Orloff y Skocpol (1984: 730-2 y 745-6) y Skocpol (1980: 200-1). Un buen análisis del papel innovador del trabajo de Skocpol, y de su consideración paralela y creciente del papel de las élites sociales y las ideas en la formulación de políticas puede encontrarse en el propio trabajo citado de Hall (1993). Además, como señalan implícitamente March y Olsen, la importancia de los trabajos de Skocpol, y de otros autores centrados en el Estado, se deriva también de su carácter precursor del neoinstitucionalismo politológico, escuela de pensamiento muy influyente en ciencia política a partir de finales de los 80. En este sentido, una afirmación ilustrativa es la siguiente: "Sin negar la importancia del contexto social en que se desenvuelve la política, ni la de los motivos de los actores individuales, el nuevo institucionalismo reivindica un papel más autónomo para las instituciones políticas. No sólo la sociedad influye en el Estado, sino que también éste influye sobre la sociedad (Katsenstain, 1978; Krasner, 1978; Nordingler; Skocpol, 1979; Stephan, 1978)" (March y Olsen, 1984: 738). Como la cita sugiere, los autores centrados en el Estado constituyen

Sin embargo, el resultado final de sus análisis, orientados principalmente contra el estructural-funcionalismo marxista (los políticos eligen las estructuras y acciones del Estado que resultan funcionales para los objetivos de la clase capitalista, que se derivan a su vez de la estructura de la lucha de clases), resulta paradójico, en tanto no trasciende del todo las concepciones estructuralistas, funcionalistas y elitistas anteriores, sino que más bien se limita a aplicar estos mismos argumentos al ámbito de la política, concebido, eso sí, como relativamente autónomo con respecto a la infraestructura socioeconómica. De hecho, lo que cuenta en términos causales es, de nuevo, el impacto de fuerzas estructurales e impersonales que actúan a un nivel macro, puesto que estas fuerzas definen tanto las ideas, valores y objetivos de las élites políticas y sociales, como el propio contenido de las políticas públicas. El cambio institucional, de otro lado, solo tendrá éxito si sus contenidos se adaptan funcionalmente a las capacidades estructurales previas del sector público, y si resultan funcionales para los intereses corporativos de políticos y burócratas, intereses inspirados en definitiva en las propias características estructurales del Estado.

4. Intensidad y extensión de las preferencias políticas

En este contexto, el primer objetivo de este apartado es tratar de ofrecer un complemento crítico a las explicaciones funcionalistas y elitistas sobre los determinantes del cambio institucional, y en concreto, de la descentralización territorial del Estado. Como vimos en el apartado primero de este capítulo, el punto de partida del análisis es el carácter problemático de la entrada de nuevas organizaciones sociales y políticas en el ámbito de actuación del sector público, en tanto supone una amenaza directa no sólo para los intereses de poder del gobierno central, sino, además, y lo que es más

un precedente inmediato del neoinstitucionalismo. Al respecto, ver también la nota número 18.

importante, para los propios fundamentos normativos de la legitimidad del Estado y del régimen democrático.

Por ello, no parece razonable que la transferencia de parcelas del poder del Estado a estas organizaciones se derive espontáneamente de los requisitos funcionales necesarios para garantizar la eficiencia del gobierno del sector público. Mi aproximación analítica a este problema concede una importancia central a dos tipos de requisitos políticos que han sido señalados tan sólo de un modo implícito en las contribuciones al debate sobre los determinantes del cambio institucional elaboradas durante los años 90. Estos dos requisitos políticos se discuten a continuación en apartados separados.

4.1. Las relaciones entre preferencias intensas y extensas en los procesos de cambio institucional

El primero de estos requisitos se refiere a la distinción latente entre *extensión/intensidad de las preferencias* de los ciudadanos que se deriva de los trabajos de Jacobs y Tarrow. Jacobs, de un lado, enfatiza el importante papel que tienen las preferencias extensas, que se derivan de valores y significados culturales ampliamente compartidos por los ciudadanos de una determinada nación. Tarrow, de otro lado, a través de su defensa del impacto de las movilizaciones sociales, señala de un modo implícito otra dimensión de las preferencias de los ciudadanos que las convierte en políticamente influyentes: su intensidad. En relación con esta cuestión, mi argumento principal es que la influencia política de los movimientos y movilizaciones sociales deriva de su naturaleza específica en tanto expresiones de preferencias políticas especialmente intensas. Además, una contribución adicional de este capítulo es que la coincidencia simultánea en el tiempo de preferencias políticas intensas y extensas refuerza considerablemente su impacto separado sobre el proceso de cambio institucional, haciéndolas prácticamente imbatibles.

De hecho, la intensidad de las preferencias políticas de determinados grupos sociales, así como su conexión con ideas políticas ampliamente compartidas por la opinión pública, constituye el principal factor explicativo que emerge del análisis del proceso de

formulación de la descentralización y la reforma sanitaria en España durante el periodo 1976-1996. El importante papel que cumplen las preferencias políticas intensas en los procesos de toma de decisiones no es una idea nueva en el ámbito de las ciencias sociales, pero hasta el momento no se ha utilizado explícitamente en tanto determinante crucial de los procesos de cambio político e institucional²⁴. En

²⁴ Sobre las contribuciones al análisis del concepto de intensidad de preferencias en ciencia política, ver la nota siguiente. Además, resulta interesante mencionar que el concepto de intensidad está presente, aunque de un modo a veces implícito, en algunos debates clásicos sobre psicología social (y también, hasta cierto punto, en los estudios sobre opinión pública y cultura política más cercanos a esta disciplina): por ejemplo, la teoría sobre las actitudes enfatiza que sólo los componentes cognitivos y normativos que adquieren una especial intensidad se traducen en una disposición a actuar en defensa de los mismos. De hecho, el concepto económico de utilidad, derivado primero de la filosofía utilitarista, pero revisado posteriormente en función de las tesis de la psicología conductista, es perfectamente compatible con el concepto de intensidad de las preferencias. Sin embargo, el rechazo continuado de las preferencias cardinales y de la comparación interpersonal de utilidades excluye el concepto de intensidad del análisis económico dominante. Un excelente análisis histórico del origen e implicaciones de la teoría de la utilidad en economía, y de sus relaciones con la psicología puede encontrarse en Lewin (1996). Además, es importante mencionar que la relevancia de la intensidad de las preferencias de los individuos para el análisis de las reglas de elección colectiva deseables ha sido puesta de manifiesto repetidamente desde las teorías de la economía del bienestar (disciplina en la que se origina, probablemente, el concepto de intensidad de preferencias) y la elección social, aunque los problemas de operacionalización empírica limitan generalmente su inclusión en los modelos teóricos. Un intento de aproximación empírica al concepto de intensidad de preferencias desde el punto de vista de la elección social puede encontrarse en las contribuciones recientes sobre la disposición a pagar (*willingness to pay*) dentro de la investigación sobre economía pública. Algunos intentos en esta dirección pueden encontrarse en Huetting y Bosch (1990) y Kelly (1989). Una aplicación del concepto de disposición de pago al campo de la ciencia política puede encontrarse en Koford (1987). De otro lado, otro grupo de investigaciones empíricas que utilizan de un modo implícito el concepto de intensidad de preferencias, al tratar las preferencias como cardinales en vez de ordinales, son las contribuciones de la economía de la salud que se centran en la construcción de escalas cualitativas de medición de los resultados de varios tratamientos médicos en cuanto a calidad de vida y nivel de salud, como los QALYs o EuroQols. Una excelente discusión de las implicaciones teóricas y empíricas de los QALYs desde el punto de vista de los supuestos clásicos de la

concreto, los desarrollos principales de este concepto en ciencia política provienen del campo de investigación sobre teoría de la democracia, y en concreto de las importantes contribuciones de Dahl (1956) y Sartori (1987)²⁵ a este debate.

¿Que es lo que sabemos hasta ahora de la intensidad de preferencias y su papel político? De acuerdo con la teoría desarrollada por Dahl y Sartori, sabemos, (1) en primer lugar, que la intensidad deriva de factores emocionales, en tanto supone sentimientos fuertes y pasionales de preferencia por una determinada alternativa política (Sartori, 1987: 118-9; Dahl, 1956: 90).

(2) Además, sabemos también que los individuos y los grupos sociales difieren en cuanto a la intensidad de sus preferencias con respecto a distintos temas políticos (Dahl, 1956: 92-102; Sartori, 1987: 225), y que, de hecho, estas diferencias constituyen un requisito necesario para que el acuerdo político sea posible en temas controvertidos, y en determinados contextos de decisión²⁶ (Sartori,

economía del bienestar puede encontrarse en Loomes y McKenzie (1989).

²⁵ Sartori atribuye a Dahl (1956) la primera mención del concepto de intensidad de preferencias dentro de la teoría política contemporánea, mientras que este último autor lo toma a su vez del ámbito de la economía del bienestar (ver Dahl, 1956: 48-50). Sartori, de otro lado, sólo menciona una referencia monográfica adicional de carácter menor sobre este tema, Kendall, W. y Carey, G.W. (1971): *The 'intensity problem' and democratic theory*, en N.D. Kendall (ed.), *Willmoore Kendall Contra Mudrum*, New Róchele: Arlington House, a la que no he tenido acceso. Mi propia búsqueda bibliográfica en bases de datos sobre ciencias sociales no ha dado mejores resultados. Sin embargo, el problema de la defensa de las preferencias de las minorías intensas contra las preferencias de mayorías 'apáticas', aunque no exactamente descrito en estos términos, es un problema clásico en la teoría democrática de todos los tiempos, y especialmente desarrollado por los padres de la Constitución norteamericana en los *Papeles Federalistas*. La atención concedida a este tema por parte de los diseñadores de la primera Constitución federal de la historia, en el contexto de la investigación presente, es suficientemente significativa como para no requerir comentario aparte.

²⁶ Sartori conecta aquí el tema de la intensidad de preferencias con la distinción clásica entre gobierno a través de comités y gobierno a través de parlamentos. El gobierno a través de comités, en este contexto, permite que los resultados de la toma de decisiones políticas no sean de suma cero, como ocurre frecuentemente con la regla de la mayoría, en la que se basan los sistemas

1987: 227-232). En otras palabras, esto significa que las preferencias de los individuos no sólo se diferencian en cuanto a su contenido (A prefiere el trabajo, B el ocio), sino, además, en cuanto a su intensidad específica, o en otras palabras, en cuánto a la implicación emocional de los individuos con respecto al contenido de sus propias preferencias (Sartori, 1987: 225).

En términos de elección colectiva, esto supone, en el contexto de la política, y de acuerdo a mi propia interpretación, que junto al factor de la extensión de las preferencias entre el electorado (en el que se basa la regla de la mayoría), existe otro factor importante a tener en cuenta en los procesos de toma de decisiones, que es la intensidad diferencial de las preferencias de los individuos y los grupos sociales. En este sentido, conviene señalar, como introducción a esta cuestión, que tanto la regla de la mayoría, como, en general, el principio democrático de igualdad de derechos políticos de los ciudadanos, ignoran la intensidad diferencial de las preferencias de los individuos, o en otros términos, suponen "la igualación de intensidades desiguales" (Sartori, 1987: 225).

parlamentarios. Este resultado, de suma positiva, en el que todos ganan, se deriva del sistema de toma de decisiones intrínseco a los comités, que mezcla la regla de la unanimidad (la regla de decisión, por cierto, que defiende más eficazmente la intensidad de mayorías, según señalan tanto este autor como el propio Dahl), con un proceso de cooperación a lo largo del tiempo por el que los miembros con preferencias menos intensas con respecto a un tema concreto ceden y dejan que predomine la opción de los miembros con mayor intensidad de preferencias. Estas concesiones se realizan, eso sí, en la expectativa de reciprocidad de los ganadores con respecto a los perdedores, con respecto a otros temas. De este modo, se evita el problema, consustancial a la regla de la unanimidad en ausencia de estos acuerdos, del bloqueo continuo en la toma de decisiones que se deriva de la capacidad de veto de todos los miembros, a través de un proceso de concesiones mutuas y recíprocas (*internal* o *side payments*). El modelo teórico de Sartori al respecto, altamente significativo para comprender el funcionamiento de las democracias modernas, excede con mucho los objetivos de este capítulo, aunque se retomará brevemente más adelante. Este tema se trata además en el apartado tercero del capítulo 4, y en concreto, en el contexto de la contribución de Sharpf (1989) sobre las consecuencias de la descentralización, que aunque semejante en cuanto a enfoque al modelo de Sartori, llega, sin embargo, a conclusiones relativamente opuestas.

Este hecho implica que los criterios de extensión e intensidad de las preferencias, tomados de un modo aislado, son mutuamente contradictorios, en tanto uno excluye al otro, necesariamente, en la toma de decisiones. Dicho en términos de la teoría de la democracia, la intensidad desigual de las preferencias de los ciudadanos constituye una de las objeciones más importantes que pueden formularse contra la regla de la mayoría (Dahl, 1957: 48-51), mientras que en momentos históricos concretos, la existencia de minorías intensas puede suponer una amenaza radical para la estabilidad de los regímenes democráticos, e incluso la razón principal que precipita la crisis de los mismos (Dahl, 1957: 97-99). Pero todo lo dicho con respecto a la relación entre mayorías, minorías y democracia supone un salto brusco hacia adelante en la argumentación. Vayamos, pues, paso por paso.

(3) Volviendo al tema de las preferencias intensas, sabemos también, de otro lado, que existe una conexión directa y estrecha entre la intensidad de preferencias y la disposición a emprender acciones políticas en defensa de estos intereses (Sartori, 1987: 227), o en otras palabras, la disposición a sacrificar voluntariamente tiempo de ocio, recursos, energías y esfuerzos para garantizar la consecución de los objetivos políticos a través de la acción (Dahl, 1956: 101). En este punto, la literatura sobre la intensidad de preferencias conecta con las conclusiones de Tarrow sobre el papel político de las movilizaciones sociales. En términos más generales, como señala Sartori, cualquier tipo de activismo político refleja en definitiva una especial intensidad de preferencias. En sus propias palabras:

la participación política en sentido global implica 'intensidad'. Todo aquel que participa plenamente lo hace porque la actividad política constituye para él una recompensa en sí misma. Cualesquiera que sean sus motivaciones previas [es decir, el contenido concreto de sus preferencias], el activista de partido, el manifestante incesante, el miembro comprometido de cualquier grupo político, *siente intensamente* con respecto a la política (Sartori, 1987: 118; énfasis del propio autor)

Pero la importancia de la intensidad de preferencias en el ámbito político no se limita a su papel en tanto determinante principal de la participación política. De hecho, para el lector familiarizado con la teoría política clásica, no pasará desapercibido, en este contexto, que la intensidad es probablemente la causa directa de los fenómenos del liderazgo y el carisma políticos, como vamos a ver más adelante. En otro ámbito de cosas, y a nivel individual, la intensidad de preferencias no se manifiesta tan sólo en tanto disposición a actuar a costa del sacrificio de tiempo, recursos y esfuerzo. Puesto que incluso, como ha señalado Dahl (1956: 97-8), en casos extremos de intensidad muy fuerte y preferencias opuestas, las acciones políticas de defensa de las preferencias intensas pueden llevarse a cabo aún a costa de la propia seguridad, de la estabilidad del régimen político o de la propia vida. Es el caso de las guerras, las revoluciones, las secesiones y los golpes de Estado; otras manifestaciones políticas de la existencia de minorías amplias e intensas que se oponen a la regla de la mayoría son las revueltas fiscales y los casos de rechazo silencioso de la legitimidad del régimen político, de acuerdo con este autor.

(3) De hecho, la disposición a movilizarse en defensa de intereses políticos concretos es una de las explicaciones que estos autores elaboran para explicar el hecho de que la intensidad de preferencias constituya una fuente indudable de poder político (Sartori, 1987: 227; Dahl, 1956: 50). El motivo por el que los representantes mayoritarios del electorado, y en general, las mayorías, otorgan frecuentemente importantes concesiones a las minorías intensas pertenece en este caso al ámbito de la racionalidad estratégica: las concesiones suponen un coste (cierto) menor, que se asume voluntariamente debido a la posibilidad de que estas minorías, a través de sus acciones políticas probables, puedan imponer costes (inciertos) aún mayores a la mayoría dominante. De hecho, como afirma Dahl (1956: 50):

Existe una variedad de razones que explican porqué una mayoría que inicialmente sólo mantenía una ligera preferencia por una política podría finalmente acceder a las demandas de una minoría intensa; la intensidad de los deseos de otras personas, y las acciones políticas probables que pueden derivarse de diferentes grados de

intensidad es uno de los factores que muchos individuos, y, ciertamente, muchos líderes políticos, podrían tener en cuenta en la decisión sobre sus propias preferencias

La segunda de las explicaciones que estos autores otorgan al hecho de que la intensidad de preferencias constituya empíricamente una fuente de poder en los procesos de toma de decisiones se refiere a los juicios éticos intuitivos compartidos por muchos individuos. En palabras de Dahl (1965: 92):

La primera razón es de un carácter esencialmente ético, y no todo el mundo estará de acuerdo sobre su importancia. Supongamos que A prefiere x a y , que B prefiere y a x , y que la elección de una de estas alternativas excluye a la otra. Muchos de nosotros querríamos saber si A prefiere x a y más de lo que B prefiere y a x . Si todo el resto de factores permanece constante, muchos de nosotros preferiríamos que A consiguiera su alternativa si sus preferencias fuesen considerablemente más intensas...[S]i el resultado de la elección resulta, en cualquier caso [y para aquellos individuos distintos de A y B], indiferente, podría parecer justo que se establezca la regla de que el individuo con las preferencias más intensas debería conseguir sus reivindicaciones.

La idea implícita de Dahl, si se lleva a sus máximas consecuencias, significa que la intensidad de preferencias es una fuente informal del poder legítimo de toma de decisiones en una democracia. En otras palabras, a pesar de que el marco institucional formal de los regímenes democráticos concede el monopolio de los derechos de toma de decisiones a los representantes políticos elegidos por la mayoría de la población, muchos ciudadanos, en el plano informal, atribuyen una legitimidad normativa, de carácter fundamentalmente ético, a las minorías intensas en la toma de decisiones políticas relacionadas con sus preferencias. O, como afirma Sartori (1987:225-6) en términos más pragmáticos, y a la vez más explícitos:

Los hechos reales de la vida reflejan que un No fuerte generalmente se impone sobre dos Síes débiles, y, al contrario, que

un Sí obstinado vence sobre dos Noes débiles. Por tanto, todas las colectividades contienen probablemente -en un momento del tiempo concreto, y con respecto a cuestiones puntuales- un subgrupo intenso que tiene considerables oportunidades de imponerse sobre los subgrupos apáticos (menos intensos o indiferentes), *incluso si* el subgrupo intenso constituye una minoría dentro de la colectividad en cuestión...Es importante enfatizar que esta conclusión no cambiaría lo más mínimo si los recursos materiales de poder (por ejemplo, la riqueza) de todos y cada uno de estos subgrupos fuesen completamente iguales. Esto supone enfatizar, pues, que la 'intensidad' es la fuente de poder a la que menos atención se ha prestado, a pesar de ser la más independiente y más poderosa fuente de poder existente. Independientemente del modo en que este fenómeno se produce, el hecho indisputable es que las minorías intensas gozan de un peso extraordinario en los procesos de toma de decisiones; su intensidad compensa su inferioridad numérica (énfasis del propio autor)

En cuanto a las ideas que Sartori expresa en este fragmento, la cuestión de los recursos materiales de poder, que retomaremos más adelante en este capítulo, tiene una importancia central desde el punto de vista teórico. Pero ahora, sin embargo, resulta conveniente centrarse en otros elementos prácticos del problema. De hecho, estas últimas consideraciones de Sartori y de Dahl nos llevan a introducir un par de cuestiones relacionadas sobre el papel político de la intensidad de preferencias. La primera de estas cuestiones es la asociación implícita entre intensidad y minorías que se deduce de lo dicho hasta el momento. La segunda, explícitamente mencionada en los párrafos anteriores, se refiere a las relaciones entre mayorías poco intensas y minorías muy intensas en la toma de decisiones políticas. Pasamos a continuación a analizar cada una de estas cuestiones por separado.

(4) Para empezar, hay que responder, pues, a la pregunta ¿porqué la intensidad de preferencias afecta principalmente a grupos minoritarios? Ello supone, a su vez, tratar de abordar el problema más general del origen de la intensidad de preferencias. Los autores citados no elaboran un modelo coherente con respecto a este último aspecto, aunque sí aportan algunas respuestas muy sugerentes a la

cuestión de la asociación entre intensidad y minorías que pueden utilizarse para contestar a la cuestión relacionada del origen de las preferencias intensas. Es, en concreto, Sartori el que aborda más directamente esta cuestión. Este autor propone que las minorías intensas son mucho más frecuentes y duraderas que las mayorías intensas, principalmente porque en un grupo pequeño es más fácil mantener las mismas preferencias, e igualmente intensas, con respecto a un conjunto de cuestiones políticas. Las mayorías intensas, en contraste, tienden a formarse alrededor de un sólo tema político, de modo que se disuelven en cuanto este tema desaparece de la agenda política. De otro lado, cuando las mayorías intensas adquieren un carácter más duradero, es siempre debido a que son movilizadas por minorías intensas (Sartori, 1987: 226).

La intensidad de preferencias se deriva, pues, principalmente, de la existencia de grupos sociales pequeños con un conjunto de valores y preferencias coherentes entre sí y ampliamente compartidas entre sus miembros. De hecho, Sartori lleva este argumento al extremo, al afirmar, textualmente, que el origen de los grupos sociales y políticos es el resultado de la existencia previa de una serie de preferencias intensas compartidas:

La intensidad es el elemento que mantiene juntos a los *grupos concretos*, que los activa, y que explica su impacto y su fuerza de atracción...En este sentido, una *mayoría intensa* es siempre una *mayoría ocasional*. En contraste, los grupos pequeños pueden mantener de un modo duradero, e igualmente intenso, su acuerdo con respecto a un conjunto global de cuestiones. De hecho, esta es la explicación del cómo y el porqué se originan estos grupos. La diferencia es, pues, que *las minorías intensas son grupos reales*, mientras que las mayorías intensas son agregados efímeros (énfasis del propio autor)

Estas reflexiones de Sartori no explican, sin embargo, las razones por las cuáles las preferencias compartidas por los grupos minoritarios se convierten en intensas. A este respecto, Sartori ofrece varias conjeturas, sobre las que no se atreve a ofrecer una opinión concluyente. Entre éstas hay que mencionar la mayor facilidad de interacción frecuente dentro de los grupos pequeños, lo que permite

el refuerzo mutuo de los valores compartidos, así como el hecho de que los individuos se identifiquen más completamente y más fácilmente con grupos pequeños que con grupos grandes (Sartori, 1987: 249). Es importante señalar aquí que los argumentos de la identidad de valores y la interacción social frecuente han sido repetidamente utilizadas en otros ámbitos de debate académicos para explicar el origen de la confianza y la cooperación entre individuos (Gambetta, 1988), entre organizaciones (Ring y Van de Ven, 1992; Powell, 1992), y entre los ciudadanos y el Estado (Putnam, 1993). Aunque no vamos a detenernos aquí en esta cuestión, sí conviene mencionar que ocupa un papel importante en otras partes de esta investigación²⁷.

Otras razones que explican que las minorías con una identidad y unos valores diferentes con respecto a los de la mayoría tengan preferencias políticas intensas son las siguientes. Una primera razón a este respecto, emitida por Sartori en el contexto de la crítica a las teorías de la democracia consociacional²⁸, es que estos grupos fundamentan su propia identidad colectiva en sus preferencias y valores culturales diferenciales, lo que dota a los mismos de una especial intensidad: la exclusión de sus preferencias distintivas del proceso de toma de decisiones amenaza directamente su propia identidad individual y su *per vivencia* en cuanto grupos. Este es el caso, de acuerdo con Sartori, de las minorías étnicas, lingüísticas y religiosas prevalentes en las democracias consociacionales. Un factor adicional, que como veremos puede aplicarse también a otro tipo de minorías intensas, es que estas minorías se perciban a sí mismas

²⁷ Ver, sobre todo, el capítulo 4, dedicado a las expectativas teóricas sobre las consecuencias de la descentralización, así como el capítulo 10, con el que se cierra este trabajo.

²⁸ La democracia consociacional es un concepto desarrollado por Arend Lijphart para designar a los sistemas democráticos, como el holandés y el belga, en los que las diversas minorías religiosas, étnicas y lingüísticas disfrutan de cuotas proporcionales de poder en las instituciones políticas, independientemente de su peso poblacional y de sus resultados electorales concretos. Entre las referencias pertinentes, que son ya piezas clásicas de la ciencia política contemporánea, ver, por ejemplo, Lijphart (1968 y 1984) *Un análisis crítico de este enfoque* pueden encontrarse en Sartori (1987: 238-240).

como desfavorecidas o amenazadas en cuanto a su propia identidad (Sartori, 1987: 239). En otros términos, se trata de minorías cuya presencia y preferencias políticas han sido largamente excluidas de los procesos de decisión democráticos.

Un último elemento que Sartori considera como determinante de la intensidad de preferencias se refiere a las posiciones políticas extremistas. Sus conclusiones en este sentido se derivan de su revisión de los estudios empíricos sobre opinión pública, en cuanto estos trabajos apuntan a la existencia de una relación directa y estrecha entre el grado de extremismo en las opiniones políticas de los ciudadanos y la intensidad de sus preferencias. La intensidad de preferencias se asocia en este caso, de acuerdo con Sartori, a la inexistencia de dudas o incoherencias cognitivas y valorativas en la formación de la opinión y de las propias preferencias de los individuos (Sartori, 1987: 118). La tesis de Sartori, aunque este autor no lo mencione explícitamente, se relaciona claramente con ideas psicológicas clásicas, como la teoría de la disonancia cognitiva de Festinger, así como con la relación entre grupos de referencia y grupos de pertenencia estudiada por la psicología social.

Aunque no es posible entrar a comentar en detalle estas cuestiones, se puede afirmar que la intensidad de preferencias, o la disposición a la acción, en términos de la psicología social, se deriva de la coherencia interna de los modelos cognitivos y normativos que se transmiten a través de los procesos de socialización. Esta coherencia es máxima cuando el grupo de pertenencia (la comunidad social concreta a la que pertenece por nacimiento el individuo) coincide con el de referencia (el grupo o grupos sociales con los que se identifican los individuos a medida que se hacen adultos, y de los que extraen sus valores y opiniones). Por otro lado, cuando esta coherencia resulta excesivamente fuerte, como ocurre en el caso de los extremistas políticos, conduce al dogmatismo, que es un buen predictor a su vez de las actitudes violentas y extremas.

Los extremistas comparten, en este sentido, un rasgo en común, que Sartori no analiza, con las minorías étnicas, lingüísticas y religiosas, y es su exclusión sistemática, que afecta también a sus preferencias, de la toma de decisiones políticas en los regímenes democráticos, debido a su posición minoritaria. Esta exclusión, de

acuerdo con la relación entre frustración y agresión documentada por la psicología social, explicaría, pues, parcialmente, tanto el dogmatismo como las actitudes violentas de los grupos políticos radicales. Pero además, y lo que es más importante, esta exclusión podría estar en el origen de la propia intensidad de las preferencias de estos grupos. Dahl (1956: 51) apunta indirectamente en este sentido, en un contexto distinto al de su discusión de la intensidad de preferencias, cuando afirma que, de acuerdo con la economía y psicología clásicas: "Generalmente, cuanto más conseguimos un objetivo, más experimentamos utilidad marginal decreciente con respecto al mismo; o, en el lenguaje de la psicología contemporánea, la consecución de un objetivo reduce el estímulo que predispone a actuar en su favor".

Tenemos, pues, que la intensidad de preferencias es un rasgo característico de las minorías largamente excluidas de los procesos de decisión colectivos, sean éstas de carácter étnico, lingüístico, religioso, o, en general, político. Sabemos también que esta intensidad es máxima cuando (i) la identidad del grupo se basa en sus propios valores culturales y preferencias políticas compartidas; (ii) cuando estos valores y preferencias forman un sistema cognitivo y normativo internamente coherente; (iii) cuando las minorías citadas permanecen agrupadas territorialmente (facilitando con ello la coincidencia entre el grupo de referencia y el de pertenencia, así como el refuerzo mutuo y la interacción frecuente señalados por Sartori); (iv) o, más en general, cuando los individuos adultos se identifican principalmente con el grupo de pertenencia en el que transcurrió su proceso de socialización primaria, sea éste de base territorial, étnica, lingüística, religiosa; o más en general, social o política (como en el caso de la clase social o las ideologías políticas).

(5) Una vez aclarado relativamente el problema del origen de las preferencias intensas, vamos a pasar a analizar la cuestión de las relaciones entre minorías intensas y mayorías no intensas, o en términos mejor ajustados a los objetivos de este capítulo, entre intensidad y extensión de las preferencias políticas de los ciudadanos, así como su impacto sobre la toma de decisiones políticas. Aunque este tema se discutirá más en profundidad en el apartado siguiente, conviene adelantar aquí las contribuciones principales de Dahl y

Sartori a este debate. Como ya se ha puesto de manifiesto ampliamente a lo largo de la discusión previa, sabemos que la intensidad de preferencias es una fuente importante de poder, por un doble motivo: debido a su aceptación intuitiva e informal como fuente del poder legítimo de decisión, y debido a los costes políticos considerables que pueden derivarse de la capacidad de movilización política asociada a las preferencias intensas.

Estos dos factores nos explican principalmente porque las preferencias de las minorías intensas pueden triunfar, en determinadas situaciones, sobre las preferencias diferentes de las mayorías no intensas a pesar de que estas minorías no disfruten de ningún poder institucional formal con carácter previo. Pero quedan, sin embargo, una serie de situaciones por analizar con respecto al efecto de las minorías intensas sobre el cambio institucional. Como se ha defendido a lo largo de este capítulo, los cambios institucionales, y en particular el acceso de minorías intensas a posiciones de poder formal en la estructura institucional del Estado, son considerablemente exigentes en cuanto a los requisitos necesarios para su éxito. En concreto, la hipótesis principal del capítulo puede desarrollarse en este contexto en el sentido de que no basta con que la mayoría de los ciudadanos sea indiferente con respecto a las preferencias institucionales de la minoría intensa, sino que resulta imprescindible que esta última sea capaz de alterar las preferencias (indiferentes u opuestas) de la mayoría a su favor.

De acuerdo con Dahl y Sartori, este fenómeno ocurre frecuentemente en política. Ninguno de estos autores, sin embargo, trata en profundidad esta cuestión²⁹. Las observaciones implícitas de

²⁹ Para aclarar lo dicho en el párrafo anterior, resulta importante destacar aquí lo siguiente. Una cosa es que el gobierno, o la mayoría a la que representa, en contra de sus propias preferencias, haga concesiones a las minorías debido al poder político informal que estas minorías detentan, y otra, muy distinta, es que estas mayorías apoyen las preferencias minoritarias debido al hecho de que sus propias preferencias han acabado por coincidir con las de la minoría. De hecho, esta distinción es aún más pertinente en el caso que estamos discutiendo, en el que el contenido de las preferencias de las minorías consiste en conseguir su acceso al poder político formal del Estado. En otras palabras, esta distinción alude a la diferencia entre liderazgo político (autoridad, en términos weberianos) y poder

Dahl (1956: 104-5) en este sentido, son, sin embargo, muy significativas, mientras que conectan directamente con sus argumentos anteriores sobre la legitimidad ética intuitiva de la intensidad:

Si la mayoría de los individuos de la sociedad se identifican con más de un grupo, existe entonces alguna probabilidad positiva de que cualquier mayoría contenga individuos que se identifican a sí mismos, para algunos propósitos, con la minoría amenazada. Los miembros de la minoría amenazada que prefieren intensamente su alternativa podrán entonces transmitir sus sentimientos y preferencias a estos miembros de la mayoría tentativa que, además, a algún nivel psicológico, se identifican con la minoría. Algunos de estos simpatizantes retirarán entonces su apoyo a las preferencias mayoritarias, que perderán por ello su propio carácter mayoritario

En otras palabras, la reflexión de Dahl indica que la intensidad de preferencias es una fuente de persuasión y de simpatía política. Llevando su argumento algo más lejos, podría afirmarse que, cuando no existe una incompatibilidad clara de preferencias, e incluso existe una cierta coincidencia previa en algunos aspectos, las minorías intensas pueden convertirse en líderes de opinión, puesto que la propia coherencia y seguridad de las ideas y valores en que se basan las preferencias intensas adquieren un valor carismático, generador de admiración y simpatía, para muchos individuos. Esto es así, conectando ahora con Tarrow y Sartori, tan sólo cuando ni las ideas y valores de estas minorías, ni las acciones políticas que emprenden en su defensa, adquieren un carácter extremista, radical.

La intensidad, en su versión de extremismo político, tiene, sin embargo unos efectos promotores del cambio semejantes a las preferencias intensas de orientación más consensual y moderada, o

político. Por liderazgo político se entiende la capacidad de persuadir, formar u orientar las preferencias y acciones de otros individuos en un determinado sentido. Se trata, pues, de algo parecido a la distinción entre vencer y convencer unamuniana. En este sentido, tanto Dahl como Sartori prestan mucha atención a la intensidad como fuente de poder, pero no tanta a la intensidad como fuente de liderazgo político.

como afirma Sartori (1997: 119): "El participante político intenso, extremista, cumple la útil función de romper el exceso de inercia del ciudadano inerte, por lo que cumple un papel positivo dentro de la democracia representativa". Pero los extremistas difieren de otras minorías intensas en que los resultados de su actividad política, en cuanto al tipo de cambios que podrían promover, pueden convertirse en una amenaza grave para la estabilidad política. Pues, como añade Sartori a continuación de la frase anterior, "Pero en tanto decisor político el extremista podría desencadenar una crisis mucho más profunda, y más rápida, del sistema democrático, que su enemigo, el ciudadano apático".

De hecho, como veíamos más arriba, el propio Sartori atribuye, aunque no siempre de un modo directo³⁰, un papel de liderazgo político tanto a los individuos con preferencias políticas intensas (el activista, el militante, el líder político se caracterizan por sus preferencias intensas), como a las minorías intensas, puesto que, como veíamos más arriba, éstas son las únicas capaces de movilizar y generar mayorías intensas duraderas. Otra reflexión indirecta, pero significativa, de Sartori (1987: 227-240), sobre el tema, se refiere a sus dos tipos ideales de estructura de toma de decisiones en una democracia: el gobierno a través de comités y el gobierno a través de la regla de la mayoría.

Aunque no podemos extendernos aquí en esta cuestión³¹, Sartori defiende que todos los sistemas democráticos modernos consisten en una combinación de ambos tipos de estructuras de decisión. Una parte sustantiva del poder político democrático, de acuerdo con este autor, está en las manos de una red institucional de comités, como puede deducirse de su contundente afirmación: "Los comités son, como mínimo, los que conforman las decisiones, y a menudo, en definitiva, los que toman las decisiones sobre cualquier política pública y en cualquier régimen político" (Sartori, 1987: 232). Estos pequeños grupos de decisores utilizan un sistema de toma de decisiones que combina la regla de la unanimidad con las concesiones y

³⁰ Ver nota anterior.

³¹ Para una versión algo más amplia del argumento que sigue, ver la nota número 25.

compensaciones recíprocas a largo plazo, y que se basa en definitiva en la intensidad de preferencias de sus miembros. En la práctica, en el sistema de comités, existe un acuerdo de intercambio por el cuál todos los miembros votan en la misma dirección que aquellos miembros que tienen unas preferencias más intensas con respecto al tema en cuestión, y esperan que los otros voten del mismo modo ante sus propias preferencias intensas. En contraste, las asambleas institucionalizadas (como el parlamento) y los electorados dispersos deciden generalmente en función de la regla de la mayoría, por lo que no tienen en cuenta la intensidad de preferencias, mientras que los resultados de la decisión, de suma cero, excluyen sistemáticamente las preferencias de las minorías intensas.

Todos los sistemas democráticos combinan en alguna medida ambos mecanismos de decisión, volviendo al argumento inicial. En este sentido, es la propia existencia de minorías intensas con identidad y preferencias políticas distintivas la que inclina la balanza del lado del predominio del gobierno a través de comités, predominio del que la democracia consociacional es el ejemplo más representativo. En palabras de Sartori (1987: 240):

A lo largo de un continuum cuyos polos extremos son 'siempre mayoritario' o 'nunca mayoritario', los sistemas democráticos son tanto más mayoritarios cuanto más coincidentes, homogéneas (culturalmente), y menos opuestas sean las preferencias de los ciudadanos; y tanto más minoritarios (es decir, consociacionales) cuanto menos aplicables sean estas características. Dicho en otras palabras, mientras que siempre encontramos una mezcla de decisiones mayoritarias y no mayoritarias, las proporciones varían, y varían en respuesta a esta regla de tres: cuanto mayor sea la presencia de minorías intensas, menos recomendable y factible son las decisiones de suma cero...[Quando se enfrentan a oposición intensa y a minorías intensas, las mayorías normalmente hacen concesiones...

Esta cita sirve para completar el argumento que condensa y concluye este apartado, que puede formularse en los siguientes términos:

- a) la capacidad de liderazgo político de las minorías intensas es una fuente importante de su poder político informal;
- b) junto con otros factores como la legitimación ética intuitiva de este poder y los costes políticos que la intensidad puede imponer, esta capacidad de liderazgo se constituye también en un determinante crucial de su acceso al poder formal dentro de las instituciones políticas de la democracia;
- c) este acceso se produce como consecuencia de un cambio institucional paralelo, promovido por las propias minorías intensas, en las reglas que estructuran la distribución del poder y los procesos de toma de decisiones, lo que supone un aumento del peso del gobierno a través de comités sobre el gobierno mayoritario;
- d) en este sentido, el acceso de las minorías intensas previamente excluidas del poder político es hasta cierto punto incompatible con el sistema de toma de decisiones formalmente legítimo en una democracia representativa, es decir, la regla de la mayoría;
- e) esto es así porque un aumento del peso de la intensidad en el sistema de toma de decisiones supone necesariamente una inhibición o disminución paralela del uso de la regla de la mayoría en los sistemas democráticos;
- f) como consecuencia, e interpretando de nuevo a Sartori, es esta propia ruptura con respecto a las reglas legítimas del sistema democrático representativo la que hace que la toma de decisiones a través de comités requiera preferentemente condiciones de baja visibilidad política para funcionar, puesto que la transparencia supone un bloqueo de las prácticas consociacionales entre y dentro de los comités; o en otras palabras, "un sistema de comités siempre actúa en la penumbra, bajo condiciones de baja visibilidad" (Sartori, 1987: 228).

4.2. Experiencias institucionales, paradigmas e ideologías

El segundo de los requisitos necesarios para que los proyectos de cambio institucional tengan éxito se refiere a los efectos que tienen

sobre las preferencias de los ciudadanos y las élites políticas *¿as ideas y experiencias nacionales e internacionales sobre las instituciones políticas y sociales*. En cuanto a este aspecto, mi argumento principal es que los significados y valores culturales compartidos sobre las instituciones se derivan de la interacción entre las experiencias nacionales³² y las internacionales con respecto al funcionamiento y los resultados de las instituciones públicas y privadas. El papel condicionante que las experiencias institucionales ejercen sobre las preferencias políticas de los individuos se manifiesta en un doble sentido, como puede observarse en el gráfico 1. De un lado, *el contenido de las preferencias* de los individuos y los grupos sociales en cuanto al modelo de cambio institucional es el resultado de la interacción entre experiencias nacionales e internacionales. De otro, el grado de coherencia interna y compatibilidad entre ambos tipos de experiencias influye también sobre *la naturaleza, y distribución de las preferencias*, es decir, sobre la intensidad y extensión de las mismas. Esta idea surge naturalmente de la combinación de las hipótesis de Jacobs y Hall sobre el origen de los cambios institucionales. Jacobs, de un lado, concede una importancia capital a la experiencia práctica de los ciudadanos de un determinado país sobre el funcionamiento de sus instituciones, en tanto conformadora de los valores culturales latentes en la opinión pública, y de los que estas propias instituciones son portadoras. La misma idea está presente en los trabajos de Skocpol, aunque el modo en que esta autora formula sus tesis se aleja considerablemente del enfoque que se defiende en estas páginas. Es decir, a pesar de que la opinión pública y los propios ciudadanos en cuanto tales están prácticamente ausentes en la obra de Skocpol, sus teorías pueden interpretarse en parte del modo

³² La utilización del término 'experiencias nacionales' no supone aceptar que existe un único conjunto predominante a nivel nacional de experiencias con las instituciones. En concreto, el análisis que sigue asume explícitamente, como veremos más adelante, que dentro de un mismo Estado coinciden diferentes minorías (una de ellas mayoritaria) con experiencias y preferencias institucionales distintas. Este es un hecho, sin embargo, al que Jacobs no presta atención. Para terminar, además, el término 'nacional' se utiliza aquí como sinónimo de 'estatal', sin que ello suponga olvidar que en muchos Estados modernos coexisten diferentes nacionalidades e identidades nacionales. Al respecto, ver la nota 5.

descrito; mientras que la propia autora es bastante clara en este sentido en algunos fragmentos aislados de sus trabajos, como el que se reproduce a continuación (Orloff y Skocpol, 1984: 731):

El Estado es importante no sólo porque burócratas y políticos pueden ser actores autónomos sino también por que *las estructuras organizativas del Estado influyen indirectamente sobre los significados y métodos políticos de todos los grupos de la sociedad...* Las definiciones de lo que es posible o deseable en política dependen en parte de las capacidades y las cualidades que diferentes grupos atribuyen tanto a las organizaciones del Estado, como a los funcionarios y políticos que las dirigen (el énfasis es de las propias autoras)

De otro lado, Hall concede considerable importancia, como hemos visto, a las ideas internacionales sobre las instituciones y modos de intervención del Estado. En general, sin embargo, el autor tiende a concebir estas ideas, y en concreto, los paradigmas políticos, en tanto esquemas teórico-deductivos considerablemente aislados de la realidad cotidiana. Es cierto que las teorías sobre política económica en las que se centra Hall tienen un importante componente deductivo (e ideológico, como veremos a continuación), como ocurre por otro lado con muchas teorías de las ciencias sociales hasta fechas recientes. Es innegable, sin embargo, que estas teorías se basan también, y de un modo creciente, en las experiencias prácticas sobre el funcionamiento y los resultados de distintos tipos de instituciones en diferentes países y épocas históricas.

Los paradigmas políticos internacionales, reinterpretando algo a Hall, pueden entonces concebirse como condensaciones teóricas de las experiencias comparadas de varios países con las instituciones públicas y privadas, a las que se superpone un componente deductivo que interpreta estas experiencias de acuerdo con parámetros teóricos e ideológicos previos. A pesar de las diferencias aparentes entre las perspectivas de Hall y la de Jacobs, ambas son altamente compatibles. Es cierto que el análisis de Hall tiende a conceder más importancia a las élites políticas y sociales que a la opinión pública o a las experiencias concretas de los ciudadanos con las instituciones. Aún así, las teorías desarrolladas por ambos autores conceden considerable

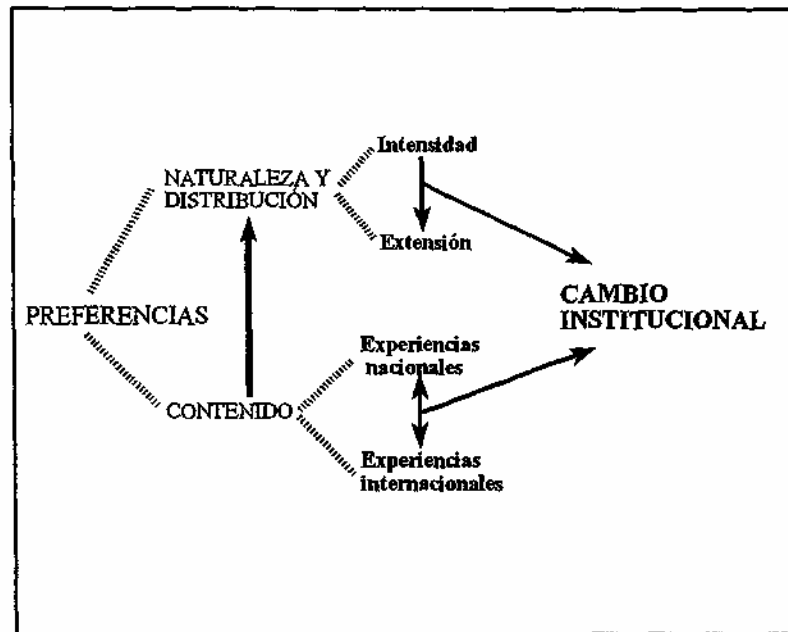


GRÁFICO 1: DETERMINANTES DEL CAMBIO INSTITUCIONAL: EL PAPEL DE LAS PREFERENCIAS

importancia al papel de las ideas en política, mientras que la lógica de la explicación es también semejante.

Una semejanza adicional entre ambos autores, esta vez de matiz negativo, es que tienden a concentrarse en el plano de análisis nacional o en el internacional, sin estudiar en profundidad las posibles conexiones entre ambos. Más concretamente, una posibilidad que ninguno de estos autores analiza de un modo explícito es que el efecto

causal de las ideas sobre la políticas dependa de las interacciones cambiantes entre experiencias nacionales e internacionales, y no de su efecto aislado. Sin embargo, si nos atenemos a las conexiones implícitas derivadas del análisis de sus casos de estudio respectivos, la situación es diferente. De este modo, los factores explicativos que utilizan ambos autores pueden ser reformulados de un modo coherente con los supuestos que se defienden en este apartado. En

este sentido, ambas teorías defienden implícitamente la necesaria coincidencia entre preferencias intensas y extensas como requisito para garantizar el éxito en la transformación del marco institucional del Estado. Esto es lo que vamos a ver brevemente a continuación.

Para empezar, conviene concretar que lo que vamos a estudiar, en la terminología de Hall, son los determinantes del éxito en el cambio de paradigma a nivel nacional. Este éxito se plasma en el lanzamiento y aplicación de una reforma de las instituciones coherente con el paradigma internacional. Desde el punto de vista del contenido y atributos de las preferencias públicas con respecto a las instituciones del Estado, los determinantes de este éxito pueden ser reformulados en los siguientes términos.

(1) Primero, es necesario que el nuevo paradigma internacional sea percibido como compatible con valores y significados culturales ampliamente compartidos, y derivados de las experiencias nacionales concretas de los ciudadanos con sus instituciones. Para que este hecho se produzca, existen dos posibilidades. O bien las experiencias internacionales son directamente compatibles con las nacionales³³; o

³³ A su vez, el hecho de que exista una compatibilidad a priori entre experiencias nacionales e internacionales puede deberse a múltiples factores, todos ellos considerablemente interesantes. Una primera posibilidad, en el plano meramente hipotético, es que la elaboración del paradigma internacional se base principalmente en las experiencias nacionales de un sólo país o unos pocos países, como ha ocurrido frecuentemente en las ciencias sociales con Estados Unidos, y en menor medida, con Gran Bretaña. En este caso la compatibilidad a priori afectaría principalmente a estos países, y a todos aquellos con instituciones y experiencias institucionales semejantes. Otra posibilidad es que el paradigma se base en las experiencias nacionales mayoritarias y ampliamente contrastadas, por lo que la coincidencia generalizada de experiencias nacionales y paradigmas internacionales sería más fácil. En cualquier caso, lo que hace falta para aclarar esta cuestión es un estudio de la formación y difusión de los paradigmas internacionales desde el punto de vista de la sociología de la ciencia, para empezar. Además, si nos atenemos a los argumentos desarrollados a lo largo de este apartado, la formación de los paradigmas puede tener una importancia capital para explicar las diferencias entre países en cuanto al ritmo y profundidad de los cambios institucionales que acometen. En otras palabras, y tomando como ejemplo las dos posibilidades anteriores, un modelo de formación de los paradigmas internacionales excesivamente basado en la experiencia de un sólo país colocaría a éste en una posición aventajada en cuanto a los cambios

bien, si no existe esta compatibilidad a priori, es necesario que la percepción de esta compatibilidad se extienda entre los ciudadanos y los líderes políticos a través de un proceso de persuasión política.

La compatibilidad entre el nuevo paradigma internacional y las experiencias institucionales mayoritarias a nivel nacional significa, de un lado, que los líderes políticos elegidos por mayoría mantienen también, en alguna medida, estos valores y experiencias ampliamente compartidas por los ciudadanos. Por ello, no tienen que pasar por ningún conflicto cognitivo ni ideológico interno para aceptar las nuevas ideas sobre intervención pública. También supone, de otro lado, que el lanzamiento de las reformas no va a perjudicar los intereses electorales del gobierno, sino más bien al contrario. La extensión de las preferencias por el cambio disminuye, pues, considerablemente, los costes políticos y personales del gobierno a la hora de tomar la decisión de aprobar y aplicar las reformas.

(2) En segundo lugar, es necesario que exista algún grupo social o político que mantenga una especial intensidad de preferencias con respecto a la reforma, y que cuente con una capacidad de movilización política suficiente como para dotar de visibilidad a sus demandas. La capacidad de movilización, requisito crucial para el lanzamiento de los cambios, es un recurso de naturaleza propiamente política, relativamente independiente, en muchos casos, de los recursos materiales o económicos previos de estos grupos. El papel de las minorías intensas en el proceso de cambio consiste, en este sentido, en romper las inercias estructurales (*path dependencies*) que

institucionales, puesto que se daría la compatibilidad a priori, y el cambio institucional sería más rápido y más sencillo. Mientras que un paradigma basado en experiencias multinacionales supondría una cierta redistribución de las tasas de cambio institucional, dado que la compatibilidad afectaría a un mayor número de países. Otra cuestión distinta, que enfatiza también el interés de este tema de investigación, es la que se refiere a la calidad de los cambios institucionales y del propio paradigma internacional que ayuda a promoverlos. Este tema nos llevaría a examinar otra cuestión epistemológica interesante, asociada al debate sobre el método comparado en ciencias sociales. En términos económicos, y para terminar, habría que analizar los costes y beneficios _ de los cambios institucionales, y en concreto de una tasa alta de cambios, así como su relación con los procesos de formación de los paradigmas internacionales.

obstaculizan habitualmente los procesos de reforma del marco institucional, y que son explotadas políticamente por los grupos que cuentan con posiciones de poder establecido dentro del marco institucional previo.

(2.a.) El caso óptimo, en este sentido, es el siguiente. Si este grupo, la minoría intensa, disfruta de un poder institucional formal dentro del gobierno, los requisitos para el cambio institucional son menos exigentes que en el resto de los casos. En concreto, el requisito de la intensidad de preferencias pasa a tener más importancia en el lanzamiento de los cambios que la extensión de estas preferencias entre el electorado. Esto es así, de un lado, porque cuando las preferencias políticas son suficientemente intensas la acción para conseguirlas es una recompensa en si misma, independientemente de sus resultados (por lo demás considerablemente inciertos). Por ello, los costes políticos derivados del hecho de que las preferencias por el cambio no tengan una extensión suficiente entre el electorado, pasan a ocupar un papel menor en el proceso de cambio. De hecho, la propia definición operativa de la intensidad de preferencias políticas indica que los beneficios que se obtienen de la acción política en defensa de las mismas son mayores que sus costes políticos concretos. De otro lado, dados los importantes recursos políticos de todo tipo con los que cuenta el gobierno, una vez se ha tomado la decisión de lanzar los cambios resulta más fácil reducir los costes políticos de la decisión, manipulando, por ejemplo, las preferencias de los ciudadanos, u ofreciendo a cambio de la aceptación de las reformas impopulares otros paquetes de reforma que compensen a los ciudadanos más contrarios a las mismas³⁴.

³⁴ Un excelente análisis teórico sobre los procesos de manipulación de las preferencias de los ciudadanos por parte de los políticos, y sobre las estrategias generales utilizadas por estos últimos para reducir los efectos electorales adversos de la adopción de medidas de reforma impopulares puede encontrarse en Maravall (1997a). El caso empírico concreto que este autor analiza, de los más significativos al respecto en perspectiva internacional comparada, es el del referendun sobre la pertenencia de España a la OTAN que tiene lugar en 1986.

En general, estas cuestiones conectan directamente con los debates clásicos de la ciencia política sobre el tema de las reformas impopulares, en el que no puede entrarse aquí en detalle. Resulta importante mencionar que una de las ideas clave en este debate es que el lanzamiento de políticas públicas por parte del gobierno no requiere la extensión previa de estas preferencias entre el electorado. El caso de las reformas impopulares, de las que las políticas económicas de ajuste constituyen un ejemplo importante, demuestra, en este sentido, que existen cambios institucionales sustantivos que pueden aprobarse sin recibir *a priori* el visto bueno de la opinión pública. Para que el lanzamiento de estas políticas no constituya un suicidio político del gobierno, una estrategia común consiste en construir los apoyos electorales suficientes *a posteriori*, una estrategia englobada dentro del término anglosajón *coalition building* (ver, por ejemplo, Nelson, 1992).

En este contexto, podría deducirse implícitamente que los trabajos de Hall y Jacobs, así como esta investigación, conciben las coaliciones electorales como un requisito previo para el lanzamiento de la política. Al menos en el caso concreto de esta investigación, sin embargo, el énfasis no recae en la extensión de preferencias como requisito necesario *a priori* para que se produzca el cambio institucional. La idea es más bien que resulta necesario que los líderes políticos perciban que las preferencias de los ciudadanos pueden alterarse a favor de los cambios a través de un proceso de persuasión política, antes o después de lanzarse los cambios.

De hecho, las diferencias entre ambas perspectivas se refieren principalmente a la presentación formal de la hipótesis, puesto que si uno de los requisitos para formular y ejecutar con éxito reformas impopulares es conseguir *a posteriori* el apoyo electoral de determinados grupos sociales y políticos, puede deducirse que la compatibilidad *a priori* entre el contenido de la política y las preferencias de los ciudadanos ejerce un papel causal sobre el propio lanzamiento de los cambios. Otra diferencia importante, y esta vez de carácter sustantivo, es el nivel de riesgo político que resulta necesario asumir en ambas situaciones. Si se consigue la extensión del apoyo social a las reformas con carácter previo a su lanzamiento, el riesgo político es prácticamente cero. Si no se consigue, pero existen ciertas

expectativas de que se conseguirá a posteriori, la decisión de lanzar las reformas esta sujeta, obviamente, a un grado variable de riesgo político.

La disposición a aceptar este riesgo político puede depender de la intensidad de preferencias. Especialmente, cuando las expectativas de conseguir apoyo electoral suficiente son bajas, y el riesgo político alto, el lanzamiento de las reformas puede responder, plausiblemente, a una especial intensidad de preferencias del gobierno por el cambio. Esta idea puede contribuir a dotar de sentido político al concepto económico de aversión al riesgo. Aunque tampoco puede entrarse aquí a analizar en profundidad este tema, sí que pueden apuntarse algunas líneas posibles de avance en este sentido. En concreto, el comportamiento de los individuos amantes del riesgo, que optan por una línea de acción a pesar de que sus beneficios esperados sean menores que sus costes ciertos, podría entenderse como una manifestación de su intensidad de preferencias por la línea de acción de que se trate. La conexión entre minorías intensas y mayorías apáticas podría entonces analizarse desde el punto de vista del modelo de masa crítica, que constituye una extensión de las ideas económicas de aversión al riesgo de considerable interés para el análisis político³⁵.

(2.b.) Otro caso posible, en este sentido, es que las minorías intensas que inicien el cambio institucional sean grupos sociales o políticos no incluidos en la estructura institucional del Estado, y con preferencias e identidad política distintivas con respecto a las del gobierno y las de la mayoría de los ciudadanos. En este caso, el

³⁵ Al respecto, ver, por ejemplo, Mezo (1996: 13-37), que resume la teoría original de Schelling [Schelling, T.C. (1978): *Micromotives and macrobehaviour*, New York: W.W. Norton & Company] sobre la masa crítica y la aplica al caso de la política lingüística vasca. Los modelos de masa crítica se basan en la hipótesis de que los cambios políticos responden al impulso inicial de grupos minoritarios amantes del riesgo. Cuando el peso poblacional de estos grupos alcanza un determinado umbral, las preferencias por el cambio político se extienden a la mayoría de la población, porque la superación del umbral supone un aumento importante de los beneficios esperados. Las similitudes entre este modelo y la perspectiva que se defiende en estas páginas parecen indicar que la incorporación del concepto de intensidad de preferencias al análisis de los fenómenos de masa crítica podría resultar considerablemente fructífera.

requisito de la extensión de las preferencias entre el electorado se convierte en crucial. También son cruciales, de otro lado, los recursos en cuanto a movilización y liderazgo político de los que dispongan estos grupos minoritarios. La movilización política de las bases sociales a las que representan estos grupos, garantiza, de un lado, la visibilidad de sus demandas, mientras que impone costes políticos directos sobre el gobierno. De otro lado, el liderazgo político informal, entendido como capacidad de persuasión y orientación de la acción, puede contribuir a orientar la modificación de las opiniones mayoritarias a su favor.

Para que las preferencias latentes de la mayoría del electorado se conviertan abiertamente en favorables a la consecución de las demandas de las minorías intensas resulta necesario, en primer lugar, que la intensidad de las preferencias de estos grupos sea muy alta, lo que depende en definitiva, como veíamos más arriba, de la homogeneidad cultural interna de estos grupos; de que su identidad política se fundamente principalmente en sus preferencias y valores políticos compartidos; de que esta identidad se perciba como amenazada por la operación de la regla de la mayoría; y por último, de la exclusión histórica de las preferencias de estos grupos del proceso de toma de decisiones a nivel central.

En segundo lugar, la capacidad de persuasión de estas minorías intensas depende también de que sus demandas, y en concreto, sus movilizaciones políticas, tengan un talante moderado y negociador. La moderación implica que sus demandas y movilizaciones no se perciben como una amenaza radical para el régimen político establecido. La orientación negociadora significa, de otro lado, una disposición a hacer concesiones recíprocas en cuanto a otros temas prioritarios para el gobierno o la mayoría a cambio de conseguir aquellas demandas que son sentidas con una especial intensidad.

En resumen, pues, el éxito completo en el lanzamiento y aplicación del cambio institucional requiere la concurrencia de dos requisitos necesarios. De un lado, la existencia de grupos sociales o políticos con una considerable intensidad de preferencias por el cambio institucional, y capaces de impulsar la extensión de un apoyo abierto a sus demandas de reforma entre la mayoría del electorado, lo que depende en definitiva de sus recursos, formales o informales,

de movilización y persuasión política³⁶. De otro lado, tanto la propia intensidad y extensión de las preferencias por el cambio, como el éxito de las reformas se ven favorecidos por la compatibilidad y coherencia internas entre el paradigma internacional dominante sobre la naturaleza y actuaciones de las instituciones del Estado y las experiencias, valores e ideas nacionales sobre las instituciones. La coincidencia entre experiencias nacionales e internacionales, en este sentido, garantiza una predisposición latente de la mayoría del electorado a aceptar las demandas de cambio institucional, mientras que la existencia de minorías intensas favorables al cambio puede ayudar a promover la transformación de esta aceptación latente en apoyo político abierto al lanzamiento y aplicación de los cambios.

O, en términos de la acción del gobierno, que dispone del poder último para aprobar los cambios, la intensidad de preferencias por el cambio tiene el efecto de aumentar los beneficios políticos de la reforma. Si las minorías intensas forman parte del propio gobierno, los beneficios se derivan directamente de la acción en defensa de sus intereses, y de la eventual consecución de los mismos; si las minorías intensas son grupos ajenos al gobierno, la adopción de las reformas genera también beneficios políticos, aunque menos directos, para el gobierno: los que se derivan de desactivar las posibles acciones políticas de estos grupos, y de garantizar la legitimación del gobierno mayoritario con respecto a estas minorías. La extensión del apoyo a

³⁶ Como puede deducirse de lo dicho anteriormente, en el caso de que sea el gobierno el que inicie las reformas, se puede esperar que el poder y los recursos institucionales formales de los que dispone tengan mayor importancia a la hora de promover la extensión de sus preferencias políticas entre el electorado. En el caso de que sean grupos minoritarios no incluidos dentro del marco institucional formal del Estado, es el poder informal, cuyas fuentes ya han sido mencionadas, el que ocupa un papel clave en el proceso de persuasión política. El hecho de que este poder informal, vinculado a la existencia de minorías intensas, pueda tener el efecto de promover la extensión de preferencias minoritarias y contribuir, de este modo, al cambio institucional, es el que amenaza más abiertamente los presupuestos institucionalistas y estructuralistas clásicos discutidos más arriba, para los que el cambio institucional se deriva necesariamente de la propia distribución formal del poder y los recursos institucionales, y de las preferencias e intereses de las élites que disponen del mismo.

las propuestas de reforma, y su compatibilidad con el paradigma internacional dominante, de otro lado, tienen el efecto de disminuir los costes políticos del lanzamiento de las reformas; en primer lugar, en términos de costes electorales, y en segundo lugar, en términos de los costes políticos que se derivan de la ruptura de acuerdos internacionales.

Este último argumento, referido a los acuerdos y alianzas internacionales en los que participan los gobiernos nacionales, requiere un comentario aparte. De hecho, apunta al reconocimiento de que un factor de importancia creciente en la difusión de los paradigmas internacionales de intervención pública son las presiones internacionales que se derivan de estas alianzas. Ejemplos claros en el caso de España son las políticas militares y económicas que se derivan de los compromisos internacionales adquiridos por su pertenencia a la OTAN y a la Unión Europea. Antes de pasar a analizar esta cuestión con algo más de detalle, conviene hacer una precisión final con respecto a las relaciones entre experiencias nacionales e internacionales, y preferencias mayoritarias y minoritarias en los procesos de cambio institucional.

Esta precisión puede resumirse en los siguientes términos. Las mayorías de opinión nacionales se enfrentan a dos obstáculos principales para hacer prevalecer sus preferencias institucionales concretas. El primero de estos obstáculos es la existencia de minorías intensas a nivel nacional con preferencias institucionales distintas, puesto que éstas pueden aumentar sustantivamente los costes políticos de la adopción de las preferencias mayoritarias, y en casos extremos, pueden contribuir, si no se reconocen sus demandas, a amenazar la propia estabilidad política del sistema democrático. Un segundo obstáculo, en este contexto, es que las preferencias nacionales mayoritarias sean contrarias al paradigma internacional dominante. En este caso, la adopción de las preferencias nacionales puede amenazar el cumplimiento de los acuerdos internacionales, así como los beneficios esperados de estos acuerdos.

El éxito del cambio institucional aparece máximamente favorecido, pues, cuando los tres grupos teóricos de preferencias

coinciden³⁷. Cuando no se da esta coincidencia, existen muchas combinaciones posibles. Lo importante, en cualquier caso, es hacer notar que los cambios institucionalmente son siempre promovidos por minorías de opinión intensas, que se generan principalmente como resultado de (i) la adopción pionera de un nuevo paradigma internacional por parte de las élites de políticos y expertos estatales; (ii) o de la existencia, dentro de los Estados, de minorías con experiencias y valores políticos distintos a los de la mayoría. Y que para conseguir la plasmación de sus proyectos de cambio institucional, ambos grupos de minorías han de tener recursos políticos suficientes como para orientar a la opinión pública a su favor.

En este contexto, un segundo caso posible es aquél en el que los contenidos del paradigma internacional y las demandas de las minorías intensas, derivadas de su propia experiencia diferencial con las instituciones³⁸, son compatibles, pero no disfrutan del apoyo

³⁷ Para simplificar el análisis, se asumen aquí, y en el resto de la argumentación desarrollada, los siguientes supuestos. Primero, que existe una mayoría clara de opinión a nivel nacional, aunque sea una mayoría minoritaria (la mayor minoría existente en el Estado), y aunque esta opinión consista simplemente en una postura de indiferencia hacia los cambios institucionales en proyecto. Segundo, que existe un paradigma internacional generalmente considerado, a nivel académico y político, como dominante. Tercero, que existe un sólo grupo de preferencias minoritarias intensas con respecto a cada proyecto de reforma institucional. Estos supuestos son especialmente útiles para la investigación presente porque se ajustan bien, como veremos a continuación, a las características del caso de estudio. Además, los dos primeros plantean pocos problemas, puesto que parece razonable afirmar que las situaciones que se alejan de estos dos supuestos tienen una prevalencia pequeña. El tercero, sin embargo, parece a primera vista más problemático. Pero desde un punto de vista teórico, la presencia de varias minorías intensas con preferencias distintas entre sí y también diferentes con respecto a la mayoría no plantea muchos problemas: el cambio institucional dependerá igualmente del grado en que las minorías intensas puedan inclinar a su favor a la opinión mayoritaria.

³⁸ Quizá resulta necesario explicitar aquí algo que se deriva implícitamente del análisis realizado hasta ahora: el hecho de que uno de los rasgos principales de las minorías intensas es que su experiencia con las instituciones del Estado difiere con respecto a la mayoría. Esto se deriva naturalmente de la hipótesis defendida a lo largo del capítulo de que los valores y significados culturales compartidos se

generalizado de la opinión pública. La alianza entre ambos grupos de minorías, y la utilización conjunta de sus recursos políticos, hace relativamente sencillo, en este caso, el proceso de persuasión política. La cosa se complica considerablemente, sin embargo, cuando las preferencias de estas minorías son incompatibles. El gobierno, y la mayoría tendrán que valorar, en este caso, a la hora de decidir sobre sus opiniones y acciones, los costes políticos que pueden derivarse del incumplimiento de los acuerdos internacionales³⁹, y compararlos de los que pueden derivarse de la exclusión de las preferencias de las minorías diferenciales e intensas del proceso de toma de decisiones. Si el propio gobierno mantiene preferencias intensas con respecto al paradigma internacional, sus acciones se inclinarán generalmente

derivan principalmente de las experiencias previas con las instituciones, transmitidas a través de los procesos de socialización en la cultura del grupo. El hecho de que los valores de las minorías intensas sean distintos de los de las mayorías, presupone, pues, que sus experiencias institucionales también son distintas. Un ejemplo claro en este sentido se relaciona con la exclusión pasada de las preferencias de las minorías intensas en los procesos de decisión, mayoritarios, de los regímenes democráticos. Las experiencias diferenciales de las minorías intensas con respecto al funcionamiento de las instituciones del Estado son, en este caso, indudables. Si aceptamos, además, que la concesión de legitimidad política al gobierno establecido depende en mucha medida del grado en que los ciudadanos sientan que sus valores y preferencias gozan de representación política suficiente en las instituciones del Estado, se puede concluir que, en el caso de la exclusión continuada de estas preferencias, las experiencias institucionales diferenciales pueden llegar a suponer una retirada completa de la aceptación de la legitimidad del Estado, y del propio régimen político, por parte de estas minorías intensas.

³⁹ Una asunción implícita en estas afirmación es que los acuerdos internacionales tienen un carácter condicional, por el que las instituciones internacionales (EC, Banco Mundial, FMI, etc.) ofrecen su ayuda técnica y económica a cambio de que los países que reciben las ayudas se comprometan a aplicar el paradigma internacional dominante. En el contexto europeo, un ejemplo claro son las políticas económicas de ajuste, que suponen un compromiso de contención del gasto social. En el caso de los países que reciben las ayudas de las instituciones financieras internacionales vinculadas a las Naciones Unidas, la condición de adopción de paradigmas tiende a extenderse a lo largo de la década de los 90 de la política económica a otras políticas sociales, como por ejemplo, la sanidad. La cuestión requiere, en cualquier caso, una atención mayor que la que puede concedérsele en estas páginas.

en contra de estas minorías, y el resultado final dependerá de en qué medida el gobierno o las propias minorías diferenciales consigan inclinar la balanza de la opinión pública a su favor. Un último caso posible es que ninguno de estos grupos, juntos o por separado, tengan éxito en extender la percepción generalizada de sus proyectos de cambio como compatibles con los valores compartidos por la mayoría de los ciudadanos. Esta es, indudablemente, la situación menos favorable al éxito de los proyectos de cambio institucional. De hecho, como veremos más adelante, y a lo largo de esta investigación, el cambio institucional tiene pocas posibilidades de salir adelante sin el apoyo abierto y mayoritario de la opinión pública, se consiga éste antes o después de la aprobación de las reformas. Si los proyectos de reforma tienen algún impacto sobre el marco institucional y el proceso de toma de decisiones, será bajo condiciones de baja visibilidad política; y como resultado, a través de la introducción de cambios incrementales menores, de naturaleza operativa, y de implantación problemática e incompleta.

Aclaremos ahora, y para terminar, la cuestión del papel de los compromisos internacionales en el proceso de cambio de las instituciones a nivel nacional. Para simplificar el análisis, vamos a imaginar, para empezar, que existe una mayoría de opinión con respecto a las experiencias nacionales con las instituciones que no está amenazada por la existencia de minorías intensas y de identidad diferencial. A continuación, se puede plantear la cuestión del papel de los compromisos nacionales en términos de una pregunta más general: ¿qué pasa cuando las experiencias nacionales e internacionales difieren? La respuesta se relaciona con la dinámica del proceso de difusión de los paradigmas internacionales. Las presiones para la adopción nacional del paradigma internacional, en este contexto, podrían proceder principalmente de dos fuentes⁴⁰.

⁴⁰ Una tercera posibilidad, considerada en las páginas anteriores, y que no varía en lo más mínimo los resultados del análisis que sigue, es que la iniciativa de introducción del paradigma internacional sea tomada por las minorías políticas intensas existentes dentro del Estado. Un ejemplo en este sentido es precisamente la labor realizada por los partidos nacionalistas autonómicos en España con respecto al paradigma internacional, favorable a la devolución regional de

La primera de estas fuentes son los grupos de expertos en políticas e instituciones públicas, y especialmente aquellos vinculados al gobierno y a la administración pública. Estos grupos ocupan una posición privilegiada, en cuanto a su información, sus conocimientos y sus contactos internacionales, para acceder a las experiencias comparadas sobre las instituciones en las que se basan los paradigmas internacionales. Los grupos de expertos tienden a generar, además, aunque en menor medida que los grupos étnicos y religiosos, una cierta identidad y valores compartidos, que se derivan del proceso de socialización común y de las relaciones de interacción frecuentes; ésto hace más fácil, pues, que estos grupos se conviertan en minorías intensas que ejercen presión sobre los miembros del ejecutivo para adoptar el paradigma internacional. Una segunda fuente de presión son los compromisos internacionales del Estado, que pueden derivarse de acuerdos comerciales, regulaciones de mercado común, deudas internacionales importantes o alianzas militares estratégicas. Estos compromisos vinculan más directamente, como es obvio, al gobierno central que a ninguno del resto de actores políticos y sociales.

Esto supone, a su vez, que el impacto sobre la opinión pública de los paradigmas internacionales, de contenido muchas veces altamente técnico, está siempre mediado por élites de políticos y expertos situados en posiciones de poder dentro de la estructura institucional del Estado. En contraste, el aprendizaje político derivado de las experiencias nacionales con las instituciones es generalmente accesible a todos los ciudadanos y grupos sociales y políticos. Por lo tanto, si las experiencias internacionales difieren significativamente con respecto a las nacionales, las élites que presionan por la adopción del paradigma internacional pueden contar con que exista una mayoría de opinión a nivel nacional en su contra.

Un último factor que hay que tener en cuenta en cuanto a la adopción nacional de paradigmas internacionales, así como para comprender, en general, los determinantes del cambio institucional, se refiere al importante factor mediador que juega la ideología. Hasta

podemos, que predomina durante los años 60 y 70 en Europa. No vamos a analizar esta cuestión en los párrafos siguientes porque su objetivo principal son los compromisos y paradigmas internacionales.

ahora, el análisis se ha centrado principalmente en las experiencias institucionales como origen del contenido de las preferencias de los individuos. Pero hay que recordar también, como veíamos más arriba, que estas experiencias son interpretadas de acuerdo con presupuestos ideológicos y teóricos previos. El impacto de la ideología sobre las preferencias de los ciudadanos y las élites se deriva en parte del hecho de que el conocimiento científico sobre los resultados de distintas opciones de reforma institucional es todavía demasiado débil (y quizá lo será siempre) como para convertirse en una base irrefutable de las decisiones políticas⁴¹.

Como consecuencia, la ideología es un poderoso filtro de las experiencias con las instituciones, especialmente cuando existe evidencia contradictoria al respecto. Los valores ideológicos son resultado de los procesos previos de socialización, aprendizaje y formación de identidades colectivas, que difieren entre grupos sociales. Estos valores proporcionan a los individuos marcos interpretativos globales que ayudan a evaluar las experiencias institucionales, muchas veces contradictorias y complejas. Como resultado, las propuestas de reforma que se perciban como compatibles con estos valores ideológicos tendrán considerables oportunidades de ser aceptadas por la opinión pública.

⁴¹ En este sentido, un ejemplo importante es el debate público/privado en la provisión de servicios públicos. Si existiera suficiente evidencia sistemática de que uno de estos dos sectores es superior al otro en cuanto a sus resultados (por ejemplo, es más eficiente y tiende a fomentar en mayor medida la equidad), la ideología contaría poco en la formación de las preferencias políticas por el cambio institucional: se adoptaría entonces el esquema de provisión de servicios que fomentara en mayor grado los objetivos políticos buscados (por ejemplo, eficiencia y equidad). Sin embargo, no hay que olvidar aquí que probablemente existen muchos objetivos políticos que resultan mutuamente incompatibles: la eficiencia y la equidad, por ejemplo se presentan frecuentemente como un ejemplo importante de estos *trade-offs* entre objetivos políticos. Por mucha evidencia científica concluyente que exista sobre los resultados del sector público (por ejemplo, favorece en mayor medida la equidad, perjudica la eficiencia) y del privado (favorece la eficiencia, disminuye la equidad), la opción entre uno y otro seguiría en este caso sujeta a consideraciones ideológicas sobre la prioridad de uno u otro objetivo.

En contraste, la implantación de reformas que no son compatibles con los valores ideológicos arraigados en la mayoría del electorado será difícil y problemática. En este caso, es probable que el conflicto entre experiencias nacionales e internacionales se traduzca en luchas ideológicas y de poder dentro del gobierno y de las élites políticas en general. El resultado de este conflicto de poder dependerá, en definitiva, del predominio relativo de dos tipos de orientaciones políticas: el deseo de garantizar el cumplimiento de las preferencias mayoritarias de los ciudadanos (por motivos éticos o electorales), o la necesidad percibida de cumplir con los compromisos internacionales. Esta última orientación tendrá más posibilidades de éxito en países con una dependencia mayor del apoyo económico o militar exterior. El resultado más probable, en cualquier caso, es que ninguna de las dos orientaciones predomine claramente. Como consecuencia, la adopción de los proyectos de reforma será, en el mejor de los casos, parcial, mientras que el cambio de paradigma institucional a nivel nacional no tendrá lugar de un modo abierto.

5. Conclusiones. Los aspectos políticos de la intensidad de preferencias

La conclusión más importante que puede extraerse de este capítulo es que la intensidad de preferencias es un importante motor de los cambios institucionales, en cuanto promueve una ruptura de las inercias estructurales e institucionales, y de los conflictos de poder que bloquean generalmente el cambio institucional. Uno de los mecanismos principales a través de los que la intensidad se convierte en fuerza de cambio es su papel como fuente de un considerable poder político informal. Este poder informal, a su vez, es un recurso de carácter propiamente político, y relativamente independiente tanto de los recursos materiales de estos grupos como del marco institucional formal. En este sentido, los representantes políticos de las minorías con una identidad y unas preferencias políticas diferentes de los de la mayoría, y especialmente intensas, adquieren y ejercitan su poder informal de dos modos distintos.

De un lado, su poder proviene, en definitiva, de la función de representación que ejercen con respecto a estas minorías intensas. En este contexto, este poder, así como la propia legitimidad del mismo, aparecen reforzados por la homogeneidad cultural interna de estos grupos, que afecta también, generalmente, a sus líderes: constituyen en gran medida un grupo representativo, en vez de ser simplemente un grupo de representantes políticos⁴². De esta naturaleza peculiar, así como de la propia intensidad de preferencias del grupo social minoritario al que representan, se deriva su capacidad de movilización política. De otro lado, la capacidad de persuasión y liderazgo político de la que disfrutaban, en determinadas circunstancias, con respecto a la opinión pública, se deriva así mismo de la propia naturaleza de sus preferencias, dado que la coherencia y seguridad de sus valores y creencias las dota en muchas ocasiones de un valor carismático, generador de admiración y simpatía.

De hecho, el poder de persuasión política que ejercen las minorías intensas con respecto a la opinión pública mayoritaria contribuye decisivamente a garantizar el éxito del proceso de aprendizaje político que todo cambio institucional refleja, y al que Skocpol, Jacobs y Hall conceden una importancia central⁴³. El aprendizaje de los ciudadanos

⁴² El argumento alude aquí, directamente, a la distinción enfatizada por Sartori, y clásica en la teoría de la representación, democrática, entre *representative group* versus *group of representatives*. Un grupo representativo es aquél que comparte directamente la identidad y preferencias del grupo al que representa; un grupo de representantes políticos es, en general, aquel que adquiere la responsabilidad política de defender los intereses del grupo social al que representa, independientemente de que sus preferencias concretas de acción política coincidan o no con las de este grupo.

⁴³ El proceso de aprendizaje político, o *policy learning*, constituye la contribución principal de Heclo al análisis de los cambios sustantivos en la formulación de políticas, retomada por los autores que se discuten a lo largo de este capítulo. Para Heclo, sin embargo, este proceso de aprendizaje es conducido y plasmado políticamente por los burócratas y expertos del sector público, por lo que tiene un carácter principalmente técnico. Hall, de otro lado, se aleja de esta perspectiva al afirmar que para que el aprendizaje técnico, burocrático y académico se traduzca en un cambio institucional de carácter político sustantivo, es necesario que lo protagonicen los representantes políticos, y que éstos sean además capaces de atraer a la opinión pública a su favor. La perspectiva que se

con respecto a las instituciones depende también en parte, sin duda, de sus propias experiencias directas con las instituciones. Pero dada la naturaleza muchas veces contradictoria y compleja de estas experiencias el aprendizaje requiere además la interpretación paralela de estas experiencias a través de un marco teórico e ideológico coherente que las dote de sentido para los individuos. La elaboración y posterior difusión, de estos marcos interpretativos es el elemento central en los procesos de aprendizaje político, y constituye, indudablemente, una labor liderada por minorías intensas.

En este sentido, es importante destacar aquí, siguiendo de nuevo a Sartori "que nadie ha analizado adecuadamente como se relaciona la 'intensidad' con la información, e incluso, más allá de ello, con el conocimiento y con la competencia técnica" (1987: 246). La hipótesis inicial de Sartori en este sentido, es que la intensidad de preferencias políticas genera interés por los asuntos públicos, que este interés se traduce en una atención especial por los temas políticos, de la que se deriva una búsqueda de información, que acaba por plasmarse, finalmente en conocimiento y aprendizaje políticos (Sartori, 1987: 118) Parece razonable asumir, además, aunque Sartori no lo mencione que el proceso de realimente a sí mismo, en el sentido de que un mayor conocimiento de los temas y proyectos políticos contribuya a reforzar la intensidad de preferencias por las opciones de reforma o de acción política sobre las que se dispone de un conocimiento sustantivo.

En general en esta misma línea, y volviendo al tema de la escasez de investigación sobre el tema de la intensidad, se puede afirmar sin lugar a dudas, que el papel político de la intensidad de preferencias es un tema prácticamente inexplorado por la ciencia política empírica contemporánea. Sin embargo, como se ha defendido a lo largo de estas páginas, la intensidad de preferencias es un fenómeno crucial para entender como funcionan los Estados y sistemas democráticos actuales, y que requiere, por ello, considerable

adopta en este capítulo, en razón de la cual se afirma que son las minorías intensas de todo tipo las que protagonizan este proceso de cambio, es, a mi parecer, considerablemente más amplia, y también novedosa, con respecto a las afirmaciones de ambos autores.

atención por parte de la investigación futura. Algunos de los problemas que explican la omisión parcial de este tema en los estudios empíricos de la ciencia política y la sociología se relacionan con las dificultades de medición de este concepto.

Así, como ha señalado Dahl (1956: 99-102), la intensidad es un sentimiento, y como tal, inobservable, dado que lo único que podemos observar a este respecto son los comportamientos y actividades políticas que se derivan de la intensidad. El hecho de que una determinada variable sólo pueda observarse en cuanto a los efectos que produce ha sido, desde una concepción exclusivamente positivista de la ciencia, razón suficiente para excluirla de los análisis. De hecho, como menciona Lewin (1996: 1312-3), citando a Knight, uno de los representantes más relevantes del institucionalismo económico clásico:

En la historia temprana de la física moderna [.] existían una serie de objeciones en contra del uso del concepto de fuerza, basadas en el doble motivo de no ser nunca accesible a la observación directa, y de no ser un concepto objetivo, sino animista o antropomórfico. Se señalaba (y se sigue señalando) que podemos observar o medir tan sólo los efectos de las fuerzas, y que sería más simple hablar sólo de sus efectos...La situación de las motivaciones en elección económica presenta una problemática estrechamente relacionada con ésta (Knight, 1944: 305)

Esta concepción reduccionista de la ciencia, prevalente todavía en el análisis económico dominante, puede ser también una de las explicaciones principales de la falta de atención que se le ha concedido a la intensidad de preferencias en los análisis políticos y sociológicos contemporáneos. Sin embargo, en la época actual, y en contraste con lo que ocurría durante los años 40 y 50, tanto los estudios de opinión cuantitativos como la metodología cualitativa de análisis de las preferencias han avanzado lo suficiente como para que merezca la pena intentar avanzar en esta dirección.

Volviendo al tema del papel político de las preferencias intensas, la revisión y las contribuciones realizadas a lo largo de este capítulo dejan varias cuestiones pendientes muy interesantes. En concreto, el análisis se ha centrado en estas páginas principalmente en el papel de

la intensidad en tanto determinante crucial de los procesos de cambio institucional. Sin embargo, es de esperar que la intensidad de preferencias sea también una variable mediadora importante en relación a las consecuencias de la descentralización. De hecho, la conexión potencial, ya señalada, entre conocimiento y aprendizaje político, de un lado, e intensidad de preferencias, de otro, apunta en este sentido. En términos más explícitos, el marco teórico elaborado en estas páginas sugiere que los individuos y los grupos con preferencias políticas intensas están más dispuestos a asumir los costes del aprendizaje y del cambio político, por lo que resulta probable que contribuyan a promover más mejoras institucionales que otros grupos e individuos con preferencias menos intensas.

En esta dirección, otro tema que ha sido tratado sólo de un modo lateral es el de las relaciones entre minorías intensas, confianza, cooperación y buen gobierno. En este sentido, varias contribuciones recientes (Gambetta, 1988; Powell, 1990; Ring y Van de Ven, 1992; Putnam et al., 1993) apuntan al importante papel de los grupos sociales pequeños, con valores e identidades políticas compartidos, y que permiten la interacción frecuente y el refuerzo mutuo entre sus miembros, en tanto promotores de la cooperación entre los ciudadanos, de la confianza en las instituciones, y en definitiva, de la efectividad del sector público y, más en general, del buen gobierno. A la vista del análisis desarrollado en estas páginas, estos grupos pequeños constituyen en definitiva minorías intensas, un hecho que refuerza las razones para conceder más atención en el futuro a la intensidad de preferencias.

Un último comentario al respecto se refiere a la relación entre nacionalismos periféricos e intensidad de preferencias. El tema del nacionalismo es suficientemente complicado en sí mismo como para requerir un tratamiento aparte, y por ello, se toca sólo indirectamente a lo largo de esta investigación. Sin embargo, no habrá pasado desapercibido al lector familiarizado con el tema que el ejemplo más evidente de minorías intensas, tal y como se han definido a lo largo de este capítulo: las minorías intensas se conciben como grupos sociales con una identidad política distintiva, basada en factores étnicos, lingüísticos o religiosos, con preferencias políticas intensas y largamente excluidas de los procesos de toma de decisiones a nivel

central. Estas son, precisamente, los rasgos distintivos de los nacionalismos periféricos.

En este sentido, y de acuerdo a los argumentos desarrollados a lo largo del capítulo, existen razones suficientes para esperar que los representantes políticos de estos grupos nacionalistas constituyan un motor importante de los cambios institucionales y de los procesos de aprendizaje político que tienen una relación directa con sus preferencias políticas más intensas. Si los nacionalismos periféricos ejercen un papel causal sobre el aprendizaje político y sobre el buen gobierno, puede afirmarse, obviamente, que las consecuencias de su intervención en política, si median los factores señalados de moderación de sus demandas y capacidad de persuasión política, serían generalmente positivas. Es decir, se puede esperar que el nacionalismo, y las reivindicaciones de autogobierno asociadas, constituyan un indicador de la disposición a aceptar los riesgos políticos que se derivan de la reforma razonada de las instituciones; así como los costes de la adquisición de conocimientos técnicos y del aprendizaje político necesarios para que las reformas obtengan buenos resultados. O en otras palabras, que tanto el nacionalismo como las preferencias políticas intensas vinculadas al mismo sean, en alguna medida, predictores de la confianza en las instituciones, la cooperación entre los ciudadanos, y en definitiva, del buen gobierno.

de Suárez se reservó la posibilidad de efectuar secuestros administrativos de publicaciones, incluso sin la obligación de notificarlos a las autoridades judiciales.

Después de las elecciones democráticas de junio de 1977 y poco antes de que se aprobara la Constitución, la Ley de Protección Jurisdiccional de los Derechos Fundamentales de la Persona eliminaba definitivamente las facultades sancionadoras de la administración sobre la prensa, al declarar que los delitos y faltas contra los derechos fundamentales de la persona serían enjuiciados por la jurisdicción ordinaria. Finalmente, el artículo 20 de la Constitución de diciembre de 1978, al tiempo que reconocía como únicos límites de la libertad de expresión y difusión los derechos fundamentales del individuo, establecía la imposibilidad de restringirla mediante el uso de censura previa, y de practicar secuestros sin resolución judicial.

CAPITULO 3

LA FORMULACIÓN DE LA DESCENTRALIZACIÓN Y LA REFORMA SANITARIA: EL PROCESO POLÍTICO Y SUS DETERMINANTES PRINCIPALES (1976-1986)

[L]a n República se encontró con el mismo problema que constantemente viene planteándose en nuestro país... En efecto, los liberales de 1823, los progresistas del periodo isabelino o los revolucionarios de 1868 vieron, todos ellos, cómo su acceso al poder fue seguido de inmediato por un estallido de poderes regionales y locales en conflicto con el poder central... Desde las juntas revolucionarias locales del siglo XIX..., la crisis del Estado unitario, y en definitiva, de una unidad nacional aún no consolidada, es el primer obstáculo con el que inevitablemente vienen enfrentándose todos los procesos de democratización en España"¹

El objetivo general de este capítulo es analizar el proceso de formulación de la descentralización sanitaria que se lleva a cabo en España durante el periodo 1976-1986. La descentralización autonómica de la política sanitaria es el resultado de dos cambios institucionales importantes del Estado español: la reforma del sector sanitario público y la descentralización territorial. Estas dos reformas tienen lugar en un contexto de reestructuración general de las instituciones políticas que da lugar a la emergencia de un nuevo

¹Varek (1976: 22-3).

régimen democrático. En este sentido, el enfoque analítico de este capítulo responde a la convicción de que para comprender porqué se descentraliza la sanidad en España resulta imprescindible analizar primero los determinantes de estos dos procesos de cambio institucional global..

De hecho, la descentralización sanitaria resulta especialmente interesante como caso de estudio precisamente por estar situada en la intersección entre dos cambios institucionales clave del periodo democrático que se inicia a mediados de los años 70. De un lado, la descentralización sanitaria es parte de un proceso más amplio de reestructuración territorial del Estado español, tradicionalmente centralizado. En este sentido, el modelo de Estado de las Autonomías consignado en la Constitución española de 1978 supone la introducción en España de algunos rasgos importantes del modelo federal de gobierno. Este modelo puede entenderse, además, como una respuesta política e institucional a las aspiraciones de autogobierno de regiones tradicionalmente nacionalistas, como Cataluña y el País Vasco.

De otro lado, el proceso de descentralización constituye un elemento central de la reforma sanitaria que se inicia en la segunda mitad de los años 70 y que culmina en 1986 con la aprobación de la Ley General de Sanidad. La reforma sanitaria socialista supone un cambio del modelo de intervención pública en el sector sanitario, que consiste principalmente en la transición de sistema de Seguridad Social al modelo sueco y británico de Servicio Nacional de Salud. Este cambio de modelo afecta también al resto de países del sur de Europa, que adoptan el modelo de Servicio Nacional de Salud durante este mismo periodo.

En el contexto del Estado del Bienestar español, un hecho que dota de un carácter distintivo, y especialmente relevante, a la reforma sanitaria, es que dos de los cambios más importantes incluidos en la misma, y en concreto la universalización del acceso y la descentralización autonómica de los servicios sanitarios, no se llevan a cabo en otras políticas de bienestar importantes, como las prestaciones por desempleo y las pensiones (Guillen, 1995). Además, y en comparación con el resto de países del sur de Europa, la reforma sanitaria española resulta especialmente interesante en cuanto la

naturaleza y el contenido de los poderes legislativos y ejecutivos transferidos al nivel regional de gobierno la dotan de un carácter distintivo con respecto al resto de estos países, con la excepción parcial del caso de Italia.

Una vez realizadas estas precisiones, el objetivo concreto del capítulo es analizar los determinantes de los procesos de formulación de la descentralización y la reforma sanitaria a la luz del marco teórico desarrollado en el capítulo anterior. Tanto la descentralización como la reforma sanitaria, en este contexto, constituyen cambios institucionales importantes, que modifican la distribución del poder público y transforman, en este sentido, los límites entre el Estado y la sociedad. En primer lugar, la descentralización supone la transferencia de parcelas importantes del poder del Estado a nuevos actores políticos, que entran en el marco institucional formal del Estado a través de la creación de nuevas instituciones representativas a nivel autonómico.

Este cambio institucional se debe en mucha medida, como veremos a continuación, a la existencia de grupos sociales y políticos con una identidad y unas preferencias políticas distintivas con respecto a las de la mayoría, y especialmente intensas. La capacidad de movilización política de estos grupos, junto con la existencia de una opinión pública mayoritaria que concede un apoyo latente a estas preferencias explican, además, la extensión del apoyo abierto a sus preferencias a la mayoría de la población. Esta extensión aparece facilitada por la existencia de un paradigma internacional favorable a la devolución regional de poderes.

En segundo lugar, la reforma sanitaria aprobada en 1986, así como su trayectoria política desde 1976, constituye un ejemplo de proyecto de cambio institucional parcialmente frustrado. El debate público sobre la reforma durante estos años se caracteriza por la existencia de un acuerdo social importante sobre la necesidad de garantizar el acceso gratuito a los servicios a la mayoría de la población, sobre la financiación pública de los servicios sanitarios, y principalmente con cargo a los presupuestos generales del Estado, y sobre la pertinencia de la propia descentralización sanitaria. Este acuerdo social no se reproduce siempre, sin embargo, en el ámbito político y parlamentario.

El consenso general sobre los objetivos centrales de la reforma no se extiende, además, a otras cuestiones importantes, como el modelo de intervención pública en el sector sanitario, la cuestión relacionada del papel del sector privado en la provisión de servicios públicos, y el modelo concreto de descentralización que debe adoptarse. Las diferencias de opinión en cuanto a estas cuestiones contribuyen al fracaso de los intentos de reforma emprendidos por los gobiernos de UCD a finales de los años 70, mientras que se convierten en el foco principal de los conflictos entre el gobierno y la oposición en los años 80. Además, las diferencias de opinión se agravan durante algunos periodos debido en parte a la falta de coincidencia entre el paradigma internacional dominante en cada momento del tiempo y las experiencias institucionales dominantes a nivel nacional.

De hecho, como veremos a lo largo de esta investigación, la reforma sanitaria tiene lugar en España durante un periodo caracterizado por el cambio en el paradigma de intervención pública dominante a nivel internacional, que se refleja principalmente en la transición del Keynesianismo al neoliberalismo. Este cambio global se corresponde con cambios de menor alcance en la definición del modelo óptimo de gestión pública y de intervención estatal en la prestación de servicios públicos. En este sentido, la emergencia a mediados de los años 80 de los paradigmas de la nueva gestión pública y de la competencia gestionada enfatizan el papel de los mecanismos de gestión y organización característicos del sector privado, mientras que conceden un papel creciente a los centros sanitarios privados en la prestación de servicios públicos. Estos cambios internacionales en el paradigma de intervención pública han tenido una influencia importante sobre el modelo de reforma que se adopta finalmente.

El trabajo se divide en tres apartados, ordenados por orden cronológico. El primer apartado se dedica a hacer un breve repaso de la historia de la descentralización y la reforma sanitaria a lo largo del siglo XX. En el segundo apartado se describe el proceso de formulación de la descentralización y la reforma sanitaria durante el periodo de la transición a la democracia (1976-1982), bajo los gobiernos de la UCD. Este segundo apartado, a su vez, se subdivide en tres secciones, dedicadas respectivamente al periodo constituyente

(1976-1978), a los contenidos del marco constitucional, y al primer gobierno democrático posterior (1979-1982). El tercer apartado se dedica al análisis del proceso de formulación de la reforma sanitaria socialista, que concluye con la aprobación en 1986 de la Ley General de Sanidad. La reforma sanitaria socialista supone además la formulación paralela del modelo institucional de descentralización sanitaria, en tanto fijación de los poderes respectivos del Estado central y de las Comunidades Autónomas. Por último, el capítulo se cierra con una serie de conclusiones teóricas sobre el papel que ocupan los partidos nacionalistas autonómicos en los cambios de las instituciones del Estado aprobados durante estos años.

1. Sanidad y Autonomías en España. Trayectoria histórica

La historia de la política sanitaria en España desde mediados del siglo XIX se caracteriza por el fracaso de los intentos sucesivos de reforma sanitaria, debido principalmente a la escasa prioridad concedida a este campo por las autoridades políticas, y a la ausencia de un modelo coherente y consensuado de reforma. De hecho, desde la aprobación de la primera Ley de Sanidad importante en 1855, no vuelve a ver la luz ninguna otra hasta 1944, poco después de instaurarse el régimen franquista en España². En el intermedio entre estas dos leyes, el fracaso de los múltiples intentos de reforma se traduce en la aprobación mediante decretos y otras disposiciones reglamentarias de las medidas más urgentes, cuya aplicación final es en la mayoría de los casos considerablemente limitada. Este hecho ha tenido dos consecuencias importantes: de un lado, la organización sanitaria ha sufrido un permanente desfase respecto a las necesidades

² Una excepción que no suele mencionarse en los análisis históricos es la *Ley de Coordinación de Servicios Sanitarios* de 1934, aprobada durante la II República. Las importantes innovaciones introducidas por esta ley en la organización y contenido de la política sanitaria pública la convierten sin duda en la medida legislativa más interesante de las producidas entre 1855 y 1986. Sin embargo, su brevísimo periodo de vigencia (fue derogada el 13 de Enero de 1935) le resta importancia en términos históricos.

sanitarias predominantes en cada periodo histórico; de otro, las innovaciones institucionales se adoptan con un considerable retraso con respecto a otros países, por lo que es frecuente que su ejecución sea problemática al coincidir con la revisión crítica a nivel internacional del modelo sanitario que se intenta implantar (Muñoz Machado, 1975: 45).

En cuanto al problema de la descentralización, el primer hecho importante que hay que destacar al respecto es sin duda suficientemente conocido para no requerir análisis detallado: la existencia en España de comunidades lingüísticas y étnicas con identidades culturales distintivas y reivindicaciones nacionalistas con un profundo arraigo histórico. La creación del Estado español a finales del siglo XV como una unión de reinos con diferentes tradiciones culturales e instituciones jurídicas y de gobierno es un punto de partida interesante para entender la coexistencia de diferentes identidades políticas en la España contemporánea. En concreto, estas diferencias institucionales afectan principalmente al antiguo reino de Aragón (que incluye históricamente a las actuales Comunidades Autónomas de Aragón, Baleares, Cataluña y Valencia), así como al País Vasco y Navarra, y no comienzan a eliminarse hasta principios del siglo XVIII, con la entrada de los Borbones en España.

En este contexto, tanto el País Vasco como Cataluña han sido, históricamente, regiones especialmente activas en la defensa de sus reivindicaciones de autogobierno y de preservación de sus instituciones autónomas tradicionales³. A partir del siglo XIX,

³ Sobre la oposición continuada, y en muchos casos violenta, del Principado de Cataluña, y en menor medida, del País Vasco, a los sucesivos intentos de unificación de las instituciones, ver, por ejemplo Elliott (1990) En concreto, resulta interesante incluir aquí algunas citas ilustrativas del estado de la cuestión a lo largo del siglo XVII, y en concreto, bajo el 'remado' del Conde Duque de Olivares, cuyos proyectos con respecto a las regiones con 'privilegios constitucionales' constituyen el inmediato precedente de los Decretos de Nueva Planta aprobados por el primer rey Borbón a principios del XVIII. Un ejemplo interesante al respecto es el contenido del Nicandro, un panfleto político a través del que los partidarios del Conde Duque pretendían defender sus posiciones frente a las acusaciones de la Corona: 'Su majestad', decía el Nicandro, 'era bien consciente de lo que a sus antepasados les habían costado los fueros del

además, las reivindicaciones nacionalistas de estas dos comunidades aparecen favorecidas por las pautas del proceso de industrialización española, que se desarrolla principalmente en estas dos regiones en vez de a nivel central. Como consecuencia, los intentos repetidos por parte de los Borbones de centralizar y unificar las instituciones del Estado se traducen en episodios recurrentes de confrontación abierta entre el gobierno central y las comunidades nacionalistas. De hecho, y desde principios del siglo XVII, tanto la monarquía como los gobiernos conservadores a nivel central tienden a reprimir las demandas políticas y las identidades nacionales en las regiones periféricas, tendencia que alcanza sus máximos históricos durante la dictadura franquista.

Las relaciones conflictivas entre el centro y las regiones periféricas que caracterizan al proceso de construcción de un Estado centralizado e institucionalmente homogéneo en España, ayudan a

Principado. ¿No había hablado Isabel la Católica de que había que conquistar Cataluña?...Era una equivocación, seguía diciendo el Nicandro, creer que, en un trance tan peligroso como aquél, pudiera conservarse la Monarquía, *'estando compuesta de tan desproporcionadas partes, sin unión ni conformidad entre sí'* La única esperanza estaba en reducirlas a *'unión de leyes, costumbres y formas de gobierno'* (Elliott, 1990: 635). Ver también, por ejemplo, Para Olivares, *'esa gente de allí era sin duda dura y terrible, porque el gobierno dista tan poco de república que no sé si dista algo'*...Al mismo tiempo, Olivares consideraba esencial que la autoridad de su señor fuera apoyada siempre, y en la medida de lo posible, se viera acrecentada *en unas provincias en donde era débil desde tiempo inmemorial*...¿Pero como se había de apoyar la autoridad real en una provincia como Cataluña, que era casi tan republicana en su forma de gobierno que no había más que un virrey y un puñado de oficiales que simbolizaran la presencia y el poder de la Corona?...Los poderes del virrey...se hallaban férreamente restringidos por las constituciones que había jurado guardar. Todos los ministros, salvo el propio virrey, tenían que ser naturales de Cataluña, y su número, limitado así mismo por ley, era escaso...Las leyes podían cambiarse solamente previa aprobación de las cortes [catalanas]... (Elliott, 1990: 438 y 577; el énfasis es mío). En este sentido, los intentos repetidos del Conde Duque de reducir la autonomía institucional de Cataluña, y también del País Vasco, Aragón y Valencia durante la primera mitad del siglo XVII dieron lugar a revueltas sucesivas en estas cuatro regiones, y también, en menor medida, en Andalucía, y se saldaron finalmente con un completo fracaso que precipitó la destitución del Conde Duque (Elliott, 1990: capítulo 9).

entender⁴, a su vez, la consolidación, en el periodo contemporáneo, de dos tipos de tradiciones culturales en España: una de ellas defensora del centralismo, y opuesta a las actitudes beligerantes y separatistas de las regiones nacionalistas; la otra, defensora de la legitimidad democrática de estas reivindicaciones de autogobierno, partidaria de la devolución regional de poderes, y opuesta a las tradicionales posiciones centralistas de las autoridades políticas centrales (Pérez Díaz, 1987). De hecho, la confrontación de estas dos tradiciones culturales, bajo la forma de amplias minorías intensas que apoyan cada una de estas posturas, se convierte en especialmente conflictiva durante la Segunda República, contribuyendo de un modo decisivo a la explosión de la Guerra Civil (Várela, 1976 y 1978).

Otro hecho peculiar de la historia española que resulta importante destacar es la asociación de la descentralización con la ideología liberal durante el siglo XX, e incluso, desde finales de este siglo, con el anarquismo de izquierdas⁵. Los poderes administrativos municipales en este ámbito, establecidos por primera vez en la Constitución de 1812, son a partir de entonces suprimidos por los gobiernos conservadores y reinstaurados por los liberales. La

⁴ A mi parecer no puede defenderse, sin embargo, que la integración tardía de los diferentes territorios bajo un mismo marco institucional en España tenga un peso determinante sobre la formación de los nacionalismos periféricos en España, puesto que países como Italia o Alemania son ejemplos más extremos en este sentido. Sin embargo, la dinámica política concreta a través de la que se produce la integración en España, plagada de tensiones continuas, y en especial, la asociación desde finales del siglo XIX entre regímenes democráticos y descentralización política, o viceversa, sí que podría tener, en mi opinión, un peso causal. Pero esta cuestión constituye más bien un tema a desarrollar por la investigación histórica sobre la génesis del nacionalismo. En cualquier caso, las páginas que se dedican a la historia política e institucional en materia de sanidad y autonomías no pretenden, en ningún modo, establecer una explicación basada en el determinismo histórico, sino tan sólo ayudar a situar en el tiempo los casos de estudio concretos.

⁵ No hay que olvidar, sin embargo, que el resurgimiento de los nacionalismos catalán y vasco durante la segunda mitad del siglo XIX aparece vinculado a ideologías claramente conservadoras. Tampoco hay que olvidar, por supuesto, que la ideología liberal y progresista decimonónica defiende generalmente la homogeneidad institucional del Estado, lo que no resulta incompatible, en cualquier caso, con su defensa paralela de la autonomía política local.

descentralización local se convierte así en un tema político de gran valor simbólico⁶, y al contrario de lo que ocurre en otros países, adquiere tintes democráticos y progresistas (González Casanova, 1979: 117). La confluencia entre la ideología liberal y el primer anarquismo moderado durante el último cuarto de este siglo explica en mucha medida la instauración del I República española, de corte claramente federalista, y durante la cual las reivindicaciones de autogobierno a nivel regional y local adquieren una intensidad sin precedentes.

Durante el siglo XX esta asociación conflictiva persiste y se hace incluso más fuerte a medida que avanza el siglo, aunque el énfasis se desplaza al nivel regional de gobierno. De hecho, durante la II República española (1931-1936), una de las medidas políticas más problemáticas para su estabilidad es la descentralización de importantes competencias políticas y administrativas a Cataluña. Sólo la Guerra Civil impide, además, que la descentralización afecte también al País Vasco (incluida Navarra) y a Galicia, regiones que cumplen los requisitos para obtener un gobierno autónomo previstos en el marco constitucional republicano. La represión de las aspiraciones nacionalistas de estas tres regiones, y la vuelta a un fuerte centralismo durante el franquismo tiene como efecto reforzar la asociación entre descentralización y democracia, que se hará evidente durante la transición democrática en los años setenta⁷.

⁶ Ver Martín Retortillo y Argullol (1973), citados por Muñoz Machado (1975: 51).

⁷ En este sentido, ver, por ejemplo, Aguilar (1996: 256): Finalmente, es obvio que el franquismo había alentado con su política represiva no sólo los sentimientos nacionalistas fundamentalmente del País Vasco y Cataluña, sino también la conciencia regionalista en muchas otras zonas de España. Además, *por todo ello, la lucha por el reconocimiento de las peculiaridades culturales de las distintas regiones estaba indisolublemente ligada, en la mente de muchos españoles, a la lucha por la democracia* (el énfasis es mío). Ver también, en el mismo sentido, la afirmación de Fusi (1996: 445): En 1975, democracia aparecía de nuevo, al igual que en 1931, como sinónimo de autonomía para las regiones, como reflejaban declaraciones, manifiestos y programas de la práctica totalidad de los numerosos partidos, grupos y grupúsculos políticos que emergieron en la vida política a partir de la muerte de Franco, el 20 de noviembre de 1975".

En el campo sanitario, el franquismo rompe la pauta de fracaso de los intentos de reforma previos. Sin embargo, el carácter innovador de la política sanitaria franquista no se hará evidente hasta finales de los años 60⁸. Hasta entonces, los cambios introducidos en el ámbito sanitario se basan en gran medida en disposiciones administrativas y estudios preparatorios realizados durante la II República. Dos leyes sanitarias importantes se aprueban a principios de los años cuarenta. La primera de ellas es la Ley de creación del *Seguro Obligatorio de Enfermedad* (SOE) de 1942, que establece la asistencia sanitaria gratuita para los trabajadores con medios económicos insuficientes, que suponen en torno al 25-30% de la población española (Freiré, 1993).

La ley, tal y como han desvelado investigaciones recientes (Rico, 1990), es en realidad una copia directa del Seguro de Enfermedad incluido en el Proyecto de Seguros Unificados elaborado durante la Segunda República por iniciativa del primer Ministro de Trabajo republicano, Largo Caballero⁹. Este proyecto tiene una importancia histórica capital, puesto que su objetivo principal es lanzar un paquete integrado de políticas sociales que en otros países europeos daría lugar más tarde al Estado del Bienestar, tal como emerge a raíz de la segunda guerra mundial. Además, su importancia se deriva también de la ruptura que representa con respecto a la pauta característica de las reformas sanitarias previas, puesto que incorpora las últimas innovaciones técnicas y organizativas presentes en el ámbito internacional. El desarrollo del proyecto de seguros sociales a lo largo de la Segunda República es además un proceso político muy interesante, puesto que se trata de uno de los pocos proyectos apoyados indistintamente (aunque por motivos muy diferentes) por todos los gobiernos republicanos, independientemente de su signo

⁸ Sobre la evolución de la política sanitaria durante el periodo franquista, ver la tesis doctoral inédita de Guillen (1995).

⁹ Una descripción histórica detallada del proceso de elaboración del Proyecto de Seguros Unificados durante la Segunda República puede encontrarse en Samaniego (1988). Los antecedentes históricos de este proyecto pueden consultarse en los excelentes estudios monográficos de Montero (1988) y Cuesta (1988).

político. Por último, la discusión parlamentaria del proyecto se realiza entre mayo y junio de 1936, por lo que está a punto para su aprobación definitiva en julio de 1936, cuando el golpe de Estado del general Franco interrumpe el período democrático republicano.

La segunda ley importante es la *Ley de Bases de la Sanidad* de 1944, que supone la reforma global de los servicios de salud pública y control de enfermedades infecciosas, intentada sin éxito en numerosas ocasiones desde finales del siglo XIX¹⁰. La relevancia de esta ley no radica tanto en su carácter innovador como en el hecho de otorgar sanción legislativa a una serie de medidas administrativas formuladas durante el primer cuarto del siglo XX¹¹. En el ámbito legislativo, un precedente importante, aunque parcial, de esta reforma, es la *Ley de Coordinación Sanitaria* aprobada por el gobierno de la n República en 1934 (Mansilla, 1986: 5-9).

En el campo de la asistencia sanitaria, entre los años 40 y los años 60 el sistema sanitario público tiene un papel residual, limitado a los colectivos con menores recursos. Durante este periodo, el régimen franquista supone, sin embargo, la ampliación progresiva de la población cubierta por la asistencia pública gratuita, que pasa de ser un 25% en el año 45, a un 50% en el año 65 (Freiré, 1991: 85). El sistema se basa mayoritariamente en las contribuciones de empresarios y trabajadores, y hasta finales de los años 60, la provisión de los servicios se realiza principalmente a través de conciertos con centros sanitarios públicos y privados. Entre 1962 y 1972, una serie de medidas legislativas introducen tres cambios importantes: la inclusión de la asistencia sanitaria en el recién creado sistema de Seguridad Social, un aumento importante de la cobertura pública, y la creación de una red extensa de hospitales y centros

¹⁰ Entre 1855 y 1944 se elaboran y presentan en las Cortes seis proyectos legislativos de reforma sanitaria que nunca llegan a ver la luz. Ver Muñoz Machado (1975: 44).

¹¹ Sobre el carácter poco innovador de la Ley de 1944, en cuanto conserva la estructura organizativa propia del siglo XIX, ver Muñoz Machado (1975: 45). En cuanto a la influencia de las medidas administrativas previas, las dos normativas administrativas más importantes en las que se basa la Ley de 1944 son la Instrucción General de Sanidad Pública de 1904 y el Reglamento de Sanidad Municipal y Provincial de 1925 (Mansilla, 1986: 5-6).

sanitarios propios por parte de la Seguridad Social para la prestación de la asistencia sanitaria pública.

La *Ley de Bases de la Seguridad Social* de 1963, que empieza a aplicarse en 1967, supone el cambio más importante en este campo, junto con la Ley de Hospitales de 1962. La primera, completada con una serie de medidas aprobadas por ley en 1972, supone la inclusión del seguro de enfermedad en el sistema de Seguridad Social. Esto tiene como principal consecuencia, a su vez, la supresión de la condición de pobreza como requisito para acceder al sistema sanitario público (Guillen, 1995). Como consecuencia, el porcentaje de población cubierta aumentó en más de treinta puntos porcentuales en menos de diez años, llegando al 80% en 1975 (INP, 1977: 169; Freiré, 1993: 86). La segunda implica el inicio de una fuerte inversión pública en infraestructuras sanitarias que consolida la posición de la red sanitaria de la Seguridad Social como proveedor principal de servicios sanitarios.

La evolución en este sentido es muy importante: mientras que en los años 40 sólo el 3% de la asistencia sanitaria del SOE se prestaba en centros públicos (de Miguel, 1979), en 1975, el 75% del gasto público en asistencia sanitaria se realiza en centros propios de la Seguridad Social (Memoria del INSALUD, 1978), mientras que un 85% de los médicos españoles trabajaba en la red sanitaria de la Seguridad Social (de Miguel, 1980). Como señalan varios autores, este es un rasgo peculiar del sistema español, puesto que a nivel internacional los sistemas de Seguridad Social no desarrollan su propia red de centros públicos, sino que conciertan la asistencia con centros de titularidad privada (Freiré, 1993: 69; Mansilla, 1986: 25).

Sin embargo, paradójicamente, la fuerte ampliación de la cobertura y de la red sanitaria de la Seguridad Social durante estos años se realiza sin que exista un cambio explícito de modelo sanitario a nivel político. En realidad, el régimen franquista nunca tuvo como objetivo la cobertura de toda la población por el sistema sanitario público, ni la eliminación del carácter subsidiario de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social¹². Se trata, más bien, de cambios

¹² Sobre esta cuestión, ver de Miguel (1980: 63) "El modelo franquista no

incrementalistas que evolucionan de manera fragmentaria e inconexa como resultado de las presiones de la burocracia falangista dominante en el sector sanitario (de Miguel, 1980: 62-3), de la expansión económica, y de las movilizaciones políticas de oposición al régimen franquista que tienen lugar dentro del sector sanitario y entre la sociedad española en general.

De hecho, la primera propuesta explícita de reforma política del sector sanitario público por parte de las autoridades franquistas no se realiza hasta 1975, y cuenta con la oposición de personalidades importantes del régimen¹³. La propuesta parte de la *Comisión Interministerial para la Reforma Sanitaria*, creada el 26 de diciembre de 1974 para elaborar un proyecto de reforma global del sistema sanitario público (Muñoz Machado, 1975). La Comisión entrega su informe al gobierno en noviembre de 1975 (Vila López, 1979), el mismo mes en que muere Franco y se inicia el cambio de régimen. Las recomendaciones principales del informe incluyen la unificación organizativa y la regionalización administrativa de los servicios sanitarios públicos, el refuerzo de la atención primaria y la prevención, y la inclusión de la asistencia psiquiátrica en la Seguridad Social.

Un elemento importante para explicar el intento de reforma que se inicia en 1975 es el aumento considerable desde principios de los años setenta de los movimientos de contestación por parte de sectores de oposición al régimen, liderados en el campo sanitario por grupos de médicos hospitalarios jóvenes y de izquierda. Los primeros conflictos se originan en regiones periféricas de tradición nacionalista, e incluyen reivindicaciones de autonomía política y de universalización del sector público sanitario¹⁴. Además, en 1971, se

pretendió nunca la socialización del sector sanitario, ni siquiera extender el sector público sanitario a toda la población", y Vila (1979: 217): "Se advierte en política [sanitaria] la constante evasiva [del gobierno] ante una formulación clara de los principios políticos inspiradores [de las reformas que tienen lugar durante los años 60 y 70]".

¹³ Ver, en concreto, las declaraciones del entonces Ministro de la Gobernación, Manuel Fraga, unos meses después de que el Informe de la Comisión fuera entregado al gobierno (Vila López, 1979: 217)

¹⁴ Los principales conflictos se producen a partir de 1971, y en regiones como

publican las primeras propuestas alternativas de reforma sanitaria por parte de médicos socialistas y comunistas en Barcelona y Madrid (Campos y de Miguel, 1981: 139). Las protestas y críticas que comienzan en estos años ponen de manifiesto el conflicto existente en la profesión médica entre médicos conservadores y Colegios, de un lado, opuestos al refuerzo de la intervención del Estado en el sector sanitario, y, de otro, estos nuevos grupos de médicos jóvenes, de tendencias socialistas y comunistas, que la apoyan cada vez más abiertamente (Vila López, 1979).

2. El periodo constituyente y los años de la UCD (1976-1982): Formulación del modelo de descentralización y preparación de la reforma sanitaria

2.1. Sanidad y Autonomías durante el período constituyente (1976-1978)

Entre 1976 y 1978, los años críticos de la reforma política democrática, el proceso de reforma sanitaria continúa abierto, en un contexto de implicación más amplia de partidos políticos, sindicatos, asociaciones médicas y opinión pública. Las numerosas declaraciones oficiales sobre la reforma de la Seguridad Social y de la sanidad durante estos años no llegan a hacerse realidad, aunque se realizan algunos avances importantes al respecto (de Miguel, 1980). En primer lugar, la inclusión de un amplio apartado sobre reforma sanitaria en el IV Plan de Desarrollo (publicado en 1977 y que nunca llega a aplicarse), en la misma línea de las propuestas del Informe de 1975. En segundo lugar, la publicación de dos importantes estudios preparatorios de la reforma: el *Libro Blanco*, sobre la reforma de la Seguridad Social (Ministerio de Trabajo, 1977), y el *Libro Rosa*,

Asturias, Cataluña, Valencia o Andalucía (de Miguel, 1980:62). Para un estudio detallado de estas protestas, ver de Miguel, 1979. La explicación del intento de reforma de 1975 como reacción de las autoridades franquistas ante las presiones y conflictos desatados en el sector sanitario desde 1971 está tomada de López Gandía (1980: 255) y de Miguel (1980: 62).

sobre los recursos, necesidades y opiniones de los ciudadanos sobre la reforma sanitaria (Instituto Nacional de Previsión, 1977). Por último, el Instituto de Estudios de la Seguridad Social realiza en las mismas fechas una labor de investigación y publicación de datos sobre el sistema y la reforma sanitaria muy meritoria.

Estos avances se realizan en un contexto político de aumento creciente de las reivindicaciones políticas y laborales de los grupos de oposición al régimen, que alcanzan su máxima intensidad durante estos dos años. En el sector sanitario, la conflictividad se manifiesta en primer lugar en una serie de huelgas del personal sanitario que mezclan reivindicaciones laborales y políticas. A estos conflictos se unen las reivindicaciones de sindicatos y Colegios de médicos para obtener una mayor participación en la reforma sanitaria, así como varias manifestaciones regionales pidiendo la descentralización de competencias sanitarias.

Por último, entre 1976 y 1977, una serie de médicos de izquierda elaboran las primeras propuestas de reforma que defienden abiertamente la creación de un modelo de Servicio Nacional de Salud semejante al británico, junto con la descentralización y democratización del sector público sanitario. Aparecen además en 1977 una serie de propuestas críticas procedentes de médicos progresistas integrados en la burocracia sanitaria oficial madrileña, que protagonizan también en estos años algunos movimientos puntuales de protesta contra la política sanitaria oficial (Campos y de Miguel, 1981: 137; de Miguel, 1980:62).

Los modelos sanitarios alternativos más innovadores e influyentes durante estos años proceden de médicos comunistas y socialistas de Cataluña, donde existe una importante tradición política y técnica en el campo sanitario vinculada a preocupaciones de tipo social (López Gandía, 1980: 259; de Miguel, 1980:73; Campos y de Miguel, 1981: 139). Además, la restitución en 1977 de las instituciones de gobierno de Cataluña (la Generalitat) suprimidas por el régimen franquista desde 1939 dará un impulso importante a las propuestas de reforma catalanas, que tendrán un periodo de máximo desarrollo entre 1978 y 1980 (Moragas, 1982: 202; Campos y de Miguel, 1981: 73). Dado que las primeras competencias sanitarias no se transfieren hasta finales del año 1979, el personal administrativo y los expertos

políticos catalanes disponen de más de dos años para elaborar sus programas y planes de reforma (Moragas, 1982: 202; Campos y de Miguel, 1981: 73; Coll, 1981: 307). Este hecho, junto con la importante tradición sanitaria catalana, explica también el importante papel de los políticos y expertos del PSUC (a cargo de la Consejería de Sanidad de la Generalitat entre 1977 y 1980) en el proceso de reforma sanitaria, tanto en Cataluña como en el Estado central.

En cuanto a la descentralización, la solución política diseñada durante el periodo constituyente para contrarrestar el problema nacionalista refleja claramente el conflicto existente entre las dos tradiciones culturales opuestas mencionadas más arriba. En los inicios de la transición democrática, las actitudes de los líderes políticos centrales en cuanto a las reivindicaciones de autogobierno de las regiones nacionalistas están considerablemente divididas y son, en general, ambiguas y poco claras. Esta ambigüedad se debe, en mucha medida, al temor de que una política de descentralización profunda del Estado a las Comunidades históricas pudiera activar una serie de amenazas importantes para la estabilidad del régimen democrático. Las amenazas podrían proceder, principalmente, de dos frentes: de un lado, de la tuerca oposición del ejército a cualquier solución que promoviera las reivindicaciones de autogobierno de los nacionalismos periféricos; de otro, de las posibles intenciones separatistas y hostiles de los partidos políticos nacionalistas (Pérez Díaz, 1987).

Sin embargo, y a pesar de estas reticencias, la represión violenta de las identidades nacionales y regionales durante el periodo franquista es generalmente percibida, durante estos años, como un error histórico que no debe repetirse, lo que inclina a una mayoría de los líderes políticos centrales a considerar abiertamente las reivindicaciones de autonomía de los nacionalistas como políticamente legítimas (Díaz López, 1985; Pérez Díaz, 1987; Aguilar, 1996). En este sentido, es interesante recordar aquí que las manifestaciones políticas durante la transición a la democracia, que adquieren una especial intensidad en las regiones nacionalistas, reivindican conjuntamente las libertades políticas democráticas y las demandas de autogobierno regional. Este hecho es el resultado de un amplio pacto estratégico entre los movimientos políticos nacionalistas y de

izquierda para luchar juntos contra el régimen franquista (Aguilar, 1997).

Hay que recordar también, en este contexto, que fenómenos políticos como la asociación entre democracia y descentralización, el apoyo de los partidos políticos de izquierda a las reivindicaciones de autogobierno regional, y la aceptación de estas reivindicaciones por parte de gobiernos de centro-derecha, no son hechos aislados en el contexto europeo e internacional del momento. De hecho, desde mediados de los años 60, las movilizaciones sociales de izquierda a favor de una profundización de la democracia en Francia e Italia defienden también la descentralización política al nivel regional de gobierno, mientras que otros países europeos, como Alemania, Gran Bretaña y los países escandinavos, inician amplios procesos de devolución de poderes al nivel local de gobierno. Todo ello se produce en un contexto internacional caracterizado por el triunfo de las reivindicaciones de autogobierno de los antiguos territorios coloniales, un hecho que quizá podría tener alguna conexión con las demandas europeas de autonomía política para los gobiernos subnacionales. Esta conexión podría llevarnos a afirmar, en términos del marco teórico desarrollado en el capítulo anterior, que el tercer cuarto del siglo XX se caracteriza por el predominio a nivel internacional de un paradigma político favorable a las reivindicaciones de autogobierno de las minorías intensas y largamente excluidas de los procesos de decisión democráticos.

En cuanto a la opinión pública española, y debido a la asociación mencionada entre democracia y descentralización, al inicio de la transición la mayoría de la población tiende a considerar legítimas las demandas regionales de autonomía política. Por ejemplo, en 1975, el 60% de los españoles es favorable a la concesión de mayor libertad a las regiones, mientras que sólo el 15% está en contra (De Esteban and López Guerra, 1977). Además, los debates en los medios de comunicación y la prensa entre 1976 y 1978 muestran también una defensa general de la concesión de amplios derechos de autonomía política a las regiones nacionalistas (Granja, 1981).

En términos más concretos, un factor central para entender este apoyo general a las reivindicaciones de autogobierno es la intensidad de los sentimientos nacionalistas y de las preferencias políticas en

Cataluña y el País Vasco. Esta intensidad queda claramente de manifiesto tras la explosión del nacionalismo en estas dos comunidades en tanto movimientos sociales de oposición política al régimen unos años antes de la transición a la democracia. Durante la transición, las considerables capacidades de movilización política de los partidos nacionalistas les permiten ejercer una presión política efectiva sobre los líderes políticos centrales, mientras que les conceden también una importante capacidad de persuasión política, proceso que aparece facilitado por sus actitudes generalmente moderadas y consensuales¹⁵.

Esta capacidad de movilización política de los partidos nacionalistas se deriva, además, en gran medida, de la intensidad de las preferencias por el autogobierno de sus electorados respectivos. De hecho, en 1976, cerca de un 65% de la población catalana y del 75% de la vasca manifiestan en las encuestas de opinión una disposición abierta a participar en manifestaciones y actividades políticas en defensa de la autonomía política con respecto al gobierno central (García Ferrando, 1982: 373, 445). Además, durante los primeros años de la transición a la democracia, los partidos nacionalistas de estas dos regiones lideran manifestaciones masivas en favor de la autonomía política. Por ejemplo, el 11 de septiembre de 1977 se manifiestan en Barcelona en favor de los derechos de autogobierno cerca de un millón de personas (Fusi, 1996: 446). En estas circunstancias, existe, como resultado, una aceptación general de que existen pocas posibilidades de que el régimen democrático en ciernes adquiera una legitimidad suficiente sin realizar concesiones sustantivas a favor de los grupos nacionalistas.

¹⁵ Me refiero aquí, principalmente, a los partidos nacionalistas conservadores de Cataluña y País Vasco, así como a las secciones catalana y vasca del partido socialista, y en menor medida, a los partidos nacionalistas de orientación comunista. De otro lado, la existencia de varios grupos terroristas que utilizan la violencia para defender las reivindicaciones de autogobierno es un hecho suficientemente conocido como para no entrar en detalle en esta cuestión. En cualquier caso, estos grupos radicales, como es bien conocido, tienen un carácter claramente minoritario dentro del movimiento nacionalista

Esta constelación histórica específica de determinantes explica, pues, el apoyo finalmente concedido por los líderes políticos encargados de redactar la Constitución a las reivindicaciones de autogobierno. Sin embargo, el marco constitucional sólo acepta las reivindicaciones nacionalistas más moderadas, como consecuencia del doble temor de las autoridades políticas centrales, de un lado, a las minorías nacionalistas intensas más radicales, y de otro, a las acciones desestabilizadoras potenciales del Ejército y su ámbito de opinión, opuestos, de un modo igualmente intenso, a cualquier solución que pudiera amenazar la unidad de España.

El gobierno central, liderado desde julio de 1976 por Adolfo Suárez, y a partir del año 1977 por la UCD, inicia en abril de 1978 la creación de entes preautonómicos en las Comunidades de vía lenta, en respuesta a la explosión de demandas autonómicas, y al temor a los problemas políticos que los nacionalismos vasco y catalán (y sus detractores) pudieran provocar. Este proceso se inicia pocos meses después de la restitución, en septiembre de 1977, de las instituciones históricas de autogobierno en Cataluña y País Vasco (la Generalitat y el Consejo General Vasco). Los entes preautonómicos constituyen pequeñas estructuras de gobierno y deliberación integrados por los representantes democráticos designados en las elecciones centrales de 1977, primero, y locales de 1979, más tarde. A través de esta pirueta política, cuya posibilidad para prevista además en la Constitución que se está diseñando en las mismas fechas, la UCD consigue generalizar el experimento autonómico a las regiones sin tradiciones ni reivindicaciones mayoritarias de autogobierno. La idea política en la que se basa este proceso es la de construir un modelo territorial del Estado uniforme y simétrico (opción conocida popularmente como 'café para todos'), con la que se espera tranquilizar al ejército sobre los posibles efectos sobre la unidad del Estado de la descentralización paralela a las Comunidades históricas.

Esta opción va explícitamente en contra de las demandas de las Comunidades históricas, que defienden a lo largo del periodo de estudio, es decir, hasta bien entrados los años 90, la existencia de un 'hecho diferencial' que afecta tan sólo a sus propias Comunidades, y de donde deben derivarse naturalmente los derechos de autogobierno. La maniobra del gobierno se entiende, pues, en estas Comunidades,

como una ofensa directa a sus derechos históricos, y exacerba, bajo la teoría del hecho diferencial, sus propias reivindicaciones en cuanto a amplitud de los poderes que deben transferirse. El modelo de descentralización generalizada diseñado por la UCD tampoco es aceptado por el partido socialista, que, como un sector importante de la propia UCD, defiende durante estos años que la autonomía debe limitarse, en terminología constitucional, a las 'nacionalidades históricas' (Fusi, 1996: 452).

En vista de estos desacuerdos, y de los pasos irreversibles ya dados, la redacción de un modelo territorial de Estado en la Constitución se convierte en un proceso difícil. La solución política, de compromiso, que finalmente se da a la cuestión regional, consiste en el diseño constitucional de una estructura territorial del Estado asimétrica y dual¹⁶, que concede considerables poderes políticos a las regiones con reivindicaciones de autogobierno más intensas; mientras que descentraliza un abanico menor de funciones y poderes, generalmente ejecutivos, al resto de regiones españolas, algunas de ellas de reciente creación y escasa tradición histórica. La extensión del proceso de devolución de poderes a todas las regiones españolas persigue, entre sus objetivos políticos, el de contrarrestar la fortaleza política de los nacionalistas catalanes y vascos¹⁷.

¹⁶ La asimetría se refiere a las importantes diferencias entre Comunidades Autónomas señaladas en el texto. La dualidad, de otro lado, se refiere al carácter contradictorio de la Constitución a este respecto, que por un lado diseña un modelo de Estado fuertemente descentralizado, en el que las Comunidades históricas adquieren mayores competencias que sus homólogos en algunos países federales europeos; mientras que, por otro, preserva simultáneamente poderosos instrumentos de control político y legislativo en las manos del gobierno central. Al respecto, ver, por ejemplo, Fusi (1993: 453)- La Constitución trazaba en principio - como diría Solé Tura, uno de los redactores del texto-, un modelo de Estado 'dual', que superponía esquemas centralistas (como los gobernadores civiles, por poner un sólo ejemplo) y esquemas autonomistas

¹⁷ Como ha sido repetidamente señalado, la fórmula constitucional se deriva de la opción propuesta por José Ortega y Gasset durante la Segunda República. La cita relativa al pensamiento de este autor, recuperada por primera vez por Várela (1976: 51) ha sido después reproducida en varias fuentes para explicar el origen del Estado de las Autonomías español (Granja, 1981. 88-9; Aguilar, 1996. 255). El argumento que Ortega emite durante los debates constitucionales en las

En este contexto, y en general, se puede afirmar que la estructura territorial del Estado diseñada en la Constitución es considerablemente ambigua y contradictoria, o en otras palabras, y de acuerdo a la terminología acuñada en el capítulo anterior, considerablemente 'disfuncional'¹⁸. Esto se debe principalmente a que el acuerdo sobre la necesidad de hacer concesiones a los nacionalismos periféricos no se extiende a otras cuestiones institucionales, como los criterios para conseguir el acceso a la autonomía, la amplitud de los poderes que se van a transferir a las

Cortes republicanas es el siguiente: La imagen de nuestro pueblo que el proyecto [constitucional] nos ofrece es una división en dos Españas diferentes: una, compuesta por dos o tres regiones ariscas; otra, integrada por el resto, más dócil al Poder central... Resultará, pues, a la postre...[que] nos encontraremos...con dos o tres regiones semi-Estados frente a España, a nuestra España...En cambio, si la Constitución crea desde luego la organización de España en regiones, ya no será la España una quien se encuentre frente a dos o tres regiones indóciles, sino que serán las regiones entre sí quienes se enfrenten, pudiendo de esta suerte cernirse majestuoso sobre sus diferencias el Poder nacional, estatal y único soberano. Una posición semejante es defendida, además, por el Presidente de la República, Alcalá-Zamora, durante el periodo constituyente (Várela, 1976: 20)¹⁸ La utilización que se hace de los términos 'disfuncional' y 'funcional' a lo largo de este capítulo se refiere directamente a las teorías funcionalistas descritas en el capítulo anterior, que explican la descentralización del sector público como una respuesta técnica de las autoridades políticas al creciente complejidad de la gestión de los servicios públicos. Estas teorías defienden, pues, que la descentralización es un tipo de cambio institucional 'funcional', es decir, que aumenta la eficiencia organizativa y de gestión del sector público. El argumento que se desarrolla en estas páginas se centra en la defensa de que el modelo asimétrico y dual de estructura territorial del Estado es considerablemente ineficiente ('disfuncional') desde un punto de vista organizativo y de gestión, en cuanto supone la duplicación de estructuras burocráticas, etc.. No se pretende negar, en ningún caso, que este modelo de Estado no sea 'funcional' desde un punto de vista político, en el sentido de garantizar la integración de los nacionalismos periféricos y de neutralizar las amenazas de inestabilidad del régimen democrático. Más bien al contrario, lo que se defiende a lo largo de este capítulo es que, en contraste con las hipótesis funcionalistas, las causas del proceso de descentralización español no son de naturaleza técnica y organizativa, ni responden al objetivo de aumentar la eficiencia de gestión. La descentralización responde en España, según esta perspectiva, a objetivos de naturaleza propiamente política, y no técnica, dirigidos a reforzar la legitimidad del sistema democrático.

regiones, o el grado de control jerárquico que debe permanecer en las manos del Estado central. En cuanto a estas cuestiones, las posturas enfrentadas se agrupan en dos grandes frentes: de un lado, los partidos de izquierda y los nacionalistas catalanes y vascos, partidarios en principio de la concesión de amplios derechos de autonomía principalmente a estas dos Comunidades; de otro, los partidos de centro-derecha y de derechas, generalmente partidarios de una descentralización limitada a todas las regiones que preserve un grado considerable de control jerárquico en las manos del gobierno central, en consonancia con las preferencias del ejército (González Casanova, 1979; Bonime-Blanc, 1977).

Como resultado de estos desacuerdos políticos, y de los temores señalados a una potencial involución del régimen democrático, el modelo institucional de descentralización del Estado diseñado en la Constitución de 1978 presenta varios problemas 'funcionales'. El primero de estos problemas es la indefinición que afecta a la distribución de competencias entre el Estado y las Comunidades, lo que dota, en definitiva, de un carácter considerablemente problemático al proceso de implantación de la descentralización. Estos problemas se plasman en los conflictos constitucionales frecuentes entre el gobierno central y las comunidades nacionalistas, que se acumulan en el Tribunal Constitucional, ralentizando sus actuaciones. El retraso en la resolución de estos contenciosos jurídicos, que en 1990 alcanza una media de 6 años (Vives i Pi-Sunyer, 1991: 170), supone además un retraso correlativo en la formulación de políticas públicas y en la propia aplicación del proceso de descentralización.

El segundo rasgo problemático del modelo constitucional de descentralización se refiere a la ausencia de previsiones concretas sobre plazos y otros requisitos que garanticen la ejecución ordenada y homogénea del proceso de descentralización. Estas cuestiones, de acuerdo con los Estatutos de Autonomía, dependen de una serie de comisiones mixtas bilaterales, de carácter paritario, entre el Estado y las Comunidades. Dado que la transferencia de los medios necesarios para ejercer las competencias requiere el acuerdo unánime entre los representantes del Estado y los de la Comunidad, ello supone, en la práctica, que ambas partes tienen un poder real de veto

sobre las decisiones. De hecho, como se analiza en el capítulo 5, es el gobierno central el que sale ganando generalmente de esta situación, porque las reglas de decisión mencionadas le permiten conducir el proceso de aplicación de la descentralización con un grado considerable de discrecionalidad política.

Como resultado, el proceso de devolución de los medios y recursos necesarios para ejercer las competencias sanitarias es un proceso discontinuo y desordenado. Con la excepción de Cataluña, que recibe las transferencias en 1981, y bajo el gobierno de la UCD, el proceso de transferencias al resto de Comunidades con competencias se lleva a cabo durante el periodo 1984-1994, y coincidiendo con la entrada del partido socialista en los ejecutivos autonómicos (este es el caso de Andalucía, Comunidad Valenciana, País Vasco y Navarra). Tanto Galicia como la Comunidad canaria constituyen excepciones a esta regla. En el caso de Galicia, Comunidad gobernada, salvo breves intervalos, por el Partido Popular, las transferencias se retrasan hasta el año 1991, tras casi 7 años de conflictos jurisdiccionales para conseguir las transferencias. En el caso de Canarias, el retraso es aún mayor, puesto que esta Comunidad no recibe las transferencias hasta el año 1994, es decir, casi 15 años después de iniciarse el proceso de descentralización de competencias sanitarias.

Por último, un tercer problema del modelo de descentralización sanitaria, que contribuye a enfatizar el carácter disfuncional del proceso, es la asimetría que afecta a los poderes que se transfieren a los dos grandes grupos de Comunidades mencionados. De hecho, los límites que afectan a los poderes que se transfieren a las regiones sin tradición histórica ni reivindicaciones nacionalistas señaladas generan una serie de ineficiencias importantes. En primer lugar, impiden la integración completa de las distintas redes y funciones sanitarias bajo una misma autoridad política y administrativa, lo que supone desaprovechar economías de escala y alcance, y dificultar la coordinación administrativa. En segundo lugar, los poderes limitados de las Comunidades del artículo 143 permiten el mantenimiento, e incluso el refuerzo, de las estructuras administrativas del Estado central, que está aún a cargo de la formulación y ejecución de la mayor parte de la política sanitaria en el grupo de Comunidades con

menores competencias. Este hecho da lugar a la duplicación de estructuras administrativas, puesto que constituye una excusa para que el gobierno central no disminuya su tamaño a pesar de haber transferido una parte importante de su poder de gobierno de la sanidad. Por ejemplo, en 1992, cuando casi el 60% de la población española está atendida por los servicios sanitarios de las Comunidades con competencias, que han desarrollado sus propias estructuras administrativas, el número de funcionarios que trabajan en los servicios administrativos la Administración sanitaria central (Ministerio e INS ALUD, principalmente) continúa siendo el mismo que en 1982¹⁹.

2.2. El marco constitucional: la regulación institucional formal

El marco formal diseñado en la Constitución española de 1978 se caracteriza, pues, por su indefinición. Este rasgo es compartido por muchos de los corpus legislativos aprobados durante los primeros años de la democracia. El carácter impreciso y abierto es resultado de procesos de negociación política largos y conflictivos en los que se acaba llegando a una solución de compromiso sin que ninguna de las partes renuncie a sus reivindicaciones principales. De este modo, la ambigüedad y la vaguedad se constituyen en condiciones necesarias para que el acuerdo político sea posible. En el lado de las ventajas, y desde el punto de vista de la economía contractual²⁰, hay que tener

¹⁹ Ver, a este respecto, El País (1992): "La cifra de funcionarios públicos ha crecido en medio millón entre los años 1982 y 1991. La administración central apenas reduce su plantilla, pese a las transferencias de competencias", 22 Febrero: 18. En concreto, el artículo señala que tanto en 1982 como en 1991, la cifra de funcionarios dependientes del gobierno central asignados a la administración de la sanidad se acerca a los 6000.

²⁰ El término 'economía contractual' se utiliza para designar a algunas corrientes de investigación incluidas dentro de la economía de las organizaciones. Uno de los conceptos desarrollados por esta disciplina, el de 'contratos incompletos', puede aplicarse directamente a los corpus legislativos, relativamente indefinidos, descritos en el texto. Para un análisis detallado de esta cuestión, ver

en cuenta que la ambigüedad y la indefinición reducen los costes de negociación política (denominados en esta disciplina costes de transacción), así como los problemas potenciales de inadecuación que un marco constitucional y legal demasiado rígido puede generar con respecto a la rápida evolución de las reglas y poderes informales que caracteriza a los procesos de transición a la democracia.

Esta intuición conecta con las conclusiones de algunas teorías sociológicas del lenguaje, como la etnometodología y el análisis conversacional, que defienden que la ambigüedad discursiva hace más fácil el acuerdo entre los hablantes. Sin embargo, resulta anti-intuitiva, e incluso contradictoria, desde el punto de vista de otras teorías de las instituciones y de otras teorías del lenguaje de carácter estructuralista y funcionalista, que defienden que la coherencia, la claridad y el orden son características imprescindibles para que el marco institucional, y el propio lenguaje, resulten herramientas funcionales para garantizar la comunicación y el consenso. Esta es, por ejemplo, la concepción de las instituciones mantenida por los trabajos de antropología sociológica y económica desarrollados por Mary Douglas, una de las teóricas más sólidas de la investigación sobre las instituciones.

En el lado de los problemas, y dejando de lado por el momento la teoría, aunque resulta probablemente más sencillo formular y aprobar un marco institucional ambiguo e indefinido, su desarrollo y aplicación prácticas resultan tareas mucho más problemáticas. Cómo veremos a continuación, el carácter abierto de la normativa constitucional se traduce en la posibilidad de realizar interpretaciones muy distintas, y a veces incluso contradictorias, de cada uno de sus artículos. Este hecho genera discusiones, regateos y conflictos políticos frecuentes entre el Estado y las Comunidades. Ello explica, además, la importancia política de las intervenciones del Tribunal Constitucional, entre cuyas funciones está la de resolver los conflictos de interpretación. En los casos no contemplados por la jurisprudencia constitucional hasta la fecha, la única guía posible son las

declaraciones de los grupos políticos sobre los objetivos políticos de los constituyentes.

En relación con la regulación de la sanidad, las tres cuestiones principales discutidas en el debate constitucional son las siguientes: (1) la universalización de las prestaciones y servicios de la Seguridad Social a todos los ciudadanos; (2) la potencial separación de la asistencia sanitaria del sistema de Seguridad Social; y (3) la distribución de competencias en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social entre el gobierno central y las Comunidades Autónomas.

(1) El tema de *la universalización del derecho a las prestaciones de la Seguridad Social* (entre ellas, la asistencia sanitaria), se incluye en el capítulo dedicado a los "Principios rectores de la política económica y social", y no en los dos capítulos anteriores, dedicados a los derechos civiles, políticos y sociales más importantes. Como consecuencia, el gobierno tiene libertad para determinar su contenido concreto y su extensión en cada momento histórico. Así mismo, su puesta en práctica se subordina en términos generales a la situación económica del país, mientras que su garantía constitucional es de tipo genérico e indeterminado (Borrajo, 1984: 174-5). La misma indeterminación afecta a la redacción de los artículos 41 y 43 de la Constitución, dedicados al derecho a la Seguridad Social y al derecho a la salud, respectivamente.

El artículo 41, de un lado, garantiza el derecho a la asistencia y prestaciones 'básicas' de la Seguridad Social a todos los españoles, pero tan sólo en 'situaciones de necesidad', mientras que la asistencia y prestaciones 'complementarias' se dejan a cargo del sector privado. El artículo 43, de otro, aunque reconoce 'el derecho a la protección de la salud' en términos genéricos, atribuye al sector público tan sólo la obligación de tutelar la salud pública, pero no menciona la asistencia sanitaria individual²¹. Como en el caso del artículo 41, la interpretación mayoritaria por parte de los expertos es que la Constitución no garantiza efectivamente el derecho de todos los

²¹ Sobre la distinción entre salud pública y salud individual, ver notas a pie 13 y 14.

ciudadanos al establecimiento de un servicio sanitario público, universal y gratuito (Fernández Pastrana, 1986: 64; Martín Castilla, 1986: 374-392).

(2) En cuanto a la *separación de la asistencia sanitaria del sistema de Seguridad Social*, la Constitución es igualmente ambigua. El tema tiene gran importancia política, puesto que la separación permitiría la unificación de todas las prestaciones sanitarias en un Servicio Nacional de Salud autónomo y financiado con cargo a impuestos (Col!, 1985). La cuestión es de capital importancia, además, para el desarrollo de la descentralización sanitaria, como veremos en el capítulo 6.

La resolución de esta cuestión en el texto constitucional es también relativamente ambigua, y sujeta a varias correcciones a lo largo del periodo constituyente. En la redacción provisional aprobada en el Senado, la asistencia sanitaria aparecía incluida explícitamente en el artículo 41. Sin embargo, la Comisión Mixta Congreso-Senado que se encarga de la redacción definitiva del texto constitucional elimina esta mención e incluye las referencias a la protección de la salud en el artículo 43 (Borrajo: 1984: 181). Sin embargo, los expertos coinciden en que de la mera separación formal entre ambas cuestiones no se puede interpretar jurídicamente que el objetivo de los constituyentes fuera separar en la práctica la asistencia sanitaria de la Seguridad Social (Argullol, 1984: 145; Fernández Pastrana, 1986: 82-4; Martín Castilla, 1986: 455-462).

Ésta era, sin embargo, la intención de los constituyentes, según se deriva del análisis político. Según el testimonio de Manuel Núñez, Ministro de Sanidad y Seguridad Social del gobierno de UCD:

"Cuando la Comisión Mixta Congreso-Senado...corrigió la redacción del artículo 41 y suprimió la alusión a las prestaciones sanitarias, lo único que hizo aquella Comisión Mixta fue separar sistemáticamente de la Seguridad Social todo lo concerniente al derecho a la salud y a las prestaciones para satisfacerlo. Esa era la intención. ¿Qué se necesitaba tiempo? ¿Qué era dificultoso? Ya lo

1501 Descentralización y reforma sanitaria en España...

sabíamos, lo sabían todos los Grupos, y todos los Grupos concedieron un cheque de muchos años para hacer la reforma"²² Las dificultades a las que alude el ex-Miñistro centrista se refieren a uno de los condicionantes principales de la formulación de políticas en el periodo democrático: el impacto de la crisis económica, y los problemas de financiación de la Seguridad Social, agravados en un Estado con una capacidad fiscal todavía débil²³. Es probablemente este último hecho el que explica que el texto constitucional permanezca finalmente abierto en cuanto a este aspecto, es decir, que permita indistintamente tanto la integración de la sanidad en el sistema de la Seguridad Social, como su separación (Martín Castilla, 1986: 439-440 y 455-465).

(3) Por último, *la distribución de competencias sanitarias entre el gobierno central y las Comunidades Autónomas* tampoco se resuelve con claridad en el texto constitucional. El modelo territorial de Estado diseñado en la Constitución de 1978 se deriva en mucha medida, y en cuanto a sus aspectos formales, del de la Constitución de la Segunda República, aprobado en 1931²⁴. Un rasgo peculiar de

²² Este comentario lo repite Manuel Núñez dos veces en idénticos términos durante el debate parlamentario sobre la Ley General de Sanidad: la primera en el debate a la totalidad realizado en el Pleno del Congreso el 11 de junio de 1985 (Diario de Sesiones del Congreso de los Diputados, DSCD, n° 215: 9881); la segunda, de dónde procede la cita incluida en el texto, en el debate realizado en la Comisión de Política Social del Congreso el 9 de octubre de 1985 (DSCD, n°239: 10389).

²³ Resulta importante recordar aquí que la redacción del artículo 41 en el Senado incluía una afirmación clara y concluyente del derecho universal de todos los ciudadanos a las prestaciones de la Seguridad Social, incluida la asistencia sanitaria (Borrajo, 1984: 181). Este hecho sugiere la existencia de un acuerdo mayoritario al respecto entre los principales grupos políticos presentes en las Cortes Constituyentes. Si esto fuera cierto, la modificación introducida en la Comisión Mixta podría deberse también a los problemas financieros derivados de la crisis económica. Esta última explicación, de hecho, es sugerida por el mismo Borrajo (1984: 173). Sin embargo, en este segundo caso no hay evidencia clara sobre las intenciones de los miembros de la Comisión Mixta constituyente.

²⁴ La bibliografía jurídica y política sobre la regulación de la estructura territorial del Estado en la Constitución de 1978 es ingente. Algunas contribuciones señaladas a este debate son las siguientes. Sobre las semejanzas entre esta Constitución y la de 1931, ver Alzaga (1979), citado por Martín Castilla

este modelo, como veíamos más arriba, es la concesión de un status especial a algunas regiones con identidades nacionales más marcadas. Dentro de este grupo, hay que mencionar en primer lugar a las Comunidades de Cataluña, Galicia y País Vasco, que acceden a este status a través del reconocimiento implícito en la Constitución de los resultados, favorables a la autonomía, de los referendums que se llevan a cabo en estas Comunidades durante el periodo republicano²⁵.

(1986). Sobre las diferencias principales entre ambas Constituciones, ver Aguilar (1996). Sobre la regulación jurídica de las competencias del Estado y las de las Comunidades en la Constitución, ver sobre todo García de Enterría (1985), Jiménez Blanco (1985 y 1989). Sobre el proceso de elaboración y discusión de la Constitución, ver, por ejemplo, Peces-Barba (1988), Bonime-Blanc (1987) y González Casanova (1979). Sobre la distribución de las competencias sanitarias entre el Estado y las Comunidades, tanto en la Constitución como en los desarrollos legislativos y jurídicos posteriores, ver la tesis doctoral inédita de David Martín Castilla (1986).

¹⁵ El acceso a la autonomía de estas tres Comunidades está previsto en la disposición transitoria 2ª de la Constitución, que concede a estas Comunidades el derecho a acceder inmediatamente al nivel máximo de competencias. El contenido de esta disposición puede entenderse en los siguientes términos, según la opinión del jurista González Casanova (1979: 135): la disposición transitoria 2ª...afirma -de un modo claramente impreciso, mal redactado, y a mi juicio, erróneo- que los territorios con plebiscitos autonómicos en el pasado y con regímenes provisionales de autonomía 'podrán proceder inmediatamente en la forma que se prevé en el artículo 148.2 cuando así lo acordaren, por mayoría absoluta, sus órganos preautonómicos colegiados superiores, comunicándolo al gobierno'. La disposición citada es de difícil interpretación jurídica, según este jurista, debido a su redacción indefinida y ambigua. Por ello, resulta necesario interpretar la voluntad política del constituyente para entender adecuadamente su contenido: Aquí, una vez más, tan sólo la voluntad política puede iluminar la cuestión, ya que la disposición citada no sólo incurre en graves errores (y eran mayores en la redacción original), sino que expresa de modo confuso esa segura voluntad política de afrontar con urgencia la inequívoca pretensión autonomista de catalanes y vascos. Mi interpretación consiste en considerar la disposición transitoria 2ª como una excepción total al requisito formal de iniciativa autonómica [a través de referendum] en base al reconocimiento que el artículo 2º hace de un derecho -previo a la Constitución- de las nacionalidades y regiones a su autogobierno. Tal derecho se habría expresado históricamente en los plebiscitos de la II República y sus formulaciones estatutarias habrían sido abolidas o abortadas en virtud de una violación revolucionaria de la legalidad constitucional. La disposición transitoria 2ª restablece ese derecho ejercido en el

Ello les da derecho, según el marco constitucional, a acceder directamente al máximo nivel competencia!, previsto en la Constitución. Posteriormente, Andalucía accede también a este status a través de referendun, y Navarra por el reconocimiento de sus derechos históricos; mientras que Canarias y Valencia reciben los mismos derechos por delegación del gobierno central.

El resto de las regiones tienen acceso tan sólo a un nivel relativamente limitado de competencias en una primera etapa, aunque se les reconoce el derecho a acceder al máximo nivel competencial transcurrido un periodo de tiempo fijo y tras cumplir determinados requisitos legales de difícil consecución. La distinción constitucional ha dado lugar a que al primer grupo de Comunidades se les denomine 'Comunidades de vía rápida' o 'Comunidades de primer grado', y al segundo 'Comunidades de vía lenta' o 'Comunidades de segundo grado'. Otra de las terminologías al uso, de carácter más neutral, se refiere al artículo de la Constitución por el que cada subgrupo de Comunidades consigue el acceso a la autonomía: las Comunidades de vía rápida, de un lado, acceden a la autonomía a través del artículo 151 de la Constitución, mientras que las el resto de Comunidades acceden a través del artículo 143. Por ello, ambos subgrupos se denominan respectivamente en la literatura jurídica y política 'Comunidades del artículo 151' y 'Comunidades del artículo 143'. Esta última denominación es la que va a utilizarse, generalmente, a lo largo de esta investigación.

Una segunda distinción resulta necesaria para comprender el esquema constitucional de distribución territorial del poder en el campo sanitario. Los servicios sanitarios públicos en España comprenden desde los años cuarenta dos redes institucionales distintas, ambas caracterizadas por una considerable fragmentación organizativa y directiva (Morrell Ocaña, 1974: 70-3): la red que se ocupa de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, y la red encargada de la sanidad pública²⁶. La primera en importancia, tanto

pasado... (González Casanova, 1979: 135).

²⁶ En este sentido, la distinción que se establece en el texto entre estas dos redes no es de naturaleza puramente institucional (es decir, referida a dos redes organizativas coherentes y diferenciadas). De hecho, en cuanto a este aspecto,

en términos de gasto como de personal (en ambos aspectos su peso es superior al 80% del total), es la que se ocupa de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social. Esta red está desde su creación bajo la dirección del gobierno central, y su gestión está a cargo de un organismo público central con cierto grado de autonomía administrativa. A partir de 1978, este organismo, antes denominado *INP (Instituto Nacional de Previsión)*, pasa a denominarse *INSALUD (Instituto Nacional de la Salud)*.

La segunda red reúne los servicios sanitarios públicos existentes históricamente en España antes de la aparición de la Seguridad Social, en concreto (a) los servicios de salud e higiene pública, (b) los servicios de asistencia sanitaria de la beneficencia, orientados a los grupos con recursos económicos insuficientes, y (c) los centros de atención a enfermedades infecciosas y mentales. Las funciones y servicios desempeñados por esta segunda red sanitaria se conocen bajo los apelativos genéricos de 'Sanidad', 'Sanidad interior' o 'Sanidad e Higiene Pública', utilizados repetidamente en la Constitución²⁷. Como veremos en el capítulo 6, el carácter indefinido

ninguna de estas 'redes' constituye una estructura institucional unificada, sino más bien todo lo contrario. En cuanto a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, la diversidad de redes institucionales es considerable: en el lado de la provisión coexisten, por ejemplo, los centros de la Seguridad Social con los hospitales militares del Ministerio de Defensa y del Instituto Social de la Marina, y con la red de hospitales clínicos, que dependen hasta 1985 del Ministerio de Educación; en el lado del aseguramiento coexisten la propia Seguridad Social, en cuanto entidad aseguradora, con las mutualidades de funcionarios públicos (MUPACE, MUNPAL, ISFAS...). En cuanto a la red de la sanidad pública, coexisten también, como vamos a ver a continuación, servicios y redes institucionales superpuestas de muy diverso origen y funciones históricas. En concreto, y para facilitar el análisis, se dividen las competencias sanitarias en estos dos grandes grupos principalmente debido a que reflejan adecuadamente la distinción, mencionada más arriba, entre salud colectiva y salud individual. Sobre los contenidos de esta última distinción, ver la nota siguiente.

²⁷ Las diferentes estructuras administrativas incluidas en esta segunda red comparten el rasgo común de estar orientadas a la tutela de la salud colectiva. Por salud colectiva se entiende, en este contexto, tanto las condiciones sanitarias y de higiene básica que afectan a la comunidad (por ejemplo, canalización y depuración del agua, alcantarillado, productos alimentarios, servicios mortuorios, etc.), como las enfermedades infecciosas o potencialmente peligrosas para la

del término 'Sanidad' permite la potencial inclusión semántica de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social dentro de este término global si se cumplen determinados requisitos. Esta puntualización semántica, que puede parecer trivial, adquiere gran importancia en el debate político sobre la distribución de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas, y también en el debate paralelo sobre la separación de la asistencia sanitaria del sistema de la Seguridad Social.

La gestión de esta segunda red ha estado históricamente en manos de Ayuntamientos y Diputaciones provinciales, una tendencia interrumpida periódicamente por los gobiernos conservadores del siglo XIX, y también durante las dos Dictaduras de este siglo: la de Primo de Rivera en los años veinte y la del General Franco de los cuarenta a los setenta (Muñoz Machado, 1975: 51). Durante estos dos últimos periodos el control de las competencias sanitarias locales pasa a manos de instituciones gestoras creadas por la propia Administración central²⁸. A partir de 1972, el control de la gestión de

sociedad (salud mental, cuidados asistenciales básicos a la población sin recursos económicos suficientes), que aunque constituyen también problemas de salud individual, generan inconvenientes o externalidades claras para el resto de miembros de la comunidad. La distinción entre salud pública y salud individual tiene, además, un cierto correlato institucional. En palabras de Martín Castilla (1986: 415-6): Al conjunto de órganos encargados de proteger la salud pública del común de los ciudadanos se le suele denominar Sanidad Pública... Junto a los cometidos de sanidad pública, y en estrecha conexión con ellos, el Estado ha desempeñado... funciones asistenciales para garantizar el acceso de los ciudadanos a los cuidados médicos... Sin embargo, al ejercer estas competencias de carácter asistencia!, el Estado no actuaba con los mismos medios que en los casos en que la salud pública estaba implicada. Esto no es sino consecuencia de esta distinción... entre salud pública y salud individual. Una de las principales consecuencias de esta distinción es el diferente tratamiento concedido a estas dos cuestiones en la Constitución, puesto que, como veíamos más arriba, la tutela de la salud pública es una competencia irrenunciable del Estado, mientras que, en cuanto a la asistencia sanitaria, el Estado no adquiere ninguna obligación constitucional explícita.

²⁸ Aunque tanto la Instrucción de 1925 (Primo de Rivera) como la Ley de 1944 (Franco) atribuyen formalmente las competencias sanitarias (así como su financiación) a los entes locales (Fernández Pastrana, 1984: 97), en la práctica la gestión se deja a cargo de los Institutos Provinciales de Higiene, delegaciones

estos servicios se unifica y centraliza relativamente, y se atribuye, en parte, al organismo público AISNA (*Administración Institucional de la Sanidad Nacional*), y en parte a comisiones de coordinación interministeriales.

En este contexto, resulta más fácil comprender la complejidad del marco formal constitucional en lo relativo a la distribución de competencias entre el nivel regional y el nivel central de gobierno. En primer lugar, según la Constitución, y en cuanto a las competencias incluidas dentro del término genérico de 'sanidad' o 'sanidad interior', el Estado retiene (a) la fijación de las bases legislativas y (b) la Coordinación General de la Sanidad, (c) la potestad legislativa exclusiva en cuanto a asistencia farmacéutica, y (d) plenas facultades legislativas y ejecutivas en cuanto a sanidad exterior (artículo 149.1, 16º). En segundo lugar, y en relación con la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, la Constitución reserva al Estado las bases legislativas y el régimen económico²⁹ y patrimonial de la Seguridad Social, 'sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por parte de las Comunidades Autónomas' (art. 149.1.17º). Por último, en cuanto a la organización de la Administración Pública, el Estado retiene la fijación de las bases y el desarrollo legislativo sobre el régimen jurídico del sector público y sobre el régimen estatutario y funcional del personal del sector público.

administrativas locales bajo la dirección del Gobernador de la provincia, es decir, del representante territorial del Estado central (Morrell Ocaña, 1974: 75-7).

²⁹ En palabras de Martín Castilla, y con respecto a la expresión 'régimen económico de la Seguridad Social', Se ha señalado lo confuso de esta expresión, a la que no puede otorgarse un sentido legal o doctrinal preciso (1986: 499). Como el mismo Martín Castilla apunta, la competencia exclusiva del Estado en este tema parece referirse al mantenimiento del principio de caja única de la Tesorería de la Seguridad Social, con el objetivo de garantizar la redistribución personal y territorial de los ingresos y gastos de la Seguridad Social. El principio de unidad de caja, y la titularidad estatal sobre las competencias de régimen económico se relacionan, además, como vemos en el capítulo anterior, con el origen histórico peculiar de la Seguridad Social como mutualidad empresarial y obrera tutelada por el Estado. Esta cuestión ha estado sujeta a considerables controversias entre el Estado central y las Comunidades históricas, y es además una de las explicaciones principales del retraso en la transferencia de las competencias de asistencia sanitaria al País Vasco.

Los funciones que pueden asumir las Comunidades Autónomas dependen en principio del contenido de los artículos de la Constitución dedicados a este tema, así como de sus propios Estatutos de Autonomía, que han de ser aprobados primero por los parlamentos autonómicos y luego por las Cortes Generales. Las Comunidades del artículo 151 tienen, en este contexto, (a) competencias exclusivas en cuanto a sanidad e higiene; (b) competencias de desarrollo legislativo y ejecución en cuanto a (b. 1) sanidad interior³⁰, así como en cuanto a (b.2) la asistencia sanitaria y a (b.3) la gestión del régimen económico de la Seguridad Social; por último, la Constitución lea atribuye también (c) competencias ejecutivas en cuanto a productos farmacéuticos. En contraste, las Comunidades del artículo 143 tienen, según la Constitución, tan sólo competencias de desarrollo legislativo y ejecución en materia de sanidad e higiene.

Sin embargo, un hecho curioso, y poco estudiado, del reparto competencia! sanitario es el siguiente. Los Estatutos de la mayoría de las Comunidades del artículo 143 exceden las previsiones constitucionales, en cuanto incluyen entre sus competencias de desarrollo legislativo y ejecución, la 'coordinación hospitalaria en general, incluida la de la Seguridad Social'³¹. Esta cláusula es

³⁰ Aunque no existe una definición clara a este respecto, el término 'sanidad interior' se refiere a las actividades de prevención, promoción, educación y planificación sanitaria, mientras que el término 'sanidad e higiene', en contraste, puede referirse a las garantías sanitarias mínimas de higiene pública (lo que en la literatura anglosajona se define como *sanitation*).

³¹ Sobre las modalidades de inclusión de esta cláusula en los Estatutos autonómicos, y sobre sus implicaciones competenciales, ver Martín Castilla (1986: 465-471 y 515-526). Esta cláusula se incluye por primera vez en el Estatuto de Asturias, el primero de este grupo aprobado por las Cortes. La cláusula es copiada posteriormente por La Rioja, Murcia, Aragón, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Canarias, Extremadura y Baleares. Las únicas excepciones a este respecto son Madrid y Cantabria, que no contemplan competencia alguna en materia de asistencia sanitaria ni de Seguridad Social. Además, tanto La Rioja como Extremadura no adoptan en sus Estatutos la frase final 'incluida la de la Seguridad Social'. A cambio, Extremadura incluye entre sus competencias de desarrollo legislativo y ejecución las que se refieren a los 'centros sanitarios públicos', mientras que Castilla y León y Castilla-La Mancha incluyen también entre sus competencias legislativas las de 'promoción,

relativamente incoherente con respecto al texto constitucional, puesto que, de acuerdo con este último, las Comunidades del artículo 143 no tienen competencia alguna en materia de Seguridad Social. La previsión estatutaria procede probablemente de los decretos de transferencia de las funciones de sanidad e higiene a todos los entes preautonómicos emitidos por la UCD entre 1979 y 1982, anteriores a la redacción y aprobación de los Estatutos de las Comunidades del artículo 143. Los decretos de transferencia, así como otras disposiciones reglamentarias dictadas durante la transición, atribuyen a estas Comunidades competencias de desarrollo de la planificación sanitaria, de promoción y prevención de la salud, de acreditación de la creación, modificación o supresión de centros sanitarios, y de participación en las Comisiones Centrales de Saneamiento y Coordinación Hospitalaria³².

prevención y reparación de la salud'. Por último, todos los Estatutos de las Comunidades del artículo 143, con la excepción, de nuevo, de Madrid y Cantabria, prevén también la asunción futura de competencias en materia de Seguridad Social, mientras que en los Estatutos de Asturias, Baleares, Murcia y Castilla y León se prevé además la asunción de competencias ejecutivas en materia de legislación farmacéutica. La influencia de estas cláusulas en la distribución competencial consignada en la Ley General de Sanidad se discute en más detalle en el capítulo 5.

³² De hecho, una constante en la política de descentralización sanitaria de los gobiernos de la UCD es su intención de igualar progresivamente las competencias sanitarias de todas las Comunidades. Esta intención resulta ya evidente en el texto del Real Decreto 2221/1978, de 25 de agosto, por el que se establecen las normas de confección del mapa sanitario del territorio nacional. En esta pieza legislativa, el papel de las Comunidades en la política sanitaria se concibe del siguiente modo: "...las regiones sanitarias, estructuradas como núcleos autosuficientes en la gestión de los medios asistenciales y en el desarrollo de los programas sanitarios y docentes, sin necesidad de abandonar su propio marco geográfico". Además, esta medida legislativa prescribe la creación de comisiones a nivel provincial, en las que participan los representantes de los entes preautonómicos, encargadas de dos funciones principales: la ejecución del marco general de ordenación territorial en cada provincia, y la planificación de las necesidades y recursos sanitarios públicos y privados existentes. En la misma línea de equiparación de las competencias sanitarias de ambos tipos de Comunidades, hay que mencionar que las competencias del AISNA son también transferidas en fase preautonómica, entre julio de 1980 y enero de 1982, a Cataluña, País Vasco, Aragón, Asturias, Baleares, Castilla-La Mancha, Extremadura, Murcia y Valencia. Sobre estas

Para terminar este apartado, hay que mencionar también que el marco constitucional convierte a la sanidad en uno de los ámbitos de actuación en los que el gobierno central posee un mayor poder de control jerárquico y político, (a) En primer lugar, en el ejercicio de la competencia de definición de las bases, el Estado puede reservarse funciones ejecutivas, como de hecho se hace en la propia Ley General de Sanidad (Martín Castilla, 1986: 4-14, 59-60 y 482). (b) Además, la competencia de 'Coordinación General' refuerza considerablemente el poder de homogeneización de las normativas autonómicas contenido en la competencia de definición de la legislación básica³³. La Coordinación General, además, sólo se

medidas e iniciativas políticas de la UCD, ver también el capítulo 6. Sobre el modelo de descentralización de la UCD, ver los apartados posteriores de este capítulo.

³³ Los contenidos de la competencia de Coordinación General no aparecen definidos en la Constitución. Como consecuencia, es necesario recurrir a la interpretación realizada por el Tribunal Constitucional, que ni es tampoco excesivamente clara, ni permanece constante a lo largo del tiempo. En 1983, en la sentencia 32/1983, emitida en relación con la medida legislativa que luego llamaremos 'LOAPA sanitaria', el Tribunal establece que la coordinación general sanitaria debe ser entendida como fijación de medios y sistemas de relación que hagan posible la información recíproca, la homogeneidad técnica en determinados aspectos y la acción conjunta de las autoridades estatales y comunitarias. Según Muñoz Machado (1982, vol.I: 564), esta definición no supone una ampliación sustantiva de la competencia de fijación de las bases. Sin embargo, de acuerdo con la interpretación de David Martín Castilla (1986: 163): Tanto en el caso de la sanidad, como en el de la economía, parece que se quiere subrayar, en el texto constitucional, la idea de un sistema unitario integrado por una pluralidad de subsistemas. Esto exige el aseguramiento de unos elementos estructurales comunes. Mediante la coordinación asociada a las bases, se eleva a la categoría de núcleo aquel círculo de encuadramiento [se refiere a las bases] que servía para interconectar los ordenamientos separados. Además, y tal como señala Vives i Pi-Sunyer (1991: 171), desde mediados de los años 80 el Tribunal Constitucional tiende a definir continuamente la competencia de coordinación general en términos más amplios que los señalados en 1983. Según este autor, es fácil deducir el carácter desmesurado que puede tener la coordinación...En la mencionada Sentencia 45/1991 del Tribunal Constitucional, que reconoce la amplísima concepción de la competencia de coordinación estatal, se utiliza como único límite a la misma el vaciamiento de las competencias autonómicas...A mi juicio, el no vaciamiento es un criterio de delimitación competencial muy

atribuye al Estado central en la Constitución para las materias de planificación económica, investigación y sanidad (Martín Castilla, 1986: 162-3). (c) Por último, los Estatutos de las Comunidades del artículo 151 atribuyen a las autoridades sanitarias centrales la competencia de 'Alta Inspección' (Martín Castilla, 1986: 486), posiblemente como resultado de las presiones del gobierno central. Esta competencia, que sólo se reconoce al Estado central en las materias de enseñanza, trabajo y sanidad, concede un poder formal de supervisión y control importante sobre la actividad legislativa de las Comunidades³⁴.

2.3. Los años de la UCD (1979-1982). El inicio de la descentralización y el intento fallido de reforma sanitaria

Durante la primera legislatura democrática (abril 1979-octubre 1982), y bajo el gobierno en minoría de la UCD, se realizan avances importantes en los procesos de descentralización y reforma. El proceso de devolución de poderes a las Comunidades de vía rápida comienza en 1979, y desde su propio inicio adquiere un carácter problemático. El desarrollo legislativo y la aplicación del complicado modelo de estructura territorial del Estado consignado en la

escasamente operativo.

³⁴ La Alta Inspección concede un poder de supervisión al Estado con el objetivo de garantizar una interpretación unitaria de la legalidad, pero no permite al Estado imponer la uniformidad en la ejecución de la ley (Martín Castilla, 1986: 69). Sin embargo, si no funcionan los instrumentos propios de la Alta Inspección (comunicaciones orientadoras y requerimientos jurídicos a las Comunidades), el Estado central dispone de un poder de control importante sobre las Comunidades, aunque sólo en casos excepcionales. En concreto, el artículo 153 de la Constitución permite a las instituciones centrales tomar medidas de corrección en el caso de que la legislación emitida por las Comunidades no se ajuste adecuadamente a la legislación básica, y en los supuestos de incumplimiento de obligaciones propias de las Comunidades y de actuaciones que atenten gravemente contra el interés general (Martín Castilla, 1986: 72). En estos casos, el gobierno central, previa autorización del Senado, puede dar instrucciones vinculantes a las Comunidades (cuyo incumplimiento constituye delito), y también proceder a la ejecución directa de las materias de que se trate.

Constitución comienza a percibirse desde una época temprana pronto como una tarea política y técnica con una complejidad sin precedentes. La negociación con las Comunidades históricas aparece afectada por serios problemas políticos, que se derivan en parte de la falta de una convicción autonomista firme por parte del gobierno de la UCD, y de sus temores a la reacción militar que la autonomía política de las Comunidades históricas podría provocar; y en parte, de otro lado, de las demandas, considerablemente exigentes, de estas Comunidades. Estos problemas se complican aún más debido a la abstención del Partido Nacionalista Vasco en la votación parlamentaria sobre la Constitución, a los atentados de ETA y otras bandas terroristas, y al peligro inminente de un levantamiento militar contra el gobierno democrático.

En cuanto a los problemas técnicos, la devolución de poderes pronto demuestra ser una de las labores de ingeniería política más complicadas de la transición. El diseño de un sistema de asignación territorial de los fondos del Estado, la regulación y puesta en práctica de 17 parlamentos, gobiernos y administraciones autonómicas, los procesos de reclutamiento y transferencia de funcionarios, la estimación de los medios, recursos y servicios que van a ser traspasados, etc., son procesos que requieren unos recursos de información, financiación, capacidad profesional, esfuerzo y tiempo que superan con mucho los disponibles durante el periodo de transición.

Además, el inicio de las transferencias, y la propia naturaleza asimétrica de la distribución de poderes consignada en la Constitución, desencadenan un proceso de aumento creciente de las reivindicaciones del movimiento regionalista, que resulta especialmente sorprendente en tanto se extiende también a las Comunidades definidas en la Constitución como de vía lenta (Fusi, 1996: 447-9, 451-2). Además, las elecciones generales de 1979 ponen de manifiesto un aumento considerable del peso electoral de los partidos nacionalistas creados en las Comunidades con mayor tradición histórica. Los problemas globales que afectan al desarrollo del proceso de descentralización, así como el propio crecimiento electoral de los partidos nacionalistas, promueven las sospechas del Ejército con respecto a la amenaza potencial para la unidad del

Estado que la devolución de poderes podría representar. De hecho, estos recelos hacia el proceso autonómico ayudan a explicar el intento de golpe de Estado de febrero de 1981.

De otro lado, y en estrecha conexión con la amenaza de un golpe militar, desde finales de 1979 el gobierno de la UCD comienza a diseñar una estrategia política que ha sido denominada como "frenazo autonómico" (Fusi, 1996: 458), y que consiste principalmente en intentar reconducir el proceso autonómico de manera que todas las Comunidades Autónomas, menos el País Vasco y Cataluña, accedan a la autonomía por la vía del artículo 143. La fórmula de 'café para todos' adquiere entonces, con claridad, su matiz concreto de igualación a la baja de las competencias autonómicas, al menos en una primera fase. La idea es reforzar así el control del gobierno central sobre el proceso autonómico, como primer paso; retrasar el proceso de transferencias, como siguiente paso; y, a medio y largo plazo, una vez aprobada la legislación básica, y creados los órganos principales de control central, promover el acceso de todas las Comunidades al máximo de competencias previsto en la Constitución (Fusi, 1996: 461).

En diciembre de este mismo año el PSOE ofrece al gobierno la posibilidad de un pacto entre ambos partidos orientado a mantener las diferencias competenciales entre Cataluña y el País Vasco, de un lado, y el resto de Comunidades, de otro. A pesar de que algunos altos cargos del gobierno (por ejemplo, el Ministro para las regiones Clavero Arévalo) son favorables a la opción defendida por el PSOE, la UCD rechaza el pacto. El PSOE responde haciendo campaña política en Andalucía a favor del sí en el referendun requerido para que esta Comunidad pueda acceder a la autonomía por la vía rápida, mientras que la UCD pide la abstención. De este modo, la rápida movilización de la oposición de izquierdas hace que el gobierno central no pueda impedir que los entes preautonómicos de Andalucía, primero, y Valencia y Canarias algo después, inicien el proceso de consulta popular necesario para acceder a la autonomía por la vía del artículo 151.

Como resultado principal de los desacuerdos sobre la cuestión autonómica, el PSOE presenta una moción de censura contra el gobierno en mayo de 1980. En agosto de este mismo año, la

oposición socialista ofrece además a la UCD la posibilidad de un gobierno de coalición entre ambos partidos, para reforzar la legitimidad y el control del Estado central, y tratar de neutralizar así una posible oposición militar al desarrollo del Estado autonómico. Los centristas, ante la renuncia de Suárez a aceptar la oferta del PSOE, responden presentando una cuestión de confianza en el parlamento en septiembre de 1980, que se aprueba con el apoyo de los nacionalistas catalanes; y a la que le siguen unos meses más tarde la remodelación del gobierno, la dimisión de Suárez, y su sustitución por Calvo Sotelo. Las relaciones entre el PSOE y la UCD se suavizan considerablemente a partir de este momento, lo que explica los acuerdos posteriores entre ambos partidos en materia autonómica (los pactos autonómicos de 1981) y en política económica y social (el Acuerdo Nacional sobre el Empleo del mismo año).

Aunque no podemos entrar aquí en los detalles de este proceso, finalmente Andalucía, por referéndum, y Navarra, como fruto del reconocimiento de sus derechos forales históricos, consiguen acceder al umbral máximo de competencias. En Valencia y Canarias, de otro lado, y como resultado del pacto entre el gobierno de la UCD y la oposición socialista (con un peso electoral importante en estas dos regiones), se paralizan los procesos emprendidos de consulta popular, por miedo a que su ejemplo se extienda a otras regiones, mientras que, en contrapartida, los derechos máximos de autonomía les son concedidos por el gobierno central a través de ley orgánica (otra opción prevista en la Constitución).

Un elemento importante de la política de 'rebajas' autonómicas diseñada por la UCD, en respuesta a la intensificación de las demandas de autogobierno, son los pactos autonómicos de julio de 1981, que se producen como resultado de las presiones del partido socialista. Estos pactos constituyen una plataforma política desde la que el gobierno y la oposición socialista negocian y aprueban una de las piezas legislativas más importantes para el diseño del marco institucional de la descentralización del Estado³⁵. El modelo político

³⁵ Sobre las razones por las que el PCE y AP deciden no firmar los pactos, así como sobre el proceso de gestación y negociación de la LOAPA, ver Martín Villa (1985: 188-196)

reflejado en la Ley Orgánica de Armonización del Proceso Autonómico (LOAPA) comienza a elaborarse a finales de 1980, tras la entrada de Martín Villa en el Ministerio de Administración Territorial, por lo que no puede entenderse como una respuesta al golpe de Estado de 1981. Este modelo consiste principalmente en el refuerzo del control jerárquico del gobierno central sobre las Comunidades Autónomas. Finalmente, la ley es aprobada por el Parlamento en julio de 1982, después de un complicado proceso de negociación y movilización política en contra de la ley.

La movilización política contra la ley es liderada por los grupos nacionalistas, que interpretan este paso del gobierno y la oposición como una reproducción de la tendencia histórica del Estado central de reprimir los derechos políticos de las Comunidades. Como consecuencia, los partidos nacionalistas catalán y vasco convocan manifestaciones masivas en Barcelona y Bilbao, que son seguidas también en otras ciudades españolas. De hecho, entre 1981 y 1982 tienen lugar un total de 48 manifestaciones en apoyo de la autonomía política de las Comunidades (Aguilar, 1997). Además, los gobiernos autónomos vasco y catalán recurren la ley ante el Tribunal Constitucional, por considerar que viola lo establecido en sus Estatutos de Autonomía.

El Tribunal, en una sentencia salomónica, declara la inconstitucionalidad de una parte del texto de la LOAPA, decisión que supone un triunfo parcial de los partidos nacionalistas³⁶. Las

³⁶ De hecho, el éxito de los partidos nacionalistas vasco y catalán en el bloqueo parcial de la LOAPA tiene el efecto de reforzar su liderazgo político en sus Comunidades respectivas. Por ejemplo, el porcentaje del voto catalán obtenido por CiU pasa del 27,7% en las autonómicas de marzo de 1980 al 46,6% en las elecciones autonómicas de 1984, mientras que el PNV, que obtiene un 38,1% de los votos en las autonómicas de 1980, eleva su porcentaje de voto al 41,8 % en las elecciones autonómicas de 1984 (EL PAÍS: Anuario 1984). El aumento de peso de CiU en Cataluña se corresponde además con una caída electoral importante del partido socialista en las elecciones autonómicas, debido al apoyo final, a pesar de las discrepancias internas, del PSOE a la LOAPA. El apoyo de los socialistas a la LOAPA genera una crisis interna importante dentro del partido, que afecta principalmente a la federación catalana PSC. Los líderes socialistas que proceden de esta federación están divididos con respecto a la LOAPA, y al aumento del

objeciones del Tribunal, sin embargo, son más bien de carácter formal (se refieren al instrumento legislativo utilizado, una ley orgánica de armonización³⁷), que sustantivo, puesto que no se cuestiona el objetivo político de refuerzo del control central sobre la autonomía política de las Comunidades, ni en general los medios operativos diseñados para llevarlo a la práctica. En palabras de Muñoz Machado (1983; citado por Martín Castilla, 1986: 31-2):

"Por otra parte, se ha compensado con creces al vencido. El Estado legislador no puede tener muchas quejas porque la verdad es que la sentencia ha declarado inconstitucional el Título I de la LOAPA, pero ha dejado a cambio una abundante jurisprudencia (que cuando se pactó el texto de la LOAPA -julio de 1981- no existía) que contiene la misma doctrina, aunque más flexible y matizada, lo que dará al poder central una mayor capacidad normativa".

Para terminar, la primera etapa del proceso autonómico se cierra con la aprobación de los Estatutos de Autonomía de las Comunidades Autónomas, y la posterior convocatoria de elecciones autonómicas. En Cataluña y País Vasco, estos hechos tienen lugar entre el otoño de 1979 y la primavera de 1980. A continuación se resuelve el caso

control central que ésta supone; mientras que la mayoría del PSC está en contra, algunos de sus representantes más emblemáticos, como el propio Ministro de Sanidad socialista Ernest Lluch, son favorables a la LOAPA. La evolución de la posición socialista sobre el tema autonómico se examina en el capítulo 5.

³⁷ Las leyes de armonización, previstas en la Constitución de 1931 y en la Ley Fundamental de Bonn, constituyen un mecanismo de intervención del Estado central que permite a éste ejercer una supremacía legislativa sobre las disposiciones normativas previas de las Comunidades. Su regulación en el artículo 150.3 de la Constitución española de 1978 incluye el requisito de que sean aprobadas por mayoría absoluta en el Congreso y el Senado. El carácter orgánico de esta ley la sitúa en un plano de igualdad jurídica con respecto a los Estatutos de Autonomía, lo que puede permitir una cierta reinterpretación central de los contenidos de los Estatutos. La sentencia del Tribunal Constitucional 76/1983, de 5 de agosto, sobre la LOAPA afirma explícitamente que el uso de las leyes de armonización debe restringirse a situaciones de carácter extraordinario. Además, el Tribunal considera que la LOAPA no puede tener el carácter de ley orgánica, por lo que su interpretación tiene que estar subordinada a los Estatutos (Martín Castilla, 1986: 31-2).

gallego, Comunidad que celebra las primeras elecciones autonómicas a finales de 1981. El 30 de diciembre de este mismo año se aprueban los Estatutos de Andalucía, Asturias y Cantabria, y durante la primera mitad del año 1982 los de la Rioja, Murcia, Comunidad Valenciana, Aragón, Castilla-La Mancha, Navarra y Canarias. En febrero de 1983, ya bajo el gobierno del partido socialista, se aprobarán los Estatutos de Extremadura, Baleares, Madrid y Castilla-León. Durante este mismo año, se convocan elecciones autonómicas en todas las Comunidades del artículo 143, con lo que quedan constituidos 17 gobiernos y parlamentos autonómicos.

De otro lado, y con respecto a la regulación de los servicios sanitarios, el proceso de reforma sanitaria abierto en 1975 se enfrenta también a problemas importantes que bloquean su plasmación legislativa. Durante el primer gobierno democrático tras la aprobación de la Constitución se realizan dos intentos de sacar adelante la reforma sanitaria. El primer intento frustrado de reforma se inicia en octubre de 1978, como respuesta a las presiones sucesivas de los representantes comunistas y socialistas en el Parlamento³⁸. En concreto, los motivos de la iniciativa pionera de los comunistas son los siguientes. En palabras de Núñez González, diputado comunista que firma la primera proposición no de ley instando al gobierno a que lance la reforma sanitaria:

³⁸ Sobre las presiones socialistas y comunistas ver *Boletín Oficial de las Cortes Generales. Congreso de los Diputados (BOCG)*, n° 169, 179 y 180; *Diario de Sesiones del Congreso de los Diputados (DSCD)*, n° 11: 481-497, 24 mayo 1979. Sobre el intento frustrado de reforma, ver BOCG, serie G, n° 3-1, 17 octubre 1978 y 1 marzo 1980; y especialmente, DSCD n° 86 y 87, 6 y 7 mayo 1980. En concreto, sobre como la resolución de reforma sanitaria diseñada por la UCD se produce en respuesta a las presiones comunistas, luego secundadas por los socialistas, ver las declaraciones del Ministro Rovira en la presentación de la Resolución en el Congreso, que tiene lugar el 6 de mayo de 1980: En el mes de mayo [del año] pasado, con motivo de una interpelación del grupo comunista, me comprometí a presentar al Congreso antes del 31 de julio un documento que contuviera las líneas generales de la reforma sanitaria...Si recuerdan el pleno de mayo de 1979 tendrán presente perfectamente estos deseos nuestros (DSCD, n° 86: 610, 6 mayo 1980)

"Hace ya más de un año y medio, concretamente el 9 de octubre de 1978, nuestro Grupo Parlamentario [PCE-PSUC] presentaba una proposición no de ley con el objetivo de realizar un debate en el pleno del Congreso sobre los principios que debían inspirar la reforma sanitaria. Y lo hacíamos porque juzgábamos este debate inaplazable ante la política de hechos consumados que seguía el Gobierno, que, a espaldas del Parlamento, y a través del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, abordaba por su cuenta la reforma pendiente por medio de órdenes, decretos, decretos-leyes que claramente condicionaban sus objetivos" (DSCD, n° 86: 5745, 6 mayo 1980)

En respuesta a estas presiones, el gobierno abre un proceso de estudio y consultas (que incluye reuniones con los expertos de la Organización Mundial de la Salud), y elabora, como resultado, un informe conocido como "Documento Segovia Arana" (DSDC, n°83: 5713). Este documento ingresa en la subcomisión de sanidad del Congreso en junio de 1979. La discusión del informe en la subcomisión da lugar un año después a la presentación por el gobierno de un documento no vinculante, la *Resolución para la Reforma Sanitaria*, que se discute en el Congreso durante los días 6 y 7 de mayo de 1980³⁹. La Resolución contiene los objetivos generales de la reforma en proyecto, y establece un límite de ocho años para formular la ley, justificando el retraso por los problemas financieros que afectan al sistema de Seguridad Social⁴⁰.

³⁹ El texto de la Resolución se publicó en el BOCG, n°3-II: 691-700; y en la *Revista Española de Seguridad Social*, n°10, abril-junio 1981: 237-246.

⁴⁰ El impacto de la crisis económica y los cambios socioeconómicos paralelos tuvieron consecuencias dramáticas sobre el sistema español de Seguridad Social entre 1975 y 1982. Sobre este tema, ver, por ejemplo, las cifras aportadas por Maravall (1997b) y Guillen (1995). Entre 1975 y 1985, el gasto social global aumenta un 39,7% en términos reales, mientras que su peso pasa del 9,9% al 15,5% del PIB entre 1975 y 1980. También entre 1975 y 1982, el número de pensionistas aumenta un 31,6 % y el gasto público en pensiones crece un 29,3 % en términos reales. Las tasas de desempleo pasan del 3,1% al 16,3% , mientras que el gasto público en el seguro de desempleo se multiplica por 13 entre 1974 y 1981. En contraste, el gasto sanitario experimenta un modesto aumento del 8,3% en términos reales, principalmente porque se le concede menos prioridad política que a las prestaciones monetarias (ver las declaraciones del Ministro de

Como se pone de manifiesto en el debate parlamentario sobre la Resolución, y en palabras del Ministro de Sanidad Rovira, "Hay tres 'cuestiones en las que existe una fundamental discrepancia, a mi modo de ver, entre la posición socialista y comunista, y la mantenida por el Grupo Centrista. Se refieren a la gestión, la financiación y la participación" (DSCD, n° 86: 5709). Como se afirma más adelante el debate, además, tanto el gobierno como la oposición aceptan que estas tres cuestiones son de una importancia central, en cuanto condicionan el resto de las posiciones mantenidas en cuanto a la reforma. Con respecto a la gestión, como aclara a continuación el Ministro, la discusión de la reforma parte de dos modelos. De un lado, el modelo de Servicio Nacional de Salud, representado por Gran Bretaña, y apoyado por los grupos socialistas y comunistas, así como por los nacionalistas catalanes. Este modelo se fundamenta en la provisión y gestión públicas de los servicios sanitarios. De otro lado, el modelo de Seguridad Social, representado por Alemania y Francia, y que se basa en la provisión privada de servicios, financiada por la Seguridad Social, a través de volantes o reembolsos a los usuarios.

En este contexto, el gobierno es claramente favorable al modelo de Seguridad Social, basado principalmente en la provisión privada de los servicios públicos. Sin embargo, es consciente de que existen dos problemas importantes que desaconsejan la aplicación en España de este modelo. El primer problema es la estructura institucional heredada, y aunque no se menciona en el debate, el apego de una parte importante de la opinión pública a un sistema sanitario eminentemente público⁴¹. En palabras del Ministro: "No podemos olvidar que los centros sanitarios de la Seguridad Social constituyen el 70% de la estructura sanitaria del país, y que del 30 por ciento restante el porcentaje más alto pertenece a las Diputaciones y a los Ayuntamientos. Difícilmente podemos aplicar una estructura de

Sanidad de UCD, Manuel Núñez, en DSCD, n°246: 11102, 7 noviembre 1985).

⁴¹ Las cifras relativas a la opinión pública se discuten, por conveniencia argumental, en el próximo apartado.

medicina privada en un país donde el sector público es el predominante" (DSCD, n° 86: 5709).

El segundo problema es el paradigma dominante a nivel internacional, contrario a los objetivos de reforma de la UCD. Esta contradicción entre objetivos nacionales y opiniones internacionales se pone de manifiesto como resultado de las recomendaciones que el gobierno español recibe de los representantes alemanes y franceses en la OMS; en palabras de Rovira: "Hemos tenido oportunidad de ver, mediante contactos con los representantes oficiales de estos países [Alemania y Francia], cómo el hecho de descansar la sanidad [en estos países] justamente en esta estructura privada [de provisión de servicios públicos] constituye una limitación [según los representantes de la OMS] para todos estos tipos de planteamientos modernos de la salud" (DSCD, n° 86: 5709).

Sin embargo, la UCD se resiste a aceptar el paradigma internacional del momento, relativamente incompatible con sus presupuestos ideológicos. En otras palabras, el gobierno considera, según el Ministro, que "la solución no está en la creación de un Servicio Nacional de la Salud". En este sentido, Rovira argumenta en el Congreso, citando textualmente los artículos de dos médicos británicos de escaso renombre, que los problemas que afectan al Servicio Nacional de Salud británico son semejantes a los que afectan al sistema sanitario español: excesiva estatalización y burocratización, lo que lleva a la masificación de los servicios, el deterioro de las instalaciones, la huida de los médicos de mayor prestigio profesional y el crecimiento del porcentaje de población que contrata los servicios de los seguros privados. Además, la universalización genera compromisos de gasto inabordables, mientras que la gratuidad lleva a la subestimación y a la mala utilización de los servicios públicos (DSCD, n° 86: 5710).

En conclusión, el modelo de reforma propugnado por la UCD, que se basa principalmente en "reforzar la relación entre el médico y el paciente, hacerla más humana, liberalizarla lo más posible" (DSCD, n° 86: 5711), no resulta compatible ni con las expectativas de una parte de los ciudadanos y los grupos de oposición, ni con el paradigma de intervención pública en el sector sanitario dominante a nivel internacional. Esta incompatibilidad tiene el resultado final de

bloquear la reforma. La respuesta final de la UCD es, pues, posponer la reforma legislativa, puesto que no se dispone de un modelo claro de intervención. Tanto el contenido de la Resolución como la defensa parlamentaria de la misma reflejan los problemas de la UCD para conciliar sus preferencias políticas al respecto, que se basan en el modelo de Seguridad Social y en la ampliación progresiva de la participación del sector privado, con la estructura institucional española, y con las corrientes de opinión dominantes a nivel internacional. De nuevo, en palabras del Ministro Rovira:

"¿Cuál es el sistema que nosotros propugnamos? Nosotros propugnamos, por una parte, que corresponde al Estado la planificación sanitaria; por otra, que la ejecución debe llevarse a cabo por el Instituto Nacional de la Salud, organismo público, pero perteneciente a la Seguridad Social, que coordinará todos los centros sanitarios del país, sean del Estado, provincia o municipio, *o pertenezcan al sector privado*, mediante el correspondiente sistema de concierto. De esta manera se aprovechan todos los recursos del país; se pone a disposición de los ciudadanos a través de una oferta global que hace el Instituto Nacional de la Salud. *Mantener la Seguridad Social*, además de que es una solución realista, como es la que he indicado anteriormente, es imposible desconocer esta realidad, *supone evitar la estatalización, porque la estatalización es un paso más que se da, al que ya hemos llegado*, y sería convertir a los hospitales y centros sanitarios en oficinas del Estado y a los médicos y demás personal en funcionarios públicos. *Lejos de favorecer la solución de tan graves problemas, todavía la dificultaría más. Existen defectos, y a ellos tiende a corregirlos ya Reforma Sanitaria*, pero pensar que la solución consiste en la creación del Servicio Nacional de Salud es engañarnos." (DSCD, nº 86: 5710-1; el énfasis es mío)

Estas propuestas, que resumen la posición del gobierno en cuanto a la gestión sanitaria, se acompañan de una defensa del mantenimiento de las cotizaciones a la Seguridad Social en la financiación sanitaria, contra las posiciones socialistas y comunistas. Y, por último, de una postura contraria a las propuestas de la oposición de izquierdas de conceder derechos de participación en las decisiones sanitarias a las organizaciones y asociaciones sociales;

como se afirma explícitamente, "porque en el orden sanitario estas decisiones tienen un contenido técnico [por lo] que deben ejercerse por los profesionales, y deben sustraerse a los órganos [de participación social] que no tienen estos conocimientos" (DSCD, n° 86:5711).

La votación de la Resolución en el Congreso pone de manifiesto que las preferencias del gobierno cuentan con la oposición comunista y socialista, y en menor medida, de la minoría catalana y de otros grupos minoritarios de la cámara⁴², mientras que reciben el apoyo explícito de los partidos de derechas integrados en la Coalición Democrática, liderada por Manuel Fraga. De hecho, la Resolución se aprueba con el 53% de votos afirmativos (167 votos, sobre un total de 313 emitidos), un 44% de votos negativos (147 votos) y un 3% de abstenciones (10 votos) (DSCD, n°87: 5783)⁴³. Aunque las actas parlamentarias no incluyen mención explícita de la dirección del voto de los diferentes grupos parlamentarios, las posiciones del PCE, el PSOE, el PSC y la Coalición Democrática se anuncian explícitamente en el debate. La representante del grupo parlamentario Minoría Catalana no menciona, sin embargo, el sentido de su voto, aunque es posible deducir que este grupo se inclina por la abstención.

De hecho, los nacionalistas catalanes presentan su propia resolución, alternativa a la del gobierno, y tanto sus contenidos, como la defensa realizada de los mismos (DSCD, n° 87: 5762-6), permiten concluir que su postura se acerca más a la de la oposición de izquierdas que a la del gobierno. Hay que recordar aquí, para entender este hecho, que Convergencia Democrática de Cataluña, el

⁴² Además de los grupos comunista, socialista, socialistas catalanes, centristas y Coalición Democrática, tan sólo participan explícitamente en el debate la minoría catalana y el representante de la Unión del Pueblo Canario. La posición de minoría catalana se analiza a continuación. En cuanto a la formación canaria, su intervención final pone de manifiesto su rechazo a la postura del gobierno y su coincidencia plena con las tesis socialistas y comunistas (DSCD, n° 86: 5783-5).

⁴³ Durante el período 1979-1982, la representación parlamentaria de los distintos grupos en el Congreso, sobre un total de 350 escaños, es la siguiente: UCD, 168 escaños; PSOE, 121; PCE, 23; Coalición Democrática, 9; Convergencia Democrática de Cataluña (desde 1980 CiU), 8; PNV, 7; otros grupos, 14.

partido de mayor peso en la Minoría Catalana, se presenta a las elecciones de 1977 en coalición con el Partit Socialista-Reagrupament, y que en estas elecciones, las opciones socialistas y comunistas suman en Cataluña el 52% de los votos (de Riquer, 1996: 475-6)⁴⁴. En este contexto, la propuesta de resolución para la reforma sanitaria presentada por minoría catalana, de un modo coherente con su contenido, es votada favorablemente en el Congreso por los grupos comunista y socialista⁴⁵.

Sin embargo, tampoco hay que olvidar que durante el periodo 1979-1981 existe un pacto de apoyo mutuo entre UCD y Convergencia, por el que la UCD presta sus votos a los nacionalistas catalanes en el Parlamento de Cataluña a partir de las elecciones autonómicas de marzo de 1980, y los nacionalistas catalanes apoyan, en contrapartida, al gobierno de la UCD en las Cortes. Una de las consecuencias de este pacto, como ha señalado de Riquer (1996: 486), es la aceleración del proceso de transferencias a Cataluña,

⁴⁴ Sobre la evolución política de Convergencia Democrática de Cataluña, y de su líder, Jordi Pujol, es interesante citar el comentario de Borja de Riquer (1996: 485): Desde la fundación de Convergencia, en 1974, Jordi Pujol intentó crearse un espacio social de centro-izquierda, con afirmaciones de simpatía hacia el modelo social-demócrata sueco. Eso le llevó a forjar la candidatura del Pacte con un sector del socialismo moderado, el Partit Socialista-Reagrupament, que había fundado Josep Pallach poco antes de su muerte. El fracaso de esta coalición, y el peligro de verse encerrado entre una derecha no catalanista (UCD y AP), que reunían el 20% de los votos, y las izquierdas -más del 50%- hizo variar la estrategia de Pujol. Su evolución hacia un espacio de centro-derecha catalanista quedó clara en las elecciones generales de 1979, con la creación de la coalición con Unió Democrática: entonces se acentuó el discurso de tono nacionalista y se hizo más patente un cierto conservadurismo social. Sin embargo, el giro a la derecha no parece afectar a sus posiciones sanitarias a mediados de 1980, como se analiza a continuación.

⁴⁵ De hecho, la propuesta catalana consigue un total de 147 votos afirmativos, sobre 313 votos emitidos, y contra 163 votos negativos y 2 abstenciones. La similitud entre esta distribución del voto y la que afecta a las opciones socialista (145 a favor, 165 en contra, y 3 abstenciones) y comunista (144 a favor, 168 en contra y 1 abstención), sugiere que estos tres partidos apoyan mutuamente sus propuestas. También parecen votar en la misma dirección (negativa) en el caso de la propuesta de resolución de Coalición Democrática, que recibe 166 votos a favor y 147 en contra, sin ninguna abstención.

razón principal por la que los catalanes se deciden a apoyar al gobierno. De hecho, en la última intervención del Ministro centrista antes de pasar a votar la Resolución, la UCD renueva su compromiso al respecto, en los siguientes términos:

"De una parte, refiriéndome al grupo de la Minoría Catalana, [voy a responder a] las [enmiendas] relativas a la función de las Comunidades Autónomas. A través de su representante, la señora Diputado, se ha subrayado cuál es el interés legítimo en obtener con la máxima celeridad la transferencia de estas competencias. Me parece que he dicho en muchas ocasiones que justamente en materia sanitaria es donde es más propicio, donde debe ser más rápido, este tipo de transferencias, ya que la ejecución tiene una importancia extraordinaria en la buena prestación del servicio. No encontrará nunca en el Ministerio de Sanidad dificultad para llevar a cabo estas transferencias, ya que consideramos -y así se contiene en las resoluciones del Grupo Centrista- del mayor interés la actuación de las Comunidades Autónomas en todo lo referente a la gestión y a la financiación" (DSCD, nº 87: 5779-5780)

Sin embargo, y a pesar de estas promesas, resulta razonable pensar que Minoría Catalana se abstuviera en la votación de la Resolución, debido a sus divergencias con la UCD en el tema sanitario, y al hecho de que el gobierno cuenta con el apoyo explícito de Coalición Democrática. De hecho, el representante de este último grupo, Manuel Fraga, señala en los momentos previos a la votación que la Resolución de la UCD "coincide básicamente con las viejas ideas que hemos defendido siempre", y que, por ello, "merece un voto favorable, y nuestro grupo lo va a dar" (DSCD, nº 87: 5774). A cambio, la UCD acepta una de las enmiendas de este grupo, que se añade al epígrafe 21 de la Resolución, cuyo texto se reproduce parcialmente a continuación (en cursiva el texto de la enmienda de Coalición Democrática):

"La Reforma Sanitaria se establecerá de forma progresiva..., por lo que durante un cierto tiempo han de coexistir las antiguas estructuras de la asistencia sanitaria con las que se vayan implantando. La progresividad del cambio se inspirará en criterios de: (1) gradualidad...; (2) *Utilización previa de todos los recursos*

Formulación de la descentralización.../173

existentes, sea cual sea su titularidad, antes de realizar cualquier inversión o montaje, de tal forma que se obtenga la óptima utilización de todo el potencial sanitario existente en el Estado, impidiendo la duplicidad de instalaciones y servicios en una misma zona" (BOCG, nº 3-1.1, serie G: 604 y 605, 1 de marzo de 1980)

Tanto el texto original de este epígrafe, como la enmienda añadida por la Coalición de derechas, aluden entre líneas a la incorporación progresiva de los centros privados a la oferta de servicios sanitarios financiada por el sector público. En contraste, y para terminar, el texto alternativo de Minoría Catalana defiende, con una redacción idéntica al del grupo comunista PCE-PSUC, que el INS ALUD, "para cumplir sus funciones deberá desarrollar sus medios propios, empleando sólo de forma subsidiaria los conciertos con entidades privadas"(BOCG, serie G, nº3-I.1: 559 y 560). No hay que olvidar aquí, sin embargo, que la postura mantenida por Minoría Catalana a este respecto se refiere exclusivamente al ámbito del INS ALUD, puesto que a nivel de Cataluña defiende que es necesario que la reforma sanitaria "respete...la actuación de entidades de seguro médico libre [y de sus centros sanitarios, concertados con el sector público], de larga tradición en Cataluña y de eficacia bien probada, instituciones sin afán de lucro, que fundamentan la larga tradición del mutualismo catalán mucho antes de que existiera la Seguridad Social" (DSCD, nº 87: 5763)"*.

Para terminar, el partido socialista, por su parte, presenta aquí una diferencia de énfasis que, aunque puede parecer a primera vista menor, se convierte años más tarde en una de las principales cuestiones de conflicto entre el partido comunista y el socialista. La enmienda del partido socialista al epígrafe 4 de la Resolución de la UCD, en contraste con las mencionadas anteriormente, no contempla el desarrollo por el Estado de medios propios (es decir, la creación de nuevos centros sanitarios públicos), sino que reconoce, sin más,

⁴⁶ La diputada Rubiés Garrofe, representante de Minoría Catalana, aclara más tarde durante el curso de su breve intervención, que su posición con respecto al INSALUD es diferente, mientras que incluye textualmente el párrafo de la enmienda citada entre los tres puntos en los que resume su propuesta de resolución.

que "Para el ejercicio de sus funciones [el INSALUD] podrá emplear, con carácter subsidiario, los conciertos con entidades privadas" (BOCG, serie G, nº3-I.I: 558).

El segundo intento de lanzar la reforma sanitaria a nivel legislativo se realiza en el contexto del *Acuerdo Nacional de Empleo (ANE)* firmado en julio de 1981 por la UCD, los empresarios y los sindicatos. En 1982, durante las negociaciones para llevar a la práctica el acuerdo, se desarrollan parte de los contenidos de la Resolución anterior, y se fija un calendario para ejecutarlos, así como para iniciar el debate legislativo sobre la reforma sanitaria. Sin embargo, la reforma se bloquea de nuevo debido al efecto combinado de los problemas financieros mencionados, los desacuerdos entre la UCD y prominentes líderes socialistas (que participan en el ANE a través de la UGT), y los conflictos de competencias entre el Estado central y los Gobiernos catalán y vasco en el Tribunal Constitucional⁴⁷.

El gobierno de la UCD comienza a lanzar algunas medidas de reforma a través de decretos, como resultado del abandono de sus planes iniciales de reforma legislativa, y de la frustración posterior de los intentos de la oposición de forzar la discusión parlamentaria de una Ley de Sanidad. Tres tipos de medidas importantes se aprueban entre 1978 y 1982. En primer lugar, el Instituto Nacional de Previsión, órgano central de financiación y gestión de los programas de la Seguridad Social, se divide en diciembre de 1978 en varios institutos y entidades independientes: la Tesorería General de la Seguridad Social, encargada de la financiación y la gestión económica de las prestaciones; el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), encargado de gestionar las pensiones y de prestar apoyo a la Tesorería en sus funciones; el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), encargado de la gestión de los servicios sanitarios; el Instituto Nacional de Empleo (INEM), para la gestión de las prestaciones por desempleo; y el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO), a cargo de los servicios sociales (Guillen, 1996:

⁴⁷ Ver las declaraciones Manuel Núñez Pérez, Ministro de Sanidad de UCD entre diciembre de 1981 y julio de 1982, en DSCD, nº246 11101.

341-3). El segundo tipo de medidas que se aprueban por decreto durante este período se orientan a aumentar la cobertura pública de diversos colectivos (Freiré, 1993). Finalmente, el tercer grupo de medidas se refiere a la descentralización de competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas.

El proceso de descentralización sanitaria se inicia en septiembre de 1979 con la transferencia de competencias de Sanidad e Higiene a los gobiernos autónomos catalán y vasco. Estas mismas competencias se transfieren en diciembre de 1979 a los entes preautonómicos de Asturias, Canarias y Extremadura. A lo largo de 1980, el proceso de transferencia afecta a Valencia, Murcia, Galicia y Baleares. Por último, Andalucía y Castilla y León reciben las competencias a lo largo de 1981, mientras que Castilla-La Mancha, Aragón y Cantabria durante la primera mitad del año 1982.

Una nueva ola de transferencias que se inicia en este periodo es la que afecta a las competencias del AISNA. El proceso empieza en este caso en 1980, año en que Cataluña (en julio) y el País Vasco (septiembre) reciben este paquete competencial. A continuación, en enero de 1982, y a través de un único decreto, se transfieren las competencias del AISNA a Aragón, Asturias, Baleares, Castilla-La Mancha, Extremadura, Murcia y Valencia. Las competencias del AISNA y las de Sanidad e Higiene, en este contexto, suponen algo más del 10% del gasto sanitario público. La primera transferencia importante, la de la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social (que representa el 90% restante del gasto) se realiza en julio de 1981 a favor de Cataluña⁴⁸, mientras que la transferencia paralela al País Vasco se bloquea debido a desacuerdos sobre la autonomía financiera vasca respecto del sistema de Seguridad Social (MSC, 1989g).

Desde su inicio, la descentralización sanitaria aparece sometida a las mismas tensiones que afectan al proceso de descentralización autonómica global. De hecho, en diciembre de 1981, seis meses

⁴⁸ El acuerdo entre UCD y CiU sobre la descentralización de competencias sanitarias a Cataluña se alcanza en diciembre de 1980 (Arqués y Serra, 1989: 72) El Real Decreto 1517/1981, que inicia el proceso de descentralización, fue aprobado el 8 de julio (DGAI RAT, 1989: 176)

después de la firma de los Pactos Autonómicos entre la UCD y el PSOE, y medio año antes de aprobarse la LOAPA, el gobierno lanza un Real Decreto orientado a reforzar la autoridad del Estado central en materia sanitaria, conocido generalmente como la 'LOAPA sanitaria' o 'decreto Sancho Rof. Los gobiernos vasco y catalán, como en el caso de la LOAPA, recurren la medida ante el Tribunal Constitucional. El Real Decreto 2824/1981 sobre Coordinación y Planificación Sanitaria, en contraste con la LOAPA, cuenta además con la oposición explícita del portavoz parlamentario de sanidad del partido socialista y de otros dirigentes del PSOE⁴⁹.

⁴⁹ La evolución de la posición del partido socialista sobre el proceso autonómico se examina en el capítulo 5. Sobre la oposición, del representante socialista a la LOAPA sanitaria, ver por ejemplo, las siguientes afirmaciones del representante de CiU en el debate parlamentario sobre la Ley General de Sanidad. El diputado Gomis Martí acusa al gobierno de haber extraído varios artículos de la Ley General de Sanidad de este Real Decreto, lo cuál es cierto, como veremos a continuación. Las declaraciones de Gomis son las siguientes: La defensa de esta enmienda sobre el artículo 41, de competencias del Estado, tiene una referencia histórica. Este texto procede del Real Decreto sobre planificación y coordinación sanitaria, aprobado el 21 de diciembre de 1981, en el último Consejo de Ministros al que asistió el entonces Ministro de Sanidad señor Sancho Rof. Fue un Real Decreto aprobado 'in articulo mortis', como muy bien dijo en su día un diputado del PSUC en el Parlamento catalán, y calificado en Cataluña y Euskadi como una LOAPA sanitaria. Fue remitido al Tribunal Constitucional, el cuál lo derogó, manifestando que en todo caso aquellas materias que se asignaban al Estado podían hacerlo si así lo definía la legislación estatal. En el verano de 1982, el ilustre Diputado y compañero del Grupo Socialista señor don Ciríaco de Vicente manifestó reiteradamente en actos públicos que si los socialistas accedían al poder retirarían el Decreto (DSCD, n° 339: 10347, 9 octubre 1985). El diputado Nuñez Pérez, ex-Ministro de Sanidad de UCD, corrobora más adelante las afirmaciones de Gomis en los siguiente términos: Efectivamente, señor Gomis, el famoso Decreto de 1981 fue muy contestado por todas las fuerzas políticas que estaban en la oposición. Creo que tenían en parte razón, pero también lo contestaron los señores parlamentarios socialistas. Pienso que, efectivamente, los defectos de aquel decreto están en esta ley, y por exageración, me atrevo a añadir yo, se recogen ahora aquí (DSCD, n° 339: 10348). También el portavoz socialista Gimeno Martín da la razón a Gomis más tarde: Y claro que pudo ocurrir, y no sólo pudo ocurrir, sino que es cierto, que el Grupo Socialista, o por lo menos un cualificado miembro del Grupo Socialista, el señor Ciríaco de Vicente, en su día se pronunció contra los decretos Sancho

Los recursos de inconstitucionalidad contra la LOAPA sanitaria no se resuelven hasta mayo de 1983, lo que contribuye a explicar la paralización del proceso de reforma sanitaria durante estos años. De otro lado, la sentencia se emite casi tres meses antes que la de la LOAPA, por lo que contribuye a sentar precedentes con respecto a ésta. Como en el caso de la LOAPA, el Tribunal Constitucional declara algunos artículos inconstitucionales, mientras que considera el Decreto nulo por insuficiencia de rango. De hecho, los contenidos del Decreto extienden y detallan la naturaleza y extensión de las competencias de control del Estado central sobre las Comunidades. Ello explica la decisión del Tribunal de instar al gobierno a aprobar este tipo de medidas, dada su importancia política, por ley y no por decreto⁵⁰.

3. La primera legislatura socialista (1982-1986): El proceso de formulación de la Ley General de Sanidad

3.1. El diseño de la reforma sanitaria socialista (1982-1984)

Así pues, en mayo de 1983, unos cuantos meses después de la designación del primer Ministro de Sanidad socialista, Ernest Lluch, las sentencias del Tribunal Constitucional permiten el desbloqueo jurídico de la reforma sanitaria, mientras que refuerzan la legitimidad política de las intenciones del gobierno central de reforzar su control sobre la autonomía política de las Comunidades⁵¹. Además, la

Rof: sin duda alguna

⁵⁰ Ver los *Conflictos positivos de competencias* n° 92/1982 y n° 95/1982, promovidos por Cataluña y el País Vasco, respectivamente; y las *Sentencias del Tribunal Constitucional* n° 32/1983 (28 abril) y n° 42/1983 (20 mayo).

⁵¹ Sin embargo, la doctrina elaborada por el Tribunal Constitucional también recomienda la creación de órganos consultivos, así como una mayor consideración de las reivindicaciones autonómicas como medio para fomentar la coordinación entre las autoridades políticas centrales y autonómicas. En este sentido, es importante tener en cuenta el importante papel jugado por el Tribunal Constitucional en estos conflictos políticos, puesto que contribuyó sustantivamente a la suavización de las tensiones, y a abrir posibilidades de entendimiento futuro

necesidad de diseñar una ley básica en el campo sanitario se hace urgente debido a que en 1983 se aprueban las primeras leyes sanitarias importantes en Cataluña y País Vasco, en condiciones de discrecionalidad casi absoluta, debido a la propia ausencia de una ley básica a nivel central⁵².

De hecho, en agosto de 1981, una sentencia del Tribunal Constitucional (sobre la supuesta inconstitucionalidad de la ley catalana sobre régimen local) había puesto de manifiesto que las Comunidades pueden legislar sobre materias en las que el Estado tiene competencias para definir las bases antes de que el Estado ejercite estas competencias⁵³. Poco después, en febrero de 1984, se aprueba el segundo decreto de transferencia de los medios y recursos de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a Andalucía, reforzando la necesidad de formular con rapidez un marco legislativo básico a nivel central para coordinar la política sanitaria autonómica⁵⁴.

entre ambas partes (Terrón and Cámara, 1990; Cruz, 1990; Salas, 1988).

⁵² Ver la Ley 9/1983 (19 mayo) *sobre el Servicio Vasco de Salud* y la Ley 12/1983 (14 junio) *de Administración Institucional de la Sanidad, la Asistencia y los Servicios Sociales de Cataluña*. Aunque el País Vasco no obtuvo las competencias sanitarias hasta 1987, gracias a la autorización del Ministro de Sanidad, el gobierno vasco consigue aprobar la primera ley sanitaria autonómica, de ordenación y constitución del Servicio Vasco de Salud en 1983. Este hecho explica también el apoyo de los socialistas vascos al Partido Nacionalista Vasco en la aprobación parlamentaria de esta ley (ver las declaraciones del Ministro socialista Lluich en DSCD n°215: 9873, 11 junio 1985). Los detalles de las negociaciones sobre la ley vasca se discuten en el capítulo 6.

⁵³ Sobre la importancia de la sentencia del 8 de agosto de 1981, emitida en respuesta al Recurso de Inconstitucionalidad 40/1981, y en la que se define por primera vez el concepto material de bases, ver Martín Castilla (1986: 10-12). En cuanto a la ley catalana, se trata de la polémica iniciativa de supresión de las diputaciones provinciales en Cataluña, que se sustituyen por las tradicionales comarcas catalanas.

⁵⁴ Ver el Real Decreto 400/1984 (22 de febrero). El efecto combinado de las leyes sanitarias catalana y vasca, de la ausencia de legislación básica y de la descentralización a Andalucía en 1984 explica que el año más conflictivo del período 1980-7 en cuanto a número de recursos interpuestos en el Tribunal Constitucional sea precisamente 1984, año en que se interponen el 33% del total de recursos del período (García Vargas, 1988: 58).

Este es el contexto político concreto en el que el nuevo Ministro de Sanidad socialista presenta ante la opinión pública el anteproyecto final de la Ley General de Sanidad en diciembre de 1983, casi un año después de la elaboración del primer borrador por el Ministerio de Sanidad⁵⁵. La Ponencia⁵⁶ que redacta el anteproyecto incluye representantes vascos y catalanes, porque de acuerdo con las declaraciones del Ministro Lluich, "aunque esta Ley es responsabilidad del Congreso de los Diputados, y por tanto, competencia exclusiva del Estado, es bueno que en la Ponencia se oigan también las voces de las Comunidades Autónomas (Lluich, 1983)" (citado por Rodríguez y de Miguel, 1990:109). Estos derechos extraordinarios de representación no se conceden, sin

⁵⁵ Ver El País (1983): "El ministro Lluich expone el borrador de la Ley General de Sanidad", 28 diciembre: 19. Según las declaraciones de los socialistas durante el debate de la Ley General de Sanidad, el primer anteproyecto de la Ley data de finales del año 82, es del, se redacta en un plazo de menos de un mes después del acceso de los socialistas al gobierno (DSCD, n° 215: 9869). Además, durante la presentación de la ley en el parlamento, el Ministro Lluich menciona explícitamente los desarrollos citados del proceso autonómico como el desencadenante principal del proceso de reforma legislativa de la sanidad: Hay dos Comunidades que tienen el INSALUD transferido, y, sin embargo, no había un marco legislativo que ordenara como tenía que ser la articulación entre las Comunidades Autónomas y el Gobierno de la Nación...Todas las competencias estrictamente sanitarias han sido ya transferidas a las Comunidades, y en cuanto a la red del INSALUD, dos de ellas, que significan más del 30% de la población, ya han sido transferidas...Pero al mismo tiempo era necesario que el Estado se reservara aquellas competencias que le permitieran tener acceso a un sistema uniforme y homogéneo en toda la nación...Por otra parte, había un conjunto de normas que aplicar. Después de los Real Decretos establecidos hace ya tiempo por el anterior Gobierno, ha habido, mucho más recientemente, una sentencia del Tribunal Constitucional sobre coordinación y planificación sanitaria donde se abordaba por primera vez cuál debía ser el engarce entre Comunidades Autónomas y Gobierno central. Por tanto, era necesario suprimir los antiguos decretos, incorporando a nivel de la ley el espíritu y contenido de la sentencia del Tribunal Constitucional... (DSCD, n° 215: 9854).

⁵⁶ Por algún motivo, a la comisión ministerial que redacta los primeros anteproyectos de la Ley se le denomina en el debate público 'Ponencia'. Esta ponencia, formada en los primeros meses de 1983, no debe confundirse con las Ponencias parlamentarias que discuten y enmiendan el proyecto de ley una vez que éste ingresa en las Cortes.

embargo, a otras organizaciones sociales afectadas⁵⁷ (Rodríguez y de Miguel, 1990: 110).

La reforma se plantea cuatro cuestiones políticas principales, que habían estado presentes en el debate público desde 1975: (1) el modelo de financiación y gestión de la asistencia sanitaria, y en concreto la relación con la Seguridad Social; (2) la definición de las condiciones para obtener a acceso a la asistencia, y de las prestaciones básicas del sistema sanitario público; (3) la unificación de las múltiples redes de centros sanitarios públicos, fragmentadas y superpuestas, junto con la clarificación del papel futuro de los centros privados concertados; (4) la elaboración del modelo definitivo de descentralización sanitaria, junto con el diseño de la legislación básica y de los mecanismos de control del Estado sobre la actividad legislativa de las Comunidades.

El modelo inicial socialista de reforma sanitaria, formulado durante los años 70, reproducido en el programa electoral del PSOE a las elecciones generales de octubre de 1982, e inspirado en el modelo británico de Servicio Nacional de Salud, incluye respuestas claras y bien conocidas a estos cuatro objetivos: (1) separación orgánica de la Seguridad Social y financiación con cargo a los presupuestos del Estado; (2) acceso universal y gratuito a la totalidad de las prestaciones; (3) provisión de servicios a través de centros públicos, lo que supone en Gran Bretaña la nacionalización del sector privado sin ánimo de lucro; (4) centralización de las responsabilidades legislativas, de planificación y financiación, acompañada por una descentralización regional de la gestión. Estos son, pues, los rasgos

⁵⁷ La participación del resto de los partidos políticos en la redacción del anteproyecto es un tema controvertido. Aunque Rodríguez y de Miguel (1990: 109) afirman que sí estaban representados en la Ponencia ministerial citada, los representantes del AP, CDS, UCD y PCE en el Parlamento afirman explícitamente durante la primera discusión plenaria de la Ley General de Sanidad que el Ministerio no ha consultado en ningún momento su opinión, contra lo que ha ocurrido en el caso de los representantes catalanes y vascos. Al respecto, ver las intervenciones sucesivas de Romay (AP), Rodríguez Sahagún (CDS), Núñez (UCD) y Pérez Royo (PCE) en el Pleno del Congreso del día 11 de junio de 1985, reproducidas en DSCD, n° 215: páginas 9856, 9876, 9879 y 9889, respectivamente.

fundamentales del modelo de reforma defendido públicamente por los socialistas hasta 1985, y también por los comunistas durante todo el proceso de formulación de políticas.

El modelo laborista de *National Health Service (NHS)* cuenta además con el apoyo de instituciones internacionales como la OMS, mientras que es perfectamente compatible, en principio, con la ideología socialdemócrata del partido en el poder. Esta afirmación, sin embargo, requiere realizar una serie de salvedades. Como es bien conocido, la crisis económica de los años 70, junto con la entrada a finales de esta década de gobiernos conservadores en Gran Bretaña y Estados Unidos, suponen el inicio de un debate político sobre los 'fallos del Estado' y la 'crisis del Estado del Bienestar'. El keynesianismo en tanto fundamento de la política económica comienza a ser atacado internacionalmente como principal causante del aumento simultáneo del desempleo y la inflación, así como de los abultados déficits públicos de las economías occidentales.

En este contexto, el fracaso de la política económica keynesiana practicada por el gobierno Mitterrand en Francia durante los primeros 80 tiene una fuerte influencia a nivel internacional, así como sobre los socialistas españoles. Además, y en cuanto al Estado del Bienestar, durante la primera mitad de los años 80 comienzan a elaborarse una serie de modelos políticos alternativos, como las propuestas de Friedman en Estados Unidos sobre los cheques escolares y sanitarios, o los informes de la Comisión Griffiths en Gran Bretaña, que enfatizan la necesidad de extender el papel del sector privado en la prestación de servicios públicos. Como resultado de estos procesos de cambio de paradigma a nivel internacional, a mitad de los años 80 una buena parte de la izquierda europea comienza a plantearse la necesidad de aplicar políticas económicas neoliberales basadas en la oferta, en vez de las políticas keynesianas tradicionales, basadas en el estímulo de la demanda. Además, y en cuanto al ámbito sanitario, el modelo claro y consensuado de intervención del Estado en política social que existe desde 1945 empieza a ser cuestionado. En otras palabras, aunque el modelo de Servicio Nacional de Salud sigue teniendo un carácter ejemplar a nivel internacional, el contexto económico a corto plazo, caracterizado por una fuerte crisis económica, no parece el más

adecuado para plantearse una extensión del sector público que conlleve una expansión correlativa del gasto.

Como resultado de estos procesos de cambio de paradigma a nivel internacional, el partido socialista sufre divisiones internas con respecto al modelo de intervención pública en política social desde principios de los años 80, que examinaremos más adelante. En concreto, durante la primera legislatura socialista, aunque la postura favorable a la expansión del sector público predomina a nivel programático dentro del partido socialista, varios miembros destacados del gobierno (incluido su Presidente) son ya firmes partidarios de los instrumentos de intervención neoliberales, y en menor medida, de la provisión mixta⁵⁸ de los servicios sociales públicos.

Con respecto a la actitud de la opinión pública y de la profesión médica, la situación es la siguiente. Existen datos a este respecto desde la segunda mitad de los 70, gracias a las encuestas elaboradas y publicadas durante estos años por los gobiernos centristas como parte de los trabajos preparatorios de la reforma sanitaria. En cuanto a la financiación y al acceso a la asistencia sanitaria, las encuestas muestran que en 1975 el 96,6% de la población defiende que el Estado debe garantizar la asistencia sanitaria gratuita a toda la población (INP, 1977: 756); mientras que casi dos tercios de los médicos hospitalarios son favorables a la socialización de la medicina

⁵⁸ Las expresiones 'provisión mixta de servicios' o 'sanidad mixta' se utilizan para designar un modelo político que defiende la combinación de centros públicos y privados en la prestación de los servicios financiados por el Estado, y sujetos a su regulación. El apoyo a la provisión mixta de servicios es durante los años 70 y primeros 80 una posición claramente minoritaria dentro del PSOE. Con la excepción de algunos miembros del gobierno (como los Ministros de Sanidad y Educación) y de ciertos miembros del partido que proceden de antiguos grupos políticos con un peso pequeño dentro del PSOE (por ejemplo, la Convergencia de Partidos Socialistas), la mayoría del partido defiende la provisión pública de los servicios educativos y sanitarios. Para entender adecuadamente las razones por las cuáles algunos socialistas españoles se inclinan a favor del mantenimiento de la provisión mixta de servicios hay que recordar aquí que esta alternativa política cuenta con destacados defensores entre los partidos laboristas y socialdemócratas europeos, al menos desde la segunda mitad de los años 50.

en 1978 (González, 1979: 150). Además, también en 1978, dos tercios de la población piensan que los empresarios pagan demasiado en concepto de cotizaciones a la Seguridad Social, mientras que casi el 80% defienden que el Estado debe hacerse cargo del gasto sanitario (Servicio de Estudios Sociológicos del IESS, 1979a: 25).

De otro lado, la descentralización regional del sistema sanitario público recibe el apoyo de dos tercios de la profesión médica y de más de la mitad de la población general en las mismas fechas (Servicio de Estudios Sociológicos del E3SS, 1979b: 130). A este respecto, es importante destacar que en 1989 más del 60% de la opinión pública piensan que las pensiones deben continuar siendo gestionadas por el Estado central, lo que puede contribuir a explicar porqué las pensiones no se descentralizan durante el período socialista (REÍS, 1989: 260-2). También hay que tener en cuenta aquí que la posición tradicional de la socialdemocracia en cuanto a la descentralización del Estado del Bienestar, compartida por los socialistas españoles, consiste en mantener el control centralizado sobre la gestión de las prestaciones económicas de carácter individual (pensiones, desempleo, salario social, becas), y descentralizar la gestión de los servicios sociales (educación, sanidad, asistencia social).

Sin embargo, el tema de la provisión pública o privada es mucho más controvertido a nivel social. En particular, tanto la profesión médica como la opinión pública están a finales de los años 70 bastante divididas en cuanto a esta cuestión, aunque apoyan en general un modelo mixto de prestación de servicios. De hecho, el 70% de la profesión médica y el 40% de la opinión pública favorecen el mantenimiento del papel de los centros privados concertados (Servicio de Estudios Sociológicos del IESS, 1979: 130), mientras que casi que el 40% de los médicos y el 60% de la opinión pública piensan que la calidad de los centros privados es superior a la de los públicos (INP, 1977: 789).

Finalmente, las actitudes del resto de asociaciones y grupos de presión en cuanto al modelo socialista fueron descritos por el portavoz comunista en el Congreso de la siguiente manera (DSCD, n° 216: 9889):

"Las organizaciones sindicales, las organizaciones sociales y una gran parte de la representación política del pueblo español se han definido a favor de una reforma sanitaria que conlleve la creación de un servicio público sanitario con las características que históricamente han definido al Servicio Nacional de Salud. En contra de esta alternativa sanitaria sólo han estado la cúpula de la Organización Médica Colegial, los sectores empresariales de la medicina privada, una parte de la patronal farmacéutica y los sectores financieros interesados en la puesta en marcha de seguros complementarios de enfermedad"

En cuanto al partido socialista, la división de posturas mencionada se va concretando a lo largo de sus primeros años en el gobierno del siguiente modo. Tanto el programa electoral del PSOE a las elecciones generales de 1982, como el primer borrador de la Ley General de Sanidad elaborado por el Ministerio en 1983 defienden abiertamente el modelo de Servicio Nacional de Salud, es decir, la adopción de un sistema sanitario público, universal, gratuito, financiado con cargo a impuestos y gestionado por las Comunidades Autónomas. De hecho, en 1983 se incorpora al Ministerio un grupo de médicos hospitalarios (Elola, 1992), que incluye ex-militantes destacados del Partido Comunista⁵⁹ que defienden con intensidad el

⁵⁹ Sobre el modelo original de reforma sanitaria del Ministerio, y su coincidencia con la posición comunista de apoyo abierto a la aplicación íntegra del modelo de Servicio Nacional de Salud, ver las declaraciones del portavoz del PCE Fernando Pérez Royo durante el debate parlamentario de la Ley General de Sanidad: El texto alternativo [del Grupo Comunista]...es un texto que tiene como base *el anteproyecto que inicialmente se preparó en el Ministerio de Sanidad y Consumo, y que, entre otras cosas, fue causa de follones dentro del propio Ministerio...El primer borrador de la Ley General de Sanidad elaborado por el propio Ministerio que Ud. dirige...tenía elementos muy válidos para configurar un Servicio Nacional de la Salud (DSCD, n° 245: 9901; el énfasis es mío). Sobre la incorporación de médicos comunistas a la plantilla del Ministerio de Sanidad, ver las declaraciones de Fernández-Piñar, portavoz del PCE en el Senado, durante el debate citado: ...sí hemos estado de acuerdo socialistas y comunistas en los temas de sanidad, hasta el punto de que muchos de los que hoy hacen la política sanitaria en la Administración Socialista son ex-comunistas, o sea que es un secreto a voces (Diario de Sesiones del Senado, DSS, n° 149: 7000, 26 de febrero). Unos minutos más tarde, el diputado Luna, representante del PSOE en*

modelo de Servicio Nacional de Salud.

Como pone de manifiesto la evolución posterior de los hechos durante la primera legislatura socialista, esta postura formal no se mantiene posteriormente en la práctica política y parlamentaria. Ello parece indicar que en ésta, como en otras cuestiones, la postura del PSOE y del propio Ministerio no es unitaria ⁶⁰. Aunque un hecho indudable es que, a pesar de que algunos rasgos del modelo británico no reciben un apoyo unánime dentro del partido y del gobierno, el objetivo político más importante del mismo (acceso universal y gratuito, en condiciones de igualdad, a los servicios sanitarios financiados públicamente) es sin duda uno de los fines más emblemáticos del PSOE y más ampliamente compartido por dirigentes, militantes y votantes del partido (Maravall, 1997b). Las controversias internas afectan especialmente a un elemento concreto del modelo de Servicio Nacional de Salud: el tema de la provisión mixta o exclusivamente pública de servicios. Mientras que el Ministro Lluç es favorable a la permanencia del sector concertado y de las mutualidades sin ánimo de lucro, una parte importante de su gabinete es favorable a la expansión del sector público sanitario.

La misma división de opiniones, ya evidente en el momento en que se aprueba la LOAPA, se reproduce en cuanto al tema de la

el Senado, confirma indirectamente este hecho: Por un momento he pensado, Sr. Fernandez-Piñar, que nos iba a pasar factura a los ex-comunistas que están trabajando en la Administración socialista en el área sanitaria; afortunadamente no ha sido así (DSS, nº 149: 7001).

⁶⁰ Sobre las divergencias internas en el Ministerio y en el PSOE sobre la implantación íntegra del modelo de Servicio Nacional de Salud, ver, en primer lugar, el texto en cursiva de la cita anterior. Además, y en términos más explícitos, ver la declaración anterior de Pérez Royo durante el mismo debate: También he estudiado otros papeles, por ejemplo, los que ha elaborado la FADSP [Federación de Asociaciones en Defensa de la Sanidad Pública], que, por cierto, tienen una visión del Proyecto diametralmente opuesta a la que Uds. [los representantes parlamentarios del PSOE] han manifestado aquí. Y cuando se piensa que esta asociación está dominada por profesionales progresistas, y en una gran medida, por profesionales del PSOE, hay que decir que las cosas no están claras. Mis argumentaciones coinciden en gran medida con esta asociación que he indicado y con sectores del propio Partido Socialista... (DSCD, nº 215: 9899).

descentralización sanitaria y el control del Estado. Lluch, a pesar de su militancia inicial en el Partido Socialista Catalán, se aleja de esta federación a raíz de su negativa a tramitar las enmiendas contra la LOAPA presentadas por el PSC en el Congreso de los Diputados, debido a su posición personal de defensa del refuerzo del poder central⁶¹ (Sánchez, 1995: 202). Un grupo importante de altos cargos del Ministerio de Sanidad, y de representantes parlamentarios del PSOE, están, sin embargo, a favor de la profundización del proceso autonómico en sanidad⁶².

En octubre de 1984, además, se desvela públicamente la existencia de importantes divergencias en el Consejo de Ministros socialista sobre la capacidad del Estado de financiar la reforma⁶³. En

⁶¹ De acuerdo con Sánchez (1995: 202), además, Resultó lógico asociar esta posición de Ernest Lluch, favorable al núcleo centralista del PSOE, con su nombramiento como Ministro pocos meses después. Sobre el revés electoral que el PSC-PSOE sufre en Cataluña a raíz del apoyo político que conceden a la LOAPA, ver la nota nº 32 de este capítulo. Sobre las discrepancias internas del PSC y del PSOE sobre el modelo de descentralización sanitaria, ver además la nota nº 46.

⁶² Al respecto, ver, por ejemplo, las declaraciones de Enrique Múgica, un miembro destacado del Partido Socialista de Euskadi, citadas durante el debate parlamentario de la Ley General de Sanidad: "Las autonomías son imparables y es una cuestión de dejar trabajar a los que creemos en las autonomías porque estoy seguro que el jacobinismo no triunfará en este país. La modernización del Estado exige su no uniformización. Ahora bien, soy también consciente de que mi posición no es mayoritaria en la dirección del partido, pero sin la plena integración del País Vasco y Cataluña no se puede hablar seriamente de la gobernabilidad de España" (DSCD, nº246: 11098, 7 noviembre 1985). Sobre el tema concreto de la descentralización sanitaria, ver también la nota 46.

⁶³ Sobre los desacuerdos dentro del gobierno, ver El País (1984): "Preocupación en sectores del PSOE y la UGT por los cambios introducidos en la ley de sanidad", 27 octubre: 23; El País (1984): "El enfrentamiento entre los Ministros de Sanidad y Economía divide al gobierno sobre la ley de sanidad", 12 diciembre: 22; El País (1984): "Ernest Lluch reconoce que hay divergencias en el gobierno sobre la ley de sanidad", 14 diciembre: 25. Es importante recordar aquí que el período más álgido de la crisis económica se vive en España entre 1979 y 1985, y que los socialistas aplican un programa estricto de ajuste económico entre 1982 y 1985. Además, la capacidad fiscal del Estado heredada del sistema franquista es considerablemente débil (10% del PIB en 1980), y la proporción del presupuesto de la Seguridad Social financiado por el Estado era

particular, los desacuerdos, que enfrentan al Ministerio de Economía y Hacienda, de un lado, y al de Sanidad, de otro, se centran en tres aspectos claves del anteproyecto de ley: el cambio de la financiación a través de la Seguridad Social a la financiación con cargo a impuestos, la gratuidad del acceso al sistema sanitario público de los grupos sociales con mayores ingresos, y el papel de los centros privados concertados⁶⁴. Los representantes del Ministerio de Economía, y también del de Trabajo y Seguridad Social defienden la necesidad de controlar el gasto público, así como la incapacidad financiera del Estado para llevar a cabo un reforma del sistema tan ambiciosa como la propuesta por el Ministerio de Sanidad. Esta postura responde al apoyo, mayoritario en los niveles directivos del PSOE, a las políticas económicas de ajuste, así como a la necesidad de cumplir los compromisos internacionales derivados del ingreso de España en la Comunidad Europea, que se negocia durante el mismo período que la Ley General de Sanidad (Maravall, 1997b).

El bloqueo del proceso de reforma causado por los conflictos internos en el partido socialista empieza a suavizarse a partir de febrero de 1985, mientras que el acuerdo definitivo se alcanza finalmente en el Consejo de Ministros del 2 de abril del mismo año, un par de días antes del inicio de la tramitación parlamentaria de la

tan sólo un sexto de la media europea en las mismas fechas (Maravall, 1997b).⁶⁴ En cuanto a la universalización de la asistencia, la Memoria Económica citada más arriba calcula que en 1985 existe un 6% de la población que no tiene acceso a la asistencia sanitaria pública. De ellos, un 3% son personas sin recursos económicos suficientes, mientras que el 3% restante corresponde al colectivo de no cotizantes a la Seguridad Social con recursos económicos suficientes. Además, resulta conveniente anticipar aquí que la cuestión de las cotizaciones a la Seguridad Social se relaciona, a través de derroteros considerablemente complejos, con el poder del Ministerio de Sanidad vis-a-vis el de Trabajo y Seguridad Social, así como con el acceso de las Comunidades del 143 a las competencias de asistencia sanitaria de la Seguridad Social. Los detalles de este problema, que exceden con mucho los objetivos de este apartado, se analizan en el capítulo 6. Es suficiente mencionar aquí que la supresión de las cotizaciones puede tener los efectos indirectos de reforzar el poder del Ministerio de Sanidad y de permitir la reclamación de las competencias de asistencia sanitaria por parte de las Comunidades del artículo 143.

reforma⁶⁵. Como resultado del acuerdo, se introducen en esta fecha una serie de cambios sustantivos en el anteproyecto de ley, que transforman considerablemente el modelo inicial de reforma de los socialistas. En primer lugar, la reforma del sistema de financiación, la universalización de la cobertura y la extensión de la red pública de centros sanitarios se incluyen en el proyecto de ley definitivo tan sólo como objetivos a largo plazo, sin un horizonte temporal concreto, que deben ser alcanzados a través de un proceso gradual, mientras que el ritmo de estas reformas se subordina formalmente a las circunstancias económicas del país. Además, el acceso al sistema sanitario público de los grupos de mayor renta, aunque garantizado, deja de ser gratuito. Por último, se mantienen las cotizaciones de la Seguridad Social dentro de la financiación sanitaria, y se considera, además, la posibilidad de establecer tasas por la prestación de determinados servicios sanitarios.

3.2. El debate parlamentario sobre la Ley General de Sanidad (1985-1986)

En abril de 1985, el proyecto de ley ingresa en la Comisión de Política Social y Empleo, y se abre el plazo para la presentación de enmiendas, que termina a finales de mayo. En junio, las enmiendas

⁶⁰ Sobre las últimas etapas del conflicto entre Ministros socialistas, ver El País (1985): "Acercamiento de posiciones entre los Ministerios de Economía y Sanidad en torno a la reforma sanitaria", 6 febrero: 24; El País (1985): "Paralización de la ley de sanidad por motivos económicos", 7 marzo: 22; El País (1985): "El Gobierno acelera las gestiones para tratar de desbloquear la ley de sanidad", 26 marzo: 27; y El País (1985): "Aprobado por el Consejo de Ministros el proyecto de Ley General de Sanidad", 3 abril: 19. Además, la evidencia más clara de la urgencia con que se introdujeron los cambios en el último anteproyecto unos pocos días antes del ingreso del proyecto en las Cortes es la Memoria Económica incluida en la documentación parlamentaria de la Ley General de Sanidad (Expediente Ley General de Sanidad, legajo 2766, carpeta 1). La Memoria incluye todavía una versión intacta de los objetivos de reforma iniciales de los socialistas, que contradice el texto del Proyecto de Ley presentado en el parlamento el 2 de abril.

a la totalidad se discuten en el pleno del Congreso, y entre junio y septiembre el proyecto se discute en la Ponencia parlamentaria nombrada por la Comisión. En octubre comienza la fase de debate en Comisión, que emite su Dictamen el 17 de octubre de 1985. En noviembre, el proyecto se debate en el pleno del Congreso, y en diciembre ingresa en el Senado. La Comisión de Sanidad y Seguridad Social del Senado emite su Dictamen en febrero de 1986, y el proyecto es sometido a debate y aprobación en el pleno del Senado durante los días 26 y 27 de este mes. Finalmente, el pleno del Congreso aprueba el texto definitivo de la ley el 18 de marzo de este año, que se promulga oficialmente el 25 de abril de 1986, es decir, más de tres años después de elaborarse el primer anteproyecto de ley.

Antes de pasar a analizar las posiciones de los diferentes grupos políticos en el debate parlamentario, es importante destacar que el Ministerio de Sanidad aprueba algunas medidas importantes de reforma incluidas dentro de la Ley General de Sanidad a través de órdenes y decretos durante el periodo comprendido entre la primavera de 1984 y el verano de 1986 (MSC, 1987a). Ejemplos en este sentido son la reforma de la atención primaria, la ampliación del acceso a la asistencia sanitaria pública de diversos colectivos, la organización y gestión de los hospitales, la integración de los hospitales clínicos, la regulación de las incompatibilidades del personal sanitario y la creación de comisiones y convenios de coordinación y cooperación con las Comunidades Autónomas sin transferencias del INSALUD⁶⁶.

La aprobación de estas medidas reglamentarias es un indicador de la urgencia con la que el gobierno pretende aprobar la reforma, y sugiere también que el Ministerio no descarta durante este periodo un posible bloqueo político de la reforma sanitaria antes de su ingreso en el ámbito parlamentario. De hecho, durante el periodo de negociación

⁶⁶ La formulación y el contenido de algunas de estas medidas se analizan en capítulos posteriores, por coherencia argumental. La reforma de la atención primaria y los decretos de ampliación de la cobertura, en concreto, se discuten en el capítulo 6, mientras que la creación de órganos de colaboración con las Comunidades se analiza en el capítulo 5.

extraparlamentaria de la reforma sanitaria (diciembre 1983-abril 1985), los desacuerdos entre el gobierno y los partidos nacionalistas, entre el Ministerio de Economía y el de Sanidad, así como la dura campaña política de las asociaciones y Colegios profesionales en contra del proyecto de ley permitían anticipar que la trayectoria política y legislativa de la reforma sanitaria iba a estar afectada por serias dificultades. Por último, hay que mencionar también que entre el otoño de 1982 y diciembre de 1986 se consolidan, actualizan y completan a través de varios decretos las transferencias de Sanidad e Higiene y de los centros del AISNA iniciadas por la UCD (MSC, 1989g).

En cuanto al debate parlamentario de la ley, los representantes de ocho grupos parlamentarios participan activamente en el debate parlamentario: (a) los partidos de la oposición de derechas (AP) y centro-derecha (CDS y UCD⁶⁷), que cuentan con 106 y 14 escaños respectivamente en el Congreso de los Diputados; (b) el grupo parlamentario comunista (PCE-PSUQ, que cuenta con 3 escaños; (c) los partidos nacionalistas de izquierda de Cataluña (ERQ y el País Vasco (EE), que cuentan cada uno con un representante en el Congreso; (d) por último, los partidos nacionalistas de centro-derecha, integrados en el grupo parlamentario Minoría Catalana (con 12 escaños), de un lado, y en el Grupo Nacionalista Vasco (8 escaños), a los que hay que añadir el representante del PAR, que aunque es miembro del Grupo Popular, presenta enmiendas independientes de contenido nacionalista.

(1) Con respecto al primero de los temas de debate mencionados más arriba, referido el modelo de financiación y gestión de la asistencia sanitaria, y a su relación con la Seguridad Social, la posición de todos los grupos es semejante. La única excepción a este respecto es el Grupo Popular, que defiende el copago de las prestaciones sanitarias, ajustado según tramos de renta, por parte de

⁶⁷ En concreto, el CDS, partido que surge como resultado de la excisión previa de la UCD, cuenta con 2 diputados, integrados en el grupo mixto, mientras que la nueva UCD tiene 12 diputados. La posición de ambos grupos es prácticamente coincidente, sin embargo, por lo que sus enmiendas se discuten conjuntamente en los cuadros y en el texto.

los pacientes con ingresos anuales superiores al millón y medio de pesetas (Diario de Sesiones del Senado, DSS, n° 150: 7051, 27 febrero 1986). El resto de los grupos, en contraste, defienden el paso automático a la financiación a través de impuestos, la supresión completa de las cotizaciones de la Seguridad Social y de las tasas por la prestación de servicios, y la separación orgánica de la asistencia sanitaria con respecto a la administración de la Seguridad Social.

(2) En cuanto a las condiciones para acceder a la asistencia sanitaria, y a las prestaciones básicas incluidas con carácter gratuito en la misma, las opiniones de los grupos parlamentarios difieren. Aunque en la retórica parlamentaria, la mayoría de los grupos coinciden en defender la universalización gratuita y automática (no gradual) de la asistencia sanitaria a toda la población, así como la inclusión de nuevas prestaciones, como la asistencia dental, con carácter gratuito, tan sólo el PCE, y en menor medida, EE, incluyen enmiendas explícitas en este sentido. Estas enmiendas se presentan en el debate como dirigidas a ampliar los derechos de los usuarios, lo que explica que un porcentaje alto del total de enmiendas presentadas por estos grupos (que alcanza el 30% en el caso del PCE) se incluyan en este epígrafe.

Un detalle curioso al respecto, además, es que el PCE, de un modo coherente con su defensa ideológica del modelo de Servicio Nacional de Salud, es el único grupo parlamentario que defiende abiertamente el acceso gratuito a los servicios sanitarios públicos del colectivo de no cotizantes con recursos económicos suficientes. En contraste, el único partido que se pronuncia explícitamente en contra del acceso gratuito de estos grupos es Alianza Popular, lo que quizá refleja la preocupación del sector de seguros sanitarios privados con respecto a esta posibilidad. Las posiciones de ambos grupos parlamentarios, en cualquier caso, son claramente incompatibles con una interpretación de las preferencias políticas basada en criterios de clase social.

(3) El tercer elemento importante de la reforma sanitaria socialista se refiere a la unificación de las redes sanitarias públicas y a la regulación del papel de los centros sanitarios privados en el Sistema Nacional de Salud. En cuanto a la unificación, se puede afirmar que todos los grupos parlamentarios defienden la integración

orgánica de las redes de centros sanitarios públicos. La única excepción al respecto es el Partido Nacionalista Vasco. La oposición de este último, sin embargo, responde en realidad a la relación existente entre este tema y las competencias de las Comunidades del artículo 143, por lo que se analiza en el apartado siguiente. Otros desacuerdos menores se refieren a la titularidad de los centros sanitarios públicos, y al nivel de gobierno en el que debe realizarse la integración.

La Ley General de Sanidad defiende, en este sentido, que todos los centros sanitarios se integrarán funcionalmente en los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, pero que tanto la Seguridad Social como los entes locales mantienen la titularidad (es decir, los derechos de propiedad) de sus centros propios. Ni los centristas y AP, ni el PCE, están de acuerdo con ello, por diferentes motivos. La UCD, el CDS y AP, de un lado, mantienen que el control funcional de los centros debe ir unido a la titularidad de los mismos, como propone la teoría de los derechos de propiedad⁶⁸. De otro lado, el PCE defiende, siguiendo de nuevo el modelo británico, que la integración de los centros, y en definitiva, los derechos de propiedad sobre los mismos, deben hacerse a nivel de la Administración central, y en concreto, bajo la autoridad de un organismo autónomo denominado Servicio Nacional de Salud.

El tema de los centros privados, de otro lado, constituye el núcleo de los desacuerdos entre el PSOE y los partidos de la oposición. En primer lugar, tanto el PCE como EE están a favor de la ampliación de la oferta pública, y en contra del mantenimiento de los conciertos con centros privados previsto en la Ley General de Sanidad. En segundo lugar, los nacionalistas catalanes, tanto de derechas como de izquierdas, presentan enmiendas dirigidas a garantizar la integración completa de los centros privados sin ánimo de lucro en el sistema

⁶⁸ Ver, por ejemplo, la intervención al respecto de los representantes populares: ...reconocemos las capacidades de las Comunidades Autónomas, y aceptamos las transferencias de la propiedad...porque no sólo van a gestionar y coordinar, sino que tendrán que tener la propiedad de las mismas (DSCD, n° 216: 9887).

sanitario público, y a eliminar el carácter subsidiario⁶⁹ de los conciertos defendido por los socialistas.

La posición de Esquerra Republicana de Cataluña al respecto merece una breve mención, puesto que concede un peso importante a este tema dentro del conjunto de enmiendas que presenta, mientras que se opone frontalmente en este punto a lo defendido por el resto de partidos de izquierdas. La explicación principal de su postura es la defensa del hecho diferencial catalán a este respecto, donde las instituciones sanitarias sin ánimo de lucro tienen una tradición y un prestigio histórico considerables. La posición general de los nacionalistas catalanes es además apoyada por el PNV, que no presenta, sin embargo, enmiendas al respecto.

En tercer lugar, los partidos de derecha y centro-derecha centrales ejercen una presión importante sobre los socialistas durante el debate parlamentario para conseguir la inclusión de todos los hospitales privados en el Sistema Nacional de Salud, aunque preservando los derechos de propiedad y la discrecionalidad operativa de los mismos. El modelo de integración de estos centros que la derecha parlamentaria defiende se aparta claramente del modelo tradicional de conciertos, cuya preservación está prevista en la Ley. La diferencia fundamental, como apunta el representante socialista Ciríaco de Vicente durante el debate, está en el tema financiero:

⁶⁹ La expresión 'carácter subsidiario' resume en buena medida la posición de los socialistas con respecto al sector privado durante los años 80. La idea es que los centros privados sigan ocupándose, como venían haciéndolo en el esquema tradicional de conciertos, de prestaciones que los centros públicos no ofrecen, como por ejemplo, las camas para enfermos crónicos o la rehabilitación. En este sentido la oferta sanitaria privada concertada con el sistema público adquiere un carácter complementario, y no sustitutivo, con respecto a la oferta pública. Por ejemplo, si los conciertos se extienden a hospitales privados de alto nivel tecnológico, con los que ya cuenta el sector público, sus prestaciones son entonces sustitutivas, en el sentido de que si se tratara de un situación de mercado, podrían competir entre ellos para atraerse a los pacientes públicos. Otro elemento del término 'subsidiario' que ayuda a definir la posición socialista con respecto al tema es su defensa del *mantenimiento* (versus ampliación) del peso del sector concertado.

"Cuando su Señoría [el doctor Ruiz Soto, representante del Grupo Popular] habla de que se incluya en el sistema sanitario no sólo el sector público, sino también el sector privado, su Señoría demuestra ser un estatalista a ultranza...lo que pretende es la socialización de las pérdidas de no pocos hospitales, Señoría, dígalos claro" (DSCD, nº 216: 11113)

El proyecto de ley socialista incluye, junto con los conciertos, otra fórmula de relación entre el sector público y el privado, la vinculación, prevista en los siguientes términos: "Los hospitales generales que lo soliciten serán vinculados al Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con un protocolo definido, siempre que por sus características técnicas sean homologables, cuando las necesidades asistenciales lo justifiquen y si las disponibilidades económicas del sector público lo permiten" (art. 66.1). Los hospitales vinculados serán, según el texto del proyecto, preferentemente sin ánimo de lucro, mientras que conservan la titularidad de sus centros propios. A cambio, deberán someterse a la regulación y a la autoridad directa del Estado, que se compromete a cubrir sus pérdidas. La fórmula de la vinculación, en contraste con los conciertos, es más cercana a las reivindicaciones de los partidos de derecha y centro-derecha sobre el papel del sector privado. Sin embargo, durante el periodo de debate parlamentario de la reforma, se pone de manifiesto que la fórmula de la vinculación se incluye en la ley con un carácter excepcional, dirigido a solventar el problema concreto de un centro hospitalario madrileño, la Fundación Jiménez Díaz. La intervención de los socialistas en respuesta a las críticas de los populares, que les acusan de querer reforzar de un modo intolerable el control del Estado sobre el sector privado, es ilustrativa de los objetivos políticos de la vinculación:

"El concierto es un mecanismo de relación entre el sector público y el privado, en el que éste se pone total o parcialmente, pero parcialmente en principio, al servicio del sistema público unas atenciones con menores controles por parte del sistema público que en el caso de la vinculación. ¿Quiere que le diga para qué se pensó en su día el tema de la vinculación?...Se pensó para alguna institución preclara de Madrid no dotada de ánimo de lucro, de

origen fundacional, vinculada a una persona de singular importancia histórica en este país, el doctor Jiménez Díaz, cuya importancia desde una perspectiva clínica, laboral y de oferta, por la naturaleza de la gama [de servicios] que ofrece a este país, era importante que siguiera." (DSCD, n° 245: 11121)

La centralidad del papel del sector privado dentro de las reivindicaciones de los partidos de derecha y centro derecha aparece claramente reflejada en el hecho de que casi el 40% de las enmiendas (si eliminamos del cálculo las dirigidas a la corrección de errores) de la UCD, del CDS y de AP se dirigen a aumentar el poder de los centros privados dentro del Sistema Nacional de Salud. A ello hay que añadir que las reivindicaciones de los derechos de los usuarios y de la libre elección de centro que mantienen estos partidos se dirigen principalmente a garantizar que los centros hospitalarios privados entren a formar parte de la oferta hospitalaria pública, y que los centros públicos y concertados puedan ofrecer prestaciones complementarias sujetas al pago directo por parte de los usuarios del Sistema Nacional de Salud. Además, las enmiendas dirigidas a disminuir el poder del Estado central se refieren a su poder de regulación (inspección, acreditación, regulación de horarios e incompatibilidades) sobre el sector privado. Por tanto, el conjunto de enmiendas de la derecha parlamentaria no nacionalista que tienen como objetivo el aumento del poder del sector privado en el Sistema Nacional de Salud superan el 60% del total.

La postura de estos dos grupos sobre los centros privados es semejante, como es ya evidente a principios de los años 80. Sin embargo, existen pequeñas diferencias de matiz al respecto. La UCD, de un lado, es favorable al aumento de la regulación pública de los centros privados como contrapartida, postura que es rechazada de pleno por el Partido Popular. Además, los centristas ponen mayor énfasis que los populares en los hospitales sin ánimo de lucro, y menos en el poder corporativo de la profesión médica. Esta última cuestión, merece, por cierto, un breve comentario.

TABLA 2

CONTENIDO DE LAS ENMIENDAS PRESENTADAS POR LOS GRUPOS PARLAMENTARIOS A LA LEY											
PARTIDOS POLÍTICOS		PCE	AP	UCD/CD	ERC	EE	PAR	PNV	CIU	TOTAL	
CONTENIDO DE LAS ENMIENDAS		%	%	%	%	%	%	%	%	Nº	
PARTICIPACIÓN SOCIAL	+	5,3	2,1	3,7		4,6	2,6		0,7	2,4	2
	-		0,9								
PODER ESTADO CENTRAL	+		0,4	1,5						2,0	2
	-		2,1	1,5				5,9	5,1		
PODER COMUNIDADES AUTÓNOMAS	+	6,4	3,4	3,7	72,0	32,1	11,7	67,6	50,3	28,0	29
	-	4,3	1,3	0,7							
PODER ENTES LOCALES	+	3,2	2,6	2,9		1,8	2,6			1,8	17
	-							1,0	0,3		
PODER PROFESIONALES SANITARIOS	+	4,3	3,4	6,6			3,9		4,4	8,7	51
	-	4,3		1,5	4,0	1,8		1,0			
PODER CENTROS PRIVADOS	+		29,4	25,7	12,0		3,9		9,8	16,7	139
	-	11,7	3,4	0,7		9,2	13,0				
AUTONOMÍA DE GESTIÓN	+	13,8				4,6	1,3			1,8	19

DERECHOS DE LOS	+	26,6	9,4	10,3		14,7	9,1	7,8	6,1	10,2	10
CALIDAD	+	4,6	1,7	2,1		9,2	1,3	4,9	4,1	4,1	4
COSTES	-		2,6	2,2						0,8	
LIBRE ELECCIÓN DEL MÉDICO Y CENTRO	+		0,8	5,1				1,0	0,7	2,5	23
	-					37					
GARANTÍAS DE EJECUCIÓN	+	4,2	1,7	0,7		6,6	5,2	2,0		1,9	20
CORRECCIÓN DE ERRORES	-	6,4	26,0	27,9	12,0	13,8	45,5	8,8	18,6	20,7	222
Nº TOTAL DE ENMIENDAS			25	10		109		10	29	100	1074

Fuente: Elaboración propia en base a las enmiendas publicadas en el BOCG, nº 145-I.2, serie A, 5 de octubre de 1985

TABLA 3

CONTENIDO DE LAS ENMIENDAS POR GRUPOS PARLAMENTARIOS AGREGADOS					
PARTIDOS POLÍTICOS		IZQUIERDA NACIONALISTA	IZQUIERDA NO NACIONALISTA	DERECHA NO NACIONALISTA	DERECHA NACIONALISTA
CONTENIDO ENMIENDAS		%	%	%	%
PARTICIPACIÓN SOCIAL	+	4,3	5,7	3,7	1,1
	-			0,7	
PODER ESTADO CENTRAL	+			1,1	
	-			2,6	5,6
PODER COM. AUTÓNOMAS	+	45,7	6,8	4,8	60,4
	-		4,5	1,5	
PODER ENTES LOCALES	+	1,7	3,4	3,7	0,3
	-				0,5
PODER PROFESIONALES	+		4,5	11,4	4,3
	-	2,6	4,5	0,7	0,3
PODER CENTROS PRIVADOS	+	2,6		16,2	6,5
	-	8,6	12,5	3,3	2,7
AUTONOMÍA DE GESTIÓN	+	4,3	14,8		0,3
DCHOS. DE LOS USUARIOS	+	13,8	28,4	13,2	8,8
CALIDAD	+	5,6	10,2	2,6	4,8

COSTES	-			3,3	
LIBRE ELECCIÓN	+			2,4	0,4
	-	3,4			
GARANTÍAS DE EJECUCIÓN	+	4,3	4,5	1,8	1,6
Nº TOTAL DE ENMIENDAS (Sin corrección de errores)	+	116 (100%)	13 (100%)	272 (100%)	275 (100%)
Nº TOTAL DE ENMIENDAS	+	116	13	272	275
PESO % EN EL CONGRESO		0,6	0,9	33,7	5,7

Fuente: Elaboración propia en base a las enmiendas publicadas en el BOCG, nº 145-I.2, serie A, 5 de octubre de 1985

De un lado, los populares mezclan a lo largo del debate elementos del nuevo paradigma internacional de la competencia gestionada con una defensa de las posiciones tradicionales de la medicina liberal, que incluyen reivindicaciones como la preservación del médico de cabecera privado (financiado con cargo al presupuesto público), el pago por acto médico y la asunción de la representación de los intereses de los médicos estatutarios por los Colegios profesionales, en vez de por los sindicatos. En palabras del representante socialista Arnau Navarro:

"Vamos a hablar de competitividad. Ustedes introducen la competitividad entre médicos y [entre] hospitales. En definitiva, lo que introducen es el libre juego de mercado dentro del ámbito sanitario. Ustedes piensan que el Estado va a limitar el libre juego de las fuerzas de mercado dentro del ámbito sanitario...y en el fondo, lo que tienen Uds. es un miedo absoluto a la intervención del Estado. Pero ¿cómo evitan Uds. este miedo? Ustedes evitan el miedo al Estado corporativizando al Estado, y yo les recordaría...unas palabras del profesor Elias Díaz: lo peor no es el Estado, lo peor son ciertos poderes incontrolados que operan en torno al Estado. La crítica al Estado a veces pretende conservarlos y encubrirlos" (DSDC, n° 215: 9901)

De otro lado, es interesante mencionar que una constante de los parlamentarios populares es que intervienen generalmente en el debate parlamentario en tanto profesionales sanitarios (médicos, veterinarios, farmacéuticos), de un modo abierto, lo que supone además la descalificación de las opiniones de los representantes de otros grupos que no pertenecen a las profesiones sanitarias. Por ejemplo, en respuesta a una de estas descalificaciones, un diputado socialista acusa a Ruiz Soto, principal portavoz popular, en los siguientes términos: "Sr. Ruiz Soto, no resisto la tentación de decirle que cada vez que sube Ud. a esta tribuna para hablar de temas sanitarios -y muchas veces hemos discutido Ud. y yo sobre esto- o es Ud. un sindicato de médicos o un colegio profesional" (DSDC, n° 216: 1098). Aunque las referencias al respecto son innumerables, la más ilustrativa de las posiciones de ambos grupos es la discusión

personal que se desata entre Trapero (PSOE) y López Hueso (AP) en el Senado⁷⁰ (DSS, n° 150: 7045)

(4) El cuarto punto de conflicto, es decir, la amplitud del proceso de descentralización sanitaria, es el único que se modifica radicalmente a lo largo del debate parlamentario. Esta transformación fue resultado principalmente de la intervención decisiva de los partidos políticos catalán y vasco en la formulación de la reforma, que se produce a veces durante los debates parlamentarios, y a veces a través de negociaciones extraparlamentarias⁷¹. Las divisiones internas entre los socialistas, resultado tanto de los conflictos ideológicos citados más arriba, como de problemas financieros⁷², son

⁷⁰ Durante esta discusión, Trapero le pide a López Hueso que no se dirija a mí como médico, sino como senador, y el segundo contesta pidiéndole perdón, y añadiendo con ironía que no le llama doctor, sino médico nada más, y que en cualquier caso, llamarle médico no constituye ningún insulto. A continuación, en un estilo de intervención típico de los populares durante el debate, López Hueso se queja de que Ustedes nos están atacando continuamente, durante la discusión del proyecto de ley, a los profesionales sanitarios, a lo que Trapero responde que Ustedes nos dicen continuamente -y lo grave es que esa es la filosofía que tienen: 'con Ud podemos entendernos, porque Ud. es médico' (DSS, n° 249: 7045).

⁷¹ En este sentido, son frecuentes las quejas en el parlamento sobre el poder de intervención de los nacionalistas y sobre el carácter extraparlamentario de sus acuerdos con el PSOE. Es especialmente significativa la afirmación del ex-Ministro ucedista Nufiez: ...después de oír al Sr. Ministro, que dice que entre el Congreso y el Senado, es decir, no en el Congreso o en el Senado, sino en el camino que va entre ambas Cámaras, pudieran cambiarse determinados aspectos por consenso entre el gobierno y las Comunidades Autónomas, determinados puntos de la ley, yo ya no sé que enmiendas son las que pudiese yo mantener y cuáles podría retirar ya si conociésemos por donde van los puntos de esta negociación extraparlamentaria (DSCD, n° 216: 10977). Existen además varias alusiones de los representantes socialistas, cuando se dirigen a los nacionalistas vascos y catalanes, que demuestran la existencia de un largo proceso de negociación extraparlamentaria con ellos. Al respecto, ver por ejemplo DSCD, n° 215: 9868, 9872 y 9878.

⁷² Los desacuerdos se refieren en este caso a los temores de que una descentralización amplia pudiera incrementar la deuda pública y debilitar el control central del gasto público. Estos temores eran compartidos por la opinión pública (Moragas, 1982: 214), mientras que constituyen uno de los determinantes principales de la limitación de la descentralización sanitaria a tan sólo 7 Comunidades, tanto durante el periodo de formulación de la reforma sanitaria

en este caso explotados con éxito por los partidos nacionalistas autonómicos.

La Ley General de Sanidad regula dos cuestiones centrales para el desarrollo del modelo de descentralización sanitaria: las competencias de control del Estado y la definición de la legislación básica, de un lado, y, de otro las competencias futuras de las Comunidades del artículo 143. En cuanto al primero de estos temas, hay que mencionar que el proyecto de ley inicial tiene un talante inequívocamente centralista, que se deriva de la adopción de la mayor parte del texto de la 'LOAPA sanitaria' de la UCD, incluidos algunos artículos de dudosa constitucionalidad. Una afirmación ilustrativa del talante de la ley es la que se contempla inicialmente en la exposición de motivos, suprimida posteriormente en respuesta a las enmiendas de los partidos nacionalistas: "El Estado, en virtud de lo establecido en el artículo 149.1.16 de la Constitución cuenta con poderes suficientes para organizar el sistema sanitario con forme a criterios unitarios y para imponer que estos principios estructurales básicos se perpetúen y sirvan de fundamento a la organización de los servicios sanitarios de las Comunidades Autónomas".

Los logros de las minorías nacionalistas a este respecto son muy notables.

- a) En primer lugar, se consigue negociar durante la etapa pre-parlamentaria que la mayor parte del capítulo dedicado a la ordenación territorial y a la estructura organizativa de la atención primaria (Capítulo 3, Título m) se considere no básico para las Comunidades que han dictado ya sus normativas al respecto.

- b) En segundo lugar, se modifica de un modo sustantivo a lo largo del debate parlamentario el capítulo dedicado a la Coordinación General Sanitaria (Capítulo 4, Título HI) y a la Alta Inspección

como en los años 90. En particular, las conflictivas negociaciones que tienen lugar entre los gobiernos catalán y central en el período 1984-5 para resolver el problema de los déficits financieros catalanes en el campo sanitario, hacen que este problema resulte especialmente visible durante el debate de la Ley General de Sanidad. De otro lado, el acuerdo alcanzado en junio de 1985 sobre esta cuestión facilita considerablemente el compromiso subsiguiente entre los nacionalistas catalanes y los socialistas sobre la reforma sanitaria.

(Capítulo 4, Título ii). En concreto, en cuanto al capítulo sobre Coordinación, se elimina toda mención a la planificación sanitaria como competencia exclusiva del Estado, y se elimina la capacidad del mismo de modificar los Planes Regionales de Salud. En cuanto a la Alta Inspección, se eliminan algunos preceptos que dotaban a esta competencia del carácter de inspección ordinaria, y se suprime la capacidad del Estado de evaluar la calidad y resultados de los servicios prestados por las Comunidades.

- c) Además, se logra que varias de las funciones reservadas en el proyecto con carácter exclusivo al Estado acaben compartiéndose con las Comunidades. Este es el caso de los estudios epidemiológicos, de los sistemas de información sobre la morbi-mortalidad y los mapas de riesgos laborales, de la evaluación y autorización de la compra de tecnología médica, del registro sanitario de alimentos, de la programación de la formación de postgrado, de la homologación, acreditación y diseño de los contratos con los centros concertados, de la acreditación de productos y artículos sanitarios, de la definición y aplicación de las infracciones y sanciones, y de la naturaleza jurídica de los Servicios Regionales de Salud.

-d) En esta misma línea, se consigue también la inclusión en la Ley General de Sanidad del artículo 41.2, que afirma que "las decisiones y actuaciones públicas previstas en esta Ley que no se hayan reservado expresamente al Estado se entenderán atribuidas a las Comunidades Autónomas". La inclusión de este artículo supone una modificación sustantiva de la Constitución, que en su artículo 149.3 enfoca el principio de subsidiaridad competencia! de un modo exactamente opuesto: todas aquellas competencias no previstas explícitamente en la Constitución se atribuyen, según este artículo, al Estado central.

-e) Por último, tanto los nacionalistas vascos como los catalanes consiguen la aceptación de enmiendas que favorecen a sus tradiciones institucionales históricas. De un lado, los vascos consiguen el reconocimiento explícito de la autonomía financiera de las Comunidades vasca y Navarra con respecto al sistema de Seguridad Social, lo que supone el reconocimiento parcial de sus reivindicaciones con respecto a las competencias de gestión económica de la Seguridad Social. De otro lado, los nacionalistas

catalanes consiguen que la ley prevea la inclusión de los centros y servicios sin ánimo de lucro en el Sistema Nacional de Salud; sin embargo, esta concesión supone la inclusión simultánea de una nueva disposición final (disposición final 2ª .2), que prescribe que la integración de los mismos deberá decidirla el gobierno por Real Decreto.

(f) Los partidos nacionalistas logran también modificar otra serie de disposiciones no relacionadas con sus tradiciones, pero sí con sus reivindicaciones políticas principales desde el inicio de la transición. En cuanto a la financiación sanitaria autonómica, una reivindicación importante de Minoría Catalana que es aceptada por los socialistas es la participación proporcional de las Comunidades con transferencias en las desviaciones presupuestarias anuales del INS ALUD. Tanto ésta como otras disposiciones de la Ley General de Sanidad que se refieren al tema de la financiación autonómica se discuten con más detalle en el apartado de la tesis dedicado a los problemas de financiación y gasto. Otros logros menores de Minoría Catalana se refieren al refuerzo del poder de las Comunidades sobre los entes locales, a pesar de la oposición explícita de comunistas, centristas y populares a este respecto. Resulta muy significativo, además, el hecho de que Cataluña presente un conjunto importante de enmiendas a los artículos considerados en la ley como no básicos, por lo que tan sólo afectan a las Comunidades del artículo 143. De un modo consecuente con sus posiciones pro-autonómicas, el objetivo principal de estas enmiendas catalanas es aumentar el poder de las Comunidades Autónomas y disminuir correlativamente el del Estado. El contraste con los nacionalistas vascos es en este caso muy destacado.

De hecho, y entrando ahora en la cuestión de las competencias de las Comunidades del artículo 143, es importante mencionar que los nacionalistas vascos presentan un grupo de enmiendas, aceptadas en su mayoría por los socialistas, dirigidas a imposibilitar el acceso futuro de estas Comunidades a las competencias de asistencia sanitaria de la Seguridad Social⁷³. En este sentido, varios artículos

⁷³ En los cuadros de resumen del contenido de las enmiendas de los diferentes

referidos a la asunción de competencias por parte de las Comunidades son modificados en el sentido de añadir la precisión de que la distribución de competencias depende del contenido presente de la Constitución y los Estatutos⁷⁴. Además, se otorga un carácter condicional a las referencias explícitas del proyecto de ley a la completa integración futura de las redes sanitarias públicas⁷³. Por

grupos parlamentarios, estas enmiendas del PNV se incluyen, por error, en el apartado dedicado a la corrección de errores. Este hecho es debido a que las enmiendas presentadas tienen aparentemente un carácter técnico, mientras que existe un silencio casi absoluto en los debates sobre sus implicaciones políticas prácticas. Las entrevistas en profundidad realizadas con representantes del Ministerio llamaron posteriormente mi atención sobre el objetivo político del grupo vasco, que ya había sido negociado con los socialistas con carácter previo al inicio del debate parlamentario. Sobre esta cuestión, ver también las notas siguientes.

⁷⁴ Es interesante mencionar que el diputado del PAR Zarazaga Durillo defiende en el Parlamento una enmienda en sentido contrario, en una de las pocas intervenciones orientadas a garantizar los poderes de las Comunidades del artículo 143: La enmienda 112 propone en lugar de 'competencias que les atribuyen los correspondientes Estatutos de Autonomía', competencias que les atribuyan los correspondientes Estatutos'. Naturalmente, hoy y ahora, les atribuyen unas competencias, pero dentro de algún tiempo es posible que puedan modificarse los Estatutos de Autonomía en materia de Sanidad, y si el precepto cambiase una letra únicamente, del presente de indicativo al de subjuntivo, el precepto que podría aceptarse con nuestra enmienda contemplaría esta evolución a lo largo del tiempo (DSCD, n° 338: 10292, 8 octubre 1985). Los representantes de AP, en cuyo grupo parlamentario está incluido Zarazaga, presentan y defienden una enmienda semejante, para a continuación, retirarla durante los debates en la Comisión del Congreso. La actitud de AP al respecto se discute más adelante en el texto.

⁷⁵ Hay que tener en cuenta aquí que los planes previos de integración completa, dado el marco organizativo de la ley, requieren necesariamente que los hospitales de la Seguridad Social se adscriban funcionalmente a los Servicios de Salud de las Comunidades del artículo 143. En este sentido, resulta indicativo de la intensidad de preferencias de los vascos con respecto a esta cuestión el malentendido que afecta a la votación en el Senado del artículo 46.c.. La redacción original de este artículo, a la que se añade posteriormente como resultado de las presiones vascas, el texto que se incluye en cursiva, es la siguiente: Son características fundamentales del Sistema Nacional de Salud:.. c) *La coordinación, y en su caso, la integración* de todos los recursos sanitarios públicos en un dispositivo único . Pues bien, el 27 de febrero los vascos consiguen, por una confusión de los socialistas, que el pleno del Senado vote a

último, se incluye también una enmienda del PNV dirigida a garantizar la supervivencia del INSALUD mientras no haya concluido el proceso de transferencias⁷⁶.

Aunque las implicaciones políticas de este conjunto de enmiendas del Grupo Vasco permanecen implícitas a lo largo del debate, lo que les dota, en otras palabras, de escasa visibilidad política, se puede afirmar que no pasan desapercibidas para algunos representantes parlamentarios. Un ejemplo al respecto es la intervención del representante del Grupo Popular, Álvarez Ruiz de Viñaspre, en el Senado:

"La Ley General de Sanidad es una ley de Uds., ley socialista, si bien han compartido algunos mendrugos, u hogazas legislativas con grupos catalanes y vascos. Han sacado su tajada, me parece estupendo, y si es positivo, mejor, porque a todos nos ayudará. Pero al mismo tiempo nos viene a decir que tenemos que reconocer dos clases de autonomía: las autonomías emancipadas

favor de la supresión de este artículo. A continuación, los socialistas piden al presidente de la cámara que se anule la votación, pero no lo consiguen, por lo que tendrán que recurrir a la re-introducción posterior del artículo a través de una enmienda (DSS, n ° 250: 7053^ y 7071).

⁷⁶ UCD presenta una enmienda parecida aladel PNV, por la que se pide que, concluido el proceso de transferencias a las Comunidades del artículo 143, se mantenga el INSALUD como instituto de planificación, estudio y evaluación de los servicios. Cuando el representante socialista acepta la enmienda del PNV hace alusión, entre líneas, a que el PSOE no pretende descentralizar competencias a ks Comunidades en el futuro: Al Sr. Núñez le diré que no sé si se le resolverá el problema que tiene con la transitoria quinta, nuestro propósito de aceptar, señor Presidente, la enmienda del Grupo Vasco, que dice textualmente- 'El Instituto Nacional de la Salud continuará subsistiendo y ejerciendo sus funciones en tanto no se haya culminado el proceso de transferencias a las Comunidades Autónomas con competencias en la materia' . Sin embargo, la baja visibilidad política de las implicaciones prácticas de las enmiendas vascas hace que Núñez no entienda el mensaje implícito, por lo que afirma, en respuesta, que la enmienda del Grupo Vasco no da contestación a todos los problemas que yo he planteado aquí, en primer lugar, porque, evidentemente, el Instituto Nacional de la Salud tiene un periodo de vida también limitado, es decir, que en esta enmienda también [como en el texto original del proyecto] se le condena a la desaparición cuando termine el traspaso y las funciones a que la enmienda del grupo vasco se refiere (DSCD, n° 339: 10411, 9 de octubre de 1985)

y las autonomías domesticadas, que no piden nada" (DSS, n° 250: 7010)

En cuanto a la posición de los partidos no nacionalistas con respecto al modelo autonómico, hay que señalar varias cuestiones. En primer lugar, tanto el PP como UCD mantienen una retórica formal marcadamente autonomista a lo largo del debate, que no se plasma luego, sin embargo, en la mayoría de los casos, en el contenido de sus enmiendas concretas o de sus propuestas alternativas de reforma⁷⁷. Una excepción parcial a este respecto es la defensa sistemática por parte de la UCD del modelo autonómico diseñado durante su paso por el gobierno, y en concreto, el ejercicio autonómico de las competencias de planificación sanitaria, y la transferencia futura a las Comunidades del artículo 143 de las competencias de asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

El caso de los comunistas, de otro lado, es especialmente interesante, puesto que sus enmiendas ilustran en mucha medida la posición socialista mayoritaria con respecto a la descentralización sanitaria durante la etapa previa a su entrada en el gobierno. Para empezar, los comunistas defienden que se descentralicen las competencias de asistencia sanitaria a todas las Comunidades, incluidas las del artículo 143, para garantizar así la integración de todas las redes y funciones sanitarias y la separación completa de la sanidad con respecto al sistema de Seguridad Social. De un modo coherente con esta posición, el Grupo Comunista defiende también la desaparición del INSALUD en tanto entidad gestora de la Seguridad Social, y la supresión del capítulo de la ley dedicado a la Alta Inspección.

El PCE defiende también, en contrapartida, que todo el articulado de la ley, incluidas las cuestiones organizativas y ejecutivas que se reservan al Estado, sea considerada como básica, limitando así la

⁷⁷ Sobre la retórica de centristas y populares, son especialmente significativas a este respecto las intervenciones de los portavoces de ambos grupos en el debate sobre las enmiendas a la totalidad (DSCD, n° 215: 9876 y 9858, respectivamente. Sobre la ambigüedad de la postura de AP al respecto, ver, por ejemplo, DSS, n° 249: 7037-8).

autonomía legislativa de las Comunidades. Es necesario precisar, sin embargo, que existen discrepancias importantes en cuanto a esta cuestión dentro de los partidos de izquierda desde el propio inicio de la transición⁷⁸. Estas discrepancias son el resultado de la incompatibilidad entre los tradicionales presupuestos jacobinos de la ideología de izquierdas, y de la asociación posterior, presente en España desde el siglo XIX, entre democracia y descentralización. A pesar de estas tensiones, el modelo de descentralización que los comunistas defienden a lo largo del debate de la ley general de sanidad se deriva, en definitiva, del modelo internacional de Servicio Nacional de Salud, y en general, de descentralización territorial de la política social: autonomía regional en cuanto a la gestión, y en menor medida, en cuanto a la ejecución de políticas, combinada con el control central de los aspectos normativos, organizativos y financieros de los servicios públicos.

Las reivindicaciones de los partidos no nacionalistas en cuanto al modelo de descentralización no son aceptadas por los socialistas, al contrario de lo que ocurre con los partidos nacionalistas. De hecho, a cambio de las concesiones del gobierno central, los representantes vascos y catalanes retiran la mayoría de sus enmiendas en el Senado, mientras que votan afirmativamente la ley tanto en el Senado como en la votación final en el Congreso. Como afirma el portavoz de los nacionalistas vascos en el Senado (DSS, n° 150: 7008):

⁷⁸ De hecho, como afirma Ciríaco de Vicente, uno de los defensores de la autonomía normativa de las Comunidades dentro del PSOE, en respuesta a una intervención previa del representante del PCE Fernández Iguanzo: En cuanto a la intervención del Sr. Fernández Iguanzo, ..se ha encontrado en la mala situación de tener que defender algo con lo que posiblemente no estaba de acuerdo, *cosa que nos ocurre a todos cada día*, pero créame que la enmienda 274 [que pide que todo el texto de la ley sea considerado no básico, sin excepciones] es netamente antiautonomista. Le han jugado una mala pasada (DSDC, n° 245: 10954). De Vicente contesta así a una intervención previa de los representantes catalanes, apoyada posteriormente por los comunistas, en la que se echaba en cara a Ciríaco de Vicente su oposición a la LOAPA sanitaria de la UCD durante su paso por la oposición (ver nota n° 45) . El texto en cursiva alude, por ello, a la división de opiniones que existe también dentro del PSOE con respecto a este tema.

"En primer lugar, queremos dejar claro que esta ley no es nuestra ley en origen, pero, sin embargo, hemos de hacer constar nuestra participación de un modo importante en lo que, a nuestro juicio, ha supuesto una considerable mejora. De hecho, desde el campo autonómico, es nuestro criterio que, tal y como ha quedado tras su paso por la Comisión [del Senado], la ley es más respetuosa con las distribuciones competenciales ya establecidas por la Constitución y los Estatutos...hemos de reconocer que la diferencia entre la suma del haber y el debe nos ha dado un saldo positivo...Por eso nosotros vamos a dar un margen de confianza a las posibilidades de esta ley y para ello vamos a votar en contra de la propuesta de veto" (DSS, nº 250: 7008)

Con la aceptación *explícita*, de la ley por parte de los nacionalistas, el partido socialista consigue garantizar su principal preocupación al respecto. En palabras de su portavoz principal en el Senado:

"Yo creo que, afortunadamente, ha quedado claro...que esta ley es una ley de mucha gente, y que esta ley, al menos por parte de minorías tan significativas como la vasca y la catalana, no va a ser objeto de controversia ante el Tribunal Constitucional respecto a la constitucionalidad de sus aspectos, tema que ha sido puesto en duda por parte del Grupo Popular, pero afortunadamente, como digo, parece que desde el punto de vista de los senadores de Cataluña al Senado y del PNV no va a ser cuestionado" (DSS, nº 148: 7012).

De hecho, como confirma a continuación el representante de Minoría Catalana:

".. .nuestro Grupo Cataluña al Senado tenía en principio bastantes enmiendas a esta ley...Ha habido negociaciones con el Grupo Socialista para intentar, según nuestro criterio, mejorar esta ley de cara a Cataluña. Consideramos que ha habido buena fe, buenos criterios y buena disposición por parte de los socialistas y nuestra para llegar a acuerdos puntuales, lo que se ha podido comprobar al retirar el veto a la totalidad. Por nuestra parte esperamos, y es seguro, que no se recurra esta ley en otro sitio que no sea aquí, en el Senado" (DSS, nº 250: 7012).

En contraste, el resto de partidos en la oposición vota finalmente en contra del texto de la ley, dado que la mayoría de sus enmiendas que son aceptadas por el grupo socialista se refieren a cuestiones de detalle o a la corrección de errores de redacción del texto original del proyecto. En este sentido, un hecho anecdótico que resulta interesante mencionar, para terminar, es la serie de enmiendas que el Grupo Popular presenta a la exposición de motivos de la ley. El objetivo de estas enmiendas, aceptadas en su mayor parte por los socialistas, es eliminar las críticas a la legislación franquista de los años 40 incluidas originalmente en la exposición de motivos, lo que resulta indicativo de las lealtades políticas del Grupo Popular durante este periodo.

4. Conclusiones. Influencia de los partidos nacionalistas en los cambios institucionales

A lo largo de las páginas anteriores hemos podido constatar el importante papel de la intensidad de preferencias como promotor de las transformaciones sustantivas en las instituciones del Estado que tienen lugar durante el periodo 1976-1986. En primer lugar, la movilización política de las minorías nacionalistas desde el inicio de la transición emerge del análisis como el principal factor determinante del modelo de descentralización territorial consignado en la Constitución, que garantiza, en definitiva, el propio acceso de estas minorías al marco formal del poder del Estado. Una parte de la influencia política de estas minorías intensas se debe a los importantes costes políticos que pueden derivarse de su exclusión de los procesos de toma de decisión del régimen democrático. Sus movilizaciones suponen, en este sentido, una amenaza a la legitimidad del Estado y del sistema democrático, lo que explica que todos los representantes democráticos centrales, y el propio gobierno elegido por la mayoría de los españoles, estén dispuestos a realizar concesiones a su favor.

Otra parte importante de la influencia política de las minorías intensas se deriva de su capacidad de persuasión política, facilitada por las actitudes generalmente moderadas y dialogantes de estos grupos. El efecto final de esta capacidad persuasiva es la extensión de sus preferencias de autogobierno a la mayoría de la población, que

apoya abiertamente, durante este periodo, la adopción de un modelo de Estado profundamente descentralizado. El apoyo de la opinión pública a la descentralización no se consigue, sin embargo, de la noche a la mañana. Las experiencias históricas de la población con las instituciones nacionales, y en menor medida, la existencia de un paradigma internacional favorable a la descentralización son también factores importantes, en tanto explican la existencia previa de una actitud latente de simpatía hacia las reivindicaciones autonómicas de autogobierno. En cuanto a las experiencias nacionales con las instituciones, adquiere aquí un papel central la asociación histórica entre centralismo y gobiernos autoritarios, de un lado, y democracia y descentralización, de otro.

En cuanto a la reforma sanitaria, hemos visto también que la existencia de minorías de médicos y políticos de izquierdas que defienden con intensidad la implantación en España de un Servicio Nacional de Salud es uno de los factores que pueden contribuir a explicar el lanzamiento y la evolución del proceso de formulación de la reforma de las instituciones del Estado. El propio compromiso intenso del gobierno y el PSOE con el núcleo básico de la reforma sanitaria (que constituye un tema político emblemático para este partido y sus votantes), es probablemente un factor clave para entender porqué la reforma sale adelante a pesar de todos los obstáculos políticos que se encuentra en su camino. Las movilizaciones políticas de la izquierda en apoyo de la reforma que tienen lugar desde finales de los años 60 tanto en el plano político (partidos) como en el ámbito sanitario (médicos), ayudan también a explicar la importante expansión del sector público sanitario que tiene lugar durante los últimos años del régimen franquista.

Desde el inicio de la transición, la intensidad de preferencias de los grupos comunistas y socialistas por la reforma sanitaria ayuda además a mantener abierto el debate político y parlamentario sobre el tema. En este caso, sin embargo, sus presiones se enfrentan a las preferencias opuestas de los gobiernos centristas, que apoyan la expansión del sector privado dentro de la sanidad pública. Este hecho, junto con el inicio del cuestionamiento a nivel internacional del modelo de Servicio Nacional de Salud, ayuda a explicar el bloqueo legislativo de la reforma sanitaria entre 1976 y 1982.

La intensidad con la que los políticos socialistas defienden sus preferencias institucionales en cuanto al Estado del Bienestar sanitario empieza a debilitarse, sin embargo, a partir de su entrada en el gobierno, debido a una serie de hechos. En primer lugar, el proceso de cambio del paradigma internacional mencionado avanza a marchas forzadas durante la primera mitad de los años 80. En cuanto a la política económica y al gasto público en general, el fracaso de la política keynesiana de Mitterrand en Francia y las negociaciones para la entrada de España en la Comunidad Europea explican que un núcleo de los líderes del PSOE que acceden al gobierno en 1982 sean ya abiertamente favorables a las políticas neoliberales, y en menor medida, a la preservación del modelo mixto de prestación de servicios públicos. En cuanto a la política sanitaria, durante la primera mitad de los ochenta comienza a generalizarse también a nivel internacional el cuestionamiento del modelo de Servicio Nacional de Salud, mientras que se dan los primeros pasos para la elaboración de un paradigma alternativo de intervención pública precisamente en Gran Bretaña (Enthoven, 1985).

Como resultado de estos hechos, existe una importante división de opiniones dentro del gobierno socialista y del propio Ministerio de Sanidad con respecto al modelo institucional que debe adoptarse en el sector público sanitario. Esta división de opiniones permanece inalterada, además, en mucha medida durante los años en los que el PSOE ocupa el gobierno central. Los representantes del Ministerio de Economía y Hacienda, y los del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, en este contexto, están más preocupados por la contención del gasto público y por el cumplimiento de los compromisos internacionales que la entrada en la Comunidad Europea supone, por lo que ejercen una considerable presión a lo largo de la formulación de la reforma sanitaria para reducir al mínimo los compromisos de gasto derivados de la misma, aún a costa del abandono de los presupuestos programáticos del PSOE en el ámbito sanitario.

El Ministro de Sanidad, y una parte importante de su equipo, de otro lado, mantienen su defensa de los presupuestos básicos del modelo de Servicio Nacional de Salud, y en concreto, de la universalización completa del acceso a las prestaciones y de la financiación con cargo a los presupuestos del Estado. La balanza se

inclina finalmente del lado del Ministerio, aunque supone a cambio la aceptación de que los cambios se realicen a través de un proceso gradual. La resolución del conflicto se consigue debido a la mediación del Presidente y de otros miembros destacados del gobierno. El resultado final de la confrontación entre ambos grupos refleja además el apoyo a la intervención del Estado, a la universalización y a la financiación con cargo a impuestos por parte de la mayoría de la población, lo que ayuda a inclinar la balanza del lado del Ministerio de Sanidad.

En este sentido, la cuestión del papel del sector privado es un contraejemplo importante. En cuanto a esta cuestión, el propio Ministerio de Sanidad está dividido entre los que apoyan el mantenimiento del papel tradicional del sector concertado en el sistema sanitario público y una minoría significativa, y especialmente intensa, de socialistas y ex-comunistas que apoyan la extensión progresiva del sector público para sustituir al sector concertado, una posición que es durante estos años mayoritaria en el partido socialista. La división correlativa de la opinión pública en cuanto a este tema, junto con el predominio relativo de las preferencias por la sanidad mixta pueden contribuir a explicar el resultado final de la polémica, que consiste en el continuismo con respecto a la estructura institucional previa.

Por último, la intervención privilegiada de las minorías nacionalistas en el proceso de formulación de la Ley General de Sanidad, es, sin duda, el hecho más significativo que emerge del análisis del periodo 1976-1986. En primer lugar, el dinamismo de las Comunidades catalana y vasca en la aprobación de sus propias normativas sanitarias, y en la interposición de recursos de inconstitucionalidad a la normativa estatal paralela, así como la propia descentralización sanitaria consignada en la Constitución, ayudan a explicar el lanzamiento del propio proceso de reforma legislativa, y sobre todo, una parte importante de su contenido final. De hecho, como los propios socialistas afirman durante el debate parlamentario sobre la Ley General de Sanidad:

"Usted me pregunta si esta ley es distinta de la que habría habido de no existir el Estado de las Autonomías...le diré que sí es

distinta, porque si no hubiera Estado de las Autonomías, en esta ley sobraría el 80%, ya que la mayor parte de los preceptos de esta ley - me permitiría afirmar en expresión si se quiere más sintética-, el eje de esta ley son las Comunidades Autónomas" (DSCD, n° 245: 10954)

Como el análisis realizado pone de manifiesto, el modelo de descentralización sanitaria finalmente adoptado es resultado de la aceptación de una parte sustantiva de las preferencias políticas de las minorías nacionalistas por parte de los socialistas, tanto durante el proceso de preparación del anteproyecto, como durante el debate parlamentario del proyecto de ley. La introducción de la mayoría de las enmiendas catalanas y vascas en la ley supone un aumento del poder de las Comunidades del artículo 151 y una disminución correlativa del poder del Estado central. En términos más concretos, la versión final de la ley reconoce importantes competencias normativas y de planificación a las Comunidades de vía rápida, así como una considerable discrecionalidad en la organización y gestión autonómica de los servicios. En cuanto a las Comunidades del artículo 143, aunque la intervención de los catalanes tiende a reforzar su poder respecto al Estado central, las presiones vascas consiguen finalmente bloquear su acceso futuro a las competencias de asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

La consolidación de un modelo de descentralización asimétrico tiene, además, una serie de efectos indirectos sobre el modelo de reforma sanitaria que se adopta finalmente en la Ley General de Sanidad. En primer lugar, el refuerzo del poder de las Comunidades del artículo 151 contribuye a explicar la adopción incompleta del modelo británico de Servicio Nacional de Salud, dado que este modelo supone limitar la descentralización a la gestión de los servicios, y reforzar la centralización de los aspectos organizativos, normativos y financieros de la política sanitaria. Tal y como afirmó el Ministro socialista en sus declaraciones al Congreso de Diputados:

"No se puede establecer en España un Servicio Nacional de Salud, puesto que el sistema español no es descentralizador, sino que al ser un sistema de autonomías políticas, los Servicios tienen que existir en cada una de las Comunidades Autónomas, mientras

que en el conjunto del Estado sólo puede haber un Sistema Nacional que articule los diferentes Servicios Regionales..." (DSCD, n°215: 9854, 11 de junio de 1985)

En segundo lugar, el bloqueo del acceso de las Comunidades del artículo 143 a las competencias de asistencia sanitaria se consigue a costa de abandonar varios de los objetivos de reforma iniciales del Ministerio de Sanidad, como la integración completa de las diferentes redes y subsistemas sanitarios bajo la autoridad de los Servicios Regionales de Salud, la desaparición del INSALUD y la adopción de sus funciones por el Ministerio de Sanidad, o la supresión de las cuotas de la Seguridad Social de la financiación sanitaria. Estos efectos indirectos del modelo de descentralización adoptado se deben a una serie de conexiones complejas y no intencionadas entre el sistema de Seguridad Social y el marco constitucional de la descentralización sanitaria, cuyo contenido supera los objetivos de este capítulo, y que se estudian con más detalle en el capítulo 6⁷⁹.

En este contexto, resulta difícil aceptar, como defienden las teorías sobre la descentralización estudiadas en el capítulo anterior, que la descentralización de las políticas de bienestar responda a determinantes de tipo técnico y organizativo, y en definitiva, a la finalidad de aumentar la funcionalidad/eficiencia de las instituciones del Estado. Primero, el modelo asimétrico de descentralización sanitaria que finalmente se adopta es considerablemente disfuncional desde un punto de vista estrictamente técnico y organizativo. Segundo, la profundización de la autonomía política de las Comunidades del artículo 151 no resulta precisamente funcional para los objetivos e intereses políticos del gobierno central, puesto que supone, entre otras cosas, una disminución importante de su control normativo y económico sobre la política sanitaria.

Tampoco parece muy creíble, a la vista de los hechos estudiados, que el poder de influencia de los actores políticos y sociales que ejercen presiones sobre el gobierno central se derive principalmente de su posición formal en el marco institucional del Estado, o de sus recursos informativos, económicos, y en general, materiales. Para

⁷⁹ En este sentido, ver también la nota n° 59 de este capítulo

empezar, en cuanto al poder formal de las minorías nacionalistas catalana y vasca, hay que tener en cuenta que el PSOE cuenta con una amplia mayoría absoluta en el parlamento, y en concreto, con el 60% de los escaños en el Congreso de los Diputados; y que el peso electoral de los partidos nacionalistas en las elecciones generales apenas supera el 5% de los votos, mientras que su peso en el parlamento, si incluimos a los partidos nacionalistas de izquierda, se limita al 7% de los escaños.

En cuanto a los recursos informativos y materiales de estos grupos, se puede afirmar que, si juegan algún papel en la explicación de la influencia política de estos grupos, no es, probablemente, un papel central. Más bien al contrario, los importantes logros que las minorías nacionalistas consiguen tanto en el proceso de formulación de la reforma sanitaria, como en el tema paralelo de la descentralización territorial del Estado y de la política social, parecen derivarse directamente de sus recursos propiamente políticos.

Hay que empezar por reconocer, desde luego, que la propia posición de estas minorías en los gobiernos autonómicos vascos y catalanes, como el propio marco constitucional de la descentralización, conceden a estos grupos un importante poder formal de bloqueo de la legislación central. Sin embargo, su propia posición dentro del marco institucional formal es el resultado directo del considerable poder informal que detentan durante el periodo constituyente. Este poder informal, según vimos en el capítulo anterior, se deriva principalmente de su papel de representantes políticos de minorías sociales étnicas y lingüísticas especialmente intensas, y de la importante capacidad de movilización política que se deriva de este hecho.

Los mismos recursos políticos ayudan a las minorías nacionalistas vascas y catalanas a orientar los desarrollos posteriores del modelo de descentralización a su favor. Su liderazgo en las movilizaciones en contra de la LOAPA, junto con el apoyo social a sus preferencias políticas que consiguen activar a lo largo del proceso ilustran claramente este hecho. Su importante intervención en la formulación de la Ley General de Sanidad puede entenderse en la misma dirección. De hecho, la intensidad de preferencias de los grupos nacionalistas queda claramente de manifiesto en un dato tan simple

como el del número de enmiendas presentadas por los grupos parlamentarios, y aparece además confirmada a través del análisis cualitativo de los debates parlamentarios. Aunque los partidos nacionalistas de todo signo político no superan el 8% de los escaños (ni el 15% del total de escaños ocupados por los partidos en la oposición) presentan y defienden, sin embargo, el 43% de las enmiendas totales, porcentaje que se acerca al 60% si descontamos del cálculo las enmiendas dirigidas a la corrección de errores de redacción del texto del proyecto de ley.

Para terminar, todo ello quiere decir que la descentralización territorial del Estado en general, y de la política sanitaria en particular, se deben en España principalmente a los recursos políticos de los que disponen las minorías nacionalistas catalanas y vascas. La coincidencia en el tiempo de la intensidad de sus preferencias políticas, y de la extensión de las mismas entre la mayoría de la opinión pública no es, en este sentido, un hecho casual. La larga pervivencia histórica de una serie de instituciones políticas distintivas en estas Comunidades, su eliminación progresiva a manos de gobiernos autoritarios, así como la exclusión de las minorías nacionalistas de los procesos de decisión política, podrían ayudar a entender tanto la intensidad de las preferencias políticas de estos grupos, como la existencia de un cierto consenso cultural al inicio de la transición por el que la mayoría de la población tiende a asociar democracia y descentralización.

De otro lado, en las cuestiones que no aparecen directamente refrendadas por la mayoría del electorado, o por el gobierno que la representa, las minorías nacionalistas cuentan también con un grado importante de poder informal, que se deriva en definitiva de la amenaza que las minorías intensas con identidad y preferencias políticas distintivas representan para la legitimidad del Estado y del régimen democrático. La activación de estas amenazas a través de grupos políticos organizados con suficiente visibilidad política como para hacer creíbles los costes potenciales de su exclusión del proceso de toma de decisiones puede contribuir, pues, a explicar las concesiones que obtienen de los gobiernos elegidos por la mayoría del electorado, incluso en los casos en los que estas concesiones suponen

un perjuicio directo de los intereses políticos y corporativos de estos gobiernos.

Todo lo dicho hasta el momento no pretende negar que la descentralización responda en España no sólo a la finalidad de reforzar la legitimidad del régimen democrático, sino también al objetivo menor de aumentar la eficiencia en la gestión pública de los servicios público. La idea de que la descentralización es una reforma que promueve el funcionamiento óptimo del Estado está, de hecho, presente en los debates políticos estudiados, y constituye además el núcleo del paradigma internacional favorable a la descentralización dominante durante el periodo de estudio. De hecho, como afirma el representante de los nacionalistas catalanes en el Congreso:

"La descentralización, la desconcentración política y administrativa que nuestra Constitución recoge, obedece ciertamente a la voluntad del constituyente de dotar de poder político y administrativo a nuestros pueblos, pero obedece también a un deseo generalizado de servir mejor al ciudadano concreto, acercándole la gestión como un método para mejorarla" (DSCD, nº 15: 9861).

Sin embargo, el peso de este factor durante el proceso de transformación de las instituciones es claramente menor, como demuestra la consolidación de un modelo de descentralización asimétrico, que constituye una de las reivindicaciones nacionalistas con efectos sobre el marco institucional español más disfuncionales desde un punto de vista organizativo y de gestión.

Para terminar, la evidencia examinada a lo largo de este capítulo, junto con el modelo teórico desarrollado en el capítulo anterior, permiten formular una serie de conclusiones dirigidas a estimular el debate futuro sobre los determinantes de las transformaciones sustantivas del marco institucional del Estado. En primer lugar, la influencia del marco institucional que preconizan otras teorías no parece tener una influencia determinante ni directa sobre las reformas que se acometen durante el periodo. Las experiencias positivas de los ciudadanos con el sistema sanitario público, junto con las experiencias negativas con la articulación institucional previa de los nacionalismos periféricos si que parecen tener un mayor peso en la explicación de

los cambios. Esto parece sugerir que no son los rasgos estructurales (organizativos, formales) de las instituciones los que explican los cambios, sino que la influencia de las instituciones depende de su interrelación con los significados y valores culturales compartidos por los ciudadanos.

Estos valores se derivan en definitiva de sus propias experiencias con las instituciones, interpretadas a través de marcos teóricos e ideológicos globales que las dotan de coherencia cognitiva y de operatividad política. Tampoco puede prescindirse en el análisis del cambio institucional de los factores emocionales, que tienen una importancia central en los procesos de decisión política. No todos los ciudadanos comparten una fuerte implicación emocional con respecto a sus propias preferencias políticas, y estas diferencias resultan cruciales a la hora de explicar la dirección final de los cambios institucionales.

En general, como veíamos en el capítulo anterior, la intensidad emocional de las preferencias políticas de los ciudadanos ayuda considerablemente a entender los resultados finales de los conflictos políticos que todo intento de transformación del marco institucional genera. En concreto, el carácter de determinadas organizaciones políticas en tanto representantes de grupos sociales y políticos con identidad y preferencias políticas distintivas e intensas es un factor clave para entender los procesos de cambio institucional que tienen lugar en España a lo largo del periodo democrático. A este respecto, es importante mencionar también que, aunque la intensidad de preferencias es generalmente un atributo de los grupos sociales minoritarios, la presencia de mayorías intensas duraderas es un determinante todavía más poderoso de los cambios institucionales sustantivos que la propia existencia de minorías intensas. Los cambios de régimen político, que constituyen el ejemplo más ambicioso y radical de transformación del marco institucional del Estado, deberían explorarse a mi manera de ver desde esa perspectiva, perfectamente compatible con el marco teórico desarrollado en estas páginas.

Volviendo ahora al tema de los determinantes de la descentralización territorial del Estado, la conclusión principal de este capítulo es que las teorías de las relaciones entre niveles de gobierno,

dominantes hasta el momento en la explicación política de la descentralización, no tratan de un modo adecuado este tema. La falta de consideración por parte de estas teorías del importante papel de las preferencias políticas de los ciudadanos, y de la naturaleza fundamental de las élites políticas en tanto representantes de estas preferencias se deben en mucha medida a los problemas que afectan a las hipótesis principales de la teoría interorganizacional con respecto a la naturaleza de la acción política, y a la importancia de los límites entre Estado y sociedad.

El primer grupo de hipótesis debería reformularse en el sentido de conceder un énfasis mayor a los factores culturales y emocionales de los que las instituciones son portadoras, y de disminuir la importancia que se concede al marco institucional formal y a los cálculos racionales de las élites políticas. El segundo grupo de hipótesis, referido al tema de las condiciones que garantizan el acceso de nuevos grupos sociales y políticos al ámbito de actuación del Estado, debería también modificarse sustantivamente, en la siguiente dirección. La idea de que este acceso se debe a la actuación automática de factores impersonales orientados en definitiva a aumentar la funcionalidad/eficiencia organizativa del Estado no ayuda a explicar la variabilidad histórica y nacional de las redes de poder que vinculan a los actores estatales con otros grupos políticos y sociales.

Para explicar la influencia política variable de los grupos de interés y las organizaciones políticas y sociales incluidos en esta redes, es necesario tener en cuenta el papel de estas organizaciones en tanto representantes políticos de amplios grupos sociales, o en otras palabras, en tanto estructuras intermedias entre el Estado y la sociedad. Como conclusión, pues, tanto las teorías interorganizacionales, como el resto de teorías funcionalistas, y muchos de los enfoques neoinstitucionalistas actuales, harían bien en reformular sus hipótesis implícitas en cuanto a los determinantes de la acción política y de los límites entre el Estado y la sociedad. La adecuada comprensión de los procesos de cambio institucional requiere, en este sentido, prestar más atención a la distinción tradicional entre Estado y sociedad, así como tratar de superar, simultáneamente, las distinciones paralelas, entendidas como mutuamente excluyentes,

Formulación de la descentralización.../221

entre instituciones y cultura, poder formal e informal, racionalidad y emoción.

CAPITULO 4

CONSECUENCIAS DE LA DESCENTRALIZACIÓN SANITARIA: EXPECTATIVAS TEÓRICAS Y EXPERIENCIA COMPARADA

The Twentieth century is ending, as it began, with great aspirations of extending the benefits of democratic self-government to ever larger numbers of men and women¹

Hasta este momento, la preocupación principal de la investigación ha sido entender las causas de la descentralización sanitaria. Un tema aún más relevante es el de las consecuencias de la devolución de poderes a las Comunidades Autónomas sobre la formulación de políticas y la gestión del sistema sanitario público. La relevancia de las consecuencias de este cambio institucional sobre la organización y gestión de los servicios queda claramente de manifiesto en el hecho de que a mediados de los años 90 más de un 60% del presupuesto sanitario sea gestionado por las Comunidades Autónomas con competencias (Andalucía, Canarias, Cataluña, Comunidad Valenciana, Galicia, Navarra y País Vasco).

Además, la extensión de la descentralización sanitaria al resto de las Comunidades Autónomas es un tema que aparece por primera vez de un modo explícito en el debate político durante la segunda mitad de los años 90, puesto que constituye una de las reformas proyectadas por el primer gobierno del Partido Popular, que inicia su mandato en

¹ Putnam, Leonard! y Nanetti (1993: 181).

1996. Las competencias de asistencia sanitaria constituyen el paquete más importante de competencias aún no asumidas por las Comunidades del artículo 143, por lo que su descentralización contribuiría sustantivamente a eliminar la asimetría que caracteriza al modelo territorial de Estado en España.

El tema de las consecuencias de la descentralización sanitaria es también considerablemente relevante desde el punto de vista de las Comunidades Autónomas, dado que los servicios sanitarios constituyen uno de los paquetes de competencias más importantes para los gobiernos autonómicos. Primero, debido al papel prioritario que la sanidad ocupa dentro de las demandas de los ciudadanos con respecto al sector público (Maravall, 1997b), lo que tiene consecuencias importantes para la legitimidad política del nivel autonómico de gobierno. Segundo, debido a su peso relativo en el presupuesto global de las Comunidades Autónomas, que supera el 30% del total.

La relevancia del tema no se circunscribe tan sólo al caso de España. En cuanto al ámbito europeo, tal como hemos visto en capítulos anteriores, la descentralización del sector público en España forma parte de una corriente general de apoyo a las reivindicaciones de autogobierno de las autoridades políticas regionales y locales. Esta corriente se plasma, en cuanto al caso que nos ocupa, en un proceso general de descentralización del Estado del Bienestar en los países europeos que tiene lugar en los años 60 y 70, y que no ha sido aún objeto de una evaluación sistemática (Kjellberg y Dante, 1988). Además, a partir de mediados de los años 80 comienza un proceso general de reforma de los Estados del Bienestar en los países avanzados, basado en propuestas que conceden un énfasis importante a la descentralización interna y la contratación externa de los servicios públicos. Debido a sus implicaciones políticas, el segundo de estos objetivos, la contratación de servicios públicos al sector privado, ha tendido a concentrar desde entonces la atención académica y el debate social sobre las reformas, mientras que el tema de la descentralización ha recibido una menor atención comparativa.

Desde principios de los años 90, los planes de descentralización se extienden a todos los ámbitos de actuación del Estado. Ejemplos importantes en este sentido son los Estados Unidos y Japón, donde en

los últimos años se han discutido proyectos de descentralización del sector público de amplio alcance². Por último, el énfasis en la descentralización interna como ingrediente básico de las reformas del sector público no se limita a los países desarrollados, sino que durante la segunda mitad de los años noventa 63 de los 75 países en vías de desarrollo con más de 5 millones de habitantes están embarcados en procesos de descentralización, en parte debido a las presiones y recomendaciones del Banco Mundial (Hommes, 1996: 331; Tanzi, 1996: 297).

Todo ello subraya la importancia de los trabajos de investigación dedicados al análisis teórico y a la evaluación empírica de los resultados de la descentralización en los países avanzados. En este contexto, el objetivo de este capítulo es analizar las principales hipótesis teóricas relativas al impacto de la descentralización sobre el control, la eficiencia y la equidad en el gobierno de los servicios sanitarios públicos. Para ello, se revisan las contribuciones principales de la economía, la ciencia política y la sociología a este debate, en un intento de elaborar un marco teórico coherente que permita anticipar las principales características y resultados previsibles del proceso de desarrollo de la descentralización sanitaria en España.

En un plano más general, este capítulo abre la segunda parte de la tesis, dedicada al análisis del proceso de desarrollo y de los resultados de la descentralización regional. Ello supone un cambio de enfoque importante con respecto a la primera parte de la tesis, cuya preocupación principal es el estudio del origen histórico, los determinantes político-institucionales y los procesos políticos que contribuyen a explicar la descentralización de la asistencia sanitaria a las Comunidades Autónomas. En esta parte de la tesis, la

² Sobre el caso *japonés*, ver do Rosario (1993). Sobre los Estados Unidos, ver Nislaanen (1993). En el ámbito europeo, existe proyectos de alcance semejante, como la iniciativa británica plasmada en el documento *The Next Steps* (Corby, 1991) o la profunda reforma institucional reciente del Estado belga (Pruzin, 1993). Un proceso general de descentralización del Estado está teniendo lugar también en los países del centro y este de Europa (Bird, Ebel y Wallich, 1995).

descentralización pasa a considerarse como factor determinante de una serie de cambios en la organización y gestión de los servicios sanitarios, y en las relaciones entre Estado Central y Comunidades Autónomas.

El estudio que se realiza en esta parte de la tesis es, en este sentido, a la vez más innovador y más arriesgado, puesto que se encuadra en un campo de investigación poco trabajado todavía: el de las conexiones entre las transformaciones de la estructura territorial del Estado que afectan a la mayoría de los países europeos entre 1960 y 1970, y la conflictiva evolución de las políticas de bienestar en las últimas décadas del siglo XX (Ashford, 1988).

Por ello, el objetivo principal de este capítulo es adaptar algunas contribuciones teóricas generales sobre las consecuencias de la descentralización en el sector privado y en otros ámbitos del sector público al problema concreto de la descentralización regional de la asistencia sanitaria en España. El análisis del desarrollo y consecuencias de la descentralización se completa con varios capítulos que analizan la evidencia empírica sobre el sector sanitario español en el periodo 1987-1996.

En primer lugar, el capítulo 5 analiza el proceso de desarrollo del modelo formal de descentralización sanitaria consignado en la Ley General de Sanidad, y los cambios que este desarrollo introduce en las relaciones entre niveles de gobierno. Los capítulos 6 y 7 presentan la evidencia comparada sobre la efectividad legislativa, organizativa y de gestión de las Comunidades Autónomas y el Estado central en la ejecución de la reforma sanitaria y en la reformulación de esta reforma que tiene lugar a partir de los años 90. Por último, los capítulos 8 y 9 se centran en la evaluación de los cambios que la descentralización introduce en la financiación sanitaria autonómica y el reparto de recursos entre las regiones, con la preocupación principal de extraer algunas conclusiones sobre la evolución de la equidad interterritorial en el Sistema Nacional de Salud durante sus 10 primeros años de existencia.

En este contexto, las teorías que se analizan en este capítulo proceden principalmente de la economía y de la ciencia política, que son las dos disciplinas principales que se preocupan por el tema de las consecuencias de la descentralización. En cuanto a los dos grandes

grupos de teorías económicas que se analizan, las primeras se encuadran dentro de los estudios clásicos sobre federalismo fiscal, que constituyen un sector de los estudios sobre hacienda pública y elección pública centrado en el tema de la descentralización del sector público. Se analizan también las contribuciones de la economía de las organizaciones, una corriente de investigación de marcado carácter interdisciplinar, que engloba temas clásicos de la sociología de las organizaciones y de la nueva microeconomía de la empresa. Dentro de la economía de las organizaciones se encuentran reunidas varias escuelas de investigación, como son la economía de los costes de transacción, la teoría de los derechos de propiedad, la teoría de la agencia y la teoría evolucionista.

Antes de pasar a analizar los contenidos de estos enfoques, es importante destacar algunas diferencias metodológicas importantes entre estas dos corrientes teóricas de análisis económico de la descentralización. En el caso de las contribuciones sobre el federalismo fiscal el análisis se sitúa en un nivel macro, y se centra en las consecuencias de la descentralización sobre el tamaño del sector público, el volumen del gasto, el comportamiento de las élites políticas y la satisfacción de las preferencias de los votantes. En contraste, la economía de las organizaciones se preocupa por temas más micro, que se refieren sobre todo a las consecuencias de las relaciones intra- e inter-organizativas características de la descentralización sobre la efectividad en la gestión de los servicios.

En cuanto al impacto propiamente político de la descentralización, el capítulo resume las hipótesis principales que se derivan tanto del análisis realizado por autores clásicos de la sociología y la ciencia política, como del análisis político comparado más reciente sobre los efectos de la descentralización a nivel internacional. El capítulo combina el análisis propiamente teórico con algunas reflexiones sobre las consecuencias de la descentralización sanitaria en España, que anticipan algunos de los hallazgos empíricos que se exponen en los capítulos siguientes. Para terminar, es necesario aclarar que el trabajo de revisión de las contribuciones teóricas sobre el tema no pretende ser en ningún modo exhaustivo, sino más bien realizar una contribución original basada en la selección y elaboración de las

hipótesis más relevantes para la comprensión adecuada de los efectos de la descentralización regional de la asistencia sanitaria en España.

Una finalidad importante del capítulo es superar los análisis simplistas sobre este tema, que se plasman en la toma de postura sobre el carácter deseable o no de la descentralización. En este sentido, el punto de partida de este capítulo es la idea de que ninguna reforma organizativa es buena o mala en sí misma, sino que sus consecuencias dependen del marco institucional en el que se apoye. Por ello, el análisis que se realiza en las siguientes páginas no se orienta sólo a determinar si las consecuencias de la descentralización son positivas o negativas, sino sobre todo a explorar los mecanismos institucionales y los diseños organizativos concretos que contribuyen a explicar las ventajas y los inconvenientes de diferentes modelos de descentralización del sector público.

Para terminar, el análisis que se realiza en los apartados siguientes se centra principalmente en analizar los cambios en los mecanismos de control, la efectividad y la equidad en la prestación de servicios derivados de la devolución de competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas. Sin embargo, como se deriva de los argumentos defendidos en el primer apartado del capítulo 2, aunque el capítulo se centra en el análisis de la devolución de poderes a los gobiernos autonómicos, muchas de sus conclusiones son aplicables a los otros tipos de descentralización discutidos en el apartado citado. El capítulo se estructura en cinco apartados. Los cuatro primeros apartados se dedican a las diferentes teorías sobre las consecuencias de la descentralización enunciadas más arriba, mientras que en el último se elaboran algunas recomendaciones dirigidas a mejorar los efectos de la descentralización sobre los instrumentos de control, la eficiencia y la equidad en la prestación de la asistencia sanitaria en España.

1. El federalismo fiscal. Teorías económicas sobre la descentralización en el sector público

La descentralización del sector público constituye un tema importante en los estudios de economía y hacienda pública al menos

desde principios de este siglo. El interés por este tema dentro los debates políticos y académicos ha sufrido desde entonces varios ciclos de expansión y contracción, sin desaparecer nunca de la agenda. Entre los debates académicos más recientes, destacan los que tienen lugar durante la década de los 70 y desde finales de los años 80³. Dentro de estas teorías, existen dos enfoques principales, que partiendo de supuestos muy distintos con respecto a la naturaleza de las motivaciones del gobierno y de sus instrumentos de control, llegan a conclusiones muy semejantes sobre los efectos de la descentralización. Un segundo elemento que diferencia a estas teorías es su énfasis analítico en el lado de la demanda o el de la oferta.

El primero de estos enfoques fue formulado originalmente por William Oates (1968,1972), y se centra en el lado de la demanda. Lo que Oates propone, en este contexto, es que la descentralización aumenta la eficiencia asignativa del sector público debido a la heterogeneidad territorial de las preferencias de los ciudadanos sobre los servicios públicos. La idea de Oates procede en realidad del análisis político clásico, y en particular, de Tocqueville, como argumenta correctamente Hamlin⁴ (1991:194). El argumento es el siguiente. Los países con una estructura descentralizada de gobierno permiten una diversificación mayor de las políticas públicas, lo que supone en definitiva una mayor capacidad para responder a las necesidades y demandas de la población. Ello es debido, según Oates,

³ Sobre las contribuciones académicas publicadas en la primera mitad de este siglo, ver Hamlin (1991: 193-4). En cuanto al debate contemporáneo sobre la descentralización del sector público y el federalismo fiscal, la contribución que ha tenido un mayor impacto es sin duda la de Tiebout (1958), que atrajo, sin embargo, poca atención en la época de su publicación, para ser recuperado durante la década de los 70 por los teóricos de la elección pública. Las contribuciones más importantes al debate sobre la descentralización del sector público y el federalismo fiscal en los 70, en las que se basa principalmente este apartado, son las de William Oates (1972), desde la hacienda pública, y Geoffrey Brennan y James Buchanan (1980), máximos exponentes de la teoría de la elección pública. Un ejemplo significativo del contenido de los debates sobre este tema en los años 70 es el volumen especial dedicado a este tema de la *American Economic Review* en mayo de 1978 (volumen 68, número 2).

⁴ Sobre las contribuciones de Tocqueville al debate sobre las consecuencias de la descentralización, ver el apartado 3 de este capítulo.

a la mayor facilidad y efectividad de los gobiernos subnacionales⁵ para recoger y actualizar la información relevante sobre las preferencias de los ciudadanos que residen en su territorio, debido a su proximidad a los ciudadanos, y a la mayor homogeneidad interna de las poblaciones a las que prestan sus servicios. Los mecanismos básicos de control que incentivan a estos gobiernos para recoger información y orientar en la práctica sus políticas a satisfacer las demandas locales son principalmente la motivación de servicio público (autocontrol) y las elecciones regionales o locales, que garantizan el reemplazo de los gobernantes que no diseñen sus políticas de acuerdo a las preferencias de los ciudadanos.

La aproximación de Oates es interesante porque introduce en la teoría económica algunos presupuestos importantes del análisis político clásico y contemporáneo. Además de las reflexiones ya citadas de Tocqueville sobre las ventajas de las instituciones locales sobre el Estado burocrático y centralizado moderno, las hipótesis de Oates reflejan también la preocupación de la teoría contemporánea sobre la representación política por las limitaciones de los sistemas democráticos centralizados para representar efectivamente la diversidad de preferencias del electorado (Pitlain, 1985).

Sin embargo, sus hipótesis han recibido numerosas críticas relativas a la debilidad de algunos de sus supuestos principales. Primero, Oates asume que existe una diversidad territorial en las preferencias de los ciudadanos relativas a la composición y alcance de los paquetes de políticas públicas, lo que constituye un hecho a comprobar empíricamente. Se discuten también la efectividad del voto como mecanismo de control de los gobernantes, la orientación de éstos hacia el interés público, la mayor efectividad de los

⁵ Es importante señalar aquí que Oates centra su análisis en las ventajas del federalismo económico o fiscal, por contraposición al federalismo político o constitucional (Wildasin, 1995: 324; Hamlin, 1991: 193). Esto quiere decir que lo que se defiende es que las unidades territoriales del Estado diversifiquen sus políticas y recauden sus propios impuestos; y no que se constituyan gobiernos subnacionales elegidos democráticamente y se les transfieran poderes de decisión sustantivos. Sin embargo, para facilitar la exposición, esta distinción no se especifica en el texto.

gobiernos subnacionales para acceder a la información sobre las preferencias de los ciudadanos, y la incapacidad relativa de los gobiernos centralizados para diversificar sus políticas (Tanzi, 1996: 298-302; Wildasin, 1996: 323-4; Prud'homme, 1995: 207-9; Hamlin, 1991: 195-199; Bell, 1989: 207-8). Como veremos más adelante, existen argumentos convincentes contra algunas de estas críticas en el debate actual sobre el desarrollo económico y político comparado. En cuanto a las consecuencias negativas de la descentralización, Oates señala que si se acompaña de un grado elevado de autonomía fiscal de los gobiernos subcentrales, puede agravar las desigualdades socioeconómicas y políticas interterritoriales, debido a las diferencias en los recursos, en la capacidad de recaudación, y en la efectividad en la prestación de servicios entre gobiernos subnacionales. Otro problema importante es la disminución de la eficiencia que se deriva de las externalidades que ejercen unos gobiernos sobre otros. Por ejemplo, si un gobierno es ineficiente o no invierte suficiente en los servicios sanitarios, ello puede generar un flujo importante de usuarios que se desplazan a otras regiones, que serían atendidos con cargo a los impuestos pagados por la población local. Por ello, Oates defiende la necesidad de limitar la autonomía fiscal de estos gobiernos y de utilizar como complemento las transferencias financieras del gobierno central, que pueden contribuir a corregir los desequilibrios territoriales y a compensar las externalidades⁶. Es interesante mencionar aquí que el problema de las externalidades es uno de los factores que se mencionan en la literatura posterior para argumentar que el diseño institucional óptimo es la descentralización al nivel regional de gobierno en vez de al nivel local (Gilbert y Picard, 1996: 20-22; Bell, 1989: 208 y 210).

⁶ El papel de las transferencias de recursos del gobierno central a los gobiernos subnacionales como medio para evitar las disparidades interterritoriales en capacidad recaudatoria ha sido un tema constante de debate en el área de la hacienda pública. McLure (1995: 221-2) traza el origen reciente de este debate en las obras de Buchanan (1950), Musgrave (1961 y Oates (1972), mientras que presenta una excelente recopilación de las contribuciones más relevantes aparecidas en la década de los 90. Sobre la importancia de este tema dentro del debate económico sobre el federalismo entre 1900 y 1950, ver Hamlin (1991: 193).

En este contexto, el segundo enfoque sobre las consecuencias de la descentralización, que se centra en el lado de la oferta, es el propuesto por Brennan y Buchanan (1980), conocido en los debates académicos como la 'hipótesis del Leviatán', que se encuadra dentro de la escuela de pensamiento denominada elección pública. El punto de partida de estos autores es que la motivación principal de los gobernantes es maximizar sus intereses privados, para lo cuál tenderán a aumentar la presión fiscal sobre los ciudadanos tanto como se lo permitan las restricciones institucionales. El control ejercido por los ciudadanos a través del voto no es suficiente para limitar estas tendencias, debido a los problemas de información asimétrica entre gobernantes y ciudadanos. En este sentido, la descentralización de competencias e impuestos a los gobiernos subnacionales se define como un poderoso instrumento institucional para limitar esta tendencia a la apropiación de los ingresos privados de los ciudadanos. Esta tesis general supone en realidad un desarrollo concreto de las intuiciones de los padres del federalismo norteamericano, correctamente ilustradas en el siguiente fragmento:

"El diseño de un gobierno administrado por y para los ciudadanos, se enfrenta con una gran dificultad: en primer lugar, hay que garantizar el control de los gobernantes sobre los gobernados, y en segundo lugar, hay que forzar al gobierno a que se controle a *sí mismo*. La dependencia de la voluntad de los ciudadanos es sin duda el principal medio de control del gobierno; pero la experiencia ha enseñado a la humanidad que resulta necesario tomar precauciones auxiliares" (Hamilton et al., 1787: 337, citado por Bell, 1989: 207).

Los factores mediadores principales, en su formulación más concreta, están tomados en este caso de la economía industrial y de los trabajos originales de Tiebout sobre el federalismo fiscal. De un lado, se defiende que la descentralización constituye un medio de control de los gobernantes a través de la movilidad de los ciudadanos a otras unidades territoriales como respuesta a una presión fiscal excesiva. O en otras palabras, en respuesta a una relación desfavorable entre los costes y los beneficios de los servicios públicos que ofrecen los gobiernos subnacionales.

De otro lado, se asume que tanto la movilidad de los ciudadanos como el propio diseño institucional federal promueven la competencia entre gobiernos subnacionales. Los efectos favorables que se esperan de la competencia, ampliamente desarrollados en los análisis de economía industrial, son de dos tipos. Primero, la competencia conduce a un aumento de la eficiencia productiva de los gobiernos subnacionales (es decir, a una disminución de los costes por unidad producida). Segundo, promueve la diversificación de los bienes y servicios que éstos producen⁷, lo que, unido a la movilidad de los ciudadanos, tiene el efecto final de aumentar la eficiencia asignativa del sector público.

Los efectos combinados de la movilidad y la competencia constituyen un incentivo efectivo para que los gobiernos subnacionales minimicen costes en la provisión de servicios, lo que conduce en definitiva a una disminución de la presión fiscal, y con ello, del tamaño del sector público. Por último, los límites institucionales a la apropiación de rentas privadas por parte del sector público se traducen en un aumento de los incentivos a la inversión privada, lo que promueve el desarrollo económico general.

⁷ Es necesario hacer aquí dos breves precisiones. En primer lugar, mientras que el hecho de que la competencia puede generar por sí misma un aumento relativo de la eficiencia productiva es una hipótesis ampliamente aceptada y confirmada empíricamente (Prud'homme, 1996: 356), la tesis de la diversificación es mucho más controvertida, puesto que la investigación existente demuestra que la competencia puede llevar también, a largo y medio plazo, a una mayor homogeneidad en la producción, via mayor presión para imitar a los competidores con mayor éxito (Hannah, 1996, citado en *The Economist*, 2 de Noviembre de 1996: 94; Hamlin, 1991: 202; Powell and DiMaggio, 1991). En segundo lugar, el énfasis principal de los estudios sobre elección pública recae sobre el aumento de la eficiencia productiva, y no sobre la asignativa.

TABLA 4

EXPECTATIVAS TEÓRICAS SOBRE LAS CONSECUENCIAS DE LA DESCENTRALIZACIÓN: LAS TEORÍAS SOBRE EL FEDERALISMO FISCAL		
TEORÍAS	HACIENDA PÚBLICA	ELECCIÓN PÚBLICA
FACTORES MEDIADORES	Preferencias ciudadanos Control: voto (voice) Motivación: servicio público Corresponsabilidad fiscal	Competencia intergubernamental Control: movilidad (exit) Motivación: intereses privados Corresponsabilidad fiscal
VENTAJAS	Aumento eficiencia asignativa	Aumento eficiencia productiva (sin corresponsabilidad fiscal) Reducción tamaño sector público
INCONVENIENTES	Aumento desigualdad Externalidades	Disminución eficiencia productiva (sin corresponsabilidad fiscal) Aumento tamaño sector público Disminución inversión privada (crowding-out)

Las hipótesis de la escuela de la elección pública sobre las consecuencias del federalismo son ampliamente aceptadas desde las perspectivas dominantes en el análisis económico actual. Además, algunas de ellas, como la relación negativa entre descentralización fiscal y tamaño del sector público, mediada por la movilidad, han sido ampliamente corroboradas por la investigación empírica sobre el caso de los Estados Unidos⁸. Algunos matices interesantes de esta hipótesis para los objetivos que nos ocupan son los que se refieren a las diferencias entre gobiernos locales, de un lado, y regionales o estatales, de otro, en cuanto al grado de movilidad efectiva de los ciudadanos, también mediado por factores culturales y socioeconómicos característicos de cada país.

En concreto, se ha observado que la movilidad entre gobiernos regionales o estatales es escasa en muchos países, con la excepción destacada de los Estados Unidos, lo que puede ayudar a explicar porqué en otros países, al contrario de lo que ocurre en el caso del Estado Federal norteamericano, existe una asociación positiva entre tamaño del sector público y descentralización. En concreto, esta asociación ha sido corroborada empíricamente principalmente en países en los que la autonomía regional o estatal prima sobre la local, donde son menores tanto la propia movilidad de los ciudadanos, como la presión ejercida por esta movilidad sobre los gobiernos autónomos (LAneebone, 1992: 1293).

Otro tema controvertido, muy relacionado con el anterior, es que la competencia intergubernamental se centre en todos los casos en la minimización de costes, en vez de en la maximización de la cantidad y calidad de los servicios públicos ofrecidos por los gobiernos subnacionales. Incluso en el caso de que exista un nivel acusado de corresponsabilidad fiscal, si las preferencias de los ciudadanos favorecen la calidad de los servicios públicos sobre la disminución de la presión fiscal, las consecuencias de la descentralización pueden ser opuestas a las esperadas desde las hipótesis de la elección pública

⁸ Los trabajos empíricos sobre la relación entre federalismo y tamaño del sector público son muy numerosos. Breves revisiones de las contribuciones más relevantes pueden encontrarse en Gilbert y Picard (1996: 20), LAneebone (1992: 1293), y Joulfaian y Marlow (1990: 1094-6).

(Halonen y Propper, 1996). De hecho, el supuesto de que los ciudadanos prefieren generalmente un sector público pequeño refleja, de nuevo, rasgos característicos del modelo norteamericano, en el que se han centrado la mayoría de los análisis empíricos de la hipótesis del Leviatán hasta fechas muy recientes.

Por último, otras críticas a esta hipótesis se centran en los posibles efectos indeseados de la competencia fiscal entre gobiernos subnacionales (Hamlin, 1991:202). Estos efectos posibles se refieren sobre todo a la competencia desleal entre gobiernos, que puede contribuir a aumentar o disminuir la presión fiscal por encima de los límites razonables; y también a los efectos distributivos que una movilidad espacial alta puede general, en el sentido de que la carga fiscal acabe recayendo principalmente sobre los individuos 'cautivos' en un determinado territorio debido a factores profesionales, económicos o sociales.

Existen además otras teorías económicas que utilizan diferentes factores mediadores, también convincentes, para explicar la relación entre descentralización y tamaño del sector público. En primer lugar, las teorías sobre la ilusión fiscal explican el aumento del tamaño del sector público en función de la infraestimación sistemática por parte de los ciudadanos de la presión fiscal existente en una economía, debido a la falta de visibilidad de los impuestos indirectos. La aplicación de estas teorías al problema de las consecuencias de la descentralización permite extraer conclusiones semejantes a la hipótesis del Leviatán, pero en base a factores mediadores diferentes: por mucha corresponsabilidad fiscal que haya en los Estados descentralizados, el hecho de que una parte de sus ingresos provenga de transferencias centrales disminuye la visibilidad de los costes de los gobiernos subcentrales, por lo que tiende a expandir el gasto público.

Finalmente, el análisis clásico de Baumol señala que el efecto de los aumentos pequeños de productividad característicos del sector servicios, que afectan directamente al sector público, junto con el hecho de que la elasticidad de la demanda de bienes públicos sea previsiblemente mayor que la unidad, permiten predecir un aumento continuado del tamaño del sector público a lo largo del tiempo,

independientemente de su estructura más o menos descentralizada (Kneebone, 1992: 1294-5).

2. La economía de las organizaciones. Efectos de la descentralización en el sector privado

La economía de las organizaciones es una escuela de investigación relativamente nueva, especializada en la comprensión de las relaciones intra e interorganizacionales desde el punto de vista de la microeconomía aplicada. Su enfoque es más interdisciplinar que el de otras vertientes de la investigación económica. Las disciplinas de las que se nutre son sobre todo la propia microeconomía, la economía industrial, el derecho mercantil, y la teoría de las organizaciones, que es a su vez una de las áreas de investigación clásicas de la sociología. Su preocupación central consiste en explicar en qué medida el tipo de instituciones formales (reglas, contratos, derechos de propiedad) que regulan las relaciones de intercambio económico determinan la eficiencia de las empresas. Más recientemente, y como resultado principal de las críticas procedentes del análisis sociológico y político, los teóricos de esta disciplina han incluido también en sus análisis una cierta atención a los aspectos informales de las instituciones (acuerdos, rutinas, valores). Debido a la atención concedida a las instituciones, la economía de las organizaciones suele encuadrarse dentro del campo de investigación más amplio del nuevo institucionalismo económico.

Las dos corrientes de investigación principales que conforman la economía de las organizaciones son la teoría de los costes de transacción y la teoría de la agencia⁹. Ambas teorías contienen

⁹ Una tercera corriente de investigación dentro de la economía de las organizaciones, que no se analiza explícitamente en las siguientes páginas, es la teoría evolucionista. Al contrario que las otras dos teorías comentadas, que se centran principalmente en el análisis estático de la eficiencia desde supuestos cercanos a la microeconomía clásica, la teoría evolucionista presta mayor atención a los procesos de cambio organizativo, y a los requisitos para conseguir una mayor eficiencia dinámica, mientras que representa un punto de vista bastante más

aportaciones conceptuales y empíricas importantes para comprender los efectos de la descentralización en el sector público, a pesar de centrarse principalmente en el análisis de las organizaciones en el sector privado¹⁰. Estas teorías tienen en común la preocupación por determinar los factores contractuales¹¹ que inciden sobre la eficiencia económica. Sin embargo, la importancia relativa que conceden a los diferentes tipos de factores que inciden en la eficiencia organizativa varía. Mientras que la economía de los costes de transacción se centra sobre todo en los problemas de coordinación, la teoría de la agencia tiene una mayor preocupación por los problemas de motivación y control. A pesar de estas diferencias, la evolución conjunta de estas disciplinas, y su integración reciente en un marco analítico común, representado por la economía de las organizaciones, hace que a veces sea difícil separar las contribuciones de cada disciplina, puesto que existe una considerable fertilización cruzada entre ellas.

heterodoxo con respecto al análisis económico dominante que el de las otras dos teorías. Algunos presupuestos de esta teoría se comentan en el apartado sobre análisis político comparado, y otros se utilizan como complemento a la economía de los costes de transacción en el análisis de las estructuras organizativas híbridas. Una descripción sistemática de los presupuestos de esta teoría puede encontrarse en la obra que dio origen a la disciplina (Nelson y Winter, 1982), y en algunas aportaciones más recientes de estos autores (ver, por ejemplo, Nelson, 1994; Teece, D.J., Rumelt, R. Dosi, G. y Winter, S., 1994).

¹⁰ Las aplicaciones de estas teorías al caso del sector público son todavía escasas, pero muy prometedoras. De entre ellas, hay que destacar el excelente artículo de Tirole (1994). Otras aportaciones útiles para analizar el Estado como organización desde el punto de vista de la economía de las organizaciones son las de Haloneny Propper (1996), Maravall (1997a), Grossfeld (1990), Barlett (1991) y De Groot (1988).

¹¹ Los términos 'contrato' y 'contractual' se utilizan en economía de las organizaciones para designar cualquier acuerdo explícito o implícito, formal o informal, y sancionado o no jurídicamente.

2.1. La economía de los costes de transacción

La economía de los costes de transacción ha sido desarrollada principalmente por Oliver Williamson¹², y contiene dos tipos de contribuciones importantes para comprender las consecuencias de la descentralización en el sector privado. De un lado, existen una serie de contribuciones dirigidas a explicar las ventajas del proceso de descentralización interna de las empresas iniciado en la primera mitad del siglo XX, que se generaliza a partir de la segunda guerra mundial, dando origen a lo que se conoce como empresa multidivisional. De otro lado, el segundo grupo de contribuciones que resulta útil para los objetivos de este capítulo se refiere a los procesos de desintegración vertical y horizontal de las organizaciones empresariales, iniciados en los años 80, que tienen como consecuencia principal la creación de redes de empresas que establecen relaciones de cooperación estables para realizar juntas actividades económicas de las que previamente se encargaba una sola empresa. Este modelo organizativo combina rasgos característicos de las relaciones jerárquicas intraorganizativas con elementos propios de las relaciones de mercado, y se denominan por ello híbridos en la literatura académica¹³.

Tanto la descentralización interna que tiene lugar en las empresas multidivisionales como la descentralización externa que representan los híbridos son útiles para entender las consecuencias de la

¹² El artículo pionero en el que se inspira la economía de los costes de transacción es el de Coase (1937). Entre las contribuciones principales contemporáneas a la economía de los costes de transacción, ver por ejemplo Williamson (1979,1981, 1975,1985,1989, 1990a, 1990b, 1990c, 1991,1993 y 1994), Williamson y Winter (1991), Grossman y Hart (1986) y Klein, Crawford y Alchian (1978). Otras contribuciones que tratan temas importantes para esta teoría, o que ofrecen revisiones útiles de la misma son las de Poppo (1995), Teece et al. (1994), Scharpf (1993), Granooveter (1992 y 1985), Milgrom y Roberts (1992), Simon (1991), Gambeto (1988), Tirole (1988), Barley y Ouchi (1986), Sah y Stiglitz (1986) y Arrow (1985 y 1974).

¹³ Contribuciones importantes sobre el tema particular de los híbridos son las de Powell y Smith-Doerr (1994), Ring y Van de Ven (1993), Lafontaine (1992), Noriah y Eccles (1994), Jarillo (1988) y Kogout (1988).

descentralización en España, puesto que la estructura organizativa formada por las Comunidades Autónomas y el Estado comparte rasgos de las divisiones de una gran empresa proveedora de servicios y rasgos de las redes de empresas independientes, como veremos a continuación.

El concepto principal que permite comprender las consecuencias de ambos procesos de descentralización es el de costes de transacción. Los costes de transacción representan los recursos económicos, el tiempo, y el esfuerzo derivados del gobierno de una actividad económica, que varían en función de la estructura organizativa utilizada para llevar a cabo esta actividad. En términos más concretos, se trata de los costes que se derivan de la coordinación y el control de las distintas unidades productivas implicadas, o en otras palabras, los costes de diseñar, negociar y asegurar que se cumplan los acuerdos necesarios para llevar a buen término la actividad de que se trate. Además, se incluyen en este concepto los costes de adaptar las rutinas y los modos de relación presentes a los cambios en el entorno económico, es decir a las fluctuaciones en la demanda y en los precios, a las innovaciones tecnológicas y de gestión, y a los cambios en la regulación legal de la actividad económica.

En este contexto, y bajo ciertas condiciones, las organizaciones con una estructura jerárquica centralizada presentan ventajas sobre los acuerdos entre empresas, porque consiguen diseñar estos acuerdos y asegurar que se cumplan por medio del poder jerárquico depositado en las escalas superiores de la organización. La resolución de los problemas de coordinación y control a través del poder jerárquico supone en este sentido una reducción de los costes de gobierno, puesto que evita retrasos y esfuerzos innecesarios para llegar a un acuerdo entre las partes, al imponer una solución negociada a los conflictos por medio de la autoridad.

Otras ventajas de la organización jerárquica sobre los acuerdos entre organizaciones son, de un lado, el mayor acceso a la información necesaria sobre costes, calidad y esfuerzos inversores y productivos de las unidades en conflicto, necesaria para dirimir las disputas de un modo eficiente. De otro, la mayor facilidad y rapidez con la que se consigue la adaptación conjunta de varias unidades

productivas a los cambios en el entorno, debida precisamente a la efectividad de la autoridad interna en la resolución de disputas. Por último, el sentido de pertenencia y lealtad a la organización disminuye la propia incidencia de situaciones conflictivas, y facilita relaciones de intercambio gratificantes, caracterizadas por la confianza y la reciprocidad, que estimulan la automotivación de los miembros de la organización en el desempeño de las tareas que se les asignan.

Sin embargo, las organizaciones centralizadas pierden sus ventajas a medida que aumenta su tamaño, especialmente si la expansión supone que se incluyen dentro de las actividades organizativas transacciones cada vez más heterogéneas y distantes espacialmente. En primer lugar, el aumento de tamaño genera una estructura complicada de escalas jerárquicas distantes entre sí y que realizan tareas muy distintas, lo que se traduce en distorsiones y limitaciones en cuanto a los flujos de información y a la comunicación interna. El uso del poder jerárquico para resolver conflictos se hace inefectivo, puesto que se percibe como distante y carente del conocimiento suficiente como para ser una fuente legítima de autoridad conciliadora.

La propia distancia entre las escalas superiores e inferiores de la jerarquía genera además una pérdida importante de control sobre los miembros de la organización, mientras que la identificación colectiva con los objetivos globales de la organización disminuye. Las unidades organizativas están cada vez más aisladas unas de otras, por lo que sus propios intereses privados y corporativos tienden a predominar sobre los intereses compartidos globales, un proceso al que contribuyen también la impersonalidad de las grandes estructuras burocráticas, que impiden la autoimplicación moral y el espíritu de equipo. Por último, las grandes organizaciones se convierten en estructuras rígidas y esclerotizadas, poco sensibles a los cambios y muy afectadas por inercias estructurales internas (Williamson, 1975).

Estos inconvenientes pueden evitarse en su mayoría por medio de procesos de reorganización interna que supongan una descentralización sustantiva de poderes de decisión y acción autónoma a las unidades inferiores de la jerarquía. De hecho, ésta es la explicación característica que los teóricos de esta disciplina dan a la emergencia de la empresa multidivisional. El tipo de estructura

interna que predomina en el sector privado antes del surgimiento de la forma multidivisional, la llamada empresa unificada, está caracterizada por la centralización del poder de decisión en la cúpula de la organización, y por una división de funciones entre los departamentos pensada para explotar las ventajas de la especialización productiva. Así, la estructura típica de una empresa unificada era la departamentalización por funciones, de manera que debajo de la cúpula organizativa se encuentran una serie de departamentos especializados en compras y suministros, producción, ingeniería de sistemas y procesos, finanzas, marketing y ventas.

Es este tipo de organización, que hoy todavía predomina en los Ministerios del sector público, la que es más vulnerable a la pérdida de efectividad que se deriva del aumento de tamaño. La clave para entender la ineficiencia relativa de esta estructura organizativa es precisamente el hecho de que su diseño esté pensado para disminuir los costes de producción a través de la especialización. En este sentido, una consecuencia indeseada del propio diseño es que la fragmentación de tareas supone un aumento paralelo de los costes de coordinación y control que acaba minando la eficiencia de la organización a medida que ésta aumenta de tamaño. Debido a la especialización departamental, resulta necesario coordinar las actividades de todos los departamentos internos para producir cualquier bien o servicio, lo que se convierte en una tarea cada vez más lenta y difícil a medida que la organización se hace más grande. Ello hace que la cúpula de la organización ocupe la mayor parte de su tiempo en la resolución de las cuestiones operativas del día a día, lo que supone un colapso de sus funciones estratégicas y de planificación a largo plazo, que resultan a menudo desplazadas por asuntos cotidianos de menor importancia pero más acuciantes.

El aumento de tamaño, y el predominio de las cuestiones operativas resultante, suelen conducir a que los gerentes de las distintas áreas funcionales compartan las tareas directivas de la cúpula de la organización, puesto que su participación se hace crecientemente necesaria para coordinar adecuadamente las actividades conjuntas. Como resultado, los intereses corporativos de los departamentos predominan sobre los objetivos globales a largo plazo, minando la capacidad de planificación estratégica de la

organización. Ello supone, además, que la efectividad del control jerárquico disminuye, por lo que la organización se hace más tolerante a las presiones para la expansión indiscriminada de los gastos internos, a la relajación del esfuerzo de sus miembros, y finalmente, al incumplimiento generalizado de los acuerdos internos.

Estas son las causas, de acuerdo con la economía de los costes de transacción, de la emergencia de la forma multidivisional en las primeras décadas del siglo XX: se trata de un proceso de reorganización de las empresas para aumentar la eficiencia organizativa interna, que se generaliza en la segunda mitad del siglo en los países avanzados. La reorganización consiste en diseñar la departamentalización interna en función de productos, programas o unidades geográficas, de manera que cada departamento, que recibe el nombre de división, desempeña todas las funciones necesarias para generar un producto o servicio completo. Los nuevos criterios de departamentalización se acompañan de un proceso de descentralización de las decisiones de coordinación y control operativas a los gerentes de las divisiones, por lo que cada división se convierte en una cuasi-empresa independiente, responsable de sus propios ingresos y gastos.

De este modo, la mayoría de las divisiones pasan de ser centros de gasto, que dependen del presupuesto central, a ser centros de beneficio, cuya supervivencia y expansión depende de su propia cuenta de resultados. Ello tiene la ventaja principal de permitir detectar qué productos o mercados geográficos producen beneficios y cuáles generan pérdidas. En estrecha conexión con las nuevas responsabilidades de las divisiones, uno de los cambios que más aumentan la eficiencia organizativa interna es la supresión de la práctica denominada subsidio cruzado de pérdidas (*cross-subsidization of losses*), por la que los beneficios de las unidades más productivas se utilizan para compensar las pérdidas de las unidades menos eficientes. Esta práctica contribuye de manera decisiva a aislar a la empresa unificada de las presiones que genera la competencia de mercado, puesto que la supervivencia y la expansión de cada unidad no dependen de su eficiencia, sino del poder de presión de sus gerentes sobre la cúpula organizativa. En la nueva empresa multidivisional, los resultados de cada división resultan mucho más

fáciles de medir, puesto que la propia estructura interna contribuye a su visibilidad, lo que permite que la descentralización del poder de decisión se acompañe de la asunción de responsabilidades por parte de las divisiones sobre sus propios resultados.

La cúpula administrativa interviene mínimamente o no interviene en absoluto en los problemas de gestión cotidianos, y a cambio se especializa en cuestiones de planificación estratégica, en la medición y auditoría interna de los resultados de las divisiones, en el arbitraje de conflictos entre divisiones, y en el diseño de sistemas de incentivos vinculados a los beneficios obtenidos por cada división. La mayor relevancia que adquieren estas cuestiones estratégicas en un entorno empresarial crecientemente competitivo explica la expansión de los recursos materiales y humanos asignados a la cúpula directiva de la organización, un proceso que acompaña al surgimiento de la empresa multidivisional.

En resumen, las consecuencias de la descentralización interna consisten en una disminución de los costes de coordinación y control globales. De un lado, los costes de coordinación disminuyen como resultado de la nueva separación entre funciones operativas y estratégicas. Esta separación hace que ya no sea necesario que las divisiones transmitan la información operativa a la cúpula para que ésta la elabore y transmita a su vez órdenes hacia abajo que permitan la acción conjunta de las unidades funcionales inferiores. En segundo lugar, la especialización de las divisiones en las funciones operativas aumenta la eficiencia global en el desempeño de estas tareas, puesto que las divisiones, más cercanas a los clientes y a los proveedores, tienen mayor capacidad para recoger y procesar información sobre las necesidades y preferencias de los primeros, así como sobre la calidad y costes de los segundos. Lo mismo ocurre con las funciones estratégicas de la cúpula directiva, que se desempeñan de un modo más eficiente como resultado conjunto de la expansión de sus recursos y de la propia especialización de sus funciones.

De otro lado, los costes de control también disminuyen. En primer lugar, la vinculación de las retribuciones de empleados y gerentes de las divisiones a los beneficios que obtienen disminuye la necesidad de un control formal, entendido como supervisión directa del esfuerzo individual y de equipo. Estas tareas de supervisión,

además, pasan a ser responsabilidad directa del gerente de la división, que dispone de mayor información sobre la contribución de cada trabajador a los resultados de la división, y tiene por ello más legitimidad para actuar cuando surgen problemas y conflictos. Además, la nueva autonomía de las divisiones permite una mayor participación de los trabajadores en la toma de decisiones, lo que genera a su vez un mayor grado de autocompromiso en el cumplimiento de los objetivos de la división. Por último, la especialización de la cúpula directiva en las tareas de medición de resultados y en la auditoría interna contribuye a aumentar el control sobre los gastos y la eficiencia en la asignación interna de recursos a las divisiones.

La descentralización autonómica de la asistencia sanitaria puede interpretarse como un proceso organizativo semejante al que da origen a la empresa multidivisional. Del mismo modo, el esquema de división de funciones y poderes que caracteriza al sector sanitario español antes de la descentralización se asemeja al de la empresa jerárquica centralizada predominante en el sector privado en el pasado. La aplicación de las expectativas elaboradas por los teóricos de los costes de transacción permite anticipar cuáles son los principales problemas que podrían afectar a la estructura centralizada de gobierno de la sanidad, que aún persiste en 10 Comunidades Autónomas, dado el tamaño de sus operaciones.

De acuerdo con el esquema analítico descrito, las cúpulas organizativas del Ministerio y el INSALUD se ocupan de la coordinación y el control de las distintas unidades funcionales internas (personal, asuntos económicos, asistencia primaria y hospitalaria, compras y suministros...) y de las diferentes delegaciones territoriales (direcciones provinciales). Tanto unas como otras se limitan a ejecutar las decisiones que se toman en las escalas superiores de la jerarquía, de manera que cuando los resultados finales no son los esperados, no es posible discriminar en qué medida ello se debe a que las decisiones son equivocadas o a que la ejecución de las mismas es ineficiente.

La información operativa de la que dispone la cúpula organizativa proviene principalmente de las unidades inferiores, por lo que es necesario transmitirla a lo largo de largas cadenas jerárquicas, lo que

puede llevar a retrasos, pérdidas y distorsiones no intencionadas de la información a lo largo del proceso de comunicación interna. Estos problemas de transmisión de la información pueden ser explotados por los gerentes (directores generales) de los distintos departamentos (personal, asuntos económicos...), a través de manipulaciones intencionadas de la información necesaria para la toma de decisiones estratégicas del Ministerio, por lo que sus intereses privados y corporativos pueden predominar sobre los objetivos globales a largo plazo de la organización. Los mismos problemas de transmisión pueden afectar también a las órdenes emitidas por las escalas superiores de la jerarquía, cuya ejecución estaría sujeta además a un grado considerable de discrecionalidad, puesto que las funciones de control están centralizadas en una cúpula lejana, mal informada y mal dotada para supervisar las actividades cotidianas de las escalas inferiores de la organización. La necesidad de coordinar a las unidades funcionales internas para tomar cualquier decisión operativa es también una fuente importante de retrasos, ineficiencias y costes de transacción.

Algo semejante ocurriría en el caso de las direcciones provinciales. En este caso, estos problemas se agudizan debido a la distancia física entre los que toman las decisiones y los que las aplican. La distancia dificulta más todavía la coordinación y el control, mientras que impide la interacción frecuente entre los responsables centrales y los territoriales. Como veremos a continuación, la interacción frecuente y el sentido de pertenencia a una misma organización son factores que contribuyen a crear confianza entre los distintos agentes organizativos, y a evitar conductas deshonestas que tiendan a primar los intereses privados de los miembros de la organización. Por último, a los problemas de coordinación y control hay que añadir los que se refieren a la motivación de los agentes funcionales y territoriales. Se trata en este caso del problema clásico que afecta a la ejecución de decisiones por parte de actores que no han participado en su diseño y formulación, lo que disminuye el compromiso personal a la hora de garantizar su aplicación adecuada.

En contraste, la descentralización a las Comunidades Autónomas evitaría la mayor parte de estos problemas, por lo que supondría un

aumento en la eficiencia organizativa interna. En concreto, el aumento de la eficiencia se debería principalmente a una especialización de funciones semejante a la de la empresa multidivisional, que genera, de acuerdo a la teoría, una disminución de costes de transacción. Las cúpulas directivas del Ministerio se ocuparían de la asignación de recursos entre las divisiones/Comunidades (financiación autonómica), de la planificación estratégica (Plan Nacional de Salud), de la fijación de los fines globales de la organización (legislación básica), y de supervisar el cumplimiento de la legalidad y de los objetivos a largo plazo del Sistema Nacional de Salud (alta inspección y coordinación general). Las Comunidades, además, de un modo semejante a las divisiones empresariales, adquirirían paralelamente una considerable autonomía de gestión. Ello contribuiría a una mejor coordinación de los servicios, debida a la mayor facilidad de las Comunidades para obtener y procesar la información local sobre las preferencias de los usuarios, los costes y calidad de los proveedores, y el rendimiento de su propio personal. La mayor facilidad se deriva principalmente de su cercanía a los lugares donde esta información se origina, de su mejor conocimiento de las circunstancias locales que afectan a la Comunidad territorial de que se trate¹⁴, y de la menor necesidad de

¹⁴ Aquí hay que tener en cuenta que, al contrario de lo que ocurre en el caso de las administraciones autonómicas, el personal de las direcciones territoriales normalmente no se recluta entre los residentes en la Comunidad Autónoma. Resulta razonable esperar que la residencia previa en la Comunidad facilite la interacción social frecuente entre las autoridades públicas, de un lado, y los proveedores, organizaciones sociales y ciudadanos, de otro. De hecho, Putnam y colaboradores ponen de manifiesto que éste es el caso en Italia: los políticos y gestores de los gobiernos regionales mantienen una relación mejor y más frecuente con los grupos sociales y económicos locales que los administradores centrales. Según estos autores y otros que se estudian más adelante, la interacción frecuente puede facilitar la confianza entre administradores y administrados, y reducir considerablemente, por ello, los costes y las ineficiencias en la recogida de información. Una última cuestión a este respecto es que en los Estados centralizados, una de las razones por las que el personal de las direcciones territoriales no se recluta en la propia unidad geográfica de que se trate es la de evitar el clientelismo y la corrupción que pueden derivarse de la connivencia entre administradores y administrados. Aunque no puedo extenderme aquí en discutir

transmitir los datos a través de largas cadenas jerárquicas.

Además, otra razón que explica que la descentralización pueda contribuir a aumentar la eficiencia en el gobierno de las organizaciones es el aumento en la motivación de los miembros de la administración territorial que la descentralización genera. La autonomía en la toma de decisiones se concibe en esta disciplina, como en otras muchas, como un incentivo importante para gestionar bien los recursos y gobernar eficazmente las organizaciones. Se trata en este caso de incentivos positivos. De otro lado, si damos la vuelta al último argumento, se puede defender también que la devolución de poderes supone un incentivo negativo para las conductas oportunistas, puesto que la asunción de responsabilidades financieras y electorales sobre los resultados de la gestión implica que los costes de las conductas ineficientes acaban recayendo en los mismos individuos que los generan.

Sin embargo, a pesar de estas semejanzas formales con la descentralización interna en las empresas multidivisionales, la descentralización autonómica tiene algunos rasgos específicos que la diferencian de este modelo. Para empezar, la cúpula organizativa, en este caso el Ministerio, tiene una capacidad muy limitada por la ley para medir los resultados de la gestión autonómica, una tarea que les corresponde a las Comunidades Autónomas. Además, no dispone de la posibilidad de vincular las retribuciones de los directivos autonómicos (en términos de recursos económicos y votos) a su

esta perspectiva, es suficiente decir que no me convence personalmente. Los políticos y gestores mantienen siempre una connivencia semejante con algunos grupos sociales y políticos, aunque estos se limiten a su círculo más cercano de familiares y amigos. El hecho de que procedan o no de la Comunidad en la que trabajan no me parece un hecho importante a la hora de explicar la extensión de las prácticas clientelistas, que dependen en definitiva de los valores éticos de cada uno y del control efectivo sobre el ejercicio de la actividad pública. Además, podría incluso defenderse que los funcionarios desplazados a las direcciones territoriales tienen más incentivos para acometer estas prácticas corruptas debido a la ausencia de lazos de confianza sólidos con los administrados, por lo que la concesión de prebendas podría ser utilizada para reforzar su control y su legitimidad en un contexto geográfico al que les unen pocos lazos sociales y políticos previos.

rendimiento en la provisión de servicios, no puede ejercer un control directo sobre el ejecutivo y la administración autonómicas, y no puede destituir a sus directivos. Por último, en caso de incumplimiento por parte de las Comunidades de los objetivos globales del Sistema Nacional de Salud, no puede tampoco intervenir directamente, sino que tiene que recurrir al arbitraje y la sanción jurídicas externas (Tribunal Constitucional), como ocurre en el caso de las relaciones contractuales de tipo mercantil entre empresas independientes.

Las Comunidades tienen además, un grado mayor de responsabilidad y autonomía que las divisiones, debido al propio hecho de que sus directivos son elegidos directamente por los ciudadanos en las elecciones autonómicas y están sujetos a controles jurídico-administrativos que no son ejercidos de un modo jerárquico por el poder central. De otro lado, se ocupan directamente de funciones estratégicas como la planificación (Plan Regional de Salud), la investigación y la asignación de recursos dentro de su territorio, mientras que disponen del poder de evaluar sus propios resultados y de ajustar las retribuciones al cumplimiento de objetivos. Por último, les corresponde la titularidad de los centros y servicios creados con sus propios recursos. Todo ello dota a las Comunidades Autónomas de una serie de rasgos semejantes a los de las empresas independientes integradas en una red comercial y productiva compartida, lo que indicaría que la comprensión adecuada de las consecuencias de la descentralización autonómica requiere el análisis de las características de estas formas organizativas híbridas, que en el sector privado emergen como resultado de los procesos de desintegración horizontal y vertical que se desarrollan en los años 80 y 90 en los países occidentales.

Desde el punto de vista de la economía de los costes de transacción, los procesos de desintegración responden a los mismos determinantes que los procesos de descentralización interna: ambos constituyen una respuesta adaptativa a los problemas de coordinación y motivación de las jerarquías burocráticas. Además, y a pesar de que algunos autores dentro de esta disciplina consideran que existen marcadas diferencias entre las empresas con un alto grado de descentralización interna y las redes de empresa, existe un acuerdo

considerable en la literatura sobre las semejanzas entre una división autónoma y una empresa vinculada contractualmente a una red de relaciones verticales y horizontales. Las diferencias más relevantes se refieren a la distribución de los derechos de propiedad: en teoría, las distintas divisiones de una empresa son propiedad de un único grupo de accionistas, mientras que las empresas que forman parte de una red mantienen accionariados diferentes. Sin embargo, la generalización de dos tipos de prácticas contribuye a difuminar las diferencias entre estas dos estructuras organizativas: de un lado, las prácticas de reparto de acciones y beneficios al personal de las divisiones; y de otro, la extensión del modelo japonés, por el que cada empresa integrada en una estructura híbrida adquiere paquetes de acciones de otras empresas de la red.

Las consecuencias de las redes de empresas, o híbridos, sobre la eficiencia en la prestación de servicios son también semejantes a las de la descentralización interna. Como en el caso de la empresa multidivisional, los efectos de los híbridos dependen de una serie de factores mediadores, de modo que, si se cumplen ciertas condiciones, estas estructuras contractuales híbridas pueden reducir considerablemente la escalada en los costes de gobierno que afecta a las grandes empresas centralizadas. Entre los factores mediadores más relevantes pueden mencionarse los tres siguientes.

(1) Primero, las ventajas e inconvenientes de los híbridos con respecto a las empresas centralizadas dependen del *grado de oportunismo* con el que se comporten las distintas empresas integradas en la red. El término 'oportunismo' representa el supuesto conductual básico de la economía de los costes de transacción, que lo diferencia de los análisis económicos clásicos. De hecho, el concepto de oportunismo es un concepto semejante al supuesto del interés propio (*self-interest*) del análisis económico, pero la formulación típica de este último supuesto presenta diferencias importantes con el concepto de oportunista, aunque éstas no sean en todos los casos objeto de clarificación sistemática y explícita.

De un lado, es un concepto más amplio que el de la conducta interesada o egoísta contemplada en la economía neoclásica, puesto que incluye la predisposición sistemática a mentir, ocultar y distorsionar información, posibilidades no contempladas en los

modelos económicos clásicos (Granooveter, 1985). Además, se utiliza también para describir las limitaciones que afectan a la capacidad de compromiso (*imperfect commitment*) de los actores económicos, denominada en otros ámbitos académicos *akrasia* o *debilidad de la voluntad*¹⁵ (Sánchez Cuenca, 1994). Estas limitaciones tienen la importante consecuencia de minar la credibilidad de los acuerdos contractuales entre y dentro de las empresas, y de hacer más costoso su cumplimiento.

De otro lado, se asume que el ámbito de aplicación de esta orientación del comportamiento es más restringido que el de la conducta orientada al interés propio. Esto quiere decir que, en contraste con el análisis económico clásico, se supone que sólo un número limitado y variable de actores económicos son oportunistas, dado que si, en general, la mayoría de los individuos no mostraran conductas honestas y cooperativas, los costes de gobierno de las transacciones económicas serían tan altos que bloquearían las relaciones de intercambio¹⁶.

¹⁵ El concepto de *akrasia* procede de los trabajos de Jon Elster. Un desarrollo muy interesante de este concepto en el contexto de la ciencia política española puede encontrarse en Sánchez Cuenca (1994). Es importante recordar aquí la conexión establecida en el capítulo 2 entre intensidad de preferencias y debilidad de la voluntad. El papel de la intensidad de preferencias en tanto factor mediador entre la descentralización y sus consecuencias se estudia en el último apartado de este capítulo, así como en el capítulo 10. Si aceptamos que la debilidad de la voluntad tiene relación con la intensidad de los deseos de los individuos, lo que se dice a continuación sobre el oportunismo puede servir de introducción a los argumentos sobre las posibles consecuencias que se derivan de la intensidad.

¹⁶ Sobre las implicaciones de considerar la conducta orientada al propio interés como una variable en vez de un parámetro dado, ver Marón Martín (1996). Es importante señalar aquí, además, que el predominio excesivo de conductas oportunistas se considera en una rama relacionada del neoinstitucionalismo económico, la nueva historia económica, como un factor central para explicar el subdesarrollo económico relativo de los países. Es importante también aclarar que el grado de prevalencia del oportunismo se considera en este caso resultado de las características de las instituciones culturales, políticas y jurídicas de un país, que constituyen el entorno externo en el que se mueven las organizaciones económicas (ver, por ejemplo, North, 1991 y 1990). En contraste, la economía de los costes de transacción defiende la importancia de los acuerdos institucionales o contractuales concretos que se

La prevalencia de conductas oportunistas depende a su vez de dos tipos de factores relacionados: de la calidad y la frecuencia de las relaciones de interacción social dentro y entre las organizaciones, y de la presencia de instituciones culturales, políticas y jurídicas que faciliten la cooperación. En el caso de la asistencia sanitaria, por ejemplo, las consecuencias de la descentralización dependerían de la calidad y la frecuencia de las relaciones de cada Comunidades Autónomas con la Administración central, con otras Comunidades Autónomas, y con los proveedores, grupos de interés, y asociaciones de profesionales y de usuarios. Las relaciones frecuentes, caracterizadas por la reciprocidad y facilitadas por instituciones culturales y políticas compartidas son capaces de generar un grado considerable de confianza entre organizaciones, lo que disminuye la prevalencia de comportamientos oportunistas, de acuerdo a algunos desarrollos de ésta y otras teorías. Cuando estas relaciones no están suficientemente desarrolladas, la centralización de los servicios en una sola jerarquía organizativa, la del Estado, garantizaría una mayor eficiencia, porque permitiría reducir los costes derivados del oportunismo a través de la autoridad jerárquica y el control directo.

desarrollan dentro y entre empresas como el factor explicativo central de ésta prevalencia, lo que supone una falta de atención relativa al marco institucional externo. Por último, una de las críticas principales de la sociología al neoinstitucionalismo económico en general, y a la economía de los costes de transacción en particular, es que concede excesivo énfasis a los factores institucionales formales, mientras que descuida otros factores centrales, como la cantidad y calidad de la interacción social dentro y entre organizaciones (Granovetter, 1992 y 1985). En el análisis que sigue, sin embargo, se consideran los tres tipos de factores (entorno institucional externo, características institucionales de las relaciones intra e interorganizativas, e instituciones y relaciones informales) de un modo conjunto para simplificar la exposición. La simplicidad tiene en este caso el coste de incurrir en una cierta injusticia académica, puesto que la presentación conjunta de los tres tipos de factores supone atribuir a la economía de los costes de transacción una riqueza intelectual mayor de la que tienen sus formulaciones clásicas, que no consideran de un modo suficiente ni el entorno institucional ni las instituciones informales. Estos dos últimos conceptos, por cierto, están estrechamente relacionados, como vamos a ver a continuación

(2) Un segundo factor mediador importante que ayuda a explicar, junto con el grado de oportunismo, las ventajas e inconvenientes de los híbridos, son los límites que afectan a los sistemas de recogida y procesamiento de información. La información, en ésta como en otras disciplinas, es la verdadera base de un control organizativo efectivo. Junto con otros recursos, constituye además uno de los determinantes principales de la capacidad de gestión. De manera que cuanto más medios de información y capacidad de gestión existan en la estructura organizativa de que se trate, menores son la prevalencia y las consecuencias del comportamiento oportunista, más eficiente es la coordinación operativa y estratégica de todas las unidades integrantes de la red, y más ventajas tienen los híbridos.

(3) En tercer lugar, las consecuencias de estas estructuras híbridas dependen de la efectividad de los mecanismos institucionales concretos que regulan las relaciones contractuales y los acuerdos intra e interorganizativos. En concreto, las regulaciones institucionales se refieren en este caso al grado de detalle con el que se especifiquen estos acuerdos y a los medios jurídicos y políticos de los que se dispone para asegurar el cumplimiento de los mismos. En el caso de la descentralización sanitaria, los detalles contractuales que regulan las relaciones entre las Comunidades Autónomas y el Estado están definidos en la Constitución, los Estatutos de Autonomía, los decretos de transferencias, y en la legislación básica sobre asistencia sanitaria. Por ejemplo, la cartera de servicios que las Comunidades pueden ofrecer es materia básica, y el Ministerio dispone de medios jurídicos (los recursos al Tribunal Constitucional) para asegurar que se cumplan los detalles del acuerdo. Sin embargo, la utilización de estos medios está sometida a estrictos límites institucionales y políticos¹⁷,

¹⁷ Una descripción detallada de estos límites institucionales puede encontrarse en la definición constitucional de la alta inspección y la coordinación general sanitaria, que se estudia en el capítulo 3. En cuanto a los límites políticos, los recursos ante el Tribunal Constitucional se perciben frecuentemente como una agresión a los derechos de autonomía de las Comunidades, lo que ha sido utilizado frecuentemente por determinados gobiernos autonómicos para movilizar a la opinión pública en contra del gobierno central. Además, la interposición de recursos o conflictos de competencias supone la paralización durante un periodo de tiempo considerable de las iniciativas políticas impugnadas, mientras que puede

lo que disminuye su efectividad como mecanismos de control.

Otro conjunto de cláusulas contractuales importantes para las relaciones entre el Estado y las Comunidades son las que se refieren a la capacidad de endeudamiento de las Comunidades y a las consecuencias de su potencial mala gestión financiera. Este conjunto de detalles contractuales constituye probablemente una de las fuentes más importantes de problemas de funcionamiento de la descentralización sanitaria en España, debido a su indefinición y ambigüedad desde el punto de vista jurídico. En otros países, sin embargo, la inclusión en la Constitución de límites explícitos a la capacidad de endeudamiento de los gobiernos subnacionales, junto con la utilización de penalizaciones financieras para controlar el déficit acumulado por los mismos, reducen considerablemente una de las principales desventajas posibles de la descentralización, que es precisamente el aumento de la deuda y del déficit público.

Como estos ejemplos reflejan, las características específicas de estos tres factores mediadores (prevalencia del oportunismo, sistemas de información y aspectos institucionales de los contratos) en cada país, sirven para potenciar las ventajas de los híbridos o para promover sus desventajas. Las redes de empresas pueden presentar importantes ventajas con respecto a las organizaciones jerárquicas si los factores mediadores actúan en la dirección correcta. De hecho, tanto los análisis teóricos como los estudios empíricos al respecto apuntan a un aumento considerable de la motivación y la satisfacción, debido a la mayor autonomía y al menor tamaño de las unidades organizativas, que generan además mayores incentivos a la cooperación interorganizativa. Los incentivos a la cooperación facilitan la transmisión de información y el intercambio de conocimientos, especialmente los de tipo tácito, que son difíciles de

generar una respuesta igualmente agresiva, en el plano jurisdiccional, de las Comunidades Autónomas contra la legislación del Estado, como ocurre durante el periodo 1981-1987. Estos temas se estudian en más detalle en el capítulo 5. Conviene señalar aquí que la disminución sustantiva en las tasas de conflictividad competencial a partir de 1987 puede entenderse en parte como el resultado del aprendizaje político del gobierno y de las Comunidades sobre los límites políticos que afectan a las confrontaciones ante el Tribunal Constitucional.

comunicar o de aprender a través de la práctica. Las nuevas organizaciones independientes, más pequeñas y dinámicas, presentan además una mayor capacidad de introducir innovaciones y de mejorar la calidad de los servicios, así como una mayor flexibilidad para adaptarse de un modo autónomo y con menores retrasos a los cambios en el entorno (preferencias y necesidades de los usuarios, costes y calidad de los proveedores, cambios en la regulación institucional externa).

Sin embargo, cuando las presiones del entorno requieren la adaptación conjunta y simultánea de todas las unidades organizativas, los híbridos están comparativamente peor dotados que las organizaciones jerárquicas, de acuerdo con la economía de los costes de transacción. Ejemplos de adaptación coordinada en el caso de la descentralización sanitaria son el control conjunto del gasto público y de las enfermedades infecciosas, o las garantías de equidad de acceso a los servicios en todo el territorio. Otra desventaja relacionada de los híbridos es su menor capacidad para garantizar la homogeneidad de los servicios, lo que constituye la contrapartida a su mayor eficiencia en la diversificación, innovación y mejora de la calidad de los mismos. Del mismo modo, la flexibilidad de los híbridos se consigue a costa de la relajación de los controles, y de la menor formalización de las rutinas administrativas, lo que se traduce además en una menor capacidad para documentar el uso de los recursos. Todo ello les hace más vulnerables a las conductas oportunistas potenciales, especialmente si los medios informativos y contractuales disponibles son poco efectivos.

2.2. La teoría de la agencia y la economía de los derechos de propiedad

El punto de partida de la teoría de la agencia consiste en el análisis de los efectos de la distribución de los derechos de propiedad dentro de las organizaciones¹⁸. La primera distinción importante en

¹⁸ Algunas contribuciones importantes al desarrollo de la teoría de la agencia

administradores se especializan en la toma y ejecución de las decisiones operativas, mientras que los inversores (y en nuestro caso, los políticos o los votantes, dependiendo de los casos) se especializan en la fijación de objetivos globales a largo plazo y en el manejo de riesgos. La especialización de cada colectivo en un grupo de tareas específico mejora la eficiencia organizativa, mientras que los gestores, aislados de las presiones excesivas de un nivel de riesgo alto, disponen de mayor libertad para seleccionar las alternativas de acción de acuerdo a criterios de eficiencia. De otro lado, la dispersión del riesgo entre un grupo amplio de inversores ayuda a evitar los efectos paralizantes del mismo sobre las decisiones de inversión, que suponen una fuente importante de ineficiencia económica.

Los dos grupos reciben la denominación respectiva de principales (inversores, votantes), y agentes (directivos, gerentes o altos funcionarios). Un grupo intermedio entre ambos, que comparte el doble papel de principal y agente, según los casos, son los consejos de administración de las empresas, o los políticos en el caso del sector público. De un lado, los miembros de los consejos de administración, elegidos por los accionistas, representan sus intereses, o en otras palabras, se encargan de que las decisiones de los gerentes promuevan los intereses del accionariado. De otro, los partidos políticos, y más en concreto, el gobierno elegido por los ciudadanos, se encarga de garantizar que los intereses del electorado predominen en la toma de decisiones operativas y estratégicas. Ambos colectivos juegan el rol de agentes de cara a sus respectivos votantes, mientras que desempeñan la función de principales con respecto a los gestores y directivos en los que delegan una parte sustancial de los poderes de decisión que reciben de su electorado.

TABLA 5

EXPECTATIVAS TEÓRICAS SOBRE LAS CONSECUENCIAS DE LA DESCENTRALIZACIÓN: LA ECONOMÍA DE LAS ORGANIZACIONES		
TEORÍAS	ECONOMÍA DE LOS COSTES DE TRANSACCIÓN	DERECHOS DE PROPIEDAD/ TEORÍA DE AGENCIA
FACTORES MEDIADORES	1. Descentralización interna Separación de funciones Medición de resultados Incentivos al desempeño 2. Desintegración (híbridos) Oportunismo-confianza Racionalidad limitada-información Contratos completos-arbitraje	Divergencia de intereses Asimetrías información Separación de decisión (control) y responsabilidad (returns) Calidad incentivos y sistemas de control (contratos perfectos) Distribución y gestión del riesgo

<p>VENTAJAS</p>	<p>1. Descentralización interna Reducción costes de transacción Control: aumento motivación y mayor efectividad supervisión Coordinación: mayor eficiencia en gestión de información y en desempeño funciones operativas y estratégicas</p> <p>2. Desintegración horizontal (híbridos) Adaptación autónoma Motivación y satisfacción Flexibilidad e innovación Incentivos cooperación Énfasis calidad Intercambio conocimiento tácito</p>	<p>Incentivos/autonomía Comparabilidad/medición resultados Controles cruzados Distribución riesgo (desintegración) Mayor control principal 1 (votantes regionales)</p>
<p>DESVENTAJAS</p>	<p>Menor adaptación coordinada Menores controles administrativos Menor formalización rutinas Menor capacidad de documentar uso de recursos Menor homogeneidad productos</p>	<p>Menor control principal 2 (Estado central) Mayor riesgo moral Doble relación de agencia</p>

El problema central que se deriva de esta descentralización sucesiva de poderes de decisión es precisamente garantizar que se cumplan los intereses de los principales originales, dado que los diferentes grupos de agentes de estos principales pueden tener intereses privados y corporativos muy diferentes, y a veces hasta incompatibles, con respecto a los intereses del electorado. La divergencia de intereses entre principales y agentes se convierte así en el primer factor mediador que determina las consecuencias de la descentralización del poder.

En el caso del sector sanitario público en España, el diseño concreto del modelo de descentralización podría suponer una mayor divergencia de intereses entre los responsables políticos de la Administración central y los responsables de las unidades territoriales encargadas de prestar los servicios. Mientras que en un sistema político centralizado, los responsables territoriales son elegidos desde el centro, y pertenecen generalmente al mismo partido político que los responsables centrales, en un esquema de devolución de poderes los responsables territoriales son elegidos directamente por los ciudadanos, y pertenecen muchas veces a un partido político diferente al que ocupa el gobierno central.

Antes de seguir adelante, conviene aclarar la naturaleza de las relaciones entre ciudadanos, gobierno central y Comunidades Autónomas desde el punto de vista de la teoría de agencia. Los gobiernos centrales y autonómicos, desde este punto de vista, podrían definirse como agentes de diferentes subconjuntos de ciudadanos, que serían en definitiva los principales. Pero además, los gobiernos autonómicos son en parte agentes del Estado central. Apuntan en este sentido el hecho de que las Comunidades ejecuten las políticas diseñadas centralmente, y reciban su financiación principalmente del Estado central; y también el hecho de que el gobierno central comparta parte de la responsabilidad política y financiera derivada de los actos de las Comunidades; Los gobiernos autonómicos están, pues, sujetos a una doble relación de agencia con respecto al gobierno central y a los ciudadanos residentes en la Comunidad Autónoma.

Volviendo al tema de la divergencia de intereses entre principales y agentes, en el caso de los gobiernos autonómicos estas divergencias responden a dos factores: las diferencias entre los votantes regionales

y los votantes estatales, de un lado, y la competencia partidista, de otro. En primer lugar, es de esperar que los gobiernos autonómicos (agentes a la vez del gobierno central y de su propio electorado) estén más preocupados por defender los intereses de sus votantes, de los que depende su supervivencia, que los intereses del gobierno central¹⁹. En segundo lugar, si el partido en el gobierno autonómico no coincide con el que ocupa el gobierno central, la divergencia de intereses entre ambos aparecerá resaltada por diferencias ideológicas y por la propia dinámica de la competencia electoral²⁰.

¹⁹ Resulta importante mencionar aquí que los resultados del interesante estudio de Putnam y colaboradores (1993) en relación con las actitudes y preferencias de los líderes políticos regionales en Italia apuntan en este sentido: los intereses de los ciudadanos regionales son preferentes para estos líderes, y predominan además sobre los intereses de la organización central del partido político al que pertenecen, lo que apunta a un proceso de regionalización de los partidos paralelo a la devolución de poderes. Este proceso de regionalización, también perceptible en el caso español, apunta en el sentido del aumento de la eficiencia asignativa previsto en los estudios sobre federalismo fiscal. Es decir, si los propios partidos políticos centrales diversifican territorialmente sus preferencias políticas respondiendo a las propias preferencias de los ciudadanos que residen en una unidad territorial concreta, es de esperar que la descentralización promueva un mayor y mejor ajuste de las políticas públicas a las preferencias de los ciudadanos.

²⁰ Un factor que complica la relación de agencia en el sector público es precisamente la relación entre el gobierno y el partido político al que pertenecen sus miembros. De hecho, como ha resaltado acertadamente Maravall (1997a), los miembros del ejecutivo, ya sea a nivel central o autonómico, están sujetos a una doble relación de agencia: de un lado son agentes de los ciudadanos, pero de otro son también agentes de los afiliados al partido. Sin embargo, la consideración detallada de los partidos como organizaciones mediadoras entre los ciudadanos y el gobierno complicaría excesivamente los objetivos del presente análisis. Ello no quiere decir que la dinámica de las relaciones políticas dentro de los partidos no sea un factor importante para entender las consecuencias de la descentralización: por ejemplo, resultan cruciales para entender las divergencias de intereses entre los gobiernos central y autonómicos en el caso de que ambos pertenezcan al mismo partido. El análisis que sigue se centra principalmente, por ello, en el caso en que ambos partidos no coincidan. De otro lado, tampoco se considera en detalle la relación de agencia que existe entre políticos y funcionarios. Para un excelente análisis del papel de los partidos desde el punto de vista de la teoría de la agencia, ver el trabajo de Maravall citado; una contribución interesante, desde los mismos supuestos teóricos, al análisis de las

Como contrapartida, sin embargo, la descentralización puede generar una menor divergencia de intereses entre los responsables políticos territoriales, los altos funcionarios y gerentes públicos autonómicos, y los ciudadanos, puesto que en un sistema descentralizado el reclutamiento de élites políticas locales suele realizarse en mayor medida dentro de la propia comunidad territorial de que se trate que en los sistemas centralizados. Como resultado, los gobernantes y los ciudadanos comparten un entorno institucional y cultural semejante, que permite predecir una menor divergencia de intereses entre ellos. De otro lado, las elecciones autonómicas contribuyen a facilitar la compatibilidad de objetivos entre unos y otros²¹.

Otro factor mediador entre la descentralización y sus consecuencias son las asimetrías de información entre principales y gerentes, es decir, el predominio de estrategias de ocultación y distorsión sistemática de información a los principales por parte de los gerentes, con el objetivo de favorecer con sus decisiones sus propios intereses privados. En este sentido, de un modo semejante al caso de la diversidad de intereses, la descentralización de los servicios públicos aumenta las asimetrías de información entre gobierno central y responsables territoriales, puesto que éstos forman parte de una organización distinta y no están sujetos al control jerárquico directo del gobierno central. Como en el caso anterior, sin embargo, es de esperar que las asimetrías de información tengan un menor impacto en la relación entre el gobierno y los votantes, puesto que la mayor

relaciones entre políticos y funcionarios es la de Tiróle (1994).

²¹ Es interesante resaltar aquí que la emergencia de partidos y coaliciones de ámbito territorial, como Convergencia i Unió o el Partido Nacionalista Vasco en el caso español, tendría el efecto en principio de disminuir aún más las divergencias de intereses entre gobernantes y ciudadanos, puesto que, al menos en teoría, estos partidos se centran más en defender los intereses generales de los habitantes de la comunidad territorial de que se trate, y menos en la defensa de las preferencias programáticas e ideológicas de sus votantes concretos. En el mismo sentido, los procesos de regionalización de los partidos de ámbito nacional que suelen acompañar a los procesos de descentralización política tendrían efectos semejantes. Este punto se discute en un mayor detalle en el apartado sobre las consecuencias políticas de la descentralización

cercanía del ejecutivo a los ciudadanos, de un lado, y a los centros proveedores de servicios, de otro, aumentan la visibilidad de la información de la que disponen cada uno de estos grupos.

Los efectos de la descentralización dependen también del grado de separación entre el poder de decisión y las responsabilidades que se derivan de las decisiones. En este sentido, la separación entre decisión y responsabilidad política es menos marcada en el Estado de las Autonomías, por varios motivos. De un lado, por la atribución de responsabilidad política directa a los directivos encargados de tomar la mayoría de las decisiones (los gobiernos de las Comunidades), que ahora rinden cuentas de sus actos en las elecciones autonómicas. De otro, por la vinculación más estrecha entre gobernantes, funcionarios y proveedores de servicios. Mientras que estos últimos dos grupos antes rendían cuentas ante un gobierno central distante, ahora han de rendir cuentas ante los gobernantes autonómicos, más capaces de ejercer una supervisión directa efectiva sobre sus decisiones.

Sin embargo, como contrapartida negativa, las responsabilidades financieras están en un modelo de Estado descentralizado como el español más alejadas de los centros de decisión sobre el gasto. En otras palabras, debido a la limitada autonomía fiscal de que disponen las Comunidades, y a la indefinición institucional de sus responsabilidades políticas y jurídicas sobre los niveles de endeudamiento y déficit, las consecuencias de sus decisiones de gasto repercuten en mayor medida sobre el gobierno central que sobre los ejecutivos autonómicos.

Un cuarto factor mediador es la calidad de los sistemas de incentivos y de control intra e interorganizativos. En el caso de la devolución de poderes dentro del sector público, los incentivos de los responsables políticos territoriales son mayores y más intensos que en un Estado centralizado. En primer lugar, porque la autonomía política constituye en sí misma un poderoso incentivo inmaterial, en contraste con los efectos desmotivadores del control central. En segundo lugar, porque la permanencia de los directivos autonómicos en el cargo (es decir, los beneficios electorales, que ocupan formalmente el lugar de los financieros en el sector público) se vincula a los resultados de su

gestión a través de las elecciones regionales²². Esta situación permite el refuerzo del control ejercido por uno de los principales de los agentes políticos autonómicos, los votantes regionales.

Por último, las consecuencias de la descentralización del poder dependen de la existencia de una política adecuada de distribución y gestión del riesgo. En este sentido, una idea básica de la teoría de la agencia en relación al diseño de sistemas de incentivos eficientes es que conviene controlar la cantidad de riesgo que incide en los individuos encargados de la toma de decisiones. En este sentido, la descentralización supondría una diversificación del riesgo de fracaso político o de predominio excesivo de intereses privados, al dividir la responsabilidad política entre múltiples centros de decisión²³. Además, la descentralización supone devolver una parte sustantiva de este riesgo a los responsables territoriales de la prestación de servicios, lo que sirve para aumentar su motivación y orientar su conducta a la evitación de riesgos.

Otro tipo de incentivos y controles que se refuerza en los Estados descentralizados son los que genera la competencia entre Comunidades Autónomas para mejorar la calidad y cantidad de los servicios, y la propia competencia entre el gobierno central y los

²² Es interesante comentar aquí, de acuerdo con Tirole (1994), que las elecciones políticas soa un medio de control de los directivos políticos menos eficiente que el desplazamiento de directivos en las empresas debido a las presiones del accionariado o a la venta de acciones a los accionistas de una empresa competidora (*take-overs*). Este autor defiende que los cambios de partido en el gobierno, en contraste con lo que ocurre en las empresas privadas, se deben algunas veces más a un cambio en las preferencias ideológicas del electorado que a su evaluación sobre la efectividad de la gestión política y administrativa. A pesar de que esta hipótesis teórica puede parecer sensata a primera vista, éste es más bien un hecho a comprobar empíricamente, como lo es también que los *take-overs* en el sector privado estén motivados exclusivamente por la ineficiencia de los directivos, y no por juegos ideológicos y de poder semejantes a los que forman parte de los procesos electorales en el ámbito político.

²³ En esta dirección, la investigación sobre los resultados de la descentralización en el sector empresarial privado pone de manifiesto que las empresas centralizadas tienen un comportamiento más extremo: es decir, los grandes éxitos y los grandes fracasos son más frecuentes que en las empresas descentralizadas, cuyo grado de efectividad es menos variable.

autonómicos. La cuestión de la competencia merece, de hecho, por su interés conceptual, un breve comentario aparte. Tirole (1994) ofrece una serie de reflexiones innovadoras sobre este tema que resulta necesario tener en cuenta²⁴. La primera de ellas se refiere a la deseabilidad de dividir el poder de control en el sector público entre unidades organizativas distintas cuando las decisiones requieren que se tengan en cuenta simultáneamente objetivos contrapuestos.

El ejemplo elegido por el autor es la división de derechos de control entre Ministerios especializados en el control del gasto público (Economía y Hacienda, por ejemplo) y Ministerios especializados en promocionar partidas de gasto que se consideran deseables socialmente (Ministerio de Sanidad, de Educación, etc...). La ventaja principal de la dispersión de derechos de control es que la competencia resultante entre distintos centros de decisión garantiza una decisión más equilibrada que la que resultaría de concentrar ambos tipos de tareas en las mismas manos, lo que daría lugar a una mayor probabilidad de que uno de los dos objetivos (control del gasto versus promoción de los servicios públicos) predominara claramente sobre el otro²⁵.

²⁴ Otro análisis interesante de los efectos previsibles de la competencia en el sector público es el realizado por Halonen y Propper (1996), que consideran además la interacción entre devolución de poderes a gobiernos subnacionales, delegación a agencias administrativas y contratación externa de servicios a entidades privadas.

²⁵ Tirole justifica esta afirmación desde el punto de vista de que la evaluación del rendimiento político por parte de los superiores jerárquicos y de los propios ciudadanos se basa en resultados (es decir, en la decisión tomada y en su justificación adecuada a través de datos), y no en la calidad del proceso de recogida de información necesario para tomar decisiones. Este hecho desincentiva la búsqueda de información contrastada que favorezca alternativas de acción contrapuestas, por lo que tendería a predominar la recogida de información que refuerce una de las alternativas a costa de las demás. En otras palabras, si un grupo de políticos o de funcionarios está a cargo de tomar decisiones enfrentadas, como el aumento del gasto sanitario y el control del gasto público, acabará especializándose en la recogida de información que apoye una de las dos alternativas, en vez de examinar la situación caso a caso, y promover unas veces el control del gasto público y otras su expansión. El argumento de Tirole es considerablemente complejo y difícil de explicar brevemente. Otros argumentos que podrían utilizarse para reforzar esta afirmación proceden de la evidencia

En este sentido, se puede defender que el diseño institucional español genera una especialización semejante en la defensa de objetivos contrapuestos entre el Estado central, cada vez más especializado en el control del gasto debido a las presiones internacionales derivadas de la integración europea, y las Comunidades Autónomas, especializadas en la promoción del gasto social, debido a su importante peso en el presupuesto de cada Comunidad, a su relevancia desde un punto de vista electoral y al predominio de las transferencias centrales sobre los impuestos autonómicos en la financiación del gasto. De otro lado, como resultado de la diferencia de objetivos entre el Estado (control del déficit) y las Comunidades (promoción del gasto social), es de esperar que se produzcan retrasos e incluso bloqueos del proceso de toma de decisiones como resultado de los conflictos previsibles entre ambos.

Del mismo modo que la competencia entre el gobierno central y los autonómicos puede tener efectos beneficiosos, la competencia entre Comunidades Autónomas también puede aumentar la eficiencia del sector público. En primer lugar, en un Estado centralizado, la posición práctica de monopolio y monopsonio del gobierno como proveedor de servicios genera importantes dificultades para controlar y garantizar su comportamiento eficiente. La descentralización, en este contexto, abre la posibilidad de comparar los resultados de varias organizaciones especializadas en la provisión de un paquete de servicios semejante, lo que hace más visible el rendimiento relativo de cada organización. Por último, la competencia puede generar los efectos, ya discutidos en el apartado sobre federalismo fiscal, de diversificación de los servicios ofertados y generalización de controles cruzados entre las Comunidades Autónomas y entre éstas y el Estado, con el efecto previsible de reducir el peso de los intereses privados y corporativos de gobernantes y gestores.

Entre los inconvenientes de la competencia intergubernamental están los argumentos clásicos de la economía industrial: duplicación de costes fijos, o en otras palabras, pérdidas de economías de escala

recogida por la psicología social sobre la baja tolerancia de los individuos al manejo de información contradictoria, que se ha utilizado para elaborar diferentes categorías conceptuales interesantes tales como la *disonancia cognitiva*

y de alcance²⁶, problemas fiscales, segmentación excesiva y niveles de inversión en información (*screening*) ineficientes. Los gobiernos subnacionales presentan en este sentido algunas características favorables que no se dan en el sector empresarial en todos los casos, en concreto una serie de condiciones institucionales que favorecen la cooperación y la coordinación interorganizacional. Parece razonable esperar, de hecho, que la cooperación entre gobiernos subnacionales sea más fácil de conseguir que entre empresas competidoras, por varios motivos, de entre los que hay que destacar principalmente la pertenencia al mismo partido político de varios ejecutivos subnacionales, la inexistencia de competencia electoral entre ellos (sus votantes pertenecen a electorados diferentes), y las relaciones de interacción frecuentes en el marco de las instituciones políticas. La coordinación, además, aparecería facilitada por la existencia de una unidad central capaz de promover la negociación y ejercer funciones de arbitraje entre las unidades organizativas en conflicto: el gobierno central, y en última instancia, el Tribunal Constitucional.

Por último, algunas limitaciones propias del sector público pueden acentuar las desventajas de la devolución de poderes a gobiernos subnacionales. En primer lugar, la actividad de control de la gestión autonómica por parte del gobierno central está sometida a importantes limitaciones jurídicas, lo que podría aumentar los comportamientos oportunistas de los gobiernos autonómicos, dificultar el cumplimiento de objetivos generales como la equidad, y conducir a un aumento excesivo del gasto. En segundo lugar, los servicios que produce el sector público dificultan extraordinariamente la medición de resultados, tanto debido a su propia naturaleza multidimensional como por la necesidad de compatibilizar los objetivos de eficiencia con otros objetivos difíciles de medir, como la calidad o la equidad en el acceso a los servicios. Ello introduce una serie de problemas importantes para asegurar el control de la gestión autonómica, tanto por el gobierno central, como por los propios ciudadanos.

²⁶ En este sentido, existe un acuerdo general sobre la irrelevancia del tema del aprovechamiento de economías de escala en un Estado descentralizado, puesto que se considera que la prestación de servicios en un gobierno subnacional es independiente del resto de gobiernos (Prud'homme, 1985 209)

Por último, la asignación de recursos a las Comunidades Autónomas no puede vincularse, por motivos obvios, a los rendimientos que obtienen de su gestión, en el caso de que fuera posible medirlos; al contrario de lo que ocurre con las divisiones de una empresa, el hecho de que las menos eficientes quiebren y las más efectivas expandan su escala de actividades no es admisible en el caso de los gobiernos subnacionales.

3. La teoría política sobre las consecuencias de la descentralización

3.1. Los autores clásicos de la sociología y la ciencia política

Las consecuencias de la descentralización o centralización de la estructura burocrática del Estado constituye un tema central del análisis político y sociológico clásico, que ocupa un lugar importante en las obras de autores como Alexis de Tocqueville, Max Weber o Emile Durkheim. Entre las ventajas principales de la descentralización, de acuerdo a estos autores, están las de permitir el ejercicio de las libertades públicas y evitar el despotismo, así como promover la cooperación, la participación política de los ciudadanos, la interacción social frecuente entre administradores y administrados, y la lealtad a las reglas e instituciones políticas comunes. En cuanto a esta última cuestión, y en contraste con el análisis económico, la teoría política clásica defiende que la orientación de la conducta al cumplimiento de las reglas y objetivos institucionales compartidos (como consecuencia de la lealtad a las instituciones), en vez de a la consecución de intereses privados, es un requisito central para la consecución de la libertad individual, así como para erradicar la irracionalidad y la sumisión de la vida política. La descentralización, al reforzar la cercanía y la presencia de las instituciones políticas en la vida pública, no supondría la introducción de mayores límites a la racionalidad y a la libertad individual, como defienden los economistas, sino todo lo contrario.

De otro lado, la descentralización se percibe como una fuente de desventajas potenciales, entre las que destacan la posible

fragmentación de las instituciones jurídicas y políticas. Esta fragmentación pondría en peligro, de un lado, el derecho a la igualdad de tratamiento de todos los ciudadanos. De otro, podría dificultar la consecución de la igualdad económica y social, y disminuir la eficiencia legal-racional de los sistemas burocráticos centralizados. El factor mediador principal es de nuevo la homogeneidad de intereses entre las unidades territoriales y organizativas, que se deriva en definitiva de la igualdad o desigualdad en las condiciones económicas y sociales que afectan a estos grupos. Es decir, cuando las condiciones materiales de existencia no son marcadamente diferentes para los distintos grupos sociales, las divergencias de intereses son menos acusadas, lo que disminuye los efectos negativos de la descentralización. Pero el aumento de la homogeneidad contribuye también a restar importancia a las ventajas de la descentralización, como hemos visto en el apartado sobre el federalismo fiscal.

La pertenencia de los ciudadanos de diferentes territorios a una misma organización, clase social, grupo profesional, étnico o religioso, puede potenciar la cooperación y la homogeneidad de intereses no sólo debido a las condiciones materiales comunes, sino también a través de procesos de socialización compartidos, que condicionan la identificación con una serie de visiones del mundo, de finalidades y valores interiorizados por los individuos a través del proceso de aprendizaje y de interacción social frecuente.

Además, otro factor mediador importante entre la descentralización y sus consecuencias es la apertura de las instituciones regionales y locales a la participación de las asociaciones ciudadanas, puesto que el ejercicio de las libertades públicas supone un medio importante de identificación con los objetivos comunes, mientras que aumenta el control de los ciudadanos sobre los políticos, lo que disminuye la incidencia de comportamientos despóticos en el sistema político. De acuerdo con la teoría clásica existen razones para esperar que la existencia de gobiernos subnacionales más próximos a los ciudadanos puede contribuir a promover la participación de los ciudadanos en la vida pública.

En este contexto, una metáfora interesante para entender la concepción general de los procesos de descentralización desde el

punto de vista de la teoría política es considerar el poder como un activo que ocupa un lugar semejante en el ámbito político al de la riqueza y los derechos de propiedad en el ámbito económico. La descentralización del poder supone en este sentido una redistribución más igualitaria de los activos políticos, que promueve a su vez el crecimiento y desarrollo del capital político y social de una determinada comunidad.

De otro lado, la devolución del poder supone también una reasignación de los derechos de control políticos a los actores que obtienen mayor utilidad de los mismos. En otras palabras, y del mismo modo que la reasignación de los derechos de propiedad a los actores económicos capaces de dedicarlos a los usos más eficientes socialmente promueve el desarrollo económico, la descentralización política puede generar un aumento de la eficiencia en la toma de decisiones políticas, al permitir que los derechos de control pasen a manos de colectivos más motivados y mejor situados para asignar recursos en un sentido que maximice la utilidad de los ciudadanos.

De un modo paralelo, la descentralización, en tanto redistribución del poder, permite superar algunos de los límites de los regímenes de democráticos. En concreto, uno de los problemas más importantes del esquema democrático clásico es la insuficiencia de instituciones como el parlamento estatal o las elecciones generales para garantizar tanto la representación adecuada de la diversidad de intereses del electorado, como el control político efectivo de los gobernantes. La devolución de poderes a gobiernos regionales y locales supone en este sentido una multiplicación correlativa de parlamentos y elecciones democráticas, y genera una mayor cercanía de los decisores y representantes políticos a los ciudadanos.

Como consecuencia, permite la representación política de un mayor número de intereses ciudadanos, y una menor discriminación de las minorías, especialmente de las de ámbito territorial, en la toma de decisiones. Además, al multiplicar y acercar los puntos de acceso al sistema político mejora el control democrático y promueve formas de participación más cercanas a la democracia directa (Pateman, 1970; Pititín, 1986). Como contrapartida, la mejora en el acceso al sistema político puede conllevar también una mayor vulnerabilidad

de los gobiernos a las presiones de los grupos de interés. Esta es una de las cuestiones que vamos a analizar a continuación.

3.2. El análisis político contemporáneo: sistemas de decisión y capital social

Con respecto al análisis contemporáneo, dos contribuciones merecen un análisis detallado, tanto por su solidez conceptual y empírica, como por su comparabilidad con el caso español. Se trata de los análisis de Scharpf (1988), y Putnam y colaboradores (1993), sobre las consecuencias de la devolución de poderes a gobiernos subnacionales de ámbito regional en Alemania e Italia, respectivamente. El trabajo de Scharpf sobre el caso alemán pone de manifiesto la importancia de las reglas y estilos de decisión predominantes en los Estados compuestos como factor mediador determinante de las consecuencias de la devolución de poderes a los gobiernos subnacionales. Los trabajos de Putnam, Leonardi y Nanetti sobre las regiones italianas señalan que los factores mediadores principales son dos características claves del entorno social y político regional: el desarrollo económico, y la cultura política o capital social.

La trampa de las decisiones conjuntas

El punto de partida del análisis de Scharpf es que existen tres reglas de decisión: la regla de la unanimidad, la de la mayoría y la toma de decisiones unilateral o jerárquica. Los efectos específicos de cada una de estas reglas dependen a su vez del estilo de decisión que predomine en la práctica política, donde el término 'estilo' se utiliza para designar tanto la orientación normativa de los actores como los medios que se utilizan para garantizar el cumplimiento de los acuerdos. Los tres estilos de decisión posibles elaborados por este autor, que conectan con los planteamientos de la economía contractual, son los siguientes. En primer lugar, la orientación a la resolución de problemas, que se basa en valores compartidos como

la solidaridad, la reciprocidad y la confianza mutua, y utiliza como método de sanción de los acuerdos la reputación, y como último recurso, la exclusión social. De acuerdo con algunos desarrollos de la economía de los costes de transacción, los requisitos para que se dé este tipo de orientación política son precisamente las semejanzas ideológicas, étnicas e históricas ya mencionadas. Además, un sustituto eficiente de estas semejanzas es la percepción de una vulnerabilidad común, que hace necesaria la cooperación como requisito para la supervivencia.

El segundo estilo de decisión se caracteriza por la negociación o el regateo (*bargaining*) en el que predomina la orientación de los participantes a la consecución de sus intereses privados o corporativos. El cumplimiento de los acuerdos se garantiza en este caso a través de negociaciones estratégicas por las que los actores que más se benefician de la decisión compensan a los 'perdedores'¹. Por último, el tercer estilo de decisión es la confrontación, y supone que las decisiones se orientan a la consecución de los intereses de la autoridad jerárquica, que garantiza el cumplimiento de los acuerdos a través del poder coercitivo.

Tanto este último estilo de decisión como la regla jerárquica de toma de decisiones son generalmente incompatibles con un sistema políticamente descentralizado. Por otro lado, el estilo de decisión solidaria, orientado a la resolución de problemas y a la consecución del interés común a costa del sacrificio de los intereses privados de los participantes, es infrecuente e inestable desde el punto de vista empírico, por lo que las alternativas en un Estado descentralizado suelen reducirse a la combinación del regateo con la regla de la unanimidad o la de la mayoría. En este contexto, la propuesta de Scharpf es que la dinámica de las relaciones entre niveles de gobierno es tal que genera naturalmente una tendencia al predominio informal de la unanimidad en la toma de decisiones conjuntas, aunque la regla de decisión formal se inclinara inicialmente hacia la toma de decisiones por mayoría o al papel predominante de un tercer actor (el Estado, el Tribunal Constitucional) que impone unilateralmente sus decisiones en caso de conflicto.

El predominio de la unanimidad se debe en primer lugar a que una consecuencia típica de la descentralización del poder es la

participación de los gobiernos subnacionales en las decisiones del gobierno central que les afectan directamente, y a la igualdad de status de todos estos gobiernos ante la ley. La segunda condición necesaria es que los acuerdos entre niveles de gobierno adquieran carácter multilateral, o en otras palabras, que el gobierno central no esté autorizado para realizar negociaciones bilaterales con cada uno de los gobiernos subnacionales. La tercera condición es que estos gobiernos tengan una actitud de aversión al riesgo, y en concreto, una tendencia a evitar los riesgos derivados de un proceso de toma de decisiones políticas que les afectan directamente.

Dadas estas condiciones, y de acuerdo con las predicciones de la teoría de la agencia con respecto a la aversión al riesgo, resulta racional para todos los participantes preferir la regla de la unanimidad (que les dota de poder de veto sobre las decisiones percibidas como lesivas para sus intereses) sobre la regla de la mayoría, incluso en los casos en que esta última regla pudiera beneficiar individualmente a cada uno de los gobiernos subnacionales implicados. Es importante recordar aquí la teoría de Sartori con respecto al gobierno a través de comités, examinada en el capítulo 2, que defiende también que en los sistemas colegiados de toma de decisiones existe una tendencia a que las decisiones se tomen a través de la regla de la unanimidad. La condición necesaria para que esta regla se desarrolle espontáneamente es la existencia de un pequeño grupo de decisores con intensidades de preferencias diferentes con respecto a cada tema político concreto.

En este sentido, y de acuerdo con Scharpf, la combinación del estilo de decisión basado en el regateo con la regla de la unanimidad tiene una serie de consecuencias indeseables sobre el funcionamiento del sistema político que este autor denomina la trampa de la decisión conjunta (*the joint-decision trap*). La primera de estas consecuencias consiste en el predominio excesivo de los intereses privados y corporativos de los gobiernos subnacionales en la toma de decisiones estratégicas que corresponden al Estado central, del mismo modo que en el caso de la forma unificada de organización de las empresas descrita en el apartado anterior. En el sector público, sin embargo, las consecuencias de este predominio no sólo actúan en el sentido de disminuir la eficiencia organizativa, sino también, y sobre todo, en el sentido de generar un déficit democrático en la toma de decisiones,

en dos sentidos: primero, porque la persecución del interés general puede aparecer desplazada por intereses territoriales de carácter minoritario; y en segundo lugar, porque los intereses corporativos de los gobernantes tienden a predominar sobre los intereses de los votantes. En palabras de Scharpf (1988: 254):

"[En los Estados federales], la dimensión territorial de los intereses sociales predomina sobre el resto de dimensiones múltiples de los intereses ciudadanos (y sobre el ideal Rousseauiano del 'interés general'¹)... Podemos esperar, por tanto, que los sistemas de decisión conjunta generen políticas que respondan más a los intereses corporativos y burocráticos de los gobiernos subnacionales que a los intereses de los ciudadanos"

En segundo lugar, en los sistemas políticos caracterizados por la decisión conjunta, en los que todos los actores tienen capacidad de veto, es de esperar que se produzcan retrasos o bloqueos indeseados de aquellas decisiones que supongan la ruptura del status quo vigente, debido al predominio del regateo y la unanimidad en la toma de decisiones. Más en general, los costes de decisión internos a la estructura organizativa del Estado aumentarán mucho, lo que tiene una serie de consecuencias no deseadas. Primero, como resultado de estos bloqueos y retrasos, políticas aprobadas en el pasado tenderán a perpetuarse, minando la capacidad de adaptación estratégica de la organización. Segundo, porque cuando las reformas políticas adquieren gran prioridad para el Estado central o para alguno de los gobiernos participantes, el único modo de superar el bloqueo pasa por la compensación a los gobiernos que no estén de acuerdo con la decisión.

Cuando la compensación es de carácter financiero, cualquier reforma irá acompañada por un aumento del gasto público; cuando la compensación es de carácter propiamente político, puede suponer una disolución de los objetivos originales de la reforma debido a la necesidad de conseguir el acuerdo de todas las partes. Para terminar, los costes de decisión aumentan debido a que este sistema genera incentivos generalizados a la ocultación de preferencias, puesto que el ejercicio del veto lleva consigo compensaciones sustantivas de tipo financiero o político. Un ejemplo claro de cómo actúan estos factores

los descritos por Scharpf. Este es precisamente el caso de la financiación autonómica: es de esperar que el gobierno central, en el contexto internacional que caracteriza al último cuarto del siglo XX, mantenga una intensidad de preferencias considerable por el control del gasto público, lo que supone congelar los fondos que se transfieren a las Comunidades; mientras que por razones obvias, se puede esperar que los gobiernos autonómicos mantengan preferencias igualmente intensas por el aumento de sus propios recursos financieros.

La introducción en el análisis de la intensidad de preferencias permite concretar un poco más los argumentos de Scharpf, un tanto confusos, sobre la posible incompatibilidad entre descentralización territorial y democracia. Esta incompatibilidad puede traducirse en términos más concretos: de lo que se trata en realidad es de la contraposición entre intensidad y extensión de preferencias como criterios básicos para la toma de decisiones políticas en una democracia. Como se deriva del análisis realizado en el capítulo 2, la regla de la mayoría se basa en la extensión de las preferencias, mientras que ignora la intensidad: una mayoría del 50,1% que mantiene una intensidad de preferencias baja, cercana a la indiferencia, por una alternativa de acción concreta predominaría siempre sobre una 'minoría' del 49,9% que mantuviese muy intensamente preferencias opuestas a las de la mayoría. Del mismo modo, cuando la regla que predomina en las decisiones es la unanimidad, la intensidad de preferencias domina las decisiones, y excluye por tanto la consideración de la extensión relativa de las preferencias: en un comité de 100 miembros, un sólo participante intenso puede bloquear una decisión consensuada y apoyada por los 99 decisores restantes.

Una vez planteado el problema en estos términos, lo importante es discriminar en qué medida la regla de la mayoría es consustancial a los sistemas políticos democráticos. Si concebimos que sin el predominio absoluto de la regla de la mayoría no puede existir democracia, entonces la descentralización, que promueve la consideración de las intensidades diferenciales, podría ser relativamente incompatible con los principios democráticos. ¿En qué consiste en realidad la democracia? Esa es, sin duda, la cuestión clave

los descritos por Scharpf. Este es precisamente el caso de la financiación autonómica: es de esperar que el gobierno central, en el contexto internacional que caracteriza al último cuarto del siglo XX, mantenga una intensidad de preferencias considerable por el control del gasto público, lo que supone congelar los fondos que se transfieren a las Comunidades; mientras que por razones obvias, se puede esperar que los gobiernos autonómicos mantengan preferencias igualmente intensas por el aumento de sus propios recursos financieros.

La introducción en el análisis de la intensidad de preferencias permite concretar un poco más los argumentos de Scharpf, un tanto confusos, sobre la posible incompatibilidad entre descentralización territorial y democracia. Esta incompatibilidad puede traducirse en términos más concretos: de lo que se trata en realidad es de la contraposición entre intensidad y extensión de preferencias como criterios básicos para la toma de decisiones políticas en una democracia. Como se deriva del análisis realizado en el capítulo 2, la regla de la mayoría se basa en la extensión de las preferencias, mientras que ignora la intensidad: una mayoría del 50,1% que mantiene una intensidad de preferencias baja, cercana a la indiferencia, por una alternativa de acción concreta predominaría siempre sobre una 'minoría' del 49,9% que mantuviese muy intensamente preferencias opuestas a las de la mayoría. Del mismo modo, cuando la regla que predomina en las decisiones es la unanimidad, la intensidad de preferencias domina las decisiones, y excluye por tanto la consideración de la extensión relativa de las preferencias: en un comité de 100 miembros, un sólo participante intenso puede bloquear una decisión consensuada y apoyada por los 99 decisores restantes.

Una vez planteado el problema en estos términos, lo importante es discriminar en qué medida la regla de la mayoría es consustancial a los sistemas políticos democráticos. Si concebimos que sin el predominio absoluto de la regla de la mayoría no puede existir democracia, entonces la descentralización, que promueve la consideración de las intensidades diferenciales, podría ser relativamente incompatible con los principios democráticos. ¿En qué consiste en realidad la democracia? Esa es, sin duda, la cuestión clave

para resolver el problema de las consecuencias de la descentralización. Supongamos que el punto de partida es que la democracia se basa en la adopción de aquellas alternativas de acción política más preferidas por los ciudadanos. Entonces caben dos soluciones extremas, para simplificar la discusión: que las decisiones se orienten a conseguir los deseos poco intensos de un mayor número de ciudadanos o que traten de promover los intereses de los ciudadanos con mayores preferencias por un tema determinado.

Si aceptamos que la democracia es un sistema político en el que los intereses de los diferentes grupos sociales de un país están adecuadamente representados en las decisiones, intensidad y democracia podrían ser altamente compatibles. En otras palabras, si la finalidad principal de la democracia es conseguir que las decisiones políticas favorezcan en la mayor medida posible los intereses de todos los ciudadanos, de manera que se minimicen los intereses y preferencias sistemáticamente excluidos del sistema político, se puede defender entonces que las reglas de decisión basadas en la intensidad promueven en mayor medida la democracia que la regla de la mayoría, especialmente en los Estados que cuentan con importantes minorías de identidad y preferencias distintivos con respecto a las de la mayoría. Puesto que esta última regla supone precisamente la exclusión sistemática de estas minorías de la toma de decisiones, mientras que la regla de la unanimidad permite que consigan, en su debido momento, sus reivindicaciones políticas más intensas.

El tema de la naturaleza de la democracia no es una cuestión que pueda resolverse en un par de párrafos. Esta discusión no pretende pues, obviamente, solucionar el problema de la relación entre intensidad, descentralización y democracia. Pero sí hay que tener en cuenta aquí, contra los argumentos de Scharpf, que desde el propio origen de los sistemas democráticos modernos, la protección de las minorías intensas contra las mayorías estables es uno de los objetivos centrales de las instituciones políticas de la democracia. Como defiende acertadamente Robert Dahl (1956), en todas las democracias existen instituciones políticas clave cuyo objetivo principal es garantizar que las minorías intensas no sean excluidas sistemáticamente de las decisiones. Por ejemplo, los sistemas electorales en los que se basan los Senados de los países federales,

que conceden a las subunidades territoriales (provincias, regiones, Estados) una representación mayor de la que les correspondería proporcionalmente, así como los Tribunales Constitucionales, son ejemplos significativos en este sentido. Tanto Dahl como Sartori defienden además que la intensidad goza de un grado considerable de legitimidad democrática informal e intuitiva entre los ciudadanos de cualquier país.

Por último, la resolución del problema de las relaciones entre descentralización y democracia requiere recordar otra serie de argumentos elaborados en el capítulo 2. La exclusión sistemática de las minorías intensas de la toma de decisiones, un fenómeno típico en las democracias que cuentan con mayorías relativamente estables, genera una crisis de legitimidad del Estado, puesto que éste no representa adecuadamente los intereses de estos ciudadanos. Uno de los rasgos más importantes de los Estados democráticos es su virtualidad para garantizar la aceptación de su poder por los ciudadanos. Si su legitimidad para una serie de minorías sociales significativas es dudosa, el Estado pierde, a mi manera de ver, una parte de su propia naturaleza democrática. En este sentido, el gobierno a través de comités, que adquiere un mayor peso en los Estados descentralizados que en los centralizados, tiene la consecuencia principal de aumentar la legitimidad del poder estatal, o en otras palabras, puede hacer que las democracias sean más democráticas.

En resumen, si la democracia se concibe como un sistema político que pretende conseguir que las decisiones y los líderes políticos representen adecuadamente el mayor número posible de intereses sociales plurales, resulta entonces necesario que las reglas de decisión democráticas tomen en cuenta simultáneamente las dos dimensiones principales de las preferencias, es decir, la intensidad y la extensión. Como la mayoría de los sistemas de decisión son incapaces de tomar en cuenta ambas dimensiones, la solución óptima es combinar adecuadamente varios sistemas de decisión de manera que tanto la intensidad como la extensión tengan un impacto sobre las acciones políticas del gobierno. Tanto el gobierno a través de comités como la regla de la mayoría son dos sistemas de toma de decisiones igualmente democráticos, desde este punto de vista. La cuestión es

entonces diseñar un marco institucional que permita que predominen las intensidades en todas las situaciones en las que este predominio no lesione significativamente los intereses de la mayoría de los ciudadanos. La descentralización, en este sentido, promueve la implantación de un marco institucional de este tipo, por lo que puede defenderse, desde este punto de vista, que mejora la calidad de la representación política democrática con respecto a los Estados centralizados.

Descentralización, capital social y confianza en las instituciones

La segunda de las contribuciones sobre las consecuencias de la descentralización que puede ayudar a comprender el caso español es el estudio de Putnam, Leonardi y Nanetti (1993, 1986 y 1983) sobre las regiones italianas. En este *caso*, los factores mediadores relevantes se refieren a las características económicas y sociopolíticas de cada región concreta, en vez de a las reglas formales e informales que canalizan la relación entre niveles de gobierno. De hecho, el punto de partida de Putnam y colaboradores es que el modelo italiano permite controlar los efectos del diseño institucional de las organizaciones políticas, dado que todos los gobiernos regionales comparten la misma estructura política y administrativa formal. El control de este factor mediador permite afirmar que las diferencias interregionales en la efectividad política de los gobiernos subnacionales se deben principalmente al efecto de factores exógenos como el desarrollo económico de la región o la cultura cívica de los ciudadanos.

En concreto, el análisis empírico realizado por estos autores permite concluir que la cultura cívica de los habitantes de una comunidad territorial es la variable clave que determina el rendimiento político de los gobiernos regionales. El concepto de cultura cívica se mide a través de una serie de indicadores, como la pertenencia a asociaciones ciudadanas, la movilización política (huelgas, manifestaciones), la participación electoral o la lectura de periódicos, entre otros. En este sentido, Putnam avanza un paso más que Scharpf, y en la misma dirección que Sartori: la participación de los ciudadanos en las actividades políticas y sociales de su comunidad

fomenta un estilo de decisión solidario y basado en la resolución de problemas. En particular, la participación genera una pauta de relaciones entre organizaciones políticas y sociales caracterizada por la reciprocidad y la confianza, lo que a su vez promueve el predominio del interés general sobre los intereses particulares de políticos y ciudadanos en la toma de decisiones.

En otras palabras, la participación ciudadana genera pautas de interacción social y política frecuente entre ciudadanos, grupos sociales y organizaciones políticas, que son a su vez la fuente principal de lo que Putnam denomina capital social, cuyos pilares son la confianza mutua y el intercambio fácil y frecuente de información entre ciudadanos y políticos sobre sus preferencias y estrategias, lo que mejora la calidad del proceso de formulación y ejecución de políticas públicas. Un segundo factor mediador relevante es el nivel de desarrollo económico regional, que muestra una asociación estadística muy fuerte con el nivel de capital social de la región. La cuestión entonces es determinar cuál de estos factores pesa más como determinante de los resultados de la descentralización. Los autores presentan información sugerente y argumentos convincentes que les permiten concluir que el capital social es el determinante principal del rendimiento económico y político de una comunidad, conectando en este sentido con las tesis del neoinstitucionalismo económico sobre las causas históricas del desarrollo económico.

A pesar de su seriedad empírica y conceptual, el trabajo de Putnam y colaboradores ha recibido numerosas críticas²⁷. Sin embargo, constituye sin duda una de las aportaciones más significativas y difíciles de rebatir sobre el tema de las consecuencias de la devolución de poderes. En este contexto, sus implicaciones de cara a la evaluación de las ventajas e inconvenientes de la descentralización son tan interesantes como descorazonadoras. Entre las ventajas, hay que destacar la mayor receptividad a las demandas de la población de los políticos regionales, en relación a los centrales,

²⁷ Ver, por ejemplo, el número especial que la revista *Politics & Society* dedica a este tema en marzo de 1996.

y el aumento de la capacidad de reforma e innovación en las regiones con un nivel alto de cultura cívica.

Entre los inconvenientes, la reproducción de desigualdades estructurales entre regiones ricas y regiones pobres, o en otras palabras, entre regiones con niveles altos y bajos de capital social. La consecuencia principal de estas desigualdades es la heterogeneidad de derechos de los ciudadanos en cuanto al acceso a servicios públicos. Mientras que en las regiones con alto capital social la descentralización mejora considerablemente los servicios públicos con respecto a la gestión centralizada, las regiones peor dotadas están atrapadas en el círculo del subdesarrollo económico, político y social, por lo que la descentralización puede suponer un empeoramiento en la gestión de servicios, que tenderá a reproducirse en el tiempo.

Es necesario relativizar, desde mi punto de vista, el determinismo histórico presente en la obra de estos autores, defendido con mayor intensidad por el propio Putnam que por ninguno de sus colaboradores. El entorno económico y sociopolítico es sin duda importante, pero los factores políticos también cuentan. Esta es, de hecho, una de las críticas principales que se dirigen a esta teoría en la literatura académica. La evidencia presentada por estos autores, y las afirmaciones de algunos miembros del equipo de investigación en publicaciones anteriores a la citada en estas páginas, permite deducir que la presencia del partido comunista italiano en algunos gobiernos regionales puede contribuir a explicar la alta efectividad política. Aunque no se puede entrar a discutir esta cuestión aquí, podría defenderse que los comunistas italianos comparten durante el periodo de estudio muchas de las características de una minoría intensa, en el sentido descrito en el capítulo 2, lo que podría explicar su impacto sobre el rendimiento político. Esta perspectiva se aleja considerablemente del determinismo histórico.

TABLA 6

EXPECTATIVAS TEÓRICAS SOBRE LAS CONSECUENCIAS DE LA DESCENTRALIZACIÓN: LA CIENCIA POLÍTICA, EL ANÁLISIS DE POLÍTICAS PÚBLICAS Y EL DESARROLLO ECONÓMICO COMPARADO		
TEORÍAS	CIENCIA POLÍTICA Y ANÁLISIS DE POLÍTICAS PÚBLICAS	DESARROLLO ECONÓMICO COMPARADO
FACTORES MEDIADORES	Homogeneidad intereses Socialización y liderazgo Apertura instituciones Estilo de decisión Reglas decisión Cultura cívica Desarrollo económico	Sistemas de información y control Formación políticos y burócratas Efectividad control y regulación gobierno central Instituciones informales Corrupción Desigualdades poder y recursos

VENTAJAS	Identidad/lealtad instituciones Redistribución poder Mejor representación intereses Límite arbitrariedad decisiones Democracia directa/participación Interacción social (dense social networks)/capital social (confianza) Receptividad demandas ciudadanas Aumento efectividad/innovación gobierno	Satisfacción aspiraciones de autogobierno Ajuste preferencias ciudadanos Integración grupos étnicos Formación capital humano Ruptura inercias y cotos de poder burocráticos Adopción y difusión innovaciones Desarrollo económico
DESVENTAJAS	Déficit democrático Predominio intereses corporativos Costes de decisión Bloqueo/retraso decisiones y reformas Heterogeneidad derechos Aumento desigualdades estructurales	Duplicación burocracia Desactivación conflictos políticos Desigualdad recursos/servicios Menor efectividad política y de gestión Pérdida rutinas eficientes Desestabilización macroeconómica 'Captura' grupos de interés

De otro lado, la evidencia de Putnam y colaboradores apunta así mismo a que la existencia de gobiernos estables y duraderos en algunas de las regiones más pobres en términos de capital económico y social da lugar a un rendimiento político mayor que el del resto de regiones con sus mismas características exógenas. Estos factores, que no aparecen debidamente enfatizadas en las conclusiones del estudio, desautorizan el pesimismo que se deriva de las mismas: la descentralización puede reproducir las diferencias de efectividad en el corto y medio plazo, pero a largo plazo, y si se dan las circunstancias políticas e institucionales adecuadas, puede promover también un aumento de la efectividad política de las regiones inicialmente peor dotadas.

4. El análisis del desarrollo económico y político comparado

La ola de procesos de descentralización del sector público que afecta desde finales de los años 70 a los países de América Latina, Asia y África, y desde los años 90 a los países de Europa del Este y de la antigua Unión Soviética, ha generado un debate interesante sobre las consecuencias empíricas de la descentralización en los países en desarrollo. El objetivo principal de este debate académico consiste en discernir hasta qué punto las teorías económicas y políticas concuerdan con la (a menudo escasa y fragmentaria) evidencia empírica disponible sobre las consecuencias de los procesos de descentralización en estos países.

Una de las opiniones más claramente predominantes en este debate es la relativización de las ventajas de la descentralización en los países en vías de desarrollo, en contraste con la posición de las organizaciones internacionales de apoyo al desarrollo, que se considera excesivamente entusiasta. El desecante con respecto a las consecuencias de la descentralización se traduce en una percepción bastante extendida de que la descentralización en estos países ha creado en muchos casos más problemas en la práctica de los que ha resuelto. La base principal de estos problemas, de acuerdo con estos autores, son las diferencias obvias entre las instituciones políticas y

las condiciones socioeconómicas de estos países, y las de los países desarrollados, que a pesar de su carácter evidente, no se han tenido suficientemente en cuenta, puesto que las expectativas sobre las consecuencias de la descentralización se basan generalmente en la experiencia de los países avanzados.

Entre los factores mediadores de tipo institucional y socioeconómico que se mencionan en esta literatura académica, se pueden destacar los siguientes. En primer lugar, se considera que las ventajas de la descentralización dependen en mucha medida de la cantidad y calidad de los sistemas de información y control de los que dispongan los gobiernos subnacionales. Si estos mecanismos son escasos o no funcionan eficazmente, como ocurre habitualmente en los países en vías de desarrollo, el potencial positivo de la descentralización puede no realizarse en la práctica debido a las insuficiencias de gestión a nivel local o regional (Tanzi, 1996: 303-4 y 306; Oates, 1996: 352; Hommes, 1996: 339). De otro lado, la inversión necesaria para hacerlos más efectivos puede tener un coste de oportunidad demasiado alto en los países pobres, puesto que la descentralización supone habitualmente un aumento de los costes fijos y una duplicación de las estructuras burocráticas (Prud'homme, 1996: 358-9 y 1995: 209). En este sentido, parece razonable suponer que los beneficios que puedan obtenerse de un aumento de las estructuras administrativas son más inciertos en estos países que los que podrían derivarse de programas alternativos de gasto, como los educativos, sanitarios o de infraestructuras básicas, dada la escasez de recursos.

Otro factor mediador relacionado es la formación y capacidad de los políticos y gestores a nivel local y regional. En estos países, en los que la disposición de personal bien formado es mucho menor que en los avanzados, ésta podría ser una causa adicional de fracaso político y administrativo de la descentralización (Prud'homme, 1995: 208-9; Collins and Green, 1994: 464; Vengroff and Ven Salem, 1992: 485-8). Un argumento importante en este sentido es que la administración central puede atraer mejores funcionarios y políticos, debido a que ofrece mejores medios de formación y oportunidades de carrera profesional (Tanzi, 1996: 301-2).

Sin embargo, este factor mediador también puede enfatizar los aspectos positivos de la descentralización, en dos sentidos. Primero,

aunque a corto plazo los medios y personal de la administración central pueden ser superiores a los de la administración regional o local, es de esperar que tras un periodo de ajuste, la descentralización promueva la transferencia progresiva de estos medios hacia el lugar donde se toman las decisiones, favoreciendo el uso más eficiente de estos recursos materiales y humanos escasos (Wildasin, 1996: 327). Segundo, la descentralización fomenta además tanto el acceso de personal más joven, con una formación más moderna, como el aprendizaje a través de la experiencia práctica de los funcionarios y políticos locales, con lo que aumentaría la cantidad y calidad de expertos competentes en el país del que se trate (Oates, 1996: 351). Entre las variables intermedias que pueden ser más decisivas a la hora de orientar la balanza de las consecuencias de la descentralización hacia el lado positivo o negativo está la efectividad del gobierno central en el desempeño de sus funciones de coordinación estratégica, asignación de recursos y control financiero (Tanzi, 1996: 306; Hommes, 1995: 343-8). En este sentido, la descentralización se enfrenta a una paradoja semejante a la que afecta a los procesos de privatización del sector público. En palabras de Prud'homme (1995: 357):

"Esta paradoja es semejante a la que afecta a la privatización de monopolios públicos: la necesidad de una regulación compleja de la privatización es tal que los países con capacidad para regular de un modo efectivo los monopolios privatizados tienen también capacidad suficiente para gestionar con efectividad monopolios públicos. Allí donde la descentralización es más necesaria (porque el gobierno central es corrupto e ineficiente), no puede ser llevada a la práctica con éxito. Allí donde puede llevarse a la práctica con éxito, no es del todo necesaria"

En este contexto, en un Estado descentralizado adquieren especial importancia dos tipos de funciones propias de la administración central. De un lado, las políticas orientadas a en el acceso a los servicios -y la corrección de los desequilibrios territoriales. Esta función resulta tanto más importante cuanto mayores sean las desigualdades socioeconómicas y políticas de partida entre las comunidades locales o regionales que reciben la

transferencia de poderes (Prud'homme, 1996: 358 y 1995: 203 y 208). De otro, adquieren gran relevancia también las políticas y mecanismos institucionales orientados a controlar el grado de endeudamiento de los gobiernos subcentrales, puesto que existe evidencia de que la descentralización puede llevar, bajo ciertas condiciones, a una desestabilización macroeconómica a través de aumentos excesivos del gasto o de la presión fiscal por parte de los gobiernos subnacionales (McLure, 1996: 317; Tanzi, 1996: 304-6; Prud'homme, 1995: 205-7; Vengroff y Ben Salem, 1992:485-7). '

En este sentido, la evidencia empírica comparada parece avalar la necesidad de establecer límites constitucionales estrictos a la capacidad de endeudamiento de estos gobiernos, así como sanciones económicas y jurídicas en caso de incumplimiento de las previsiones institucionales. En ausencia de estos mecanismos, las amenazas del gobierno central de no cubrir las desviaciones presupuestarias de los gobiernos subnacionales resultan difícilmente creíbles (Hommes, 1996: 343; Tanzi, 1996: 305-6 y 309; Kneebone, 1992: 1299). Estas reglas son especialmente necesarias porque la investigación aplicada muestra que la connivencia entre políticos y entidades financieras en una determinada comunidad territorial no sólo puede dar lugar a niveles excesivos de endeudamiento, sino además fomentar que una gran parte de esta deuda permanezca oculta (Tanzi, 1996: 304). Este hecho puede ser aún más lesivo, porque impide diseñar políticas de estabilización macroeconómica efectivas, y más en general, porque puede tener consecuencias graves sobre la reputación y la credibilidad del Estado central y del resto de gobiernos subnacionales.

Por último, las consecuencias de la descentralización dependen también del nivel de corrupción que afecte a las distintas administraciones públicas, puesto que la multiplicación de niveles administrativos y de gobierno supone aumentar los puntos de acceso de los grupos de interés privados al proceso político de toma de decisiones. Sobre este tema, sin embargo, existe una considerable controversia, sobre todo cuando excluimos a los gobiernos locales de la comparación²⁸. Porque también puede defenderse que la

²⁸ En este sentido apuntan, por ejemplo, los datos de opinión para España y

descentralización implica la ruptura de cotos de poder burocráticos y de las redes de influencia tradicionales entre el gobierno central y los grupos de interés. Los medios de comunicación, de un lado, pueden ser más activos en el control de la corrupción a nivel nacional; pero el control de los ciudadanos sobre los políticos, de otro, puede ser más efectivo a nivel local o regional (Hommes, 1996: 339; Tanzi, 1996: 301; Wildasin, 1996: 327; Prud'homme, 1995: 208 y 211; Collins y Green, 1994: 464-5).

La misma diversidad de argumentos puede encontrarse en cuanto al tema relacionado de si la descentralización estimula o inhibe la movilización social en defensa de reivindicaciones políticas. Parece evidente, para empezar, que la necesidad de actuar a nivel local o regional puede minar el poder y la capacidad de presión de los grupos de interés privados más poderosos, lo cual se considera generalmente como deseable. Pero el problema es que, por las mismas razones, puede perjudicar también a las asociaciones ciudadanas y a los movimientos sociales, cuya intervención política se considera en general como beneficiosa para el funcionamiento democrático del sistema político. En concreto, la necesidad de actuar a nivel subnacional puede contribuir a disminuir la visibilidad de los conflictos políticos promovidos por las asociaciones ciudadanas o los movimientos sociales, debido a la propia necesidad de fragmentar localmente las presiones y las movilizaciones (Collins y Green, 1994: 471).

Otras ventajas políticas de la descentralización que se derivan del análisis comparado se refieren a la satisfacción de aspiraciones de

los Estados Unidos (García Ferrando et al., 1994: 133). En España, según la encuesta del Centro de Investigaciones Sociológicas analizada por estos investigadores, un 12% de los españoles piensa que el gobierno central está menos afectado por la corrupción que los gobiernos autonómicos, un 18% de la población opina que hay menos corrupción a nivel autonómico, y un 50% cree que la corrupción afecta a ambas administraciones por igual. En Estados Unidos, de acuerdo con un sondeo de Gallup, un 26 % cree que el gobierno federal es más corrupto, un 42% opina que los gobiernos de los Estados son menos corruptos que el central, y un 20% considera que ambos niveles de gobierno son igualmente corruptos. Los datos españoles corresponden al año 1990 y los norteamericanos al año 1981.

autogobierno de comunidades con una identidad nacional distintiva, así como a la integración sociopolítica de minorías étnicas (Tanzi, 1996: 297). Este hecho conecta con el tema de la heterogeneidad de preferencias propuesto por los estudios sobre federalismo fiscal, dado que las comunidades nacionales y los grupos étnicos comparten una serie de factores culturales específicos que pueden plasmarse en demandas sociopolíticas diferenciadas de otros grupos sociales. La misma cuestión se analiza en profundidad en el capítulo 2, desde el punto de vista de la intensidad de preferencias y de los problemas de legitimación de los regímenes democráticos.

Un argumento interesante que emerge de los debates sobre el desarrollo económico comparado es que la descentralización puede mejorar la eficiencia asignativa del sector público aún en el caso en que las preferencias de las distintas comunidades territoriales en relación a la provisión de servicios públicos sean semejantes entre sí. La razón es que la división de poderes entre niveles de gobierno hace que los gobiernos subnacionales estén más preocupados por programas políticos como las políticas sociales, a los que los ciudadanos otorgan una mayor prioridad. En contraste, el gobierno central se ocupa de objetivos políticos que presentan mayor conexión con la posición y los acuerdos del Estado en el ámbito internacional, que no ocupan a veces una lugar central en las agendas políticas de los ciudadanos. Ejemplos importantes de este tipo de programas son las políticas de defensa o las de estabilización macroeconómica y control del gasto público (McLure, 1996: 225).

Por último, los resultados prácticos de la descentralización en los países en vías de desarrollo avalan una serie de presupuestos de la teoría evolucionista y del neoinstitucionalismo económico, que se refieren al papel central de las rutinas (reglas habituales de definición de problemas y estrategias de solución de tipo administrativo) en el funcionamiento de las organizaciones. En este sentido, la descentralización puede contribuir a romper las inercias burocráticas y la tendencia a la reproducción de rutinas tradicionales de actuación que no se adaptan bien a las nuevas necesidades que el sector público tiene que atender (Hommes, 1996: 335). La creación de un nuevo aparato administrativo puede suponer también, como contrapartida, una pérdida de rutinas eficientes si la descentralización no se

acompaña de una transferencia de capital humano y experiencia de gestión a los nuevos centros de decisión regionales o locales (Hommes, 1996: 328).

De otro lado, la creación de una multiplicidad de gobiernos subnacionales encargados de solucionar problemas semejantes fomenta la experimentación y la innovación en las formas establecidas de enfrentar los problemas, que tiende a generalizarse a través del efecto demostración, y de la competencia y la cooperación entre gobiernos locales o regionales (Hommes, 1996: 335; Tanzi, 1996: 299 y 303). En este contexto, un problema importante que puede afectar al desarrollo de la descentralización en el corto y medio plazo es que el cambio en las reglas institucionales formales que se produce en el proceso de descentralización se enfrenta a la inercia estructural que afecta a las instituciones informales (tradiciones culturales, hábitos de actuación informales, valores aprendidos). Ello supone que el predominio de hábitos centralistas en los países recientemente descentralizados puede contribuir a recortar y ralentizar en la práctica la autonomía de los gobiernos subcentrales, disminuyendo la capacidad de experimentación y de adaptación a las condiciones locales de los mismos (Hommes, 1996: 336-8 y 348).

Este hecho sugiere que la evaluación de las consecuencias de la descentralización no debe realizarse de un modo apresurado, puesto que el potencial positivo de la descentralización sólo puede desarrollarse efectivamente tras un largo periodo de ajuste. Por ello, algunas de las consecuencias negativas de la descentralización que emergen del análisis comparado de la experiencia de los países en vías de desarrollo deben matizarse y contrastarse con los resultados obtenidos en países en donde la descentralización tiene un periodo de rodaje más largo. En este sentido, resulta importante mencionar los resultados empíricos de dos estudios que contrastan estadísticamente los efectos de la descentralización en un conjunto amplio de países con experiencias de centralización o descentralización dilatadas.

En primer lugar, el estudio de Hicks y Swank (1992) sobre la experiencia de los países de la OCDE en el periodo 1960-82 demuestra que el aumento del gasto público es mayor en los países centralizados que en aquellos que tienen una estructura descentralizada o federal. Estos resultados ayudan a relativizar

algunas conclusiones negativas que se extraen de la experiencia de países en vías de desarrollo, que sostienen que la descentralización conduce a aumentos excesivos del gasto público y a una desestabilización macroeconómica paralela. En segundo lugar, el estudio de Sang Loh Kim y Oates, que intenta explicar las causas del crecimiento del Pfl per cápita durante el periodo 1974-1989 sobre una muestra de 40 países, demuestra que existe una correlación robusta y significativa entre descentralización y crecimiento económico (Oates, 1996: 352-3). Este estudio contribuye a enfatizar que la redistribución del poder puede tener efectos semejantes a la redistribución de la riqueza, y su impacto global a largo plazo en los países en vías de desarrollo puede ser positivo, a pesar de los límites y de los problemas que afectan al proceso político-administrativo local y regional en el corto y medio plazo.

5. Conclusiones. La centralidad de las instituciones

La revisión de las principales aportaciones conceptuales y empíricas del análisis político y económico sobre el tema de las consecuencias de la descentralización que se realiza en este capítulo permite llegar a algunas conclusiones importantes. En primer lugar, hay que destacar que las diferentes teorías estudiadas, a través de factores mediadores a veces muy distintos, llegan a conclusiones en muchos casos semejantes sobre las ventajas y peligros potenciales de la descentralización. En segundo lugar, el análisis realizado permite aventurar algunas reflexiones sobre los efectos positivos potenciales de la descentralización sanitaria en España, así como sobre los problemas políticos y económicos que puede generar si no se acompaña de la estructura institucional y organizativa adecuada. En tercer lugar, y lo que es más importante, el análisis realizado en este capítulo permite aislar los factores mediadores que condicionan los efectos últimos de la descentralización.

Algunos de estos factores mediadores son en gran medida independientes del sistema político, y por ello, difíciles de promover a través de actuaciones concretas de los poderes públicos. Muchos de ellos, sin embargo, dependen para su desarrollo de la formulación y

aplicación de políticas públicas adecuadas que permitan aprovechar al máximo las ventajas potenciales de la devolución de poderes y contrarrestar paralelamente algunos problemas graves que pueden derivarse de la ejecución de una política de descentralización del sector público mal diseñada. Por ello, este capítulo se cierra con la presentación de algunas recomendaciones programáticas orientadas a mejorar los resultados de la descentralización sanitaria a medio y largo plazo.

Pero antes de pasar a esta cuestión es conveniente empezar por resumir brevemente las hipótesis de los diferentes autores estudiados sobre las ventajas y desventajas de la descentralización. Entre los beneficios esperados destacan los siguientes: satisfacción de aspiraciones de autogobierno, con el doble objetivo de aumentar la legitimidad del gobierno regional y de disminuir las tensiones entre el Estado central y los nacionalismos periféricos; incremento de la efectividad de la planificación y la gestión, así como de la cantidad y calidad de los servicios públicos, debido a la creación de organizaciones autónomas, más pequeñas y flexibles, y más cercanas a la población; renovación y reforma interna de la administración, a través del desmantelamiento de cotos de poder burocráticos, y del aumento de las oportunidades de acceso de personal más joven y mejor formado; aumento de la capacidad de innovación del sistema, gracias a la introducción de mayor diversidad, y de mayor densidad de expertos; estímulo a la participación y control democráticos, debido a la mayor cercanía y accesibilidad de las nuevas instituciones; reducción de desigualdades regionales, a través de la promoción de regiones deprimidas, vía autogobierno e intervención correctora de órganos redistributivos de tipo territorial; y, por último, promoción del desarrollo económico.

En cuanto a los costes potenciales que el experimento regional puede generar, los estudios económicos y políticos descritos destacan los siguientes: aumento de las dificultades de coordinación y de los costes de transacción; aumento de la diversidad estructural del sistema, que puede agravar el problema anterior y poner en peligro la igualdad de recursos disponibles a nivel interregional y la igualdad en las condiciones de prestación de los servicios; aumento de dificultades de control central del gasto y de la estrategia política

estatal; y menor orientación a necesidades globales del Sistema Nacional de Salud y de amplios sectores de la sociedad, debido al predominio excesivo de los intereses territoriales, y al aumento de los costes de influencia (vía aumento de las ocasiones de ejercer presión de los grupos de interés regionales). El hecho de que algunos efectos posibles de la descentralización aparezcan a la vez en la lista de las ventajas y en las inconvenientes, se debe, como debería ya estar claro a estas alturas, a la dirección en la que actúen (o a la presencia/ausencia) de determinados factores mediadores.

Para terminar, el análisis realizado en este capítulo permite formular algunas recomendaciones políticas e institucionales que pueden contribuir a mejorar los efectos de la descentralización autonómica de la asistencia sanitaria en España. Estas recomendaciones se ordenan de acuerdo a las tres dimensiones principales que posee cualquier estructura organizativa: el sistema de decisión, el sistema de incentivos y controles, y el sistema de información y desarrollo de capacidades (Grosfeld, 1990).

En cuanto a la *distribución de los derechos de decisión*, el modelo español de descentralización sanitaria, al preservar una estructura centralizada de prestación de servicios en 10 Comunidades Autónomas, no garantiza una separación eficiente de decisiones estratégicas y operativas. En otras palabras, las autoridades sanitarias centrales, debido a su implicación en las decisiones operativas en el territorio INSALUD, no prestan suficiente atención a las cuestiones estratégicas de mayor alcance. El propio hecho de que las autoridades políticas centrales sigan implicadas en los detalles operativos puede contribuir a que predominen una serie de actitudes centralistas (por ejemplo, la inclusión de detalles ejecutivos en la legislación básica), que perjudican la autonomía política de las Comunidades con competencias de asistencia sanitaria. Una primera reforma necesaria es pues descentralizar la asistencia sanitaria a las Comunidades del artículo 143.

Además, una reorganización paralela de la estructura funcional de estas organizaciones sería también deseable. Por ejemplo, en lugar de los departamentos actuales, podrían crearse divisiones que se ocuparan de cada uno de los programas sanitarios públicos (atención primaria, especializada, hospitalaria, rehabilitación, prevención y

promoción de la salud y farmacia), de manera que cada división tuviera poder de decisión autónomo sobre la financiación, la gestión económica, administrativa y de personal, las compras y suministros, la investigación y formación, etc. Una reforma que actúa en un sentido parecido es la adopción de estructuras planas (con pocos niveles jerárquicos) por parte del Servicio Catalán de Salud, lo que permite crear equipos de trabajo ad-hoc para desarrollar programas específicos (por ejemplo, el lanzamiento y diseño inicial de un plan de detección precoz del cáncer), que se disuelven cuando acaban las tareas que tienen encomendadas, y en los que la atribución de responsabilidades directivas depende de los conocimientos sobre el tema y no de la línea jerárquica de poder previa. Del mismo modo, la concesión de autonomía de gestión a los centros sanitarios sería una reforma complementaria igualmente necesaria.

Estos cambios permitirían la especialización del Ministerio, y en su caso, del INSALUD, en funciones estratégicas de mayor alcance, como el estudio sistemático de los resultados de diferentes reformas internacionales y de los experimentos piloto nacionales, la evaluación comparada de la eficiencia y la equidad en la prestación de servicios de las Comunidades Autónomas, la promoción de la innovación y la investigación, la planificación y el lanzamiento de nuevos programas, y la asignación equitativa de recursos a las Comunidades Autónomas.

La estructura descentralizada del Estado español aconseja en este sentido la adopción de un sistema colegiado de toma de decisiones que incluya al gobierno central y a las Comunidades Autónomas. Para que la negociación multilateral entre estas unidades políticas no genere un aumento de los costes de decisión, ni bloqueos y retrasos indebidos en la toma de decisiones, es importante garantizar la adopción formal de la regla de la mayoría, de manera que pueda utilizarse para desbloquear las decisiones en las que existen dos grupos enfrentados con preferencias igualmente intensas.

TABLA 7

REFORMAS INSTITUCIONALES QUE PUEDEN CONTRIBUIR A MEJORAR LOS EFECTOS DE LA DESCENTRALIZACIÓN SANITARIA EN ESPAÑA	
<p>DECISIONES: Asignación derechos de control</p>	<p>Menor implicación gobierno central en decisiones operativas --> descentralización Refuerzo funciones estratégicas: evaluación comparada CCAA, asignación equitativa de recursos, apoyo y promoción de la innovación y la investigación Introducción de regla de la mayoría en decisiones multilaterales Estado-CCAA (financiación autonómica CISNS)</p>
<p>INCENTIVOS: Responsabilidades políticas y financieras</p>	<p>Refuerzo incentivos financieros y políticos a: Políticas de igualdad a nivel autonómico Cooperación interregional y transmisión de innovaciones Promoción del tejido asociativo a nivel regional y local Refuerzo responsabilidad financiera y política de las CCAA: Mayor corresponsabilidad fiscal Descentralización al resto de CCAA Refuerzo compromiso estatal de no financiar déficits autonómicos Introducción de límites a la capacidad de endeudamiento en la Constitución Aplicar sanciones y premios financieros vinculados al cumplimiento de los objetivos de gasto pactados</p>

<p>INFORMACIÓN/ CAPACIDADES</p>	<p>Refuerzo sistemas de información: Externa: innovaciones y reformas internacionales Interna: necesidades, costes y asignación de recursos Refuerzo capacidad de gestión central y autonómica: Promoción movilidad interregional expertos y gestores Inversión en reciclaje profesional y formación del capital humano Escuelas e institutos de gestión sanitaria y salud pública</p>
--	--

Es importante mencionar que los pactos autonómicos de 1991 firmados por el PSOE y el PP, así como los acuerdos subsiguientes alcanzados con las Comunidades en 1992, ponen en marcha algunas de estas propuestas. Un elemento importante es el acuerdo para la creación de conferencias sectoriales de representantes del Ministerio y de las Consejerías autonómicas en aquellos sectores en donde todavía no existían. La generalización de las conferencias sectoriales está prevista en la Ley del Proceso Administrativo de 1983 (que sustituye a la antigua LOAPA), pero entre 1983 y 1992 los desarrollos prácticos en este sentido son escasos. Ejemplos importantes de las conferencias sectoriales que se crean a lo largo de los años 80 son el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y el Consejo de Política Fiscal y Financiera. Otra reforma que se introduce en 1992 a través de los pactos autonómicos es la atribución a estas comisiones sectoriales de mayores responsabilidades en la toma de decisiones sobre las políticas públicas concretas. Dentro del mismo paquete de reformas, merece una mención especial el hecho de que se instituya por primera vez la regla de la mayoría en tanto sistema formal de toma de decisiones por el que deben regirse en caso de conflicto las comisiones ya existentes y las de nueva creación (Aja et al., 1993).

En cuanto al *sistema de incentivos*, la primera propuesta de reforma pertinente es la creación de incentivos financieros y políticos (por ejemplo, subvenciones, torneos y premios) que contribuyan a promover las políticas autonómicas para la igualdad intrarregional, la generación de innovaciones eficientes, la cooperación interregional necesaria para su transmisión²⁹, y el tejido asociativo a nivel regional

²⁹ Un ejemplo interesante en este sentido es el sistema de promoción de la innovación utilizado por Toyota, que concede primas financieras y premios a aquellos empleados o proveedores que introducen innovaciones eficientes, para lo que se exige a los mismos que elaboren un pequeño informe sobre las características, proceso de aplicación y resultados de las innovaciones introducidas. Estos informes garantizan que la innovación pueda transmitirse al resto de unidades organizativas. Como complemento, se financia la movilidad temporal de los promotores de la innovación a otras unidades organizativas, para que ayuden en su aplicación y desarrollo.

y local³⁰.

Además, otra recomendación posible en este sentido se refiere al refuerzo de la responsabilidad financiera y política de las Comunidades Autónomas, lo que puede conseguirse a través de las siguientes reformas. En primer lugar, ocupan un lugar capital tanto la descentralización de la asistencia sanitaria a las Comunidades del artículo 143, como la concesión de mayor corresponsabilidad fiscal a todas las Comunidades, que debe ser acompañada de un mejor diseño de las transferencias centrales necesarias para garantizar una igualdad básica en los recursos disponibles a nivel interterritorial.

En segundo lugar, el refuerzo del compromiso estatal de no financiar las desviaciones presupuestarias de las Comunidades Autónomas puede garantizarse a través de la aplicación de medios semejantes a los que existen en la mayoría de los países federales de nuestro entorno: la introducción de límites a la capacidad de endeudamiento autonómica y local en la Constitución, y la aplicación de premios y sanciones económicas vinculados al cumplimiento de los objetivos de gasto. Esta última posibilidad aparece por primera vez en el debate político español durante la segunda mitad del año 1996, a través de las declaraciones del Ministro de Economía del gobierno popular a los medios de comunicación.

Para terminar, el éxito de las reformas propuestas depende de un modo crucial de *la información y la capacidad de gestión* global disponible en el Sistema Nacional de Salud. Dentro de las funciones estratégicas del Ministerio, adquieren especial relevancia las destinadas a mejorar los sistemas de información, investigación y evaluación existentes, en especial los que se refieren a las necesidades sanitarias, los costes de provisión, y la asignación de recursos a nivel regional y local³¹.

³⁰ En este sentido, las iniciativas del Ayuntamiento de Barcelona merecen una mención especial. Para una descripción detallada de las características de estas iniciativas, así como del papel de las asociaciones en la mejora de la prestación de los servicios públicos, ver Moreno (1997).

³¹ Una propuesta interesante y completa en este sentido es la incluida dentro de los criterios generales de coordinación aprobados por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en el año 1988, que, por razones inexplicables, no

Una idea que ninguno de los diferentes equipos ministeriales que se suceden a lo largo del periodo de estudio ha considerado en profundidad es que el verdadero control político depende de la información. Esta es la principal asignatura pendiente de la administración central de la sanidad en España, y uno de los aspectos en los que menos se ha avanzado durante los años 80 y 90. Un ejemplo es la disminución radical en la información sanitaria publicada anualmente por el INSALUD a partir de 1992; otro aún más grave es el hecho de que las primeras publicaciones oficiales del Ministerio de Sanidad sobre los sistemas sanitarios autonómicos aparezcan casi 15 años después del lanzamiento del proceso de descentralización sanitaria. En contraste, uno de los éxitos más destacables de la descentralización, en este sentido, es el importante desarrollo de la información sanitaria en las Comunidades con competencias. La calidad y cantidad de la información disponible varía considerablemente entre Comunidades Autónomas, pero aún así supera generalmente la existente a nivel central.

El refuerzo de la capacidad de gestión central y autonómica, además de depender crucialmente de la mejora de los sistemas de información disponibles, requiere una inversión considerable en la formación de capital humano y en el reciclaje profesional de funcionarios, gerentes, coordinadores, jefes de servicio, y personal administrativo y sanitario. El problema no reside en este caso en la motivación de estos profesionales para aumentar sus conocimientos; por ello, la responsabilidad puede atribuirse directamente a la falta de recursos y de apoyo institucional en este campo. En este sentido, es recomendable la creación de escuelas e institutos de gestión sanitaria y salud pública en todas las Comunidades Autónomas, en vista de la excelente tarea que realizan algunas de las organizaciones ya existentes, como la Escuela Andaluza de Salud Pública, el Instituto Valenciano de Estudios de Salud Pública o la propia Escuela Nacional de Salud. Las subvenciones para la asistencia a Conferencias, Cursos

se ha llevado a la práctica. Esta propuesta de construcción de un sistema de indicadores que cubriera las lagunas importantes de información que afectan al Sistema Nacional de Salud puede consultarse en la Memoria de actividades del CISNS del año 1988, publicada por el Ministerio de Sanidad y Consumo en 1989

3001 Descentralización y reforma sanitaria en España...

y Congresos, y para la promoción de la movilidad interregional de gestores y expertos de las Comunidades con mayor experiencia de gestión podrían servir de complemento útil en el mismo sentido, así como contribuir a eliminar las diferencias entre Comunidades autónomas en cuanto a la efectividad en la gestión de los servicios.

CAPÍTULO 5

LA EJECUCIÓN DEL MODELO DE DESCENTRALIZACIÓN SANITARIA Y LAS RELACIONES ENTRE NIVELES DE GOBIERNO

"En la noche del 25 de septiembre, rompiendo el frágil acuerdo alcanzado previamente y amenazando una crisis profunda, Largo Caballero pedirá la palabra para oponerse a que se reconociera a las regiones la posibilidad de ejecutar la legislación social del Estado. El razonamiento de Largo Caballero fue que el Estado no podría cumplir los compromisos internacionales derivados de los convenios suscritos en materia social si entregaba la ejecución de las normas a un poder ajeno. Sin embargo, bajo tal razonamiento, latían las auténticas causas de los recelos socialistas hacia la autonomía catalana...¹

La conclusión principal del análisis del proceso de formulación de la Ley General de Sanidad, en lo que se refiere al modelo de descentralización sanitaria, es que no se resuelven en el plano formal las ambigüedades que caracterizan al marco constitucional. Más bien al contrario, la Ley General de Sanidad abre nuevas opciones que la Constitución no contempla, por lo que el diseño final del modelo de gobierno de la sanidad queda aún más abierto. En concreto, las novedades principales que la Ley introduce en cuanto a la estructura formal que regula la descentralización son las siguientes.

En primer lugar, la Ley deja abierta la posibilidad de la transferencia del INSALUD a las Comunidades del artículo 143,

¹ Varela, 1976. 37.

mientras que prevé la desaparición futura de este organismo gestor. En particular, se les atribuyen competencias de ordenación y organización de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social. Además, se prevé su participación en el proceso de ejecución de la Ley, así como en la gestión de estos servicios, a través de una serie de convenios con el Ministerio y el INS ALUD, así como a través de las comisiones de coordinación de la asistencia sanitaria. Por último, la creación del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud supone la introducción en el gobierno de la asistencia sanitaria de un órgano colegiado de tipo consultivo al que se le asigna la importante función de permitir la participación de todas las Comunidades Autónomas en el proceso de formación de la política sanitaria central. Estos cambios suponen una ampliación de las competencias que la Constitución reconoce a estas Comunidades. Algunos de ellos están ya previstos en los Estatutos y en la legislación sanitaria aprobada por los gobiernos centristas.

En segundo lugar, la Ley reafirma formalmente el poder de control del Estado sobre las Comunidades del 151, a través de dos mecanismos principales: la formulación detallada de las competencias de Alta Inspección y Coordinación General que le concede la Constitución, y una definición detallada de la legislación básica, que incluye cuestiones ejecutivas de detalle. Además, se prevé la constitución de comisiones de coordinación de la asistencia sanitaria con las Comunidades del 151 que aún no han recibido la transferencia del INSALUD.

La mayoría de estos nuevos órganos y reglas formales no están suficientemente definidos como para estructurar unívocamente la acción del gobierno. Por ello, y como veremos a lo largo de este capítulo, se puede afirmar que el marco institucional formal de la descentralización consignado en la Ley General de Sanidad es tan abierto que la estructura de gobierno de la asistencia sanitaria depende del juego informal de las relaciones de poder y las preferencias políticas en cada momento del tiempo. Por ejemplo, en cuanto a los poderes potenciales de las Comunidades del 143, tanto el Consejo Interterritorial como las comisiones de coordinación sanitaria suponen un reconocimiento de su participación, con carácter consultivo, en la formulación y ejecución de la política sanitaria. En

la práctica, sin embargo, su poder real depende de la importancia que cada Ministro conceda a estos órganos colegiados en el proceso de formación y ejecución de las políticas; importancia que varía sustancialmente en el periodo 1986-1996 dependiendo de la coyuntura política y el talante negociador de cada equipo ministerial².

Resulta por ello importante examinar en mas detalle el proceso de ejecución del modelo de descentralización sanitaria, dado que a lo largo de este proceso se van reformulando algunos de los rasgos principales del modelo de descentralización sanitaria. Sin embargo, este modelo no llega a quedar totalmente definido al final del periodo socialista. De hecho, algunos elementos centrales del mismo, como las competencias de las Comunidades del artículo 143 en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, o el modelo definitivo de financiación sanitaria autonómica, siguen siendo objeto de los programas y los debates políticos a lo largo de la segunda mitad de la década de los 90.

En este contexto, el objetivo principal de este capítulo es el análisis del proceso de ejecución de la descentralización sanitaria y de las relaciones entre el Estado central y las Comunidades Autónomas durante el periodo 1986-1996, con el fin de llegar a una conclusión más precisa sobre las características formales del marco institucional que regula la descentralización sanitaria, que evolucionan de un modo dinámico a lo largo del periodo. Para terminar, es necesaria una última aclaración, que se refiere al sistema de financiación sanitaria autonómica. Este sistema, y los conflictos políticos alrededor de este tema, constituyen un elemento central de los procesos de ejecución de la descentralización y la reforma

² Los contenidos de este capítulo se basan, además de en las fuentes citadas en el texto, en las entrevistas realizadas a Ernest LLuch, Ministro de Sanidad entre 1982 y 1986; a Pedro Pablo Mansilla Izquierdo, asesor del Ministerio de Sanidad entre 1983 y 1986 y Director General de Alta Inspección y Relaciones con las Administraciones Territoriales entre 1986 y 1990; a Pedro Sabando Suárez, Subsecretario de Sanidad y Consumo entre 1983 y 1986, y Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid entre 1986 y 1995; y a Josep María Via, Director General de asistencia sanitaria del Servei Càtala de la Salut. A estas entrevistas formales hay que añadir una serie de conversaciones de carácter informal con responsables técnicos y políticos de la sanidad central y autonómica

sanitaria socialista. La complejidad y relevancia del problema aconsejan un tratamiento separado del problema, que se realiza en la última parte de la tesis.

1. El modelo de descentralización sanitaria. La posición de los socialistas

Las opciones abiertas al gobierno socialista en cuanto al modelo de descentralización sanitaria tras la aprobación de la Ley General de Sanidad son semejantes a las que los gobiernos centristas se plantean durante los últimos años 70 y primeros 80. Dado el carácter indefinido y abierto del marco legislativo formal que se aprueba en 1986, el gobierno tiene las manos libres para acabar de completar el modelo de descentralización a través de la práctica política y de sus relaciones con las Comunidades Autónomas. Las alternativas principales por las que el partido socialista puede optar son las siguientes.

De un lado, se puede operar sobre la dimensión simétrica/asimétrica del Estado de las Autonomías: se trata en este caso de decidir cuánto poder pueden ejercer las Comunidades del artículo 143 sobre la asistencia sanitaria. Si se aumentan las competencias de estas Comunidades, la estructura territorial del Estado se hace más simétrica, al desaparecer las diferencias de poder entre unas Comunidades y otras. De otro lado, hay que decidir sobre el grado de control jerárquico que el Estado central va a ejercer sobre los gobiernos autonómicos, y en especial sobre los que disfrutaban de amplias competencias normativas y ejecutivas en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

Ambas cuestiones están estrechamente relacionadas, pero no son formalmente idénticas. Existen cuatro combinaciones posibles de estos dos ingredientes. En primer lugar, se puede optar por mantener el modelo asimétrico de distribución de competencias, pero ejerciendo un nivel bajo de control central sobre las Comunidades con competencias, o en otras palabras, otorgarles el máximo grado de autonomía normativa. La segunda opción consiste en ejercer un fuerte control jerárquico sobre la autonomía legislativa y ejecutiva de estas

Comunidades, y transferir simultáneamente los mismos poderes limitados de gobierno a las Comunidades del 143, con lo que se tiende a la igualdad relativa de los poderes autonómicos de gobierno sanitario, independientemente de la vía de acceso a la autonomía. Esta es, de hecho, la fórmula del 'café para todos', que constituye alternativa elegida por los gobiernos centristas a partir de 1979, como hemos visto en el capítulo 3.

La tercera posibilidad consiste en mantener la distribución asimétrica del poder, pero reforzando el control jerárquico sobre las Comunidades del artículo 151, lo que supondría una involución en el Estado de las Autonomías, es decir, un refuerzo del centralismo en sanidad. La cuarta alternativa, por último, consiste en descentralizar las competencias de asistencia sanitaria a las Comunidades del artículo 143, y optar simultáneamente por reducir el control jerárquico del Estado central y aumentar la autonomía política de la que disfrutaban los gobiernos autonómicos en la práctica. Esta última opción supone dotar a la estructura territorial del Estado español de los rasgos definitorios del modelo federal.

La evolución del partido socialista sobre el modelo de descentralización del Estado a lo largo del periodo de estudio es la historia de un proceso de aprendizaje político que lleva de una confusión inicial considerable a la aceptación progresiva de la autonomía política sustantiva de las Comunidades del artículo 151, a través de un proceso de ensayo y error en el que los objetivos programáticos nunca acaban de definirse de un modo claro. La división interna de opiniones en el partido con respecto a las opciones principales de avance en este terreno ayuda a entender tanto la inexistencia de una postura programática coherente y estable sobre la estructura territorial del Estado, como los cambios experimentados por las preferencias políticas explícitas de los socialistas con respecto a la descentralización sanitaria entre 1976 y 1996.

Algunos de los conflictos principales sobre este tema pueden comprenderse mejor si examinamos la evolución histórica de las relaciones entre socialismo y Autonomías a lo largo del siglo veinte. El rasgo más notable a lo largo de esta evolución es el mismo que se ha destacado con respecto al último cuarto de este siglo: no existe una

posición ideológica única y consensuada respecto a la descentralización a lo largo de la historia española reciente.

Históricamente la postura del PSOE no es favorable a la descentralización, en consonancia con el internacionalismo y el jacobinismo que caracterizan al socialismo como doctrina política. La preocupación principal a este respecto es que la reforma profunda de las instituciones del Estado, y en particular el lanzamiento de políticas económicas y sociales progresistas, son procesos políticos complicados que pueden verse obstaculizados por la fragmentación territorial de los partidos políticos y los poderes del Estado que la descentralización supone.

Este hecho ayuda considerablemente a comprender la oposición de los socialistas al modelo de Estado integral descentralizado durante la discusión del proyecto de Constitución en el año 1931. A pesar del pacto realizado entre los partidos integrantes de la coalición de gobierno de defender las reivindicaciones autonomistas de Cataluña, los socialistas rompen en un par de ocasiones el acuerdo para manifestar su verdadera actitud, opuesta a la descentralización. Es especialmente significativa en este sentido la actitud del que luego sería Ministro de Trabajo socialista durante el primer bienio, Largo Caballero, que se opuso contundentemente a la ejecución regional de la legislación social, aludiendo que disminuiría el control del Estado sobre el efectivo cumplimiento de los convenios internacionales sobre el tema (Várela, 1976: 37).

A pesar de estos incidentes, el partido socialista muestra a lo largo del periodo republicano una actitud práctica de apoyo a la descentralización, más por motivos tácticos (frente común contra el autoritarismo y la monarquía) que ideológicos. El apoyo táctico de las reivindicaciones nacionalistas es, además, una característica constante de los partidos socialistas y comunistas europeos desde principios del siglo XX (Colino, 1996). De otro lado, la asociación entre reivindicaciones democráticas y autonómicas en el largo periodo de oposición al franquismo, la presencia importante dentro del partido de los militantes catalanes y vascos durante el periodo democrático, y las reivindicaciones autonomistas de la militancia y el electorado socialista en algunas regiones, modifican considerablemente esta doctrina histórica, y explican que un sector importante del partido

defienda posturas marcadamente autonomistas desde el inicio de la transición.

Las razones de tipo político que parecen determinar de un modo más directo la actitud centralista del PSOE a lo largo de la mayor parte de este siglo se refieren sobre todo a la dinámica de las relaciones entre el partido socialista y los partidos en la oposición, y dentro del partido, entre líderes centrales y regionales. Como ha señalado Santiago Várela para el caso de la n República:

"Cuando los partidos republicanos o los socialistas españoles dificultaban el otorgamiento de tal o cuál facultad a la región autónoma, solían señalar los peligros que esta concesión entrañaba para la unidad nacional o para la soberanía del Estado español. No obstante, lo que subyacía realmente en estas protestas no era tanto el puro hecho de la desnutrición jurídica de los poderes estatales como el temor a que estos poderes iban a ser ejercidos por fuerzas políticas *asuntas*" (Varela, 1976: 32-3)

Junto con la competencia partidista, un segundo factor político que explica la posición centralista de los socialistas es el temor a perder el control sobre su propio partido, debido a las reivindicaciones políticas crecientes de los líderes regionales del partido. Resulta interesante destacar que este mismo temor a la fragmentación interna del partido emerge también como un factor explicativo importante de la actitud del PSOE en 1931 (Várela, 1976: 33-4).

Además, y entrando ya de lleno en el periodo de estudio, existen también razones de orden práctico que inclinan al partido socialista a defender el refuerzo del control jerárquico del Estado central sobre las Comunidades Autónomas, y en particular sobre los nacionalismos periféricos. En cuanto a este último problema, la posición del ejército, favorable a la fórmula del café para todos, y el refuerzo del control del Estado central sobre las nacionalidades históricas, tiene probablemente una influencia destacada durante las etapas iniciales de la transición, como hemos visto en el capítulo 3.

En cuanto a la primera de estas cuestiones, la evaluación negativa de los socialistas sobre la corta experiencia de funcionamiento de la descentralización ayuda también a entender la evolución hacia

posturas más centralistas a lo largo de su primera legislatura en el gobierno. El desencanto proviene en parte de un exceso de expectativas sobre su capacidad para aumentar de un modo inmediato la efectividad de la gestión y para disminuir el gasto. Además, la evaluación negativa es en parte resultado de la contradicción interna de la posición del partido, que defiende en teoría la descentralización, en tanto aumento de la autonomía política, pero se opone a sus consecuencias prácticas, en cuanto suponen necesariamente una mayor diversidad en la organización y gestión de los servicios sanitarios.

En este sentido, las experiencias prácticas durante la primera mitad de los años ochenta que generan mayores problemas dentro del partido son la constatación de que la descentralización fomenta actitudes crecientemente reivindicativas de los ejecutivos autonómicos de cualquier signo político, que no supone una mejora inmediata y espectacular de la gestión, que genera una diversidad clara de ordenamientos y políticas, y que aumenta el nivel de gasto sanitario global.

Todo ello explica los cambios de postura del PSOE a lo largo del periodo de estudio. Durante su etapa en la oposición, comienzan por defenderse principalmente los derechos de autonomía de las comunidades históricas, es decir un modelo de Estado profundamente asimétrico y con un bajo control jerárquico por parte del Estado sobre estas Comunidades. Más adelante el PSOE hace campañas políticas considerablemente activas a favor de los derechos de algunas Comunidades sin una tradición nacionalista destacada en la historia reciente (Andalucía, Comunidad Valenciana, Canarias, Galicia). Finalmente, su participación en los pactos autonómicos que dan lugar a la LOAPA suponen un giro marcado hacia posiciones centralistas, lo que abre una serie de conflictos internos en el partido. Estos virajes tácticos se suceden en un periodo inferior a tres años.

En 1982, cuando se inicia la primera legislatura socialista, existe una gran confusión programática que se deriva en gran medida de esta trayectoria contradictoria e incierta previa. Entre 1982 y 1985 el conflicto interno permanece abierto. Durante este periodo, sin embargo, tienden a predominar las expectativas entusiastas con respecto a la descentralización, y las reivindicaciones competenciales

de las Comunidades socialistas y nacionalistas. En el campo sanitario, la actitud inicial favorable a la autonomía regional se plasma en el traspaso temprano del INSALUD a Andalucía, y en la conclusión rápida, entre 1982 y 1986, del proceso de transferencia de las competencias de sanidad e higiene y del AISNA iniciado por la UCD.

El cambio de tendencia comienza a hacerse evidente a partir de 1985, momento en que el tema de la estructura territorial del Estado pasa a manos de la Comisión Delegada del gobierno para la política autonómica, dirigida por el vicepresidente del gobierno Alfonso Guerra. El modelo de descentralización deja de formar parte del debate político interno, o en otras palabras, pierde visibilidad política. En las mismas fechas comienza a reforzarse el control jerárquico interno del núcleo del partido sobre los gobiernos autonómicos, y a silenciarse las disidencias internas al respecto. El cambio de postura se hace evidente en el sector sanitario a partir de 1986, tanto en la ralentización de las transferencias del INSALUD a las Comunidades con competencias estatutarias o delegadas, como en el control jerárquico ejercido sobre las limitadas potestades sanitarias y las reivindicaciones políticas de las Comunidades del 143, y en los intentos, a menudo sin éxito, de ejercer un control semejante sobre las Comunidades que ya han asumido las transferencias del INSALUD.

En particular, la trayectoria de los socialistas en cuanto a la descentralización sanitaria es la siguiente. La posición inicial del Ministerio de Sanidad³ incluye la posibilidad de extender los derechos de participación en el gobierno de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las Comunidades del 143⁴. La incorporación al

³ Conviene recordar aquí que el equipo ministerial del partido socialista durante la primera legislatura se caracterizaba por una diversidad considerable de posturas tanto en cuanto a la descentralización como a la cuestión público/privado en la provisión de los servicios. Cuando se habla de 'posición del Ministerio', por ello, no se pretende afirmar que hubiera una postura unánime, sino de emitir un juicio sobre la posición que se considera predominante en cada momento del tiempo.

⁴ Además de la evidencia recogida a través de entrevistas en profundidad, existe evidencia documental que avala este hecho en la legislación aprobada por Comunidades gobernadas por los socialistas (como Asturias y Madrid) entre 1983

equipo ministerial de un grupo de ex-militantes del partido comunistas, y de algunos socialistas favorables a la autonomía política de todas las Comunidades ayuda a entender el peso que esta posición tiene dentro del Ministerio. Sin embargo, hay que recordar aquí que el primer Ministro de Sanidad socialista, Ernest Lluch, muestra un apoyo explícito a la LOAPA durante los años en la oposición, en contra de la postura predominante en la agrupación catalana del partido, de la que proviene inicialmente. Este hecho es importante para comprender que las transferencias del INSALUD a las Comunidades del artículo 143 desaparezcan tempranamente de la agenda política del Ministerio, a lo que contribuye también la constatación de las dificultades técnicas de los traspasos y los déficits financieros asociados al gobierno autonómico de la sanidad en Cataluña y Andalucía⁵.

La opción final por la que se opta, ya reflejada en la Ley General de Sanidad, y que se hace patente a lo largo del periodo 1987-1996, consiste en delegar de manera selectiva algunas competencias ejecutivas o consultivas en materias puntuales como la ordenación sanitaria y la planificación, de manera que el grado de autonomía formal de que disponen las comunidades del 143 al final del periodo socialista es bastante limitada. Además, aunque la Ley General de Sanidad admite formalmente la participación de estas Comunidades en la gestión y organización de la asistencia sanitaria en sus territorios respectivos, las comisiones de coordinación que se crean a partir de 1985 funcionan en la práctica como un instrumento de control del gobierno central sobre la gestión autonómica de las materias sanitarias sobre las que las Comunidades tienen competencias estatutarias o

y 1984, en la que se prevé la posibilidad de la transferencia.

⁵ Una referencia importante sobre la posición del PSOE a finales de los años ochenta en cuanto al modelo de descentralización son las conferencias incluidas en las Jornadas sobre Coordinación General Sanitaria organizadas por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en 1988. En concreto, ver las conferencias de Joaquín Almunia (MSC, 1989: 13-24), Juan José Laborda (MSC, 1989: 25-34), Tomás de la Cuadra (MSC, 1989: 35-6) y Julián García Vargas (MSC, 1989: 55-68).

delegadas (salud pública, red de hospitales provinciales y centros del AISNA).

Otro elemento indicativo de la actitud del partido socialista contraria a la ampliación del número de Comunidades con autonomía sanitaria efectiva es el retraso temporal en la transferencia del INSALUD a las Comunidades con competencias de desarrollo legislativo y ejecución de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social. Este es el caso de Galicia, Navarra y Canarias, y en menor medida, el del País Vasco y la Comunidad Valenciana. El retraso es considerable, puesto que supone que el País Vasco y Valencia adquieren poderes sanitarios siete años más tarde que Cataluña; mientras que Galicia y Navarra, de un lado y Canarias, de otro, reciben estos poderes 10 y 13 años más tarde respectivamente. Este hecho es especialmente significativo por dos razones. En primer lugar, porque el marco constitucional prevé el acceso inmediato de estas Comunidades a las competencias que les corresponden. En segundo lugar, porque, como veremos más adelante, este retraso contribuye a reforzar considerablemente el poder del Estado central en el gobierno de la sanidad durante este periodo.

El segundo elemento del modelo inicial de descentralización sanitaria socialista consiste en la intención clara del poder central de imponer un control jerárquico sobre el proceso de desarrollo legislativo y de ejecución de la reforma en las Comunidades del 151. Esta estrategia es patente desde el año 1983, y resulta congruente con la participación del PSOE en los pactos autonómicos de 1981 y en la aprobación de la LOAPA. La definición exhaustiva de las materias consideradas como básicas a través de la Ley General de Sanidad, que incluyen numerosas cuestiones ejecutivas de detalle, el hecho de que la Ley incorpore muchas de las previsiones de la LOAPA sanitaria analizada en el capítulo 3, y la importancia que se concede a las competencias de alta inspección y coordinación general sanitaria son indicadores claros de esta postura. Además, el análisis tanto de la legislación central de desarrollo de la Ley General de Sanidad como de los conflictos constitucionales entre el Estado y las Comunidades Autónomas confirman este aspecto del modelo de descentralización socialista.

Sin embargo, esta postura inicial se encuentra con una serie de problemas políticos y jurisdiccionales importantes a lo largo de los años 80, para acabar plasmándose en los noventa en una inhibición no del todo intencionada por parte del Ministerio en el ejercicio de sus competencias de control central del proceso legislativo autonómico. Un ejemplo clave son las relaciones entre la Dirección General de Alta Inspección y Relaciones con las Administraciones Territoriales (DGAIRAT) del Ministerio de Sanidad, y las Comunidades con competencias sanitarias. La DGAIRAT es el órgano encargado de ejercer el control del Estado sobre la actividad normativa de las Comunidades, es decir, las competencias de alta inspección mencionadas en la Constitución y la Ley General de Sanidad. Durante los años 80 la actitud del Ministerio es relativamente beligerante, como indican las estadísticas sobre recursos interpuestos ante el Tribunal Constitucional. Desde finales de los años 80, sin embargo, la labor de control de este organismo se relaja considerablemente⁶.

Este hecho no es exclusivo del ámbito sanitario, sino que es parte de una disminución general de la conflictividad competencia! en el Estado de las Autonomías⁷. En la práctica, la no intervención del

⁶ El número de asuntos conflictivos interpuestos en el Tribunal Constitucional que afectan, a las competencias del Ministerio de Sanidad y Consumo entre los años 1981 y 1987 se distribuye por años del siguiente modo: 7 en 1981, 5 en 1982, 10 en 1983, 26 en 1984, 12 en 1985, 10 en 1986, y 7 en 1987, lo que supone un total de 78 recursos en total, de los que 35 son interpuestos por las Comunidades y 43 por el Estado. De los 78 recursos, 55 afectan a Cataluña (28), Galicia (17) y País Vasco (10), y los 33 restantes se distribuyen entre el resto de Comunidades, con Comunidad Valenciana (4) y Murcia (3) a la cabeza (Mansilla, 1988:185-192). A partir de 1987, no existen estadísticas comparables, puesto que los datos oficiales no incluyen los recursos en los que se da el desistimiento de alguna de las partes. En cuanto a las impugnaciones ante el Tribunal en el área de sanidad y consumo para los que no se da el desistimiento, son 4 en 1988 y ninguno entre 1989 y 1994. En el periodo 1981-1994, los desistimientos representan casi el 20% del total de recursos y conflictos interpuestos ante el Tribunal Constitucional (MAP, 1995: 77-92).

⁷ La evolución de la conflictividad total entre el Estado y las Comunidades, descontados los desistimientos, es la siguiente: 49 impugnaciones en 1981, 51 en 1982, 68 en 1983, 101 en 1984, 131 en 1985, 96 en 1986, 101 en 1987, 92 en 1988, 60 en 1989, 32 en 1990, 18 en 1991, 32 en 1992 y 15 en 1993.

Ministerio se traduce en una libertad normativa de las Comunidades del 151 prácticamente ilimitada. Este hecho queda especialmente de manifiesto en la legislación autonómica aprobada desde 1990, que contradice en algunos casos los objetivos políticos implícitos de la Ley General de Sanidad.

Las razones principales de la relajación del control central parecen ser las siguientes. En primer lugar, un factor determinante importante es la labor de arbitraje del Tribunal Constitucional, que tiene una doble influencia, tanto directa como indirecta, en este cambio de actitud. En cuanto a la influencia directa, hacia mediados de los años ochenta, el Tribunal insta al gobierno y a las Comunidades a disminuir el ritmo de las impugnaciones, y a fomentar la resolución negociada de los conflictos, debido a la rápida acumulación de asuntos conflictivos.

En cuanto a la influencia indirecta, la labor de arbitraje desarrollada por el Tribunal contribuye a la creación de estructuras consultivas de carácter colegiado en las que participan el gobierno central y los autonómicos⁸. De acuerdo a las expectativas teóricas analizadas en el capítulo anterior, la creación de una estructura institucional que garantice la interacción frecuente entre los responsables políticos de los distintos niveles de gobierno contribuye a generar una mayor confianza en la negociación, especialmente si las pautas de interacción se rigen por normas básicas de reciprocidad. Esta es, probablemente, la idea que inspira las recomendaciones del Tribunal citadas.

De hecho, la creación de estos órganos en el campo sanitario a través de la Ley General de Sanidad, supone la introducción de cambios institucionales sustantivos en el marco institucional de la

⁸ Son interesantes en este sentido las declaraciones del Ministro Julián García Vargas en las Jornadas de Coordinación que tienen lugar en 1988: Al descenso de la conflictividad competencial ha contribuido sin duda alguna, la doctrina del Tribunal Constitucional sentada en las sentencias 32 y 43/1983 [que recomiendan la creación de estructuras colegiadas para la revolución negociada de los conflictos]...pero también, a mi modo de ver, ha sido decisiva la puesta en marcha de instrumentos de coordinación previstos en la Ley General de Sanidad y la voluntad de entendimiento entre todas las partes (MSC. 1988b: 58).

descentralización sanitaria. La interacción política frecuente entre responsables autonómicos y centrales dentro de estas comisiones bilaterales y multilaterales contribuye a su vez a modificar las relaciones entre el Estado y las Comunidades a partir de finales de los años ochenta. El estilo político que define estas relaciones durante la primera mitad de los años 80, caracterizado por la confrontación, da paso progresivamente, a medida que se ejecutan los cambios institucionales previstos en la Ley General de Sanidad, al predominio de actitudes de negociación y colaboración, en contraste con las actitudes beligerantes y la proliferación de enfrentamientos ante el Tribunal Constitucional que caracterizan al periodo 1982-1986.

En este sentido, una lección importante que se deriva de las relaciones entre niveles de gobierno durante los años ochenta es que existen límites institucionales y políticos a la posibilidad de control jerárquico por parte del gobierno central, que se plasman en las amplias competencias que la Constitución atribuye a las Comunidades Autónomas del 151, así como en los exigentes requisitos políticos necesarios para ejercer este control de acuerdo al marco constitucional y a la doctrina del Tribunal Constitucional. En este sentido, la actuación del Tribunal Constitucional en materia de asistencia sanitaria es considerablemente salomónica. De un lado, admite que la legislación básica incluya cuestiones ejecutivas, y permite una definición formal de las competencias de coordinación y alta inspección favorable al Estado central. De otro lado, contribuye a limitar cualquier exceso en las pretensiones de control jerárquico que el gobierno central mantiene con respecto a los gobiernos autonómicos en la práctica, y a preservar así las reservas competenciales a favor de las Comunidades Autónomas, aunque realizando una interpretación relativamente restrictiva de las mismas que favorece la expansión del control estatal dentro de los límites de lo constitucionalmente posible.

Hay que recordar aquí, en la misma línea, que tanto el marco institucional diseñado en la Constitución, como la interpretación del mismo realizada por el Tribunal Constitucional conceden un considerable poder de control jerárquico formal al gobierno central. Además de los recursos de poder superiores en el plano puramente legal, el marco institucional concede también un poder extraordinario

al gobierno central en la práctica, derivado de la limitada autonomía fiscal concedida a la mayoría de las Comunidades Autónomas, puesto que es el Estado el que dispone de los medios financieros necesarios para ejercer los poderes que se transfieren.

Por tanto, los factores institucionales no son suficientes en sí mismos para explicar la inhibición del gobierno en el ejercicio de sus competencias legales de control legislativo, puesto que aunque facilitan la formación negociada de la política sanitaria, conceden también poderes considerables de control al Estado. Un segundo factor que explica el fracaso relativo de los intentos de control central, y la libertad legislativa de la que gozan las Comunidades durante los años 90, es precisamente la resistencia política y jurisdiccional ejercida por las Comunidades ante los intentos previos de control central. La intensidad de preferencias de algunos gobiernos autonómicos por la autonomía política y legislativa en el ámbito sanitario es el factor clave para entender tanto la magnitud como los efectos políticos de la resistencia autonómica.

La movilización de las Comunidades en contra del Estado central y el bloqueo legislativo de las normativas centrales y autonómicas generado por las apelaciones continuas al Tribunal Constitucional ponen de manifiesto que los costes políticos del ejercicio unilateral de las competencias de coordinación y alta inspección del Estado son muy altos. Además, no hay que olvidar que los propios cambios introducidos en la regulación institucional de las competencias de control jerárquico del Estado a través de la Ley General de Sanidad se deben principalmente a la movilización de las Comunidades en defensa de sus intereses, como hemos visto en capítulos anteriores.

Un tercer elemento importante para explicar la relajación del control central sobre el proceso de desarrollo legislativo y ejecución de la reforma sanitaria es el cambio en el paradigma internacional sobre organización y gestión de los servicios sanitarios que se produce a finales de los años 80. Este hecho aumenta la legitimidad política y técnica de la legislación autonómica que se aleja del modelo consignado por la Ley General de Sanidad, puesto que este propio modelo comienza a ser cuestionado a nivel internacional. Y en este sentido, de acuerdo al análisis realizado en el capítulo 2, el cambio de paradigma tiene el efecto de debilitar considerablemente la posición

del gobierno central frente a las Comunidades pioneras en la introducción de las innovaciones en la organización y gestión de los servicios que forman parte de las nuevas corrientes de opinión predominantes a nivel internacional. La influencia relativa de cada una de estas variables es una de las cuestiones que vamos a analizar a continuación.

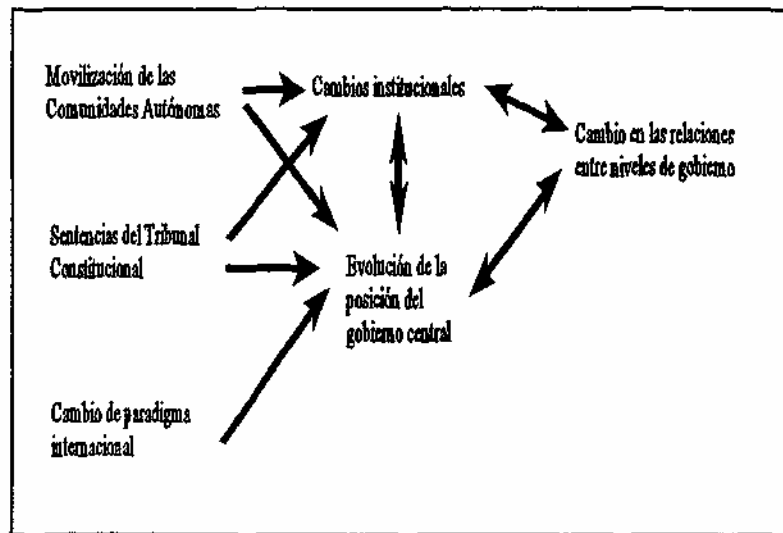


GRÁFICO 2: CAUSAS Y CONSECUENCIAS DEL CAMBIO EN EL MARCO INSTITUCIONAL FORMAL DE LA DESCENTRALIZACIÓN SANITARIA

2. Las relaciones entre niveles de gobierno. Coordinación y control

2.1. Las comisiones de coordinación de la asistencia sanitaria

Un elemento central del proceso de ejecución de la Ley General de Sanidad es el establecimiento de acuerdos de colaboración entre el

Ministerio de Sanidad y Consumo y las Comunidades Autónomas que no disponen de transferencias en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social (todas salvo Andalucía y Cataluña, que ya tienen transferido el INSALUD; y el País Vasco, cuyos traspasos comienzan a negociarse en 1986). El objetivo de estos acuerdos es la constitución de las comisiones de coordinación de la asistencia sanitaria, que constituyen una pieza clave en la nueva estructura institucional de gobierno de la sanidad. Estas comisiones de coordinación están previstas en una Disposición Adicional del primer Proyecto de la Ley General de Sanidad, presentado en el Congreso de los Diputados el 17 de abril de 1985 (BOCG, n°45-I, serie A), en los siguientes términos:

"La coordinación de los centros sanitarios de la Seguridad Social con los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas que no hayan asumido competencias en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, se realizará por una comisión integrada por representantes de la Administración del Estado y de la Comunidad Autónoma, cuyo Presidente será designado por el Estado en la forma que reglamentariamente se determine" (Disposición Adicional 6ª, apartado 2, de la Ley General de Sanidad)

La formulación de esta Disposición tiene una conexión directa con las competencias de 'coordinación hospitalaria, incluida la de la Seguridad Social' recogidas en los Estatutos de Autonomía de varias Comunidades del artículo 143, y analizadas en capítulos anteriores⁹. La decisión de comenzar a aplicar esta disposición normativa se toma por acuerdo de la Comisión Delegada del Gobierno para Política

⁹ Es importante recordar aquí que estas competencias estatutarias están sometidas a un amplio debate jurídico sobre su constitucionalidad, dado que exceden las previsiones del artículo 148.1.21 de la Constitución. En este sentido, la interpretación de la disposición adicional 6.3. de la Ley General de Sanidad esta sometida a debates semejantes. Un buen resumen de esta problemática puede encontrarse en Martín Castilla, 1987: 455-471), que considera que la Ley General de Sanidad invade con esta disposición competencias propias de estas Comunidades, al atribuírselas a las comisiones de coordinación.

Autonómica el 18 de junio de 1985, es decir casi un año antes de la aprobación definitiva de la Ley General de Sanidad por la Cortes. Esta Comisión está presidida por el vicepresidente del gobierno, y su iniciativa de constitución de acuerdos y convenios con las Comunidades Autónomas no es exclusiva del ámbito sanitario, sino que forma parte de una proliferación global de estos mecanismos en todos los ámbitos del sector público¹⁰.

La rapidez con la que se comienza la implantación de estas comisiones es indicativa de la preocupación del gobierno de garantizar el control central sobre el desarrollo del proceso de ejecución de la reforma sanitaria. De hecho, la primera fase de creación de comisiones de coordinación se completa entre noviembre de 1985 y febrero de 1986, y se dirige a las Comunidades Autónomas con competencias estatutarias sobre la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, que son las que disponen de la autonomía política suficiente en el plano formal para aprobar su propia normativa en ausencia de legislación básica en la materia.

Esta primera fase afecta a Canarias, Comunidad Valenciana y Navarra, con las que se realizan acuerdos virtualmente idénticos para la constitución de comisiones de coordinación. Las comisiones tienen carácter paritario, y están formadas por tres representantes de la administración central y tres de la administración autonómica. No se prevén las reglas de decisión concretas, ni se arbitran mecanismos para la resolución de conflictos. En cuanto a las competencias de estas comisiones, se les atribuyen poderes de ejecución de la reforma sanitaria en el ámbito de la atención primaria y hospitalaria, de la ordenación, la planificación y la programación sanitaria así como capacidad decisoria sobre la política de inversiones. Estas competencias de ejecución incluyen cuestiones de detalle tales como

¹⁰ Esta tendencia no es sólo característica del gobierno socialista, sino que se inicia ya en tiempos de la UCD. Ver por ejemplo, las afirmaciones de Muñoz Machado en 1982: . . . de las varias docenas de Reales Decretos de transferencia de servicios a los Entes preautonómicos y Comunidades Autónomas aprobados desde 1978, no hay ni uno sólo que no haya recurrido a fórmulas de cooperación (citado por Eduardo Rejón, Consejero de Salud de Andalucía, en las Jornadas de Coordinación General Sanitaria: MSC, 1988b: 75)

la ordenación de las guardias hospitalarias o la selección de los coordinadores médicos en cada Centro de Salud.

En los casos de Canarias, Comunidad Valenciana y Navarra, así como en el de Galicia, que analizaremos a continuación, las comisiones paritarias ejercen en este caso competencias de desarrollo legislativo y ejecución que corresponden formalmente a las Comunidades Autónomas. Sin embargo, como veremos a continuación, éstas no pueden ejercerlas hasta hacerse efectivas las transferencias, por lo que temporalmente corresponden residualmente al Estado debido al carácter incompleto del modelo institucional diseñado por la Constitución. Por ello, la creación de estas comisiones implica una disminución temporal de la autonomía política formal de estas Comunidades en materia de desarrollo legislativo y ejecución de la reforma sanitaria. En este sentido, la utilización de estas técnicas de coordinación ha sido criticadas por los expertos en tanto "su proliferación se debe...a reservas y retenciones indebidas que ha venido haciendo la administración estatal al actualizar la transferencia de servicios" (Muñoz Machado, 1982: 32; citado por Martín Castilla, 1987: 218).

Por último, los acuerdos, en el caso de Navarra, Valencia y Canarias, incluyen una cláusula final que obliga a que en cuanto se efectúen los traspasos de competencias, se sustituya la comisión de coordinación por otra comisión paritaria de seguimiento de las transferencias "para solucionar, o proponer la solución, de todas las incidencias que se planteen" (B.O.E., 10-3-1986, no.59: 9069 y ss.). La aceptación del control central por parte de Canarias, Navarra y Valencia es un hecho interesante en este contexto, puesto que supone una cesión voluntaria a favor del Estado central de un poder que les corresponde estatutariamente. La aceptación de la injerencia estatal en las competencias de ejecución autonómicas puede explicarse en base a tres factores. En primer lugar, las tres Comunidades están gobernadas por el PSOE en los años 1985-6, por lo que su postura puede derivarse de una estrategia partidista de preservación del poder central en el ámbito sanitario, dentro de la que adquieren una importancia central las relaciones de poder internas y la organización territorial del partido.

TABLA 8

ACUERDOS DE COLABORACIÓN ENTRE EL ESTADO Y LAS COMUNIDADES AUTONOMAS PARA LA CONSTITUCIÓN DE COMISIONES DE COORDINACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA AUTONÓMICA		
COMUNIDADES AUTÓNOMAS	FECHA ACUERDO	FECHA RESOLUCIÓN MSC
ARAGÓN	13-5-1987	16-6-1987
ASTURIAS	1-12-1987 24-10-1994	22-12-1987 26-10-1994
BALEARES	22-7-1988	8-8-1988
CANARIAS	3-9-1985	30-9-85
CANTABRIA	7-6-1988	13-6-1988
CASTILLA Y LEÓN	1-12-1987	22-12-1987
CASTILLA-LA MANCHA	2-3-1988	8-3-1988

COMUNIDAD VALENCIANA	17-9-1985	1-10-1985
EXTREMADURA	30-11-1987	22-12-1987
GALICIA	19-4-1988	21-4-1988
MADRID	4-10-1988	5-10-1988
MURCIA	28-7-1987	24-8-1987
NAVARRA	8-2-1986	17-2-1986
RIOJA	12-5-1987	16-6-1987

FUENTE: Elaboración propia a partir de los datos de la base de datos legislativa MAP-LEXTER

Los otros dos factores explicativos potenciales se refieren al marco institucional que regula la distribución de competencias en materia de asistencia sanitaria. El primero de estos factores se refiere a las diferencias competenciales establecidas en el marco constitucional. Mientras que Andalucía, Cataluña, Galicia y País Vasco incluyen en sus Estatutos un reconocimiento explícito de sus competencias en este campo, Navarra, la Comunidad Valenciana y Canarias tienen competencias de asistencia sanitaria de la Seguridad Social por delegación del gobierno a través de ley orgánica, un acto político que puede ser revocado por el gobierno central¹¹. Este hecho puede debilitar el poder de negociación de las tres Comunidades. La influencia de este factor, sin embargo, depende de la medida en que se considere factible en la práctica la posibilidad de revocación central de unas transferencias realizadas por ley orgánica. En principio, parece razonable asumir que el conflicto político que un acto de este tipo podría provocar mina la credibilidad de cualquier posible amenaza del Estado en este sentido.

¹¹ En los casos de Valencia y Canarias, como vimos en capítulos anteriores, la delegación de competencias se produce a través de las Leyes Orgánicas de Transferencias (LOIRAVA y LOTRACA), mientras que en el caso de Navarra, se incluyen en la Ley Orgánica de Reintegración y Amejoramiento del Fuero en tanto competencias delegadas por el gobierno central. En cuanto a la potencial revocación de las transferencias, como afirma Martín Castilla, Las causas para la suspensión y eventual revocación son excesivamente generales, por lo que el control se aproxima bastante a los 'controles genéricos' prohibidos en la Constitución (1987: 145). Estas causas se formulan en las leyes de delegación en los siguientes términos Las facultades y servicios transferidos han de mantener, como mínimo, el nivel de eficacia que tenían antes de la transferencia; no podrán ser causa de desequilibrios financieros de la Comunidad o de destrucción grave de los recursos económicos, así como tampoco podrán introducir desigualdad entre los individuos o grupos ni ir contra la solidaridad individual y colectiva de los españoles (Martín Castilla, 1987: 144). La aprobación de estas leyes es fruto de los pactos autonómicos de 1981 entre el UCD y el PSOE, lo que explica que esta cláusula refleje algunas de las preocupaciones históricas de los socialistas con respecto a la descentralización.

TABLA 9

PARTIDOS EN EL GOBIERNO AUTONÓMICO EN LAS COMUNIDADES DE ANDALUCÍA, CATALUÑA, GALICIA Y PAÍS VASCO		FECHA ELECCIONES AUTONÓMICAS			
COMUNIDADES					
ANDALUCÍA	Mayo 1982 PSOE-MA	Junio 1986 PSOE-MA	Junio 1990 PSOE-MA	Junio 1994 PSOE-m	
CATALUÑA	Marzo 1980 CIU-m	Abril 1984 CIU-MA	Mayo 1988 CIU-MA	Marzo 1992 CIU-MA	Noviembre 1995 CIU-m
GALICIA	Octubre 1981 AP-m	Noviembre 1985 AP-m PSOE + CG + PNG (sept.87)	Diciembre 1989 PP-MA	Octubre 1993 PP-MA	
PAÍS VASCO	Marzo 1980 PNV-m	Febrero 1984 PNV-m	Noviembre 1986 PNV + PSE	Octubre 1990 PNV + EA + EE PNV + EE + PSE	Octubre 1994 PNV + EA + PSE

Fuente: Pallarés (1994) y elaboración propia en base a el País (1995 y 1996) para las elecciones de 1994 y 1995

MA: mayoría absoluta, m: minoría; + : coalición provincial; : coalición electoral

Por último, el tercer factor explicativo es el marco institucional derivado de las interpretaciones del Tribunal Constitucional, que concede plenos poderes de ejecución al Estado en aquellas Comunidades que, aún teniendo competencias estatutarias o delegadas, no hayan recibido aún el traspaso de las funciones y servicios de que se trate. Ello supone que el Estado central puede utilizar el retraso en la transferencia de servicios para emprender la ejecución de la reforma en solitario, como veremos con más detalle a continuación. En este sentido, la aceptación del acuerdo de colaboración supondría para las Comunidades un aumento de su poder, pues a través de las comisiones de coordinación consiguen al menos participar en términos paritarios en el proceso de ejecución de la reforma en su propio territorio.

El Tribunal se pronuncia por primera vez a este respecto el 7 de abril 1983, afirmando explícitamente que:

"La atribución ipso iure de competencias debe entenderse como la posibilidad de ejercicio inmediato de todas aquellas que para su servicio no requieran especiales medios personales o materiales. El traspaso de servicios es condición del pleno ejercicio de las competencias estatutariamente establecidas cuando, según su naturaleza, sea necesario e imprescindible, caso en el cual es constitucionalmente lícito el ejercicio de las competencias por el Estado mientras los servicios no son transferidos" (STC 25/1983, fundamento jurídico 3º),

interpretación reiterada posteriormente en numerosas sentencias (por ejemplo, STC 113/1983, 125/1984, 48/1985, 143/1985). El argumento general del Tribunal para justificar esta interpretación es la necesidad de garantizar la continuidad en la prestación de servicios cuando no existe acuerdo en la comisión mixta de transferencias, de composición paritaria. La composición paritaria de estas comisiones, previstas en todos los Estatutos, supone que ninguna de las dos partes puede desbloquear el conflicto en caso de desacuerdo, lo que puede favorecer el poder del gobierno central, en cuanto permite retrasar indefinidamente la fecha de los traspasos.

En el campo de la asistencia sanitaria, la primera manifestación del Tribunal en este sentido se produce con motivo de la serie de

conflictos interpuestos por la Xunta de Galicia contra el gobierno central por la omisión de los traspasos del INSALUD.

En este contexto, la comparación del caso de Galicia con el de las otras tres Comunidades mencionadas clarifica considerablemente el impacto relativo de cada uno de estos tres factores explicativos. Las relaciones entre el gobierno central y el ejecutivo gallego presentan una serie de diferencias importantes los casos valenciano, navarro y canario. Estas diferencias parecen ser el resultado de la actitud beligerante de esta Comunidad ante el intento central de imponer su control sobre el proceso de ejecución. La presión ejercida por el gobierno autonómico gallego, y las diferencias de actitud con respecto a los gobiernos canario navarro y valenciano parecen deberse más bien a factores de tipo partidista que a la distribución de poderes consignada en el marco institucional.

Pero vayamos paso a paso. Las diferencias entre las pautas de coordinación central en el caso gallego, y en los tres casos restantes son las siguientes. En el caso de Galicia, el acuerdo para la constitución de una comisión de coordinación se bloquea hasta el 19 de abril de 1988, pocos meses después de que un gobierno de coalición presidido por el PSOE acceda al gobierno de la Xunta, tras realizar con éxito una moción de censura contra el gobierno de AP presidido por Fernández-Albor (Blanco, 1988: 15-6). Ello supone un retraso de entre dos y tres años con respecto a las otras tres Comunidades citadas.

TABLA 10

PARTIDOS EN EL GOBIERNO AUTONÓMICO EN EL RESTO DE COMUNIDADES				
COMUNIDADES	ELECCIONES AUTONÓMICAS			
	Mayo 1983	Junio 1987	Mayo 1991	Mayo 1995
ARAGÓN	PSOE- <i>m</i>	PAR- <i>m</i>	PAR+PP PSOE- <i>m</i> (sept.93)	PAR+PP
ASTURIAS	PSOE- <i>MA</i>	PSOE- <i>m</i>	PSOE- <i>m</i>	PP- <i>m</i>
BALEARES	AP- <i>m</i>	AP/UM	PP/UM	PP- <i>MA</i>
CANARIAS	PSOE- <i>m</i>	CDS+AIC+AP CDS+AIC (91)	AIC+PSOE CC (mzo.93)	CC- <i>MA</i>
CANTABRIA	AP- <i>MA</i> AP- <i>m</i>	AP- <i>MA</i> PSOE+CDS+PRC (91)	PP	PP+PRC
CASTILLA Y LEÓN	PSOE- <i>m</i>	AP- <i>m</i>	PP- <i>MA</i>	PP- <i>MA</i>
CAST.-LA MANCHA	PSOE- <i>MA</i>	PSOE- <i>MA</i>	PSOE- <i>MA</i>	PSOE- <i>MA</i>
C. VALENCIANA	PSOE- <i>MA</i>	PSOE- <i>m</i>	PSOE- <i>MA</i>	PP+UV

EXTREMADURA	PSOE-MA	PSOE-MA	PSOE-MA	PSOE-m
MADRID	PSOE-MA	PSOE-m	PSOE-m	PP-MA
MURCIA	PSOE-MA	PSOE-MA	PSOE-MA	PP-MA
NAVARRA	PSOE-m	PSOE-m	UPN-m	PSOE+CD N+EA
LA RIOJA	PSOE-MA	AP-m PSOE-m (90)	PSOE-m	PP-MA

Fuente: Pallarés (1994) y elaboración propia en base a El País (1996) para las elecciones de 1995

MA: mayoría absoluta; m: minoría; + : coalición postelectoral; / : coalición electoral

Otra diferencia importante es que Galicia consigue finalmente un acuerdo que favorece en mayor medida sus intereses que los alcanzados con los gobiernos autonómicos de estas tres Comunidades. En primer lugar, el acuerdo firmado por Galicia no prevé el gobierno directo de la ejecución de la reforma por parte de la comisión paritaria, sino la constitución por ésta de un órgano de gestión (cuya composición no se especifica), con funciones fundamentalmente consultivas. En segundo lugar, la Xunta consigue participar en términos paritarios en la designación de altos cargos del INSALUD en Galicia, una decisión, que según el marco constitucional, pertenece en exclusiva al Estado (STC 155/1990, fundamento jurídico 4). Por último, el acuerdo garantiza explícitamente el respeto a la ordenación sanitaria previa realizada por la Xunta. Además, la duración del acuerdo se fija en 8 meses en vez de un año y no se prorroga automáticamente, como en el resto de los casos.

Vamos a pasar ahora al tema de los determinantes de estas diferencias entre Comunidades Autónomas. En cuanto a la importancia del partido en el gobierno a nivel autonómico, no hay que olvidar que Galicia es una Comunidad, que desde la entrada en el gobierno central de los socialistas, está gobernada por el principal partido de oposición a nivel central. En concreto, durante la primera legislatura gallega, entre octubre de 1981 y marzo de 1983 la Xunta está gobernada por un gobierno monocolor de AP, momento en que, tras la escisión de la UCD gallega, se integran en el gobierno como independientes un grupo de Consejeros centristas.

Desde las elecciones autonómicas de noviembre de 1985, el gobierno de Galicia pasa a manos del Grupo Popular (AP-PDP-PL), en el que se integran finalmente los ucedistas. La única excepción a esta tendencia es el breve paso por el poder de los socialistas durante el periodo septiembre 1987-diciembre 1989, como resultado de la moción de censura mencionada más arriba. En este sentido, la presión ejercida por Galicia para evitar el control central podría derivarse de la competencia partidista entre partidos centrales en territorio autonómico, y a la resistencia del ejecutivo popular a ceder poder al gobierno socialista.

Un factor complementario para explicar la posición formalmente autonomista del ejecutivo gallego, y su enfrentamiento con el

gobierno central, se refiere a la regionalización de la coalición popular en tanto partido de implantación nacional, y a los cálculos electorales de los populares. Este hecho podría contribuir a explicar que aunque AP a nivel central defiende abiertamente posturas centralistas durante este periodo, no lo haga a nivel autonómico, como queda reflejado en el caso de la asistencia sanitaria gallega. Hay que recordar aquí que la descentralización no es sólo una cuestión táctica para los socialistas a lo largo de la historia española reciente, sino también para los partidos de derecha durante los periodos democráticos (González Casanova, 1983).

De hecho, la orientación gallegista de líderes de AP como Fernández-Albor, así como el giro posterior de Fraga a posiciones explícitamente autonomistas apuntaría en este sentido. Lo mismo es cierto con respecto a la fundación en marzo de 1983 de Coalición Galega por un grupo de parlamentarios procedentes de la escindida UCD gallega, al pacto parlamentario entre los populares y Coalición Galega en el año 1987, así como a la integración en el primer gobierno de AP de personalidades ucedistas de talante claramente autonomista, como el Vicepresidente para Asuntos Económicos y Consejero de Economía José Carlos Mella Villar, que se presentaría años más tarde a las elecciones al Parlamento Europeo por el Bloque Nacionalista Galego¹². En otras palabras, estos hechos pueden interpretarse tanto en términos de las convicciones ideológicas de los representantes autonómicos de la Coalición Popular, como recurriendo a los cálculos electorales de los populares, y a su lucha política para obtener parcelas del poder del Estado en el ámbito autonómico.

¹² Agradezco al Profesor José Barreiro y a Pablo González Álvarez el haberme facilitado el acceso a estos datos sobre el sistema político gallego. Sobre la evolución del sistema político gallego, ver también Vilas (1992), Blanco (1988) y Pérez Vilariño (1987). En cuanto al 'galleguismo' de AP, ver también las declaraciones de Fernández Albor en Cataluña el 23 de marzo de 1984, afirmando explícitamente que todos los partidos políticos gallegos han asumido el 'galleguismo' (EL PAÍS, 1983. 24 de marzo: 18).

En cualquier caso, y de acuerdo con la evidencia, la combinación de estos factores partidistas diferenciales¹³ da lugar a una mayor intensidad de preferencias por el gobierno autónomo de la asistencia sanitaria en el caso de Galicia que en los casos de Canarias, Navarra y Valencia, que se refleja en la resistencia interpuesta por el gobierno gallego a los intentos de control central. Esta resistencia se manifiesta de una manera particularmente intensa en el periodo junio 1984-octubre 1986, en el que la Xunta interpone cinco conflictos de competencia y un recurso de inconstitucionalidad contra el gobierno central en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social. Estos seis requerimientos judiciales se dirigen a intentar limitar el poder de ejecución del que dispone el Estado debido a la omisión de la transferencia del INSALUD a Galicia¹⁴.

La segunda fase de constitución de comisiones de coordinación se inicia casi un año después de las elecciones generales de junio de

¹³ Es significativa, en este sentido, la enumeración de las causas principales de los conflictos entre el Estado central y las Comunidades Autónomas que realiza Juan José Laborda, que menciona explícitamente el solapamiento entre la confrontación política...entre mayoría y oposición, con la confrontación...entre lo que podríamos llamar Estado-Autonomías, así como la tendencia a que algunos partidos nacionales en oposición...están...sujetos a un proceso de regionalización en cuanto a su actuación política (MSC, 1989: 26-7). Otro factor específico que parece afectar al caso gallego es la fuerte confrontación con el Ministerio de Sanidad a través de la Organización Médica Colegial de algunos médicos del Partido Popular con influencia política en la Comunidad gallega durante el proceso de formulación de la reforma.

¹⁴ Ver conflictos de competencias de 19-12-1984 (avenencia Estado) sobre el reglamento de estructura, organización y funcionamiento de los hospitales de la Seguridad Social; 402/1984 (STC 182/1988), sobre el Decreto 137/1984 de estructuras básicas de salud; 230/1985 (STC 155/1990), sobre la Orden del MSC de 15 de noviembre de 1984, por la que se autoriza a las direcciones provinciales del INSALUD a regular un sistema de desplazamientos para la asistencia sanitaria de la Seguridad Social; 883/1985 (STC 75/1989), contra otra Orden del Ministerio que concede subvenciones a las estaciones termales; 1052/1986 (STC 201/1990), contra la omisión de la transferencia del INSALUD; y recurso de inconstitucionalidad 899/1986 (desistimiento 29-1-91), contra más de veinte artículos de la Ley General de Sanidad, por extralimitación en la regulación de las bases e invasión de competencias ejecutivas de la Xunta. Estas disposiciones se analizan en más detalle en el apartado 3 de este capítulo.

1986, y afecta a Galicia y a las Comunidades del artículo 143. En este caso, se le otorgan a estas comisiones funciones meramente consultivas, informativas, y de preparación de la ejecución de la reforma. Esta segunda fase se desarrolla progresivamente a lo largo de un año y medio, entre mayo de 1987 y octubre de 1988. El desarrollo temporal desigual de estas comisiones refleja en parte los distintos grados de resistencia ejercidos por las Comunidades a los intentos de control central.

Las comisiones de coordinación, en el caso de las Comunidades del artículo 143, cumplen un papel formalmente diferente que en el caso de las Comunidades del artículo 151. Dada la naturaleza del reparto competencia! constitucional entre las Comunidades de vía lenta y el Estado, la creación de comisiones de coordinación podría representar en principio un aumento del poder formal de los gobiernos regionales, en cuanto suponen su participación en la preparación del desarrollo ejecutivo de la reforma¹⁵.

Sin embargo, de acuerdo a las entrevistas realizadas, un segundo objetivo, y más importante, de estas comisiones, es facilitar el control central sobre el ejercicio de las competencias de gestión y ejecución de que disponen las Comunidades del 143 en cuanto a la asistencia sanitaria y a la sanidad e higiene públicas. La preocupación socialista por garantizar la ejecución de la legislación social y las reformas de las políticas de bienestar es una de las interpretaciones posibles de los

¹⁵ Esta interpretación considera implícitamente que el reparto competencial consignado en la Constitución predomina sobre los Estatutos de Autonomía si no media una declaración explícita del Tribunal Constitucional. Formalmente, tanto la Constitución como los Estatutos forman parte del denominado 'bloque de constitucionalidad', y los conflictos o contradicciones entre ellos sólo pueden resolverse a través de la mediación del Tribunal. Como veíamos en la nota número 9, existe una polémica abierta sobre las competencias estatutarias de las Comunidades del artículo 143, dado-que nadie ha presentado recurso alguno contra la asignación de competencias de coordinación hospitalaria a las Comunidades del 143 en los Estatutos de Autonomía, que no están previstas en la Constitución. Si se considera que la definición estatutaria de las competencias predomina sobre la constitucional, las comisiones de coordinación podrían interpretarse directamente como un instrumento que refuerza el poder del "• gobierno central e invade las competencias de estas Comunidades.

intentos de control centrales. El deseo de aumentar su cuota de poder con respecto a otros partidos, y con respecto a los representantes autonómicos del PSOE es otra de las interpretaciones posibles.

En cualquier caso, los intentos de control del gobierno central sobre el ejercicio de las competencias sanitarias de las Comunidades del artículo 143 son aún más claros en cuanto a un instrumento de coordinación complementario que se desarrolla en las mismas fechas, los convenios de colaboración, previstos en la Ley General de Sanidad en los siguientes términos:

"Ba el caso en que las Comunidades Autónomas no cuenten con competencias suficientes en materia de Sanidad para adaptar plenamente el funcionamiento de sus servicios de salud a lo establecido en la presente Ley, el Estado celebrará con aquellas acuerdos y convenios para la implantación paulatina de lo establecido en la misma y para conseguir un funcionamiento integrado de los servicios sanitarios" (Disposición Transitoria tercera, apartado 3 de la Ley General de Sanidad)

Antes de pasar a describir el contenido de estos convenios, resulta interesante analizar la comisión de coordinación creada entre el Ministerio y el gobierno del Principado de Asturias a finales de 1994. El origen formal de esta nueva comisión está en las leyes de creación de los Servicios de Salud aprobadas por varias Comunidades del artículo 143 entre 1989 y 1993¹⁶. En este sentido, las leyes autonómicas que crean estos servicios asignan las competencias de desarrollo legislativo y ejecución en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social a cada Comunidad Autónoma respectiva, mientras que incluyen siempre una disposición transitoria que especifica que hasta que no se transfiera el INSALUD a estas Comunidades, las

¹⁶ Aragón crea su Servicio de Salud en 1989, Murcia en 1990, La Rioja en 1991, Asturias y Baleares en 1992, y Castilla y León en 1993. Los detalles de estas leyes se analizan en el capítulo siguiente. Conviene mencionar aquí, sin embargo, que su aprobación constituye un modo adicional de presionar al Estado central para que transfiera las competencias de asistencia sanitaria o amplié al menos los derechos de participación de estas Comunidades en el gobierno de la sanidad

actuaciones en esta materia corresponderán a una comisión de coordinación creada al efecto. En este sentido, resulta significativo que la única de las comisiones previstas creada hasta la fecha, la que afecta a Asturias, lo sea a través de un convenio entre ambas administraciones, y no de un acuerdo, como ocurre con las comisiones creadas en la segunda mitad de los años ochenta.

Estas dos técnicas de coordinación, los acuerdos y los convenios, en tanto instrumentos contractuales para regular las relaciones entre niveles de gobierno, presentan diferencias importantes desde el punto de vista jurídico¹⁷. Según el responsable a nivel central de estos instrumentos de coordinación, la diferencia fundamental radica en que los acuerdos suponen una mera expresión formal de la "voluntad política" de ambas administraciones de "lograr la necesaria coordinación" de la asistencia sanitaria, mientras que constituyen el "marco preliminar necesario" para formalizar otros convenios o pactos bilaterales posteriores. En contraste, los convenios suponen que el Ministerio de Sanidad y las Comunidades "se vincularán jurídicamente, adquiriendo obligaciones específicas y recíprocas de contenido económico y funcional para cooperar en programas o sectores sanitarios concretos" (Mansilla, 1988: 107).

En este sentido, la decisión del Ministerio de crear las comisiones de coordinación a través de acuerdos parece suponer en realidad un intento de evitar la adquisición por su parte de compromisos y obligaciones específicas de gobierno conjunto del proceso de ejecución de la Ley General de Sanidad, así como las posibles reivindicaciones autonómicas de las competencias de asistencia sanitaria de la Seguridad Social. Esta impresión aparece reforzada por la lectura entre líneas de la explicación que el entonces Director de Alta Inspección y Relaciones con las Administraciones Territoriales da con respecto a esta decisión del Ministerio:

"Vista la experiencia de los convenios formalizados a una determinada fecha y de los objetivos a cubrir, al Ministerio de

¹⁷ Estos dos instrumentos contractuales proceden del modelo de federalismo cooperativo de los Estados Unidos, donde se denominan respectivamente '*agreements*' y '*compacts*' (MSC. 1988a)

Sanidad y Consumo le pareció oportuno reconducir a dos grandes grupos los pactos que en un futuro pudieran formalizarse, y que podrían responder a las denominaciones de Acuerdos y Convenios" (Mansilla, 1988: 106-7)

Existen otros datos que confirman la idea de que las comisiones de coordinación no pretendían otorgar un mayor poder de participación a las Comunidades en el proceso de ejecución de la Ley General de Sanidad. En concreto, las leyes de creación de los Servicios Regionales de Salud apuntan en este sentido. Salvo una excepción (Murcia), ninguna de estas leyes identifica la comisión de coordinación prevista en la disposición adicional sexta de la Ley General de Sanidad (que parece favorecer el gobierno conjunto del proceso de ejecución) con las que se crean en la segunda mitad de los años ochenta. Además, estas leyes prevén la creación de una nueva comisión, mientras que en dos casos (Asturias y La Rioja) estipulan que deberá constituirse a través de un convenio. Todo ello parece denotar una crítica casi unánime por parte de estas Comunidades al funcionamiento efectivo de las comisiones previas en tanto instrumentos de participación autonómica en la ejecución de la reforma y en la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social. Esta cuestión, considerablemente compleja, se examina en más detalle en el capítulo 6.

2.2. Los convenios de colaboración sectoriales: el caso de la atención primaria

En cuanto a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, los convenios que afectan uniformemente a las Comunidades del 143, y que no se subscriben, sin embargo, con las Comunidades del 151, se desarrollan principalmente en dos campos: atención primaria y salud mental. Además, se realizan otros convenios puntuales con estas Comunidades para el desarrollo de programas de planificación familiar y salud pública, así como para la co-financiación o construcción de centros sanitarios adscritos a las Comunidades Autónomas. En el caso de las Comunidades del 151, los convenios

que afectan uniformemente a todas las Comunidades se realizan en el campo de la farmacovigilancia y la atención sanitaria a inmigrantes, mientras que existen también convenios puntuales en temas como la asistencia técnica o la formación del personal de gestión¹⁸. El análisis realizado en este apartado se centra principalmente en los convenios con las Comunidades que aún no han recibido las transferencias del INSALUD.

Los convenios entre la administración central y las autonómicas para la cooperación en la ejecución de programas sectoriales concretos también prevén la creación de comisiones paritarias. Como en el caso de los acuerdos para la constitución de comisiones de coordinación, implican indudablemente, en el plano formal, la concesión de derechos de participación a las Comunidades en la ejecución de los contenidos asistenciales de la reforma. La diferencia principal con las comisiones de coordinación es que, en el caso de las áreas de actuación puntuales contempladas en los convenios, las Comunidades del 143 poseen en unos casos competencias exclusivas de ejecución y gestión (salud pública), y en otros competencias delegadas sobre una red propia de centros de atención primaria y salud mental procedentes de las Diputaciones y del extinguido organismo público Administración Institucional de la Sanidad (AISNA).

En este sentido, estas comisiones representan órganos de administración mixta entre niveles de gobierno, que ejercen conjuntamente competencias que corresponden a ambas administraciones (Terrón y Cámara, 1990: 52). Pero al mismo tiempo, las comisiones paritarias garantizan la fiscalización por parte del gobierno central para que la ordenación sanitaria y la gestión de la red de atención primaria y salud mental de titularidad autonómica

¹⁸ El texto y fechas de algunos de estos convenios puede encontrarse en las recopilaciones realizadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC: 1988a) y el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD, 1990). Un análisis interesante de los mismos es el realizado por Mansilla (1988: 106-114). Dada la limitación temporal de ambas fuentes, en esta investigación se han utilizado además la base de datos MAP-lexter y los Informes sobre las Comunidades Autónomas (1989 a 1994) citados en la bibliografía para actualizar los datos sobre convenios

se ajuste a la normativa estatal en la materia¹⁹. Este es, en la práctica, un peligro intrínseco de las técnicas de cooperación y coordinación en los Estados compuestos. De hecho, existen objeciones tanto por parte de las Comunidades Autónomas²⁰ como de algunos expertos a esta práctica, por considerar los convenios de colaboración como un medio de reforzar el control jerárquico del Estado a través de órganos cuyo principal objetivo formal es supuestamente la cooperación entre niveles de gobierno. Así, por ejemplo, como afirman Terrón y Cámara (1990: 52):

"...estas técnicas..., si bien tienen la virtualidad de conceder a las unidades menores un protagonismo en las tareas políticas y administrativas, al hacerles partícipes, junto al Estado, del ejercicio de la acción de gobierno, esconden un indudable riesgo...: el de facilitar bajo ciertas condiciones un deslizamiento hacia situaciones de preeminencia del poder central, quien, so pretexto de la necesaria colaboración, puede acabar imponiendo sus propios criterios, sobre todo en aquellas situaciones -y éstas

¹⁹ Resulta indicativo de las intenciones del gobierno de aumentar su control a través de estos convenios la modificación por parte de los representantes del Ministerio de la redacción original de los Criterios Generales de Coordinación Sanitaria aprobados por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. La redacción del párrafo incluido en estos Criterios sobre los convenios de Atención Primaria se realiza en la Ponencia sobre Planificación Sanitaria, integrada por las 17 Comunidades y una media de entre 6 y 4 representantes del Ministerio. El texto original de este párrafo (objetivo 4.2. de la política sanitaria) es indicativo de las presiones ejercidas por las Comunidades del artículo 143 para evitar un control excesivo por parte del Estado: Constituir y poner en funcionamiento todas las áreas de salud. En aquellas Comunidades Autónomas a las que no se haya transferido el INSALUD, establecer convenios con éstas para adaptar su estructura territorial a la del Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma, de manera que se posibilite la *gestión conjunta* de los recursos. El inciso 'gestión conjunta' se sustituye por la fórmula mucho menos comprometedor para el Estado de 'gestión integrada' el mismo día de la votación en el Pleno del Consejo, el 19 de Julio de 1989 (MSC, 1991a: 92).

²⁰ Este tema ha sido confirmado repetidamente en las entrevistas realizadas. Una expresión más concreta del contenido de estas críticas puede encontrarse en la conferencia de Juan Luis Rodríguez Vigil, Consejero de Sanidad de Asturias entre 1982 y 1992, en las Jornadas sobre Coordinación General Sanitaria (MSC, 1989:83-5).

son la mayoría- en que está en juego la disposición de medios financieros que sólo ese poder ejerce"

Este parece ser, de acuerdo a la evidencia disponible, el balance final de las comisiones y convenios de coordinación y colaboración con las Comunidades Autónomas en el caso de la asistencia sanitaria. Sin embargo, en el caso de los convenios de atención primaria existe una cierta diversidad de situaciones en cuanto al grado en que el Estado central impone sus propios criterios. En este sentido, los convenios con Asturias, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Galicia, Madrid y Murcia incluyen menciones explícitas al respeto a las competencias y regulación previa de las Comunidades, mientras que no suponen la imposición unilateral del Reglamento de los Equipos de Atención Primaria, como ocurre en el resto de los casos. De nuevo, el factor más importante para explicar estas diferencias parece ser la mayor intensidad de las preferencias de estas Comunidades por el gobierno autonómico de la sanidad, lo que aumenta su poder de negociación con respecto al gobierno central. Esta intensidad se plasma tanto en la regulación temprana por estas Comunidades de los aspectos principales de la reforma de la atención primaria²¹, como en las presiones directas que ejercen sobre el gobierno central²².

²¹ El análisis comparado de la legislación autonómica de atención primaria se realiza en el capítulo siguiente. A través de este análisis puede constatarse que estas Comunidades son pioneras en la ejecución de la reforma de la atención primaria, que en algunos casos completan antes de aprobarse la Ley General de Sanidad. Además, estas Comunidades obtienen además puntuaciones altas en los índices de efectividad política que se exponen en el capítulo 10.

²² Sobre estas presiones, existe evidencia documental suficiente, ya citada, para el caso de Galicia y para el caso de Asturias (Rodríguez Vigil, en MSC, 1989), mientras que para los casos de Castilla y León y Madrid existe también evidencia extraída a través de las entrevistas en profundidad.

TABLA 11

CONVENIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA ENTRE EL ESTADO Y LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS
CONTENIDO ACUERDOS
<p>ARAGÓN: 13-5-1987</p> <p>* Financiación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Construcción y equipamiento: Comunidad Autónoma (CA) durante 1986, Estado Central (EC) años sucesivos - Personal y mantenimiento: EC <p>* Comité paritario de seguimiento y evaluación reforma</p> <p>* Reglamento de funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria (EAP)</p>
<p>ASTURIAS: 23-7-1986</p> <p>* Financiación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Construcción, equipamiento y personal EAP: EC - Programas, mantenimiento y formación continuada personal EAP: CA <p>* Comité de Gestión paritario: puesta en marcha y seguimiento/evaluación reforma, selección personal EAP</p> <p>* Menciona respeto competencias CA y potencial transferencia del INSALUD a Asturias</p>

BALEARES: 27-9-1989

* Financiación:

- Construcción: EC o CA
- Remodelación y equipamiento: CA (red propia) y EC
- Personal y mantenimiento: EC

* Comisión paritaria: puesta en marcha y seguimiento/evaluación

* Reglamento de organización y funcionamiento de los EAP

* Prevé programa atención continuada

* Incluye compromiso CA integración sanitarios locales

CANARIAS: 17-12-1990

* Financiación:

- EC: construcción, remodelación, equipamiento y mantenimiento Centros de Salud; remodelación y equipamiento y mantenimiento consultorios

- CCAA: construcción consultorios periféricos

- Co-financiación atención continuada, aportaciones anuales revisables por la comisión de coordinación de la asistencia sanitaria

* Acuerdo de ambas administraciones para determinación estructura funcional Centros y remodelaciones necesarias

* Comisión de coordinación de la asistencia sanitaria: puesta en marcha y selección personal EAP

* Reglamento organización y funcionamiento de los EAP

* Prevé creación de ponencias técnicas paritarias de estudio y valoración de la reforma

CANTABRIA: 27-9-1989

*** Financiación:**

- Construcción, remodelación y equipamiento: EC
- CA aporta red propia y co-financiación formación continuada
- Personal y mantenimiento: EC

*** Comisión de coordinación de la asistencia sanitaria: puesta en marcha de la reforma y seguimiento/evaluación**

*** Reglamento de organización y funcionamiento de los EAP**

*** Incluye compromiso CA integración sanitarios locales**

TABLA 11: CONVENIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA ENTRE EL ESTADO Y LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS (Continuación)

CONTENIDO ACUERDOS

CASTILLA Y LEÓN: 18-6-1986

*** Financiación:**

- Construcción: EC y CA
- CA aporta red propia y 10 millones de pesetas anuales para formación continuada del personal
- Personal y mantenimiento: EC
- Mantenimiento 6-1986/6-1987: CA

* Coordinadores, programas e inversiones EAP seleccionados por acuerdo Direcciones Provinciales del INSALUD y Delegaciones Territoriales de Bienestar Social de la CA

*** Comisión paritaria seguimiento**

* Menciona respeto competencias y planificación previa CA

* Normas mínimas de funcionamiento de los EAP --> existe Reglamento de organización previo aprobado por Orden 6-6-1986 de la Consejería de Cultura y Bienestar Social de la CA

29-3-1989: Convenio Marco en Atención Primaria

- Refuerza compromiso financiación EC
- Especifica responsabilidades municipales y provinciales en la financiación de centros de su titularidad
- Explicita el carácter paritario (INSALUD-Junta) de todas las decisiones de ejecución
- Recentraliza decisiones: desaparece mención a Direcciones Provinciales/Delegaciones Territoriales
- Traspasa algunas decisiones menores a comisión de coordinación de la asistencia sanitaria
- Refuerza poder Junta (por ejemplo en cuanto al nombramiento de los coordinadores de los EAP) y menciona respeto normativa previa CA
- Prescribe evaluación de ejecución reforma y medios puesta en práctica: memorias anuales

CASTILLA-LA MANCHA: 24-4-1986

- * Financiación:
- Construcción, equipamiento, personal y mantenimiento: EC
- Mantenimiento 6-1986/6-1987: CA
- * Legislación Zonas de Salud: CA
- * Comisión paritaria: programación Zonas de Salud

EXTREMADURA: 30-11-1987

- * Financiación:
- Construcción: EC
- Remodelación y equipamiento: CA (red propia) y EC
- Personal y mantenimiento: EC
- CA 16 millones pts anuales para formación continuada
- * Programación asistencial: EC
- * Programas y actividades de salud pública, promoción de la salud y vigilancia epidemiológica: CA
- * Comisión paritaria: creación EAP
- * Reglamento de organización y funcionamiento de los EAP
- * Compromiso CA integración sanitarios locales en 6 meses

GALICIA: 17-7-1986

- * Financiación: EC mientras no se traspasen los servicios
- * CA autoriza la creación de 16 EAP sujetos a la ordenación y normativa autonómicas previas
- * EC y CA se comprometen a estudiar acuerdo de colaboración posterior para la creación de nuevos EAP

TABLA 11: CONVENIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA ENTRE EL ESTADO Y LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS (Continuación)

CONTENIDO ACUERDOS
<p>RIOJA: 25-4-1989</p> <ul style="list-style-type: none"> * Financiación - EC: construcción, remodelación, equipamiento, personal y mantenimiento red propia - CA aporta red propia, financia remodelación y equipamiento de la misma, mantenimiento solo el primer año, y se compromete co-financiar atención continuada * Reglamento organización y funcionamiento EAP * Comisión paritaria: creación EAP * Compromiso selección EAP de implantación prioritaria en 30 días, y elaboración y ejecución anual del programa de inversiones * Compromiso CA integración sanitarios locales

Fuente: Elaboración propia a partir de los acuerdos recogidos en MSC (1991) y de la base de datos MAP-LEXTER

Los contenidos de los convenios presentan además rasgos diferenciales en aspectos distintos al predominio del poder central. En concreto, el análisis cronológico de los acuerdos denota un proceso de aprendizaje considerable en cuanto a la calidad de los convenios desde el punto de vista contractual. Los primeros convenios suscritos son en este sentido claramente incompletos, puesto que no especifican con claridad las reglas de decisión, los compromisos de ejecución que asume cada una de las partes, los plazos de cumplimiento de estos compromisos, y el reparto de las cargas financieras asociadas a la ejecución de los acuerdos. Los convenios van haciéndose más completos a medida que pasa el tiempo, lo que los dota de mayor efectividad en tanto instrumentos de ejecución de la reforma sanitaria.

2.3. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) es un órgano consultivo y deliberativo, integrado por 17 representantes centrales y los 17 Consejeros de sanidad autonómicos, cuyos dictámenes y decisiones no son formalmente vinculantes. Sin embargo, desde su creación en 1987 cumple un papel importante tanto en las relaciones entre niveles de gobierno como en la formación de la política sanitaria central y autonómica²³.

En concreto, en cuanto a las Comunidades Autónomas, este nuevo órgano puede cumplir en el ámbito sanitario dos funciones políticas centrales del Estado de las Autonomías que no están bien resueltas en el marco institucional diseñado en la Constitución. La

²³ La evidencia empírica analizada en este apartado proviene principalmente de las Memorias del Consejo Interterritorial publicadas, que corresponden a los años 1987 a 1994 (MSC, 1988d, 1989c, 1990c, 1991b, 1992, 1993, 1994, 1995), y de las Actas de las reuniones plenarias de este Consejo entre marzo de 1987 y diciembre de 1990 (MSC, 1991a). Las actas son indudablemente la mejor fuente de información sobre el tipo de temas que se analizan en este apartado. Un importante problema a este respecto es que los responsables de este tema en el Ministerio de Sanidad no proporcionan ya las transcripciones de las actas a los investigadores, por lo que no han podido examinarse las correspondientes al periodo 1991-1994

primera es la participación de las Comunidades Autónomas, aunque sea con carácter meramente consultivo, en la formación de la política sanitaria central. El Senado, que cumple en algunos países federales esta función, presenta claras insuficiencias en España (Laborda, 1988). La segunda función es la de cooperación horizontal entre las Comunidades Autónomas, una actividad sometida a unos requisitos institucionales excesivamente estrictos en el marco constitucional²⁴ (Martín Casulla, 1987: 240).

En cuanto al poder del gobierno central, la creación del CISNS y su regulación en la Ley General de Sanidad suponen que las competencias exclusivas que la Constitución le atribuye en cuanto a la coordinación general sanitaria tienen que ser necesariamente ejercidas a través de este órgano, al menos en cuanto a las funciones concretas que se le atribuyen (Mansilla, 1988: 103). Esto supondría

²⁴ Este tema aparece regulado en el artículo 145 de la Constitución, que en su apartado 1 señala que se prohíbe la federación de las Comunidades, y en el apartado 2 reconoce la posibilidad de realización de convenios entre Comunidades, pero sujetos a una tramitación complicada, que concluye con su aprobación por las Cortes (Martín Castilla, 1987: 243). Desde el punto de vista del análisis jurídico comparado, los acuerdos horizontales se contemplan en la normativa constitucional con 'excesivo formalismo y recelo' (Martín Castilla, 1987: "243). Este recelo es ya patente en la Constitución de 1931, cuya única previsión en este sentido coincide con el apartado 1 del actual artículo 145, y probablemente sea un reflejo de la experiencia política de la I República española (Alzaga, 1978: 846-53, citado por Martín Castilla, 1987: 241). Originariamente, el apartado 2 del artículo 145 de la Constitución parece proceder de la Constitución de los Estados Unidos (artículo 1, apartado 10), que prohíbe la realización de acuerdos y pactos entre Estados que no estén autorizados previamente por el Congreso; el recelo histórico proviene en este caso de la creación a través de uno de estos pactos de la Confederación de Estados del Sur, que originó posteriormente la guerra civil (MSC, 1988a: 13). Por último, hay que destacar que la cooperación horizontal en sentido jurídico estricto supone la creación de órganos de gobierno en los que participen exclusivamente las Comunidades Autónomas, como ocurre en el modelo alemán, mientras que en el CISNS la presencia del Estado central tiene un peso importante. Sin embargo, el funcionamiento en la práctica del CISNS permite un avance importante en la creación de relaciones estables entre administraciones autonómicas en el ámbito sanitario. Más información sobre este tema puede encontrarse, por ejemplo, en Jiménez-Blanco (1985) y García de Enterría (1985)

en principio, como hemos visto en mayor detalle en el capítulo 3, una disminución de su poder formal de imposición unilateral de las acciones de coordinación.

En la práctica, el análisis de las actas del Consejo en los primeros años de funcionamiento parece indicar que perviven hábitos centralistas que, salvo contadas excepciones, se traducen en un predominio del poder del gobierno central en los casos de conflicto. Los objetivos del gobierno al respecto aparecen reflejados en la siguiente afirmación de Mansilla, Director General de Alta Inspección entre 1986 y 1991:

"Posiblemente, en el futuro, el Estado dejará de ejercer de una forma unilateral, centralizada, aislada y excluyente esa competencia exclusiva de coordinación general, precisamente porque el legislador le ha dotado del instrumento más adecuado para compartirla" (Mansilla, 1988: 103)

Un elemento clave de la indefinición del marco institucional formal es la ausencia de previsión alguna sobre las reglas y procedimientos de toma de decisiones en el Consejo, ni en el reglamento del Consejo, ni en las actas y memorias que resumen su funcionamiento en la práctica. La evidencia limitada que reflejan estos documentos permiten afirmar que las decisiones realmente importantes se toman de un modo consensual, buscando la unanimidad²⁵, que el gobierno central es receptivo a las sugerencias aportadas por las Comunidades, y que en general no existen enfrentamientos importantes registrados explícitamente en las actas²⁶.

²⁵ Este es el caso, por ejemplo, del Estatuto Marco del personal sanitario, un corpus normativo de importancia crucial. La única mención a las reglas de decisión del Consejo en todas las publicaciones oficiales sobre el tema se refiere a los debates en la ponencia creada en 1987 sobre el tema, en los siguientes términos: En la elaboración de tal proyecto [el Estatuto Marco] la ponencia evitó la adopción de decisiones por el sistema de votación y mayorías, buscando la aproximación de las diferentes posiciones y el consenso (MSC, 1988d: 103).

²⁶ Al menos, el análisis de los documentos y declaraciones oficiales apunta en esa dirección. Por ejemplo, según las declaraciones del Director General de Alta Inspección en la Comisión de Política Social del Congreso de los Diputados, .. el clima de las relaciones...es no sólo cordial, sino amistoso (MSC, 1988d: 230).

Los temas que producen mayores discrepancias entre el Estado y las Comunidades se retiran simplemente del orden del día en reuniones posteriores, lo que supone que algunas decisiones importantes, como la formulación del Estatuto-marco del personal sanitario o la compensación financiera entre Comunidades Autónomas por la asistencia a desplazados, se bloquean indefinidamente. Esta tendencia a evitar los enfrentamientos parece indicar también que las Comunidades Autónomas, y en especial las que tienen transferida la asistencia sanitaria, disponen de una cierta capacidad informal de veto sobre los intentos del poder central de aumentar el control sobre su autonomía²⁷.

Un elemento importante del marco formal es la composición del Consejo, que se sitúa en un lugar intermedio entre el predominio claro del poder central y la orientación netamente federal. Por ejemplo, el organismo semejante al Consejo en Alemania, la Conferencia de Ministros de Sanidad o *Gesundheits-Ministerkonferenz*, es un órgano de cooperación horizontal entre los Landers en el que el Ministro de Sanidad del Gobierno Federal no tiene derecho al voto. Por el contrario, en el caso italiano, las

Sin embargo, existen indicios indirectos de que existen conflictos políticos importantes que no se reflejan en las actas. Por ejemplo, Galicia pide en la reunión plenaria de diciembre de 1990 que conste en acta su deseo de que se eviten descalificaciones en cuanto a proyectos de normas que cada uno presenta en su Comunidad Autónoma (MSC, 1991a: 237), sin que exista ninguna transcripción previa de estas descalificaciones.

²⁷ Ver, por ejemplo, las conclusiones de la Ponencia creada para incorporar sugerencias de las Comunidades al borrador del Proyecto de Estatuto-marco del personal sanitario, que se cierran con la siguiente afirmación: Resulta necesario revisar el carácter básico que el borrador adjudica a algunas de sus previsiones, bien porque en su actual redacción se afecta a las competencias exclusivas de las Comunidades, bien por su excesivo detalle y reglamentarismo, que podría impedir un efectivo desarrollo posterior por parte de las mismas (MSC, 1988d: 104), lo que constituye claramente una declaración velada de guerra contra los intentos de control del gobierno central a través de su competencia de definición de las bases. También apunta en el mismo sentido la supresión de las ponencias y grupos de trabajo propuestos por el Ministerio sobre temas como la 'Homogeneización de las estructuras de funcionamiento de los hospitales del sector público', y la 'Coordinación de Directores y Gerentes de los Servicios de Salud', por acuerdo de los componentes de las mismas, sin que hayan siquiera comenzado a funcionar.

regiones sólo suponen algo más del 40% de los votos totales, mientras que el Estado central dispone del otro 60% restante. Las funciones del *Consiglio Sanitario Nazionale* son semejantes a las del Consejo Interterritorial español, y su finalidad principal, la coordinación, no se limita a las relaciones entre niveles de gobierno, sino que se extiende a los responsables ministeriales de políticas sectoriales relacionadas con la sanitaria (Mansilla, 1988: 94-8). El órgano italiano fue creado en 1984, y constituye sin duda el precedente inmediato en el que se inspira la regulación del Consejo Interterritorial en la Ley General de Sanidad²⁸.

En el caso español, la regulación de la composición del Consejo concede 17 representantes al Estado y otros 17 a las Comunidades Autónomas. De los 17 representantes centrales, 9 corresponden a diversos Directores Generales del Ministerio de Sanidad y los 8 restantes a los Ministerios de Presidencia, Defensa, Interior, Economía y Hacienda, Agricultura, Trabajo y Seguridad Social, y Administraciones Públicas. En este sentido, aunque la composición del CISNS es formalmente paritaria Estado-Comunidades, es necesario tener en cuenta que la presencia de partidos centrales en los gobiernos autonómicos puede alterar el balance final de poder del gobierno central. Este es, de hecho, el argumento político que utilizan los partidos nacionalistas vascos y catalanes para oponerse a la creación de comisiones multilaterales entre el Estado y las Comunidades a lo largo de los años 80 y 90.

Así, aunque el gobierno socialista central formalmente sólo dispone de 17 votos sobre un total de 34, en la práctica, la presencia del PSOE en los ejecutivos autonómicos supone que el total de votos bajo su control asciende en 1987 a 29, lo que supone un 85% del

²⁸ La idea de otorgar las competencias de coordinación y planificación exclusivas del Estado a un órgano de tipo consultivo en el que se integren las Comunidades estaba ya presente en el Real Decreto de Coordinación y Planificación sanitaria (la LOAPA sanitaria) aprobado por el gobierno de la UCD en los primeros meses de 1981. Sin embargo, la regulación socialista posterior de su composición y funcionamiento parecen directamente inspiradas en el caso italiano, salvo contados detalles, que se derivan directamente de las enmiendas presentadas por los grupos nacionalistas catalán y vasco al proyecto de Ley General de Sanidad.

total. En este sentido, como ya veíamos en cuanto a otros órganos de coordinación, el grado de disciplina y control interno del partido central en el gobierno, o, en otras palabras, el grado de regionalización de los partidos, se convierte en un determinante central del balance de poder Estado-Autonomías, de la efectividad de la coordinación y de los resultados políticos que se derivan de ella²⁹.

En cuanto a las funciones concretas que se le asignan, según la regulación formal de este órgano en la Ley General de Sanidad (artículos 47, 71, 76, 77 y 112 y Disposición Final 7^a), además de constituir un foro de comunicación permanente entre los distintos Servicios de Salud, le corresponden al CISNS funciones de planificación sanitaria, y de 'coordinación de las líneas básicas de la política de adquisiciones, contrataciones de productos farmacéuticos, sanitarios y de otros bienes y servicios'. La Ley deja abierta la posibilidad de ampliación de estas competencias (artículo 47.3, párrafo 2º), lo que, como veremos a continuación, ocurre de hecho en la práctica.

La ampliación de estas funciones en el plano formal se realiza a través de dos formulaciones sucesivas del Reglamento de Régimen Interior del Consejo Interterritorial. La primera versión de este reglamento comienza a elaborarse desde la Dirección General de Alta Inspección y Relaciones con las Administraciones Territoriales en diciembre de 1986. En enero de 1987 se remite a las Comunidades Autónomas para que emitan sus observaciones. Tras suprimir los aspectos del mismo que generan mayores desacuerdos, se remite el

²⁹ Es importante constatar aquí que la composición de las ponencias, comisiones y grupos de trabajo es en la mayoría de los casos mucho más favorable a las Comunidades, puestas que éstas superan generalmente el 70% de la composición total de estos órganos. Sin embargo, este hecho no parece alterar el balance de poder favorable al gobierno central salvo en casos puntuales. En cuanto a la evidencia sobre el grado de control interno que el partido socialista ejerce sobre las reivindicaciones de los Consejeros autonómicos, el análisis de las actividades del Consejo durante sus ocho primeros años de funcionamiento permite afirmar que existe un grado considerable de regionalización dentro del partido socialista, lo que es especialmente perceptible en los casos de Asturias, Aragón, Murcia y Madrid, en los que los representantes autonómicos se enfrentan abiertamente a los delegados del Ministerio. Ello no parece impedir, sin embargo, un predominio de los criterios del Ministerio en casos de conflicto. En cualquier caso, la limitada información que se transcribe en las memorias y actas del Consejo no permite llegar a una conclusión clara en este sentido

proyecto definitivo al Consejo de Ministros el 3 de abril, y finalmente, se aprueba en la primera reunión del CISNS, que tiene lugar el día 7 de abril de 1987 (MSC, 1988d: 21).

Entre las funciones consultivas que se le asignan al Consejo en este primer reglamento están las de informar sobre los criterios de coordinación general sanitaria y sobre la distribución de las subvenciones del Ministerio. Entre los temas en los que se le atribuyen capacidades decisorias, destacan la determinación de las líneas básicas de las políticas de personal e investigación, la propuesta y elaboración de programas de prevención y promoción de la salud de ámbito supracomunitario, y la determinación de las bases para obtener una mayor eficiencia y rentabilidad del Sistema Nacional de Salud¹ (MSC, 1987b).

El segundo reglamento se elabora dentro del propio Consejo, a través de una comisión creada con ese fin en marzo de 1992, en la que se integran dos representantes del Ministerio de Sanidad (la subsecretaría del Ministerio de Sanidad, Ángeles Amador, y el Director General de Alta Inspección, Javier Rey), uno del Ministerio de Administraciones Públicas, y seis representantes de las Comunidades Autónomas (Andalucía, Aragón, Canarias, Cataluña, Galicia y País Vasco). Esta comisión se reúne en una sola ocasión, en junio de 1992, para emitir sugerencias sobre el borrador elaborado por el Ministerio (MSC, 1993: 192-4). Los objetivos de la reforma del reglamento son principalmente atribuir nuevas competencias de ordenación farmacéutica al Consejo³⁰.

³⁰ En concreto, los objetivos que menciona el preámbulo del Reglamento son la adaptación del mismo a los cambios introducidos por la Ley del Medicamento (25/1990, de 20 de diciembre), que atribuye nuevas funciones al Consejo, y por la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (30/1992, de 26 de noviembre), que regula en su Título I el funcionamiento de las Conferencias Sectoriales. En la práctica, sin embargo, los únicos cambios que se introducen se refieren a las nuevas competencias derivadas de la Ley del Medicamento. Una pequeña excepción puede encontrarse en el artículo 7.1, apartado q, que amplía la atribución genérica de competencias de coordinación no especificadas en el texto del Reglamento a las previstas en el artículo 5 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (MSC, 1994: 53-62). La generalización de

Entre estas nuevas competencias, las de carácter consultivo suponen el derecho de las Comunidades de informar con carácter previo las decisiones políticas y legislativas que modifiquen los productos farmacéuticos financiados por la Seguridad Social (listas positivas o negativas de medicamentos) o sus condiciones de financiación (gratuidad, co-pago). Entre las nuevas competencias de carácter decisorio se incluyen las relativas a los programas de control de la calidad de medicamentos y ensayos clínicos, así como las condiciones generales de contratación y suministro de medicamentos en el Sistema Nacional de Salud (MSC, 1994: 53-62).

En cuanto al funcionamiento del CISNS, la primera reunión del Consejo Interterritorial tiene lugar el 7 de abril de 1987, y desde entonces se genera una media de cuatro reuniones plenarias anuales. Resulta significativo que el número de reuniones vaya reduciéndose con los años. Así, mientras que entre 1987 y 1990 el número de reuniones plenarias anuales oscila entre 5 y 6, en 1991 y 1992 se realizan sólo las 4 mínimas previstas en la Ley General de Sanidad, y en 1993 y 1994 el número de Plenos anuales se reduce a 3, por debajo de lo previsto legalmente. Esta cadencia temporal en el número de reuniones se repite para el caso de las ponencias, comisiones y grupos de trabajo creadas en el seno del Consejo, que pasa de las 12 creadas en 1987 a superar la treintena en 1991, para descender de nuevo a 10-15 entre 1992 y 1994.

Aunque esta evolución podría responder también al propio desarrollo temporal del proceso de ejecución de la reforma sanitaria, parece reflejar principalmente una disminución gradual del papel que este órgano cumple en la formulación y ejecución de la política sanitaria. De hecho, la reducción en el número de reuniones coincide con una tendencia paralela a la disminución de la relevancia política de los temas que se tratan en los Plenos del Consejo. Esta interpretación resulta coherente, además, con la pauta mencionada anteriormente, que se detalla en capítulos posteriores, de disminución del empuje y la efectividad de los intentos centrales de coordinación

las conferencias sectoriales está prevista en la Ley del Proceso Autonómico de 1983, que sustituye a la LOAPA.

y control sobre la política sanitaria autonómica a partir de los años 90.

Por último, el análisis de las actividades del CISNS durante sus primeros ocho años de funcionamiento permite afirmar que el estilo de decisión y la naturaleza de este órgano parecen sufrir también una cierta evolución en el tiempo, desde su carácter inicial de instrumento de canalización del control central, hacia un organismo más centrado en la cooperación y en la generación de un consenso político sobre los distintos elementos de la reforma sanitaria. Aunque los contenidos de la actividad legislativa canalizada a través del Consejo Interterritorial se analizan con más detalle en el capítulo siguiente, es importante destacar aquí algunos detalles al respecto.

En primer lugar, la evidencia sugiere que el CISNS cumple un papel importante en la cooperación horizontal informal entre los gobiernos autonómicos, tanto en relación al proceso de ejecución de la reforma, como en la difusión de las innovaciones organizativas y de gestión que se introducen en la asistencia sanitaria a partir -de finales de los años ochenta.

En segundo lugar, el funcionamiento en la práctica del Consejo permite afirmar que este órgano parece contribuir progresivamente a aumentar el carácter consensual de la formulación y ejecución central y autonómica de la política sanitaria. El hecho de que algunas de las medidas legislativas y reglamentarias del gobierno central pasen por el Consejo antes de ser aprobadas, por ejemplo, permite que se incorporen algunas de las sugerencias y aportaciones de las Comunidades. A pesar de que la participación de las Comunidades en la formación de la política central no es del todo simétrica, puesto que el papel que cumplen las Comunidades con transferencias es más importante que el que cumplen las Comunidades del 143, el Consejo supone probablemente una cierta redistribución de los derechos de gobierno de la asistencia sanitaria, puesto que aquellas Comunidades con preferencias más intensas consiguen en algunos casos hacer valer sus reivindicaciones, independientemente de su nivel competencia!.

En tercer lugar, esta redistribución del poder podría ir acompañada de una redistribución de la experiencia de gestión y de los conocimientos técnicos asociados al autogobierno de la sanidad. El intercambio de conocimientos y experiencias no parece tampoco

simétrico, puesto que la evidencia apunta que las Comunidades con transferencias ejercen un papel de liderazgo en el CISNS, debido probablemente tanto a su poder informal como a su propia capacidad de reforma e innovación. Sin embargo, la presentación de las leyes, decretos, programas y planes aprobados por las Comunidades en el seno del Consejo, así como la preparación conjunta de propuestas y proyectos en las comisiones y grupos de trabajo, pueden permitir y fomentar un nivel considerable de aprendizaje político mutuo.

Para terminar, la institucionalización de un patrón de relaciones regulares entre niveles de gobierno en el seno del Consejo puede ayudar, a medio plazo, a desactivar los conflictos políticos y a promocionar la convergencia de las políticas sanitarias centrales y autonómicas, lo que podría contribuir, en definitiva, a neutralizar relativamente la tendencia a la diversidad asociada a todo proceso de descentralización.

3. El proceso de transferencia de la asistencia sanitaria

Como ocurre en cuanto a las relaciones de coordinación y colaboración, el caso de Galicia resulta especialmente interesante, precisamente por constituir la Comunidad Autónoma que ejerce mayor presión institucional para intentar acelerar el proceso de ejecución de la descentralización sanitaria, y que opone una mayor resistencia a los intentos de control central. En el plano político, las presiones para acelerar la transferencia del INSALUD a Galicia comienzan de un modo informal en febrero de 1982, momento en que se constituye la Comisión Mixta de transferencias. En la primera reunión de esta Comisión, la Xunta consigue que el Estado fije como plazo máximo para completar las transferencias del INSALUD el 1 de enero de 1983, apoyándose en la disposición transitoria 4^a. 1.2. del Estatuto de Autonomía de Galicia, que impone un límite temporal de dos años (febrero 1982-febrero 1984) al ejercicio de las competencias estatutarias gallegas por parte del Estado.

Las presiones adquieren un carácter explícito de confrontación política a partir de enero de 1983, con declaraciones reivindicativas

en este sentido tanto del presidente de la Xunta, Fernández Albor como del parlamento gallego. En la reunión de febrero de 1983 de la misma Comisión, el Estado retrasa unilateralmente el plazo hasta julio del mismo año, calendario que es de nuevo sistemáticamente incumplido por el Estado, como lo serán los sucesivos plazos que el Estado se compromete a cumplir (31 de diciembre de 1984, 31 de diciembre de 1985) en reuniones posteriores.

Por este motivo, la Xunta de Galicia solicita formalmente al Ministerio el traspaso del INSALUD en enero de 1986. Tras seis meses de demora en el plazo legal de respuesta por parte del Estado, la Xunta formula un requerimiento de incompetencia contra el Estado. Por último, ante la nueva ausencia de respuesta, la Xunta interpone un conflicto positivo de competencia contra la omisión del traspaso por el Estado, que es admitido a trámite por el Tribunal Constitucional en octubre de 1986 (STC 201/1990, antecedente 1). De hecho, aunque éste es el primer conflicto dirigido directamente a denunciar el retraso en la transferencia, tres conflictos anteriores (19-12-1984, 402/1984 y 230/1985) mencionan la omisión de los traspasos como uno de los motivos principales del conflicto.

El Tribunal Constitucional no se pronunciará sobre este problema concreto hasta el 13 de diciembre de 1990, quince días antes de que se firme el acuerdo de la Comisión Mixta de transferencia por el que finalmente se traspasa el INSALUD a Galicia. El retraso en emitir una sentencia sobre el tema alcanza, pues, en este caso, entre 4 y 6 años. En cuanto a los contenidos de la sentencia 201/1990, se afirma por primera vez de un modo explícito que no es competencia del Tribunal decidir sobre el calendario de los traspasos. Los argumentos jurídicos desarrollados al respecto son interesantes en cuanto clarifican las características del modelo institucional de descentralización sanitaria, que pueden analizarse desde el punto de vista del análisis contractual.

La transferencia de servicios, necesaria para ejercer las competencias estatutarias, no se entiende como un proceso de ejecución automática del marco constitucional, sino como el resultado contingente de una negociación política en el seno de las Comisiones Mixtas de transferencias, a las que se reserva constitucionalmente la competencia de traspasar los servicios (reserva competencial incluida

en la STC 76/1983, fundamento jurídico 28). Por este motivo, la transferencia de los servicios "no puede imponerse coactivamente por una de las partes que, paritariamente, integran dicha Comisión", lo que sería contradictorio con "la naturaleza estrictamente consensual del acuerdo a alcanzar en la Comisión Mixta" (STC 201/1990, antecedente 2).

A pesar de que el Estatuto gallego imponga un calendario al Estado, y de los sucesivos plazos que el Estado se compromete a cumplir en la Comisión Mixta de transferencias, no existe posibilidad de obtener sanción y arbitraje jurídicos que garantice el cumplimiento de estos compromisos, ni de un calendario pre-establecido. Textualmente:

"...el incumplimiento del plazo establecido y de los términos fijados podrá alcanzar una significación en el plano de la responsabilidad política para las dos partes (Estado y Comunidad Autónoma), que se integran en la Comisión Mixta, pero nunca producir el efecto jurídico de hacer equivaler la falta de obtención del acuerdo a las determinaciones (especificación de medios personales, materiales y financieros precisos para el ejercicio de la competencias) que de forma necesaria y no reemplazable han de surgir y constituir el contenido del acuerdo mismo" (STC 201/1990, antecedente 3; el énfasis es mío)

La importancia concedida a la negociación política como motor del desarrollo de la descentralización tiene el efecto de otorgar un papel central a las relaciones intra- e inter-partidistas en la configuración del propio modelo de descentralización, así como en el ritmo temporal del proceso de ejecución de este modelo. De hecho, el caso gallego es indicativo de la importancia explicativa de factores de tipo partidista en cuanto al desarrollo del modelo autonómico³¹. En este sentido, existe un acuerdo entre los expertos en que el sistema de

" Esta es también la conclusión a la que llega Martín Castilla (1987: 284)- La primacía de los partidos no ha sido superada, y la tendencia estatalista va en aumento. Esto puede explicar el ritmo desigual con que van produciéndose los trasposos según el territorio de que se trate, es decir, según criterios de mayor o menor afinidad política .

distribución del poder entre el Estado y las Comunidades no responde a un modelo institucional diseñado de acuerdo a consideraciones organizativas racionales, sino a acuerdos políticos entre y dentro de partidos que se realizan al margen del marco político-institucional³².

Desde el punto de vista de la teoría de la agencia, y de los argumentos desarrollados en el capítulo 4, el factor partidista puede interpretarse del siguiente modo. El gobierno central, que constituye el principal en este caso, tiene que delegar una parte importante de su poder en una serie de agentes autonómicos. Las acciones concretas de estos agentes suponen un riesgo importante para el Estado central, puesto que es este el que carga con la responsabilidad política y financiera última sobre el grado de ejecución de las reformas y sobre los déficits financieros que se generen a nivel autonómico. Por ello, el gobierno central es reacio a transferir poder a aquellos agentes con los que existe un conflicto importante de intereses, tanto de tipo ideológico (pertenencia de los agentes autonómicos a un partido político distinto), como de tipo estratégico (competencia electoral entre partidos tanto a nivel central como autonómico).

En cuanto al caso concreto del desarrollo temporal de la transferencia del INS ALUD, la evidencia al respecto indica que los factores institucionales, es decir, las diferencias constitucionales entre Comunidades en cuanto a la vía de acceso a la autonomía, no se toman en consideración al decidir el desarrollo temporal de la devolución de poderes, puesto que se transfieren competencias a Andalucía antes que al País Vasco, y a la Comunidad Valenciana antes que a Galicia.

Por último, la intensidad de preferencias por el gobierno autónomo de la sanidad, y su reflejo en la presión que las

³² Ver, por ejemplo, Terrón Cámara (1990), Costas i Terrones (1989) y Martín Castilla (1987). Es interesante mencionar, además, que la Comisión de Expertos sobre Autonomías constituida en 1981, prevé en fechas tan tempranas que las características contractuales que regulan los acuerdos de traspaso acabarían determinando un predominio de las relaciones informales entre niveles de gobierno en el desarrollo del Estado de las Autonomías: Con un procedimiento de este tipo, las transferencias de servicios dependen más de la habilidad de los negociadores que de las reglas de distribución de competencias (Centro de Estudios Constitucionales, 1981: 19-20).

Comunidades ejercen sobre el INSALUD para reivindicar el traspaso de competencias, es una condición necesaria pero no suficiente para que se produzcan los traspasos. Este hecho queda claramente de manifiesto en el caso gallego, donde tanto el marco institucional como la presión ejercida desde el gobierno autonómico no impiden que los traspasos se realicen casi diez años más tarde que en el caso catalán. Un problema adicional en el caso gallego, que contribuye a bloquear las negociaciones con esta Comunidad, son las reivindicaciones de un volumen mayor de recursos financieros asociados a los traspasos que los correspondientes al nivel de gasto efectivo del INSALUD en esta Comunidad Autónoma.

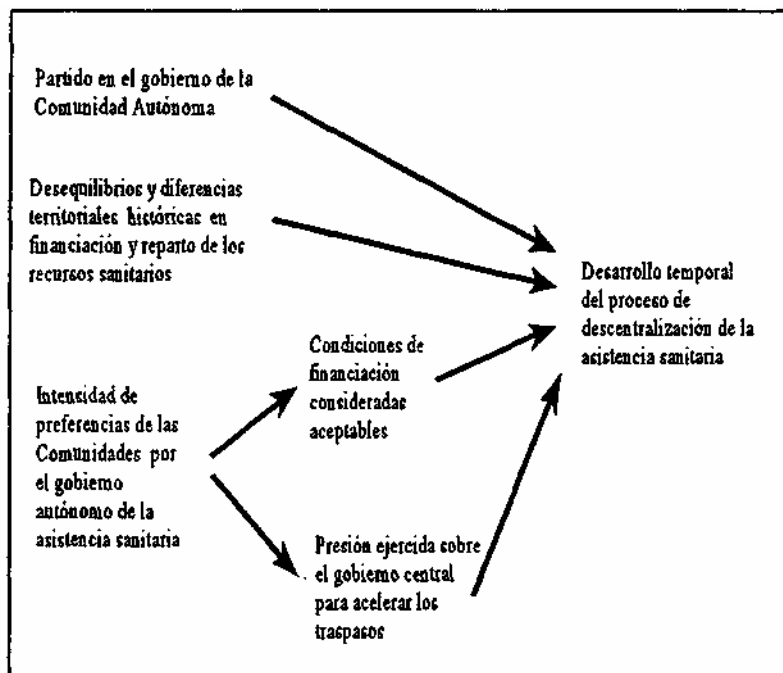


GRÁFICO 3: DETERMINANTES DEL DESARROLLO TEMPORAL DEL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA, 1986-1994

La misma combinación entre intensidad de preferencias y problemas financieros parece explicar el desarrollo temporal de las transferencias en el caso de las Comunidades gobernadas o cogobernadas por el PSOE. De acuerdo a la evidencia, los casos de Andalucía y la Comunidad Valenciana responden precisamente a la intensidad de preferencias de sus gobiernos autonómicos, que se plasma en este caso en una mayor disposición a aceptar los traspasos sin pedir a cambio un nivel de recursos financieros asociados a la transferencia especialmente favorable. Del mismo modo, en los casos de Navarra y País Vasco, el problema técnico y político central que retrasa los traspasos son los acuerdos de liquidación del cupo. En este contexto, el hecho de que el País Vasco acceda a la autonomía sanitaria tres años antes que Navarra podría deberse a la mayor presión ejercida por los responsables vascos sobre el gobierno central. Por último, el retraso en el caso de Canarias parece deberse a una combinación de factores partidistas, problemas financieros que interfieren en la negociación y ausencia de presiones importantes por parte del ejecutivo autonómico.

En conclusión, el desarrollo desigual en el tiempo del proceso de traspaso de competencias de asistencia sanitaria de la Seguridad Social se debe a una combinación de factores de tipo partidista, y a la intensidad diferencial de las preferencias de los ejecutivos autonómicos por el gobierno de la sanidad, que se plasma tanto en las presiones ejercidas sobre el gobierno central como en la disposición favorable a aceptar la transferencia de servicios independientemente de los recursos financieros asociados a los traspasos. En este sentido, es importante destacar que el sistema de financiación autonómica constituye un factor mediador importante que retrasa la transferencia tanto en los casos del País Vasco y Navarra como en los de Galicia y Canarias. Como veremos en la última parte de la tesis, además, el problema de la financiación autonómica, y en concreto, las desigualdades territoriales heredadas en la distribución de los recursos sanitarios, constituye un factor esencial para explicar la posición del partido socialista con respecto a la transferencia del INSALUD a las Comunidades del artículo 143.

Por último, hay que destacar que, en el sentido apuntado en el párrafo anterior, a las desigualdades territoriales en cuanto al reparto

de los recursos y la financiación del sistema se unen una serie de nuevas desigualdades de tipo político, que se refieren al retraso temporal en la asunción de competencias. Esto supone que en el campo sanitario, el proceso político de ejecución del Estado de las Autonomías sugiere que el acceso a los derechos de autogobierno depende de factores extra-jurídicos como el partido en el gobierno de cada Comunidad o su capacidad de negociación con el gobierno central en cada momento del tiempo. Ello tiene el efecto de aumentar el carácter asimétrico del modelo de descentralización consignado en la Constitución, puesto que a las diferencias entre las Comunidades del artículo 143 y las del artículo 151 se le añaden ahora las diferencias entre estas últimas en cuanto al momento en que acceden a sus competencias de autogobierno.

4. Conclusiones. Centralismo, intensidad y autonomía política

La evidencia analizada a lo largo de este capítulo permite extraer algunas conclusiones relevantes sobre la naturaleza del modelo de descentralización que se va conformando progresivamente en el periodo 1987-1995, así como sobre sus determinantes y consecuencias principales. En cuanto a las características del modelo de descentralización, su desarrollo en la práctica pone de manifiesto las mismas tensiones que afectan al marco institucional consignado en la Ley General de Sanidad, y que se deben en mucha medida a la inexistencia durante el periodo de estudio de una postura clara y unívoca del PSOE sobre la estructura territorial del Estado.

A partir de 1985 la postura política que parece imponerse sobre el resto es la orientación centralista, que se refleja en toda una serie de prácticas políticas formales e informales orientadas a reforzar el control jerárquico del Estado central. Esta posición acaba predominando probablemente debido al paso de la política autonómica a las manos de una Comisión delegada del gobierno presidida por Alfonso Guerra. Como consecuencia de esta actitud, y de las experiencias prácticas negativas que se extraen de la primera etapa de ejecución de la descentralización, el gobierno socialista ralentiza el proceso de transferencia de los servicios sanitarios, lo que crea

desigualdades importantes entre las Comunidades Autónomas en cuanto al momento del tiempo en que consiguen el acceso a los medios y recursos necesarios para ejercer sus competencias constitucionales.

Una segunda consecuencia de la actitud centralista que tiende a predominar durante este primer periodo es el abandono de los planes iniciales de transferencia de la asistencia sanitaria a las Comunidades del artículo 143. Este hecho se hace especialmente evidente en los pactos autonómicos de 1991, en los que las competencias de asistencia sanitaria no aparecen en ningún momento de un modo explícito dentro del paquete de competencias que se piensa descentralizar a las Comunidades del artículo 143. En el mismo sentido, las estrategias políticas formales e informales del partido socialista en sus relaciones institucionales con los gobiernos autonómicos parecen orientadas a reforzar su control jerárquico sobre todas las Comunidades dentro de los límites de lo constitucionalmente posible. Estas estrategias desvirtúa en ocasiones las funciones formales atribuidas a los organismos institucionales colegiados de cooperación y coordinación, y contribuyen a crear un cierto clima de confrontación política dentro de las mismas.

La defensa del centralismo en la práctica política no responde, aparentemente, a la existencia de un modelo ideológico y político coherente que haya sido consensuado dentro del partido. De hecho, la evidencia analizada tanto en este capítulo como en el capítulo 3 pone de manifiesto la existencia de diferencias de opinión importantes (aunque no siempre visibles políticamente) dentro del partido sobre el modelo de descentralización. En cuanto a la evidencia presentada en este capítulo, los casos de los responsables autonómicos socialistas de Asturias y Madrid, y sus tensiones políticas explícitas con los responsables socialistas a nivel central, sugieren que la posición del partido socialista sobre la descentralización no es unívoca, y que el PSOE ha sufrido un proceso de regionalización interna que a largo plazo podría amenazar su unidad interna³³. Los capítulos 6 y 7

³³ Los cambios organizativos internos del partido socialista pueden también ayudar a explicar el aumento de la capacidad de presión de los miembros del partido que gobiernan a nivel autonómico. A mediados de la década de los 80 se

aportan nuevas evidencias de esta tendencia a la regionalización de los partidos centrales.

En otras palabras, la creación de instituciones autonómicas de gobierno parece estar creando una serie de nuevas identidades políticas y lealtades institucionales dentro de los partidos centrales, por las que los representantes autonómicos empiezan a formar intereses distintivos que responden en mayor medida a su rol en tanto gobernantes que a su pertenencia a un mismo partido. En el mismo sentido, tanto la regionalización del partido, como la inexistencia de un modelo político coherente a nivel central explican la vulnerabilidad del gobierno central frente a las presiones y a la resistencia ejercida por los representantes de las Comunidades con preferencias intensas por el gobierno autónomo de la asistencia sanitaria, tanto desde dentro como desde fuera del partido.

Los hechos pueden interpretarse, pues, de un modo comprensible, si aplicamos el marco teórico desarrollado en los capítulos 2 y 4. Los representantes de la mayoría del electorado, que carecen de un modelo político coherente y compartido sobre la descentralización, se ven forzados a hacer concesiones frente a las minorías intensas de ámbito autonómico, debido a la importante capacidad de presión de sus representantes políticos, que permite que sus reivindicaciones y demandas se hagan políticamente visibles. La visibilidad de los enfrentamientos entre el gobierno central y los autonómicos puede tener importantes costes políticos para el gobierno central, mientras que conlleva principalmente beneficios electorales para los representantes autonómicos. Los costes políticos, en particular, pueden derivarse de la evidencia pública tanto de la existencia de fisuras internas en el partido, como de las confrontaciones políticas entre el gobierno central y los partidos nacionalistas autonómicos.

Tenemos, pues, que la presión de las minorías genera una serie de costes políticos asociados al mantenimiento de posiciones

introduce una normativa dentro del PSOE por la cuál no pueden compatibilizarse cargos en el partido con cargos en el gobierno. Las únicas excepciones afectan al presidente y vicepresidente del gobierno central, y a los presidentes y vicepresidentes de los gobiernos autonómicos, lo que contribuye a explicar el creciente poder interno del que disfrutaban los 'barones regionales'

centralistas. Además, hay que tener en cuenta que dentro del partido socialista central existen una serie de corrientes de opinión que simpatizan con las reivindicaciones autonómicas. Por último, la actitud de la opinión pública al respecto también contribuye a explicar el resultado final. De un lado, el apoyo de los ciudadanos a los gobiernos autonómicos crece considerablemente durante el proceso de ejecución e implantación de la descentralización de los servicios públicos, como veremos en el capítulo 10. De otro lado, los datos de encuesta sugieren que la mayoría de la opinión pública española se muestra considerablemente apática con respecto al tema de la descentralización, resultados que obviamente varían radicalmente por Comunidades Autónomas³⁴. La ausencia de intensidad al respecto deja las manos libres al gobierno central para realizar concesiones a favor de los representantes autonómicos sin incurrir por ello en costes políticos altos; la opinión generalmente favorable a la descentralización actúa en el mismo sentido.

Esta interpretación nos ayuda considerablemente a comprender porqué la postura centralista, tendente a la confrontación, se va abandonando progresivamente a lo largo del periodo analizado, para dar paso a un estilo de decisión más orientado a la resolución negociada de los conflictos. La propia participación de los representantes de las comunidades históricas en el proceso de formulación y ejecución del marco institucional de la descentralización, de otro lado, puede ayudar a explicar el abandono progresivo de las posturas beligerantes, la moderación de las

³⁴ Sobre el apoyo de la población a la descentralización, ver el apartado 3 del capítulo 10, y el apartado 2 del capítulo 3. Sobre la falta de prioridad concedida a esta cuestión, un ejemplo son los datos del estudio del Centro de Estudios Sociológicos nº1237, de septiembre de 1980. Mientras que un 74% de la población declara que le concede mucha importancia a la sanidad, un 18% que bastante, un 2% que poca o ninguna, y un 7% no responde a la pregunta, en el caso de las autonomías tan sólo un 34% de la población afirma que le concede mucha importancia a este tema, un 24% le atribuye bastante importancia, un 23 % poca o ninguna, y un 20% no sabe o no contesta. Ver también, en el mismo sentido, las altas tasas de no respuesta registradas en la encuesta sobre la cuestión autonómica comentada por García Ferrando y colaboradores (1994)

demandas nacionalistas y la disposición a negociar con el gobierno central.

En contraste, la exclusión de las Comunidades del 143 del proceso de descentralización parece dar lugar a un refuerzo de la intensidad de preferencias por el autogobierno y de las presiones sobre el gobierno central por parte de algunas de estas Comunidades. Los pactos autonómicos de 1992 pueden quizá interpretarse desde este punto de vista: la intensidad de estas preferencias, considerablemente extendidas entre la opinión pública, inclina al gobierno a ceder ante las presiones de estas Comunidades, y a actuar en este caso claramente en contra de las reivindicaciones de los nacionalistas catalanes y vascos, lo que supone un cierto cambio de tendencia en las relaciones entre el gobierno socialista y los gobiernos autonómicos.

Si introducimos, además, la idea de Sartori del gobierno a través de comités, las conclusiones sobre el caso de estudio adquieren una nueva dimensión. ¿Cómo se resuelven, de acuerdo con Sartori, las tensiones políticas entre mayorías apáticas y minorías intensas? Vamos a recordar aquí sus argumentos brevemente. De acuerdo con este autor, estos conflictos suelen dar lugar a la creación de una serie de comités colegiados que reúnen a los representantes de estas mayorías y minorías en un órgano multilateral de toma de decisiones. En la práctica, como opina también Scharpf, la unanimidad acaba imponiéndose como regla de decisión en estos comités. Si media una actitud orientada a hacer concesiones recíprocas, como es el caso, los argumentos de estos autores permiten prever que la regla de la unanimidad puede funcionar generalmente, a medio plazo, en el sentido de proteger la intensidad de preferencias de algunos de sus miembros sin dañar por ello los intereses de la mayoría, o del gobierno central que la representa.

La única excepción son aquellas cuestiones en que ambas partes mantienen preferencias igualmente intensas y enfrentadas, en las que el bloqueo en la toma de decisiones, la ralentización de los cambios y el predominio del status quo son los resultados más probables. También del lado de los costes, el gobierno a través de comités incorpora una tendencia a la disminución de la visibilidad política en la toma de decisiones, que se deriva en mucha medida de la

incompatibilidad entre las reglas de decisión que favorecen a las minorías intensas, y la propia regla de la mayoría que rige formalmente en las democracias.

Los datos examinados parecen ajustarse bien a esta interpretación. Si se aceptan los argumentos expuestos, puede concluirse que la evolución del modelo de descentralización responde en primer lugar a la naturaleza y contenido de las preferencias políticas de los ciudadanos y de las élites políticas. Estas preferencias están en el origen del marco institucional formal de la descentralización, y se van modificando a medida que las nuevas instituciones comienzan a operar. En cuanto al caso de estudio, la creación de las instituciones de gobierno autonómicas y la institucionalización de una serie de comisiones colegiadas encargadas de la toma de decisiones transforman las actitudes y los comportamientos de los actores políticos, y reorientan las experiencias de los ciudadanos con respecto a las instituciones del Estado.

Hemos entrado ya, pues, sin transición, en la cuestión de las consecuencias del modelo de descentralización sanitaria. En cuanto a este tema se puede concluir lo siguiente. La primera etapa de ejecución de la descentralización sanitaria se caracteriza por el predominio de las tensiones y los bloqueos en el proceso de toma de decisiones sobre la ejecución de la descentralización sanitaria. Esta situación evoluciona en el tiempo como resultado del aprendizaje político de los participantes en las decisiones, que se deriva en gran medida de los efectos sobre las relaciones entre niveles de gobierno de las nuevas instituciones. Hasta aquí se puede concluir que el nuevo marco institucional parece tener un efecto global positivo sobre las prácticas políticas y las relaciones entre niveles de gobierno en el ámbito sanitario, que sólo se hace evidente, en cualquier caso, hacia el final del periodo examinado.

Como veíamos más arriba, y en consonancia con las expectativas teóricas analizadas en el capítulo anterior, la creación de estructuras paritarias de carácter consultivo, y las pautas estables de interacción asociadas pueden contribuir a crear un clima de mayor confianza entre el Estado y las Comunidades, que se plasma en un estilo consensual y negociador de gobierno conjunto. Además, la participación en estos órganos supone una cierta redistribución del

poder entre las Comunidades Autónomas independientemente de su vía de acceso a la autonomía, que varía en función de la intensidad relativa de las preferencias por el autogobierno sanitario de los representantes autonómicos. Por último, los órganos colegiados de coordinación y cooperación facilitan la puesta en común de experiencias y conocimientos derivados del autogobierno, lo que puede mejorar a medio plazo la calidad del proceso político en el ámbito sanitario, así como la capacidad de aprendizaje de políticos y gestores.

Pero no hay que perder de vista, desde luego, el lado de los costes. En otras palabras, se puede afirmar que el modelo institucional de descentralización que se desarrolla durante estos años tiene una serie de inconvenientes importantes. Para empezar, la asunción de poderes sustantivos por parte de órganos colegiados, como el Consejo interterritorial y las comisiones de coordinación y colaboración, implica que una parte importante del proceso político sanitario se aleja de los cauces parlamentarios, y del control democrático que éstos representan. Los límites que afectan a la evidencia documental sobre las negociaciones y los conflictos políticos que tienen lugar dentro de estos órganos de decisión, inexistente en algunos casos, e incompleta y no disponible al público, en otros, suponen una amenaza a la transparencia política que debe regir en los procesos de toma de decisiones de las democracias.

Además, el hecho de que la importancia de los temas tratados en el Consejo Interterritorial varíe por periodos, y parezca disminuir en el tiempo, indica que estos temas pueden estar siendo objeto de discusión extrainstitucional entre representantes centrales y autonómicos, con el objetivo de disminuir aún más la visibilidad política de la toma de decisiones. La pauta de negociación política extraparlamentaria que caracteriza al proceso de formulación del modelo de descentralización sanitaria parece, pues, reproducirse durante el proceso de ejecución, pero de un modo más débil. Las nuevas instituciones creadas parecen canalizar algunos de estos procesos de toma de decisión por la vía institucional. Si no se garantiza, sin embargo, la transparencia política de estas nuevas instituciones, el camino avanzado puede suponer un retroceso del

control de los ciudadanos sobre la responsabilidad política democrática de los gobernantes.

De otro lado, las actitudes consensuales mencionadas más arriba tienen un precio, que se deriva directamente de la generación espontánea de normas de unanimidad en la toma de decisiones prevista en el capítulo anterior. Estas normas son útiles para acomodar preferencias de intensidad diferente, pero a cambio bloquean frecuentemente el proceso de toma de decisiones, lo que tiene consecuencias claramente conservadoras, en cuanto supone una ralentización de la aplicación del nuevo marco institucional. Un ejemplo importante en este sentido es la lentitud con la que se transfieren las competencias sanitarias, lo que contribuye en la práctica a aumentar la asimetría de derechos políticos que caracteriza el modelo constitucional de Estado de las Autonomías. Las desigualdades en el tratamiento de las Comunidades Autónomas del artículo 151 se complican además con las que se derivadas de las cuotas diferentes de poder político informal de las que disfrutaban los representantes autonómicos, que responden en definitiva la intensidad desigual de sus preferencias por el gobierno autónomo de los servicios.

Por último, la creación de foros multilaterales que participan en la toma de decisiones conlleva un aumento de los costes de transacción, es decir, de los costes asociados a la formalización y vigilancia del cumplimiento de los acuerdos. Dentro de estos costes se incluyen los asociados al retraso en la ejecución de la reforma derivado de la necesidad de formalizar acuerdos y convenios, los que se derivan de la labor de arbitraje realizada por el Tribunal Constitucional, los costes políticos vinculados a las desviaciones del proceso de ejecución de la reforma con respecto a las previsiones de la Ley General de Sanidad, y los costes en tiempo y recursos asociados al propio funcionamiento de los órganos colegiados que forman parte de la estructura institucional de gobierno descentralizado de la sanidad.

A cambio, sin embargo, la inclusión de los gobiernos autonómicos en el proceso de toma de decisiones puede ayudar a desactivar el potencial desestabilizador de la intensidad de preferencias, a reforzar la confianza entre niveles de gobierno, a

promover el aprendizaje mutuo, y a aumentar la motivación de los gobiernos autonómicos en la ejecución de las medidas aprobadas a nivel central, debido a su propia participación en las mismas. La consecución en la práctica de estas expectativas optimistas parece depender, en cualquier caso, de la medida en que la orientación a hacer concesiones recíprocas predomine sobre el estilo de decisión caracterizado por la confrontación política.

CAPITULO 6

EL PAPEL DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS EN LA EJECUCIÓN DE LA REFORMA SANITARIA SOCIALISTA

En las grandes naciones centralizadas el legislador está obligado a dotar a las leyes de un carácter uniforme, que no siempre se adapta a la diversidad de costumbres y de distritos; como no le es posible distinguir casos especiales, solo puede proceder guiado por principios generales; con ello se obliga a la población a adaptarse a los dictados de la ley, puesto que la propia ley no puede adaptarse a las exigencias y costumbres de la población, lo que causa importantes problemas y conflictos. Esta desventaja no existe en las confederaciones¹

El objetivo principal de este capítulo y el siguiente es la evaluación comparada de la efectividad² relativa de las Comunidades

¹ Tocqueville (1935/1945: 168-9).

² El término *efectividad* se utiliza para designar lo que en la literatura anglosajona se denomina *performance*. Las dificultades para encontrar un correlato adecuado en español a este término anglosajón, de difícil traducción, explican que en la discusión contemporánea sobre este problema en nuestro país se utilicen otros términos semejantes, como *rendimiento* o *desempeño*, para designar lo que aquí se denomina efectividad política. En términos generales, y en el contexto que nos ocupa, el término efectividad se refiere al grado de cumplimiento en la práctica de los objetivos de una organización, un gobierno o un programa político. En concreto, el término efectividad política se utiliza en este capítulo para designar el grado de cumplimiento por parte de las Comunidades Autónomas de dos grupos de objetivos, el objetivo de desarrollo legislativo y

Autónomas en la formulación y ejecución de la política sanitaria durante el periodo 1981-1996. La comparación de los resultados obtenidos por las Comunidades responde a dos preocupaciones teóricas principales. La primera de estas preocupaciones consiste en determinar si las Comunidades Autónomas que disfrutaban de plena autonomía política son más efectivas que el gobierno central en la formulación y ejecución de la política sanitaria. Esta preocupación está directamente relacionada con una pregunta de investigación central de esta tesis doctoral, de carácter más general, que podría formularse en los siguientes términos: ¿contribuye la descentralización política a mejorar el gobierno y la gestión de los servicios sanitarios? Las expectativas teóricas a este respecto, algunas de las cuáles se pretenden utilizar para interpretar la evidencia sobre el caso de estudio en estos capítulo, ya han sido analizadas en profundidad en el capítulo 4.

El Sistema Nacional de Salud español representa en este sentido un caso de estudio privilegiado para responder a la pregunta más concreta de la efectividad comparada del nivel regional de gobierno respecto al nivel central, puesto que coexisten en el tiempo y dentro de un mismo Estado una serie de Comunidades con un grado muy importante de autonomía política con otras en las que el gobierno y la gestión de la asistencia sanitaria se realiza principalmente a través de la estructura jerárquica y centralizada del gobierno central.

El caso español tiene además otra virtualidad importante para los fines de esta investigación, y en parte contrapuesta a la anterior, que consiste en el grado diferente de autonomía política de que disponen los dos grupos de Comunidades, las del artículo 151 y las del 143. Así, aunque la autonomía política de que disponen las Comunidades del artículo 143 en cuanto al gobierno de la asistencia sanitaria es

ejecución de la legislación básica, o en otras palabras, de la reforma sanitaria socialista (capacidad de reforma), y el objetivo de formulación y aplicación de nuevos derechos, programas y formas organizativas y de gestión, no contemplados en la legislación básica (capacidad de innovación). Otros términos semejantes con los que no debe confundirse el concepto de efectividad, son el de eficacia y el de eficiencia. Una buena discusión de las diferencias entre estos tres últimos términos puede encontrarse en Ortún (1990: 102-3).

muy limitada, no es por ello irrelevante, mientras que disponen también de importantes competencias en otros programas sanitarios con un peso presupuestario muy inferior al de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

De hecho, como hemos visto en capítulos anteriores, la política sanitaria en España ha estado dividida tradicionalmente en tres tipos de programas atribuidos a administraciones institucionales e incluso a niveles de gobierno distintos: la asistencia sanitaria de la Seguridad Social (IMP y luego INSALUD), la asistencia sanitaria de la beneficencia (AISNA), y la salud pública, también designada con el término genérico de 'sanidad e higiene pública'. Las Comunidades del 143 disponen de competencias limitadas de organización y ordenación sanitaria en cuanto al primero de estos programas (por delegación del gobierno a través de la Ley General de Sanidad), de competencias de desarrollo legislativo y gestión de los centros del AISNA (también por delegación del gobierno a través de los decretos de transferencia del AISNA), y de competencias de desarrollo legislativo y ejecución en materia de sanidad e higiene (de acuerdo con el artículo 148.1.21º de la Constitución).

En este contexto, la segunda preocupación teórica de este capítulo y el siguiente consiste en determinar si el grado de autonomía política de la que disfrutaban las Comunidades Autónomas tiene un impacto sobre la efectividad global en el gobierno de la sanidad. La manera de responder a esta preocupación en la práctica consiste en comparar la efectividad de los dos grupos de Comunidades en cuanto al núcleo de competencias comunes asumidas por todas las Comunidades. Ejemplos de estas competencias comunes son la legislación, los programas y los centros de salud pública, la ordenación territorial de las áreas y zonas de salud, la organización de los Servicios Regionales de Salud, la formulación de los Planes Regionales de Salud, la organización y gestión de los centros sanitarios de las Diputaciones provinciales y del AISNA, etc.

En otras palabras, esta segunda preocupación supone la consideración del impacto sobre la efectividad de la principal incoherencia institucional del modelo de descentralización sanitaria español: el hecho de que, en el caso de las Comunidades incluidas dentro del territorio INSALUD, las competencias correspondientes

a las diversas políticas sanitarias no estén concentradas en el mismo nivel de gobierno. Esta incoherencia puede crear varios problemas importantes. De entre ellos, el más destacado para los objetivos del presente capítulo es el siguiente. Dado que el paquete competencia! en el que recaen más de dos tercios de los recursos sanitarios públicos (la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social) no ha sido asumido por las Comunidades Autónomas del artículo 143, es de esperar que el grado de efectividad de estas Comunidades en el gobierno del núcleo de competencias sanitarias comunes sea menor que el de las Comunidades del 151, como vamos a ver a continuación.

En este sentido, la asunción de competencias de gestión de la asistencia sanitaria supone un aumento considerable de los recursos económicos y humanos que las Comunidades del 151 pueden emplear para fines de investigación, planificación y programación epidemiológica, así como para mejorar la gestión y organización de los centros sanitarios procedentes de las Diputaciones y de la extinguida red del AISNA. En otras palabras, las Comunidades del 143 no disfrutaban de economías de escala, gama y aprendizaje semejantes a las de las Comunidades del 151. En cuanto a las competencias de organización y ordenación territorial de la asistencia sanitaria, el tema de los recursos puede agravarse debido a un problema de incentivos políticos. Por ejemplo, es de esperar que las Comunidades del 143 no dispongan de los mismos incentivos políticos que las Comunidades del 151 para crear sus Servicios Regionales de Salud, puesto que estos servicios son fundamentalmente estructuras organizativas para la gestión de la asistencia sanitaria, que pierden mucho de su valor práctico si no se las dota del poder derivado de la asunción de competencias en la materia.

Las dos preocupaciones teóricas mencionadas constituyen el eje implícito de articulación de este capítulo y el siguiente, aunque aparecen en buena medida mezcladas a lo largo de los dos capítulos dedicados al tema de la efectividad política autonómica. La estructura formal responde al análisis separado de las dos dimensiones principales de la efectividad política autonómica: la capacidad de reforma de los gobiernos autonómicos, que se analiza en este

capítulo, y su capacidad de innovación, que se estudia en el capítulo 7.

Las hipótesis de investigación que se manejan, analizadas de un modo extenso en el capítulo 4, pueden resumirse del siguiente modo. En cuanto a la capacidad de ejecución de la Ley General de Sanidad, tema al que se dedica el presente capítulo, como el objetivo en este caso supone garantizar la ejecución de la legislación básica aprobada por el gobierno socialista, la coordinación entre niveles de gobierno se convierte en una variable intermedia central. Existen razones para pensar que el nivel autonómico de gobierno cuenta con mayores incentivos políticos y mejores condiciones institucionales que el gobierno central para agilizar el proceso de ejecución de la reforma. Sin embargo, debido al importante papel que cumplen las relaciones de coordinación en la ejecución de políticas aprobadas centralmente, se puede esperar que los resultados de los gobiernos autonómicos en cuanto a esta cuestión dependan en mayor medida de la naturaleza de las relaciones partidistas entre niveles de gobierno, de la compatibilidad de las orientaciones ideológicas de los partidos en el gobierno central y autonómico, y del grado en que los gobiernos autonómicos hayan participado en la fijación de objetivos reflejada en la legislación básica.

En el caso de la capacidad de innovación, como veremos en el capítulo siguiente, la situación es diferente. Se trata en este caso de garantizar la plasmación política de los objetivos que los propios gobiernos autonómicos se fijan a si mismos. Es en este caso en el que los gobiernos autonómicos pueden hacer un mejor uso de su mayor accesibilidad a la información local sobre las características y problemas específicos de la demanda y la oferta de servicios a nivel autonómico. Por este motivo, así como por otros analizados en mayor profundidad en capítulos anteriores, se puede esperar que las Comunidades con competencias muestren un mayor dinamismo que el gobierno central en la formulación y ejecución de políticas que supongan la introducción de innovaciones en los derechos de los usuarios, en la planificación y programación sanitaria, y en la organización y gestión de la red de centros sanitarios.

Para terminar, es importante señalar que el enfoque de estos capítulos es necesariamente restrictivo, puesto que se opta por el

análisis cualitativo y en profundidad de la capacidad de reforma e innovación de los gobiernos autonómicos. En cuanto a la ejecución de la Ley General de Sanidad, el análisis va a centrarse principalmente en tres medidas que se consideran prioritarias dentro de la reforma sanitaria socialista: la universalización de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social y la introducción del sistema de financiación con cargo a impuestos, la reforma de la atención primaria y la ordenación territorial sanitaria, y la creación de los Servicios Regionales de Salud. En cuanto a la capacidad de innovación de las Comunidades Autónomas, el análisis se limita a la introducción de nuevos derechos para los usuarios, y de nuevas formas organizativas y de gestión³.

En cuanto al objetivo principal de este capítulo, la descripción del papel de las Comunidades Autónomas en el proceso de ejecución de la Ley General de Sanidad, es necesario realizar algunas salvedades previas. Para empezar, el papel jugado por las Comunidades en este proceso es interesante por varios motivos. En primer lugar, porque los escasos estudios realizados en España sobre análisis del proceso de ejecución y evaluación de sus resultados se concentran casi exclusivamente en las actuaciones del gobierno central en este proceso⁴. En segundo lugar, porque las Comunidades con

³ Es importante recordar aquí que el análisis cualitativo realizado en estos dos capítulos se complementa con un análisis cuantitativo que incluye la consideración de todas las leyes y decretos emitidas por las Comunidades Autónomas en materia sanitaria durante el periodo 1981-1996. Los resultados de este análisis se exponen brevemente en el apartado 2 del capítulo 10.

⁴ El trabajo más completo que conozco a este respecto es el de Javier Elola Somoza (1992). Otras contribuciones interesantes son las encuadradas en el volumen colectivo publicado por la Federación de Asociaciones en Defensa de la Salud Pública (FDASP, 1990), y las de Navarro y Elola (1996). Además, es necesario mencionar el análisis detallado realizado por Rodríguez y de Miguel (1990), que aunque se centra más bien en el proceso de formulación de la reforma socialista, incluye comentarios interesantes y novedosos sobre las medidas de ejecución tempranas, tanto a nivel central como autonómico. Otras publicaciones que dedican parte de su contenido a este tema son las de Mansilla (1988), Elola (1994) y Muñoz Machado (1995). Por último, en cuanto a la ejecución de la reforma a nivel autonómico, existen tres trabajos no publicados previos, dedicados respectivamente a la evaluación del proceso en el País Vasco (Mezo, 1990), en la Comunidad Valenciana (Chuliá, 1990), y por último, a la

competencias dirigen directamente el proceso de ejecución de la reforma en un territorio que abarca en 1986 cerca del 35% de la población del Estado español, porcentaje que asciende a casi el 50% a principios de 1988, superando el 60% durante la primera mitad de la década de los 90.

La aplicación de la reforma depende crucialmente de la intervención de todas las Comunidades Autónomas, puesto que la Ley General de Sanidad les atribuye un papel protagonista en la ejecución de aspectos tan importantes como la creación y organización de los Servicios Regionales de Salud, la planificación sanitaria, la ordenación territorial intra-autonómica o la integración de los centros sanitarios dependientes de los entes locales en el Servicio Regional de Salud. No hay que olvidar, sin embargo, que la ejecución de la reforma sanitaria y del modelo de descentralización depende en parte de la actuación del gobierno central.

En particular, los elementos institucionales más importantes que dependen de la intervención del poder central para su puesta en práctica son los siguientes: la propia transferencia de poderes a las Comunidades Autónomas, la creación del Consejo Interterritorial de Salud, la puesta en marcha de la Coordinación General y la Alta Inspección, y la creación de comisiones de coordinación y convenios de cooperación con las Comunidades Autónomas, así como la propia dirección del proceso de ejecución de la reforma en el territorio INSALUD. El proceso de ejecución de los elementos del modelo de descentralización ya ha sido analizado en el capítulo anterior. Por ello, sólo serán objeto de estudio en este capítulo en la medida en que incidan el proceso de implantación de otros elementos de la reforma sanitaria socialista.

En cuanto al periodo temporal en el que se centra el proceso de ejecución del núcleo básico de la reforma, este comprende principalmente los años 1986 a 1990, es decir, desde la aprobación de la Ley General de Sanidad hasta el inicio del debate sobre la

comparación y explicación de los logros obtenidos por el País Vasco y la Comunidad Valenciana (Chuliá, 1991) En concreto, este último trabajo merece mención especial por su rigor y exhaustividad.

'reforma de la reforma'⁵ encabezada por la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud o Comisión Abril, que, como veremos más adelante, supone en cierta medida un cambio de rumbo en las prioridades políticas del Sistema Nacional de Salud.

Sin embargo, esta periodificación requiere hacer ciertas salvedades previas. Como hemos visto en el capítulo 3, una parte importante de la reforma sanitaria socialista se plasma en un conjunto de decretos y órdenes aprobados entre 1983 y 1985, disposiciones reglamentarias que son luego incorporadas, en muchos casos, al texto de la Ley General de Sanidad. En concreto, la reforma de la atención primaria y la ordenación territorial sanitaria que lleva aparejada, así como las principales medidas de reforma de la organización y gestión de los centros hospitalarios emitidas durante los años 80, entran dentro de esta categoría. Este hecho ayuda a entender que, en cuanto a algunos de estos aspectos, la ejecución de la reforma por parte de las Comunidades comience antes de aprobarse su expresión legislativa principal, que es la Ley General de Sanidad.

Una segunda salvedad importante en cuanto al periodo de estudio es que la ejecución de una de las medidas más importantes de las estudiadas en este capítulo, la creación de los Servicios Regionales de Salud por parte de las Comunidades Autónomas, se realiza en parte durante la primera mitad de la década de los 90. En estrecha conexión con el momento del tiempo en que se aprueban, hay que destacar que el contenido de varias de las leyes y decretos autonómicos emitidos para este fin no refleja la mera ejecución de los

³ El término 'reforma de la reforma' está tomado del artículo de Mauricio Perrera (1990), titulado *Reforming the reform: The Italian. Servizio Sanitario Nazionale in the 1980's*. Como veremos en las conclusiones de la tesis, el término resulta especialmente adecuado para designar la ola de reformas sanitarias iniciada a finales de los 80 en los países del sur de Europa, puesto que ésta se produce en estos países pocos años más tarde del lanzamiento de una primera ola de reformas, centrada en la introducción del modelo británico y sueco de Servicio Nacional de Salud, cuyos objetivos son relativamente contradictorios con respecto a los de las reformas iniciadas en los últimos años 80. Más que reformar un sistema previamente institucionalizado, lo que se hace en estos países es, pues, más bien, reformar o reorientar una reforma que está en pleno proceso de ejecución.

objetivos de la Ley General de Sanidad, sino la capacidad de innovación de las Comunidades Autónomas. Por ello, sólo se analizarán en este capítulo las medidas que se ajustan total o parcialmente a la lógica y prioridades de la reforma sanitaria socialista. El resto de medidas incluidas en las leyes de creación de los Servicios Regionales se analizarán, pues, en el siguiente capítulo, dedicado a la capacidad de innovación de las Comunidades.

Hechas estas salvedades, y antes de pasar a analizar el papel que cumplen las Comunidades en el proceso de ejecución de la reforma, resulta conveniente examinar algunos datos generales sobre el entorno político y económico general en que se desarrolla este proceso. La aplicación de la Ley General de Sanidad se inicia formalmente tras las elecciones generales de junio de 1986, y se desarrolla durante un contexto de expansión económica y crecimiento del gasto público⁶. En concreto, el crecimiento del gasto sanitario en este periodo es espectacular, sobre todo por comparación con las bajas o nulas tasas de crecimiento que venía experimentando desde 1977⁷. En el plano

⁶ La tasa media anual de crecimiento del PIB fue del 4.5 % durante la segunda mitad de los 80, Además, las reformas impositivas de los últimos años del gobierno de la UCD y del primer gobierno socialista contribuyeron considerablemente a aumentar la capacidad fiscal del Estado, favoreciendo con ello la aplicación de la reforma. En este sentido, los ingresos corrientes del Estado procedentes de impuestos aumentaron 6.6 puntos del PIB entre 1982 y 1990; mientras que el éxito relativo en la lucha contra el fraude fiscal se refleja en los más de dos millones de nuevos contribuyentes, que antes defraudaban a Hacienda, descubiertos entre 1982 y 1987 (Maravall, 1997b).

⁷ En concreto, y de acuerdo con las cifras proporcionadas por Barea (1994: 188), el gasto sanitario público por persona protegida y en pesetas constantes disminuye durante la primera legislatura socialista entre un 8,9 % (si consideramos el periodo 1982-1986) y un 15% (si el periodo considerado es 1983-1986), mientras que en la segunda legislatura socialista aumenta entre un 30,4% (1986-1989) y un 41,15% (1986-1990). Las cifras de Barea son las más completas de que se dispone hasta el momento, e incluyen los deslizamientos presupuestarios anuales, lo que puede explicar sus diferencias con respecto a otras fuentes de datos existentes. Ver, por ejemplo, las proporcionadas por (1) Elola (1992:122), según las cuales el gasto real per capita disminuye un 7,5 % en la primera legislatura socialista, mientras que aumenta un 28% en la segunda; y (2) Costas y López Casanovas (1988: 234), que calculan que la disminución del gasto en la primera legislatura fue del 11,9% (1982-6).

político, el proceso de ejecución coincide con la segunda legislatura socialista, durante la que el gobierno central disfruta de mayoría absoluta. El cambio de gobierno supone en el ámbito sanitario la entrada de un nuevo equipo de gobierno en el Ministerio de Sanidad en el verano de 1986, presidido por el Ministro de Sanidad Julián García Vargas, que permanecerá en el cargo hasta marzo de 1991, por lo que el periodo de estudio se caracteriza así mismo por la estabilidad política en los puestos directivos del Ministerio.

En este sentido, se puede afirmar que el proceso de implantación de la Ley General de Sanidad se realiza durante un periodo en el que las características del entorno económico y político no podrían ser más favorables. Sin embargo, como veremos más adelante, la ejecución de la reforma sanitaria socialista es obstaculizada desde 1990 por motivos semejantes a los que afectan al resto de reformas sanitarias en la historia de España. La paradoja central en este sentido es que las reformas legislativas en este campo se realizan con tanto retraso con respecto al resto de países de nuestro entorno, que su aplicación suele coincidir en el tiempo con el abandono a nivel internacional de los objetivos y los medios en los que se basan las reformas.

El caso de la Ley General de Sanidad no se aparta de esta pauta, puesto que los obstáculos provienen principalmente del inicio del cuestionamiento internacional del paradigma político en que se basa la reforma española en el momento preciso en que empieza a ser aplicada en España. A medida que el modelo británico de Servicio Nacional de Salud, dominante en Europa desde los años 50, entra en crisis, comienza a desarrollarse un nuevo paradigma de intervención en materia de asistencia sanitaria que contradice algunos de los rasgos fundamentales del modelo anterior.

En este contexto, la década de los 90 marca un cierto cambio de rumbo en la política de reforma emprendida en la década anterior. El énfasis en la equidad, los derechos de los usuarios y la expansión del sector público sanitario que caracteriza a las reformas de la década de los 80, se sustituye en los 90 por la nueva importancia que adquieren el control del gasto público, la eficiencia económica en la gestión de los servicios sanitarios, y la introducción de formas de organización y gestión propias del sector privado.

1. Universalización y financiación con cargo a impuestos

La universalización del acceso a las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social, junto con el paso a la financiación de estas prestaciones con cargo a los presupuestos generales del Estado, constituyen sin duda las dos medidas de reforma con más trascendencia política de la reforma sanitaria socialista. Aunque la ejecución de ambas medidas parecía relegada en el texto de la Ley General de Sanidad a un futuro indefinido, las condiciones económicas favorables, junto con las presiones autonómicas y sindicales, explican su rápido desarrollo legislativo. Ambas medidas están estrechamente interrelacionadas, puesto que la ampliación de la cobertura a personas no incluidas dentro de la Seguridad Social desvincula parcialmente a la asistencia sanitaria del sistema de Seguridad Social, al convertirla en una prestación no contributiva. Ello implica que la financiación con cargo a las cotizaciones de la Seguridad Social debe ser complementada con una contribución creciente por parte del Estado. De hecho, en la práctica totalidad de los países que organizan la asistencia sanitaria a través del modelo de Servicio Nacional de Salud, la fuente de financiación principal son los presupuestos del Estado.

En cuanto a la ampliación del acceso a los servicios sanitarios, una de las medidas más importantes de las tomadas por el partido socialista en este periodo es el Real Decreto 1682/87, de 30 de diciembre, que suprime el límite de 26 años de edad para que los hijos y hermanos del titular de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social puedan seguir siendo beneficiarios del mismo⁸. La aprobación de esta medida, que responde a la lógica del sistema de Seguridad Social en vez de a la del Sistema Nacional de Salud, así como la evidencia disponible, parecen indicar que el gobierno central no contemplaba entre sus planes a corto plazo la ejecución de las

⁸ Sobre las distintas medidas de ampliación del acceso aplicadas por los gobiernos de la UCD y por el propio gobierno socialista, puede consultarse el excelente artículo de José Manuel Freire (1993).

medidas de universalización del acceso incluidas en la Ley General de Sanidad⁹.

Sin embargo, tan sólo unos meses más tarde, la ejecución de la universalización vuelve a entrar en la agenda de prioridades del gobierno central. El desencadenante principal de este cambio de prioridades es la iniciativa política del gobierno autónomo vasco, ocupado durante este periodo por un gobierno de coalición entre el

⁹ Además de la evidencia presentada en el capítulo de la tesis dedicado a la formulación de la reforma, este tema ha sido repetidamente constatado en las entrevistas realizadas con cargos directivos del Ministerio de Sanidad. Es interesante además citar aquí la opinión de Francisco Javier Elola Somoza, Director General de Aseguramiento y Planificación del Ministerio entre 1991 y 1996. De acuerdo con este autor, a infraestimación en la Memoria Económica de la Ley General de Sanidad del incremento de gasto que se derivaría de la universalización, así como del resto de reformas incluidas en la Ley, junto con la ambigüedad en la redacción de ésta y otras medidas, se debe a la falta de apoyo y compromiso político con la reforma sanitaria. En sus propias palabras (Elola, 1992: 113): *"El incremento del gasto sanitario que produciría la Ley General de Sanidad estaba claramente infraestimado. Este hecho, junto a la mencionada ambigüedad y ausencia de compromisos concretos contenidos en la Ley, avalan la hipótesis de que la L.G.S. carecía de apoyo político suficiente para llevar a cabo sus propuestas, quedándose, en alguna medida, como un diseño del escenario final hacia el que debían tender las sucesivas reformas, en la medida que en el futuro se pudieran asignar recursos suficientes para llevarlas a la práctica"* (las cursivas son del propio autor). En concreto, el aumento del gasto derivado de la universalización se cifra entre un máximo de 34.650 millones y un mínimo de 29.700 a financiar en 5 años (Memoria Económica, 1984, Legajo 2766 del Expediente de la Ley General de Sanidad: pp. 15-19; la memoria aparece también publicada en el n°22 de la *Revista de Seguridad Social*). Aunque la memoria no es muy explícita en cuanto a la perspectiva temporal en la que se encuadran las previsiones de gasto, se puede deducir que el aumento anual esperado del gasto se situaba entre 6000 y 7000 millones anuales. La única evaluación real del aumento de gasto debido a la universalización, la realizada en 1990 en el País Vasco (Bertolaza, 1990), permite deducir, extrapolando los datos vascos (con la ayuda de los datos nacionales aportados por Freire, 1993), que durante el primer año de ejecución de la universalización, el aumento del gasto a nivel nacional se acerca a los 6000 millones de pesetas. Es razonable esperar que esta cifra aumentara considerablemente en años sucesivos, puesto que el acceso de las personas sin recursos económicos suficientes durante el primer año de ejecución del programa está seguramente limitado por la falta de tiempo para difundir a esta población la información pertinente sobre sus nuevos derechos

PNV y el PSOE/PSE. De hecho, tan sólo un mes y medio después de haber asumido las competencias de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, el Departamento de Sanidad vasco, encabezado por el socialista José Manuel Freire, lanza el Decreto 26/1988, de 16 de febrero, que supone la ampliación automática de la cobertura sanitaria pública y gratuita a todas las personas sin recursos económicos suficientes (Freire, 1993: 75). La trascendencia de esta iniciativa requiere concederle un breve espacio al proceso político por el que se aprueba.

La medida aprobada en el País Vasco forma parte de un programa de lucha contra la pobreza que responde principalmente a la iniciativa del Parlamento vasco y al apoyo posterior del PNV y del PSOE/PSE. El desencadenante del programa es la publicación en el año 1987 por parte del Gobierno Vasco del informe "La pobreza en la Comunidad Autónoma Vasca", elaborado por la Consejería de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social a principios de 1986, es decir, antes de la entrada de los socialistas en la Consejería a través del gobierno de coalición.

La publicación de este informe, que constata el importante crecimiento de la pobreza en Euskadi, abre una polémica social y política que se plasma en la aprobación de una proposición no de ley en el Parlamento Vasco en marzo de 1988, por la que se insta al Gobierno Vasco a aprobar un programa de lucha contra la pobreza. El Plan Integral de Lucha contra la Pobreza es el siguiente paso, que incluye tres elementos principales: el ingreso mínimo de inserción, las ayudas de emergencia social y las medidas sectoriales para la inserción¹⁰. Mientras que las dos primeras medidas pertenecen claramente al ámbito de la asistencia social, las medidas sectoriales

¹⁰ Las características y resultados del plan vasco han recibido atención continuada por parte del excelente grupo de investigación constituido por Aguilar, Laparra y Gaviria (ver, por ejemplo, Aguilar, Gaviria y Laparra, 1995: 599-626). Un excelente resumen de las investigaciones de estos autores en cuanto al caso vasco, y en concreto, en cuanto a la repercusión del plan vasco en la disminución de las desigualdades sociales en salud puede encontrarse en el informe publicado por la *Comisión Científica de Estudio de las Desigualdades Sociales en Salud en España*, presidida por el profesor Vicente Navarro (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996).

incluyen un conjunto de actuaciones que cubren los ámbitos de las políticas de bienestar social, empleo, educación, vivienda, sanidad, etc..(Aguilar, Gaviria y Laparra, 1995:599-600). Dentro de estas medidas sectoriales se incluye el decreto de universalización de la asistencia sanitaria.

Es interesante señalar aquí las semejanzas entre el área de asistencia y servicios sociales, y el de los servicios sanitarios en cuanto al papel que cumplen las Comunidades Autónomas en la formulación y ejecución de políticas. Resulta importante destacar en primer lugar el papel pionero de Navarra y el País Vasco en la aprobación del salario social (Aguilar, Laparra y Gaviria, 1996; Laparra y Aguilar, 1996; Aguilar, Gaviria y Laparra, 1995). La capacidad de innovación y respuesta rápida de estas dos Comunidades es también patente en el proceso de ejecución de la reforma sanitaria. Así mismo, la rápida extensión del salario social al resto de Comunidades Autónomas a través de un proceso de imitación que responde en definitiva a la presión ejercida por los sindicatos (Aguilar, Laparra y Gaviria, 1995) ilustra una pauta que se reproduce también en el ámbito sanitario. Esta pauta resulta muy interesante desde el punto de vista teórico, porque refleja la existencia de una tendencia hacia la convergencia en las políticas autonómicas que puede ayudar a despejar una de las preocupaciones principales sobre las consecuencias de la descentralización: la posibilidad de que dé lugar a una diversidad de legislaciones y políticas que ponga en peligro la igualdad de derechos de los ciudadanos¹¹.

Tanto el plan vasco de lucha contra la pobreza en general como el decreto de universalización en particular suscitan una fuerte reacción en contra por parte del gobierno socialista central, que no se deriva de su oposición al contenido de estas medidas, sino del conflicto competencial entre niveles de gobierno. En concreto, el

¹¹ En este sentido, conviene señalar, sin embargo, que en el caso del salario social, la convergencia, aunque patente en el plano formal (todas las Comunidades disponen de un programa de salario social de formato legal parecido), no lo es tanto en el plano sustantivo (las características concretas de estos programas difieren en la práctica, así como su grado de implantación -porcentaje cubierto de la demanda potencial, etc.-) (Aguilar, Laparra y Gaviria, 1995).

gobierno central cuestiona la capacidad de los gobiernos autonómicos de lanzar sus propias medidas de política social, de ejecutar elementos de la legislación básica antes que el gobierno central y de realizar sus propios acuerdos con los sindicatos (Laparra y Aguilar, 1996: 100-1; Aguilar, Gavina y Laparra, 1995: 246-7). La oposición del gobierno socialista central a la ejecución del plan, junto con la participación destacada del partido socialista vasco, en el mismo resultan interesantes desde el punto de vista teórico, puesto que apuntan a la existencia de un proceso de regionalización de los partidos políticos en España, ya detectada en el capítulo 5.

En consonancia con la evidencia presentada por Putnam y colaboradores para el caso de Italia, los gobernantes autonómicos parecen situar las preferencias y necesidades de los ciudadanos de su región por encima de los dictados de la ejecutiva central del partido al que pertenecen, e incluso por encima de las directivas e indicaciones del gobierno central¹² (Putnam, Leonardi y Nanetti, 1993: 26-62). Es importante también señalar, en este sentido que, de acuerdo con las expectativas teóricas analizadas en el capítulo 4, este proceso de regionalización de los partidos puede ayudar a aumentar la efectividad política de los gobiernos autonómicos a través de un aumento de la motivación de servicio a la Comunidad, de una mayor capacidad de fijación autónoma de prioridades y medios políticos, mejor adaptados a las preferencias y necesidades de los ciudadanos, de una mayor facilidad para obtener acuerdos consensuados con otras fuerzas políticas a nivel autonómico, y de una mejora de la receptividad y el control políticos a nivel autonómico (accountability).

A nivel central, la iniciativa vasca coincide en el tiempo con el momento álgido de las relaciones entre UGT y el PSOE, y con el inicio de la campaña de oposición sindical a la política social del

¹² Es interesante señalar aquí que el porcentaje de políticos regionales que manifiestan estar de acuerdo con la frase "In the final analysis, loyalty to one's fellow citizens is more important than loyalty to one's party" en 1989 es en Italia del 94% (Putnam et al., 1993: 33). Además, la opinión de los ciudadanos y los grupos de interés regionales muestra altas tasas de satisfacción con los gobiernos regionales, así como una percepción de su mayor apertura a las preferencias y necesidades regionales (Putnam et al., 1993: 49, 53 y 58).

gobierno socialista. De hecho, el apoyo de los sindicatos tanto al plan vasco en general como a la implicación del Partido Socialista de Euskadi en el mismo contribuye decisivamente al cambio de actitud del gobierno socialista. Este cambio se plasma en el abandono de su postura de oposición abierta al plan vasco y al decreto de universalización, y en el lanzamiento en el año 1988 de una serie de medidas coherentes con este decreto, incluidas en la Ley 37/1988 de Presupuestos Generales del Estado para 1989. Esta Ley se aprueba el 28 de diciembre de 1988, un par de semanas después de la primera huelga general convocada por los sindicatos contra la política social del gobierno, que se salda con un éxito a favor de los sindicatos de dimensiones inesperadas.

En concreto, la Ley de Presupuestos inicia el proceso de transición del sistema de financiación principalmente a cargo de las cotizaciones de la Seguridad Social al sistema basado en los presupuestos generales del Estado. Como consecuencia, en 1989 se produce una inversión de los porcentajes correspondientes a ambas fuentes de financiación. Mientras que en 1987, las cuotas de la Seguridad Social financian el 78,6% del gasto sanitario público (Parea et al., 1992: 462), en 1989 un 78% del gasto comienza a ser financiado con cargo a los presupuestos públicos. Así mismo, la Ley de Presupuestos prescribe en su artículo 9.3 que el gobierno deberá regular la extensión de la cobertura a las personas sin recursos económicos suficientes durante el año 1989, y que una parte de la aportación finalista del Estado a la financiación de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social debe dedicarse a la ejecución de la universalización.

Tanto el inicio en 1989 de la transición a la financiación con cargo a impuestos, como la posterior extensión del peso de los mismos durante los años 90¹³ parecen deberse en gran medida a presiones sindicales de tipo indirecto. En concreto, la posición de los sindicatos en el conflicto señalado tiende a priorizar la mejora de las pensiones de la Seguridad Social y las prestaciones por desempleo,

¹³ Esta cifra se ha ido incrementando en años sucesivos, alcanzando en 1996 alrededor del 95%.

que pasan a absorber un mayor porcentaje de las cotizaciones de la Seguridad Social¹⁴. El aumento de la aportación finalista del Estado a la sanidad se deriva directamente, pues, de la necesidad prioritaria de garantizar el saneamiento financiero de los sistemas de pensiones y desempleo tras la introducción del contenido de las reivindicaciones sindicales. En contraste, la cláusula de garantía de aportación presupuestaria para la ejecución de la universalización resulta principalmente de la presión conjunta ejercida por la aprobación del decreto vasco y por el respaldo posterior de los sindicatos a esta medida.

Tanto el papel precursor del País Vasco como el importante papel que parecen jugar los sindicatos en el proceso de difusión autonómica y central de la universalización de las prestaciones sanitarias se reproducen también en el campo de las pensiones asistenciales y de la asistencia y servicios sociales. Como afirman Aguilar, Gaviria y Laparra (1995: 241):

" Los sindicatos han sido una pieza clave en este proceso. Excepto en la Comunidad Autónoma Vasca, el salario social se debe a la Propuesta Sindical Prioritaria¹⁵, negociada por UGT y CCOO. En cierto sentido, el salario social y la Propuesta Sindical Prioritaria en su conjunto son un ejemplo de como los sindicatos pueden canalizar determinadas reivindicaciones que van más allá de los estrictos intereses de sus afiliados. Este

¹⁴ Las reivindicaciones sindicales, que se concretan en la Propuesta Sindical Prioritaria (de octubre de 1989), dan lugar a la aprobación por parte del Estado central del Real Decreto-Ley 3/1989, de 31 de marzo, de medidas adicionales de carácter social, resultado de las resoluciones adoptadas en el Pleno del Congreso de los Diputados el 16 de febrero del mismo año. Los contenidos prioritarios de las reivindicaciones sindicales aparecen reflejados tanto en la Propuesta, como en el texto de dicho Real Decreto.

¹⁵ En concreto, el texto de la Propuesta ilustra claramente las reivindicaciones sindicales de extensión de la medida aprobada en el País Vasco al resto de Comunidades: Con el salario social, o renta mínima garantizada, pretendemos que ningún ciudadano viva por debajo de un nivel socio-vital determinado...Recientemente la Comunidad Autónoma del País Vasco lo ha establecido y otras han anunciado su pronta implantación. Una mínima coherencia política y social exige su establecimiento en todo el Estado (UGT, 1989: 11).

intento de articular los intereses del núcleo de la clase obrera con aquellos sectores excluidos del empleo y del conjunto de la sociedad no parece un elemento aislado, en una búsqueda coyuntural de legitimidad política. Pueden encontrarse otros ejemplos de la actividad sindical que van en el mismo sentido..."

En el caso de la asistencia sanitaria, las reivindicaciones sindicales principales incluidas en la Propuesta son las siguientes: universalización del acceso a todos los ciudadanos, y en concreto, extensión automática del acceso a los futuros colectivos perceptores del salario social y de pensiones no contributivas; financiación de la asistencia sanitaria pública con cargo a los presupuestos generales del Estado; ampliación de la cobertura del nuevo modelo de atención primaria al 100% de la población antes de 1994; introducción de nuevas prestaciones no reconocidas en la Ley General de Sanidad, como la atención bucodental (infantil y prótesis a ancianos al menos, en una primera fase) y la atención a drogadictos¹⁶.

Así mismo, las reformas examinadas en los servicios sociales y los sanitarios comparten también el rasgo común de que la acción del Estado en este campo, al estar condicionada por la presión autonómica y sindical, y no responder por tanto a un compromiso propio, se traduce en la práctica en el recorte del contenido de los programas autonómicos iniciales y en la introducción correlativa de ciertas trabas para su ejecución en el resto del territorio del Estado (Aguilar, Gaviria y Laparra, 1995: 246-7). Con respecto a los servicios sanitarios, la debilidad del compromiso central con la ejecución de la universalización se refleja, de hecho, en las trabas prácticas incluidas en el Real Decreto 1088/1989, de 8 de septiembre, de extensión de la cobertura de la Seguridad Social a personas sin recursos económicos suficientes, así como en la normativa de desarrollo de este decreto¹⁷.

¹⁶ Es interesante destacar que estas dos nuevas prestaciones son introducidas en el País Vasco por el Consejero de Sanidad socialista antes de su inclusión en la Propuesta, y constituyen, junto con el decreto de universalización, un tema de conflicto importante entre el ejecutivo vasco y el gobierno central.

¹⁷ Este decreto es complementado posteriormente con las Ordenes Ministeriales de 13 de noviembre de 1989 y la Resolución de 29 de diciembre del

El decreto no supone, como en el caso vasco, el acceso automático de este colectivo a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, sino que condiciona la integración de una parte importante del colectivo, los cubiertos por la beneficencia, a la realización de una serie de convenios con los entes locales que se encargaban previamente de financiar la asistencia de la beneficencia. Estos convenios han encontrado importantes dificultades para su plasmación en la práctica, por lo que una gran parte del colectivo cubierto por la beneficencia (aproximadamente un 1 % de la población española, de acuerdo a los cálculos de Elola, 1992 y Freire, 1993) continúa a mediados de los años 90 sin estar plenamente integrado en la asistencia sanitaria de la Seguridad Social¹⁸.

La iniciativa vasca tiene también un impacto inmediato e importante sobre la legislación autonómica de ejecución de la universalización. La primera Comunidad que sigue la iniciativa vasca es la Comunidad Valenciana, que aprueba el Decreto 88/1989 en junio de 1989, tres meses antes de que el Estado central lance la medida equivalente. El decreto valenciano recoge ya la necesidad de convenio previo para proceder a la integración de la población atendida por la beneficencia, debido a las presiones del gobierno central al respecto. Unos cuantos meses después, y con pocos días de distancia, Andalucía y Cataluña aprueban decretos similares.

En cuanto al contenido de estos decretos, el del País Vasco sienta la pauta reglamentaria básica que siguen el resto de las medidas referidas a las personas sin recursos económicos suficientes, incluidas las del gobierno central. Las condiciones principales para acceder

mismo año. Tanto el contenido del decreto como los de las medidas de desarrollo mencionadas serán objeto de análisis comparativo más adelante.

¹⁸ Sobre este problema particular, ver el excelente análisis realizado por el que fue Consejero vasco de Sanidad entre 1986 y 1990 (Freire, 1993: 124-129). Sobre los problemas generales que afectan a los programas previamente financiados por los entes locales, ver MSC (1996b), Elola (1992: 98-9) y el "Informe sobre la situación de los servicios sanitarios de las corporaciones locales, las Diputaciones y los Cabildos", redactado por el Gabinete Técnico de la Secretaría General de Asistencia Sanitaria del Ministerio e incluido en la Ponencia de Asistencia Sanitaria (MSC, 1988e, Anexo III). Estos problemas se examinan en más detalle en la sección de la tesis dedicada a los problemas de financiación y gasto.

TABLA 12

DESARROLLO LEGISLATIVO DE LA POLÍTICA DE UNIVERSALIZACIÓN DEL ACCESO A LA ASISTENCIA SANITARIA PÚBLICA		
	MEDIDAS LEGISLATIVAS DE EXTENSIÓN DE LA COBERTURA A:	
COMUNIDADES	PERSONAS SIN RECURSOS ECONÓMICOS SUFICIENTES	RESIDENTES EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA
ESTADO CENTRAL	RD 1088/1989, 8-9 OM 13-11-1989	----
ANDALUCÍA	RD 66/1990, 27-2	----
ARAGÓN	----	----
ASTURIAS	----	LEY 1/1992, 2-7
BALBAIRES	----	----
CANARIAS	----	LEY 11/1994, 26-7
CANTABRIA	----	----
CASTILLA Y LEÓN	----	LEY 1/1993, 6-4

gratuitamente a los centros y servicios de la Seguridad Social consisten en residir en el territorio de la Comunidad, y en que los ingresos anuales no superen el salario mínimo interprofesional, que según los datos del INE se cifra en 50.000 pesetas mensuales en 1990 y en 65.000 en 1996. En el caso de superarse estos ingresos, sólo tendrán acceso gratuito los individuos integrados en una unidad familiar cuando el resultado de dividir los ingresos de la unidad familiar por el número de miembros de la misma no exceda la mitad del salario mínimo interprofesional.

En este contexto, el Real Decreto 1088/1989 refleja estas mismas condiciones, con una modificación. El cambio afecta a la última condición mencionada en el caso vasco: en vez del cociente de los ingresos por el número de miembros del hogar, se utiliza como denominador el número de menores y discapacitados residentes en el mismo. Esta última condición, más restrictiva que la incluida en el decreto vasco, se adopta también en los decretos valenciano y andaluz.

De otro lado, el decreto catalán, a pesar de mencionar explícitamente que se emite como pieza legislativa de desarrollo del RD 1088/1989, sólo incluye menciones explícitas a los beneficiarios de pensiones asistenciales de la Seguridad Social y al colectivo protegido por la beneficencia

CAST.-LA MANCHA	----	----
CATALUÑA	D 55/1990, 5-3	LEY 15/1990, 9-7 D 178/1991, 30-7
C. VALENCIANA	RD 88/1989, 12-6	----
EXTREMADURA	----	----
GALICIA	----	----
MADRID	----	----
MURCIA		LEY 4/1994, 26-7
NAVARRA		LEY 10/1990, 23-11 D 71/1991, 21-2
PAÍS VASCO	RD 26/1988, 16-2	----
LA RIOJA	----	----

Fuente: Base de datos MAP-LEXTER y elaboración propia

De hecho, Cataluña lidera en España el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria al colectivo de perceptores de pensiones asistenciales, que se realiza a través del Decreto 10/1989, de 9 de enero. El Estado central extenderá posteriormente este derecho a los beneficiarios de pensiones no contributivas a través de la Ley 26/1990, de 20 de diciembre, sobre prestaciones no contributivas de la Seguridad Social, y del RD 357/1991, de 15 de marzo, que la desarrolla¹⁹. En cuanto al colectivo incluido en los padrones de la beneficencia, como mencionábamos más arriba, tanto el decreto valenciano, como el andaluz y el catalán incluyen la necesidad de formalización de convenios con los entes locales como requisito previo a su acceso en condiciones de igualdad a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

Por último, el RD 1088/1989 declara que los requisitos mencionados para la integración del colectivo sin recursos económicos, así como la condición del acceso y prestaciones en condiciones de igualdad efectiva con respecto al colectivo protegido a través de la Seguridad Social, se consideran parte de la legislación básica del Estado. De otro lado, la Orden Ministerial de 13 de noviembre de 1989, que desarrolla el RD citado, introduce como requisito adicional la posesión de la nacionalidad española, de acuerdo con el artículo 3.2. de la Ley General de Sanidad. La inclusión de este requisito supone la exclusión del acceso gratuito a los servicios

¹⁹ Las pensiones asistenciales constituyen un programa de poco peso e importancia específica heredado de la Ley 45/1960 y del RD 2620/1981. De hecho, el establecimiento de pensiones para personas que no han cotizado a la Seguridad Social no se hace realidad en España hasta la aprobación de la Ley 26/1990 mencionada. Sin embargo, la inclusión a nivel central del colectivo perceptor de pensiones no contributivas en la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, que se realiza a través del artículo 15 del RD 357/1991, tiene un precedente importante en el decreto catalán mencionado, que contribuye probablemente a su aprobación posterior por parte del Estado. De nuevo, los sindicatos parecen tener un papel importante en la difusión de medidas autonómicas a todo el Estado. De hecho, la Propuesta Sindical Prioritaria, aprobada ocho meses después del decreto catalán, y en la que se reivindican por primera vez las pensiones no contributivas, solicita también que se generalice el acceso de este colectivo a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social (UGT, 1989: 13).

del colectivo de inmigrantes con permiso de residencia y sin recursos económicos suficientes, lo que implica la no aplicación a nivel central de la principal medida innovadora promovida por el decreto vasco. Esta cláusula de exclusión de los inmigrantes se adopta también en el caso andaluz, pero no en los casos valenciano y catalán.

La segunda ola de aprobación de medidas legislativas autonómicas, iniciada por Cataluña y Navarra, merece comentario aparte, puesto que su contenido refleja la introducción de nuevos derechos no incluidos en la Ley General de Sanidad. En concreto, estas medidas legislativas se caracterizan por la universalización del acceso a la asistencia sanitaria pública a todos los residentes en la Comunidad Autónoma, independientemente de sus recursos económicos. Es importante recordar aquí que la extensión de la universalización al colectivo con recursos económicos suficientes, aunque compatible con la lógica y objetivos de los primeros borradores de la Ley General de Sanidad, aparece sujeta a importantes límites en el Proyecto de Ley que se presenta en las Cortes, así como en el texto definitivo de la Ley. Se considera por ello, que estas medidas reflejan la capacidad de innovación de las Comunidades, más que su capacidad de ejecución de la reforma sanitaria socialista, por lo que se incluyen en la parte de la tesis dedicada a la capacidad de innovación a nivel autonómico.

2. La reforma de la atención primaria y la ordenación sanitaria

Como hemos visto en capítulos anteriores, la reforma de la atención primaria constituye una de las prioridades de reforma principales de los gobiernos democráticos españoles, debido a las importantes deficiencias que afectaban a este subsistema de asistencia sanitaria al inicio de la transición. De hecho, como señala Elola (1992: 145), las encuestas realizadas durante los gobiernos de la UCD, comentadas en capítulos anteriores, ponen de manifiesto la existencia de un acuerdo general entre profesionales, personal de la administración y opinión pública sobre las carencias de la atención primaria, y sobre la pertinencia de que su reforma ocupe un papel prioritario dentro de las medidas diseñadas por el Ministerio.

Las Comunidades Autónomas ocupan desde fechas muy tempranas un papel importante en la ejecución de las medidas de reforma aprobadas por la UCD y el PSOE. En primer lugar, durante los gobiernos de la UCD, y en cuanto a la ordenación territorial sanitaria, requisito previo para la reestructuración de la atención primaria, el Real Decreto 2221/1978, de 25 de agosto, por el que se establecen las normas de confección del mapa sanitario del territorio nacional, concede derechos de participación a los entes preautonómicos, así como a los Entes Locales.

Este decreto establece un marco general de ordenación territorial sanitaria semejante al modelo italiano, que se estructura en cuatro niveles territoriales (unidad sanitaria local, subcomarca, comarca, y región). En esta estructura territorial, la región adquiere un papel importante, que se concibe del siguiente modo en la exposición de motivos del real decreto: "...las regiones sanitarias, estructuradas como núcleos autosuficientes en la gestión de los medios asistenciales y en el desarrollo de los programas sanitarios y docentes, sin necesidad de abandonar su propio marco geográfico". Además, esta medida legislativa prescribe la creación de comisiones a nivel provincial encargadas de dos funciones principales: la ejecución del marco general de ordenación territorial en cada provincia y la planificación de las necesidades y recursos sanitarios públicos y privados existentes. Las Comisiones están integradas por un representante del INSALUD, dos de la delegación territorial del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, un representante de los ayuntamientos, otro de la Diputación y otro del ente preautonómico, y finalmente, por un representante de cada una de las corporaciones profesionales sanitarias (médicos, farmacéuticos y veterinarios).

La concesión de derechos de participación a los entes preautonómicos en la elaboración del mapa sanitario es coherente con la previsión de asunción de competencias de sanidad e higiene por parte de todas las Comunidades en el proyecto de texto constitucional que se está discutiendo en las mismas fechas en el parlamento, así como con el proceso posterior de transferencia de estas competencias a entes preautonómicos iniciado por la UCD en septiembre de 1979. Es importante recordar aquí que la UCD transfiere competencias en materia de sanidad a todos los entes preautonómicos entre 1979 y

1982 (estos entes coinciden en general con las Comunidades Autónomas posteriores salvo en los casos de Rioja, Madrid, y Cantabria, que recibirán el traspaso de estas competencias entre febrero de 1984 y agosto de 1985). Los decretos de transferencias emitidos por la UCD atribuyen a estas Comunidades competencias de desarrollo de la planificación sanitaria, de promoción y prevención de la salud, de acreditación de la creación, modificación o supresión de centros sanitarios, y de participación en las Comisiones Centrales de Saneamiento y Coordinación Hospitalaria. Las competencias del AISNA son también transferidas en fase preautonómica, entre julio de 1980 y enero de 1982, a Cataluña, País Vasco, Aragón, Asturias, Baleares, Castilla-La Mancha, Extremadura, Murcia y Valencia. Ello supone para estas Comunidades la asunción de todas las competencias, centros y servicios asistenciales no hospitalarios del AISNA existentes en territorio autonómico.

Tanto la participación de los representantes autonómicos en el proceso de confección del mapa sanitario, como las funciones que la UCD les atribuye en materia sanitaria constituyen un precedente importante del papel que tendrán durante los años 80 en la ejecución de la reforma de la atención primaria. Entre las iniciativas pioneras más relevantes se encuentran la confección de los primeros mapas sanitarios en Cataluña y en el País Vasco, que realizan una primera planificación de las necesidades y objetivos autonómicos en cuanto a la red de centros de atención primaria, y se publican en 1980 y 1982 respectivamente (Departamento de Sanidad y Asistencia Social de la Generalitat, 1980; Departamento de Sanidad y Seguridad Social del Gobierno Vasco, 1982). La entrada en el gobierno del PSOE a finales de 1982 supone una modificación paralela de los criterios de ordenación territorial que afectan directamente a la reforma de la atención primaria. Estos criterios se reflejan en la primera medida legislativa de lanzamiento de la reforma de la atención primaria, el Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud²⁰.

²⁰ Es importante mencionar, como ilustración de la prioridad concedida por el PSOE a la reforma de la Atención Primaria, que esta es la primera medida legislativa de lanzamiento de la reforma sanitaria socialista. Sobre las medidas

El real decreto establece las Zonas de Salud como unidad territorial mínima para la prestación de servicios sanitarios, cuya población debe oscilar entre los 5.000 y los 25.000 habitantes. Cada zona debe contar con un Equipo de Atención Primaria (EAP) ubicado en un único centro de salud, que integre a los funcionarios sanitarios locales. El centro de salud debe encargarse de la atención integral a la salud, concepto que incluye la salud pública, la prevención y la promoción de la salud, la atención sanitaria propiamente dicha y la rehabilitación. Este concepto integral de salud, que ocupa desde finales de los años 80 un lugar central en el paradigma sobre intervención sanitaria predominante a nivel internacional, tiene implicaciones sobre las competencias de todas las Comunidades en cuanto a la atención primaria. De hecho, bajo la nueva definición de la atención primaria de salud derivada del concepto de salud integral, ésta pasa a integrar funciones (salud pública, prevención y promoción) que se entienden en el marco institucional español como comprendidas dentro de la materia "sanidad e higiene", también denominada sanidad interior o salud pública, materia sobre la que todas las Comunidades tienen importantes competencias reconocidas en la Constitución. Las mismas implicaciones son ciertas en cuanto a las competencias de apertura, modificación o cierre de centros sanitarios mencionadas más arriba, así como a las correspondientes a los centros no hospitalarios del AISNA, puesto que de estas competencias se deriva un poder considerable para las Comunidades del artículo 143 en cuanto a la reforma de la atención primaria.

La exposición de motivos del decreto socialista sobre atención primaria utiliza explícitamente el concepto integral de asistencia sanitaria como principio informador capital de la reforma, mientras que menciona la repercusión que este concepto puede tener sobre el reparto de competencias:

legislativas que componen el programa de reforma socialista, ver la compilación realizada por el Ministerio de Sanidad (MSC, 1987a) La única medida que antecede en el tiempo a la mencionada es la creación de la Comisión de Reforma de la Asistencia Psiquiátrica por Orden Ministerial en septiembre de 1983

"En efecto, la mencionada concepción integral de los servicios sanitarios puede resultar dificultada por el hecho de que en la actual situación el Estado aún retiene competencias en asistencia sanitaria (la incardinada, sobre todo, en el área asistencial de la Seguridad Social), mientras que han pasado a depender de las Comunidades Autónomas los tradicionales servicios de sanidad preventiva, y buena parte de los funcionarios que las atendían. La necesaria integración de ambos sectores tiene que ser, por fuerza, un proceso lento, y desde luego, en razón a las reglas competenciales dichas, no podrá producirse sin contar con la colaboración de las Comunidades Autónomas que hayan asumido responsabilidades en materia sanitaria".

Aunque en la exposición de motivos también se menciona que las disposiciones normativas generales incluidas en el decreto se realizan "con absoluto respeto a las competencias estatutarias de las diferentes Comunidades Autónomas", en la práctica el decreto trata de imponer unos principios generales de ordenación territorial y reforma de la atención primaria a todas las Comunidades, excepto a aquellas a las que se le hayan transferido los servicios sanitarios de la Seguridad Social en el momento en que se aprueba el decreto. En el caso de éstas últimas, el decreto prescribe que la autonomía legislativa autonómica deberá ejercerse "con pleno respeto siempre a pos] principios generales [de este decreto] en la planificación y la coordinación" (art. 10.2). Dado que en enero de 1984 tan sólo Cataluña había recibido las transferencias del INS ALUD, se deduce que el resto de Comunidades deberán sujetarse a la normativa estatal al respecto²¹.

El real decreto es impugnado por la Junta de Galicia, que interpone un conflicto positivo de competencias en junio de 1984²²,

²¹ Este artículo se introduce probablemente como respuesta a la oposición abierta del gobierno catalán al real decreto Sobre la reacción catalana, ver Rodríguez y de Miguel (1990: 134).

²² Se trata del conflicto positivo de competencias 402/1984 El real decreto es impugnado así mismo por distintas asociaciones de profesionales sanitarios (Consejo General de Colegios de Farmacéuticos, Confederación Estatal de Sindicatos Médicos, Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos y Sindicato de Médicos Titulares de Salamanca), que interponen cuatro recursos

por considerar que el Estado central invade sus competencias al intentar imponer a la Comunidad una estructura organizativa de la atención primaria apoyándose en el hecho de no habersele aún transferido las competencias de asistencia sanitaria de la Seguridad Social. Además, la Junta invoca sus competencias de sanidad interior, y en concreto, la 'programación sanitaria' y las 'competencias organizativas' que, como veíamos más arriba, se atribuyen a todas las Comunidades a través de los decretos de transferencia de esta materia. Con ello se abre la puerta para que todas las Comunidades, incluidas las del artículo 143, puedan apelar a sus competencias de sanidad interior para reclamar así su autonomía en cuanto a la ordenación sanitaria y la reforma de la atención primaria. Aunque el Tribunal Constitucional no le da la razón a la Comunidad gallega hasta 1988 (sentencia 182/1988, de 13 de octubre), es probable que el proceso informal de asesoría y consulta jurídica emprendida por el Ministerio de Sanidad apuntara ya a esta posible resolución del conflicto, a la vista de la evolución posterior de los hechos.

En este sentido, es importante mencionar que la segunda unidad territorial relevante para fines de ordenación sanitaria y reforma de la atención primaria, el área de salud, se menciona por primera vez en el plano legislativo en la Orden Ministerial de 6 de septiembre de 1984, por la que se modifica el artículo 9 del Reglamento General para el Régimen, Gobierno y Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social de 1972. Esta orden es también impugnada por la Junta de Galicia. La orden crea las 'áreas asistenciales' como unidades territoriales básicas para la asistencia especializada, a las que se adscriben todas las instituciones sanitarias públicas, abiertas o cerradas, existentes en el área. El poder para fijar los criterios de

contencioso-administrativos a lo largo de 1984 (recursos 408.731, 408.757, 408.782 y 408.795 respectivamente). La Sala Tercera, Sección Cuarta del Tribunal Supremo desestima dichos recursos en su sentencia del 30 de marzo de 1992. Estos recursos reflejan la oposición de las asociaciones principales de profesionales sanitarios a la reforma socialista de la atención primaria, que se plasma en la interposición de recursos por parte de este colectivo a la práctica totalidad de medidas de ejecución de esta reforma aprobadas a nivel central entre los años 80 y la segunda mitad de los 90.

delimitación de estas áreas se atribuye al Ministerio, mientras que la determinación práctica de las mismas se reserva al INS ALUD.

La Comunidad gallega interpone otro conflicto positivo de competencias por razones semejantes a las mencionadas anteriormente. El resultado es que su requerimiento es parcialmente atendido por avenencia del Estado, que añade un párrafo a la orden mencionada, incluyendo la mayor parte de su contenido en la Orden posterior de Ide marzo de 1985, por la que se aprueba el Reglamento General de Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales de la Seguridad Social. El párrafo añadido prescribe que . la determinación de las ahora denominadas 'áreas de salud', a cargo del Ministerio y el INS ALUD, deberá realizarse "de acuerdo con las normas de planificación territorial que hayan sido elaboradas por la Consejería de Sanidad o Departamento correspondiente de las Comunidades Autónomas, en virtud de las competencias en la materia que tenga atribuidas" (art. 1 de la OM de 1-3-85).

Ello supone la subordinación de las reglas de ordenación territorial centrales a la normativa autonómica, reglas que tan sólo unos meses antes pretendían ser impuestas con 'carácter general' a todas las Comunidades excepto a Cataluña. En la misma línea, el último borrador del proyecto de Ley General de Sanidad que ingresa en el Parlamento a principios de abril de 1985 supone un paso adelante decisivo en la misma dirección señalada. En efecto, el artículo 2.1 del Proyecto afirma lo siguiente:

"Esta Ley tendrá la consideración de norma básica en el sentido previsto en el artículo 149.1.16 de la Constitución, y será de aplicación a todo el territorio del Estado, excepto los artículos [referidos a la ordenación sanitaria territorial a través de la que se articula la reforma de la Atención Primaria], que constituirán derecho supletorio en aquellas Comunidades Autónomas que hayan dictado normas aplicables a la materia que en dichos preceptos se regula"

Este mismo artículo, con la misma numeración y tan sólo pequeñas modificaciones, forma parte del texto definitivo de la Ley²³. Los artículos que se detallan en el mismo como no básicos conforman el Capítulo m de la Ley, dedicado a las áreas de salud, en el que se incluye la mayor parte del articulado del Real Decreto sobre Estructuras Básicas de Salud, así como las previsiones sobre el área de salud contempladas en las Ordenes Ministeriales de septiembre de 1984 y marzo de 1985 mencionadas.

El conflicto de competencias interpuesto contra la expresión legislativa principal de la reforma de la atención primaria socialista, las correspondientes dudas suscitadas sobre la titularidad de las competencias de ordenación territorial sanitaria, la introducción del párrafo citado en la orden ministerial de marzo de 1985, y, por último, la probable filtración del artículo mencionado del Proyecto de Ley General de Sanidad, explican el proceso abierto desde mediados de 1984, por el que la mayoría de las Comunidades Autónomas proceden a la rápida aprobación de sus normativas propias de ordenación sanitaria y reforma de la atención primaria.

De hecho, como puede observarse en la tabla 13, que resume la actividad legislativa autonómica, la mayoría de las Comunidades habían aprobado ya las principales medidas de ordenación sanitaria en el momento en el que se aprueba la Ley General de Sanidad. Como consecuencia, un análisis del contenido de las normativas autonómicas realizado a finales de los ochenta (Mansilla, 1988: 132-140) destaca que pocas Comunidades se ajustan a los principios generales de ordenación territorial aprobados por el Estado central. Aunque la divergencia en las ordenaciones territoriales no es en sí misma una razón de alarma, dado que puede derivar en una mejor

²³ Los artículos señalados en el Proyecto como supletorios incluyen del 57 al 72, mientras que los reconocidos en la Ley son el 31 (apartados c y d), y del 58 al 69. La novedad más relevante con respecto al proyecto es la introducción del artículo 31 como no básico, que se refiere a los derechos de inspección y control por parte de las Administraciones Públicas en relación con los centros sanitarios tanto públicos como privados. Otra novedad menor es el cambio del artículo 62 del Proyecto, referido al personal sanitario del Área de Salud, que pasa al capítulo sobre personal, lo que supone su consideración como básico.

adaptación a las condiciones concretas de la oferta y la demanda de servicios a nivel autonómico, se ha utilizado sin embargo hasta el momento para ilustrar las consecuencias negativas potenciales que pueden derivarse de la descentralización²⁴.

Un hecho que hay que tener también en cuenta, y que actúa en el mismo sentido, es la práctica posterior de constitución de comisiones paritarias entre el Estado y las Comunidades para la aplicación práctica de la reforma de la atención primaria, analizadas en el capítulo anterior. La falta de uniformidad tanto en el desarrollo temporal como en el contenido material de estos convenios puede ayudar a explicar las diferencias interautonómicas en el grado de implantación de los centros de salud y los equipos de atención primaria, que vamos a analizar a continuación. Un aspecto importante a tener en cuenta en este sentido es la desigual dotación de centros asistenciales no hospitalarios que afecta a las Comunidades Autónomas con carácter previo a la reforma. Ello supone que la cuantía de las inversiones necesarias para modificar los centros existentes y construir centros nuevos varía considerablemente entre Comunidades dependiendo del tamaño y estado de la red heredada en cada Comunidad.

²⁴ Ver, por ejemplo, Rodríguez y de Miguel (1990) y Mansilla (1988). La preocupación de este último autor, Director General de Alta Inspección y Relaciones con las Administraciones Territoriales del Ministerio de Sanidad y Consumo, es coherente con los tanteos realizados por el Estado central a finales de los años 80 para sondear si sería constitucionalmente posible tomar alguna medida a nivel central para garantizar la uniformidad a posteriori de la ordenación territorial. Estos sondeos se reflejan en el texto de la sentencia del Tribunal constitucional 182/1988, en relación al conflicto de competencias interpuesto por Galicia contra el Real Decreto de Estructuras Básicas de Salud. De hecho, la primera respuesta del tribunal al conflicto es emitir una Providencia con fecha de 18 de septiembre de 1986 en la que desestima el conflicto debido al hecho de que el articulado del Real Decreto impugnado se incluye en su práctica totalidad en la Ley General de Sanidad. El Estado responde alegando "que la nueva legislación no habría provocado la pérdida de vigencia de la reglamentación establecida por el Real Decreto 137/1984 y que el objeto de conflicto -cuya resolución de fondo se sigue pidiendo-permanecía inalterado" (STC 182/1988, fundamento jurídico 1).

Además, hay que tener en cuenta que el obstáculo principal para la aplicación práctica de la reforma, junto con además de la disponibilidad de fondos de inversión suficientes, son las dificultades que afectan al proceso de integración de los sanitarios locales y de los antiguos médicos generales de la Seguridad Social. La integración de estos profesionales en los centros de salud es con carácter voluntario, lo que explica que el porcentaje de los mismos que opta por la integración varíe considerablemente en términos territoriales. Es razonable esperar, en este sentido, que este porcentaje sea menor en las áreas urbanas más acomodadas, puesto que la integración supone aumentar la dedicación temporal de estos profesionales de dos horas y media diarias a cuarenta horas semanales. Ello hace difícil compatibilizar la dedicación al sector público con la práctica profesional en el sector privado, mientras que esta última alternativa se materializa sobre todo como posibilidad real en las áreas urbanas.

El problema de los sanitarios locales y los médicos generales, constante a lo largo de la segunda mitad de los años 80, tiende a resolverse parcialmente a partir del otoño de 1989, debido al proceso político desencadenado por la huelga de médicos titulares de atención primaria²⁵. Tras la huelga, la Administración central comienza un ciclo de reuniones bilaterales con las Comunidades, de las que dependen funcionalmente los sanitarios titulares locales, ciclo que termina el 5 de diciembre de 1989. La repercusión de la huelga y las medidas pertinentes a tomar, de acuerdo con las consultas bilaterales realizadas con las Comunidades, se discuten en la reunión del 22 de

²⁵ A pesar de las medidas impulsadas por los sindicatos desde 1989, que son objeto de comentario en los párrafos que siguen, esta cuestión todavía sigue generando problemas dos años más tarde. En este sentido, ver, por ejemplo, el Acuerdo de 3-7-92 entre sindicatos y Administración Sanitaria, comentado a continuación, en el que se incluye la siguiente afirmación: En la progresiva implantación de Equipos de Atención Primaria se ha constatado que un grupo reducido de facultativos y personal de enfermería, debido a diferentes circunstancias, no considera de forma voluntaria la integración en Equipos de sus Zonas Básicas de Salud. Para ello, parece imprescindible que, antes del 1 de octubre de 1992, Administraciones y Organizaciones Sindicales negocien la forma de abordar esta situación, a fin de evitar el mantenimiento de de dos tipos de organización de forma indefinida... .

TABLA 13

EJECUCIÓN AUTONÓMICA DE LA ORDENACIÓN TERRITORIAL SANITARIA Y LA REFORMA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA ²⁵	
COMUNIDADES	NORMATIVA AUTONÓMICA
ANDALUCÍA	D 147/1984, 22-5: Declaración Zonas Básicas D 195/1985, 28-8: Ordenación de los servicios de Atención Primaria (AP) Orden 2-9-85: Reglamento Equipos de Atención Primaria (EAP) Orden 13-11-86: Regulación de órganos de dirección y gestión de los distritos de AP
ARAGÓN	D 130/1986, 19-6: Mapa Sanitario de Aragón D 61/1987, 23-5: Estructura de la AP D 134/1989, 14-11: Integración sanitarios locales D 7/1991: Reglamento EAP

²⁵ La normativa autonómica reflejada en esta tabla incluye tan sólo aquellas medidas que suponen la regulación por primera vez de una determinada materia. La revisión de la legislación autonómica realizada, que cubre el período 1981-1996, pone de manifiesto que estas primeras medidas, y en concreto las de ordenación sanitaria territorial, son a menudo objeto de reforma posterior.

noviembre de 1989 del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, durante la cual el representante de Navarra "se felicita de que una de las reivindicaciones [sindicales y profesionales] principales sea la integración [de los profesionales en el nuevo modelo de atención primaria], que había sido rechazada en los últimos años" (MSC, 1991a, vol.n : 102).

Al inicio de esta reunión, el Secretario General de Asistencia Sanitaria, Sr.Arrojo, hace una serie de afirmaciones que son ilustrativas de la diversidad de situaciones autonómicas al respecto, de la actitud del gobierno central, y del papel jugado por el Consejo en la difusión de las medidas autonómicas de reforma e innovación. Tal y como se reproduce en las Actas de esta reunión, "El Sr. Arrojo expresa su coincidencia [con el Ministro García Vargas] en que la solución a la problemática planteada por este colectivo no puede ser unilateral, de una sola Administración Pública, ni genérica, porque trataría de forma igual a los desiguales, y en este sentido resalta el . trabajo realizado por la Secretaría del Consejo en las reuniones singulares mantenidas con las Comunidades Autónomas, que no sólo contribuyen al conocimiento y comparación de situaciones, sino que además pueden servir para la instrumentación de las distintas soluciones" (MSC, 1991a, vol.II: 101). Finalmente, la Administración remite el informe que resulta de estas reuniones a las Comunidades en enero de 1990.

ASTURIAS	D 91/1983, 27-12: Órganos estudio reforma AP D 112/84, 6-9: Mapa Sanitario de Asturias D 24/1985, 7-3: Coordinadores áreas sanitarias D 118/1989, 27-12: Constitución EAP
BALEARES	Varios DD (julio 1984-noviembre 1986): Delimitación provisional Áreas de Salud D 34/1987, 21-5: Ordenación sanitaria D 55/1990, 17-5: Integración sanitarios locales
CANARIAS	D 2/1986, 10-1: Constitución Zonas de Salud y EAP D 63/1987, 24-4: Constitución Áreas de Salud
CANTABRIA	D18/1984, 13-4: Mapa Sanitario Regional D 55/1984, 3-11: Zonas de Salud rurales D 95/1986, 7-11: Integración sanitarios locales
CASTILLA Y LEÓN	D 71/1984, 2-8: Subvenciones a entes locales para creación Centros de Salud D 60/1985, 20-6: Organización Zonas de Salud y puesta en marcha EAP D 32/1988, 18-2: Delimitación Zonas de Salud, Mapa Sanitario
CASTILLA-LA MANCHA	D 102/1985, 12-7: Ordenación sanitaria D 34/1986, 22-4: Ordenación funcional AP D 10/1991: Sanitarios locales

CATALUÑA	D 7-1-1980: Mapa Sanitario de Cataluña Varias órdenes (noviembre 1983-junio 1985) creando centros piloto de AP D 84/1985, 21-3 de medidas para la reforma de la AP Orden 6-5-86: Integración sanitarios locales D 78/1990, 20-3: Ordenación sanitaria D 129/1990, 28-5 de medidas complementarias para la reforma de la AP
----------	---

TABLA 13: EJECUCIÓN AUTONÓMICA DE LA ORDENACIÓN TERRITORIAL SANITARIA Y LA REFORMA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA (Continuación)	
COMUNIDADES	LEGISLACIÓN AUTONÓMICA
COMUNIDAD VALENCIANA	Orden 2-5-1986: Ordenación sanitaria D 42/1986, 21-3: Definición y estructura AP
EXTREMADURA	D 68/1984, 5-9: Delimitación Zonas de Salud D 3/1987, 27-1: Regulación estructuras AP D 4/1987, 27-1: Delimitación Areas de Salud D 73/1987, 29-10: Integración sanitarios locales
GALICIA	D 126/1984, 26-7: Mapa Sanitario de Galicia D 40/1985, 21-3: Regulación de la AP D 104/1985, 23-5: Modificación regulación de AP
MADRID	D 77/1985, 17-7: Delimitación provisional Zonas de Salud D 106/1985, 28-10: Zonas definitivas D 98/1988, 8-9: Reglamento EAP D 117/1988, 17-11: Aprobación Zonas de Salud

MURCIA	D 62/1986, 18-7: Delimitación Zonas de Salud D 27/1987, 7-5: Delimitación Áreas de Salud D 53/1989, 1-6: Reglamento EAP D 93/1989, 17-11: Sanitarios locales
NAVARRA	Ley 22/1985, 13-11: Zonificación sanitaria de Navarra D 243/85, 27-12: Ordenación Sanitaria D 148/1986, 30-5: Regulación de estructuras de AP Varios (40) DD (octubre 1986-enero 1991): Implantación de la estructura de AP de las Zonas de Salud
PAIS VASCO	Junio 1982: Mapa sanitario de la Comunidad Autónoma Vasca Orden 25-2-1987: Revisión mapa sanitario y reforma atención primaria D 209/1990: Integración sanitarios locales
RIOJA	D 24/1984, 28-6: Mapa sanitario D 38/1985, 20-9: Ordenación sanitaria D 33/1986, 27-6: Constitución Areas de Salud D 45/1986, 24-10: Integración sanitarios locales

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos MAP-LEXTER, Servei Catalá de la Salut (1992), Departamento de Salud del Gobierno de Navarra (1991), Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (1989), Beltrán (1988), Mansilla (1988) y Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco (1982).

A pesar del respeto mostrado hacia las competencias de las Comunidades en el plano discursivo, en la reunión del CISNS del 7 de febrero de 1990, sin embargo, el Ministerio presenta a las Comunidades el contenido del primer Acuerdo alcanzado unilateralmente entre la Administración sanitaria central y los sindicatos en enero del mismo año con respecto al tema de la extensión de la reforma de la atención primaria y la integración de los sanitarios locales, que incluye también una serie de medidas retributivas y de otro tipo. Las Comunidades reaccionan de maneras diferentes ante el Acuerdo. Los representantes de Castilla y León y Murcia protestan abiertamente contra la manifiesta falta de respeto a las competencias autonómicas reflejada en el Acuerdo. Así mismo, el Consejero de sanidad catalán sugiere que el Estado podría estar intentando lanzar una ley de armonización al respecto, mientras que sus afirmaciones parecen sugerir una cierta debilidad de su compromiso con la reforma socialista de la atención primaria, al basar su oposición al Acuerdo en que éste significaría "acelerar la reforma de la atención primaria, de difícil aplicación en las zonas rurales" (MSC, 1991a, vol.II: 113). Andalucía, Aragón y Asturias intervienen a favor del Acuerdo, aduciendo que su contenido básico ya estaba definido y aprobado en sus propias Comunidades. Galicia, por último, aunque no es favorable a la iniciativa reflejada en el Acuerdo, defiende que puede ser útil para fijar unas condiciones básicas que impidan que el trato a estos profesionales sea distinto en las diferentes partes del territorio del Estado.

La respuesta del Director General de Alta Inspección a las críticas autonómicas supone el reconocimiento de su necesario papel político en las negociaciones sobre el tema, presentado del siguiente modo:

"Este Acuerdo se ha remitido al conjunto de Comunidades para su información, pues se planteaba la necesidad de que fuera complementado con otro, que deberían suscribir necesariamente el conjunto de las Comunidades. Ello se va a realizar a la conclusión de este pleno, existiendo la posibilidad de graduar el compromiso de las Comunidades con las reivindicaciones de las centrales sindicales" (MSC, 1991a: 111)

De otro lado, el compromiso de la Administración con el Acuerdo firmado con los sindicatos queda de manifiesto en la misma sesión del QSNS, en la que el Director General de Alta Inspección termina el debate sobre la reforma de la atención primaria resaltando "la necesidad de un esfuerzo colectivo para que los Acuerdos alcanzados sean llevados a la práctica con suficiente rigor" (MSC, 1991a: 114). Sin embargo, tal y como refleja el Acuerdo posterior que se firma con los sindicatos en mayo de este mismo año, las Comunidades del artículo 151 consiguen que las reivindicaciones pactadas con los sindicatos, con la excepción de algunos aspectos retributivos que se definen como básicos, sean de aplicación tan solo en el territorio INSALUD.

En este sentido, se puede concluir al respecto que un factor central a la hora de impulsar la aplicación práctica de la reforma de la atención primaria, al menos en el territorio INSALUD, es la presión que los sindicatos ejercen sobre el Estado central, plasmada en una serie de Acuerdos alcanzados en la Mesa Sectorial de Sanidad de la Administración del Estado entre 1990 y 1993, y posteriormente ratificados por el Consejo de Ministros²⁷. En cuanto a la ejecución de la reforma de la atención primaria, el contenido de las

²⁷ El primer Acuerdo, de 18-1-90, se modificará después, tras la intervención de las Comunidades en el CISNS. Los que contienen el contenido de las reivindicaciones sindicales aceptado por la Administración central son los siguientes: Acuerdo del 11-5-1990, ratificado por el Estado en la Resolución 10-8-1990 de la Dirección General de Trabajo; Acuerdo del 16-11-91, ratificado en el Consejo de Ministros el 14-5-92 y publicado en la Resolución 10-6-92 de la Secretaría General para el Sistema Nacional de Salud; y Acuerdo 3-7-92, ratificado por el Consejo de Ministros 20-11-92, publicado en la Resolución 15-1-93 de la Dirección General del INSALUD. En el primero de estos acuerdos intervienen sólo Comisiones Obreras (CCOO) y la Confederación Sindical Independiente de Funcionarios (CSIF). El segundo lo firman la Unión General de Trabajadores, CCOO y el SATSE. En el último Acuerdo se amplía la participación sindical, lo que muestra tanto la importancia como el buen ritmo de aplicación que estaban consiguiendo los Acuerdos previos. Los sindicatos que intervienen en este último acuerdo son la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos y de Enfermería, CCOO, UGT, CSIF y Convergencia Intersindical Gallega. En los tres acuerdos se recogen las opiniones de las Comunidades con carácter previo a la conclusión del acuerdo (ver, por ejemplo, MSC, 1991a: 167)

reivindicaciones sindicales aparece formulado de forma clara y explícita en la Propuesta Sindical Prioritaria de octubre de 1989, formulación que se repite en la primera frase del Acuerdo de mayo de 1990:

"[D]urante los próximos tres ejercicios presupuestarios se extenderá la asistencia de los Equipos de Atención Primaria a toda la población del territorio del ESTSALUD, consignándose las plantillas de personal necesarias para ello. Se agilizarán las medidas que favorezcan la integración de los profesionales en este Sistema de Organización".

Otras medidas complementarias impulsadas por los sindicatos en el ámbito de la atención primaria, y en el marco de estos Acuerdos, son las siguientes: implantación de la tarjeta sanitaria individual, estudio de fórmulas que promuevan la jubilación anticipada de aquellos médicos generales que no accedan voluntariamente a integrarse en la atención primaria reformada, fijación de un número máximo de pacientes por médico, creación de puntos de atención continuada cubiertos por el personal de los Equipos de Atención Primaria, creación de un grupo de investigación sobre el absentismo laboral de los profesionales sanitarios, descentralización del presupuesto para sustituciones de personal a los centros de salud (que pueden retener los ahorros potenciales generados por el control del absentismo), creación del Consejo de Formación (dedicado a actualizar los conocimientos de los profesionales sanitarios), simplificación de las categorías laborales existentes, agilización de los procedimientos de carácter disciplinario, e introducción de un sistema de incentivos capitativos a los profesionales sanitarios (por el que reciben un complemento salarial por tarjeta sanitaria, que debería ser de cuantía variable según la edad y nivel de utilización de los servicios por los pacientes).

Aunque no todas estas medidas concretas se han llevado a la práctica, las presiones sindicales son un factor esencial a la hora de explicar las inversiones realizadas por el INSALUD en la apertura de centros y en la convocatoria de oposiciones para el personal de atención primaria durante este periodo. De hecho, el texto de los Acuerdos es muy explícito al respecto, reservando partidas

presupuestarias finalistas y especificando el número de plazas que deben ser convocadas. En la misma línea, y desde el punto de vista de la economía contractual, los Acuerdos incluyen varias cláusulas que dan fe de la voluntad sindical de potenciar el cumplimiento efectivo de estos acuerdos en la práctica. Entre ellas, hay que destacar la creación de una Comisión paritaria de seguimiento y evaluación de la implantación efectiva de las reformas, con reuniones ordinarias cada dos meses. Dentro de las previsiones relativas a esta Comisión se incluye la posibilidad de recurrir a la sanción jurídica de los acuerdos. Como indica el siguiente fragmento del Acuerdo de 16 de noviembre de 1991: "Las partes someterán sus discrepancias a la citada Comisión, con carácter previo a cualquier otra instancia, incluso administrativa o judicial. La citada Comisión deberá pronunciarse sobre los asuntos que se sometan, de forma que, en su caso, puedan ejercitarse en plazo los recursos legales correspondientes". También es importante, en este sentido, el hecho de que se prevea el nombramiento de un mediador "para resolver las controversias surgidas en el desarrollo de un proceso negociador o en el cumplimiento de los acuerdos o pactos".

Antes de entrar a analizar los datos sobre implantación comparada de la reforma de la atención primaria a nivel autonómico, conviene comentar brevemente la relevancia de la introducción de la tarjeta sanitaria individual, así como el papel de las Comunidades en este proceso. Uno de los problemas fundamentales para la planificación y gestión de los servicios sanitarios en España ha sido la falta de información individualizada sobre los usuarios del sistema. En este sentido, la mínima unidad de agregación manejada hasta fechas muy recientes era la antigua cartilla de la Seguridad Social que, como es bien conocido, correspondía a la unidad familiar en vez de al individuo. La implantación de la tarjeta individual es un avance considerable, en cuanto puede permitir conocer los datos sociodemográficos de los usuarios del Sistema Nacional de Salud, una pieza de información central para una correcta planificación y gestión de la demanda, así como de la carga de trabajo que afecta a los médicos de atención primaria. Además, la tarjeta puede incluir información sobre la historia clínica de los usuarios, lo que contribuiría a agilizar y mejorar la gestión clínica de los mismos.

El Real Decreto sobre Estructuras Básicas de Salud, de lanzamiento de la reforma de la atención primaria, incluye una primera previsión al respecto, que no comienza a ejecutarse a nivel central hasta el año 1991. La Comunidad pionera a este respecto es Navarra, que introduce por primera vez la tarjeta sanitaria infantil, para niños menores de 14 años, a través de un decreto foral aprobado el 20 de marzo de 1987. El País Vasco completa esta medida en octubre de 1988, convirtiéndose en la primera Comunidad que lanza la tarjeta sanitaria individual para toda la población. En octubre de 1989 le sigue la Comunidad Valenciana, mientras que en abril y octubre de 1990, respectivamente, Cataluña y Navarra aprueban decretos semejantes, proceso que se extiende al resto de Comunidades en años sucesivos. Aunque la tarjeta en sí misma supone un avance, la evidencia disponible permite afirmar que, al menos en el territorio INSALUD, la idea original de computerizar la tarjeta para utilizarla como instrumento de gestión administrativa y clínica no se ha llevado hasta el momento a la práctica, mientras que tampoco se ha completado la implantación de la tarjeta en el territorio INSALUD²⁸.

Otro hecho que conviene destacar a este respecto es que muchas de las medidas impulsadas por los sindicatos a nivel central habían sido aplicadas previamente por las Comunidades Autónomas, con el País Vasco y Navarra a la cabeza. El decreto de extensión de la cobertura y la tarjeta sanitaria individual no son excepciones en este

²⁸ De hecho, la implantación de la tarjeta ha seguido un ritmo irregular según la parte del territorio de que se trate. Por ejemplo, y según datos de Chuliá (1991:6), mientras que en el País Vasco el 84% de los niños y el 45% de los adultos disponía de tarjeta dos años después de haberse aprobado el decreto de lanzamiento de la misma, en la Comunidad Valenciana apenas había empezado el proceso de implantación dos años después de haber aprobado un decreto similar. Sobre el proceso de implantación de la tarjeta, existe un documento interno que recopila todos los datos de evaluación del proceso, al que no he podido tener acceso. El documento es de la Dirección General de Servicios e Informática del Sistema Nacional de Salud, tiene fecha de diciembre de 1993 y se titula Tarjetas emitidas por Comunidades Autónomas. Sus contenidos son objeto de evaluación y discusión en la reunión de la Comisión de Informática Sanitaria del CISNS realizada el 29 de septiembre de 1993. El tema será también objeto de evaluación en las reuniones del pleno del CISNS de 3 de octubre y 19 de diciembre de 1994.

sentido. Otras medidas importantes que se lanzan por primera vez en el País Vasco, y que muestran la capacidad de reforma y de innovación de esta Comunidad, son la unificación y simplificación de las categorías laborales, la evaluación continuada de los Jefes de Servicio y de Sección, la integración de todos los hospitales públicos en una única red, el lanzamiento del programa de cita previa en atención primaria, el derecho a la libre elección de hospital y especialista, la solicitud de un segundo diagnóstico, el derecho a las prestaciones de salud bucodental para los niños, la aprobación del Plan Regional de Salud, los planes de prevención y control del SIDA, etc. (Chuliá, 1991).

En cuanto a la implantación del nuevo modelo de atención primaria por Comunidades Autónomas, es conveniente recordar, antes de empezar el análisis, algunas precisiones al respecto. En concreto, hay que tener en cuenta la diferente situación de partida a la que se enfrentan las Comunidades Autónomas, que afecta tanto a los centros sanitarios disponibles para su reconversión en Centros de Salud, como al personal de atención primaria con el que cuentan al inicio de la reforma¹⁹. Además, la implantación de la reforma por parte de las Comunidades depende también del porcentaje de médicos de atención primaria que decide voluntariamente integrarse en el nuevo modelo que, como vimos más arriba, puede ser menor en las zonas urbanas más acomodadas. Un factor más a tener en cuenta es la evolución de las relaciones entre el gobierno central y los gobiernos autonómicos, puesto que, como vimos en el capítulo anterior, son necesarios una serie de acuerdos y convenios entre ambos gobiernos (salvo en el caso de Andalucía, Cataluña y el País Vasco) para llevar a la práctica la reforma. Por último, la marcha de la reforma a nivel

¹⁹ El mejor estudio sobre la situación en cuanto a recursos sanitarios a finales de los años 70 es el informe en dos volúmenes realizado durante el primer gobierno de la UCD, el primero publicado por el INP (1977), y denominado popularmente como Informe rosa (Rodríguez y de Miguel, 1990), y el segundo publicado por el INSALUD (1978). Con respecto a las Comunidades Autónomas, el informe desagrega la información a nivel provincial y regional, aunque los criterios utilizados para la regionalización no coinciden con los límites de las Comunidades actuales.

autonómico depende también de las prioridades cambiantes del gobierno central y los gobiernos autonómicos con transferencias con respecto a las inversiones necesarias para aplicar el nuevo modelo de atención primaria.

Los avances realizados en el desarrollo de la reforma de la atención primaria van a analizarse en función de seis indicadores principales, que se reproducen en la tabla 14. Estos seis indicadores, a pesar de sus evidentes limitaciones, representan un avance en cuanto a las labores de compilación y producción de datos sobre atención primaria realizadas por la Administración central. De hecho, la publicación por parte del INSALUD de los indicadores más básicos sobre atención primaria para las Comunidades gestionadas por este organismo no comienza hasta 1989, labor que se abandona a partir de 1992. Las Comunidades Autónomas con competencias transferidas, de otro lado, desaparecen de las publicaciones de la Administración central desde el momento en que asumen sus competencias. Esta última situación es la que se ha paliado a partir del inicio de los años 90, a través de la publicación de un informe resumen de los indicadores correspondientes a los años 1993 y 1995 (MSC, 1994 y 1996). Sin embargo, siguen sin conocerse a nivel central datos tan importantes como el porcentaje del gasto total y de las inversiones totales que se dedican a la atención primaria (solo existen cifras para todas las Comunidades para el año 1991), las tasas de utilización de los servicios por edad y sexo, o el número de habitantes por médico de los equipos de atención primaria.

En este contexto, los seis indicadores que se utilizan para describir la situación de la atención primaria a nivel autonómico se enumeran y discuten a continuación.

(1) El indicador principal que se utiliza generalmente para evaluar la implantación del nuevo modelo es el porcentaje de población cubierto por los Equipos de Atención Primaria (EAP). De acuerdo a este indicador, la primera conclusión que puede extraerse de la tabla es el importante avance realizado en el proceso de implantación de la reforma a nivel estatal en el periodo 1992-1994, puesto que en dos años se extiende la cobertura del nuevo modelo a un 13% más de la población.

El progreso en la implantación durante estos años es más notable en algunas Comunidades, como Murcia, en dónde la extensión de la cobertura afecta al 23% de la población, o Castilla y León, donde la cobertura aumenta en un 20%. Otras Comunidades cuyo ritmo de implantación es superior a la media son Baleares y Cantabria (18%), y Asturias y la Comunidad Valenciana (16%). En cuanto a las diferencias de implantación entre Comunidades, se observa una tendencia a la disminución de estas diferencias, debido en parte a que las Comunidades donde más crece el nivel de cobertura, con la excepción de Asturias y Castilla y León, muestran en 1992 porcentajes inferiores a la media. Además, el progreso de la reforma no parece tener relación con el signo político de los ejecutivos autonómicos, puesto que los feudos tradicionales del PP, como Baleares y Castilla y León, progresan a ritmo semejante que otras Comunidades donde el gobierno autonómico está bajo la mayoría absoluta del PSOE, como Murcia y la Comunidad Valenciana. No hay que olvidar aquí, en cualquier caso, el poder predominante del INSALUD en la ejecución de la reforma en las Comunidades del artículo 143.

Un dato que sorprende a primera vista, en cuanto a la cobertura alcanzada en 1994, son los bajos porcentajes de implantación en Cataluña y Galicia. El caso gallego puede explicarse en función al rechazo tradicional de los responsables de esta Comunidad, gobernada por el Partido Popular desde 1983, al nuevo modelo de atención primaria, y en particular, a su implantación en el ámbito rural. Esta postura, mantenida también a nivel central por el PP durante la mayor parte del periodo de estudio, es coherente con la dura oposición de los colegios profesionales de médicos a la reforma sanitaria socialista, que se percibe como una amenaza directa a la figura tradicional del médico de cabecera. También hay que tener en cuenta, a este respecto, que Galicia es una Comunidad con un déficit muy marcado de recursos sanitarios, y que cuenta con el menor nivel de gasto per capita de INSALUD durante el periodo de estudio.

El caso catalán, sin embargo, es más complejo. La reforma de la atención primaria cuenta en Cataluña desde los primeros años 80 con el apoyo de un grupo considerable de médicos de izquierda y de los propios ayuntamientos socialistas, incluido el de Barcelona. Sin

embargo, el gobierno autonómico comienza desde mediados de los 80 a cuestionar el modelo socialista, y a estudiar otras fórmulas de prestación de la atención primaria más flexibles, de un lado, y más vinculadas a la asistencia hospitalaria, de otro.

Por último, aunque la reforma de la atención primaria avanza lentamente en Cataluña, el porcentaje del gasto sanitario total que se dedica a la atención primaria es desde finales de los años 80 considerablemente superior a la media del Estado, como muestran las cifras incluidas en la penúltima columna de la tabla. Este dato apunta a las insuficiencias del indicador del porcentaje de población cubierta, que no incluye aspectos cualitativos importantes como la calidad de • las instalaciones, la implantación de la historia clínica en la atención primaria (una innovación liderada por Cataluña en España), o los programas preventivos desarrollados por los nuevos centros de salud. En palabras del Conseller Trías:

"En los últimos tiempos hemos sido criticados por haber realizado la reforma demasiado lentamente, hasta el punto de que alguien ha tenido interés en crear cierto estado de opinión, según el cuál el Departamento de Sanidad y Seguridad Social no tendría voluntad política para llevar a cabo la reforma. Pues bien, el Departamento de Sanidad y Seguridad Social no ha considerado nunca la posibilidad de parar el proceso de la reforma de la atención primaria de salud...Pero no haremos un tipo de reforma como la que se ha hecho en ciertas Comunidades, que responde a lo que podríamos llamar una operación de maquillaje para alcanzar porcentajes de implantación tan elevados como poco reales" (Trías, 1990: 11-2)

(2) Otro indicador significativo del avance del nuevo modelo de atención primaria es la disminución del tiempo de espera para acceder a los servicios, tal como aparece recogido en las Encuestas Nacionales de Salud de 1987 y 1993. La disminución del tiempo de espera es uno de los objetivos explícitos de la reforma de la atención primaria, estrechamente vinculado a la implantación del programa de cita previa iniciado a finales de los años 80 en el País Vasco, y luego extendido al resto de Comunidades.

TABLA 14: LA IMPLANTACIÓN DEL NUEVO MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA A NIVEL AUTONÓMICO: INDICADORES PRINCIPALES

	% Población cubierta EAPs 1992-1994		Δ tiempo de espera en AP (minutos) 1987-1993	Satisf. de la pob. con accesibilidad de la AP 1994, escala 1-7	% Pob. con opinión favorable sobre el sist. sanit., 1994	% gasto AP sobre gasto sanit. total 1991	Nº habitantes por médico de AP 1992-1994		Frecuentación en AP por hab. y médico 1992-1994	
Media Estado	53	66	1,8	5,4	58,1	17,1	1.462	1.460	5,6	5,4
ANDALUCÍA	54	65	7,3	5,2	44,9	15,9	1.392	1.707	6,3	6,7
ARAGÓN	64	74	2,3	5,7	68,6	14,9	1.189	1.190	6,2	5,7
ASTURIAS	56	72	-10,2	5,3	79,9	14,6	1.609	1.943	5,1	5,2
BALEARES	45	63	-1,3	5,9	64,9	18,3	1.672	1.686	5,3	4,0
CANARIAS	55	69 (1993)	7,1	5,3	53,0	16,0	1.584	1.595	4,5	4,4 (1993)
CANTABRIA	31	49	2,5	5,4	64,4	12,6	1.647	1.619	5,3	5,0
CASTILLA Y	70	82	9,4	5,7	66,1	16,8	1.044	1.024	6,5	6,0
CAST.-LA	67	87	3,7	5,3	52,0	17,2	1.304	1.287	6,7	6,1
CATALUÑA	33	42	3,9	5,0	55,8	24,1	1.522	1.791	4,8	4,5
C.VALENCIANA	50	66	1,5	5,3	51,7	12,2	sin datos		4,7	5,6

EXTREMADURA	68	79	2,9	5,4	55,0	15,5	1.273	1.273	1.273	6,5	6,4
GALICIA	23	21	7,4	5,3	47,1	14,2	1.380	1.380	1.348	4,6	5,2
MADRID	53	64	2,4	5,3	45,1	15,3	1.508	1.508	1.553	5,1	5,0
MURCIA	41	64	-0,5	5,0	43,8	16,3	1.766	1.766	1.743	6,8	6,4
NAVARRA	80	83	-3,8	5,7	67,9	16,7	1.527	1.527	1.371	4,5	5,0
PAÍS VASCO	47	sin datos	-5,7	5,5	69,0	17,8	1.687	1.687	1.337	4,1	4,4 (1999)
LA RIOJA	69	77	2,2	5,3	64,5	18,2	1.291	1.291	1.298	7,7	5,4

Fuentes: Servicios de Salud, Indicadores junio 1993 y Servicios de Salud. Datos y cifras 1995 (MSC, 1994 y 1996c)

Los logros en este sentido no son muy significativos, puesto que la media del Estado muestra que el tiempo de espera ha aumentado en vez de disminuir durante el periodo de seis años estudiado. Conviene detenerse brevemente aquí para intentar explicar este dato. En primer lugar, el progreso del nuevo modelo de atención primaria es indudable: en algo menos de 10 años se ha cubierto a dos tercios de la población, mientras que el número de equipos de atención primaria ha aumentado desde menos de 300 en 1986 (Elola, 1992: 138) a más de 1.700 en 1994 (MSC, 1996c).

Sin embargo, el porcentaje de gasto en atención primaria apenas ha aumentado durante estos años, mientras que la población cubierta ha aumentado notablemente. Como consecuencia, (3) el número de habitantes por médico de atención primaria (médicos generales y pediatras, tanto los que trabajan en el sector reformado como los que lo hacen bajo el modelo tradicional de los ambulatorios), ha aumentado también, pasando de 1.350 habitantes por médico en 1984 (Elola, 1992: 131), a 1.460 en 1994. (4) De otro lado, la tasas de utilización de los servicios de asistencia primaria han aumentado considerablemente durante estos años, probablemente como consecuencia conjunta de la extensión de las prestaciones ofrecidas por la atención primaria (servicios de diagnóstico y preventivos), la mejora de la accesibilidad a los centros y de la calidad de la atención, así como debido a los cambios culturales que afectan a la prioridad concedida por los ciudadanos a los cuidados médicos. De hecho, la frecuentación (número de visitas al médico de atención primaria por habitante y año) media ha aumentado en este periodo del 4.4 en 1984 (Elola, 1992: 138) al 5.4 en 1994 (MSC, 1995).

Las diferencias entre Comunidades Autónomas en cuanto a estos indicadores son, además, notables, y no muestran una tendencia a disminuir durante el periodo 1992-4. El número de habitantes por médico, por ejemplo, varía en 1992 entre el máximo de 1.766 habitantes por médico de Murcia, y el mínimo de 1.044 de Castilla y León, mientras que en 1994 oscila entre los 1.791 de Cataluña y los 1.024 de Castilla y León. Las Comunidades mantienen, además, su posición con respecto a la media: las Comunidades con un mayor (Baleares, Canarias, Cantabria, Cataluña, Murcia y País Vasco) y un menor (Aragón, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Extremadura

y La Rioja) número de habitantes por médico en 1992 siguen estando en la misma posición en 1994, con la única excepción del País Vasco. En general, las variaciones en cuanto a este indicador dentro del territorio INSALUD son escasas, mientras que las cifras con respecto a las Comunidades con transferencias muestran las consecuencias del sistema de reparto de los recursos a nivel autonómico: mientras que los habitantes por médico disminuyen en el País Vasco y Navarra, aumentan notablemente en Andalucía y Cataluña³⁰.

Las tasas de frecuentación, de otro lado, muestran una tendencia semejante. Las cifras oscilan en este caso del 6,7 de Castilla-La Mancha en 1992 al 4,1 del País Vasco en la misma fecha, mientras que en 1994 varían entre el 6,7 de Andalucía y el 4,0 de Baleares. Las Comunidades con una tasa de frecuentación considerablemente superior a la media en 1992 (Andalucía, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Extremadura y Murcia) siguen siendo las mismas en 1994, y lo mismo es cierto para aquellas con cifras notablemente inferiores a la media (Canarias, Cataluña, Comunidad Valenciana, Navarra y País Vasco) en 1992, salvo escasas excepciones (Comunidad Valenciana y Navarra). De otro lado, la tasa de frecuentación media disminuye tan sólo dos décimas entre 1992 y 1994. La moderada variación media esconde, sin embargo, importantes diferencias en la evolución de este indicador a nivel autonómico.

En este caso, se observa una diferencia marcada entre las Comunidades del territorio INSALUD y las Comunidades con transferencias: mientras que en todas las incluidas en el primer grupo la frecuentación disminuye, en las Comunidades con transferencias esta tasa aumenta invariablemente en el periodo considerado. Entre

³⁰ Las cifras sobre gasto autonómico se analizan en el capítulo 8. Es un hecho conocido que el sistema de financiación de las Comunidades forales supone que el gasto per capita del INSALUD es considerablemente superior en estas Comunidades que en las que están dentro del sistema de financiación común. Además, mientras que las Comunidades dentro del territorio INSALUD siguen bajo un sistema de reparto que responde a la presupuestación histórica, las Comunidades con transferencias, con la excepción de las forales, se sujetan al criterio per capita. Esta situación implica que en 1991, y de acuerdo a las cifras declaradas de gasto, el País Vasco recibe cerca de un 30% más en cuanto a gasto del INSALUD per capita que Cataluña, por ejemplo.

las Comunidades con más de cinco décimas de diferencia con respecto a la media del Estado hay que mencionar Baleares y La Rioja, de un lado, en donde la tasa de frecuentación disminuye en 1,3 y 2,3 puntos respectivamente; de otro, a Andalucía, Cataluña, Comunidad Valenciana, Galicia, Navarra y País Vasco, en donde la tasa de frecuentación aumenta entre 3 décimas y 1 punto, según la Comunidad de que se trate.

En este contexto, la interpretación de las tasas de frecuentación no es una tarea fácil. De un lado, las expectativas políticas durante el periodo de formulación de la reforma de la atención primaria prevén una asociación negativa entre el nuevo modelo de atención primaria y las tasas de frecuentación: se esperaba que los esfuerzos en cuanto a educación sanitaria y mejora del nivel de salud de los Equipos de Atención Primaria disminuyeran la dependencia de los ciudadanos con respecto al sistema sanitario en el largo plazo. Estas expectativas, sin embargo, no se han cumplido, puesto que, como hemos visto más arriba, la tasa de frecuentación media aumenta casi un 25% entre 1984 y 1994. Además, existe evidencia de que las tasas de frecuentación del nuevo modelo de atención primaria eran semejantes a las del modelo tradicional a finales de los 80 (Elola, 1992: 141).

Hay una serie de factores pueden presionar en la dirección opuesta, es decir, que pueden justificar que la implantación del nuevo modelo de atención primaria conlleve un aumento de la frecuentación. De un lado, de acuerdo con la hipótesis económica de la demanda inducida por la oferta, ampliamente contrastada en el plano empírico, la ampliación y mejora de la oferta sanitaria conlleva un aumento directo de la demanda de servicios. Este aumento de la demanda puede provenir de dos fuentes principales. Primero, la mejora de la calidad de la atención primaria puede atraer al sistema público población antes atendida por el sector privado. Segundo, el aumento de la accesibilidad de la atención primaria puede aumentar las tasas de utilización de los usuarios con mayores necesidades sanitarias y menores medios económicos³¹. De otro lado, no hay que

³¹ Una explicación más detallada y documentada de estas expectativas puede encontrarse en los capítulos dedicados al sistema de financiación autonómica

olvidar que durante el periodo 1982-1994, la población cubierta aumenta más de un 10%, aunque no existe evidencia de que el aumento afecte de un modo diferencial a las distintas Comunidades.

Una última cuestión que queda por comentar en cuanto al proceso de implantación del nuevo modelo de atención primaria se refiere a la satisfacción de la población con los servicios sanitarios públicos. En este sentido, hay que tener en cuenta los problemas de calidad que afectan a los datos de opinión en general, y la carencia, en particular, de datos comparados para fechas anteriores que nos permitan un control relativo de otros factores que puedan influir en las diferencias detectadas.

Una vez hechas estas salvedades, lo primero que llama la atención con respecto a los dos indicadores desarrollados en 1994 por el Ministerio de Sanidad son las escasas diferencias detectadas a nivel autonómico en cuanto a (5) la satisfacción de la población con la accesibilidad de la atención primaria. Tan sólo 6 Comunidades • muestran distancias con respecto a la media superiores al 5%. De entre ellas, destacan relativamente Murcia y Cataluña, con porcentajes de desviación negativos cercanos al 8%, y Baleares, con una desviación positiva cercana al 10%. Las tres Comunidades restantes son Aragón, Castilla y León, y Navarra, con desviaciones positivas ligeramente superiores al 5%.

Aunque puede encontrarse una cierta relación entre estas cifras y los indicadores de accesibilidad de la atención primaria, cualquier afirmación contundente al respecto es cuando menos arriesgada. En general, sin embargo, las Comunidades con tasas de satisfacción más de un 5% inferior a la media tienen también un número de habitantes por médico sustantivamente superior a la media, así como tasas de implantación del nuevo modelo de atención primaria inferiores a la media. Lo mismo es cierto, con la excepción de Baleares, con respecto a las Comunidades que muestran tasas de satisfacción superiores a la media en más de 5 puntos porcentuales: las tres Comunidades se caracterizan por tener un número de habitantes por médico considerablemente inferior a la media y un grado de implantación de la reforma superior a la media. El caso de Baleares tampoco es una excepción clara, puesto que a pesar de contar con un número de habitantes por médico superior a la media, lo que puede

deberse a las peculiaridades residenciales de las islas, su baja tasa de frecuentación, así como la disminución registrada en el tiempo de espera, apuntan en sentido contrario.

La relación entre accesibilidad y satisfacción se reproduce de un modo más claro en cuanto al segundo indicador desarrollado por el Ministerio, es decir, en cuanto (6) al porcentaje de la población con una opinión favorable sobre el sistema sanitario público. 12 Comunidades se distancian en este caso más de un 10% con respecto a la media, mientras que las desviaciones son cercanas al 20% en 8 de estas 12 Comunidades. De entre éstas últimas, Andalucía, Galicia, Madrid y Murcia muestran porcentajes de satisfacción por debajo de la media, mientras que Aragón, Asturias, Navarra y País Vasco se sitúan por encima de la media. De otro lado, la relación entre accesibilidad y satisfacción es muy clara en los casos de Andalucía, Navarra y País Vasco: mientras que en la primera Comunidad han aumentado notablemente el número de habitantes por médico, la tasa de frecuentación y el tiempo de espera durante el periodo 1992-1994, en Navarra y País Vasco lo contrario es cierto, puesto que tanto el número de habitantes por médico como el tiempo de espera han disminuido considerablemente, mientras que las tasas de frecuentación se mantienen por debajo de la media.

En el resto de los casos la relación entre accesibilidad y satisfacción es también relativamente clara, puesto que, aunque algunos de los indicadores de accesibilidad no se distancien significativamente de la media, sí que lo hacen, y notablemente, otros. En primer lugar, en el caso de Murcia, las bajas tasas de satisfacción coinciden con la menor tasa de implantación de la reforma dentro del territorio INSALUD en 1992, y con un número de habitantes por médico y una tasa de frecuentación notablemente superiores a la media. En los casos de Aragón y Madrid, ambas Comunidades se situaban respectivamente entre las primeras y las últimas posiciones del territorio INSALUD en cuanto a implantación de la reforma en 1992, mientras que el número de habitantes por médico es muy inferior a la media en Aragón y considerablemente superior en Madrid. En cuanto a Asturias y Galicia, por último, aunque tanto las tasas de frecuentación como el número de habitantes por médico se sitúan en una posición cercana a la media, la alta y

baja satisfacción respectiva se corresponden con evoluciones extremas, en sentido inverso, del tiempo de espera en atención primaria, así como con tasas de implantación de la reforma marcadamente por encima y por debajo de la media, respectivamente.

3. Creación y regulación de los servicios de salud autonómicos

La creación de los Servicios Regionales de Salud constituye otra de las medidas importantes de la descentralización sanitaria promovida por la reforma socialista, en cuanto supone la^r implantación de estructuras institucionales de gobierno y gestión de la política sanitaria a nivel autonómico. En este sentido, la escuela institucionalista de análisis político señala que la asignación de un programa público ya existente a una institución política de nueva creación contribuye a dotar de visibilidad y estabilidad a la política pública de que se trate, mejorando la efectividad en el gobierno y gestión de la misma. Desde el punto de vista del análisis comparado, la creación de diferentes marcos institucionales autonómicos encargados de la gestión de las políticas sanitarias públicas, y con poderes, objetivos y funciones semejantes constituye un caso empírico interesante para la investigación comparada de las pautas de desarrollo y funcionamiento de las instituciones públicas en contextos regionales distintos³².

³² Un excelente desarrollo analítico sobre la relevancia que la creación de estructuras institucionales de gobierno a nivel autonómico tiene desde el punto de vista del institucionalismo sociológico y político puede encontrarse en Putnam et al. (1993). Tanto el trabajo de Putnam como la influencia del contexto socioeconómico y político autonómico en la efectividad política comparada de las Comunidades se analizan en detalle en el capítulo siguiente. Una última salvedad necesaria, que es casi una obviedad a estas alturas, es que tanto los Servicios Regionales de Salud como las Conserjerías de sanidad autonómicas están en España divididas en dos grupos en cuanto al poder de que disponen, lo cual, como vimos en la introducción y examinaremos en más detalle en el capítulo siguiente, ofrece tanto ventajas como inconvenientes desde un punto de vista metodológico.

Como puede observarse en la tabla 15, el proceso de creación de los Servicios Regionales de Salud se inicia en 1983 con la aprobación de la Ley 9/1983, de 19 de mayo, sobre el Servicio Vasco de Salud. La Ley vasca tiene una importancia capital, puesto que sienta una pauta de carácter precursor no sólo en relación con varios Servicios Regionales creados posteriormente, sino, lo que es más importante, en relación con la estructura del Sistema Nacional de Salud diseñada en la Ley General de Sanidad. El Servicio Regional de Salud creado a través de esta Ley, así como las medidas incluidas en la Ley 27/1983, de 10 de diciembre, del Parlamento Vasco, suponen un cierto desafío a la reforma sanitaria diseñada por el gobierno socialista.

En este sentido, el programa sanitario socialista para la primera legislatura, desarrollado en el documento *Política General del Ministerio de Sanidad y Consumo* (Lluch, 1983), y publicado en mayo de 1983, pone de manifiesto los objetivos generales de reforma incluyen la creación de un Servicio Nacional de Salud relativamente centralizado (Rodríguez y de Miguel, 1990: 100), como se analiza con detalle en los capítulos 3 y 5. De otro lado, este documento pone también de manifiesto que los planes iniciales de reforma concedían un papel importante a los entes locales en la atención primaria y la salud pública (Elola, 1992). Sin embargo, la aprobación de la Ley vasca 8/1983 supone un obstáculo legislativo y político importante para la aprobación de un Servicio Nacional de Salud a nivel central como el proyectado por los socialistas, mientras que la Ley 27/1983 integra los servicios sanitarios de los entes locales en el Servicio Vasco de Salud, lo que introduce barreras semejantes para articular un sector sanitario público a nivel local en el resto del Estado.

Las medidas aprobadas por el gobierno vasco son, sin embargo, respaldadas a posteriori desde el Ministerio de Sanidad, y luego apoyadas por el propio Partido Socialista de Euskadi. De hecho, este apoyo es puesto de manifiesto por el propio Ernest Lluch durante el debate parlamentario sobre la Ley General de Sanidad. La intervención de Lluch se produce en respuesta a los recelos expresados por la representante del PNV en la Comisión de Política Social, la diputada Gorroño, en el sentido de que el esquema de Sistema Nacional de Salud diseñado en la Ley General de Sanidad era

demasiado centralista, y podía entrar por ello en contradicción con la Ley del Servicio Vasco de Salud. La respuesta de Lluich en este sentido no se hace esperar:

"Con respecto al representante del PNV...quiero decirle, en primer lugar, que ella sabe el papel que yo jugué para que hubiera una votación [en el Parlamento Vasco] no sólo del PNV, sino del Partido Socialista [PSE/PSOE], y...que en esta Ley el propio Ministerio de Sanidad y Consumo ayudó técnicamente a que hubiera una confluencia con su grupo...No tenga miedo, pues es una ley que votaron los socialistas mucho antes del pacto de legislatura [de 1986 en el País Vasco], y mantienen su voto...No deben, por tanto, plantearse dudas a ese respecto, y mucho menos desde el Grupo Vasco, Sra.Gorroño, con todo respeto, porque la Ley 9/1983 del Parlamento Vasco que crea y construye la Osakidetza, que es el Servicio de Salud Vasco, es una ley vigente que desde la perspectiva de mi grupo es valorada favorablemente y fue votada por el Grupo Socialista en el Parlamento Vasco. Se trata de un órgano del Servicio Vasco de Salud perfectamente integrable en esta Ley, que no va a tener en todo caso, estamos convencidos, ningún problema de interpretación, de contradicción constitucional..."³³ (DSCD

³³ Hay al menos dos explicaciones posibles para este apoyo. En primer lugar, y en ausencia de legislación básica alguna sobre el tema, el Ministerio no dispone de argumentos jurídicos suficientes como para recurrir las leyes vascas ante el Tribunal Constitucional. Esta aceptación forzosa pudo aparecer facilitada por la coherencia ideológica entre el PSOE y el PNV en materia de política social, hecho que ha sido destacado repetidamente en las entrevistas realizadas con altos cargos del Ministerio (incluido el Ministro Lluich) y del Departamento de Sanidad vasco (incluido el Consejero de Sanidad del PSE/PSOE, José Manuel Freire). Como expresión simbólica de la perspectiva reformista del PNV, cercana a posiciones socialdemócratas, hay que destacar el origen semántico del término *Osakidetza*, que tal como se menciona en la Exposición de Motivos de la Ley 9/1983, combina los términos 'salud' y 'solidaridad' en euskera. En segundo lugar, es posible que los planes reales del Ministerio se alejaran de las declaraciones formales, y esto con carácter previo a la aprobación de las medidas vascas, de manera que la aprobación de estas leyes en el País Vasco se utilizara como una excusa política para no llevar a cabo el programa político socialista. Con respecto a esta última hipótesis, y en cuanto al tema de la creación de un Servicio centralizado a nivel del Estado, la oposición abierta de Cataluña y País

no.215, p.9869 y 9873, 11 de junio de 1985).

La Ley vasca establece el marco institucional básico, que se reproduce, con diferencias generalmente menores, en el resto de las Comunidades que aprueban sus Servicios de Salud durante los años 80. El poder de gobierno de la sanidad se divide entre el Departamento de Sanidad y el Servicio Regional de Salud. El Departamento detenta funciones de formulación y planificación de políticas, y de supervisión y evaluación de su ejecución, mientras que el Servicio es el organismo propiamente ejecutivo, al que se le atribuye la responsabilidad de gestión de los servicios. Dentro de este marco general, la Ley concede un grado considerable de poder al Servicio, comparada con medidas legislativas posteriores, como la andaluza y la catalana. A pesar de ello, a finales de los 80 existen quejas de los directivos de Osakidetza sobre la falta de autonomía de la que disfrutaban con respecto al Departamento de Sanidad. Como afirman Maíz y González (1990: 86-7), dos profesionales del Servicio Vasco de Salud, este problema no afecta sólo al País Vasco:

"Algunos de los problemas más importantes de los nacientes Servicios de Salud de las diferentes Comunidades Autónomas se han relacionado con la autonomía de gestión. Así, en las Comunidades que han recibido la transferencia del INSALUD, las crisis de poder entre las Consejerías de Sanidad y los Servicios de Salud han sido frecuentes. Hay que pensar que en las diferentes leyes de los Servicios de Salud, y parece contradictorio, siempre se delimitan las competencias de las

Vasco tanto a la LOAPA como a la loapilla sanitaria permitían anticipar que una reforma de este tipo iba a ser objeto de la oposición frontal de estas Comunidades, con costes políticos incalculables. En cuanto al papel de los entes locales en la gestión de los servicios sanitarios, existía evidencia, de publicación reciente en España en el momento en que se aprueban las leyes vascas, sobre sus malos resultados en Italia, de donde provenía el modelo de sanidad local incluido en el programa socialista. Sin embargo, la posición de los Ayuntamientos socialistas, y en concreto de los catalanes, en cuanto a este aspecto de la reforma socialista era muy reivindicativa (Cios, 1978, citado por Elola, 1992: 104), por lo que resulta concebible que el precedente vasco se utilizara para justificar el incumplimiento posterior de promesas en este sentido

Consejerías respectivas, cuando en todas estas leyes se explicita la voluntad de que el Servicio de Salud sea un organismo autónomo en la gestión de los servicios de salud que les sean adscritos. Esta falta de autonomía real de los Servicios de Salud genera problemas importantes en la gestión de los mismos...Si queremos que los servicios sanitarios públicos sean empresas competitivas con los servicios privados...se debe producir un cambio de estrategia de la situación jurídica de los organismos autónomos, que son los Servicios de Salud, caminando hacia la constitución de empresas públicas, con total capacidad de decisión en todos los aspectos y un concepto de gestión empresarial de tipo privado"

La cita es ilustrativa de varios problemas organizativos que están en el centro de los debates sobre el futuro del Sistema Nacional de Salud desde la segunda mitad de los 80. En primer lugar, la tendencia a la politización y la discontinuidad en la gestión de los servicios sanitarios que resulta de la dependencia del Servicio de Salud con respecto a las Consejerías. En segundo lugar, las importantes limitaciones en cuanto a la gestión presupuestaria y de personal que se derivan de la utilización de la figura jurídica de organismo público de carácter administrativo. Esta figura es la que tradicionalmente se aplica a los institutos de gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social en España (INP, ENSALUD), también elegida por el País Vasco para su Servicio de Salud, y más tarde adoptada por la mayoría de las Comunidades Autónomas. En tercer lugar, la última parte de la cita, en donde los autores sugieren soluciones para la falta de autonomía de los Servicios de Salud, es especialmente significativa en cuanto ilustra el tipo de innovaciones en la organización de los Servicios de Salud que se introducen a partir de los años 90 en algunas Comunidades Autónomas, y que se analizan en el capítulo siguiente.

El órgano máximo de gobierno del Servicio Vasco de Salud es el Consejo de Administración, en el que se integran tres representantes del Departamento de Salud y uno del de Economía y Hacienda. La Ley 9/1983 defiende además la necesidad de universalizar el acceso a los servicios en su exposición de motivos, aunque especifica que una medida de este tipo "no cabe en el marco de esta Ley". De otro

lado, el articulado de la Ley introduce por primera vez en España un órgano de participación comunitaria en el área sanitaria, la Junta Vasca de Salud, que después pasará a ser considerada como básica bajo la denominación en la Ley General de Sanidad de 'Consejo de Salud'. La Ley vasca formula además la autonomía de gestión de los centros hospitalarios en términos muy precisos, como libertad de contratación de personal, de obras y suministros, medida que se introduce también, con una definición mucho menos precisa, en la Ley General de Sanidad. Por último, la Ley especifica que los conciertos con entidades privadas se centrarán en servicios complementarios, no ofrecidos por el sistema público.

Menos de un mes después de que se apruebe la ley de creación del Servicio Vasco de Salud, Cataluña aprueba su Ley 12/1983, de 14 junio, de Administración Institucional de la Sanidad, la Asistencia y los Servicios Sociales de Cataluña. La Ley catalana tiene un talante mucho menos conciliador con respecto al gobierno central que su equivalente vasca, postura que aparece ilustrada en las referencias a la ausencia de transferencia de la gestión del régimen económico de la Seguridad Social, competencia que es objeto de conflictos importantes entre el gobierno central y los ejecutivos catalán y vasco. El Instituto Catalán de la Salud (ICS) es en este caso el nombre elegido para el organismo de gestión de los servicios sanitarios, sobre cuya forma jurídica sólo se especifica que tendrá "personalidad y naturaleza de entidad gestora de la Seguridad Social". Otra peculiaridad de la Ley catalana es que algunas de las competencias principales que en el resto de leyes se atribuyen a las Consejerías o Departamentos de Salud se atribuyen en la Ley catalana al Consejo Ejecutivo de la Generalitat, mientras que se reserva un importante papel futuro en el gobierno de la asistencia sanitaria a los entes locales. La Ley catalana otorga también un mayor papel a los convenios y acuerdos con centros privados, especialmente los sin ánimo de lucro.

El resto de leyes autonómicas de creación de los Servicios Regionales de Salud emitidas en los años 80 siguen la pauta sentada por la ley vasca, con pocas modificaciones. Este es el caso de las leyes aprobadas por la Comunidad de Madrid en 1984, la Junta de Andalucía en 1986, la Comunidad Valenciana en 1987, y Aragón y

TABLA 15

LEYES DE CREACIÓN Y REGULACIÓN DE LOS SERVICIOS REGIONALES DE SALUD	
ANDALUCÍA	Ley 8/1986, 4-5: Servicio Andaluz de Salud
ARAGÓN	Ley 2/1989, 21-3: Servicio Aragonés de Salud
ASTURIAS	Ley 1/1992, 2-7: Servicio de Salud del Principado de Asturias
BALEARES	Ley 4/1992, 15-7: Servicio Balear de Salud
CANARIAS	Ley 11/1994, 26-7: Ordenación sanitaria de Canarias
CANTABRIA	-----
CASTILLA Y LEÓN	Ley 1/1993, 6-4: Ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León
CASTILLA-LA MANCHA	-----
CATALUÑA	Ley 15/1990, 9-7: Ordenación sanitaria de Cataluña
C. VALENCIANA	Ley 8/1987, 4-12: Servicio Valenciano de Salud
EXTREMADURA	-----

Galicia en 1989. En cuanto a las leyes aprobadas en los primeros años de la década de los 90, las de las Comunidades Autónomas de Murcia (Ley 2/1990), Navarra y la Rioja siguen también el modelo vasco, configurando los Servicios de Salud como organismos autónomos, con una estructura de gobierno también semejante a la establecida en el caso vasco, y otorgando un papel complementario a los conciertos con los ceñiros privados. Otros rasgos generales que comparten estas leyes son el respeto explícito a la normativa establecida en la Ley General de Sanidad, así como la previsión de transferencia de los servicios del INSALUD en un futuro próximo³⁴.

De hecho, la mayoría de las leyes autonómicas aprobadas durante los años 90, y en concreto las de Cataluña (Ley 15/1990), Asturias, Baleares, Castilla y León, y Canarias, así como la segunda ley murciana (Ley 4/1994), representan una nueva tendencia legislativa, en cuanto introducen innovaciones importantes en las formas de organización y gestión de los servicios sanitarios autonómicos. Por este motivo, sus contenidos se discuten en el capítulo siguiente. Una última salvedad al respecto se refiere a la Ley gallega 8/1991, de 23 de julio, que aunque no introduce innovaciones significativas en la organización y gestión de los servicios, si parece reflejar un cierto distanciamiento con respecto a la Ley General de Sanidad, en particular en lo que se refiere al modelo de reforma de la atención primaria. Las medidas más significativas en este sentido son el artículo 13.3 y la disposición transitoria segunda de la Ley, que parecen reflejar una vuelta a la organización tradicional de la atención primaria en el ámbito rural previa a la reforma socialista.

³⁴ Ejemplos de estas previsiones que pueden encontrarse en las exposiciones de motivos de las leyes autonómicas de creación de los servicios de salud son los siguientes El Servicio Aragonés de Salud -que habrá de completarse en el futuro con la asunción de transferencias en asistencia sanitaria-... ; .. .con [la creación del servicio de salud de la región de Murcia] se facilita el proceso de transferencias que habrá de culminarse en su momento ; Por ello, se constituye el Servicio Balear de la Salud.. .con visión de futuro, en el sentido de preparar y acoger, en su día, las transferencias aún pendientes de recibir en materia sanitaria, en especial las que corresponden a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social; etc..

En cuanto al momento del tiempo en el que se crean los diferentes Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, hay que destacar al respecto que la Ley General de Sanidad prescribe en su disposición transitoria 3^a, apartado 2, que las Comunidades deberán poner en marcha sus Servicios en el plazo máximo de doce meses a partir del momento en que termine el proceso de transferencias que corresponda a sus competencias estatutarias. Aunque todas las Comunidades del artículo 151 se ajustan a este plazo, las del artículo 143 no cumplen las previsiones, puesto que sus competencias estatutarias no incluyen la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, lo que implica que en el momento en que se aprueba la Ley General de Sanidad ya tienen transferidas todas sus competencias estatutarias.

En este contexto, el retraso de las Comunidades del artículo 143 en cuanto al lanzamiento de medidas legislativas relativas a la creación de los Servicios Regionales de Salud no puede interpretarse como un simple indicador de ineffectividad política. De hecho, otros factores, y en concreto su rechazo a los límites sustanciales que afectan a su autonomía política en este campo, parecen tener un importante peso en este sentido. Por ejemplo, es interesante reproducir el comentario del representante del Gobierno de Aragón con respecto a la elaboración de los Planes de Salud autonómicos, que representan, junto a los Servicios de Salud, las dos principales competencias en materia de asistencia sanitaria atribuidas a las Comunidades del artículo 143 en la Ley General de Sanidad. El comentario se produce durante la reunión del 17 de diciembre de 1990 del CISNS, en los siguientes términos: "[P]ara las Comunidades Autónomas que no tienen transferidas las competencias sanitarias, el hacer un Plan de Salud es una mera declaración de principios" (MSC, 1991a, vol.H: 221).

En el mismo sentido, la ola de creación de Servicios de Salud autonómicos en los primeros años de la década de los 90 parece deberse a las expectativas creadas sobre la transferencia de la asistencia sanitaria en los pactos autonómicos de 1991. De hecho, una de los argumentos más usados por la Administración central para justificar su decisión de no traspasar los servicios sanitarios es precisamente la falta de creación de los Servicios de Salud y los Planes de Salud autonómicos. La entrada en el Ministerio de Julián

GALICIA	Ley 1/1989, 2-1: Servicio Gallego de Salud Ley 8/1991, 23-7, de reforma de la Ley 1/1989
MADRID	Ley 9/1984, 30-5: Servicios Regionales de Salud y Bienestar Social Modificación por Ley 2/1989 de 2-3 (art. 1.1.); Ley 2/1992, de 30-4 (art. 5 y 8); y Ley 8/1992 de 23-12 (art. 5)
MURCIA	Ley 2/1990, 5-4: Servicio de Salud de la Región de Murcia Ley 4/1994, 26-7: Ley de Salud de la Región de Murcia
NAVARRA	Ley foral 10/1990, 23-11: Ley de Salud de Navarra
PAÍS VASCO	Ley 10/1983, 19-5: Servicio Vasco de Salud-Osakidetza
LA RIOJA	Ley 4/1991, 25-3: Servicio Riojano de Salud
<i>Fuente: Base de datos MAP-LEXTER y elaboración propia</i>	

García Valverde supone un cambio en este sentido, y durante más de un año la transferencia se considera como una posibilidad real. La ausencia de medidas concretas en este sentido en los pactos parece deberse a la oposición de las Comunidades del artículo 151, Cataluña y el País Vasco a la cabeza; así como a la decisión de la Administración central de no aumentar las partidas de gasto incluidas en la financiación sanitaria autonómica, de un lado, y a la negativa correlativa de las Comunidades de aceptar la transferencia sin un saneamiento previo del sistema de financiación, de otro³⁵.

El rechazo de las Comunidades a aceptar las transferencias es un hecho curioso y difícil de explicar desde el punto de vista de las teorías económicas del sector público, que defienden que la motivación básica de cualquier agencia burocrática pública es aumentar su cuota de poder. En este sentido, existen varias explicaciones posibles de este hecho. La primera y a la vez la más sencilla, es la disciplina de partido. Hay que recordar aquí que los pactos autonómicos de 1992 son firmados por el PSOE y el PP, que presiden también los ejecutivos autonómicos en todas las Comunidades del artículo 143, mientras que ninguno de estos dos partidos incluye en sus programas políticos para las elecciones generales de 1993 la descentralización de la asistencia sanitaria a las Comunidades del artículo 143 (Bohígas, 1993). La segunda explicación posible se refiere a la reticencia de las Comunidades a asumir unas competencias muy complejas de gestionar e insuficientemente presupuestadas. Por último, la ausencia de reivindicaciones abiertas de las Comunidades en este sentido puede

³⁵ El problema de la financiación afecta especialmente a las Comunidades con un gasto histórico por encima del criterio capitativo, puesto que la transferencia de servicios supone el inicio de un ajuste progresivo del gasto histórico al criterio per capita. Ello supone que éstas Comunidades, con un gasto histórico superior al que le corresponde según su población, verían disminuidos su gasto sanitario total en términos tanto absolutos como relativos al asumir las competencias. La única manera de evitar este problema sería aumentar el monto total de recursos asignados a la sanidad a nivel central para que la transferencia no suponga una pérdida de recursos en términos absolutos para estas comunidades. El problema de la financiación sanitaria, y su repercusión sobre el proceso de descentralización de la sanidad, se discuten en capítulos posteriores en más detalle.

reflejar el resultado -infructuoso- de negociaciones estratégicas centro-periferia para aumentar la parcela presupuestaria destinada a la sanidad³⁶.

Para terminar, aunque no es posible detenerse aquí en el análisis detallado de los Planes de Salud Autonómicos, sí que resulta conveniente hacer un breve comentario al respecto. La descentralización de las competencias de planificación a todas las Comunidades Autónomas es sin duda uno de los componentes más positivos de la Ley General de Sanidad. De hecho, de acuerdo con el marco teórico desarrollado en el capítulo 4, existen expectativas teóricas razonables sobre la mayor eficiencia de los gobiernos autonómicos, versus el gobierno central, en cuanto al acceso a la información relevante sobre las necesidades y recursos sanitarios autonómicos. Estas expectativas aparecen parcialmente confirmadas a la vista de los resultados de la elaboración de los Planes autonómicos en cuanto a la generación de información sanitaria a nivel autonómico. En este sentido, la elaboración de los planes aparece precedida en la mayoría de los casos por la elaboración de documentos que describen en detalle la situación sanitaria de las Comunidades, generando pues una base de información inexistente hasta esas fechas a nivel central³⁷.

³⁶ Los factores explicativos analizados son una adaptación de las reflexiones innovadoras de Tirole (1994:13) sobre este tema. En sus propias palabras: *We would expect officials to be more prone to refuse new tasks for which they have little information about their ability. This may shed some light on the many instances of agencies that refuse to take on new assignments (see Wilson, 1989, chapter 10), behaviour that flies in the face of Niskanen's and Tullock's postulate that bureaucrats try to maximize their agency size. It remains however to be assessed whether other factors such as fear of increased oversight, clashes of culture, and competition for resources, would not be better explanations for those non-imperialistic agency behaviours.*

³⁷ Las conclusiones señaladas en el texto proceden de mi propio análisis de los Planes navarro, vasco, andaluz, catalán y murciano, así como de las entrevistas realizadas con los responsables de la elaboración del Plan de Salud andaluz y del Plan Integrado del Ministerio de Sanidad. Un análisis comparado sobre el proceso de elaboración de los Planes autonómicos, puede encontrarse en MSC (1996a). Los párrafos siguientes resumen los datos más relevantes de este estudio realizado por la Dirección General de Alta Inspección del Ministerio.

En cuanto al periodo temporal de ejecución de este componente de la reforma sanitaria socialista, la medida de lanzamiento es el Real Decreto 938/1989 de 21 de julio, que insta a las Comunidades a comenzar la elaboración de sus planes como requisito previo para la elaboración del Plan Integrado de Salud a nivel central. Las primeras Comunidades en ejecutar la normativa central son Navarra y Castilla y León, que aprueban sus Planes en 1991. En concreto, el documento pionero a este respecto, que sienta las pautas para la elaboración del resto de Planes autonómicos, es de nuevo el navarro, que se discute en el CISNS en diciembre de 1990. De otro lado, Aragón, Murcia y Madrid siguen a estas dos Comunidades en 1992, mientras que Andalucía, Asturias, Castilla-La Mancha, Cataluña y Galicia publican sus Planes en 1993 (MSC, 1996a: 226-7).

Además, el País Vasco, que publica su primer Plan en 1990 (Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, 1990), como resultado de los trabajos de planificación del equipo socialista que ocupa el Departamento entre 1986 y 1990, replantea sus prioridades asistenciales a partir de esta fecha, con el paso del Departamento de Sanidad a manos del PNV tras las elecciones autonómicas. El primer documento que emerge de este cambio de planteamiento, *Estrategias de cambio para el Sistema Vasco de Salud* (4 tomos), es publicado y aprobado en el Parlamento Vasco en 1993, mientras que el Plan de Salud definitivo se publica en 1994. Un año después, en 1995, la Comunidad Valenciana publica su Plan, mientras que la Comunidad Canaria publica un avance provisional del Plan en 1992, y aprueba las bases para su elaboración en 1994, aunque no había publicado aún el documento definitivo a mediados del año 1996. Por último, Cantabria, Extremadura y La Rioja no habían iniciado aún los trabajos de preparación del Plan de Salud en 1996 (MSC, 1996a: 225-7).

Para terminar, y en cuanto a la calidad de la labor de planificación desarrollada, una serie de indicadores preliminares al respecto, desarrollados por el Ministerio de Sanidad (MSC, 1996a: 225), merecen un breve comentario. La estrategia de evaluación del Ministerio consiste en determinar el grado de adecuación de los Planes a la normativa central incluida en el RD 838/1989 citado. La normativa central prescribe, en este sentido, que los Planes deberán

incluir seis elementos principales: análisis y diagnóstico de los problemas de salud; establecimiento de objetivos y prioridades específicas; determinación de los programas sanitarios a desarrollar para la consecución de estos objetivos; financiación; medidas y plazos de ejecución de los programas previstos; y evaluación periódica del grado de consecución de los objetivos previstos. En esta línea, el Plan de mayor calidad sería el catalán, que desarrolla cinco de estos seis elementos³⁸ (5), seguido de Murcia (4), y a continuación de Andalucía, Castilla-La Mancha, Madrid, Navarra y País Vasco (3), Aragón y Galicia (2), y Asturias, Canarias y la Comunidad Valenciana (1).

4. Conclusiones. El protagonismo de las Comunidades en la ejecución de la reforma

El análisis del proceso de ejecución de la reforma permite afirmar que las previsiones más importantes de la Ley General de Sanidad han alcanzado un grado de implantación importante en España durante el periodo 1986-1996, y que las Comunidades Autónomas juegan un papel esencial en este proceso. En concreto, a lo largo de este capítulo se ha analizado el proceso de ejecución de los cuatro elementos principales de la reforma sanitaria socialista, en concreto: la universalización del acceso a la asistencia sanitaria pública, la transición del sistema de financiación de las cotizaciones de la Seguridad Social a los Presupuestos Generales del Estado, la reforma de la atención primaria y la ordenación sanitaria territorial, y, por último, la creación de los Servicios de Salud autonómicos.

³⁸ El único elemento no desarrollado en Cataluña es la financiación, aspecto que tampoco desarrolla ninguna otra Comunidad. Parece razonable suponer que la ausencia de consideración de este elemento se debe a las incertidumbres que afectan durante el periodo de estudio al presupuesto sanitario real, del que las Comunidades no suelen tener una idea definida hasta que se conocen los datos de liquidación del INSALUD para el año en curso, lo que suele producirse al menos un año más tarde de la conclusión del periodo presupuestario de que se trate. Una discusión detallada de este problema puede encontrarse en los capítulos dedicados al problema de la financiación autonómica.

(1) En cuanto a la universalización, las medidas de ejecución principales se desarrollan en los últimos años 80, bajo el liderazgo del País Vasco y Navarra, de manera que a principios de los 90 la práctica totalidad de la población española disfruta de acceso a los servicios sanitarios públicos, de carácter gratuito para más del 98% de la población. Además, debido a la acción innovadora del País Vasco en este campo, el derecho de acceso gratuito a los servicios se extiende al colectivo de inmigrantes con permiso de residencia en algunas Comunidades, mientras que la población atendida por la beneficencia se integra automáticamente en los centros de la Seguridad Social en el País Vasco. La Administración central se muestra, sin embargo, reacia a aplicar estas últimas dos medidas, así como algunas Comunidades con competencias gobernadas por partidos de diverso signo político. Como consecuencia, la integración de la población atendida por la beneficencia en condiciones de igualdad efectiva con los cotizantes a la Seguridad Social está aún pendiente de ejecución en la mayor parte del Estado.

(2) La transición a la financiación con cargo a impuestos, se inicia, de otro lado, en 1989, menos de dos años más tarde de la aprobación de la Ley General de Sanidad. En 1989, de hecho, el peso respectivo de los impuestos y de las cotizaciones se invierte, por lo que el 70% del gasto sanitario pasa a depender de los presupuestos del Estado. El aumento del peso de los impuestos, y la separación progresiva de la asistencia sanitaria del sistema de Seguridad Social, aunque obstaculizado por problemas competenciales relativos a las Comunidades del artículo 143, continúa a lo largo de los años 90, alcanzando en 1996 una cifra cercana al 95%.

(3) La ejecución de la reforma socialista de la atención primaria y de la ordenación territorial sanitaria, en tercer lugar, comienza en 1984, y se desarrolla legislativamente a un ritmo muy rápido a nivel autonómico. La implantación del nuevo modelo de la atención primaria, de otro lado, cubre en 1994 a casi dos tercios de la población española. Las diferencias significativas entre Comunidades Autónomas en cuanto a este aspecto parecen reflejar, más que diferencias ideológicas con respecto al modelo de reforma o a la prioridad de la misma, las desigualdades heredadas en la distribución territorial de los recursos sanitarios, así como la diferencia de

prioridades con respecto al binomio cantidad-calidad en la implantación de la reforma. En el mismo sentido, la descentralización de las competencias de asistencia sanitaria no parece afectar el desarrollo de este proceso, puesto que las diferencias entre Comunidades tienen una magnitud semejante tanto dentro del grupo de Comunidades gobernadas por el INS ALUD, como entre las Comunidades con competencias. Un caso paradigmático en este sentido es el de Galicia, que a pesar de estar bajo la autoridad del INSALUD hasta 1991, muestra una tasa de implantación de la reforma cercana al 20% sobre una media nacional del 60%. Este hecho indica que, aunque las autoridades sanitarias centrales dirigen formalmente la reforma en las Comunidades incluidas dentro del territorio INSALUD, la capacidad de resistencia de los gobiernos autonómicos a sus mandatos es relativamente alta en algunos casos.

(4) El cuarto elemento de la reforma socialista estudiado, la creación de los Servicios de Salud de las Comunidades, es liderado también en España por el País Vasco, a través de una serie de medidas legislativas que influirán decisivamente en los contenidos de la Ley General de Sanidad, y que sentarán las pautas básicas de organización y gestión seguidas posteriormente por la mayoría de las Comunidades. El proceso de constitución de los Servicios Regionales por parte de las Comunidades del artículo 143 toma un impulso decisivo durante la primera mitad de los años 90, mientras que varias de las leyes aprobadas durante este último periodo reflejan las innovaciones, introducidas por primera vez en Cataluña, en la organización y gestión de los Servicios de Salud, que se difunden posteriormente a otras Comunidades.

Por último, es necesario destacar que el análisis del proceso de ejecución de la reforma sanitaria durante el periodo 1986-1990 permite afirmar que muchas de las actuaciones del gobierno central al respecto son principalmente reactivas. En otras palabras, el desarrollo temporal del proceso de ejecución parece deberse en mayor medida a las presiones e iniciativas de Comunidades Autónomas y sindicatos que a la propia voluntad política del gobierno socialista central. De hecho, la ausencia de una iniciativa política destacada por parte del gobierno no resulta difícil de entender si la consideramos a la luz de los hechos expuestos en capítulos anteriores.

De un lado, las divisiones internas sobre el modelo de reforma sanitaria dentro del PSOE e incluso del equipo directivo del Ministerio de Sanidad han sido analizadas en detalle en el capítulo 3. De otro lado, la falta de firmeza en el compromiso político con algunos de los objetivos incluidos en la Ley General de Sanidad también ha sido mencionada previamente, mientras que aparece plasmada de un modo explícito en la propia letra de la Ley, especialmente en las modificaciones introducidas tras la intervención del Ministerio de Economía y Hacienda en los días previos al inicio del debate parlamentario sobre la misma.

En cuanto a las presiones ejercidas por las Comunidades Autónomas, se puede afirmar que en muchos casos consisten simplemente en la aprobación rápida de las normativas de ejecución, anticipándose a la acción del Estado central, lo que genera una reacción del Estado en el plano legislativo para no quedarse atrás. La iniciativa de las Comunidades se debe en algunas ocasiones a un mayor grado de motivación, efectividad política y capacidad de reacción rápida, como ilustran los casos de Navarra y el País Vasco. En otros casos, y en concreto en cuanto a la reforma de la atención primaria, la capacidad de anticipación autonómica se debe en mayor medida a la carrera de todas las Comunidades para aprobar sus normativas sanitarias antes de que se apruebe la legislación básica del Estado central, lo que les garantiza un mayor grado de autonomía política. La rapidez de las Comunidades ejerce una presión directa sobre el gobierno central a la hora de agilizar el proceso de discusión parlamentaria de la Ley General de Sanidad, mientras que contribuye también a presionar indirectamente para garantizar el desarrollo y ejecución de la misma.

La presión sindical juega también un papel importante, aunque este hecho no haya sido suficientemente señalado en la investigación previa sobre el tema. En este sentido, el distanciamiento entre la UGT y el PSOE, la posterior ruptura, y la huelga general de diciembre de 1988, constituyen hitos fundamentales para comprender el papel que los sindicatos juegan en la ejecución de la reforma sanitaria. Aunque la sanidad ocupa un lugar menos prioritario que el desempleo o las pensiones en las reivindicaciones sindicales del periodo, el malestar de los sindicatos con la política

social del gobierno tendrá una importante repercusión en este campo, en el sentido de asegurar y agilizar la ejecución de la reforma. En concreto, la presión sindical puede contribuir a explicar la rapidez con la que se ejecutan medidas tan importantes como la universalización de la asistencia sanitaria, la transición de las cuotas de la Seguridad Social a los impuestos como fuente principal de financiación y la reforma de la atención primaria.

CAPÍTULO 7

LA CAPACIDAD DE INNOVACIÓN A NIVEL AUTONÓMICO Y LA 'REFORMA DE LA REFORMA' A NIVEL CENTRAL: LOS AÑOS 90

The autonomy of political institutions is measured by the extent to which they have their own interests and values distinguishable from those of other social forces¹

Los años 90 suponen la consolidación a nivel internacional de un cambio de rumbo en cuanto a las prioridades de política sanitaria y a los modelos de organización del sector público iniciados a mediados de los años 80. Este cambio de rumbo está asociado a una serie de transformaciones paralelas del paradigma internacional de organización del sector público, englobadas bajo el término *nueva gestión pública*. En el sector sanitario, el nuevo paradigma se refleja en las propuestas sobre la *competencia gestionada* desarrolladas por Alan Enthoven en la mitad de los 80, e introducidas por el gobierno británico desde 1989 en adelante bajo el nombre de *mercados internos*².

¹ Huntington (1968:20); citado por Putnam, Leonardi y Nanetti (1993:38).

² Sobre los contenidos del paradigma denominado nueva gestión pública (*new public management*), ver, por ejemplo Dunleavy y Hood (1994), Hood (1991), Stewart y Ranson (1988) y Gunn (1988). Sobre el paradigma de mercados internos (*internal markets or quasi-markets*), ver la formulación original de Enthoven (1985), así como su trabajo posterior (Enthoven, 1993). Una de las

que se recluta para los hospitales, áreas de salud y direcciones territoriales carece de formación económica y empresarial previa, un problema importante que se ha paliado tan solo de forma limitada en años subsiguientes⁵ (MSC, 1989b).

introducida en Gran Bretaña a partir de 1983 (Pollitt, Harrison, Hunter y Mamoch, 1991; Cousins, 1988), en la que se inspiran la mayoría de los cambios en la gestión introducidos durante los años 80 en España. De hecho, el propio Griffiths sirvió de asesor directo al gobierno central durante la primera legislatura socialista. En concreto, la reforma Griffiths supone simultáneamente la deconcentración administrativa de la gestión de los servicios sanitarios, y el aumento del control estratégico central, a través de la introducción de un sistema de indicadores de rendimiento y del refuerzo de la línea jerárquica de control. Ello supone en primer lugar la creación de 192 Distritos Sanitarios, cada uno con una población media de 250.000 habitantes, en los que se hispirán las Áreas de Salud españolas. Las autoridades de distrito son nombradas por, y responsables ante, las autoridades sanitarias regionales (14 Regiones Sanitarias), que a su vez responden de las actividades de los Distritos ante las autoridades centrales. Las responsabilidades se canalizan a través de la línea jerárquica de gestión encabezada por un Gerente General a nivel regional, local (Distritos), y sub-local (centros sanitarios), elegidos por el Comité de Gestión central del Estado. El Gerente General de cada nivel es responsable del funcionamiento de su unidad ante las autoridades de nivel superior, para las que debe realizar una evaluación anual de los logros conseguidos por su departamento, expresados a través de una serie de indicadores de rendimiento (*performance indicators*) que servirán, junto con indicadores de su productividad individual, para determinar su salario. Los gerentes se contratan por tres años, y la renovación de sus contratos depende de la medida en que hayan contribuido al cumplimiento de los objetivos fijados (Pollitt, Harrison, Hunter y Mamoch, 1991: 62-3; Cousins, 1988: 212-3). La reforma Griffiths incluye también el inicio en 1986 de experimentos piloto en algunos hospitales para la introducción de sistemas de evaluación de costes por diagnóstico, tratamiento y paciente (Ferguson y Lapsey, 1989).

⁵ Los responsables de la gestión provienen generalmente del cuerpo de Inspectores de la Seguridad Social, integrado en el ámbito sanitario principalmente por médicos, mientras que el personal administrativo proviene a menudo de los sindicatos; una parte importante de este personal administrativo, de acuerdo con las entrevistas realizadas, había trabajado previamente en los sindicatos verticales del franquismo. En cuanto al problema de la formación empresarial de los gestores, ver, por ejemplo, las declaraciones incluidas en uno de los documentos confidenciales del Ministerio (MSC, 1989b: 18-9): Una cultura de gestión no se improvisa y menos cuando se parte de una tradición profesional opuesta a ella. Esto explica los lentos avances gerenciales del INSALUD y de las

Los programas de tipo administrativo para la mejora de la gestión hospitalaria que se lanzan durante estos años son el Plan de Humanización de la asistencia hospitalaria (INSALUD, 1984), el Nuevo Modelo de Gestión Hospitalaria (INSALUD, 1985b), y el Plan de Garantía de Calidad Total (INSALUD 1988b). A pesar de que el objetivo explícito de estos planes es instaurar un nuevo modelo de gestión en los hospitales, en la práctica se limitan a intentar implantar un modelo de información para la gestión, mientras que sus logros prácticos son generalmente limitados. Entre las innovaciones organizativas más importantes que se derivan de estos planes hay que mencionar la implantación de servicios de admisión y servicios de atención al paciente en todos los hospitales públicos, junto con una serie de mejoras en los servicios de apoyo de los hospitales, como la introducción de bibliotecas, docencia para niños en edad escolar, etc.. Entre las innovaciones en los sistemas de información para la gestión, la más relevante es la construcción de un conjunto mínimo básico de datos (CMBD) por paciente, que se aprueba a finales de los años 80 en el CISNS. El proceso de implantación del CMBD a nivel autonómico es liderado por la Comunidad Valenciana y Cataluña desde finales de los años 80, y su cobertura, aunque de alcance desigual por Comunidades, comienza a alcanzar un nivel aceptable durante la segunda mitad de los años 90.

La finalidad última del CMBD, así como de otras medidas de información para la gestión iniciadas en los años 90, como el programa SIGNO, es introducir sistemas de contabilidad analítica y de pago prospectivo en los hospitales semejantes a los utilizados en el

Comunidades Autónomas...Esta cultura de gestión tiene que hacerse además desde dentro, debido a los escasos incentivos económicos y materiales que ofrecen las gerencias hospitalarias y las Direcciones Territoriales del INSALUD para personas de fuera del Sistema Nacional de Salud. La vía que se ha iniciado es la utilización de la Escuela Nacional de Sanidad, pero adquiriendo paquetes o cursos enteros a las escuelas privadas o empresas especializadas en formación. *Esto es lo que viene haciéndose desde 1988, aunque el progreso es lento* (las cursivas son mías). A la falta de profesionalización de los gerentes se le añade también el problema de la politización de las gerencias y las jefaturas de servicio de los hospitales.

sector privado. Los avances prácticos en este sentido, que se comentan en los apartados siguientes, son considerablemente limitados. De hecho, habrá que esperar a la segunda mitad de los años 90 para conseguir que se inicie la fase de lanzamiento de algunos pasos intermedios en esta dirección programados a finales de los 80. Estos pasos intermedios consisten fundamentalmente en la creación de un sistema de codificación de los diagnósticos y procedimientos utilizados por paciente y médico, así como en la elaboración de un sistema de clasificación de enfermos por grupos homogéneos, en relación a los rasgos clínicos de la enfermedad y el tipo de asistencia que requieren, de manera que permita la evaluación de la actividad asistencial óptima y de los costes medios esperados para cada grupo de enfermedad. El lanzamiento de estas iniciativas a nivel central, responde, como veremos a continuación, a su introducción previa a nivel autonómico.

De hecho, como hemos visto en el capítulo anterior, las nuevas autoridades sanitarias autonómicas parecen mostrar una capacidad mayor que el Estado central de responder con rapidez al reto político de la ejecución de la reforma sanitaria. La evidencia recogida en este capítulo subraya que lo mismo es cierto con respecto a su capacidad para introducir innovaciones organizativas y de gestión. En este sentido, es necesario tener en cuenta que, independientemente de la evaluación política que se haga de estas reformas recientes, su relevancia fundamental se deriva de dos hechos principales. En primer lugar, por primera vez en la historia, España se incorpora a los cambios sanitarios internacionales en las mismas fechas que sus vecinos europeos. En segundo lugar, los cambios demuestran el dinamismo y la capacidad de innovación de las Comunidades Autónomas, y por tanto, el éxito relativo del proceso de descentralización en cuanto a este aspecto.

1. La reforma sanitaria catalana (1990-1995)

Mientras las primeras medidas de reforma incluidas en el paradigma de la competencia gestionada comienzan a ser adoptadas

en Europa, el Parlamento de Cataluña aprueba en mayo de 1990 la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC), tan sólo un mes después de que una reforma similar, los mercados internos, empiece a ser aplicada en Gran Bretaña. La ley catalana trata de hacer compatibles los principios de la Ley General de Sanidad con las nuevas propuestas de reforma. Entre las medidas que se introducen por ley en 1990 destacan en primer lugar una serie de *medidas estratégicas* como la separación de la función de compra (en manos del nuevo Servicio Catalán de la Salud, creado por la LOSC) y la función de provisión de servicios, que pasa a ser definida explícitamente como mixta⁶, es decir compartida entre los hospitales públicos del Instituto Catalán de la Salud y los hospitales privados que forman parte de la Red de Hospitales de Utilización Pública (*Xarxa Hospitalaria d'Utilització Pública, XHUP*), que son principalmente sin ánimo de lucro en Cataluña.

Las *medidas operativas* que se introducen para complementar esta separación de funciones consisten en el estímulo de la competencia entre proveedores públicos y privados a través de la evaluación de sus resultados económicos y sanitarios; la regulación del Servicio Catalán de la Salud a través de fórmulas de derecho público cercanas al

⁶ Como hemos visto en el capítulo 3, y vamos a comentar en más detalle a continuación. Cataluña es históricamente una Comunidad con un carácter marcadamente distintivo en este aspecto, puesto que la combinación de proveedores públicos y privados en el sector hospitalario invierte los porcentajes prevalentes en el resto de España. Así, mientras que el porcentaje medio del gasto sanitario público que se canaliza a través de los hospitales privados concertados en España oscila entre el 15 y el 22% a lo largo del periodo de estudio, en Cataluña este porcentaje se acerca al 70% durante las mismas fechas. La Ley General de Sanidad estipula a este respecto que la concertación de servicios con entidades privadas debía sustituirse gradualmente mediante la creación de centros públicos, mientras que los conciertos debían irse restringiendo progresivamente a un papel complementario con respecto a los servicios públicos. En este contexto, la innovación que se introduce a través de la LOSC es significativa: se reconoce explícitamente que el papel de los hospitales privados en el sistema público no va a disminuir ni reducirse a un mero status complementario, con lo que se legitima políticamente la estructura institucional de las prestaciones sanitarias heredada en Cataluña. Como veremos más adelante, esta misma medida será adoptada dos años más tarde por el gobierno central.

derecho privado (ente público)⁷, lo que supone, entre otras cosas, que su personal directivo renuncia voluntariamente al estatuto de funcionario para pasar a ser personal laboral; la descentralización de la planificación y la gestión a las Regiones Sanitarias, a los Sectores Sanitarios y a los propios centros; así como la introducción de innovaciones organizativas y de gestión propias del sector privado⁸.

⁷ Sobre las diferentes implicaciones prácticas de la figura de organismo público de carácter administrativo, la de ente público regido en varias de sus actividades por el derecho privado (la figura elegida para el *Servei Català*), la de empresa pública y la de consorcio público (ambas ampliamente utilizadas en el sector público sanitario catalán), ver el último capítulo de la tesis, que se basa fundamentalmente en el análisis realizado por García de Enterría y Fernández (1993: 351-418). En concreto, sobre la relajación de los controles jurídico-administrativos que se deriva de la introducción de entes institucionales (término que incluye a los entes de derecho público, y a las empresas y consorcios públicos), ver el apartado "Excursus sobre el abuso de la creación de entes institucionales como técnica de huida del derecho administrativo", en García de Enterría y Fernández (1993: 388-391). Una aplicación de las mismas ideas al sector sanitario puede encontrarse en Villar (1994). Revisiones interesantes sobre la introducción de estas figuras en el sector sanitario público español pueden encontrarse en Martín Martín (1996a y 1996b) y Bestard (1994). En cuanto al papel de las agencias (término anglosajón que se utiliza para designar figuras semejantes a los entes institucionales) en la prestación de los servicios de bienestar públicos en otros países europeos, ver Mellon (1993).

⁸ Sobre el proceso de formulación y los contenidos de la reforma sanitaria catalana, ver Cemadas (1994), y, especialmente, Gallego (1995). Sobre las motivaciones políticas de la LOSC, ver Trías (1990:8-19) Sobre las reformas y medidas legislativas catalanas previas a la LOSC, ver Laporte (1988:43-98) y Vía (1990). En cuanto al proceso de ejecución de la reforma, la evidencia disponible apunta a la existencia de importantes problemas para su aplicación práctica. De hecho, en la segunda mitad de los años 90 aún no se han hecho realidad algunas de las medidas programadas, como la separación entre financiación, compra y provisión de servicios, dado que el *Servei* (que debía concentrarse en la función de compra) ha absorbido parte de las competencias en cuanto a financiación del Departament de Sanitat, mientras que sigue ejerciendo un control estrecho sobre la provisión, tanto la pública (que debería haber quedado bajo la dirección autónoma del Instituto Catalán de la Salud), como la privada. Además el desarrollo de otras medidas como la descentralización de poder a los Sectores y la implantación de estructuras planas de autoridad en el *Servei* han tenido que enfrentarse a múltiples problemas. En este sentido, mis conclusiones complementan el análisis realizado por Gallego (1995) sobre los problemas de

En concreto, la utilización de estas formas organizativas y de gestión no se limita sólo al propio estatuto jurídico del *Servei Català de la Salut*, sino que se introducen también en el ámbito de los centros y servicios sanitarios públicos. La gestión mixta de hospitales y centros de salud a través de convenio de colaboración o *consorcios* con participación mayoritaria de las autoridades públicas autonómicas y locales constituye un ejemplo interesante de estas medidas⁹. Además, entre 1991 y 1994 se crean una serie de servicios y empresas regulados como *entidades de derecho público* (Instituto de Diagnóstico por la Imagen, Gestión de Servicios Sanitarios, Instituto de Asistencia Sanitaria, Gestión y Prestación de Servicios de Salud y Agencia de Evaluación de Tecnología Médica) o como *sociedades anónimas públicas* (Empresa Energética de Instalaciones Sanitarias, y Sistema de Emergencias Médicas) (Villar Rojas, 1994).

Varias características distintivas del sistema catalán explican este cambio de rumbo en la política sanitaria. En primer lugar, los rasgos institucionales singulares del sector sanitario en Cataluña, en el que los proveedores sanitarios privados están a cargo de la prestación de más de dos tercios de la asistencia sanitaria pública (Coll, 1981: 308), que se deriva en parte de los bajos niveles históricos de inversión pública por parte del Estado central. El papel predominante de los hospitales sin ánimo de lucro en el sector hospitalario es también el resultado de una tradición importante de mutualismo e inversión privada en sanidad, de la que se derivan experiencias históricas muy positivas, y que está en la base de la aceptación general de las instituciones sanitarias privadas en Cataluña, algo que no ocurre en el resto de España. Aunque no existen datos cuantitativos disponibles sobre la opinión pública catalana sobre este tema, el consenso unánime otorgado a la LOSC por las organizaciones políticas y sociales, que incluye a las asociaciones de empresarios, los

aplicación de la LOSC durante sus primeros 5 años de vigencia.

⁹ Las fórmulas de gestión señaladas reciben en el texto el adjetivo de *mixtas* porque incluyen también una participación minoritaria del sector privado, o bien de los representantes de las mutualidades y los hospitales sin ánimo de lucro, o bien de empresas privadas de gestión sanitaria con ánimo de lucro.

sindicatos, la profesión médica y a todos los partidos políticos representados en el Parlamento, es ilustrativo de este apoyo general a las instituciones privadas sin ánimo de lucro (Cernadas, 1994).

En segundo lugar, el nuevo modelo internacional es compatible con la ideología y el programa electoral del partido en el gobierno, CiU. De hecho, el deseo de los nacionalistas catalanes de preservar el predominio de los centros privados en el sistema sanitario público se refleja tanto en la política sanitaria regional formulada desde principios de los 80 (Laporte, 1988; Vía, 1990; Cernadas, 1994), como en las enmiendas presentadas por los catalanes al proyecto de la Ley General de Sanidad durante el debate parlamentario¹⁰. Sin embargo, la oposición del gobierno socialista central a la aceptación explícita a nivel legislativo de las fórmulas organizativas y de gestión cercanas al derecho privado, así como del papel sustitutivo de los proveedores privados en el sistema sanitario público, bloquea durante los años 80 la implantación de una medida de este tipo en Cataluña.

La aprobación implícita, aunque no abierta ni políticamente visible, concedida por el gobierno central al cambio significativo en la estrategia legislativa catalana plasmado en la LOSC se hace posible a principios de los años 90 debido a una serie de factores. Esta aprobación se concede a pesar de que los objetivos de la LOSC no son totalmente compatibles con los objetivos programáticos explícitos del partido socialista, por lo que constituye un hecho relativamente paradójico. Los factores explicativos principales del apoyo socialista a la LOSC podrían ser los siguientes.

En primer lugar, la emergencia a nivel internacional de un nuevo modelo político semejante al catalán contribuye a conceder una nueva legitimidad técnica y política a los objetivos de reforma catalanes,

¹⁰ Es importante señalar aquí que todos los partidos nacionalistas catalanes representados en las Cortes presentan enmiendas dirigidas a promover la aceptación explícita del papel de las entidades sin ánimo de lucro en el Sistema Nacional de Salud. Son especialmente significativas, en este sentido, las enmiendas presentadas por Esquerra Republicana de Catalunya, puesto que su defensa de las instituciones sin ánimo de lucro contrasta sustantivamente con la posición del resto de partidos de izquierda del Estado español en cuanto a este tema.

previamente rechazados por el gobierno central. En segundo lugar, el cambio de paradigma, como veremos a continuación, tiene un impacto importante sobre líderes destacados del partido socialista. De hecho, la oposición de las autoridades sanitarias centrales a la reforma catalana en proyecto empieza debilitarse a finales de los años 80, se convierte en aprobación Implícita alrededor del cambio de década, y va transformándose progresivamente en apoyo explícito, aunque no siempre políticamente visible, a partir de marzo de 1991, momento en que es designado el tercer Ministro socialista de Sanidad, Julián García Valverde, que apoya la necesidad de una 'reforma de la reforma' a nivel central parcialmente basada en los principios de la competencia gestionada, en los que se fundamenta la reforma catalana.

2. La 'reforma de la reforma' a nivel central

La reforma catalana, así como el cambio de rumbo a nivel internacional, tienen una influencia notable sobre la política sanitaria regional y central durante los años 90. En cuanto a la política central, la LOSC comienza a ser citada con regularidad como el modelo a seguir en el resto de España por las autoridades políticas centrales en sus declaraciones a la prensa durante 1990 y 1991. En concreto, los últimos proyectos del Ministro Julián García Vargas y los primeros de su sucesor Julián García Valverde¹¹, entre los que destaca la regulación del INSALUD como empresa pública, abren una importante controversia en la opinión pública. En una atmósfera política muy sensible, el CDS solicita en el Congreso la constitución

¹¹ Ver, por ejemplo, las declaraciones realizadas por el Ministro García Valverde a la prensa en diciembre de 1990, en *El País* (1990): García Vargas anuncia que el INSALUD puede convertirse en una empresa pública gobernada con criterios de gestión privada, 12 diciembre: M30. Ver también la entrevista concedida por Julián García Valverde a los pocos meses de haber sido nombrado Ministro, en mayo de 1991, en *El País* (1991): Julián García Valverde, Ministro de Sanidad y Consumo, es un firme partidario de privatizar la gestión sanitaria, 14 de mayo: M28.

de un comité de estudio de la posible 'reforma de la reforma'¹, mencionando explícitamente las innovaciones catalanas como modelo a seguir en el resto de España.

2.1. Las nuevas formas de organización y gestión en los años 80

Antes de pasar a analizar el debate sobre las alternativas de reforma iniciado a nivel central en los años 90, es importante dedicar un breve espacio a la evolución de la postura del gobierno socialista a este respecto durante los años 80. En este sentido, existe evidencia de que las simpatías de destacados miembros del PSOE por el modelo mixto de provisión de servicios públicos son compartidas por una parte del equipo de gobierno que entra en el Ministerio de Sanidad a principios de 1983¹². Lo mismo es cierto con respecto al segundo

¹² En concreto, y según las entrevistas realizadas con el ex-Ministro de Sanidad Ernest LLuch, con el ex-Secretario de Asistencia Sanitaria Pedro Sabando y con el ex-Director General de Alta Inspección Pedro Mansilla, tanto el propio Ministro de Sanidad como la persona encargada de negociar la Ley General de Sanidad desde el Ministerio de Economía y Hacienda (Miguel Ángel Fernández Ordóñez, Secretario de Estado de Economía y Planificación) compartían su apoyo al mantenimiento del papel del sector privado dentro del sistema público. Además, la postura predominante en el Ministerio de Economía y Hacienda durante la primera legislatura consiste en la defensa abierta de la preservación de una parte de la financiación del sistema sanitario a través de las cotizaciones a la Seguridad Social, así como del mantenimiento y fortalecimiento de las tasas por la prestación de determinados servicios (o *tickets moderadores*). En concreto, el apoyo a estas últimas opciones desde el Ministerio de Economía parece reforzarse debido a las recomendaciones directas de Sir Roy Griffiths, que defiende en estas fechas que las cuotas y las tasas son instrumentos útiles para generar conciencia de coste entre los usuarios del Sistema Nacional de Salud, y frenar la demanda de atención sanitaria. Sin embargo, como se ha visto en capítulos anteriores, tanto en el equipo del Ministerio de Sanidad como entre los expertos en sanidad del PSOE predominan durante la primera legislatura los partidarios de un sistema de provisión totalmente pública, con cobertura universal y financiación con cargo a impuestos, lo que explica probablemente la redacción ambigua de la Ley General de Sanidad en cuanto a aquellos aspectos más afectados por la división de opiniones existente dentro del partido socialista. A partir de la segunda legislatura, las opiniones favorables a la sanidad mixta irán ganando adeptos progresivamente,

Ministro de Sanidad, Julián García Vargas, cuyas simpatías por la sanidad mixta aparecen claramente reflejadas en la Conferencia que pronuncia en el Club Siglo XXI el 7 de noviembre de 1988, de la que se reproducen algunos fragmentos a continuación:

Todo ello [las críticas desde varias tendencias ideológicas a la actual organización de los sistemas sanitarios públicos] se produce dentro de *un nuevo estado de opinión respecto a este Estado protector*, ... que es criticado por la elevada presión fiscal que provoca y el *funcionamiento burocrático y poco eficaz de las instituciones públicas* prestadoras de servicios... También es imprescindible... que las instituciones sanitarias se administren con *criterios...productivos y empresariales*... [Existen referentes que deben orientar la política sanitaria en cualquier país moderno, [entre ellos] el *mantenimiento de criterios de mercado* en ciertos aspectos... Por último, hemos de aprovechar la gran ocasión que nos brinda el nuevo Estatuto de personal. Su principal objetivo debería ser *evitar la funcionarización* en la mayor medida posible. Esto quiere decir menor rigidez y más capacidad incentivadora para todos (las cursivas son mías)

Existe también evidencia de que muchas de las propuestas apoyadas abiertamente por el Ministro García Valverde, e inspiradas en el paradigma de la competencia gestionada, habían sido consideradas previamente por el equipo ministerial dirigido por Julián García Vargas, entre ellas la polémica regulación del INSALUD y los centros hospitalarios públicos a través de figuras jurídicas cercanas al derecho privado. En concreto, existe un informe previo al redactado por la Comisión parlamentaria de evaluación de la 'reforma de la reforma', y elaborado a principios del año 1989 por un grupo de sociólogos por encargo del Ministerio¹³, que es muy explícito con

sin hacerse, sin embargo, mayoritarias a lo largo del periodo estudiado. La fuerte oposición del partido socialista en 1996 a la introducción a nivel central por parte del Partido Popular de medidas semejantes a las incluidas en la LOSC catalana es indicativa de que la cuestión de la sanidad mixta no acaba de aceptarse abierta y mayoritariamente ni por la militancia ni por el electorado socialista.

¹³ Este informe aparece citado por el Ministro García Vargas durante la

respecto a las intenciones pasadas y las recomendaciones para el futuro del equipo ministerial durante la segunda legislatura socialista, que no siempre trascienden a la opinión pública:

Simultáneamente, la mejora pasa por *romper*, al menos parcialmente, *el sistema funcionarial* que ha ido cristalizando año tras año en el sector sanitario y que culminó en los pactos salariales de 1987, en contra de la convicción del equipo del Ministerio que *prefería abrir vías laboralizantes*. La Ley del Estatuto Marco será el momento adecuado, en la próxima legislatura. Su último borrador, *mucho más liberal* que los anteriores, no parece encontrar tantas resistencias como hace unos años. Por último, hay que ir pensando en la *conversión de las entidades gestoras en empresas públicas* de las que dependen los *hospitales y áreas de salud como unidades empresariales independientes unas de otras*. Eso supone la prestación y cobro de servicios entre ellos, *estimulando la competencia interna entre centros públicos y de éstos con los privados*. Como paso previo, debe posibilitarse legalmente que se *concierte con una entidad privada* (en este terreno sólo hay multinacionales) *la gestión de un centro público*, por ejemplo, alguno de los hospitales comarcales actualmente en construcción (MSC, 1989b: 19; el énfasis es mío)

formalización del Acuerdo para constituir una comisión de análisis, evaluación y propuestas para la reforma del Sistema Nacional de Salud en la reunión del CISNS de 4 de junio de 1990, en los siguientes términos, tal y como se refleja en las Actas del CISNS: El Sr. Presidente [del CISNS, cargo ocupado por el Ministro de Sanidad] manifiesta que...se necesita un documento de reflexión general que sirva para planificar con una perspectiva a largo plazo. Recuerda que un equipo de sociólogos dirigidos por el profesor Pérez-Díaz, por encargo del Departamento, han trabajado en ello, y han llegado a la conclusión de que en todos los países que se está estudiando esta materia se llega a un enfoque parecido: los sistemas sanitarios están en una transformación muy rápida y en un proceso de convergencia, que no ha concluido, y que tardará, en su opinión, tres o cuatro años (MSC, 1991a, vol.I: 146)

2.2. La reforma del INSALUD y las competencias de las Comunidades del artículo 143

De hecho, los planes de reforma del estatuto jurídico del INSALUD, para desvincularlo de su papel como entidad gestora de la Seguridad Social y dotarlo de mayor flexibilidad de gestión, se remontan al menos a los primeros meses del año 1987¹⁴, momento en que el equipo ministerial encarga al jurista Santiago Muñoz Machado un "Dictamen emitido a petición del INSALUD sobre las consecuencias de una reforma del régimen del mismo sobre las competencias de las Comunidades Autónomas", informe completado en junio del mismo año (Muñoz Machado, 1987). Merece la pena detenerse a analizar los contenidos de este dictamen, puesto que arrojan considerable luz no sólo sobre los propios planes de reforma del INSALUD, sino además sobre una serie de cuestiones de interés central para esta investigación, como las relaciones de poder entre el Ministerio y el INSALUD, la transición de las cotizaciones de la Seguridad Social a los impuestos como fuente de financiación principal y las intenciones del gobierno socialista sobre las competencias de las Comunidades del artículo 143.

¹⁴ Aunque es en esta fecha cuando los planes del gobierno socialista con respecto al INSALUD pasan a formar parte de las prioridades inmediatas de reforma, existe evidencia de que el objetivo de supresión del INSALUD estaba presente también en el programa implícito de equipo político que ocupa el Ministerio durante la primera legislatura socialista. De hecho, ésta es mi interpretación personal de la enmienda introducida por la UCD durante el debate legislativo sobre el Proyecto de Ley General de Sanidad, que pasa a constituir el disposición transitoria 3ª de la Ley, y cuyo texto es el siguiente: "El INSALUD seguirá subsistiendo y ejerciendo las funciones que tiene atribuidas, en tanto no haya culminado el proceso de transferencias a las Comunidades Autónomas con competencia en la materia". Tanto el contenido de la enmienda, como los comentarios de los representantes del partido socialista y de la UCD sugieren que los planes de supresión del INSALUD eran conocidos por los participantes en el debate, y que la UCD, responsable de la creación de este organismo y del reclutamiento de una parte de sus miembros, intentaba retrasar en lo posible la supresión del mismo

El objetivo específico del encargo, de acuerdo con Muñoz Machado, es dilucidar la siguiente cuestión:

"En concreto, si la liquidación de la organización propia de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, sometiéndola al régimen común de los servicios sanitarios de la Administración del Estado, puede tener consecuencias sobre el reparto de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas...[I]nteresaría determinar [s]i las Comunidades Autónomas que no gozan de autonomía plena, y, por tanto, no tienen atribuidas competencias en materia de Seguridad Social, podrían reclamar para sí...la transferencia inmediata de los servicios" (Muñoz Machado, 1987: 12-3)

En concreto, la preocupación del gobierno con respecto a las posibles reclamaciones de competencias por parte de las Comunidades del artículo 143 se derivan principalmente de las implicaciones posibles de dos reformas que están en proceso de estudio durante el año 1987: la transición al sistema de financiación totalmente con cargo a impuestos y la desaparición del INSALUD como Entidad Gestora de la Seguridad Social.

La puesta en práctica de estas medidas supondría, de acuerdo con el análisis realizado por Muñoz Machado, que la materia competencial denominada 'asistencia sanitaria de la Seguridad Social', desaparecería como tal, dado que se eliminaría toda conexión de los servicios sanitarios con la Seguridad Social, con la excepción de la titularidad de los centros sanitarios (atribuida desde su creación a la Tesorería General de la Seguridad Social). Esta última consideración no sería suficiente para impedir que los servicios sanitarios pasaran a formar parte de la materia competencial denominada 'sanidad e higiene', 'sanidad interior' o simplemente 'sanidad', en la Constitución y otras fuentes legislativas. Teniendo en cuenta que las Comunidades del artículo 143 tienen competencias de desarrollo legislativo y ejecución en materia de sanidad e higiene, pero no tienen competencia alguna en cuanto a la gestión de los servicios de la Seguridad Social, resulta pues comprensible, en estos términos, la preocupación del gobierno socialista en cuanto al tema.

La naturaleza de las reformas en proyecto, así como una primera respuesta de Muñoz Machado al encargo realizado por el gobierno quedan de manifiesto en el siguiente fragmento del Dictamen:

"[E]s un momento idóneo para ensayar una nueva reforma del INSALUD. Lo que desde las propias estructuras de la dirección del INSALUD se está pergeñando como lógico consistiría en extraer de la generalización de la asistencia sanitaria y la traslación del máximo de la carga de su sostenimiento a los Presupuestos del Estado, sus lógicas consecuencias, que seguramente conducirían a decisiones próximas a las siguientes: A) Extinción del INSALUD como entidad gestora de la Seguridad Social, y transferencia de sus funciones a la responsabilidad directa (y menos compartida) del Ministerio de Sanidad y Consumo; B) Financiación plena desde los presupuestos generales del Estado...Lo importante de señalar, no obstante, es que estructuralmente la organización dejaría de ser Seguridad Social, configurándose, más claramente, como 'Sanidad' o 'Administración Sanitaria'" (Muñoz Machado, 1987: 10-12)

El proyecto ministerial de reformar el estatuto jurídico del INSALUD responde a una motivación política inequívoca: la de reforzar el poder del Ministerio de Sanidad, y en concreto, su control directo sobre el INSALUD y su campo de actividades. En este sentido, la situación previa es la siguiente. La naturaleza del INSALUD como Entidad Gestora de la Seguridad Social explica que el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social detente, según el Real Decreto 530/1985 (que regula la estructura orgánica de este Ministerio), una parcela importante del poder de control y tutela sobre las actividades del INSALUD, incluido el control económico de la gestión (Muñoz Machado, 1987: 6). En el mismo sentido, la financiación de la mayor parte de la asistencia sanitaria a través de las cotizaciones a la Seguridad Social supone que el INSALUD recibe directamente los fondos correspondientes, sobre los que el Ministerio de Sanidad no puede ejercer su control.

Las reformas en proyecto comentadas parecen tener como objetivo último, pues, la reducción del poder del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social sobre la asistencia sanitaria, así como la disminución de la autonomía real del INSALUD. un organismo cuyo

personal procede principalmente del periodo franquista (dado que el INSALUD se crea a partir de la escisión del antiguo Instituto Nacional de Previsión¹⁵), así como del reclutamiento de técnicos realizado por la UCD durante sus años en el gobierno. En concreto, y de acuerdo con Elola (1992: 115), la supresión de las cuotas de la Seguridad Social en la financiación de la sanidad supondría que todos los recursos asignados en el Presupuesto del Estado a los servicios sanitarios se canalizarían a través del Ministerio de Sanidad. Ello no sólo reforzaría su poder con respecto al Ministerio de Trabajo y el INSALUD, sino que permitiría también simplificar y racionalizar la estructura administrativa de gestión y gobierno de la sanidad, puesto que supondría unir bajo la autoridad del Ministerio de Sanidad tanto sus propios poderes de planificación y gestión como la capacidad de decisión sobre la financiación y el control de la gestión económica detentados por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Por último, la asunción por parte del Ministerio de Sanidad del poder de decisión sobre los recursos y la gestión económica es percibido por el equipo ministerial como un requisito clave para ejercer un control real sobre las Comunidades con transferencias. De hecho, como hemos visto en capítulos anteriores, los medios jurídicos y políticos de los que dispone el Ministerio para "imponer la coordinación de las actuaciones públicas" (tal y como se interpreta el

¹⁵ El INP fue creado en 1908 a partir de la reforma de la Comisión de Reformas Sociales, creada a su vez a finales del siglo XIX por un grupo de intelectuales, políticos y sindicalistas vinculados a la Institución Libre de Enseñanza. Sobre su importante papel en la formulación de las primeras políticas de bienestar españolas durante la II República, ver mi trabajo anterior (Rico, 1990). Sobre el origen de la Comisión de Reformas Sociales, y sobre las transformaciones que sufre el INP durante la etapa franquista, a partir de la entrada en el mismo de un grupo de funcionarios falangistas, ver la tesis doctoral inédita de Ana Marta Guillen (1996). Un resumen interesante de la trayectoria histórica del INP, que incluye un buen análisis de la etapa de los gobiernos de la UCD, puede encontrarse en Barca (1992). Para terminar, el más detallado y completo análisis histórico de la trayectoria de la Comisión de Reformas Sociales y el INP puede encontrarse en los tres volúmenes de la compilación publicada por el Ministerio de Trabajo y la Universidad de Salamanca (Cuesta, 1988, Montero, 1988; Samaniego, 1988).

principio de Coordinación General Sanitaria en el preámbulo de la Ley General de Sanidad), son en la práctica limitados. Por ello, el control de los recursos financieros se convierte a los ojos de las autoridades sanitarias centrales en un instrumento imprescindible para garantizar la supremacía del Ministerio de Sanidad sobre las Comunidades con transferencias (Elola, 1992: 115). Ello permitiría, por ejemplo, condicionar la cobertura central de los déficits sanitarios autonómicos al ajuste del gobierno autonómico de la sanidad a los principios programáticos del Ministerio.

La paradoja central en este sentido es que la ruptura con el sistema de Seguridad Social, requisito imprescindible para reforzar tanto el poder del Ministerio de Sanidad en relación al INSALUD y al Ministerio de Trabajo, como su control sobre las Comunidades del artículo 151, implica simultáneamente abrir las puertas a la disminución de su poder por la vía de la potencial reclamación de competencias por parte de las Comunidades del artículo 143. Esta paradoja queda claramente ilustrada a lo largo del curioso debate nominalista analizado por Muñoz Machado.

Este autor, redactor principal del Proyecto de la Ley General de Sanidad, ofrece a lo largo de su análisis evidencia de que las implicaciones básicas de una eventual ruptura completa con la Seguridad Social eran conocidas en el momento en que se elabora la reforma sanitaria socialista. Y aún más, que el texto de la Ley General de Sanidad se redactó con el objetivo explícito de evitar la potencial reclamación de transferencias mencionada, aún a costa de sacrificar la adopción completa del modelo de Servicio Nacional de Salud y el propio refuerzo del poder del Ministerio:

[P]orque tenía el legislador, digo, clara consciencia de la aludida consecuencia competencia!, se dispuso a evitarla por no parecerle conveniente...ese acrecentamiento de las competencias sanitarias de las Comunidades de segundo grado o de autonomía no plena...La conclusión es, pues, que, a mi juicio, la Ley General de Sanidad, *de manera consciente*, hizo casi imposible que del cambio de modelo sanitario pudieran derivarse las consecuencias competenciales (ampliación del concepto de Sanidad) que lleva aparejadas Y lo hizo sobre la base de declarar explícitamente que

no se transferirían los servicios sanitarios de la Seguridad Social"
(Muñoz Machado, 1987: 29 y 42)

Debido a las previsiones incluidas en la Ley General de Sanidad¹⁶, Muñoz Machado cree improbable que una mera reforma superficial del estatuto jurídico del INSALUD pueda dar lugar a una ampliación del poder de las Comunidades del artículo 143 (Muñoz Machado, 1987: 34). Sin embargo, si la reforma supone su desaparición como Entidad Gestora de la Seguridad Social, así como la eliminación de las cotizaciones de la Seguridad Social del sistema de financiación sanitaria, sería difícil oponerse a una potencial reclamación de competencias por parte de las Comunidades mencionadas. En palabras del autor, sus conclusiones con respecto a la consulta que le encarga el Ministerio son las siguientes:

"Todo depende básicamente, según se observa, de la medida en que los servicios de la Seguridad Social pierdan su fisonomía, su organización propia, la definición de su origen, la especificidad de sus destinatarios, y se difuminen en la organización sanitaria global. Ello dependerá de la profundidad de la reforma que se está programando, detalle que se desconoce por el letrado que suscribe [este dictamen]...En la medida en que la reforma del INSALUD se acerque a una solución semejante a la descrita, será más difícil negar a las Comunidades Autónomas sin competencias en materia de Seguridad Social una transferencia de los servicios sanitarios de la Seguridad Social invocando la carencia de competencias en esta

¹⁶ En concreto, estas previsiones, según el autor citado, se formulan de un modo explícito en la Disposición Adicional 6ª de la Ley, cuyo apartado primero refleja lo que Muñoz Machado denomina "pirueta consciente del legislador", formulada en los siguientes términos: "Los centros sanitarios de la Seguridad Social quedarán integrados en el Servicio de Salud sólo en los casos en que la Comunidad Autónoma haya asumido competencias en materia de Seguridad Social, *de acuerdo con su Estatuto*". Es importante recordar aquí que la última frase citada, que aparece en cursiva, responde a las enmiendas presentadas por el PNV e introducidas por el gobierno durante la discusión de la Ley en el Senado. Esta frase supone atar las manos al gobierno central ante una eventual decisión futura de transferir las competencias de Seguridad Social por ley orgánica a las Comunidades del artículo 143.

materia, ya que a lo que apelarán las Comunidades es a sus atribuciones en materia de Sanidad. Y será difícil decir que no están en la órbita de la Sanidad, sino de la Seguridad Social, centros que están completamente integrados en la Administración Sanitaria del Estado y que no conservan de la Seguridad Social más recuerdos que los que al origen se refiere" (Muñoz Machado, 1987: 39-40).

Estas conclusiones ayudan a anticipar el resultado final de las reformas proyectadas. Los cambios iniciados a través del Real Decreto 1943/1986, de 19 de septiembre, que centraliza el poder de decisión sobre la mayoría de las competencias ejecutivas y de gestión del INSALUD en las manos del Ministerio¹⁷, no se complementan más adelante con las transformaciones del estatuto jurídico del INSALUD proyectadas, mientras que las cotizaciones de la Seguridad Social tampoco se eliminan completamente del sistema de financiación sanitaria. Además, el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social continúa ejerciendo una cuota de poder significativa en el ámbito sanitario. Un ejemplo de este poder es la decisión final de aumentar sustantivamente el peso de los impuestos en la financiación sanitaria, que según las entrevistas realizadas, correspondió principalmente a la iniciativa del Ministro de Trabajo Joaquín Almunia.

Por último, el poder de decisión sobre los recursos financieros asignados a la sanidad y sobre el control de la gestión económica de la asistencia sanitaria no se transfieren al Ministerio de Sanidad, sino que pasan del Ministerio de Trabajo al de Economía y Hacienda (Elola, 1992: 115). De hecho, el Ministerio de Sanidad sigue siendo a finales de los años 90 un órgano con un poder sobre las decisiones sanitarias relativamente débil, puesto que la capacidad de decisión sobre varios aspectos claves de los servicios sanitarios recae en otros Ministerios. Si a esto unimos la falta de apoyo a los Ministros de

¹⁷ El Ministerio pasa a detentar, en el plano formal y según refleja el texto del Real Decreto, el poder de decisión sobre asuntos ejecutivos y de gestión que antes estaban en manos del INSALUD, como la compra de bienes y servicios, los conciertos con entidades privadas, la gestión de personal, y la dirección de los centros sanitarios.

Sanidad socialistas por parte del Presidente del Gobierno en caso de conflicto con el Ministerio de Economía y Hacienda, y la frecuente falta de sintonía política entre el Ministerio y el INS ALUD, se puede concluir que el Ministerio disfruta de una autonomía política limitada durante el periodo de estudio. En la práctica, esta baja autonomía política del Ministerio puede quizás contribuir a explicar su menor capacidad de innovación e iniciativa en relación a las Comunidades Autónomas con competencias.

2.3. El debate sobre la 'reforma de la reforma' en los años 90

Tras la aprobación de la ley catalana, y la proposición parlamentaria del CDS de abrir un debate sobre la 'reforma de la reforma', en enero de 1991 se constituye de hecho, y por iniciativa del Ministro de Sanidad, la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud, más conocida como *Comisión Abril*, dado que es presidida por Fernando Abril Martorell, un miembro destacado de los gobiernos centristas presididos por Adolfo Suárez, en los que ocupó los puestos de Vicepresidente del gobierno para asuntos económicos (julio 1977-febrero 1978), Ministro de Economía (febrero 1978-abril 1979) y Ministro de Agricultura (julio 1976-julio 1977).

Esta comisión, cuyo objetivo explícito es evaluar los problemas del SNS y diseñar la correspondiente 'reforma de la reforma', se organiza en una serie de subcomités de estudio e investigación sobre los principales problemas del Sistema Nacional de Salud. La comisión inicia además un amplio proceso de consulta, que incluye a las principales asociaciones profesionales y técnicas, a conocidos expertos y a personalidades relevantes del ámbito sanitario, mientras que emite su informe final en julio de 1991¹⁸.

¹⁸ *Informe y Recomendaciones de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud*, julio 1991. El trabajo de investigación y estudio realizado por las subcomisiones designadas por la Comisión Abril ha sido criticado desde fuentes expertas de diversa filiación política por no haber generado apenas

El Informe recomienda una re-estructuración del Sistema Nacional de Salud que siga las líneas generales de las propuestas sobre competencia gestionada, y conceda una atención prioritaria a los aspectos organizativos y de gestión. El Informe incluye también un par de recomendaciones muy controvertidas, referidas respectivamente a la introducción de un 'tictlaet moderador' o sistema de co-pago por parte de los usuarios como medida para controlar la demanda de atención sanitaria, y a la reducción de la gratuidad de los fármacos consumidos por los mayores de 65 años, con el objetivo de evitar el fraude y el abuso de recetas de pensionistas. Estas dos medidas pronto pasan a constituir el centro del debate público sobre el Informe, así como la base principal de las críticas y del rechazo político y social a las recomendaciones de reforma contenidas en el Informe.

La presentación del Informe en el Parlamento es seguida unos meses más tarde por su discusión en el CISNS. El Presidente y Vicepresidente de la Comisión Abril (Fernando Abril Martorell y Enrique Costas Lombardía respectivamente) habían ya comparecido en el Consejo en julio de 1990 para presentar sus proyectos con respecto a la evaluación y reforma del Sistema Nacional de Salud. En septiembre de 1991 se presenta el Informe y se discuten sus recomendaciones. El CISNS acuerda aprobar un documento de apoyo a las conclusiones de la Comisión Abril, en el que se hace constar:

El convencimiento de que la mejora de la calidad de los servicios implica ineludiblemente una mayor autonomía y flexibilidad en la

información nueva sobre el Sistema Nacional de Salud, ni haber descendido al nivel de los profesionales sanitarios y de gestión (*front-liners*) que disponen de la información verdaderamente relevante sobre los problemas reales que afectan al sistema público. La biblioteca de la Escuela Nacional de Sanidad dispone de un archivo completo sobre los documentos que se generan durante el proceso de elaboración del Informe Abril, que incluyen la correspondencia personal entre las personalidades políticas más relevantes que participaron en este debate. Este archivo no ha sido aún explotado por los investigadores sociales. Mi propia descripción del proceso político través del que se aprueba el Informe Abril procede de un análisis no sistemático de este archivo, así como de otras fuentes que se explicitadas en la nota siguiente.

gestión de los servicios sanitarios a todos los niveles, cuyas formas deben definirse en el debate señalado (parlamentario). Estas nuevas formas deben constituir la mejor garantía de la buena utilización de los recursos económicos dedicados a la sanidad...

El compromiso de poner en común cuantas iniciativas y actuaciones se vayan promoviendo desde las diferentes Administraciones en ejercicio de sus competencias sanitarias, con el fin de facilitar las modificaciones precisas en el ámbito de la gestión... (MSC, 1991a, vol.ii: 70)

Las resoluciones incluidas en este documento reflejan el consenso existente entre los responsables políticos directos del gobierno de la sanidad sobre la conveniencia de introducir las nuevas formas de organización y gestión que constituyen el núcleo de las propuestas del Informe Abril. Este consenso incluye, con escasos matices, a políticos y expertos de todo signo político vinculados a los gobiernos autonómicos, como demuestran las medidas aprobadas por las Comunidades Autónomas durante los años 90, incluidas algunas de las gobernadas por el PSOE. Estas medidas se discuten en el próximo apartado.

El consenso relativo entre las autoridades políticas con competencias sanitarias directas y sus asesores técnicos no es compartido a nivel político y social general. De hecho, la presentación del Informe a la opinión pública a través de la prensa supone la apertura de un amplio y controvertido debate político y social, que se centra casi exclusivamente en las dos medidas más polémicas del informe, mencionadas más arriba¹⁹. En la misma línea,

¹⁹ El análisis que sigue se basa principalmente en el estudio del exhaustivo archivo de prensa recogido por el Ministerio de Sanidad, que incluye las principales publicaciones diarias y periódicas nacionales y autonómicas. Mi análisis, realizado durante los meses de julio y agosto en el propio Departamento de Prensa del Ministerio, cubre el período diciembre 1990-julio 1992. Agradezco a Marcos Peña, entonces Director General de Evaluación, y al Departamento de Prensa del Ministerio tanto su permiso para explotar el archivo como los medios que pusieron a mi disposición. Para una versión resumida de los argumentos expuestos en el texto, ver, por ejemplo, EL PAÍS (1991): 'El Gobierno frena la

sus recomendaciones, relativamente moderadas desde una perspectiva internacional comparada, se presentan frecuentemente como impulsoras de una privatización radical del Sistema Nacional de Salud, lo que no contribuye precisamente a que las propuestas de reforma ganen adeptos.

De hecho, en contraste con el amplio consenso social y político conseguido en Cataluña para la aprobación de una reforma muy semejante, las recomendaciones de la Comisión encuentran una dura oposición de las organizaciones sociales, la opinión pública, y los partidos políticos de izquierdas, incluido un sector importante del PSOE. Tal y como ocurre en otros países con el nuevo modelo internacional, las recomendaciones de la Comisión se rechazan sobre la base de que persiguen la privatización del sistema sanitario público, una interpretación ideológica que no responde a la definición técnica del término 'privatización'²⁰. Como consecuencia de la fuerte oposición pública al proyecto, el debate se salda con el bloqueo de la

reforma del Sistema Nacional de Salud por temor a la crispación social'. 27 de septiembre: 1 y 22.

²⁰ En este sentido, es ilustrativa la siguiente afirmación de Francisco José Villar, destacado defensor del derecho administrativo en la organización y gestión de los servicios sanitarios públicos: "El cambio en la gestión de la sanidad que representan los ejemplos descritos debe entenderse en sus justos términos. No se trata de un caso de privatización de los servicios públicos. Esta consiste en la reducción de la actividad pública de producción y distribución de servicios mediante el traspaso, en ocasiones la devolución, de esta función a la iniciativa privada" (Villar, 1994: 269). El autor se refiere en esta cita a los cambios en la organización y gestión de los servicios introducidos por las Comunidades Autónomas en los años 90, contemplados en términos semejantes en el Informe Abril. De hecho, si consideramos estas reformas y propuestas desde una perspectiva internacional comparada, se puede afirmar que el objetivo principal de estas reformas consiste en mejorar la gestión pública sanitaria a través de la consecución de una mayor flexibilidad en su organización y gestión, *como alternativa a la gestión privada* de la sanidad. En contraste, en otros países europeos las reformas emprendidas durante los años 90 se dirigen principalmente a disminuir el peso del sector público sanitario con respecto al sector privado. Este argumento se desarrolla con más detalle en el capítulo 10. Sobre las definiciones diferentes del término 'privatización', y la carga ideológica que conllevan, ver también Oranaglia (1996).

reforma y la dimisión del Ministro de Sanidad, partidario de muchas de las propuestas del Informe Abril²¹.

Sin embargo, a pesar de este fracaso formal en el primer intento de cambio global en la política sanitaria central, durante los años 90 tanto el propio gobierno socialista como varias Comunidades Autónomas introducen una serie de transformaciones significativas en el marco institucional y los instrumentos de gestión prevalentes en el Sistema Nacional de Salud que están en la línea de las nuevas propuestas de reforma. En contraste con la estrategia seguida en el caso del Informe Abril, la introducción de estas medidas adquiere escasa visibilidad de cara a la opinión pública, mientras que se realiza un esfuerzo político importante para presentarlas como medidas operativas coherentes con la reforma sanitaria socialista, en vez de como reformas políticas sustantivas. A pesar de ello, la generalización de estas medidas de organización y gestión innovadoras permite afirmar que los años 90 representan un cierto desplazamiento de los objetivos prioritarios de la Ley General de Sanidad.

²¹ En cuanto a la dimisión de García Valverde, aunque no existe evidencia concluyente, las entrevistas y conversaciones personales mantenidas para la elaboración de esta tesis doctoral apuntan a la interpretación siguiente. Como es sabido, la dimisión fue forzada, y se produjo tras estallar un escándalo sobre las presuntas actividades delictivas del Ministro durante su paso por RENFE, vinculadas a las necesidades de financiación del partido. Aunque pueda parecer extraño, una hipótesis mantenida por diversas fuentes es que la trascendencia de los hechos a la opinión pública se debió a la denuncia realizada por un representante local del sector guerrista del PSOE. Aunque la denuncia pudo responder a luchas de facciones internas al partido, estimuladas por el estallido del caso Guerra durante los primeros meses del año 1990, las declaraciones explícitas del Ministro en apoyo a medidas de reforma consideradas neoliberales tanto por el propio sector guerrista como por una parte importante del electorado del PSOE quizá jugaran algún papel en el lanzamiento del escándalo político y la posterior destitución del Ministro. En el mismo sentido, y de acuerdo con la evidencia disponible, la salida de García Valverde del Ministerio podría interpretarse también como una manera de liberar al partido socialista de las posibles consecuencias electorales de la protesta política y social que se articula en torno al Informe Abril

En este sentido, el énfasis dominante durante los años 80 en la expansión del sector público sanitario, en los derechos de los pacientes y en la equidad, es sustituido en los 90 por nuevos objetivos programáticos, entre los que adquieren un protagonismo central la eficiencia y la flexibilidad en la gestión y organización de los servicios, la introducción de las prácticas del sector privado y la reducción del gasto sanitario público. Un ejemplo interesante del impacto del cambio de objetivos sobre las prácticas operativas de gestión utilizadas a nivel central es la introducción del contrato-programa en el sector hospitalario, como primer paso para conseguir el objetivo político a medio plazo de separar el aseguramiento del derecho a atención sanitaria (financiación y compra) de la provisión de servicios. Este contrato se aplica por primera vez en 1992 en forma de experimento piloto, mientras que en 1993 se lanza de forma definitiva en el territorio INSALUD²².

²² El contrato-programa se introduce a través del Real Decreto 858/1992, de 10 de julio, desarrollado a través de la Orden Ministerial de 28 de octubre de 1992 y la Resolución de 4 de diciembre de 1992. Una excelente revisión del contenido, objetivos y consecuencias de la introducción de los contratos programas en España puede encontrarse en González López-Valcarcel et al. (1995) y Martín Martín (1996a). El análisis de los distintos Real Decretos y Ordenes de modificación y definición de la estructura orgánica del Ministerio y el INSALUD emitidos entre 1986 y 1992 pone de manifiesto que ésta es la primera vez que se revierte la centralización del poder del INSALUD a manos del Ministerio impulsada a través del Real Decreto 1943/1986, de 19 de septiembre, comentado más arriba. De hecho, este Real Decreto sigue vigente hasta la aprobación del RD 987/1991, de 21 de junio, emitido por García Valverde, que no modifica la división de poderes entre el Ministerio y el INSALUD sancionada en 1986. Es importante señalar, en este sentido, que es la Orden de 28 de octubre de 1992 la que pone en la práctica la devolución al INSALUD de algunos de los poderes de gestión detentados por el Ministerio entre 1986 y 1992. Esta redistribución de poder a favor del INSALUD, realizada por el equipo ministerial dirigido por Orinan, no se modificará hasta 1994, poco después del nombramiento de Ángeles Amador en sustitución de Griñán. En este sentido, el Real Decreto 1415/1994, de 25 de junio y la Orden de 2 de noviembre de 1994, que lo desarrolla, descentralizan algunos de los poderes devueltos al INSALUD en 1992 a las Direcciones Territoriales (una por Comunidad Autónoma) del INSALUD, creadas por el Real Decreto 348/1993, de 5 de marzo

La introducción del contrato-programa responde a un cambio previo importante a nivel estratégico. En este sentido, el Real Decreto 858/1992, de 10 de julio, de re-estructuración del Ministerio de Sanidad y Consumo, establece por primera vez de un modo explícito la necesidad de separar de un modo gradual las funciones de financiación (a cargo del Ministerio), compra (en manos del INSALUD) y provisión de servicios (a cargo de hospitales públicos y concertados), y de estimular la competencia entre centros proveedores. Un cambio aún más significativo incluido en el Real Decreto es la redefinición del papel del sector privado en el Sistema Nacional de Salud. Este último aspecto, aunque poco importante a nivel práctico, supone un cambio relevante a nivel programático.

Conviene detenerse aquí para analizar brevemente la posición del partido socialista con respecto al tema concreto de la participación del sector privado en la provisión de servicios sanitarios públicos dentro del Sistema Nacional de Salud durante los años 80. Como se ha analizado anteriormente, la posición mayoritaria dentro del partido con respecto a los centros privados al inicio de los años 80 es semejante a la mantenida por el partido comunista, y se centra en la supresión progresiva de su papel dentro del sistema público, a través de la extensión de la oferta pública de servicios. Esta medida es coherente con el modelo de Servicio Nacional de Salud defendido a nivel programático por ambas formaciones políticas. Sin embargo, desde fechas muy tempranas coexiste dentro del partido socialista una corriente de opinión minoritaria favorable al mantenimiento del sector privado concertado dentro del sistema público, modelo que se califica generalmente como sanidad mixta o provisión mixta de servicios. Esta última corriente de opinión es compartida por figuras prominentes dentro del primer gobierno socialista, y especialmente, por los Ministros de Sanidad y Educación.

Como resultado de esta diferencia de opiniones, la Ley General de Sanidad, aunque afirma entre sus objetivos explícitos la progresiva sustitución del sector privado concertado por centros públicos, es considerablemente ambigua al respecto. Como hemos visto en apartados anteriores, el apoyo a la sanidad mixta va ganando progresivamente adeptos a partir de los últimos años 80 dentro del

partido y del equipo de gobierno de la sanidad a nivel central. De hecho, el porcentaje del gasto sanitario público canalizado a través de los centros privados concertados sólo disminuyó significativamente durante la primera legislatura socialista (Costas y López Casanovas, 1988: 23T)²³. Así, mientras que el porcentaje del gasto sanitario público utilizado en financiar la provisión privada de servicios aumentó del 15% en 1975 al 22% in 1980 (Coll, 1980: 191), en consonancia con los objetivos políticos de la UCD, este porcentaje volvió a caer al 15% al final de la primera legislatura socialista, manteniéndose a este nivel hasta 1993 (López Casanovas, 1993: 19). Tanto estas cifras, como un análisis detallado del debate legislativo de la Ley General de Sanidad muestran que, a pesar de los objetivos formales de la Ley a este respecto, no existe voluntad política desde un primer momento para llevarlos a la práctica, es decir para sustituir gradualmente el sector concertado por centros públicos. Sin embargo, la posición del gobierno socialista con respecto a la provisión privada tampoco llega a contemplar, al menos explícitamente, durante estos años, un aumento del peso de la provisión privada en el Sistema Nacional de Salud. En la misma línea, el real decreto de 1992 no pretende ampliar el papel del sector privado, sino simplemente legitimar políticamente el mantenimiento en los mismos términos de su situación de hecho. Es por este motivo por el que se defiende más arriba que los cambios introducidos en 1992 van a tener una escasa relevancia práctica, en el sentido de que no pretenden cambiar la estructura de la provisión de servicios.

²³ La disminución del gasto en los centros concertados durante la primera legislatura socialistas es muy notable. Según los cálculos de estos autores, entre 1982 y 1987 este gasto se reduce en un 40%, aunque los cambios en los criterios contables del INSALUD durante este periodo pueden quizá relativizar este porcentaje. Las afirmaciones de estos autores apoyan, además, los argumentos desarrollados en el texto: Es preciso señalar que esta tendencia [a la disminución del gasto en servicios concertados y al aumento paralelo del gasto comente en los centros públicos] es plenamente congruente con el objetivo explícito del gobierno de extender la red propia y realizar un uso cada vez menor de los servicios concertados. Este objetivo, en apariencia, ha sido, al menos parcialmente, abandonado por el actual equipo dirigente del Ministerio de Sanidad y Consumo (Costas y López, 1988. 237)

Sin embargo, el Real Decreto 858/1992, de 10 de julio, sí supone un cambio sustantivo en los objetivos programáticos del partido socialista a nivel estratégico. De hecho, supone la introducción de la filosofía implícita de las recomendaciones del Informe Abril, que habían sido rechazadas explícitamente por el gobierno de cara a la opinión pública. En concreto, a través del Real Decreto, el gobierno socialista renuncia explícitamente al objetivo de la Ley General de Sanidad de sustituir gradualmente el sector privado concertado por centros públicos, mientras que legitima políticamente su papel en el Sistema Nacional de Salud, definiéndolo por primera vez no sólo como un papel complementario, sino también sustitutivo con respecto a los centros sanitarios públicos²⁴ (Martín Martín, 1996a). Un último aspecto que conviene mencionar a este respecto se refiere a la baja visibilidad política de los cambios estratégicos mencionados. Mientras que las medidas incluidas en el Real Decreto tienen escasa repercusión ante la opinión pública, el programa electoral del PSOE para las elecciones de junio de 1993 sigue manteniendo los objetivos políticos defendidos durante los años 80, en el sentido de restringir la participación de la iniciativa privada a un papel complementario dentro del Sistema Nacional de Salud (Boñigas, 1993). La dualidad de la postura socialista en cuanto a este aspecto parece responder a las

²⁴ Ver el artículo 15 del Real Decreto 858/1992, citado por Martín Martín (1996a: 199). Este autor menciona además el proceso de transformación del status de algunos hospitales concertados, cuyo papel se declara explícitamente sustitutivo a lo largo de 1993. Estos hospitales son la Fundación Jiménez Díaz, el Hospital Gregorio Marañón, el Hospital de Jove (Gijón), el Hospital General de Murcia y el Hospital Clínico de Canarias (Lamata, 1994; citado por Martín Martín, 1996a: 200). Los términos 'complementario' y 'sustitutivo', que proceden de la microeconomía, quizá requieren una breve explicación. Por 'complementario' se entiende principalmente 'residual', dentro del debate político español: la idea es relegar a los centros concertados a un papel subsidiario dentro del sistema público, especializado en la prestación de servicios menores que no son ofrecidos por los centros públicos (de ahí el término 'complementarios'). En contraste, el término 'sustitutivo' se utiliza para designar el papel de los centros privados concertados que ofrecen los mismos servicios que los centros públicos, por lo que pueden competir con ellos en igualdad de condiciones para cubrir la demanda de atención médica de los usuarios.

diferencias entre los miembros del gobierno (que adoptan progresivamente el nuevo paradigma internacional), y la mayor parte de la militancia y el electorado del PSOE, que apoyan el carácter plenamente público de los servicios con una considerable intensidad (dado el carácter emblemático de esta cuestión, discutido en el capítulo 3).

Volviendo a la descripción de los cambios que se introducen en 1992, los objetivos estratégicos y operativos tanto del contrato como de la separación de funciones son los siguientes (González et al., 1995; Martín Martín, 1996a):

-1. Delimitación más clara de las responsabilidades de cada nivel de gestión, lo que permite que el Ministerio y el INSALUD concentren y especialicen sus esfuerzos en la planificación y definición de objetivos estratégicos, y en la supervisión y control del grado de cumplimiento efectivo de los mismos, respectivamente;

- 2. Definición explícita del nivel de actividad esperado de los servicios sanitarios contratados por las autoridades sanitarias públicas, así como de los costes asociados a diversos niveles de actividad, con el objetivo de facilitar la evaluación del rendimiento de los centros, la asunción de responsabilidades de gestión por parte de los mismos, y el control del gasto;

- 3. Concesión de un mayor nivel de autonomía a los hospitales en las tareas operativas de gestión, lo que supone un primer paso hacia la descentralización de la gestión a los centros sanitarios; así como supeditación de sus ingresos a la consecución de los objetivos anuales pactados en el contrato²⁵.

²⁵ En cuanto al aumento de autonomía de los centros, las medidas adoptadas son las siguientes (Martín Martín, 1996a: 193 y 199). En primer lugar, en 1993 se descentralizan a los hospitales los créditos para la compra y gestión de la alta tecnología médica (RMN, TAC, Litotricia, Diálisis y Medicina Nuclear). Según la entrevista que realicé con el Jefe de Servicio de Inmunología del Hospital Puerta del Hierro (Dr.LAreisler) en 1995, esta medida ha supuesto la reducción de hasta un 40% de los precios ofrecidos por los proveedores, que antes incorporaban los intereses de demora previsibles en un sistema de compras centralizado. En segundo lugar, se ha descentralizado también el control sobre los gastos variables de personal (horas extras, sustituciones, eventuales, etc.).

Los objetivos a medio plazo que se pretenden conseguir con estos cambios son precisamente la separación completa de las funciones de financiación, compra y provisión, la descentralización de poder a los centros sanitarios y el estímulo a la competencia y competitividad de los hospitales públicos y concertados. En este sentido, el contrato-programa supone sólo el primer paso hacia la consecución de estos objetivos. Por ejemplo, en cuanto al tema de la financiación prospectiva, requisito clave para conseguir el resto de objetivos señalados, el contrato-programa se limita a sentar los primeros pasos en este sentido, al introducir un primer sistema sencillo de clasificación de hospitales según sus niveles de actividad, copiado del sistema utilizado en Cataluña desde la primera mitad de los años 80 para establecer las tarifas de los hospitales concertados.

Este sistema, a pesar de sus limitaciones, implica una mejora sustantiva de la financiación hospitalaria, que se realiza previamente en base al sistema de pago retrospectivo utilizado tradicionalmente en el INSALUD. Este sistema retrospectivo, que supone la financiación de los hospitales de acuerdo con su nivel de gasto efectivo en el pasado, es, tal como ha sido repetidamente mencionado en la investigación sobre el tema, tanto ineficiente como inequitativo, como veremos en más detalle en el capítulo 8. Por último, resulta interesante mencionar que tanto el contrato-programa como este primer esquema sencillo de financiación prospectiva son adoptados

Aunque no he podido localizar ninguna evaluación oficial de los efectos de esta medida, las entrevistas realizadas con personal de los Equipos de Atención Primaria apuntan a una importante reducción del absentismo laboral, dado que los centros pueden apropiarse de los ahorros derivados de una mejor gestión de estos gastos variables. En cuanto a la dependencia de los ingresos de los hospitales de su grado de cumplimiento de los objetivos del contrato programa, aunque se ha tomado una primera medida en este sentido, que supone descentralizar el control del cumplimiento de objetivos a las Gerencias de los centros, no se ha puesto en práctica todavía ningún sistema de penalización de los incumplimientos, ni se ha hecho realidad tampoco la medida proyectada de permitir que los centros que cumplen los objetivos se apropien de los ahorros generados (Martín Martín, 1996a; Amén, 1997).

también a principios de los años 90 por varias Comunidades Autónomas con el INSALUD transferido²⁶.

El segundo paso previsto en esta dirección, bastante más ambicioso, sería la introducción de presupuestos prospectivos en los hospitales. De hecho, la financiación prospectiva propiamente dicha supone ajustar el sistema de pago a la estimación previa de los costes asociados a la resolución de las distintas patologías atendidas en el hospital, en relación con el grado de complejidad de las mismas o *case-mix*. La financiación prospectiva se basa en el desarrollo de sistemas de clasificación de pacientes, liderado por los Estados Unidos, donde estos sistemas reciben la denominación de *Diagnostic Related Groups (DRGs)* o grupos de diagnóstico relacionados, adaptados posteriormente en Gran Bretaña, donde se conocen como *Patient Management Categories (PMCs)* o categorías de gestión de pacientes. En este sentido, las primeras investigaciones y desarrollos de los DRGs en España se deben a los trabajos de la fundación catalana IASIST. En la misma línea, estos instrumentos de gestión se utilizan por primera vez tanto en la Comunidad Valenciana como en Cataluña en los primeros 90, en la forma de experimentos piloto, mostrando excelentes resultados en el control del gasto²⁷.

De otro lado, el País Vasco es la primera Comunidad que inicia en 1994 la introducción de estos instrumentos de gestión en los contratos-programa (Martín Martín, 1996a: 196), medida que se extiende progresivamente a todos los hospitales vascos durante el periodo 1994-1997 (Arrien, 1997). Mientras que el País Vasco adopta los PMCs, Cataluña aprueba un Decreto a finales de 1996 que supone que todos los hospitales pasan a ser financiados en base a una

²⁶ El contrato se introduce también en Andalucía, País Vasco y Galicia (González López-Valcarcel et al., 1995: 11), mientras que el inicial sistema sencillo de financiación prospectiva diseñado en Cataluña (basado en la escala UBA de actividad) se introduce en Andalucía (EVA), en el INSALUD (UPA) y en el País Vasco (UCA). Para una comparación de estos sistemas, ver el excelente análisis de Puertas et al. (1995).

²⁷ Para una análisis detallado de los resultados obtenidos por el nuevo sistema de financiación prospectiva de hospitales introducido en Valencia en 1991 ver Peiró (1992), citado por Ortún (1993).

adaptación de los DRGs realizada por un grupo de investigadores de la Universidad Pompeu Fabra. Por último, tanto la Subdirección General de Atención Especializada del INSALUD como el Servicio Andaluz de Salud emprenden durante la segunda mitad de los años 90 la fase inicial de desarrollo de DRGs y de aplicación de los mismos a las cuentas de resultados de los hospitales (Martín Martín, 1996a).

3. Innovaciones organizativas y de gestión a nivel autonómico

Como los anteriores párrafos ponen de manifiesto, la reforma catalana aprobada en 1990 tiene también un considerable impacto en el resto de Comunidades Autónomas. En primer lugar, la sustitución del derecho administrativo clásico por fórmulas de derecho público más flexibles y cercanas al derecho privado en la regulación del *Servei CATALA de la Salut* es adoptada por varias Comunidades Autónomas entre 1992 y 1994. Además, las nuevas formas de organización y gestión no sólo se utilizan para regular los Servicios de Salud, sino que se aplican también a varios centros y servicios sanitarios públicos. Por último, otra serie de medidas innovadoras en la misma línea son puestas en práctica por las Comunidades durante estos años, como pasamos a analizar a continuación.

3.1. *La regulación de los Servicios Regionales de Salud en los 90*

Con respecto a la primera de las innovaciones mencionadas en el párrafo anterior, las Comunidades de Asturias, Baleares, Castilla y León, y Murcia eligen la figura de ente de derecho público para regular sus Servicios de Salud en tanto organismo gestor²⁸ de los

²⁸ Es importante aclarar aquí que el término 'Servicio de Salud de las Comunidades Autónomas' o 'Servicio Regional de Salud' se utiliza en la Ley General de Sanidad para designar dos tipos de instituciones muy distintas. En primer lugar, el término se emplea para definir al conjunto de organizaciones dedicadas a la asistencia sanitaria pública en la Comunidad Autónoma, lo que incluye las instituciones administrativas y de gobierno de la sanidad, y los centros

servicios sanitarios. Además, estas cuatro Comunidades y Canarias adoptan también un artículo de la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña, referido a las fórmulas de gestión integrada o compartida por entidades privadas²⁹, cuya adopción a nivel por parte del gobierno central en 1996 va a resultar altamente polémica, como veremos a continuación. El texto original del artículo de la ley catalana, adoptado con pocas modificaciones por estas cinco Comunidades y posteriormente por el gobierno central, es el siguiente:

Para el ejercicio de las funciones... [de gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios] el Servicio Catalán de la Salud podrá: (1) Desarrollar las referidas funciones directamente...(2) Establecer acuerdos, convenios, concertos y fórmulas de gestión integrada o compartida con entidades públicas y privadas. (3) Formar consorcios de naturaleza pública con entidades públicas o privadas sin afán de lucro, con intereses

y servicios sanitarios públicos encargados de la provisión directa de servicios. Es en este sentido en el que la Ley General de Sanidad define el Sistema Nacional de Salud como constituido por el conjunto de Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas. En segundo lugar, el término Servicio Regional de Salud se utiliza también para designar a la entidad que detenta las funciones de gestión rectoras sobre los centros proveedores de servicios sanitarios públicos y concertados. Bajo esta acepción, tomada del Servicio Vasco de Salud-Osalaidetza, los Servicios Regionales de Salud se definen como la organización homologa al INSALUD a nivel autonómico. Salvo expresa mención en el texto, hay que entender que las Comunidades Autónomas respetan esta doble definición del término en sus leyes de creación de los Servicios de Salud autonómicos. De hecho, y tal como se deriva del análisis de las medidas autonómicas, todas las leyes autonómicas aprobadas con posterioridad a la Ley General de Sanidad se sujetan a la doble definición sentada en la misma, excepto las de Baleares y Castilla y León.

²⁹ Sobre la naturaleza jurídica de estos Servicios de Salud, ver artículo 5.1. de la Ley 1/1992 del Principado de Asturias, art. 5.1 de la ley 4/1992 del Gobierno Balear, art. 38.2 de la Ley 1/1993 de la Junta de Castilla y León, art.21.1 de la Ley 4/1994 de la Comunidad de Murcia, y los art.45 y 50.1 de la Ley 11/1994 del Gobierno de Canarias. Sobre las fórmulas e instrumentos jurídicos de gestión integrada o compartida con entes privados, ver los artículos 4.3 y 4.4. de la Ley 1/1992 (Asturias); art. 7.2 y 7.3 de la Ley 4/1992 (Baleares); art.22.6, 38.4, 55.8 y Disposición Adicional 5^a de la Ley 1/1993 (Castilla y León); art 24 de la Ley 4/1994 (Murcia), y art 51.2 y 51.3 de la Ley 11/1994 (Canarias)

comunes o concurrentes, que podrán dotarse de organismos instrumentales, si procede. (4) Crear o participar en cualesquiera otras entidades admitidas en derecho, cuando así convenga a la gestión o ejecución de los servicios y actuaciones. (Art. 7.2 de la LOSQ)

A pesar de estos rasgos compartidos, resulta conveniente destacar que existen diferencias importantes entre las leyes de creación de los Servicios de Salud de estas Comunidades. En este sentido, Asturias, Canarias y Murcia demuestran en el texto de sus respectivas leyes una aproximación a las nuevas formas de gestión más compatible con los principios rectores de la Ley General de Sanidad. Así, la ley del Principado de Asturias afirma explícitamente en su artículo 4.4 que la participación de entidades privadas con ánimo de lucro en la gestión de centros públicos tendrá carácter excepcional, en los siguientes términos:

Únicamente en casos excepcionales plenamente justificados y previa comunicación a la Comisión de Acción Social y Asistencial de la Junta General del Principado, la gestión y administración de los centros y servicios ... [públicos] podrá ser realizada mediante el establecimiento de acuerdos, convenios o fórmulas de gestión integrada o compartida con entidades privadas

Hay que notar también que el Servicio Canario de Salud constituye una excepción a la pauta señalada de definición jurídica de los Servicios Regionales, dado que se crea en este caso como organismo público, pero al que se autoriza, desde la propia Ley, con notable flexibilidad, para organizarse luego, para la concreta prestación de servicios y ejecución de funciones que tiene asignadas, mediante todas las diversas formas que conoce el ordenamiento jurídico, tanto de naturaleza pública como privada, así como para acordar, convenir o concertar con otros agentes, como se afirma en la exposición de motivos de la ley. Debido a esta razón, y a la omnicompreensiva definición en el articulado de la ley de las nuevas formas de organización y gestión, parece conveniente clasificarla

entre las medidas legislativas que reflejan la capacidad de innovación de las Comunidades.

Sin embargo, la propia definición del Servicio de Salud como organismo público sienta una primera diferencia entre esta ley y el grupo de leyes autonómicas que se analizan a continuación. De hecho, un análisis global de la ley permite afirmar que tanto éste, como otros aspectos de la misma, denotan un respeto considerable a la prioridad concedida a lo público en la Ley General de Sanidad. La preocupación principal que refleja la ley canaria es la de aumentar la eficiencia de la gestión pública a través de medios principalmente públicos, lo que marca un claro contraste con otras iniciativas autonómicas tomadas durante este periodo, para las que la principal prioridad es sustituir en lo posible la gestión pública por fórmulas de gestión privada o mixta. Esta preocupación principal aparece descrita en los siguientes términos en la exposición de motivos de la Ley 11/1994:

Por último, la Ley refleja el interés, creciente entre nuestros ciudadanos, por la mejora *de la gestión pública*. Superado el debate relativo a la publicación (*sic.*) versus privatización, nuestros ciudadanos reclaman una mejora, en términos de eficiencia y eficacia, en la administración de los recursos públicos...Esta preocupación por la eficiencia y la eficacia *sin romper*, como ya hemos dicho, *con la sujeción al derecho público*, se pone de manifiesto en el modelo organizativo elegido, y en *te matizaciones que a la gestión pública ordinaria se establecen, que son las impredecibles* para que el Servicio pueda contribuir a la mejora de la calidad de la asistencia que reciben nuestros ciudadanos...Así mismo, en la organización elegida se establece *un sistema de utilización y gestión única de los recursos de titularidad pública, que serán todos gestionados por el Gobierno de Canarias...*

Por último, la ley murciana puede ser también clasificada en el grupo de medidas autonómicas respetuosas con los principios generales de la Ley General de Sanidad. Aunque en esta ley no se encuentran declaraciones de objetivos políticos tan explícitos como los descritos en el caso de Asturias y Canarias, su enfoque general es netamente diferente de las dos leyes que se comentan a continuación,

la balear y la castellano-leonesa. Un ejemplo en este sentido es la redacción del artículo dedicado a las nuevas formas de organización y gestión, al que se añade al final una cláusula indicativa de la preocupación por el aumento de la discrecionalidad a que puede dar lugar la utilización de fórmulas de derecho público cercanas al derecho privado: En cualquier caso, se establecerán las disposiciones necesarias para garantizar la máxima transparencia y los principios de publicidad y equidad (art. 24 de la Ley 4/1994)

De otro lado, Castilla y León, y en menor medida, Baleares, muestran una postura más distante, o incluso claramente opuesta a algunos de los principios de la Ley General de Sanidad. En primer lugar, las dos Comunidades eligen los términos respectivos 'Sistema de Salud de Castilla y León', y 'Sistema Sanitario Público de Baleares' para designar el conjunto de actividades, servicios y recursos sanitarios de la Comunidad Autónoma, con lo que se pretende probablemente establecer un paralelo, en vez de una subordinación, con respecto al Sistema Nacional de Salud. En el caso de Baleares, este sistema, al que se adscriben los centros y servicios sanitarios existentes en la Comunidad Autónoma, se define como de carácter público e intracomunitario fundamentalmente en la exposición de motivos de la ley, mientras que el órgano gestor de este Sistema se denomina 'Servicio Balear de Salud'.

Sin embargo, en el caso de Castilla y León, las actividades y funciones que se asignan en otras leyes autonómicas a la Consejería o al Servicio de Salud se atribuyen al Sistema de Salud de Castilla y León (art.8), al que se adscriben también los centros y servicios de la Comunidad Autónoma y de los entes locales, así como los del INS ALUD una vez sean transferidos. Además, el órgano gestor del Sistema, denominado 'Gerencia Regional de Salud', no adquiere carta de naturaleza propia, puesto que sus funciones gestoras superiores

pueden ser transferidas a otras entidades públicas y privadas³⁰. Como prescribe el artículo 7.3 de la ley:

La gestión y administración de las actividades, servicios y recursos adscritos al Sistema de Salud de Castilla y León corresponde a la Consejería de Sanidad y Bienestar Social, o en su caso, a la Gerencia Regional de Salud u otras entidades que pudieran constituirse mediante convenios, conciertos u otros acuerdos a suscribir con otras Administraciones o entidades de derecho privado

Otros rasgos que distancian a estas dos leyes del modelo sentado en la Ley General de Sanidad son los siguientes. En primer lugar, aunque de redacción ampliamente ambigua en cuanto a este aspecto, ambas leyes parecen permitir la integración automática de todos los centros privados existentes en la Comunidad al sistema público de salud o red de utilización pública de la Comunidad (ver art. 3, apartados F y G de la Ley balear 4/1992, y art.7.1, 15.2 y 24 de la Ley 1/1993 de Castilla y León). En este caso, la ley balear es mucho más explícita que la de Castilla y León. De hecho, los artículos citados de la Ley 1/1993 de Castilla y León no mencionan explícitamente a los centros privados, sino tan sólo fórmulas genéricas como los centros y servicios de salud de la Comunidad Autónoma ; mientras que el Capítulo IV de la ley (art.29-32), sobre la colaboración con la iniciativa privada, reproduce con pocas variaciones el texto de la Ley General de Sanidad al respecto. De nuevo, la exposición de motivos de la ley castellano-leonesa es algo más explícita que su articulado:

³⁰ Los objetivos políticos en este sentido aparecen claramente especificados en la exposición de motivos de la Ley: La Gerencia Regional de Salud se desarrollará en el tiempo, a medida que se produzcan las transferencias de las entidades locales y de la Administración del Estado, *pudiendo administrar servicios propios, especialmente en el periodo transitorio. Sin embargo, serán otros entes (públicos, privados o mixtos), emplazados fundamentalmente en las área, de salud, los llamados a gestionar*, de manera profundamente descentralizada, *los servicios sanitarios* de Castilla y León (las cursivas son mías)

Así mismo, se constituye *la red asistencial de utilización pública, forma alternativa a los conciertos tradicionales*, que asegure una oferta estable y solvente de servicios hospitalarios en Casulla y León. No es la *única fórmula prevista para la colaboración de la iniciativa privada en el Sistema de Salud de Castilla y León*. Otras son la diversidad y pluralidad de formas gestoras, a las que nos hemos referido, y la posibilidad de vinculaciones y contratos especiales para personas e instituciones en función de su calidad profesional y científica (las cursivas son mías)

Por último, otros puntos en los que la ley castellano-leonesa se aleja de la regulación básica sentada por la Administración central de un modo notorio son los siguientes. En primer lugar, la previsión de acceso del personal laboral que presta sus servicios en el sistema sanitario público (incluido el personal del INSALUD tras los trasposos) al status de funcionario a través de concurso de méritos en vez de concurso-oposición (Disposición Adicional 4^a). En segundo lugar, la Disposición Transitoria 8^a prescribe que el coordinador del Equipo de Atención Primaria será designado por la Comunidad Autónoma, un asunto que da lugar a importantes controversias entre las Comunidades Autónomas y la Administración central a lo largo de los años 80 y 90³¹. No es de extrañar, pues, tras el análisis realizado, que la Ley 1/1993 de Castilla y León sea recurrida en 1994 ante el Tribunal Constitucional por la Administración central, convirtiéndose así en la primera ley autonómica en materia de organización de la asistencia sanitaria recurrida por el gobierno central.

³¹ En cuanto al contenido y evolución de estas controversias, ver la propuesta de la Ponencia sobre médicos titulares del CISNS, y aprobada en el Pleno del Consejo el 14 de diciembre de 1987 (MSC, 1988d 129) , así como los coméntanos de Elola (1993- 136).

3.2. Innovaciones organizativas en la regulación de los centros sanitarios públicos

En la misma línea que las medidas mencionadas, el Partido Nacionalista Vasco inicia a principios de los años 90 la redacción de un documento programático que responde al objetivo de servir de guía para acometer la 'reforma de la reforma'. El documento está basado en principios estratégicos semejantes a los que orientan la reforma catalana, y es aprobado por el Parlamento Vasco en junio de 1993³². Al igual que en el caso catalán, las medidas incluidas en el documento vasco implican la separación orgánica de las funciones de financiación, compra y provisión de servicios, la utilización de figuras cercanas al derecho privado en la regulación de los órganos de gestión y de los centros proveedores, y la contratación externa de servicios al sector sanitario sin ánimo de lucro (Fernández, 1993; Villar, 1994). Este documento sienta las bases del proyecto de ley que comienza a ser discutido en el Parlamento Vasco a finales de 1996. Una medida previa, de la misma orientación, es la creación en 1992 de la sociedad anónima Alta Tecnología Sanitaria, vinculada al Servicio Vasco de Salud.

También el gobierno andaluz introduce durante estos años varias medidas operativas de orientación similar. En este sentido, existe evidencia de que los planes iniciales del gobierno andaluz, tal y como aparecen reflejados en la prensa desde los primeros meses de 1991³³, incluían la consideración de reformas estratégicas similares a las aplicadas en Cataluña y el País Vasco. Es interesante destacar, en este sentido, la fuerte oposición de Izquierda Unida y los sindicatos

³² El documento tiene el título de "Estrategias de cambio para la sanidad vasca", y constituye la más ambiciosa de las propuestas políticas de cambio en la regulación de las estructuras organizativas sanitarias hacia modelos de derecho privado, porque supone la regulación de todos los centros asistenciales vascos como sociedades públicas sujetas al derecho privado. Sobre los contenidos de la reforma, ver Fernández (1993) y Villar (1994).

³³ Ver, por ejemplo, El País (1991): La Junta de Andalucía proyecta implantar un sistema de gestión del SAS similar al de la sanidad catalana, 18 de febrero: AN2

tanto a las reformas estratégicas mencionadas como a las medidas operativas de menor alcance que se introducen durante los años subsiguientes³⁴. Esta oposición resulta tanto más interesante si se analiza en el contexto del consentimiento otorgado por estos agentes sociales a la LOSC catalana, que representa una reforma mucho más ambiciosa que la andaluza (Cernadas, 1994).

En la misma línea política que la seguida por el gobierno central para introducir las reformas incluidas en el Real Decreto 858/1992, el gobierno andaluz cambia sus planes de reforma estratégica por la introducción de una serie de cambios operativos de menor visibilidad política³⁵. La primera medida proyectada consiste en crear una sociedad anónima para gestionar los servicios de emergencia andaluces, propuesta que es rechazada por el propio gobierno andaluz

³⁴ Ver, por ejemplo, El País (1992): 'Todos los sindicatos se unen contra la política sanitaria del gobierno andaluz', 4 julio: 28. Los sindicatos que expresan su oposición abierta a los proyectos de reforma de la Consejería son CCOO, UGT, SATSE, CSIF y la Federación Andaluza de Sindicatos médicos (FASAM). El motivo concreto de las quejas expresadas en el artículo citado, se refiere a la creación de una empresa de emergencias sanitarias como empresa pública, medida que se comenta a continuación. La razón última de la oposición sindical a esta medida, es, en palabras de los sindicatos, y tal como aparecen mencionadas en el artículo, la sospecha de que la creación de esta entidad 'es la experiencia piloto para dismantelar totalmente el SAS', mientras que las centrales 'acusar al Consejero de querer convertir la sanidad en un holding de empresas públicas'. Sobre la postura de Izquierda Unida al respecto, el debate en la prensa sobre el Informe Abril deja de manifiesto su oposición a las nuevas formas de organización y gestión que están siendo introducidas en el Sistema Nacional de Salud. Aunque no he tenido acceso a evidencia documental directa sobre su oposición a los proyectos de la Junta de Andalucía, las entrevistas realizadas ponen de manifiesto que su postura es semejante a los sindicatos. Un hecho significativo de la posición de IU en fechas posteriores es la movilización iniciada por esta formación política en 1997 en contra de la creación en Madrid del hospital de Alarcón como fundación pública. En este sentido, ver El País (1997): 'IU llama a la movilización contra el hospital de Alarcón', 28 de febrero, Supl.Madrid: 6.

³⁵ Sobre el diseño, puesta en práctica y resultados de estas medidas operativas, ver la tesis doctoral inédita de José Martín Martín (1996b), profesor y consultor de la Escuela Andaluza de Salud Pública y activo participante, debido a la conexión entre la Escuela y el SAS, en el diseño y evaluación oficial de las medidas mencionadas.

en 1992, como resultado de las divisiones internas entre los socialistas andaluces y de la oposición citada de los sindicatos y otras fuerzas políticas a las medidas proyectadas. La alternativa finalmente puesta en práctica a este respecto consiste en la creación en 1994 de una empresa pública como entidad de derecho público sujeta a normas de derecho privado (Villar, 1994).

La segunda de las propuestas va en la misma línea que la anterior, y consiste en la creación en 1992, como experimento piloto, del Hospital Costa del Sol, para el que se elige la figura jurídica de ente público sujeto al derecho privado (D.A. 18^a de la Ley 4/1992 de 14 de marzo; Decreto 104/1993), y que incorpora las más modernas técnicas privadas de gestión. Las primeras evaluaciones de los resultados obtenidos por este hospital ofrecen un excelente balance en el corto plazo, en términos de la disminución de costes y el aumento en la calidad de los servicios (Martín Martín, 1996b; Pérez, Carretero, Martín y López, 1997). Sin embargo, en el medio plazo los responsables de la gestión prevén problemas importantes, detectados también en el marco de la reforma catalana, y derivados principalmente de un potencial aumento simultáneo de los costes y de la discrecionalidad en las decisiones (Martín Martín, 1997).

Por último, la tercera medida supone la introducción progresiva durante el período 1991-3 de un sistema de incentivos al desempeño para los gerentes de hospitales y centros de salud, como complemento a la implantación del contrato-programa. La introducción de ambas medidas supone que el cobro de incentivos por los gerentes se hace depender de su grado de cumplimiento de los objetivos incluidos en el contrato-programa, mientras que sus resultados individuales a este respecto se incluyen en un ranking de hospitales y centros de salud al que se da publicidad regularmente. El nuevo sistema de incentivos, que pretende servir de proyecto piloto para su aplicación futura a la financiación de los centros sanitarios, es sometido a evaluación en 1994, mostrando excelentes resultados en la mejora de la eficiencia de gestión de los centros sanitarios (Martín Martín, 1996b y 1996c).

La creación de centros hospitalarios bajo nuevas formas de organización que suponen un cambio en el status jurídico de los hospitales hacia fórmulas más flexibles que las de la administración

pública tradicional se extiende también a otras Comunidades Autónomas. Ejemplos de estas iniciativas son el hospital Fundación Vería en Galicia, la Fundación Manacor en Baleares y el Hospital de Alcorcón en Madrid. En cuanto a la introducción de sistemas de incentivos al desempeño, es importante mencionar la iniciativa vasca de introducción de incentivos vinculados a la reducción de las listas de espera en 1992, cuyos resultados, evaluados en 1997, muestran que, a pesar del aumento de la actividad quirúrgica cercano al 500%, las listas de espera permanecen estables (Jiménez y Ceclaga, 1997).

Además de las iniciativas mencionadas, los años 90 suponen en España una aceleración considerable en la introducción de mejoras en la gestión de los centros a nivel autonómico. Frecuentemente, estas innovaciones no responden tanto a proyectos políticos centralizados, sino a la capacidad de iniciativa de los responsables de gestión de los hospitales, áreas y centros de salud, respaldada a posteriori por los responsables políticos a nivel autonómico y central. Entre las más relevantes, hay que mencionar la descentralización de la gestión en atención primaria iniciada en Mallorca en 1994 (Castillo, 1995), cuyos resultados han sido objeto de evaluación posterior (Pomar et al., 1997). Dentro también de las medidas impulsadas en la atención primaria, resulta interesante el programa de priorización de inversiones en función de las necesidades sanitarias de las áreas de salud aplicado durante la década de los 90 en la ciudad de Barcelona (Gil, Pasará et al., 1997), así como los resultados de la introducción del contrato en la atención primaria en Cataluña, que suponen un aumento del grado de implantación de actividades preventivas dirigidas a la población de mayor riesgo (Gil, Iglesias et al., 1997).

Otras medidas relevantes que se lanzan durante estos años, y cuya evaluación posterior presenta resultados positivos, son las siguientes. De un lado, la introducción de programas de hospitalización a domicilio han demostrado su capacidad de reducir los costes y aumentar la satisfacción de los pacientes, sin afectar los resultados clínicos, tanto en la Comunidad Valenciana como en Cataluña (uterino et al., 1997; Guitart et al., 1997). De otro lado, el nuevo modelo de atención especializada ambulatoria, basada en los hospitales pero con una preocupación nueva por la coordinación entre

el hospital y el Equipo de Atención Primaria, ha demostrado ser capaz de reducir las derivaciones al hospital (Lacasa et al., 1997). Sin embargo, las evaluaciones realizadas hasta el momento no permiten afirmar todavía que la disminución de las derivaciones responda a un aumento de la capacidad resolutoria de la atención primaria, en vez de al objetivo de disminución de la carga de trabajo y de los costes a nivel hospitalario.

3.3. Innovaciones en la regulación del acceso a los servicios

Como vimos en el capítulo anterior, una de las innovaciones más importantes introducidas por las Comunidades Autónomas en cuanto a los derechos de los ciudadanos con respecto al Sistema Nacional de Salud es la modificación del alcance y la regulación de las medidas de universalización de la asistencia incluidas en la Ley General de Sanidad. Las Comunidades pioneras en este sentido son Cataluña y Navarra. De hecho, la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (Ley 15/1990, de 9 de julio) introduce, entre otras innovaciones, la universalización del acceso a todos los residentes en la Comunidad (independientemente de sus recursos económicos y su nacionalidad) como principio informador de la Ley (art.2.c.), mientras que prescribe que la ejecución efectiva de este derecho deberá hacerse en el plazo máximo de seis meses después de la entrada en vigor de la misma (D.A.9³).

Navarra incluye a continuación las mismas medidas en su Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud³⁶, mientras que

³⁶ Aunque las dos leyes se aprueban con pocos meses de distancia, la catalana se elabora más de un año antes que la Navarra. De hecho, el Anteproyecto de Ley catalán se presenta y discute en el CISNS en diciembre de 1988. Aunque los comentarios generales de los representantes de la Administración central son favorables al Proyecto, el Ministro de Sanidad anuncia al final del debate que la aprobación de la Ley catalana deberá tener en cuenta las sugerencias que emitirá el Ministerio con respecto a su compatibilidad con la Ley General de Sanidad (MSC, 1991a, vol.r.181). Es importante mencionar, a este respecto, que en la reunión del CISNS del 7 de febrero de 1990, en la que Navarra presenta su

desarrolla legislativamente esta medida por el Decreto Foral 71/1991, de 21 de febrero, que se convierte en una pieza legislativa pionera en el Estado español. Para las personas con recursos económicos suficientes, el decreto foral prescribe que, "a fin de garantizar que el acceso a la asistencia sanitaria pública lo sea en condiciones de equidad e igualdad efectiva" (art.7.1.), deberán participar en la financiación del sistema sanitario público. La cuantía de la aportación de este colectivo a la financiación, de acuerdo al decreto navarro, "no podrá exceder del equivalente a la cuantía que representen las cuotas e ingresos... [de otros regímenes aseguradores libres u obligatorios que cubran la asistencia sanitaria, tanto públicos como privados] en la financiación del gasto sanitario público en Navarra" (art.7.2).

Los contenidos de este decreto, que modifica lo previsto en la Ley General de Sanidad, son copiados casi textualmente, unos meses más tarde, por Cataluña, tal como aparece reflejado en el Decreto 178/1991, de 30 de julio de la Generalitat. Aunque la redacción de esta disposición es considerablemente ambigua en ambos casos, la mención a las contribuciones del colectivo mencionado a otros regímenes aseguradores privados o parapúblicos parece abrir la puerta a la introducción futura de la competencia entre compañías aseguradoras dentro del sistema público de financiación sanitaria. Esta medida, derivada directamente de algunas versiones del paradigma de la competencia gestionada, se introduce por primera vez en el ámbito europeo a principios de los años 90 en Holanda, a través de la reforma Delalaer. La aparición explícita de esta medida en los debates políticos españoles se produce durante la campaña electoral de 1993, a través de su inclusión en los programas electorales del Partido Popular y Convergencia i Unió. Los términos en los que aparece descrita la propuesta en el programa del Partido Popular refuerzan la hipótesis de la existencia de una conexión entre

Anteproyecto de Ley de Salud, el Director General de Alta Inspección del Ministerio entrega al representante navarro una copia de los informes de los órganos de la Administración del Estado con respecto al Proyecto de Ley catalán (MSC, 1991a, vol.II: 119). Ello puede contribuir a despejar las dudas navarras sobre la actitud del Estado ante la aprobación de una medida como esta, que modifica lo previsto en la Ley General de Sanidad.

las medidas de universalización aprobadas en Navarra y Cataluña y la competencia entre aseguradoras, mientras que ilustran también el impacto de las innovaciones autonómicas sobre los programas de gobierno a nivel central:

[E]l programa de sanidad del Partido Popular establece como líneas básicas de actuación: ...Un modelo de salud mixto en el que coexistan el Sistema Nacional de Salud, las entidades colaboradoras, actualizando su normativa [MUFACE, ISFAS, etc.], las entidades de Seguro Libre, y las compañías de seguros de reembolso. En este sentido, se introducirá gradualmente la tarjeta sanitaria individual para universalizar totalmente la cobertura sanitaria con financiación pública... [En este sentido], [e]l programa de Gobierno del PP se propone: ...la libertad de elección para todos los ciudadanos entre las cuatro modalidades asistenciales³⁷

Resulta interesante recordar aquí que la emergencia durante los años 90 de la propuesta de introducir competencia entre aseguradoras públicas y privadas dentro del sistema sanitario público permite al PP (y a los partidos de derecha en general) cambiar la postura previa con respecto a la universalización que este partido mantiene durante los años 80, y en concreto, durante los debates parlamentarios sobre el Proyecto de Ley General de Sanidad. De hecho, como vimos en el capítulo 3, el único grupo parlamentario que defiende la universalización completa de la asistencia sanitaria pública, es decir, el acceso gratuito del colectivo de no cotizantes a la Seguridad Social con recursos económicos suficientes, es el Partido Comunista, como consecuencia de su apoyo al modelo original de Servicio Nacional de Salud.

³⁷ La cita proviene del fragmento referido a la sanidad del programa del PP a las elecciones generales del 6 de junio de 1993, reproducido y comentado, junto con los programas del resto de formaciones políticas, por Lluís Boñigas (1993). En cuanto a los términos, bastante más tímidos, en los que CiU describe la misma propuesta, reproduzco directamente los comentarios del autor citado: CiU hace un guiño a los que cotizan a un seguro privado: 'se propugnerà...una transformación gradual...en un sistema mixto...evitando la doble cotización' (Bohígas, 1993: 2).

En este contexto, la derecha no se constituye en representante de los derechos de este colectivo, integrado fundamentalmente por empresarios y profesionales liberales, debido fundamentalmente a su defensa prioritaria de la iniciativa privada en el ámbito del aseguramiento sanitario. La propuesta de la competencia entre aseguradoras permite, pues, hacer compatibles en la práctica la defensa de la universalización completa con los presupuestos ideológicos sobre la iniciativa privada de la derecha. Este es un ejemplo más de la naturaleza y efectos prácticos del paradigma de intervención pública en sanidad que emerge durante los años 90.

Volviendo al tema de las medidas de universalización autonómicas, es importante enfatizar aquí que, a pesar de su papel innovador en cuanto al colectivo de no cotizantes a la Seguridad Social *con* recursos económicos suficientes, ninguna de las dos Comunidades mencionada regula explícitamente en sus disposiciones legislativas las condiciones y plazos de acceso de las personas *sin* recursos económicos a los servicios. Navarra no menciona siquiera a este colectivo en ninguna de sus medidas, mientras que Cataluña se limita a afirmar que su integración debe sujetarse a la normativa estatal sobre el tema. Esta actitud es coherente con las dudas expresadas por el Conseller Trías en la reunión del 24 de mayo de 1989 del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud sobre la posibilidad real de llevar a la práctica en Cataluña el Real Decreto sobre la universalización aprobado a nivel central. Trías enfatiza, en este sentido, los problemas financieros que pueden derivarse de esta medida, especialmente gravosos en Cataluña, donde los servicios sanitarios de la beneficencia están a cargo de los Ayuntamientos, y no de las Diputaciones, lo que supone una mayor dificultad para llevar a cabo los convenios pertinentes con los mismos que garanticen la financiación (MSC, 1991a. vol.II: 32).

Por último, la iniciativa Navarra y catalana de introducción de la universalización del acceso a todos los residentes en la Comunidad, con independencia de sus recursos económicos, en la Ley de Salud o de creación del Servicio Regional de Salud, es seguida más tarde por Asturias (Ley 1/1992, de 2 de julio), Castilla y León (Ley 1/1993, de 6 de abril). Murcia y Canarias (Ley 4/1994, y Ley 11/1994,

respectivamente, ambas aprobadas el 26 de julio). Sin embargo, ninguna de estas Comunidades ha desarrollado hasta la fecha esta medida. Con la excepción del caso de Canarias, este hecho se explica probablemente en razón a que la ejecución de una medida de este tipo excedería sin duda las competencias asumidas por la Comunidad, puesto que afecta de lleno a la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

4. El sistema nacional de salud en la segunda mitad de los años 90

La segunda mitad de los 90 se abre en España con el inicio de varios debates paralelos sobre nuevas alternativas de reforma que suponen dotar de un mayor protagonismo al sector privado en el ámbito sanitario. La primera medida en este sentido es la reforma de la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña, que se aprueba en el Parlamento Catalán en septiembre de 1995, un día antes del inicio de la campaña electoral para las elecciones autonómicas de 1995. La medida más innovadora incluida en esta reforma es la posibilidad de concertar los servicios de atención primaria con sociedades cooperativas de médicos, una estructura organizativa de larga tradición y buenos resultados en otros países europeos, como Gran Bretaña y Suecia³⁸.

La segunda medida adoptada durante el periodo es la concesión a una empresa privada de la atención hospitalaria en la comarca de

³⁸ Conviene mencionar aquí que el caso español, en el que los médicos de atención primaria son personal asalariado incluido dentro de la estructura funcionaría! del sector público, es un caso desviado dentro del contexto de la regulación internacional de la atención primaria. De hecho, una de las críticas principales contra el modelo socialista de reforma de la atención primaria, emitida desde una perspectiva progresista por algunos de los expertos más prominentes sobre el tema en España, es la preservación de este modelo, que ignora las experiencias positivas internacionales con modelos de organización que preservan la autonomía de los médicos de atención primaria con respecto al sector público (Gervás y Ortún, 1997; Gervás, 1996a y 1996b; Ortún y Gervás, 1996a y 1996b).

Aleira (Valencia), en régimen de monopolio, una medida que ha atraído protestas por parte de los partidos de izquierdas y los sindicatos. Una medida semejante se discute durante estas fechas para la localidad de Torrevieja. Ambas medidas resultan especialmente significativas debido a las declaraciones del entonces portavoz de sanidad del Partido Popular, Enrique Fernández Miranda, de que el ejemplo de Valencia sería extendido a toda España en caso de ganar el Partido Popular las elecciones. El intento del gobierno valenciano de abrir los puestos de gestión en los hospitales públicos a profesionales del sector privado, sin embargo, es invalidado jurídicamente³⁹.

Estas declaraciones previas del Partido Popular pasan a adquirir un carácter formal y programático a partir de su inclusión en el programa electoral del partido, que plantea además objetivos más ambiciosos. En primer lugar, de acuerdo con su programa electoral, este partido pretende establecer conciertos con todos los hospitales privados españoles, cuando a mediados de los años 90 tan sólo el 10% de los mismos están concertados con el sistema público. En segundo lugar, pretende introducir la competencia entre aseguradoras, semejante al modelo MUFACE, lo que supone que el Estado financia los servicios, pero delega la función de compra en aseguradoras privadas de acuerdo a la elección del paciente y a criterios de competitividad económica⁴⁰. Esta última medida forma también parte

³⁹ Ver EL PAÍS (1996): El PP ensaya en Valencia un modelo de sanidad privada con fondos públicos. Una empresa construirá y gestionará el único hospital en un área de 250.000 vecinos , 1 de febrero: 26 y EL PAÍS (1996): Oposición y sindicatos arremeten contra el PP por hacer negocio con la salud , 2 de febrero: 30.

⁴⁰ Ver el artículo de El País (1996), cuyo título es a la vez un resumen de su contenido: Recambio o retroceso; los autores de este artículo analizan las propuestas del PP sobre la sanidad pública y descartan la fundamental: financiación pública y aseguramiento privado , 13 de enero: 24; y El País (1996): El PP pretende que todos los hospitales privados tengan conciertos con la sanidad pública , 8 de febrero: 21. Las mutualidades de funcionarios, como MUFACE e ISFAS, disponen en realidad de un monopolio en tanto aseguradoras de estos colectivos, que no pueden optar por el aseguramiento proporcionado por la Seguridad Social. Los colectivos integrados en las mismas sí que disponen, sin

del programa electoral de CiU en las elecciones autonómicas de 1995, así como de los programas de ambos partidos a las elecciones generales de 1993, como vimos más arriba.

La trayectoria del Partido Popular durante sus primeros meses en el gobierno parece sugerir, sin embargo, que estas medidas incluidas en su programa no se van a llevar a la práctica durante su primera legislatura en el gobierno, en parte debido a la fuerte oposición política y social al aumento del protagonismo del sector privado con ánimo de lucro en el Sistema Nacional de Salud. La primera señal de la moderación de las propuestas de los populares es la personalidad del primer Ministro de Sanidad popular, Romay Beccaria, de orientación considerablemente moderada con respecto a las propuestas previas de su partido, en el sentido de primar en mayor medida la continuidad de los rasgos estructurales principales del Sistema Nacional de Salud⁴¹.

Volviendo al tema de la moderación del programa sanitario del Partido Popular tras las elecciones de marzo de 1996, es importante mencionar la trayectoria seguida por los proyectos de reforma presentados a la opinión pública durante el año 96. La primera medida tomada por el nuevo equipo ministerial se limita a profundizar en la dirección sentada por el Decreto 858/1992, de estructura orgánica del Ministerio de Sanidad. De hecho, el 24 de mayo de 1996, el Consejo de Ministros aprueba el nuevo Decreto de estructura orgánica del Ministerio, en el que se refuerza la separación entre las funciones de aseguramiento, planificación y financiación, en manos

embargo, de capacidad de opción sobre los centros sanitarios en los que prefieren ser atendidos, que pueden ser tanto públicos (los de la Seguridad Social) como privados (los integrados en varias compañías que se originan como cooperativas o asociaciones empresariales sin ánimo de lucro, como ASISA). Sobre el funcionamiento de MUFACE existe una tesis doctoral aún no publicada íntegramente (Pellisé, 1996), cuyos contenidos son resumidos parcialmente por la propia autora en González López-Valcarcel, Barber y Pellisé (1996).

⁴¹ Sobre los proyectos expuestos por el Ministro Romay a la prensa tras su designación, ver El País (1997): Romay pretende una reforma consensuada del sistema sanitario, 7 de mayo: 18 y El País (1997): El PP prevé cambiar la situación jurídica y funcional de médicos y centros del INSALUD. 14 de mayo: 28

del Ministerio, y las de compra y provisión de servicios, en manos del INSALUD. La autonomía y el poder de este último organismo, por último, se refuerzan considerablemente, mientras que su posición administrativa pasa de la figura de Dirección General a la de Secretaría General⁴².

La segunda de estas medidas está contenida en el Decreto-Ley 10/1996, de 17 de junio, que autoriza la gestión de centros públicos a través de entidades sujetas al derecho privado. Esta medida es muy distinta cualitativamente de las anunciadas en el programa electoral del partido, y su alcance es más restringido. Además, el texto original del decreto-ley, que admitía la delegación de la gestión a empresas privadas, se corrige dos días más tarde de su publicación en el BOE para eliminar la mención explícita a la posible titularidad privada de las entidades gestoras de los centros sanitarios, ante la fuerte oposición política y social que sigue a la presentación de la medida legislativa en el Parlamento⁴³.

Es importante mencionar, en este sentido, que el texto del artículo único que contiene el decreto-ley está copiado directamente de la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña, mientras que el propio artículo de la LOSC se incluye, bajo diversas versiones, ya comentadas, en varias leyes autonómicas aprobadas entre 1992 y 1994. De otro lado, en cuanto a las leyes autonómicas mencionadas, la oposición política y social a nivel autonómico, si existe, no trasciende a la opinión pública a nivel central. Resulta paradójico, en este línea, que una medida semejante aprobada a nivel central aglutine una oposición importante en su contra por parte de los sindicatos y los partidos de izquierda, liderada por el propio partido socialista⁴⁴, que durante su

⁴² Sobre la medida mencionada, ver El País (1996): El gobierno separa las funciones del Ministerio de Sanidad y el INSALUD, 25 de mayo: 33.

⁴³ El País (1996): 'El PP rectifica y dice que no dejará en manos privadas la gestión de la sanidad pública. Romay asume este compromiso al explicar la corrección de un decreto en el B.O.E.', 28 de Junio: 30. Es importante mencionar aquí que la corrección sustantiva de los contenidos de una medida legislativa o reglamentaria publicada en el B.O.E. es de una legalidad dudosa, hecho que motiva las preguntas parlamentarias de la oposición sobre el tema.

⁴⁴ Sobre la posición oficial del PSOE sobre los proyectos del PP en 1996, ver

estancia en el gobierno, no sólo da su aprobación a la ley catalana, sino que se muestra también favorable a la utilización de fórmulas mixtas en la gestión de los centros sanitarios. Las diferencias señaladas entre las preferencias del gobierno socialista y las de su electorado pueden ayudar a explicar el cambio de postura del partido socialista tras su paso a la oposición.

Como consecuencia de la fuerte oposición parlamentaria desatada a raíz de la aprobación del decreto-ley, el Ministro de Sanidad garantiza en el pleno del Congreso del 28 de junio que la gestión de los centros quedará bajo titularidad pública. De otro lado, el Ministro se compromete a tramitar posteriormente el decreto como Proyecto de Ley, para permitir un mayor debate parlamentario, así como la introducción de enmiendas por los partidos en la oposición. De hecho, el Ministro cumple posteriormente su promesa, y el debate parlamentario sobre las propuestas de reforma del PP se inicia en la subcomisión de sanidad del Congreso en septiembre de 1996, propuestas que serán aprobadas por el parlamento, ya en forma de ley, durante la primavera del año 1997.

Por último, el segundo semestre del año 1996 se abre con la discusión pública sobre dos esquemas de copago de servicios por los usuarios propuestos por las autoridades sanitarias catalanas, y tomados en consideración por el Ministerio de Sanidad. Estas propuestas atraen también la oposición de la izquierda y los sindicatos⁴⁵, mientras que las encuestas de opinión oficiales

la entrevista realizada a la ministra Ángeles Amador, reproducida en El País (1996): 'La desigualdad ante los problemas de salud es la más desesperante'. Ángeles Amador, 46 años, tres hijos, tiene un perfil infrecuente en un político acepta competir en convicciones, pero no en frases deslumbrantes , 9 de febrero: 20.

⁴⁵ Sobre las propuestas concretas de CiU, ver El País (1996): El vicepresidente catalán pide que el paciente corra con más gastos en fármacos y servicios , 3 de julio: 26. Sobre los términos en los que el Ministerio de Sanidad considera las propuestas catalanas, así como sobre la oposición de sindicatos y partidos de izquierda, ver El País (1996): El ministro de Sanidad valora las propuestas de Trías en medio de una protesta general. Sindicatos y asociaciones amenazan con movilizaciones en contra de los recortes sanitarios . 4 de julio: 28 y Ángeles Maestro (1996): La privatización en marcha . en Tribuna Libre, El

presentadas en la prensa muestran que dos tercios de la población están en contra de cualquier modalidad de tictaet moderador. En este sentido, y para terminar, las actitudes respectivas del Partido Popular, los partidos en la oposición, los sindicatos y asociaciones sociales y la opinión pública durante 1996 parecen sugerir que las medidas de reforma que se aprueben durante los años inmediatamente posteriores al periodo de estudio en el que se enmarca esta investigación no se alejarán sustancialmente de las medidas ya aprobadas durante la primera mitad de esta década en varias Comunidades Autónomas. En otras palabras, cualquier paquete de medidas de reformas que vayan más allá de este modelo, más orientado a la mejora de la gestión y provisión públicas que a su sustitución progresiva a manos de empresas privadas con ánimo de lucro, encontrará probablemente en España obstáculos políticos importantes que amenazarían su viabilidad, dadas las preferencia intensas de una amplia minoría del electorado y de los líderes políticos por la preservación de los rasgos principales del Sistema Nacional de Salud.

5. Conclusiones. La capacidad de reforma e innovación de las Comunidades

Las conclusiones que pueden extraerse del análisis realizado en este capítulo y en el anterior sobre el papel de las Comunidades Autónomas en el proceso de formulación y ejecución de políticas sanitarias en España son las siguientes. El estudio de la política sanitaria española durante el periodo 1986-1996 permite afirmar que las Comunidades se muestran considerablemente más dinámicas que la Administración central tanto en la ejecución de las medidas incluidas en la Ley General de Sanidad como en la introducción de innovaciones⁴⁶ organizativas y de gestión y en la definición de los

Mundo, 10 de julio: 6-7..

⁴⁶ Resulta interesante señalar aquí que los resultados de una encuesta Delphi realizada a un reducido grupo de expertos en economía de la salud y en el sistema sanitario español durante los últimos meses de 1995 apoya las conclusiones

derechos de los ciudadanos con respecto al Sistema Nacional de Salud.

La mayor capacidad de reforma y de innovación de las Comunidades es plenamente coherente con las expectativas teóricas al respecto desarrolladas en la literatura internacional sobre el tema, y revisadas en el capítulo 4. Entre los factores que pueden ayudar a explicar el dinamismo de las Comunidades, merecen mención especial los mayores incentivos políticos de los ejecutivos autonómicos, derivados en parte de la importante posición que ocupa la asistencia sanitaria dentro de los presupuestos autonómicos, así como su importancia para promover la legitimación de las Comunidades de cara a los ciudadanos; la mayor facilidad para acceder a la información relevante sobre necesidades sanitarias y características de la oferta a nivel autonómico; el acceso de personal más joven y mejor formado a los puestos de responsabilidad política y de gestión⁴⁷; las menores inercias burocráticas que afectan a los recién creados Servicios de Salud autonómicos; la mayor facilidad para crear redes estables de relaciones con los grupos de expertos, las asociaciones profesionales y los agentes sociales a nivel autonómico; y las relaciones de competencia y cooperación entre los gobiernos autonómicos.

principales de la tesis a este respecto: 80% de los expertos consultados consideran que los efectos globales de la descentralización son positivos, en el sentido de aumentar la innovación y el dinamismo en la formulación y ejecución de políticas, así como de promover la mejora de la gestión en el Sistema Nacional de Salud (Herceetal., 1995:3).

⁴⁷ Aunque no existen datos comparativos al respecto por Comunidades Autónomas sí que existe alguna evidencia que apunta en este sentido. En primer lugar, Chuliá (1991) destaca como factor explicativo del éxito relativo del gobierno vasco la formación específica recibida por los responsables de Osalidetza en sus estudios de especialización en el extranjero. En segundo lugar, sorprenden los datos con respecto al ejecutivo catalán incluidos en la tesis doctoral de Jordi Matas, según los cuales más del 80% de los altos cargos en Cataluña han realizado estudios de especialización postgraduada (100% de los del Departamento de Sanidad), mientras que un tercio de los mismos han realizado masters en dirección y administración de empresas en ESADE o el IESE. Además, un tercio de los que han realizado estudios de postgrado lo han hecho en el extranjero (Matas, 1995: 104-5).

Un hecho importante que se deriva de la capacidad de innovación de las Comunidades es la introducción en el Sistema Nacional de Salud de formas organizativas y de gestión semejantes a las utilizadas en el sector privado. Esta tendencia no sólo es perceptible en el campo sanitario, sino que, de acuerdo con las conclusiones de una serie de investigaciones recientes, se extiende también al resto de ámbitos de actuación de las administraciones autonómicas desde principios de los años 90. Además, estas investigaciones ponen de manifiesto que esta tendencia afecta a Comunidades de todo signo político, con Cataluña a la cabeza, seguida por otras Comunidades, como la Comunidad Valenciana, Aragón, Murcia, Castilla y León y País Vasco, que ocupan las primeras posiciones en cuanto a la aplicación de estas nuevas formas de organización en todos los sectores de actuación a nivel autonómico (Font i Llovet, 1991: 245 y 1992: 269).

En el campo de la asistencia sanitaria, como hemos visto a lo largo de este capítulo, la introducción de formas privadas de organización, también liderada por Cataluña, se extiende posteriormente a otras Comunidades, como Andalucía, Asturias, Baleares, Canarias, Castilla y León, Murcia, Navarra y el País Vasco, Comunidades gobernadas tanto por el PP, como por el PSOE, como por partidos autonómicos de centro-derecha. Sin embargo, la profundidad de las reformas introducidas, así como el enfoque político en que se basan, difieren claramente según el tipo de gobierno de que se trate. Las reformas promovidas por los gobiernos de centro-izquierda, así como, en general, por los partidos autonómicos de centro-derecha, enfatizan principalmente la utilización de formas de gestión y organización privadas en tanto instrumentos operativos para la mejora de la gestión y la provisión públicas, finalidad principal de las innovaciones introducidas.

En contraste, los gobiernos dominados por el PP otorgan mayor prioridad a la iniciativa privada dentro del Sistema Nacional de Salud, mientras que sus iniciativas de reforma parecen primar la sustitución progresiva de la gestión y provisión públicas a manos de sociedades y centros privados con ánimo de lucro. En este sentido son significativas las declaraciones de Joaquín Farnós, Consejero de

Sanidad de la Comunidad Valenciana a partir de 1995, y médico del presidente del gobierno, que en una entrevista concedida a la prensa expresa con claridad la posición de un sector importante del Partido Popular en cuanto a estos temas a través de afirmaciones como El Estado debe reducirse a su mínima expresión o la gestión privada es siempre mejor que la pública**.

A pesar de estas posiciones, y en contraste con otros países europeos, las medidas de reforma encaminadas en esta dirección no han pasado del ámbito de las declaraciones de principios y de los experimentos piloto. Entre las declaraciones de principios en el ámbito legislativo, destacan las leyes de creación de los Servicios de Salud de Baleares y Castilla y León, así como las medidas de regulación de la universalización del acceso para el colectivo de no cotizantes a la Seguridad Social con recursos económicos suficientes aprobadas en Cataluña y Navarra. Entre los experimentos piloto, destaca la concesión de la asistencia sanitaria en régimen de monopolio a hospitales privados en varias comarcas de la Comunidad Valenciana. Estas medidas corresponden a ejecutivos autonómicos gobernados por el PP (Baleares, Castilla y León, y Comunidad Valenciana), o por partidos autonómicos de derecha y centro derecha que gobiernan en coalición con el PP (UPN-PPen Navarra) o en solitario (CiU). Así mismo, existe evidencia de la capacidad de movilización de los partidos y agentes sociales de izquierda o centro-izquierda en contra de estas medidas. Ejemplos de esta oposición son la Plataforma para la Defensa de la Sanidad Pública constituida en Valencia o el recurso de constitucionalidad presentado por el último gobierno del PSOE a la ley mencionada del gobierno de Castilla y León.

Otra cuestión importante que es necesario mencionar, y que también se aplica al proceso de ejecución de la reforma, es el importante papel que ocupa el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud a la hora de canalizar la comunicación y cooperación entre las Comunidades Autónomas, y en concreto, a la

⁴⁸ Ver El País (1996): Joaquín Parnés, Consejero valenciano de sanidad: 'El PSOE fue fundamentalista con lo público', 26 de agosto: 19.

hora de transferir la experiencia legislativa y de gestión de las Comunidades con competencias a las que no disponen de ellas, así como de promover la difusión de innovaciones a nivel central y autonómico. En este sentido, tanto las leyes de creación de los Servicios Regionales de Salud como los Planes de Salud de las Comunidades se presentan y discuten en el Consejo. Además, en el caso de los Planes, el Consejo decide en su reunión del 17 de diciembre de 1990 crear una subcomisión dedicada al tema, con al menos una reunión mensual, con el objetivo de que las Comunidades que ya han elaborado sus Planes ayuden a las que no lo han hecho (MSC, 1991a, vol.H: 231).

La cooperación formal en el marco del Consejo tiene como complemento otros mecanismos informales de difusión de medidas legislativas y experiencias prácticas, como los Congresos y Jornadas sobre temas sanitarios, así como las Escuelas e Institutos de formación en temas de gestión y salud pública (Escuela Andaluza de Salud Pública, Instituto Valenciano de Estudios de Salud Pública, Escuela Nacional de Sanidad, etc.) Por último, existe evidencia de que las Comunidades más innovadoras reciben visitas de otras Comunidades para recabar información sobre la plasmación legislativa de las reformas, los problemas prácticos de la introducción de innovaciones y sus resultados preliminares⁴⁹.

En este sentido, las relaciones de cooperación entre Comunidades, así como la competencia técnica y política entre ellas en la introducción de innovaciones, son dos fuentes importantes de las tendencias que se observan hacia la convergencia autonómica en las medidas operativas de gestión y organización sanitaria. Hay que detenerse brevemente aquí para reflexionar sobre el tema de la convergencia o divergencia en las políticas sanitarias autonómicas.

⁴⁹ Este es el caso, al menos, de Cataluña. Las entrevistas realizadas con altos cargos del Departament y del Servei demuestran que desde la aprobación de las principales medidas innovadoras a principios de los años 90, que se comentan en detalle en el siguiente apartado, existe un flujo continuo de representantes de otras Comunidades que buscan la asesoría de los catalanes para el diseño de sus Servicios Regionales de Salud y para la introducción de innovaciones en la organización y gestión.

Como destacábamos en los párrafos anteriores, existen divergencias claras entre los gobiernos de centro-izquierda y los de derecha o centro-derecha, que afectan sobre todo al plano de las declaraciones programáticas y de los proyectos piloto durante el periodo de estudio. En la práctica, sin embargo, y en concreto, en cuanto a las reformas operativas que se aprueban durante los años 90 (que son las que modifican realmente la prestación de servicios), existe una convergencia bastante notable entre los gobiernos autonómicos de todo signo político.

El hecho de que las diferencias sean más marcadas en el plano discursivo responde probablemente a la falta de coincidencia plena entre las preferencias de los expertos y líderes políticos que diseñan y aprueban las reformas, y sus electorados respectivos. De un lado, tanto entre los expertos como entre los líderes del Partido Popular y del PSOE en materia sanitaria parecen predominar las actitudes moderadas, orientadas a mantener los rasgos básicos del Sistema Nacional de Salud, flexibilizando su organización y gestión de acuerdo con las prácticas prevalentes en el sector privado, e introduciendo dosis limitadas de gestión propiamente privada en los centros públicos. De otro lado, las preferencias de las militancias y electorados respectivos del PSOE y el PP parecen primar en mayor medida posiciones algo más extremas: la defensa a ultranza de los centros sanitarios públicos y las formas de organización y administración tradicionales del sector público, por parte de los socialistas; y, por parte de los populares, la defensa de la provisión y gestión privadas de los servicios sanitarios públicos. Ambas reivindicaciones adquieren un carácter considerablemente emblemático entre la opinión pública, debido a la alta prioridad que los españoles conceden a la sanidad durante el periodo de estudio.

Volviendo a hora al tema de la convergencia en las reformas operativas que se introducen durante los años 90, otro factor explicativo que emerge del análisis realizado en este capítulo es la influencia del paradigma internacional dominante sobre intervención pública en el sector sanitario, que contribuye a reforzar la legitimidad de las reformas congruentes con el propio paradigma por encima de las diferencias ideológicas a nivel nacional y autonómico. Estas

tendencias a la convergencia, así como las pautas de cooperación señaladas, contribuyen a desdibujar las expectativas de incremento de las divergencias en el tratamiento interterritorial de los ciudadanos como resultado de la descentralización autonómica. En este sentido, la difusión de las innovaciones entre administraciones autonómicas puede suponer, en definitiva, una redistribución paralela de conocimiento y capacidad de gestión de las regiones mejor dotadas a las regiones más pobres.

CAPITULO 8

FINANCIACIÓN AUTONÓMICA, GASTO SANITARIO Y EQUIDAD

Lo más admirable de los debates sanitarios que se han producido o se producen en otros países no es tanto la solidez de los argumentos o las evidencias empíricas aportadas, como la comprobación de que el resultado de la discusión tiene una traducción práctica. En el sistema sanitario español la discusión tiene lugar, a menudo, en el vacío o en la recámara. Al fin y al cabo las reformas sanitarias no constituyen tanto un problema científico como un proceso de confrontación entre intereses legítimos que tiene en cada país sus armas peculiares y sus propios campos de batalla¹

El objetivo general de la tercera parte de la tesis, en la que se encuadran este capítulo y el siguiente, es analizar los efectos de la descentralización sobre la equidad interterritorial. Como en el caso de la efectividad política, ni el estado de la investigación sobre el tema, ni los datos disponibles en España permiten enfocar esta cuestión desde el punto de vista de los resultados finales en términos del nivel de salud de la población. Por ello, se elige una perspectiva de estudio de la equidad interterritorial considerablemente limitada, pero no abordada todavía de un modo sistemático, que consiste en analizar simplemente los recursos con los que cuentan las Comunidades Autónomas antes y después de la descentralización de

¹ Ortún (1992: 16).

servicios. La disponibilidad de recursos financieros a nivel autonómico depende en definitiva del sistema de reparto territorial de los recursos, o en otras palabras, del sistema de financiación autonómica de la sanidad. Este sistema puede estar basado en criterios distributivos muy diferentes. Y estos criterios, a su vez, pueden tener en cuenta en mayor o menor medida, y de un modo más o menos adecuado, el objetivo político de fomentar la equidad interterritorial.

Una de las tareas más complejas para la construcción de un modelo de descentralización territorial del Estado es, sin duda, el proceso de diseño y negociación política de un sistema de reparto de los recursos entre las distintas unidades territoriales implicadas. Esta tarea se convierte en especialmente conflictiva, además, si el presupuesto sanitario total permanece constante en términos reales a lo largo del tiempo, puesto que entonces el reparto de los recursos entre las Comunidades se convierte en un juego de suma cero. En términos más generales, se puede afirmar que el sistema de financiación autonómica constituye uno de los elementos más importantes del modelo de descentralización territorial del Estado, en tanto determinante directo de las consecuencias distributivas y redistributivas de la propia política de descentralización. En esta línea, constituye también una de las principales herramientas para corregir los desequilibrios territoriales heredados en la distribución de los recursos públicos.

Pero la solidaridad interterritorial es tan sólo uno de los principios que debe cumplir cualquier sistema de asignación de recursos financieros. Dos principios adicionales que estos sistemas deben cumplir, según la teoría económica clásica, son el principio de suficiencia y el principio de autonomía. El principio de suficiencia exige que cada unidad territorial reciba fondos que le permitan cumplir en cada periodo presupuestario con los compromisos adquiridos de gasto. Por ello, un sistema de asignación de recursos basado en un fondo financiero de partida insuficiente, o en una asignación territorial de recursos mal calculada, puede dar lugar a importantes déficits financieros a nivel central y autonómico.

En cuanto al principio de autonomía, si las Comunidades Autónomas no tienen un margen, aunque sea limitado, de corresponsabilidad fiscal, la descentralización del gobierno de los servicios pierde la mayor parte de su sentido político. En otras palabras, resulta evidente que la carencia de autonomía financiera limita en mucha medida el ejercicio práctico de la autonomía política. Sin embargo, como vimos en el capítulo 4, el grado de autonomía fiscal de los gobiernos subnacionales se relaciona inversamente con el grado de solidaridad interterritorial en la prestación de los servicios públicos. Es decir, a mayor discrecionalidad de las Comunidades en la decisión de los ingresos y los gastos totales de un determinado servicio público, mayor probabilidad de que los desequilibrios territoriales en la prestación de este servicio aumenten.

En general, además, los tres principios de asignación mencionados mantienen relaciones estrechas entre sí. Para los objetivos concretos de este capítulo, una de estas relaciones resulta especialmente significativa, además de la mencionada en el párrafo anterior. En concreto, si se desea que tanto la partida total dedicada al gasto sanitario público a nivel estatal, como el grado de autonomía financiera de las Comunidades, permanezcan constantes en términos reales, entonces el aumento de la equidad interterritorial en la prestación de servicios supone necesariamente poner en peligro el principio de suficiencia. Esto es debido a que el aumento de la equidad requiere entonces transferir recursos de las Comunidades con un nivel de gasto histórico superior a la media del Estado hacia las Comunidades históricamente por debajo de la media estatal.

Por ello, el primer hecho que hay que retener es que, si se quiere preservar el principio de suficiencia, y a la vez promover la equidad interterritorial, resulta necesario que el gasto sanitario público total aumente. Una segunda solución consiste en dotar a las Comunidades de mayor autonomía financiera. Sin embargo, esta solución amenaza a largo plazo la propia equidad interterritorial, puesto que el margen para aumentar el esfuerzo fiscal difiere considerablemente entre Comunidades en función de la renta per capita de cada Comunidad. Aunque no se puede entrar aquí en los detalles de estas relaciones, sí que conviene señalar que cualquier criterio de reparto de los recursos

cuyo objetivo político principal sea contribuir a corregir los desequilibrios territoriales existentes tiene que tener en cuenta simultáneamente estas interrelaciones con el principio de suficiencia y el principio de autonomía. Si las relaciones entre estos tres principios no se tienen en cuenta, los costes de la equidad podrían ser demasiado altos, puesto que el sistema de financiación autonómica puede limitar seriamente la autonomía política de las Comunidades o generar desequilibrios financieros importantes.

En este contexto, un objetivo más concreto de este capítulo es estudiar el proceso de formulación y desarrollo del sistema español de financiación autonómica de la asistencia sanitaria pública, para determinar en qué medida los criterios en los que se basa su diseño se ajustan al principio de equidad interterritorial. La financiación sanitaria, además, constituye un subsistema concreto dentro del sistema español de asignación de recursos financieros a las Comunidades Autónomas. Por ello, otro de los objetivos del capítulo es realizar una breve descripción del sistema general financiación autonómica en España, y en particular, del encaje del subsistema de financiación sanitaria en este sistema global.

El carácter redistributivo o no de un sistema de asignación de recursos depende en definitiva de los desequilibrios heredados en el reparto territorial de los recursos, que constituyen el punto de partida o referencia principal para juzgar la evolución posterior en la asignación territorial del gasto. Por ello, el capítulo analiza también la evolución de la distribución autonómica del gasto sanitario a lo largo de los años 80 y 90, con la finalidad de evaluar dos cuestiones principales.

La primera cuestión consiste en determinar si el reparto del gasto en la práctica se ajusta o no a los criterios del modelo formal de financiación autonómica diseñado en la Ley General de Sanidad. De hecho, uno de los principios que inspiran este modelo formal es la igualdad en el gasto per capita, lo que quiere decir que las Comunidades deben recibir un montante igual de recursos por cada ciudadano residente en su territorio. La segunda cuestión, que se refiere a si el gasto sanitario tiende a distribuirse más equitativamente tras la descentralización, está, por ello, relacionada con la primera.

Puesto que si se cumplen los criterios formales de la Ley General de Sanidad, el reparto del gasto sanitario debería contribuir a promover la equidad interterritorial.

No existe, sin embargo, una definición única del principio de equidad interterritorial. De hecho, el criterio capitativo simple recogido en la Ley General de Sanidad constituye tan sólo una de las definiciones posibles del principio de equidad. En el campo sanitario, existe un cierto consenso sobre el criterio más adecuado de garantía de la equidad, que consiste en asignar recursos de acuerdo a las necesidades sanitarias de la población. Este criterio, denominado criterio capitativo compuesto, supone conceder iguales recursos a igual nivel de salud de la población. En otras palabras, el criterio capitativo compuesto supone ajustar el gasto per capita en función de las pautas previsibles de mortalidad y morbilidad de los ciudadanos, que dependen a su vez de la estructura demográfica y socioeconómica de la población de que se trate.

Por ello, el capítulo siguiente analiza la contribución a la equidad interterritorial del sistema español de financiación autonómica de la sanidad desde una perspectiva más estricta, basada en el criterio capitativo compuesto, o criterio de necesidad. En este contexto, el modelo de financiación que concede una mayor prioridad al criterio de necesidad en el reparto territorial del gasto sanitario es el británico, por lo que se le concede una atención especial, tanto en este capítulo como en el siguiente. De hecho, el propio modelo español de financiación sanitaria autonómica se basa en buena medida en la fórmula RAWP británica desarrollada durante los años 70. Durante los años 80 y 90, esta fórmula se reforma sustantivamente, con el objetivo de aumentar su carácter redistributivo, o en otras palabras, de mejorar el ajuste del gasto sanitario al criterio de necesidad. Por esta razón, y para terminar, tanto el cálculo de las necesidades sanitarias autonómicas, como las propuestas de reforma que se elaboran en el capítulo 9 están directamente basados en las herramientas metodológicas desarrolladas en los años 90 en Gran Bretaña.

La estructura de este capítulo es la siguiente. En el primer apartado se analiza el proceso de formulación y las características

formales del sistema español de financiación autonómica. Para comprender la naturaleza concreta de este sistema, se estudian además en este apartado las alternativas principales de diseño de un sistema de reparto territorial de los recursos, y se describe el sistema británico formulado en los años 70, en tanto principal referente del modelo consignado en la Ley General de Sanidad. El segundo apartado se dedica al análisis del desarrollo del subsistema de financiación sanitaria en la práctica, y de su articulación en el sistema global de financiación autonómica. Por último, el tercer apartado se dedica a la evolución del gasto sanitario a nivel autonómico durante el periodo 1986-1993, con el objetivo de determinar en qué medida se ajusta a los criterios formales diseñados en la Ley General de Sanidad, y en definitiva, para evaluar si la distribución del gasto sanitario en la práctica contribuye o no a la equidad interterritorial.

1. El diseño de la financiación sanitaria autonómica

1.1. Opciones principales de diseño de un sistema de asignación territorial de los recursos

A nivel internacional, las alternativas² principales que se utilizan en la práctica para el reparto territorial de los recursos entre unidades territoriales son, en términos generales, las siguientes (Sheldon y Carr-Hill, 1991a). En primer lugar, el sistema más simple consiste en dejar que la distribución de recursos se realice de acuerdo a presiones políticas, es decir, como resultado de la *negociación política* entre las unidades territoriales implicadas y el gobierno central. En segundo lugar, un sistema frecuente es repartir recursos de acuerdo al criterio del *coste efectivo* de gestión de servicios. El

² Los sistemas de financiación que se exponen a continuación se consideran alternativos tan sólo en términos analíticos, puesto que, como veremos en el caso español, es frecuente en la práctica la coexistencia simultánea de elementos de las distintas opciones en los sistemas asignativos vigentes.

coste efectivo que sirve de referencia para el reparto puede ser el correspondiente al año en que se realiza el reparto, o bien el histórico, lo que supone mantener los pautas de gasto de cada unidad territorial en años anteriores a la descentralización de servicios.

La tercera alternativa es el reparto basado en el principio capitativo simple o *criterio per capita*, que supone asignar recursos de acuerdo al peso relativo de la población regional en el total nacional. Por último, el principio capitativo compuesto implica ponderar el criterio per capita de acuerdo al criterio de necesidad a través de *fórmulas redistributivas*, que resultan de la estimación objetiva de una serie de indicadores de necesidad y de sus pesos relativos. En este contexto, el atractivo de las fórmulas redistributivas basadas en el criterio de necesidad reside en las ventajas que presentan con respecto a estos sistemas de reparto alternativos, en particular si el objetivo político buscado es, como en el caso de España, la corrección de desequilibrios territoriales y la promoción de la equidad.

En primer lugar, en contraste con la negociación política, la asignación a través de fórmulas capitativas introduce transparencia en el proceso político de asignación de recursos, dado que fundamenta la distribución en una serie de indicadores objetivos abiertos a la discusión y a la crítica. Un problema adicional del reparto en función de presiones políticas es que los resultados frecuentemente favorecen a las unidades políticas con mayor poder y mayores recursos, por lo que pueden tender a reproducir y aumentar los desequilibrios territoriales existentes.

En segundo lugar, el criterio del coste efectivo, en cuanto concede una prioridad casi exclusiva al principio de suficiencia financiera, presenta problemas semejantes en cuanto a la garantía de un reparto equitativo, dado que se reproducen las desigualdades territoriales heredadas en el reparto de recursos públicos, que suelen concentrarse históricamente en las zonas más prósperas. Una crítica frecuente al criterio del coste efectivo es, además, que incorpora incentivos perversos con respecto a la eficiencia en el control del gasto. En otras palabras, el principio del coste efectivo incentiva el gasto excesivo: si lo que se recibe en el año corriente depende de lo

que se gastó en años anteriores, es de esperar que cada región intente gastar lo más posible para garantizar asignaciones favorables en el futuro. De otro lado, también son perversos los incentivos para los gestores eficientes: el ahorro derivado de una mayor eficiencia se traducirá en una menor cuantía de recursos en años subsiguientes.

En tercer lugar, el criterio per capita o criterio capitativo simple, aunque supone un avance considerable en cuanto a la objetividad en el reparto y en cuanto a la promoción de la igualdad de recursos, presenta insuficiencias en cuanto al criterio de igualdad que representa, así como en cuanto a la estimación de las necesidades específicas de gasto de cada región. En este sentido, y en términos más explícitos que los utilizados en la introducción de este capítulo, las principales diferencias entre el criterio capitativo simple (o per capita) y el criterio capitativo compuesto consisten en que ambos representan principios de equidad diferentes. El criterio per capita representa un principio de equidad más limitado, que se conoce como igualdad horizontal, que en este caso supone que los recursos que se asignan a cada individuo son en principio los mismos independientemente del lugar donde resida y de sus características personales. En otras palabras, este principio de equidad horizontal consiste en conceder a todos los gobiernos autonómicos los mismos recursos, proporcionales a su población. El criterio capitativo compuesto, de otro lado, representa un principio de equidad vertical, que supone que los individuos (y las Comunidades) con mayores necesidades sanitarias reciban una proporción mayor de recursos, y viceversa.

Además, y en contraste con el criterio per capita, las fórmulas redistributivas basadas en el principio capitativo compuesto incluyen criterios de planificación racional tales como las proyecciones del tamaño y estructura de la población regional, las pautas de morbilidad y mortalidad locales, los costes específicos de la provisión de servicios en distintas áreas geográficas, o la carga de trabajo extra que supone la atención a desplazados. En este sentido, puede esperarse que la introducción de estos criterios racionales en el reparto reduzca los incentivos perversos que afectan a sistemas de financiación basados en el criterio del coste efectivo, así como los

costes de transacción³ de los sistemas basados en la negociación política.

1.2. El modelo británico: la fórmula RAWP1976

El origen histórico de la idea de asignar los recursos públicos de acuerdo al principio de equidad se sitúa a finales del siglo XDC en Gran Bretaña, cuando comienzan a aplicarse los primeros programas de asistencia social, dirigidos a contrarrestar las situaciones de extrema pobreza y necesidad (Audit Comission, 1993, vol.II: 1-3). Sin embargo, los primeros intentos de construir fórmulas redistributivas basadas en la evaluación objetiva de indicadores demográficos, socioeconómicos y de servicios públicos no empiezan a aparecer hasta los años 70⁴, debido a las considerables dificultades técnicas que esta tarea conlleva.

El importante desarrollo de las fórmulas redistributivas durante los años 70 responde a dos motivaciones políticas principales. En primer lugar, a una preocupación creciente por las persistentes desigualdades territoriales y sociales en el acceso a los servicios públicos, que en el caso del sistema sanitario británico quedan

³ En economía de las organizaciones, como vimos en el capítulo 4. se denominan costes de transacción a los costes económicos y humanos asociados a la gestión de relaciones políticas o contractuales conflictivas.

⁴ La primera fórmula desarrollada para la asignación territorial de recursos públicos es la *Fórmula Grossman*, que toma su nombre de Richard Grossman, miembro del partido laborista y Secretario de Estado de Servicios Sociales a finales de los años 60. La fórmula diseñada por Grossman fue aplicada entre 1970 y 1975 a la financiación sanitaria regional por su sucesor en la Secretaría de Estado, el conservador Sir Keith Joseph. La fórmula introduce por primera vez el principio de capitación compuesta en la financiación territorial, pero adolece todavía de serios problemas técnicos (Beech, Bevan y Mays, 1990:43) Por ello, en 1974, el gobierno británico encarga dos estudios importantes: el de el Grupo de Trabajo sobre la Asignación de Recursos (RAWP), que dará origen al sistema de financiación sanitaria regional (Department of Health and Social Security, 1976); y el estudio del impacto de las necesidades sociales en el gasto público de los gobiernos locales (que incluye educación y servicios sociales), que dará origen al actual sistema de financiación local (Audit Comission, 1993).

claramente de manifiesto tras la publicación del *Black Report* en 1970 (Whitehead, 1992). Además de las serias consecuencias sociales directas de este 'déficit de igualdad', las teorías sobre el desarrollo económico regional y local ponen de manifiesto durante estos años el impacto negativo indirecto de la distribución desigual de servicios públicos sobre el desarrollo económico local.

La segunda motivación política que está en la base del diseño de formulas redistributivas es el lanzamiento de procesos de descentralización territorial en la mayoría de los Estados del Bienestar europeos durante los años 70 (Kjellberg y Dante, 1988). La transferencia de servicios públicos a los gobiernos regionales y locales genera una preocupación paralela por los sistemas alternativos de asignación de recursos que garanticen la suficiencia financiera de las nuevas entidades gestoras autónomas, así como por el posible incremento de las desigualdades territoriales en el acceso a los servicios que pudiera derivarse de este proceso.

El punto de partida del comité que desarrolla originalmente la fórmula RAWP en 1974-6 es el criterio per capita simple. La estrategia para incorporar indicadores de la necesidad relativa de cada área geográfica consiste en esta primera etapa en combinar de un modo intuitivo la información epidemiológica y sociodemográfica disponible, debido a los límites que afectan a la metodología y a los datos sanitarios durante estos años. Como resultado de esta estrategia, el criterio capitativo simple se ajusta en función de dos tipos de indicadores. El primer tipo de indicadores se refiere a los datos sobre la estructura de edad y sexo de la población regional, que incluyen estimaciones del coste medio asociado a las distintas pautas de utilización de servicios de cada grupo de edad y sexo a nivel nacional. Con ello se incorpora a la fórmula el nivel de utilización de servicios esperado en función de la necesidad expresada de la población regional.

Como complemento a estos datos, se intenta identificar alguna variable que incorpore el efecto de los determinantes sociales y económicos de la necesidad, además de los puramente demográficos. En principio, la variable ideal en este sentido sería algún índice de morbilidad regional, pero existen problemas conceptuales y prácticos

importantes que hacen su construcción difícil (Carr-Hill et al., 1994b: 9). Ello explica que la variable elegida sean las tasas de mortalidad estandarizadas para cada categoría de enfermedad, en tanto indicador del nivel de morbilidad regional. La inclusión de esta variable en la fórmula se propone por presentar las cualidades de las que carece la demanda atendida, que como veremos en el próximo capítulo, constituye la base principal de las modificaciones posteriores de la fórmula RAWP. Las ventajas de la mortalidad con respecto a los indicadores de necesidad basados en la demanda atendida son las siguientes: incorpora el efecto de los factores socioeconómicos ligados a situaciones de privación, que se consideran asociados a la necesidad no expresada, mientras que es relativamente independiente del nivel de oferta existente en cada área geográfica.

El siguiente problema a resolver es con qué peso incorporar la mortalidad en la fórmula. Como no se realiza un análisis estadístico del peso de la mortalidad en la determinación del nivel de utilización, se asume que este peso es igual a la unidad. Es decir, que existe una correspondencia directa entre el nivel de necesidades sanitarias esperado en función de la mortalidad regional y el coste asociado al nivel de utilización de servicios que resulta de esta necesidad (Sheldon y Carr-Hill, 1990b:23; Mayston y Smith, 1990: 127-8; Smith, 1986). En la práctica, la relación entre mortalidad y coste se hace operativa a través de la duración media de las estancias hospitalarias para cada categoría de enfermedad a nivel nacional. En términos algebraicos, la incorporación de la mortalidad a la fórmula se expresaría en términos simplificados del siguiente modo (Carr-Hill et al., 1994b:10):

$$AR_i = \sum_j RME_{ij} \left(\sum_k CAMAS_{jk} \frac{POB_{ik}}{POB_{jk}} \right) \quad (1)$$

donde AR_i representa la asignación de recursos al área i en función de la mortalidad; RME_{ij} es la razón de mortalidad estandarizada de la categoría de enfermedad j en el área i ; $CAMAS_{jk}$ es la duración media nacional de las estancias hospitalarias correspondientes al grupo de edad y sexo k con diagnóstico incluido en la categoría de enfermedad

j ; y $POB_{i,la}$ representa el porcentaje de población en el área i perteneciente al grupo de edad y sexo k .

Así pues, el nivel de necesidades sanitarias de la población regional se estima a través de un índice que combina la utilización asociada a los distintos grupos de edad y sexo que componen la estructura demográfica de la región, con la asociada a las tasas de mortalidad estandarizada por categorías de enfermedad. Una vez calculado este índice de necesidad, se utiliza para ponderar la cifra correspondiente al porcentaje de población regional, que constituye la base de la fórmula RAWP. El siguiente paso consiste en calcular suplementos adicionales para compensar por el coste diferencial de provisión de los servicios en distintas áreas geográficas. Estos ajustes cubren los costes de docencia en hospitales universitarios, los costes de atención a desplazados, y los precios relativos de los *inputs* (salarios, suministros), más altos en las regiones londinenses.

En resumen, y para terminar, la fórmula RAWP 76 asigna recursos a las regiones de acuerdo al criterio per capita simple, ponderado en función de (1) la estructura de edad y sexo de la población regional (incorporando aquí el coste medio estimado que se deriva de las pautas de utilización de cada grupo de edad y sexo). (2) las tasas de mortalidad estandarizada regionales, (3) los costes de atención a desplazados, (4) los costes de docencia, y (5) los precios regionales superiores a la media nacional.

Los resultados de la fórmula RAWP sirven para fijar los niveles de gasto esperados de cada región (*regional targets*). Se concede a las regiones un período de 10 años para que ajusten progresivamente su nivel de gasto real al nivel óptimo fijado por la fórmula. Así mismo, las regiones tienen autonomía para decidir cómo distribuir sus recursos entre las autoridades locales dentro de la región. La mayoría de ellas deciden usar la fórmula RAWP para asignar recursos a los entes locales (Bevan y Brazier, 1985: 174), mostrando con ello el amplio consenso generado en torno a los principios asignativos que inspiran el sistema RAWP 76.

La fórmula se aplica a la financiación sanitaria regional desde 1976 hasta 1989, mostrando resultados claramente redistributivos. En el inicio del período, las regiones londinenses y del suroeste de

Inglaterra tenían niveles de gasto muy superiores al óptimo derivado de la fórmula, mientras que las regiones industriales en declive y las regiones más pobres del norte gastaban muy por debajo de sus niveles esperados. Catorce años después, los trabajos de evaluación del sistema RAWP encargados por el gobierno británico muestran que la distancia entre el nivel de gasto real y el óptimo es menor al 4% en todas las regiones excepto en dos regiones londinenses (Department of Health and Social Security, 1988: 2).

1.3. La formulación del sistema de financiación sanitaria autonómica en España

En el caso de España, la financiación autonómica de la asistencia sanitaria pública constituye sin duda uno de los aspectos más controvertidos del Sistema Nacional de Salud. Tres problemas políticos centrales están en la base de los conflictos sobre la asignación territorial de recursos sanitarios en España: la ambigüedad del marco institucional formal consignado en la Ley General de Sanidad, el desarrollo problemático posterior del proceso de descentralización de competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas, y las dificultades para controlar el gasto público de cara al proceso de convergencia económica con los países europeos. Estos problemas, que se analizan en el apartado siguiente, cobran especial relevancia a partir de 1986, a raíz de la aprobación de la Ley General de Sanidad, y de la entrada de España en la Comunidad Europea.

Este apartado se centra en describir el origen de las ambigüedades que afectan al sistema formal de financiación sanitaria autonómica diseñado a través de la Ley General de Sanidad. En este caso, la indefinición se plasma en la dualidad de criterios existente en la Ley. El objetivo programático es "corregir las desigualdades sanitarias y garantizar la igualdad de acceso a los servicios sanitarios públicos en todo el territorio español según lo dispuesto en los artículos 9.2 y 158.1 de la Constitución" (art. 12), o en otras palabras, como se afirma en el artículo 3.3. de la Ley, La política de salud estará orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y

sociales ⁵. Como refleja el análisis realizado en los apartados anteriores, el mejor instrumento diseñado hasta el momento para llevar a la práctica este objetivo son las fórmulas asignativas basadas en el principio capitativo compuesto, que distribuyen recursos entre las regiones ajustando el tamaño de su población en función de su nivel relativo de necesidades sanitarias. Este principio incorpora consideraciones redistributivas, en cuanto pretende asignar una cantidad relativa mayor de recursos a regiones con niveles de necesidad superiores a la media.

Sin embargo, el apartado de la Ley General de Sanidad dedicado a regular los detalles concretos de la financiación sanitaria autonómica (Capítulo 5, Título II) estipula, en su artículo 82 que *en el caso de aquellas Comunidades que tuvieran competencias para asumir las junciones de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social*, la financiación de los servicios transferidos se realizará siguiendo el criterio de población protegida. Lo primero que hay que destacar al respecto es que este criterio de financiación coincide con el principio capitativo simple, y refleja un principio de equidad distinto al anterior,

⁵ Es necesario aclarar aquí varias cuestiones. En primer lugar, puede interpretarse que la Ley General de Sanidad supone en este sentido una cierta ampliación de los preceptos constitucionales. Aunque la Constitución reconoce la solidaridad interterritorial como uno de sus principales principios rectores, a la hora de concretar los medios para conseguirla, y en particular en cuanto al gasto corriente en servicios públicos, tan sólo reconoce la necesidad de garantizar un nivel mínimo de servicios en todo el territorio, equivalente a la media estatal (artículo 158.1). Otra cuestión que hay que tener en cuenta es que los Estatutos de Andalucía, Extremadura y Galicia prescriben, en cuanto a los servicios sanitarios, que el Estado tiene la obligación de compensar a estas Comunidades en función de su 'deuda histórica'. Esta previsión estatutaria se interpreta generalmente como una reclamación de una partida compensatoria mayor que la necesaria para garantizar un nivel medio de servicios. Es probable, en este sentido, que la inclusión en la Ley General de Sanidad de la cláusula de corrección de desequilibrios territoriales haga alusión a la deuda histórica. Por último, hay que tener también en cuenta que de la mención explícita del artículo 158.1 de la Constitución en el artículo 12, dedicado a la equidad territorial, quizá puede deducirse que la Ley pretende simultáneamente rebajar las demandas de estas Comunidades, en el estilo de ambigüedad formal que caracteriza a esta Ley.

que se conoce como "*igualdad horizontal entre gobiernos de un mismo nivel*" (Costas i Terrones, 1989: 319).

En otras palabras, supone asignar recursos de acuerdo al peso relativo de la población regional, ignorando el hecho de que el nivel específico de necesidad de atención médica puede diferir considerablemente en dos regiones con el mismo número de habitantes. En este sentido, existe un acuerdo general en este campo que desestima el criterio per capita simple por constituir un medio inadecuado para responder a las desigualdades interterritoriales en cuanto a recursos sanitarios y nivel de salud (Carr-Hill et al., 1994: 23). Hay que aclarar, sin embargo, que a pesar de sus limitaciones, la adopción del criterio per capita simple en la Ley General de Sanidad supone un paso adelante muy importante con respecto a los criterios de coste efectivo o de negociación política que se utilizan históricamente en España para asignar interterritorialmente los recursos públicos.

Además, el artículo 82 regula otra serie de detalles que se copian también del modelo británico. De un lado, la asignación menciona que el ajuste del criterio del coste efectivo al de la población protegida se realizará a lo largo de un periodo de diez años. Se deducen del montante a repartir, como en el caso británico, los gastos correspondientes a los servicios comunes nacionales, a los centros especiales de referencia nacional, y el presupuesto para investigación, que se asigna directamente al Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social, quién se encarga después de la redistribución territorial de este presupuesto. Por último, se prevén también, como ajustes al criterio per capita, los costes de la atención a enfermos que se desplazan de su Comunidades de residencia a otra Comunidad para recibir asistencia sanitaria.

Otro de los detalles ejecutivos formales del sistema de financiación es que la ley añade una desigualdad más a la ya existente entre Comunidades del artículo 151 y Comunidades del artículo 143: las primeras se rigen por un criterio redistributivo, el capitativo simple; entre las segundas, al estar incluidas dentro del INSALUD, no se realizan reajustes interterritoriales del gasto, puesto que este organismo sigue distribuyendo territorialmente su presupuesto de

acuerdo al criterio del coste efectivo. A esta desigualdad, y de acuerdo con la disposición adicional primera de la Ley, se le añade la que se establece entre Comunidades forales y Comunidades de régimen común en materia de financiación autonómica general, que se aplica ahora también al subsistema de la financiación sanitaria. Según esta disposición, la normativa a aplicar a estas Comunidades⁶ no es la del artículo 82, sino la que se decida en la Comisión Mixta de Transferencias, y en los términos previstos en sus Estatutos.

¿Cuáles son las posiciones de los diferentes grupos parlamentarios con respecto a estos problemas? El debate sobre la Ley General de Sanidad pone de manifiesto, en primer lugar, que no existe acuerdo entre los grupos parlamentarios sobre el principio de equidad definido como *corrección de los desequilibrios territoriales*. Salvo el grupo centrista, que acepta la redacción de los artículos referidos a este tema, el resto de los grupos presentan enmiendas de modificación de los mismos. Los comunistas cambian 'corrección' por 'eliminación', demostrando con ello un compromiso más fuerte con el principio de equidad interterritorial que el que se refleja en la redacción original del texto de la ley. De otro lado, los populares y los nacionalistas catalanes y vascos piden la supresión de las referencias a la equidad interterritorial.

Las justificaciones de estas enmiendas difieren. Los populares se limitan a explicar que La política de salud no puede estar orientada a superar los desequilibrios interterritoriales. Sólo puede ser una; la salud se define hoy como un completo bienestar físico y mental (justificación a la enmienda 277 en el Senado). Los catalanes y los vascos son considerablemente más explícitos en la justificación de sus enmiendas. Minoría Catalana, de un lado, explica que en materia de desequilibrios...han de intervenir todas las administraciones según su nivel competencial. Dentro del área geográfica de una Comunidad

⁶ Según el marco formal sentado por la Ley (D.A.1ª.2), estos privilegios le corresponden tan sólo al País Vasco. Sin embargo, como queda reflejado en la tabla 18, en el apartado siguiente, se extienden también en la práctica a Navarra, a la que la Ley también alude, pero en términos más ambiguos (ver D.A. 1ª.1).

Autónoma, pueden existir desequilibrios (justificación de la enmienda 343 en el Senado).

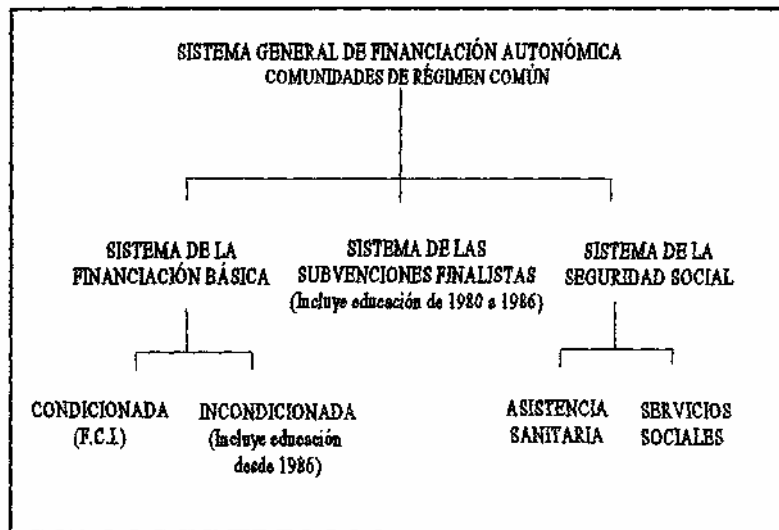
Lo que Cataluña quiere decir aquí es que los desequilibrios territoriales no deben corregirse a nivel interautonómico (concediendo más recursos a las Comunidades con mayores necesidades y viceversa), sino que deben abordarse principalmente a nivel intraautonómico, puesto que las diferencias entre áreas y grupos sociales dentro de cada Comunidad pueden ser tanto o más grandes que las que existen entre Comunidades. Los nacionalistas vascos, de otro lado, son aún más explícitos: piden la supresión de la mención a los desequilibrios territoriales porque el párrafo 'desigualdades sanitarias' puede ser de interpretación ambigua y resultados sectarios con respecto a determinadas Comunidades Autónomas (enmienda 728 en el Congreso).

En cuanto a los detalles ejecutivos concretos previstos en el artículo 81 de la Ley, las posturas también difieren. El PCE, en primer lugar, pide la supresión de las diferencias entre Comunidades del artículo 151 y Comunidades del artículo 143, en el sentido de que todas sean financiadas según el criterio per capita. Los centristas, de otro lado, solicitan explícitamente la inclusión del principio capitativo compuesto, en los siguientes términos:

En cuanto a las desigualdades territoriales...se queda en una declaración de intenciones. Más aún, al optar en la financiación por la base de cálculo de la población protegida...en vez de optar por las necesidades, los desequilibrios existentes no sólo no se van a corregir, sino que se van a acentuar. Se olvidan de fórmulas, como la escocesa SHARE [una versión de la fórmula RAWP] u otras fórmulas, que evidentemente, podrían haber sido más prácticas; están claramente consolidándose los desequilibrios existentes (DSCD, n° 215: 9865)

Los nacionalistas catalanes y vascos, de otro lado, son responsables de la introducción de las modificaciones más importantes que afectan al capítulo de financiación durante el debate parlamentario. Los vascos, como ya hemos visto, consiguen que la regulación en la Ley del sistema de financiación no se aplique a su

Comunidad. Apoyándose en la disposición adicional 5ª de su Estatuto de Autonomía, presionan para que los recursos financieros que les corresponden se decidan a través de convenio bilateral con el gobierno central, que deberá tener en cuenta, además, las competencias de ejecución de la gestión económica de la Seguridad Social reconocidas en el Estatuto. Los catalanes logran que se incluya la compensación por desplazados, que le favorece, y la participación de las Comunidades en las desviaciones presupuestarias crónicas del INSALUD, un tema que estudiaremos con más detalle en el apartado 2 de este capítulo. En cuanto a los populares, para terminar, no entraña debatir los detalles concretos de la financiación autonómica, puesto que las enmiendas que presentan a los artículos referidos a este tema, en sus propias palabras son todas mejoras técnicas, sin ninguna carga política, para supresión de expresiones innecesarias, y mejoras gramaticales y supresión de redundancias (DSCD, nº 239: 10385).



2. El desarrollo del sistema de financiación autonómica

2.1. El sistema general de financiación de las Autonomías: el modelo LOFCA

Como es bien conocido⁷, el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas en España distingue entre dos tipos de Comunidades: las 15 Comunidades de régimen común, y las 2 de régimen foral (País Vasco y Navarra). La discusión que sigue se centra únicamente en el primer grupo de Comunidades, financiadas a través de tres (sub) sistemas distintos: la financiación básica, las subvenciones finalistas y el subsistema de la Seguridad Social.

La financiación básica constituye el sistema más importante de los tres, especialmente a partir de 1986, en que se incorporan a esta partida los gastos de educación, incluidos originalmente entre las subvenciones finalistas (que a través del tiempo se van convirtiendo en un subsistema residual). Este sistema se rige por la Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas (LOFCA) desde su aprobación en diciembre de 1980, y se conoce generalmente, por ello, como sistema LOFCA. El sistema LOFCA se somete a revisión cada cinco años en el Consejo de Política Fiscal y Financiera, y se divide a su vez en dos partidas: la financiación básica incondicionada, centrada en los gastos corrientes, y la financiación básica condicionada, regida por el Fondo de Compensación Interterritorial (FCI), que reparte con criterios redistributivos los fondos de inversión nueva.

Por último, los servicios transferidos de la Seguridad Social se mantienen como un sistema separado porque los ingresos a repartir proceden en principio de las cuotas a la Seguridad Social, y no de los impuestos generales del Estado. En este sistema se incluyen las

⁷ Para una revisión más completa del sistema de financiación de las Comunidades Autónomas, ver, por ejemplo, Ministerio de Sanidad y Consumo, MSC (1988), Calsamiglia (1991), Monasterio y Suárez (1991 y 1993), y Fernández (1993). Para la redacción de este apartado he contado con la ayuda técnica de Pedro Rubio Martínez, de la Universidad Carlos III de Madrid.

reforma sanitaria en España...

partidas para asistencia sanitaria (INSALUD) y servicios sociales (INSERSO), puesto que el resto de programas de la Seguridad Social no están transferidos a las Comunidades Autónomas.

En el caso de la asistencia sanitaria, su integración en el sistema de Seguridad Social está cada vez menos justificada a partir de 1989, momento en que los presupuestos generales del Estado comienzan a financiar una parte importante y creciente del gasto sanitario (en torno a un 95% en 1995), en consonancia con la universalización de las prestaciones que se introduce en 1986, tras la aprobación de la Ley General de Sanidad. Por tanto, una de las opciones posibles de reforma de la financiación sanitaria que es necesario contemplar es su potencial integración futura en el sistema LOFCA, especialmente en el caso de que se extiendan las competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas del 143. Por ello, vamos a pasar a analizar los criterios de reparto empleados en el sistema LOFCA, y en particular, dado el objetivo de este trabajo, sus ventajas e inconvenientes como instrumento redistributivo.

Los criterios de reparto en el sistema LOFCA

Los criterios de reparto utilizados en el sistema LOFCA se modifican cada cinco años como resultado de los acuerdos periódicos entre el Estado y las Comunidades Autónomas en el Consejo de Política Fiscal y Financiera, como vimos más arriba. Estos acuerdos marcan tres periodos diferenciados.

1º) Período transitorio. 1981-1985.

Durante este período, se utiliza el *criterio del coste efectivo* del servicio en el momento de la transferencia para determinar el porcentaje de participación de cada Comunidad en los ingresos del Estado (PPI), siguiendo lo estipulado en la LOFCA. El criterio del coste efectivo, como veíamos más arriba, adolece de una serie de problemas serios con respecto a su repercusión sobre la eficiencia y equidad. En este sentido, las desventajas más importantes constatadas durante su corto periodo de vigencia en España coinciden con lo esperado: crecimiento del gasto estatal y del déficit público, vía

aumento del gasto por transferencia (Monasterio y Suárez, 1993), y mantenimiento de las desigualdades territoriales históricas en la prestación de servicios públicos (MSC, 1988).

2º) Período definitivo. Primera fase: 1986-1991.

Las negociaciones políticas sobre la reforma del sistema de financiación en la primera fase del período definitivo se centran fundamentalmente en el cálculo del porcentaje de participación en los impuestos estatales (PPI). Esto es debido a que la LOFCA prescribe la sustitución del criterio del coste efectivo por el reparto de acuerdo a un *criterio per capita compuesto*, que supone el ajuste de las cifras de población en función de una serie de indicadores de necesidad de gasto previstos en el artículo 13 de la misma ley. Debido a las diferencias competenciales entre las Comunidades Autónomas del artículo 151 (con competencias de educación y sanidad) y las del artículo 143, se establece el reparto de la financiación en dos subfondos. Uno de los fondos, destinado a financiar las competencias educativas de las Comunidades del artículo 151, representa el 58% del total, y el otro, destinado a competencias comunes, se reparte entre el total de Comunidades de régimen común y representa el 42% del gasto. Para el reparto de estos subfondos se utilizan diferentes indicadores y ponderaciones según el caso, como se refleja en la tabla 16.

3º) Período definitivo. Segunda fase: 1992-1996.

En el acuerdo de enero de 1992 sobre el sistema de financiación autonómica para el período 1992-1996 se introducen una serie de cambios, entre los que interesa destacar los siguientes. En primer lugar, se expresa de forma explícita la restricción política principal presente en la primera fase, según la cual ninguna Comunidad debería obtener por aplicación del nuevo método menos recursos que los recibidos en el período anterior. Esta restricción plantea problemas serios a la hora de compatibilizar los objetivos de solidaridad y control del gasto público, puesto que fuerza a que la redistribución de recursos requiera ineludiblemente un aumento del gasto. Sus ventajas en otros ámbitos son, de otro lado, evidentes, puesto que facilita considerablemente el acuerdo político, al garantizar tanto que el

reparto no sea un juego de suma cero, como la suficiencia del sistema de financiación autonómica.

En segundo lugar, aunque se mantienen las variables utilizadas en la primera fase, se introducen cambios en las ponderaciones como resultado de las negociaciones, que se resumen en la tabla 17. El cambio principal consiste en un mayor predominio del criterio per capita simple, mediante un aumento considerable del peso relativo de la población, especialmente en la financiación de las Comunidades del artículo 151. Se añade la dispersión geográfica para todas las Comunidades y la variable unidades administrativas para las Comunidades del artículo 151, cambiando su definición y peso. El hecho de que los criterios utilizados para ambos tipos de Comunidades sean más semejantes entre sí que en el periodo anterior se debe a la asunción por parte de las Comunidades del artículo 143 de un amplio paquete competencial, que incluye la educación, como resultado de los pactos autonómicos de 1991.

Por último, se reduce el peso de las variables redistributivas, es decir, pobreza relativa y esfuerzo fiscal. La disminución en el peso de estas variables supone una 'redistribución a la inversa' con respecto al periodo anterior, o en otras palabras, una transferencia relativa de fondos desde las Comunidades más pobres hacia las más ricas. La razón política principal de este cambio es garantizar la suficiencia financiera de las Comunidades con mayor volumen de gasto efectivo, entre las que destacan Cataluña y Madrid.

TABLA 16
PONDERACIÓN DE LAS VARIABLES UTILIZADAS PARA LA DETERMINACIÓN DEL PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN EN LOS INGRESOS DEL ESTADO 1987-1991

COMPETENCIAS COMUNES		%	EDUCACIÓN		%
Población		59	Población		84,4
Insularidad		0,7	Insularidad		3,1
Superficie		16	Superficie		15
Unidades administrativas		24,3	Pobreza relativa		0,4
Pobreza relativa		4,2	Esfuerzo fiscal		1,7
Esfuerzo fiscal		5	Constante		-2,5

TABLA 17
PONDERACIÓN DE LAS VARIABLES UTILIZADAS PARA LA DETERMINACIÓN DEL PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN EN LOS INGRESOS DEL ESTADO, 1991-1996

COMUNIDADES ART. 143		COMUNIDADES ART. 151	
	%		%
Población	64	Población	94
Insularidad	0,4	Insularidad	1,5
Superficie	16,6	Superficie	3,5
Dispersión	2	Dispersión	0,6
Unidades administrativas	17	Unidades administrativas	0,4
Pobreza relativa	2,7	Pobreza relativa	2,7
Esfuerzo fiscal	1,82	Esfuerzo fiscal	1,82

Las limitaciones del sistema LOFCA como instrumento de redistribución interterritorial

Los limitaciones principales de los criterios de reparto utilizados en el sistema LOFCA en cuanto al objetivo de promover la solidaridad interterritorial pueden resumirse en los siguientes puntos:

-1) La selección de variables y la asignación de ponderaciones a las mismas no se realiza de acuerdo a criterios objetivos derivados del análisis económico y estadístico de las necesidades de gasto, sino en razón de criterios subjetivos fruto de negociaciones políticas que reflejan el balance de poder existente en cada período

- 2) Esta selección responde principalmente a la preocupación por la preservación de la estructura histórica de reparto, o en otras palabras, de la suficiencia financiera de las Comunidades, por lo que sus consecuencias son continuistas, en tanto reproducen los desequilibrios interterritoriales existentes (Calsamiglia, 1991: 103)

- 3) El peso de las variables redistributivas es pequeño y disminuye a lo largo del tiempo

- 4) La utilización del esfuerzo fiscal como variable redistributiva es contradictoria, debido a que la 'redistribución' que realiza es directamente proporcional a la riqueza relativa, por lo que favorece principalmente a Madrid y Cataluña, en detrimento del resto (Fernández Gómez, 1993: 180; Monasterio y Suárez, 1991: 83)

- 5) Se utilizan las mismas variables para el reparto de la financiación general que para la financiación de subprogramas como la educación, cuando en este caso sería más razonable utilizar indicadores de la necesidad de gasto específicos, como el porcentaje de población joven o la tasa de escolaridad regional (Monasterio y Suárez, 1991: 86-8) .

2.2. El subsistema de financiación sanitaria autonómica en la práctica

En cuanto al caso concreto de la financiación sanitaria autonómica, la ambigüedad del marco formal y los desacuerdos entre el gobierno central y los representantes autonómicos se complican,

además, debido al desarrollo temporal del proceso de descentralización sanitaria. De hecho, como vimos en el capítulo 5, la transferencia de funciones y recursos a cada Comunidad Autónoma se realiza en varias entregas, en diferentes momentos del tiempo y como resultado de procesos de negociación distintos, que se caracterizan por un alto grado de discrecionalidad política. En la práctica, ello conduce a la fragmentación en el desarrollo de la regulación general definida en la Ley General de Sanidad. Esta fragmentación es máxima en el tema de la financiación autonómica, pues, como se ilustra en la tabla 18, en 1992 existen tantos sistemas de financiación como Comunidades Autónomas con competencias sanitarias.

Sin entrar a analizar los detalles de cada acuerdo de traspaso⁸, lo que sí resulta necesario mencionar es que el sistema de financiación autonómica en España consiste en la superposición heterogénea de varios sistemas alternativos de reparto: las pautas históricas de gasto (coste de los servicios), el criterio capitativo simple (población protegida, población de derecho), y la negociación política entre las Comunidades Autónomas y el Estado central, que sirve para concretar discrecionalmente los detalles de cada subsistema autonómico, generando diferencias importantes entre los mismos. Los dos primeros criterios se derivan del artículo 82 de la Ley General de Sanidad, que estipula lo siguiente: "*(...) la desviación, positiva o negativa, entre el porcentaje del gasto sanitario en el momento inicial y el porcentaje de población protegida será anulada en el transcurso de 10 años a un ritmo del 10% anual*". Tan sólo dos comunidades, Cataluña y Galicia, cumplen en la actualidad esta normativa. Andalucía y la Comunidad Valenciana, debido a sus acuerdos bilaterales con el gobierno central, siguen financiadas de acuerdo al coste efectivo de los servicios en el año anterior a la transferencia de servicios; mientras que la normativa formal de la Ley General de Sanidad no se aplica al País Vasco y Navarra, debido a las presiones

⁸ Una discusión detallada del cuadro, es decir, de las especificidades de cada subsistema de financiación autonómico, puede encontrarse en Costas i Terrones, 1989: 315.

ciudades del País Vasco durante el proceso de negociación parlamentaria de la Ley General de Sanidad.

Esta situación ilustra una de las diferencias existentes entre las Comunidades Autónomas, que afecta de modo diferente a cada Comunidad. El ajuste progresivo al criterio per capita beneficia a Galicia, cuyo coste efectivo histórico está muy por debajo de lo que corresponde a su peso poblacional⁹; mientras que beneficiaría, también, a Andalucía, Comunidad semejante a Galicia en cuanto a este aspecto. Por el contrario, el ajuste progresivo al criterio per capita ha perjudicado a Cataluña, donde el coste efectivo está por encima de su peso poblacional; mientras que hubiera perjudicado también, de aplicarse, al País Vasco y a Navarra, y en menor medida, a la Comunidad Valenciana.

En resumen, y debido a las desigualdades tanto formales como prácticas entre Comunidades Autónomas, la situación que prevalece durante la mayor parte del periodo estudiado favorece a Galicia, Valencia y las Comunidades forales, mientras que perjudica

⁹ Hay que recordar aquí la mención hecha a este tema en el capítulo 5. Resulta comprensible, en este contexto, que la transferencia de los servicios del INSALUD haya sido especialmente conflictiva en las Comunidades en donde el desajuste entre el coste efectivo y el criterio per capita es mayor, puesto que la transferencia supone en este caso fuertes ajustes presupuestarios. Cuando el coste efectivo es muy inferior al gasto per capita, como en el caso de Galicia y Canarias, el ajuste perjudica al gobierno central, que debe aumentar anualmente la partida correspondiente al gasto sanitario de la Comunidad de que se trate. Cuando la situación es la inversa, como en el caso de Cataluña, el ajuste perjudica a la Comunidad, puesto que esta recibe una partida estatal decreciente, y debe, por ello, disminuir su gasto sanitario anualmente. Esta situación, junto con la negativa central a que la descentralización suponga un aumento del gasto, explica parcialmente porqué las transferencias a Galicia y Canarias se producen con casi 10 y 15 años de retraso con respecto al caso catalán. Además, ayuda también a comprender porqué el Consejero de Sanidad de Madrid rechaza en 1992 la oferta del Ministro García Vargas de transferir la sanidad, o en términos más concretos, exige como condición para aceptar las transferencias que se aumente en un 30% la partida correspondiente al gasto per capita. La aceptación por parte de Cataluña de las transferencias sanitarias, en este contexto, se explica en razón de las previsiones optimistas del ejecutivo catalán que negocia las transferencias, que asume que la disminución del gasto que las transferencias suponen puede compensarse a través de mejoras en la gestión (Laporte, 1987).

fundamentalmente a Cataluña y Andalucía. Los privilegios relativos de las Comunidades forales afectan también a otras cuestiones.

La base del reparto que se utiliza es, como puede apreciarse en la tabla 18, superior en estas Comunidades que en el resto. Además, como se refleja en la tabla, las dos Comunidades consiguen negociar porcentajes de participación superiores a los que les corresponderían según su población de derecho. Por último, estas dos Comunidades reciben las compensaciones por las desviaciones presupuestarias del INSALUD (un tema que se analiza a continuación) en el año presupuestario posterior al que se producen.

De otro lado, dos problemas adicionales contribuyen a explicar el predominio de la discrecionalidad política en la regulación de la financiación autonómica: la inexistencia de datos fiables, hasta fechas recientes, sobre población protegida; y, sobre todo, las insuficiencias presupuestarias crónicas del Insalud, resultado de las presiones para el control del gasto público. Este último problema, que afecta de modo diferencial a las Comunidades Autónomas con competencias sanitarias (excepto al País Vasco y Navarra), constituye el determinante principal de los conflictos políticos y financieros en materia de financiación sanitaria autonómica, mientras que crea disfunciones importantes en la gestión de los Servicios Regionales de Salud.

TABLA 18

DISTRIBUCION DEL PRESUPUESTO DEL INSALUD (1992)						
COMUNIDADES	Criterio financiación	% Acuerdo	Situación actual	% 1992	Base distribución: % Presupuesto INSALUD	Origen recursos
ANDALUCÍA	Gasto: Población protegida Inversión: Pobl. derecho 1981	17,56 17,09	Coste servicios (estático 1983) Población de derecho 1981	17,49 17,09	- DESCUENTOS GENERALES + Centros de especiales + Fondo de Investigaciones de la Seguridad Social (FISS) + Ingresos propios	INSALUD
CATALUÑA	Población de derecho 1981	15,81	Coste servicios (dinámico)	15,90	- DESCUENTOS GENERALES	INSALUD
PAÍS VASCO	Índice de imputación de cuota (Población de derecho 1981, en comparación)	6,24 (5,60)	Igual que el teórico	6,24	- FISS - Ingresos propios + % Servicio centrales Estado y Seguridad Social + % Entidades colaboradoras	5,72% del gasto total del INSALUD 0,52% Estado
C. VALENCIANA	Población protegida	9,24	Coste servicios (estático)	10,18	- DESCUENTOS GENERALES	INSALUD
GALICIA	Población protegida	7,07	Coste servicios (dinámico)	5,99	- DESCUENTOS GENERALES	INSALUD

NAVARRA	Índice de imputación de cuota (Población de derecho 1981, en comparación)	1,6 (1,38)	Igual que el teórico	1,6	- FISS - Ingresos propios + Servicios centrales Estado y Seguridad Social + Entidades colaboradoras	1,30% INSALUD 0,30% Estado
---------	--	---------------	----------------------	-----	--	-------------------------------------

Fuente: Elaboración del Departament de Sanitat i Seguritat Social a partir de los datos de J. C. Cosías y Terrones (1989:316), y los acuerdos de trasposos, citado por López i Casasnovas et al. (1992: 22), Corona (1992:27) y Nieto, Cabases y Carmona (1993:112)

En concreto, las insuficiencias presupuestarias medias superan durante el periodo de estudio el 10% del presupuesto inicial del INSALUD (Sanfrutos, 1989 y 1996). Como vimos más arriba, el marco formal de la financiación sanitaria autonómica, como resultado de las presiones de Cataluña, incluye una cláusula que permite a las Comunidades recibir su parte proporcional del aumento del presupuesto que se deriva de estos deslizamientos contables anuales, una medida que se redacta en los siguientes términos:

Los créditos iniciales serán globalmente integrados en el presupuesto de cada ejercicio que se autoricen (sic.) a favor de cada Comunidad Autónoma, y tendrán carácter limitativo. No obstante, el presupuesto final de los servicios transferidos se afectará en la proporción adecuada, a partir del criterio de la población protegida, a la desviación presupuestaria, positiva o negativa, habida en los servicios no transferidos, deducidos los gastos correspondientes a los servicios comunes estatales y los relativos proporcionalmente a los centros especiales. Los compromisos de gastos que se adquieran por cuantía superior de su importe deberán ser financiados con recursos aportados por la propia Comunidad, *salvo que provengan de disposiciones vinculantes dictadas con carácter general para todo el territorio del Estado, cuyo cumplimiento lleve implícito un incremento efectivo del gasto* (artículo 82)

La compensación por los deslizamientos presupuestarios supone en la práctica la discriminación relativa de las Comunidades con competencias transferidas, aunque tan sólo en el sentido del retraso considerable con que reciben las partidas destinadas a compensar el déficit, retraso que supera en algunos casos el plazo de cinco años. Además, y con respecto a la última frase del párrafo citado (en cursiva), hay que destacar que no se pone en práctica en ningún momento un sistema de compensación a las Comunidades por el aumento efectivo del gasto que suponen algunas de las disposiciones incluidas en la Ley General, como la ampliación del acceso o la reforma de la atención primaria.

Hay que tener en cuenta aquí que la aplicación de estos dos elementos de la reforma sanitaria empieza durante la primera legislatura socialista, que, como vimos en el capítulo 7, es un periodo

caracterizado por un fuerte control del gasto público. Cataluña y Andalucía reciben la transferencia del INSALUD durante este periodo, lo que supone en definitiva que reciben partidas de gasto que son considerablemente insuficientes para afrontar sus compromisos de gasto. Esta situación ha dado lugar al fenómeno conocido como *centrifugación del déficit sanitario central a las Comunidades Autónomas*, un fenómeno ampliamente aceptado en los debates académicos y políticos sobre el tema de la financiación sanitaria autonómica.

En otras palabras, la centrifugación del déficit puede traducirse en los siguientes términos: la reforma sanitaria socialista supone una ampliación de los compromisos de gasto del Estado en el ámbito sanitario; el presupuesto sanitario, sin embargo, no comienza a aumentar significativamente en términos reales hasta 1987; esta situación genera un déficit importante tanto a nivel central como autonómico; las Comunidades gestionadas centralmente durante este periodo (todas menos Cataluña y Andalucía), reciben las compensaciones financieras para cubrir ese déficit en el periodo presupuestario subsiguiente; Cataluña y Andalucía, sin embargo, perjudicadas además por el desarrollo del sistema de financiación en la práctica) reciben estas compensaciones con retraso; y en concreto, el gobierno central no se compromete explícitamente a cubrir la partida más importante de este déficit autonómico hasta 1991.

No se puede entrar aquí a describir en detalle este proceso¹⁰. Resulta importante destacar, sin embargo, que en el debate público sobre la deuda sanitaria autonómica no suele concederse suficiente énfasis a este fenómeno de centrifugación del déficit, sino que la deuda suele atribuirse a la mala gestión autonómica. También hay que añadir que nadie ha entrado a analizar en España hasta el momento cuál es el peso relativo de estos dos determinantes (centrifugación del déficit versus mala gestión) en la explicación de la deuda autonómica. La falta de clarificación de este aspecto ha

¹⁰ Al respecto, ver, por ejemplo, Sanfrutos (1989 y 1996) y Cosas i Terrones (1985, 1989a y 1989b).

permitido que se utilice la deuda como una excusa política por parte de los dos niveles de gobierno en conflicto.

El gobierno central, de un lado, ha utilizado la deuda para justificar la no descentralización del INSALUD a las Comunidades del artículo 143, y para retrasar las transferencias a las Comunidades del artículo 151. Las Comunidades con transferencias, de otro lado, para justificar sus desviaciones presupuestarias anuales, y sus reivindicaciones de aumento de las compensaciones financieras centrales, en la línea de los debates sobre la deuda histórica andaluza, o del énfasis concedido por los catalanes a la financiación sanitaria autonómica en sus negociaciones con el gobierno central.

En este contexto, resulta comprensible que el principio político implícito que rige para el INSALUD (cobertura sucesiva de las desviaciones presupuestarias con cargo a los presupuestos años de los subsiguientes), se acabe aplicando también, a partir de 1992, a la financiación del déficit autonómico. Como consecuencia, durante el periodo de estudio, el criterio de financiación que prevalece en la práctica es el del coste efectivo de los servicios en cada año en curso, puesto que en cada periodo de renegociación del sistema de financiación de la sanidad se acaba cubriendo a posteriori el total de la deuda sanitaria autonómica. Esta situación resulta, en definitiva, relativamente funcional para los intereses de la Administración sanitaria central, puesto que las negociaciones sobre la deuda autonómica dotan a los representantes centrales de un considerable poder informal de presión sobre los ejecutivos autonómicos.

Sin embargo, y desde otro punto de vista, el balance final resulta considerablemente disfuncional para el Estado central, puesto que de esta situación se derivan déficits financieros importantes en la partida del gasto sanitario, que permanecen ocultos, además, en el corto y medio plazo, generando otra serie de problemas graves de falta de credibilidad y de desconfianza política. En otras palabras, el control político informal de las Comunidades a nivel central a través de la deuda sanitaria autonómica tiene un alto coste político global, en tanto debilita considerablemente la capacidad de control del gasto público del Estado.

Para resumir lo dicho hasta ahora, las conclusiones más importante que pueden derivarse del análisis del 'sistema' español de financiación autonómica de la sanidad son las siguientes: es un sistema contradictorio y ambiguo, que introduce importantes desigualdades entre Comunidades, genera ineficiencias en el control del gasto público, y no incorpora consideraciones redistributivas que vayan más allá del criterio per capita simple.

En cuanto al objetivo de la equidad interterritorial, las contradicciones principales son las siguientes. El principio de equidad recogido en la Ley General de Sanidad y derivado de la Constitución, que prescribe la igualdad de acceso y la corrección de desigualdades sanitarias territoriales, entra en contradicción con el criterio de ejecución definido en el artículo 82 de la misma, que corresponde al principio de igualdad horizontal entre gobiernos autonómicos. Además, la asignación final de recursos no cumple tampoco este último principio, puesto que no se sujeta generalmente al artículo 82, sino que responde principalmente a negociaciones políticas bilaterales específicas para cada Comunidades Autónomas, que acaban consolidando el criterio del coste efectivo en la práctica.

En este contexto, hay que aclarar que algunos de los problemas señalados han sido subsanados parcialmente a través de la reforma del subsistema de financiación sanitaria autonómica aprobada por el Consejo de Política Fiscal y Financiera el 21 de septiembre de 1994, que supone un esfuerzo considerable hacia la racionalización del sistema. Un aspecto central de esta reforma es la regulación homogénea de los aspectos claves del sistema que se enumeran a continuación (Ministerio de Economía y Hacienda, MEH, 1995: 13-4, 36-7; Montero, 1994: 128-9):

- 1) la base de cálculo del reparto (porcentaje de participación de cada Comunidad en el coste efectivo de los servicios en 1993, menos deducciones por servicios centrales y otros conceptos)
- 2) el criterio de reparto al que la financiación deberá adaptarse progresivamente (población de derecho en 1991 menos población protegida por las mutualidades de funcionarios)
- 3) el criterio y las fechas para el reparto de la partida destinada a la compensación del déficit acumulado en años anteriores

Estas reformas eliminan, al menos formalmente, las diferencias más importantes de tratamiento entre Comunidades (contribuyendo por ello a mejorar la igualdad horizontal entre Comunidades), mientras que suponen un avance importante en cuanto a la consecución del principio de suficiencia financiera. No solucionan, sin embargo, la ausencia de consideraciones redistributivas (es decir, no se actúa sobre las desigualdades verticales o desequilibrios interterritoriales), por lo que el criterio programático de equidad recogido en la Ley General de Sanidad continúa sin ser aplicado. El periodo que se abre en 1994 constituye, pues, un momento adecuado para replantear la cuestión redistributiva, al menos en el medio plazo, una vez alcanzada la consolidación de las reformas introducidas en esta fecha. Una tarea prioritaria en este sentido es concretar una propuesta aceptable orientada a introducir aspectos redistributivos en el actual sistema de financiación sanitaria. En esta línea, la finalidad principal del próximo capítulo es sentar los primeros pasos para la consecución de esta tarea, que supone ajustar el marco formal del sistema a los preceptos constitucionales.

3. El reparto del gasto sanitario en España y la equidad interterritorial

Después del análisis realizado en el apartado anterior, resulta sencillo anticipar que el reparto del gasto sanitario en la práctica durante el periodo 1986-1993 no va a ajustarse a la normativa legal sobre el sistema de financiación autonómica consignada en la Ley General de Sanidad. En concreto, como vamos a ver a continuación, el objetivo formal de ajuste progresivo al criterio redistributivo del gasto per capita no se cumple en la realidad. En otras palabras, aunque en el plano formal la consecuencia principal de la descentralización sanitaria es la introducción del principio de equidad interterritorial como objetivo político explícito, el desarrollo del sistema en la práctica depende en definitiva del poder de negociación de cada Comunidad y del coste efectivo de los servicios. Este hecho contribuye, de un lado, a consolidar los desequilibrios interterri-

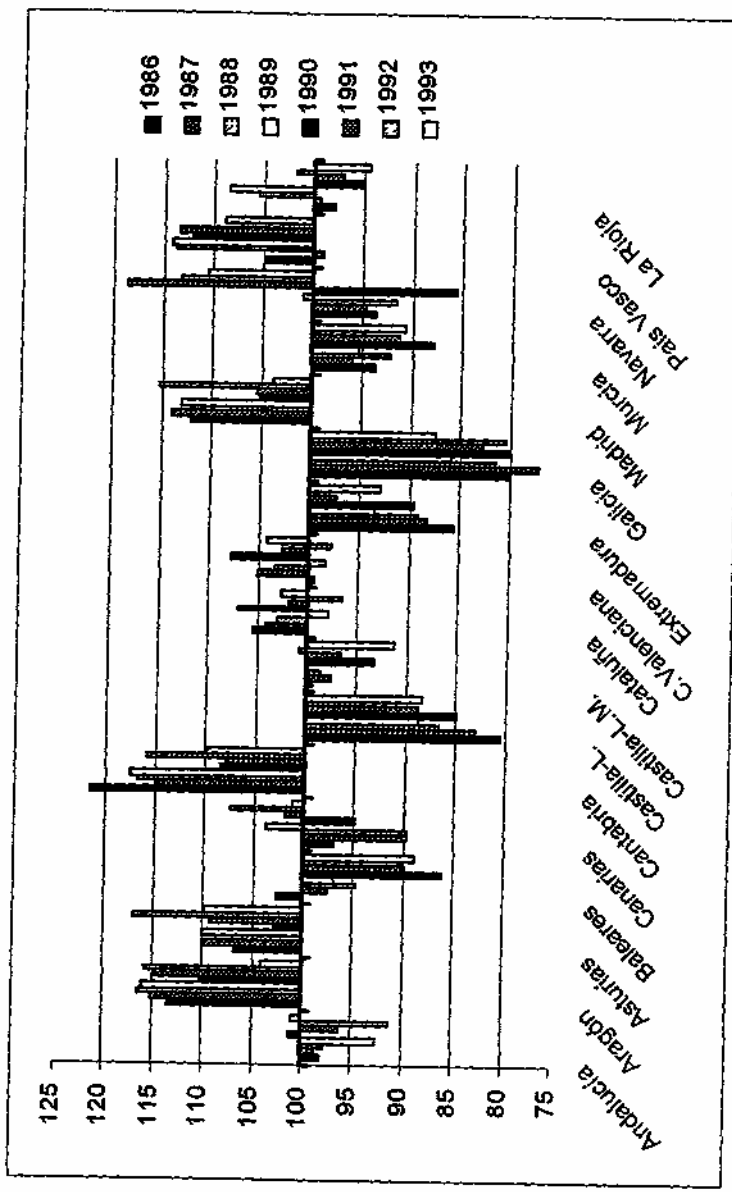


GRÁFICO 4 GASTO PER CAPITA INSALUD POR COMUNIDAD Y EN PORCENTAJE DE BASE 100 (MEDIA ESTADO 100). 1986-1993

toriales existentes, debido a la aplicación del criterio del coste efectivo; de otro, contribuye también a crear nuevas desigualdades entre Comunidades, como ocurre en los casos de las Comunidades forales versus el resto, y de las Comunidades con transferencias versus las gestionadas por el INSALUD.

Los gráficos 4, 5 y 6 que se reproducen a continuación ilustran estas tendencias. En primer lugar, el gráfico 4 expresa el gasto sanitario per capita central y autonómico en porcentajes de base 100, lo que supone que el gasto medio por habitante a nivel estatal toma el valor 100. Lo primero que hay que aclarar en este sentido es que, si el reparto del gasto autonómico se realizara según el criterio capitativo simple, el gasto sanitario en todas las Comunidades debería tomar también el valor 100. Todo esto puede parecer un poco confuso, por lo que conviene poner ejemplos más concretos.

Vamos a fijarnos, para empezar, en el gasto sanitario de Cantabria y Castilla y León durante el año 1986. En porcentaje de base 100, las cifras que corresponden a estas Comunidades en 1986 son, respectivamente 122% y 81% respectivamente. Ello supone que Cantabria recibe un 22% más del gasto sanitario total de lo que le correspondería de acuerdo al criterio per capita ; mientras que Castilla y León recibe un 19% menos de lo que le corresponde según su peso poblacional. Cantabria, de un lado, tiene el nivel de gasto per capita más alto del Estado en 1986; mientras que Castilla y León, junto con Galicia (80%, un 20% menor a su peso poblacional). son las Comunidades con un gasto per capita menor.

La primera conclusión que puede derivarse del análisis del gráfico es que existen serios desequilibrios territoriales de partida en el Sistema Nacional de Salud, puesto que el rango de desviaciones con respecto al criterio per capita supera en ambos extremos el 20% de la media nacional. En total hay tres Comunidades cuya desviación positiva es superior al 10% (Cantabria, mas Aragón y Madrid, con un 14 y un 12% de desviación respectivamente); y otras tres en las que la desviación negativa supera el 10% (Castilla y León y Galicia, a las que se suma Extremadura con un 14%).

Estos desequilibrios reproducen, además, en gran medida, los existentes en el pasado: por ejemplo, el gasto por persona protegida

en Cantabria es en 1976 un 32% superior a la media, mientras que en 1983 supera el 25% de la media¹¹. Las cifras equivalentes para Galicia se acercan, tanto en 1976 como en 1983, al 30% por debajo de la media; y en Castilla y León al 15% y al 10% por debajo de la media. Otro hecho a destacar con respecto al año 1986 es que el gasto por habitante en las dos Comunidades que han recibido las transferencias del INSALUD, Cataluña y Andalucía, refleja ya el proceso de ajuste derivado de las transferencias. En el caso de Cataluña, la partida de gasto que recibe en 1982, equivalente al coste efectivo de los servicios en 1981, es el 16,2% del total del INSALUD, mientras que su población de derecho en 1981 alcanza tan sólo el 15,6% del total; en 1986, la partida de gasto que recibe se ha reducido progresivamente al 15,8%. En el caso de Andalucía, su gasto efectivo por habitante en 1983 era un 4% inferior a la media del INSALUD, mientras que en 1986 la desviación negativa no supera el

'12

¹ Las cifras de gasto autonómico por habitante y por persona protegida para 1983 pueden consultarse en Costas i Terrones (1989a: cuadro n° 5). Las cifras de gasto autonómico por persona protegida para 1976 son el resultado de mi propia elaboración sobre los datos provinciales proporcionados por Bohígas y Ortún (1981: cuadro n° 4). La fuente original de los datos es, en el caso de Costas, el Anuario estadístico del INSALUD 1983, y en el caso de Bohígas y Ortún, la Memoria estadística del Instituto Nacional de Previsión correspondiente al año 1976.

² Los datos proceden en los dos casos de Costas i Terrones (1989a: cuadros n° 3, n° 4 y n° 5). El dato para Andalucía está tomado directamente de los cálculos de este autor. Con respecto a esta Comunidad, hay que considerar, además, que el año 1986 es el primero en que el que se reciben los fondos correspondientes a las transferencias, lo que supone un aumento porcentual del 10% con respecto al coste efectivo previo. Este proceso de ajuste al criterio per capita no continúa, sin embargo, en años sucesivos, como vimos en el apartado anterior. En el caso de Cataluña, las cifras citadas en el texto proceden de mi propia elaboración, basada en los datos aportados por Costas. La disminución progresiva de su porcentaje de participación en el presupuesto inicial del INSALUD se sujeta a la siguiente tendencia: 16,19% en 1982; 16,14% en 1983; 15,68% en 1984; 15,31% en 1985 y 15,80% en 1986. El bache registrado en 1985 se refiere a la polémica sobre los datos de población protegida: los resultados de la encuesta encargada por el INSALUD en 1984 al respecto reflejan que a Cataluña le correspondería, según este criterio, el 15,25 % del presupuesto

Otro hecho que se deriva del análisis del gráfico 4 es que, como se observa a primera vista, durante el periodo 1986-1993 las posiciones de la mayoría de las Comunidades Autónomas con respecto al gasto per capita medio del Estado permanecen relativamente invariables. En términos más explícitos, las Comunidades que gastan por encima de la media en 1986 siguen gastando por encima de la media en 1993; mientras que las Comunidades con niveles de gasto por habitante inferiores a la media siguen en esta posición en 1993. Entre el primer grupo de Comunidades, las privilegiadas, destacan especialmente Aragón, Asturias, Cantabria, Madrid y el País Vasco. Dentro del segundo grupo están, en primer lugar, Castilla y León, Extremadura, Galicia y Murcia; y con desviaciones menos pronunciadas o años excepcionales, Andalucía, Baleares y Castilla-La Mancha. Las Comunidades que no mantienen sistemáticamente sus posiciones son, de un lado, Cataluña, Comunidad Valenciana y la Rioja, que alternan años por encima de la media y años por debajo. De otro lado, Canarias y Navarra son las únicas Comunidades que sufren un cambio marcado, y en apariencia consistente, de tendencia: las dos pasan a situarse durante el periodo por encima de la media, una tendencia que probablemente persiste en años posteriores como resultado de sus acuerdos de transferencia específicos.

Sin embargo, aunque las posiciones de las Comunidades permanecen relativamente constantes, los extremos de la distribución se acortan considerablemente, por lo que puede deducirse del análisis del gráfico 4 que el periodo 1986-1993 supone una cierta disminución de los desequilibrios interterritoriales en el gasto sanitario. Por ejemplo, mientras que el rango de las desviaciones es en 1986 del +22%/-20% (Cantabria 122, Galicia 80), en 1993 es del +!!%/-

del INSALUD. La encuesta alternativa encargada por la Generalitat demuestra, según sus responsables, que los datos de la encuesta central están equivocados. Como resultado de esta polémica, Andalucía consigue que la cifra de referencia para el ajuste sea la población de derecho, sobre la que existen datos censales menos manipulables políticamente. Los acuerdos Almunia-Culell alcanzados entre el gobierno central y la Generalitat en la primavera de 1985 concluyen también con la aceptación de la cifra de población de derecho

13% (Navarra 111, Galicia 87). De hecho, las cifras para España en 1993, tras un periodo de ajuste de más de diez años, son relativamente elevadas en comparación con Gran Bretaña, donde, en la segunda mitad de los 70, cuando la percepción de las desigualdades regionales en el gasto sanitario como demasiado elevadas contribuye a poner en marcha la primera fórmula RAWP, los desequilibrios interterritoriales en el gasto sanitario oscilaban entre 4-13 %/-9%, un nivel semejante al de España en 1993 (Department of Health and Social Security (1988: 2). Si comparamos, en cambio, el caso español con el italiano, se puede concluir que las desigualdades territoriales de partida en España son la mitad de problemáticas que en Italia. En 1977, momento en que empieza a actuar el sistema de financiación sanitaria regional en Italia, también basado en la fórmula RAWP, los extremos en cuanto al gasto son del 66,6% y el 134,2%, por lo que el rango de desviaciones es del +34%/-43% (Cavazzuti y Giannini. 1982: 106).

Las conclusiones sobre la disminución de las desigualdades deben matizarse, sin embargo, si atendemos a la evolución de las Comunidades con respecto al incremento acumulado medio del gasto entre 1986 y 1993. Cantabria, Aragón y Madrid, que mantienen desviaciones positivas pronunciadas durante el periodo, son tres de las Comunidades donde menos crece el gasto entre 1986 y 1993 (el crecimiento acumulado en estas tres Comunidades es un 15%, un 13%, y un 12% inferior a la media estatal, respectivamente).

De otro lado, Castilla y León, Extremadura y Galicia, con desviaciones negativas pronunciadas, son tres de las cuatro Comunidades donde más crece el gasto, como se refleja en sus cifras de crecimiento acumulado del gasto, que son en torno a un 15 % superiores a la media estatal. Sin embargo, existen otras Comunidades que representan excepciones serias a esta pauta de disminución de las desigualdades: los casos más notables en este sentido son, de un lado, Baleares y Castilla-La Mancha, Comunidades con desviaciones negativas, y en donde el gasto crece a un ritmo un 20 y un 15% inferior a la media; así como, en menor medida, Andalucía y Murcia (también Comunidades con pocos recursos, y donde el gasto crece menos que la media), de un lado; y Navarra y

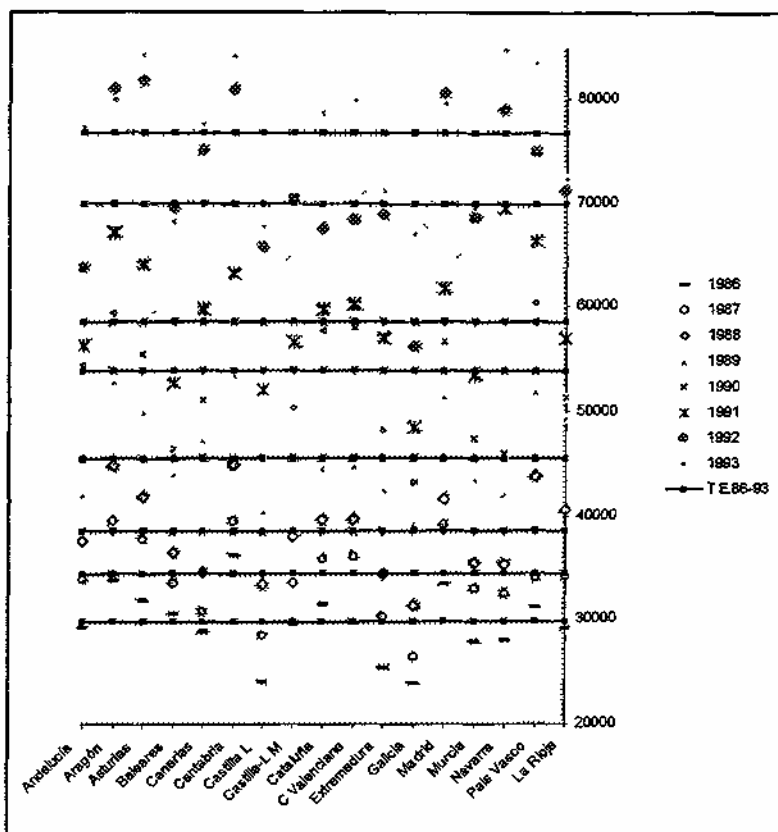


GRÁFICO 5: GASTO INSALUD PER CAPITA EN CADA COMUNIDAD EN RELACIÓN AL TOTAL DEL ESTADO (T.E.): 1986-1993

el País Vasco (que están en el caso contrario, es decir, son Comunidades con recursos superiores a la media, y donde el gasto crece mucho), de otro.

Una última conclusión con respecto al gráfico 4 es que la descentralización de la asistencia sanitaria tiene efectos muy beneficiosos para las Comunidades forales, y también positivos en Canarias y Galicia. En el caso del País Vasco y Navarra, el año en que reciben las transferencias (Ide enero de 1988 y 1991, respectivamente) supone una mejora considerable de sus posiciones con respecto a la media, que es muy notable en el caso de Navarra. En el caso de Canarias y Galicia, la mejora es también perceptible, aunque de magnitud mucho menor¹³. El balance es claramente negativo en el caso de Andalucía, y mezclado en el caso de la Comunidad Valenciana.

Por último, el caso de Cataluña merece un breve comentario aparte. La Comunidad de Madrid resulta en este caso la más comparable a Cataluña, puesto que las capitales de ambas Comunidades registran una concentración semejante de hospitales clínicos y de alta tecnología, así como de enfermos desplazados de otras Comunidades y de grupos sociales marginados. El desarrollo de Madrid y Barcelona en tanto capitales sanitarias se produce sobre todo durante la segunda mitad de los 70 y los primeros 80: mientras que en 1976. el gasto por habitante en ambas Comunidades se sitúa un 20 y un 12% por debajo de la media, respectivamente, en 1982 se sitúa ya un 20% por encima de la media en Madrid, y casi un 10% en Cataluña. Durante el periodo 1986-1993, por último, el gasto per capita medio en Madrid es un 10% superior al de la media del Estado, mientras que en Cataluña supera la media estatal tan sólo en un 2%.

¹³ Galicia recibe las transferencias en la misma fecha que Navarra. En el caso de Canarias, aunque esta Comunidad no recibe las transferencias hasta enero de 1994, las entrevistas realizadas demuestran que existe un proceso de inversión importante del Estado central en la sanidad canaria desde 1988, con el objetivo de hacer más viable la asunción de la gestión de los servicios en esta Comunidad

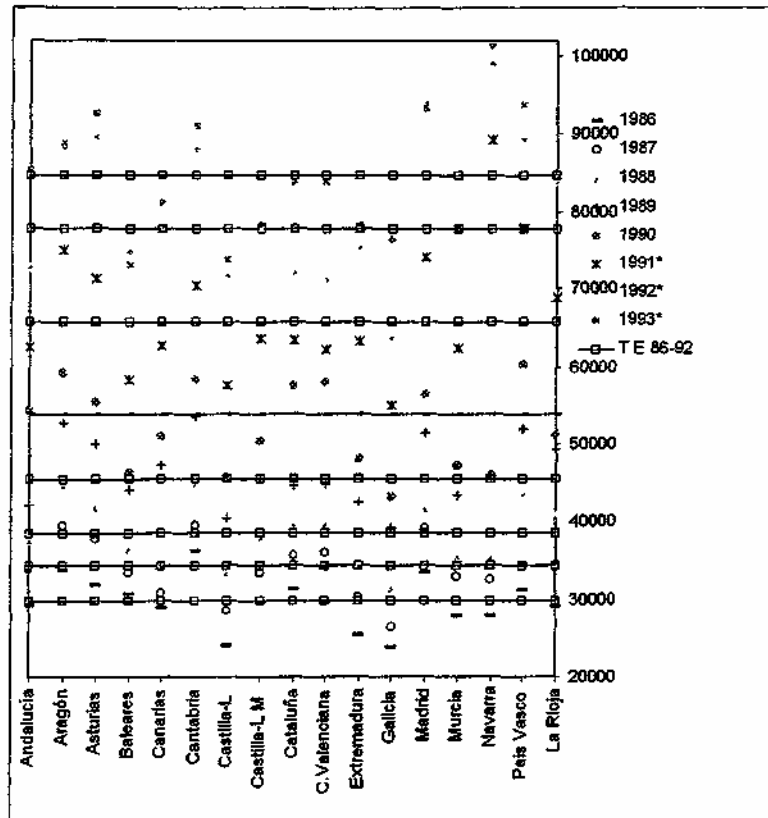


GRÁFICO 6: DISTRIBUCIÓN DEL GASTO DEL INSALUD Y DE LAS APORTACIONES DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS * Incluye aportaciones Comunidades

Los gráficos 5 y 6, que se incluyen a continuación, presentan la misma información que el gráfico 4, pero en pesetas corrientes en vez de en porcentajes de base 100. Además, el gráfico 6 refleja también la aportación de las Comunidades al gasto sanitario, y no sólo el

reparto de la partida correspondiente al INSALUD. El gasto sanitario público total tiene tres fuentes principales en España:

- 1) las aportaciones del Estado central, de las cuáles el INSALUD es la partida de mayor peso
- 2) las cantidades que las Comunidades dedican al gasto sanitario procedentes de sus propios ingresos fiscales, y
- 3) las aportaciones de los entes locales, que sirven para financiar una parte variable del gasto autonómico así como los propios gastos sanitarios de los Ayuntamientos, Diputaciones y Cabildos.

Tanto el gráfico 5 como el 6 ponen de manifiesto con mayor claridad que el gráfico 4 que, aunque la tendencia global es todos los años semejante, los picos más alejados de la media (representada por las líneas paralelas), se acentúan considerablemente en algunos años, marcando más fuertemente las diferencias entre Comunidades. Los años en que las distancias entre Comunidades aumentan coinciden generalmente con los periodos presupuestarios en los que se negocia el pago de la deuda sanitaria. En el caso de las Comunidades con competencias, los años de compensación del déficit de mayor envergadura son 1990, 1992 y 1993; en el caso de las Comunidades del INSALUD, los años en que se compensa el déficit son principalmente 1989, 1990 y 1992.

Esto quiere decir, en definitiva, que las Comunidades que más se endeudan son las que tienen más nivel de gasto de partida. Aunque no puede entrarse aquí en este tema en detalle, sí que resulta importante señalar que la geografía de las disparidades en el gasto sanitario coincide en mucha medida con la propia geografía de la distribución de los recursos sanitarios en términos de infraestructuras y recursos humanos. Es un hecho bien conocido, en este sentido, que existe una línea divisoria norte/sur a este respecto, que coincide hasta cierto punto con la implantación de la revolución industrial y el peso histórico de la burguesía urbana. La coincidencia no es seguramente casual, porque de acuerdo con la ley de Say, toda oferta crea su propia demanda; o en otras palabras, la asociación entre recursos materiales y gasto puede atribuirse al fenómeno conocido en economía de la salud como demanda inducida por la oferta (*supply-induced demand*), que analizaremos en el próximo capítulo.

Otra explicación posible de esta relación, que a mi parecer no ha sido suficientemente explorada, puede deducirse del gráfico 6. La única diferencia entre este gráfico y el anterior son los años 1991, 1992, 1993, los únicos para los que existen cálculos oficiales del Ministerio de Sanidad sobre las aportaciones de las Comunidades Autónomas a la financiación de la sanidad pública. Una primera ojeada al gráfico 6 permite detectar que la diferencia fundamental con respecto al gráfico 5 radica en un achatamiento del gráfico en su zona central. En otras palabras, las Comunidades de Cataluña y Comunidad Valenciana, y en menor medida, Castilla-La Mancha y Extremadura, aparecen en posiciones inferiores con respecto a la media que las que ocupaban con respecto al gasto del INSALUD. Esto indica que la aportación que dedican a la sanidad de sus propios ingresos es relativamente baja comparada con el resto de las Comunidades.

En el caso contrario están claramente Asturias, Aragón, Cantabria, Navarra y el País Vasco, Comunidades que acentúan sus distancias positivas con respecto a la media cuando se toman en cuenta sus propias aportaciones a la sanidad. Esto podría indicar una preferencia política más intensa en el caso de estas cinco Comunidades. De hecho, todas ellas, con la excepción de Cantabria, destacan, como hemos visto a lo largo de los capítulos 5, 6 y 7, tanto en la reivindicación de competencias como en el ejercicio efectivo de las mismas.

En cuanto a Castilla-La Mancha y Extremadura, que dedican pocos recursos propios a la sanidad, existe también evidencia que apoya la misma hipótesis en sentido contrario: las dos Comunidades muestran una actitud de desinterés a lo largo del periodo por las competencias de asistencia sanitaria, y sus tasas de actividad legislativa autónoma en este campo son las más bajas del Estado. Los casos de la Comunidad Valenciana, y de Cataluña, son más difíciles de explicar desde esta perspectiva. Cataluña es la Comunidad que muestra una mayor intensidad de preferencias por la sanidad, y cuyas presiones al respecto adquieren una mayor visibilidad política durante el periodo de estudio. Es quizá también, por ello y por su propio status de capitalidad sanitaria, la Comunidad que consigue mayores

partidas de compensación del déficit por parte del Estado central, lo que explica su posición relativamente más distanciada de la media en cuanto al gasto del INSALUD. De hecho, tanto Cataluña como la Comunidad Valenciana son casos notables de acentuación de estas distancias en los años en los que se compensa el déficit, como por ejemplo, en 1990 y 1993, lo que parece apuntar en la misma dirección descrita.

4. Conclusiones. Intensidad de preferencias, autonomía política y equidad

A lo largo de este capítulo hemos podido constatar que el sistema general de financiación autonómica en España no incorpora consideraciones redistributivas. En concreto, el examen realizado del sistema de la financiación básica permite afirmar que nos encontramos ante un sistema dinámico cuyo marco formal se reformula cada cinco años a través de las negociaciones bilaterales y multilaterales entre el gobierno central y las Comunidades Autónomas. El resultado de estas negociaciones en cuanto a la partida de financiación básica incondicionada es el predominio del criterio del coste efectivo, y la utilización de las variables 'redistributivas' para favorecer a las Comunidades más ricas, que son a la vez las que tienen mayores problemas de suficiencia financiera. De otro lado, en cuanto a la financiación básica incondicionada, que se canaliza a través del Fondo de Compensación Interterritorial, y se rige por criterios formales de reparto netamente redistributivos, se puede extraer una conclusión semejante; es decir, que sus efectos redistributivos en la práctica son muy limitados (González Alvarez, 1997).

En el caso de la asistencia sanitaria, el tema de la financiación autonómica constituye sin duda uno de los aspectos más controvertidos del Sistema Nacional de Salud. Los problemas que afectan al sistema de financiación son de tres tipos: la indefinición del marco formal, la fragmentación del sistema en la práctica y la insuficiencia presupuestaria crónica del INSALUD. Las

consecuencias prácticas de estos tres problemas contribuyen notablemente a la persistencia de importantes desequilibrios territoriales en el Servicio Nacional de Salud, y se plasman en tres disfunciones relacionadas: ausencia de incorporación de consideraciones redistributivas en el reparto de recursos, persistencia de importantes diferencias entre las Comunidades Autónomas con competencias transferidas, y discriminación relativa de estas últimas Comunidades en relación a las gestionadas por el INSALUD central.

En cuanto al marco formal de la financiación sanitaria, aunque supone un avance considerable con respecto a la situación pasada, es relativamente contradictorio: el criterio de ejecución recogido en el artículo 82. el capítativo simple, no se corresponde con los objetivos programáticos de la Ley General de Sanidad al respecto, que reflejan una definición más amplia de la equidad interterritorial, que requeriría la aplicación del principio capítativo compuesto. Así mismo, la Ley General de Sanidad consolida en el ámbito sanitario las desigualdades existentes entre las Comunidades forales y las Comunidades de régimen común en materia de financiación.

Por último, el marco formal genera además nuevas desigualdades entre Comunidades, puesto que el principio capítativo simple sólo se aplica a las Comunidades con el INSALUD transferido, mientras que las Comunidades del territorio INSALUD siguen financiadas a través del criterio del coste efectivo. A las desigualdades previstas en el marco formal se le añaden las que se derivan de la aplicación práctica del sistema de financiación a través de las negociaciones políticas bilaterales que tienen lugar en el momento de transferencia de los servicios. Estas últimas desigualdades han sido relativamente resueltas, en el plano formal, a partir de la reformulación del sistema de financiación sanitaria autonómica que se produce en 1994.

Otro proceso de igualación que resulta del desarrollo y aplicación del sistema de financiación es, sin embargo, de carácter negativo. En concreto, se trata de la práctica de compensar regularmente, con cargo a los presupuestos centrales, las deudas sanitarias acumuladas por las Comunidades. La falta de credibilidad de los compromisos centrales de gasto, la centrifugación del déficit sanitario a nivel autonómico, la inexistencia de un cálculo adecuado de las necesidades

sanitarias y de los costes diferenciales de los servicios en cada territorio (precios diferenciales, docencia e investigación, costes por desplazados), las propias diferencias legales entre Comunidades, y el nivel relativamente bajo de autonomía financiera autonómica son factores que ayudan a explicar el problema de la deuda. La resolución concreta de este problema en España contribuye a explicar el hecho de que todas las Comunidades sigan aparentemente sujetas al criterio del coste efectivo durante el periodo de estudio, un principio que no sólo reproduce los desequilibrios territoriales heredados, sino que además promueve importantes ineficiencias en la gestión del gasto sanitario.

El predominio de la negociación política en las decisiones sobre el reparto de los fondos tiene, pues, como consecuencia principal, tanto en el ámbito sanitario como en cuanto a la financiación autonómica general, que predomine el criterio del coste efectivo. Este hecho parece deberse principalmente a que la preocupación política sobre la suficiencia financiera de las Comunidades predomina sobre los criterios de equidad interterritorial y de corresponsabilidad fiscal. El criterio de suficiencia tiende además a predominar en la práctica debido a la asociación entre intensidad de preferencias, poder de negociación y gasto sanitario autonómico.

El marco teórico de esta investigación permite anticipar, a este respecto, que las Comunidades con mayor intensidad de preferencias por la sanidad van a tener también un mayor poder de presión en las negociaciones, y van a tender también a gastar más, dada la prioridad política que conceden a las actuaciones en materia de sanidad. Esta asociación parece de hecho cumplirse en la práctica, lo que explica que en muchos casos consigan partidas de gasto del Estado central superiores a las que les corresponden según la letra de la ley. Esta situación se debe principalmente al predominio de las reglas informales del juego, lo que se deriva a su vez de las incoherencias y ambigüedades de las reglas institucionales formales, de las importantes desigualdades que el marco formal establece entre Comunidades Autónomas, y de la falta de credibilidad política tanto del marco institucional formal como de los compromisos de gasto del gobierno central.

Las conclusiones del capítulo permiten, pues, realizar algunas recomendaciones sencillas, en la línea de las formuladas en las conclusiones del capítulo 4. La reformulación del marco institucional formal para eliminar las diferencias de tratamiento entre Comunidades, abordada en parte en 1994, es el primer requisito para que el sistema de financiación sanitaria contribuya a promover la equidad interterritorial. La introducción de consideraciones redistributivas es un tema que no se ha abordado todavía, y cuya importancia a este respecto es clave.

Para terminar, tanto la autonomía política como la intensidad diferencial de preferencias de los gobiernos autonómicos por la sanidad permiten anticipar presiones al alza sobre el gasto sanitario en las Comunidades que mantienen una mayor intensidad de preferencias por la sanidad. Las desigualdades que pueden generarse como consecuencia pueden paliarse en parte a través de la introducción de garantías institucionales formales que refuercen la credibilidad del compromiso central de no financiar los déficits autonómicos. Pero, sobre todo, el buen funcionamiento del Estado de las Autonomías requiere también que las Comunidades disfruten de un mayor grado de corresponsabilidad fiscal.

El argumento principal al respecto es el siguiente. Las presiones al alza sobre el gasto sanitario autonómico derivadas de una mayor intensidad de preferencias podrían quizá reprimirse centralmente imponiendo un presupuesto fijo, y no financiando los déficits autonómicos. Pero ello supone vaciar parcialmente de contenido la autonomía política de las Comunidades, y en concreto su libertad para otorgar mayor prioridad a la sanidad. Por ello, resulta conveniente que los gobiernos autonómicos que gasten más corran también con los costes políticos derivados del aumento del esfuerzo fiscal en sus Comunidades respectivas. Puesto que, además, dada la asociación entre intensidad de preferencias y efectividad política detectada en los capítulos 6 y 7, los ciudadanos de estas Comunidades disfrutan en la práctica de unos servicios sanitarios mejor organizados y gestionados.

Ahora bien, si recordamos que el aumento de la autonomía financiera de los gobiernos subnacionales suele conllevar un aumento de los desequilibrios interterritoriales, se puede concluir que el

refuerzo de la corresponsabilidad fiscal de las Comunidades Autónomas requiere necesariamente prestar una mayor atención a las consideraciones redistributivas, con el objetivo de neutralizar las tendencias de aumento de la desigualdad, y de ajustar el sistema español de financiación autonómica a los objetivos programáticos de la Constitución y la Ley General de Sanidad, entre los que la equidad interterritorial ocupa un lugar central. A esta cuestión se dedican precisamente las páginas que siguen.

CAPÍTULO 9

NECESIDADES SANITARIAS Y EQUIDAD INTERRITORIAL: LA REFORMA DE LA FINANCIACIÓN SANITARIA AUTONÓMICA

La primera cuestión que hay que plantear acerca del Estado no es si hemos consentido a él en algún sentido (tácito, expreso, hipotético o de algún otro tipo). Más bien de lo que se trata es de saber si el Estado nos permite estar en una situación en la que nos sea posible evaluarlo¹

El objeto general de este trabajo es presentar una propuesta de introducción de consideraciones redistributivas en el sistema español de asignación territorial de recursos sanitarios. En concreto, el análisis se centra en el cálculo de un criterio de necesidad operativo que permita aplicar el principio constitucional de equidad interterritorial al sistema de financiación sanitaria autonómica. La traducción práctica de esta propuesta consiste en el ajuste del criterio per capita actual en función de las necesidades sanitarias regionales. El punto de partida para el cálculo de las necesidades sanitarias en España es la fórmula RAWP británica, tal como emerge de su última revisión, *realizada*, en el periodo 1993-5. A partir de este modelo, se presentan dos alternativas principales. La primera de ellas consiste en una aplicación directa del sistema de financiación británico al caso

¹ Fishkin (1988: 61)

español, mientras que la segunda se ajusta a la lógica del sistema LOFCA.

La idea central en la que se basan las fórmulas redistributivas es que la asignación del presupuesto sanitario global debe hacerse de acuerdo a la población residente en cada unidad geográfica, ponderada de acuerdo con dos criterios principales: las *necesidades sanitarias* y los *costes de provisión* de servicios específicos de ciertas regiones o municipios. El primer criterio, en el que se centra este trabajo, pretende aplicar el principio de solidaridad, mientras que el segundo supone una garantía parcial del principio de suficiencia en la financiación autonómica. Por último, las fórmulas redistributivas son compatibles con sistemas basados en el principio de autonomía en los ingresos financieros de los gobiernos regionales. En este sentido, estas fórmulas representan un instrumento adecuado para resolver el problema de la asignación territorial de recursos, puesto que son sensibles a los tres principios que debe cumplir un sistema de financiación territorial: solidaridad, suficiencia y autonomía.

En este contexto, la fórmula RAWP británica tiene como objetivo principal fomentar la equidad interterritorial del sistema sanitario, mediante la aplicación del principio de 'igual acceso para igual necesidad'². Este objetivo coincide con el principio programático recogido en la Ley General de Sanidad (Ley General de Sanidad), que consiste en "*corregir las desigualdades sanitarias y garantizar la igualdad de acceso a los servicios sanitarios públicos en todo el territorio español según lo dispuesto en la Constitución*" (art. 12). Para conseguir este objetivo en la práctica, la fórmula RAWP introduce el criterio capitativo compuesto (*weighted capitation*) en la

² Aunque el objetivo programático de los sistemas asignativos basados en el criterio de necesidad es el de 'igual acceso para igual necesidad', la existencia de prioridades políticas y grados de eficiencia diferentes a nivel regional hace que este objetivo no pueda ser conseguido directamente por medio de las fórmulas redistributivas utilizadas para el reparto de recursos. Este tipo de fórmulas se orientan en la práctica a la consecución del objetivo de 'iguales recursos para igual necesidad', lo que supone subordinar la consecución de la igualdad en el acceso a la autonomía política y de gestión de los gobiernos regionales. Para una discusión más detallada de este tema, ver Carr-Hill et al. (1994b: 22-4).

financiación sanitaria regional, lo que supone ponderar el criterio per capita de acuerdo a la estructura demográfica, socioeconómica y sanitaria de la población regional. Este criterio resulta más adecuado que el criterio per capita simple para garantizar el principio de equidad recogido en la Constitución y en la Ley General de Sanidad, puesto que regiones con la misma población pueden tener niveles relativos de necesidad de atención sanitaria muy distintos.

Las razones que justifican la selección de la fórmula británica para su aplicación al sistema de financiación español son de orden tanto teórico como práctico. En el plano teórico, y como resultado de su última revisión, la fórmula constituye el mejor modelo conceptual y estadístico desarrollado hasta el momento para seleccionar objetivamente los indicadores de necesidad que garantizan un reparto equitativo del presupuesto sanitario. En el plano práctico, la fórmula RAWP lleva aplicándose veinte años a la financiación del Sistema Nacional de Salud británico, lo que permite constatar sus consecuencias claramente redistributivas sobre el sistema de financiación sanitaria. Además, su largo periodo de vigencia ha permitido la realización de numerosos estudios sobre sus ventajas e inconvenientes, así como varias revisiones que han ido refinando la metodología y los datos utilizados para la estimación de las necesidades sanitarias regionales.

La estructura de este capítulo es la siguiente. En el primer apartado se define el concepto de necesidad en términos operativos y se presenta la estrategia metodológica que se utiliza para abordarlo en la práctica. La segunda parte se dedica a la estimación empírica de las necesidades sanitarias autonómicas, y a comprobar en qué medida el reparto del gasto sanitario en la práctica se ajusta al criterio de necesidad. El tercer apartado se centra en estudiar las dos alternativas principales de reforma del sistema español de financiación sanitaria autonómica. La primera de estas alternativas consiste en la aplicación directa al caso español de la fórmula RAWP británica tal como emerge de su última revisión. La segunda alternativa aplica la lógica del modelo LOFCA a través de un modelo de programación lineal. Por último, el trabajo se cierra con algunas conclusiones sobre el problema de la equidad interterritorial en España.

1. El criterio de necesidad como garantía de equidad interterritorial

1.1. El criterio de necesidad: un concepto difícil

El problema fundamental que afecta a la evaluación de necesidades sanitarias es la imposibilidad de obtener medidas directas de la necesidad de atenciones sanitarias de una determinada población. En términos estrictos, ello requeriría llevar a cabo reconocimientos médicos y tests diagnósticos a una muestra representativa de la población. El coste asociado a semejante tarea la hace pues generalmente inviable. De otro lado, los determinantes de la necesidad de atención sanitaria son complejos, y no existe apenas evidencia empírica sobre el modo en que interaccionan para generar un nivel determinado de necesidad (Carr-Hill et al., 1994b: 38).

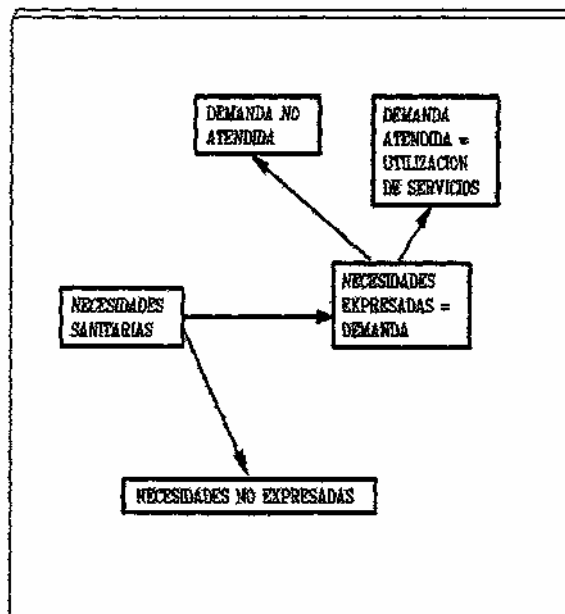


GRÁFICO 7: Problemas de la utilización de servicios como indicador de las necesidades sanitarias

En consecuencia, es necesario recurrir a medidas indirectas de la necesidad de servicios sanitarios. En este sentido, *la demanda de servicios* en cada área geográfica es claramente el concepto más cercano del que podemos obtener medidas directas, tales como la tasa de utilización de servicios o el nivel de gasto que se deriva de esta utilización. Sin embargo, la demanda atendida es un indicador muy indirecto de las necesidades sanitarias de la población, como se muestra en el gráfico 7. En este sentido, la ausencia de un modelo empírico adecuado que clarifique las relaciones entre la demanda atendida y la necesidad de atención sanitaria constituye un obstáculo importante para derivar medidas indirectas de las necesidades sanitarias de la población³

(1) El primer problema que afecta a la demanda atendida en tanto indicador de la necesidad de servicios es su *dependencia del nivel de oferta* de servicios existente en cada área geográfica (Beech, Bevan y Mays, 1990:56; Carr-Hill, 1990: 194; Maystony Smith, 1990:129-30; Sheldon y Carr-Hill, 1990b:22; Mays, 1987: 48). Así, existe evidencia empírica de que el grado de utilización de servicios en áreas con niveles altos de oferta sanitaria es superior al de áreas con menor oferta y niveles de morbilidad equivalentes. En otras palabras, el exceso de oferta da lugar a que una parte de la demanda atendida sea inducida por la oferta, en lugar de reflejar la necesidad de atención sanitaria de la población⁴.

³ A este respecto, el debate reciente mantenido en el *Journal of Health Economics* entre Mooney y colaboradores, de un lado, y Culyer Van Doorslaer y Wagstaff, de otro, representa un excelente resumen de los problemas de la utilización como indicador de la necesidad en el contexto de la financiación regional. Ver a este respecto Culyer et al. (1992a y 1992b), Mooney et al. (1992 y 1991), y "Wagstaff et al. (1991).

⁴ La evidencia empírica generada al respecto procede de dos corrientes de investigación principales: (1) la teoría de la demanda inducida por la oferta (*supply induced demand*) y la investigación sobre las variaciones en las pautas de utilización de servicios en áreas pequeñas (*small area variations*). En cuanto a la primera línea de investigación, el estudio empírico mejor elaborado es el de Cromwell y Mitchell (1986); en cuanto a la segunda, las referencias centrales se refieren al padre fundador de esta línea de investigación (ver por ejemplo, Wennberg et al. 1987, y Wennberg, 1993, en el marco de un suplemento especial

(2) En segundo lugar, el problema central de la demanda atendida como indicador de necesidad es el contrario al anterior: en situaciones de exceso de demanda, el volumen de demanda efectivamente atendida esta limitado por el nivel de oferta existente. Ello supone que la demanda atendida refleja sólo una parte de la demanda total de servicios sanitarios. La parte restante constituye la *necesidad no expresada de atención sanitaria o demanda potencial*, que se debe a la existencia de dificultades de acceso a los servicios, y a la ausencia de información sobre temas de salud o sobre los propios servicios sanitarios. La necesidad no expresada es especialmente relevante porque afecta generalmente a las áreas y grupos sociales más desfavorecidos, para los que las dificultades de acceso son mayores y el grado de información menor.

(3) El tercer problema que afecta a la demanda atendida como indicador de necesidad es *la estructura jerárquica del sistema sanitario*. En otras palabras, las políticas de oferta de las regiones y distritos que componen la estructura organizativa del sistema pueden afectar las tasas de utilización de los servicios sanitarios, independientemente del nivel de necesidades sanitarias de la población. Por ejemplo, una política de fomento de los centros de día para intervenciones menores tendría el efecto de disminuir las estancias hospitalarias en tanto indicador de la utilización de servicios. Ello haría que el nivel de utilización pareciera menor, presionando a la baja las estimaciones del nivel de necesidades locales (Carr-Hill et al., 1994b: 82).

A pesar de los problemas que afectan a la demanda atendida como indicador del nivel de necesidades sanitarias, representa el concepto más cercano sobre el que existen datos suficientes disponibles. Por ello, cualquier investigación que pretenda generar evidencia empírica sobre los determinantes de la necesidad de atención médica ha de recurrir a la demanda atendida como variable dependiente para ser practicable (Carr-Hill et al., 1994a: 1046). Ello

de la revista *Medical Care* dedicado a este tema). Por último, un excelente monográfico que analiza los descubrimientos de ambas corrientes es el elaborado por Phelps y Mooney (1993).

implica asumir que el nivel de necesidad puede predecirse a partir de los patrones de utilización de servicios prevalentes en cada zona geográfica.

Como ha sido puesto de manifiesto más arriba, las limitaciones que conlleva este supuesto son importantes. Algunas de ellas pueden ser contrarrestadas parcialmente mediante el uso de técnicas estadísticas adecuadas. Por ejemplo, la aplicación de modelos econométricos permite estimar la parte de la demanda atendida que es inducida por el exceso de oferta en vez de expresar el nivel de necesidad de la zona. Lo mismo es cierto con respecto al impacto de las políticas regionales y locales sobre la relación entre demanda potencial y demanda atendida.

Sin embargo, la estimación de las necesidades sanitarias no expresadas no puede resolverse por definición en base a modelos que utilicen la demanda atendida como variable dependiente. Dado que esta demanda potencial afecta especialmente a los grupos sociales más pobres, se deduce que los datos de utilización de servicios no reflejan las necesidades de todos los grupos sociales en la misma medida. En consecuencia, los sistemas de financiación mediante fórmulas construidas en base a la demanda atendida deberían complementarse con otras políticas económicas y sociales destinadas a mejorar el acceso a los servicios y la educación sanitaria de los grupos y zonas más desfavorecidas.

1.2. Avances en la medición de necesidades sanitarias: la fórmula RAWP1988

En este contexto, el objetivo explícito de la revisión encargada por el gobierno británico en diciembre de 1985 es realizar una medición más precisa de la necesidad relativa de recursos, dado que la mayoría de las regiones se hallan ya muy próximas a los niveles de gasto óptimos prescritos por la fórmula RAWP (Department of Health and Social Security, 1988: 1). Este objetivo adquiere mayor sentido si consideramos que la mayoría de las críticas a la fórmula

RAWP se centran en el uso de la mortalidad como indicador de la necesidad de servicios.

Las críticas se refieren a tres aspectos relacionados. (1) En primer lugar, como ha sido puesto de manifiesto *"el problema más discutido en relación con la fórmula RAWP es la afirmación de que existe una correspondencia directa entre la mortalidad y la necesidad de servicios, un supuesto atractivo pero que no se deriva directamente de la evidencia empírica"* (Carr-Hill et al., 1994b: 26). Este supuesto equivale a introducir la mortalidad en la fórmula asignativa con un peso igual a la unidad, que se fija a priori por no existir un modelo estadístico del que derivar el peso empírico de la variable. Por ello, la revisión de 1988 incluye como novedad principal la introducción de técnicas de regresión múltiple para estimar empíricamente el peso de distintos factores demográficos, sanitarios y sociales en la determinación de la demanda atendida, en tanto indicador de la necesidad de servicios.

De otro lado, atribuir a la mortalidad un peso igual a la unidad supone, en cuanto a la asignación de recursos, asumir implícitamente que la relación entre necesidad y coste es también de correspondencia directa (Sheldon y Carr-Hill, 1990b: 23; Mayston y Smith, 1990: 127-8; Smith, 1986). O, en otros términos, que el coste marginal de satisfacer incrementos en el nivel de necesidad permanece constante. En la práctica, sin embargo, parece razonable suponer que las relaciones entre necesidad y coste no son lineales, especialmente en los dos extremos de la distribución de las necesidades sanitarias (Smith, 1986: 62). Por ejemplo, una hipótesis plausible al respecto es que estas relaciones muestren rendimientos decrecientes de escala, de manera que el coste marginal de satisfacer necesidades aumente para niveles de necesidad altos.

En este sentido, las desigualdades históricas en la asignación de infraestructuras y recursos sanitarios contribuyen a reforzar la idea de que la productividad marginal del dinero es variable a lo largo de la distribución de niveles de necesidad (Sheldon y Carr-Hill, 1990b: 23). Si esta hipótesis fuera cierta, asumir una relación de correspondencia directa implicaría sobreestimar el monto de recursos necesarios para hacer frente a niveles bajos de necesidad, así como

infravalorar el coste derivado de la satisfacción de niveles de necesidad altos.

El problema del tipo de relación existente entre mortalidad, necesidad y coste se afronta en la revisión de 1988 a través del estudio estadístico de la forma funcional más adecuada a los datos. El análisis a través de regresión múltiple presenta evidencias de que esta relación no es lineal, sino exponencial. Por ello, se decide tomar logaritmos de los valores de las variables que componen el modelo, lo que constituye la solución técnica habitual a este problema.

(2) El segundo problema en relación con la mortalidad es el grado en que refleja la morbilidad y los factores sociales ligados a situaciones de pobreza. Como se menciona más arriba, un supuesto importante del comité RAWP es que la mortalidad constituye un sustituto adecuado de la morbilidad. Sin embargo, es sobradamente conocido que las pautas de morbilidad y utilización de recursos en las sociedades desarrolladas actuales se caracterizan por el predominio de las enfermedades crónicas (que generalmente no conducen a una muerte rápida) sobre las agudas (Mays, 1987: 49). Además, existe evidencia empírica que apoya la existencia de una relación entre morbilidad y factores socioeconómicos independiente del nivel de mortalidad (Carr-Hill, Maynard y Slack, 1990; citados por Carr-Hill et al., 1994b: 14).

Debido a estas razones, y en ausencia de información fiable y desagregada sobre las pautas de morbilidad regionales, el comité encargado de la revisión de la fórmula decide incluir un índice que combina variables vinculadas a situaciones sociales de privación. La inclusión de este tipo de variables está avalada además por la evidencia de que tienen efectos directos sobre el nivel de necesidad sanitaria independientes de la morbilidad. Por ejemplo, factores sociales como el déficit de equipamientos en el hogar, una alimentación deficiente o la imposibilidad de recurrir a cuidados familiares pueden contribuir a aumentar la gravedad de la enfermedad o alargar la duración de las estancias hospitalarias de los grupos sociales afectados.

La inclusión de estos factores en la fórmula es problemática por dos motivos principales. En primer lugar, una parte de sus efectos se

canaliza a través de la morbi-mortalidad. Así, si se incluyen conjuntamente con indicadores de morbilidad, resulta conveniente determinar estadísticamente su peso directo, no mediado por la morbilidad. Y, como ha sido señalado, la estimación estadística de sus efectos independientes *"es problemática, porque el peso de estos factores. ..hade determinarse indirectamente a partir de datos sobre la utilización de servicios. En consecuencia, resulta difícil discriminar hasta qué punto el exceso de utilización resulta de un exceso de oferta o de las necesidades mayores de atención que se atribuyen a los grupos sociales más desfavorecidos"* (Mays, 1987:56).

En segundo lugar, existe una objeción más importante a la inclusión de factores sociales en la fórmula, que trasciende el dominio de los problemas técnicos para entrar de lleno en el ámbito de las consideraciones de política substantiva. Así, en vez de canalizar la financiación extra para contrarrestar el efecto de estos factores a través del presupuesto sanitario, una opción alternativa es dedicar directamente estos recursos a remediar las situaciones económicas de necesidad, tales como la calidad de la vivienda o la alimentación insuficiente. Sin embargo, la evidencia de que el efecto de estos factores puede traducirse en una mayor utilización de servicios sanitarios (por ejemplo, la gente que vive sola o en viviendas con déficit de equipamientos puede tener una necesidad mayor de ingresar en el hospital o de prolongar su estancia en el mismo) avala la opción contraria, al menos en el corto plazo (Department of Health and Social Security, 1988: 13).

La posibilidad de incluir variables sociales en la fórmula fue explícitamente rechazada por el comité RAWP 76, en los siguientes términos *"no podemos tomar en consideración estos factores, excepto en el caso de que tengan un impacto directo sobre la morbilidad"*. Las razones principales son las arriba mencionadas: de un lado, los problemas técnicos para estimar su peso, y de otro, la creencia de que estos problemas podían ser solucionados más adecuadamente a través de otras políticas sociales (Department of Health and Social Security, 1988: 12). En contraste, el comité RAWP 88 toma la decisión de incluirlos, en el contexto de un acuerdo amplio sobre su importancia en tanto determinantes independientes de la necesidad de servicios.

Aun así, éste sigue siendo uno de los aspectos más controvertidos dentro de los debates sobre la financiación regional.

El índice de privación social finalmente seleccionado en la revisión de 1988, conocido como *índice Jarman* (el nombre de su autor) o *índice UPA 8 (8 items Under Privileged Area Score)*, o escala en 8 ítems de las áreas desfavorecidas), se utiliza también para asignar recursos en atención primaria. El índice se basa en una encuesta realizada a una muestra de médicos británicos sobre la carga de trabajo adicional derivada de varios factores sociales sobre los que se dispone de información censal. Ocho de estos factores son finalmente seleccionados para formar parte del índice: desempleo, viviendas con niveles bajos de equipamiento, minorías étnicas, madres solteras, ancianos que viven solos, zonas y viviendas con alta densidad de residentes, y clases sociales más bajas.

Aunque el índice es intuitivamente atractivo, las estrategias empleadas en su construcción son problemáticas. De un lado, la puntuación de cada área se calcula tomando el inverso del seno de la raíz cuadrada de cada variable, una transformación que ha sido criticada por ser 'mística' desde el punto de vista estadístico (Carr-Hill, 1990: 54). En segundo lugar, el peso de cada variable en el índice se calcula de acuerdo a las respuestas de una muestra de 2.500 médicos respecto a la carga de trabajo adicional que estos factores representan en el contexto de la atención primaria. Dejando aparte el problema de la subjetividad de las respuestas, y de su restricción a la medicina general, el método ha sido criticado por su falta de representatividad estadística, dado que la muestra se restringe a médicos generales que ejercen en el centro de Londres (Carr-Hill, 1990).

Por último, el índice asume que la relación entre los ocho factores sociales en tanto determinantes de la necesidad es aditiva. Sin embargo, la experiencia práctica muestra que la concurrencia simultánea de varios de estos factores en un determinado grupo social tiene efectos multiplicativos sobre sus necesidades sanitarias (Smith, 1986: 62). Aunque esta consideración se tiene en cuenta respecto a las relaciones entre la mortalidad y el índice Jarman (que parecen

ajustarse empíricamente a la hipótesis multiplicativa), no está presente en la construcción del propio índice de privación social.

(3) En tercer lugar, un problema adicional que afecta al modo de introducción de la mortalidad de la fórmula RAWP 76 es la utilización de las tasas de mortalidad estandarizadas de todos los grupos de edad. En concreto, las críticas a este respecto se centran en la inclusión de las tasas de mortalidad del grupo de mayores de 75 años, puesto que sus altas pautas de mortalidad pueden dominar la tasa global de mortalidad de la zona, haciendo que ésta no refleje adecuadamente el nivel de necesidad relativa de la población global del área.

Por ello, y en consonancia con la fórmula escocesa SHARE (el equivalente a la inglesa RAWP), se decide excluir de la fórmula las tasas de mortalidad de los mayores de 75 años, lo que aumenta además el poder explicativo del modelo. Ello no supone ignorar las importantes necesidades sanitarias del grupo de mayores de 75 años, sino reconocer que su cuantía depende más bien de la tasas de supervivencia de este grupo que de sus tasas de mortalidad (Department of Health and Social Security, 1988: 18).

(4) Por último, otro problema importante con la fórmula RAWP 76 es la estrategia de estimación de los recursos necesarios para afrontar el nivel de necesidad indicado por la mortalidad. Como se expresa en la ecuación (1), estos recursos se calculan a partir del coste medio de las estancias hospitalarias según su duración (duración media de las estancias hospitalarias en días para cada categoría de enfermedad x coste medio diario por cama ocupada). El problema principal en este sentido es que el coste derivado de la duración de las estancias es un indicador muy crudo del coste total de los servicios hospitalarios y sociosanitarios: no incluye los tratamientos en centros día, no distingue diferentes costes por especialidades y puede ser distorsionado por unas pocas estancias de larga duración (Carr-Hill et al, 1994b: 63).

La alternativa escogida en la revisión de 1988 para medir el coste derivado de las pautas de utilización de servicios es el número de estancias hospitalarias del área, al que se aplican los costes medios por estancia (incluyendo fijos y variables) calculados por las

autoridades sanitarias centrales británicas. Esta medida evita el problema de las estancias largas, pero a cambio, no considera la severidad de la enfermedad (recogida parcialmente en la duración media de las estancias en el caso anterior); tampoco incluye costes diferenciales por especialidad. Esta última limitación resulta especialmente problemática si consideramos las diferencias considerables entre las pautas de utilización características de cada especialidad, que se exponen en la tabla 20.

Finalmente, la fórmula RAWP 1988 incluye también indicadores de la accesibilidad geográfica de los centros sanitarios que integran la oferta de servicios en cada área. El objetivo es intentar aislar las relaciones entre necesidad y demanda atendida de los efectos de la oferta, puesto que el problema de la demanda inducida por la oferta es uno de los obstáculos centrales para estimar las necesidades sanitarias a partir de datos sobre la utilización de servicios.

En resumen, el modelo de regresión múltiple utilizado en la revisión de 1988 para estimar el peso de la necesidad en la fórmula asignativa es, en términos simplificados, el siguiente (Department of Health and Social Security, 1988: Anexo D)

$$UE=f-(RME<75)^x g.(UPAS) x h(ACC) \quad (1)$$

dónde *VE* representa las tasas de utilización regionales estandarizadas por edad y sexo, y medidas en función del número de estancias, ponderado según el coste medio por estancia a nivel nacional; *RME < 75* representa las tasas de mortalidad regionales para los menores de 75 años; *UPA 8* representa el índice Jarman; y *ACC*, la accesibilidad de la oferta, que se mide en función del número per capita de camas en el área ponderado según la distancia media a los centros, y según la utilización de los servicios del área por parte de la población residente en otras áreas.

11. Otras	1.7	1.8	11.6	15.8	13.2	35.9
12. No codificadas	0.4	0.3	8.3	15.8	16.9	27.1
TOTALES	100.0	100.0	11.1	22.3	45.0	42.1

Fuente: Carr-Hill et al., 1994b: Tabla 4.4

* Incluye neurocirugía, cirugía plástica, cirugía cardiotorácica y cirugía pediátrica

** Incluye cardiología, oncología mental y neurología

TABLA 20

ESPECIALIDAD	% respecto total episodios	% respecto total días estancia	Duración media estancias (días)	% episod. duración < 1 día (%)	Estancias > 1 año (%)	Episodiosprogr m. respecto total (%)
1. Cirugía	35.1	14.6	4.5	28.8	7.7	66.9
2. Cirugía II*	2.7	1.3	5.5	26.6	3.2	66.6
3. Medicina	29.0	15.0	5.6	19.6	8.4	20.5
4. Geriatria	5.2	14.9	31.7	3.3	32.6	14.3
5. Medicina II**	2.1	1.4	7.5	20.5	18.6	60.1
6. Psiquiatria	2.4	25.1	117.5	3.1	71.4	20.6
7. Incapacidad Mental	0.5	19.5	401.1	2.8	97.4	80.0
8. Maternidad	9.9	3.1	3.5	13.6	3.1	4.2
9. Ginecología	10.0	2.4	2.6	32.2	4.3	61.8
10. Radioterapia	0.9	0.6	7.2	23.2	11.4	76.8

Los pesos empíricos derivados a través de regresión múltiple son de 0.44 para el caso de la mortalidad y de 0.026 en el caso del índice de privación social. El cálculo del índice de necesidades sanitarias de la región se realiza pues en función de la siguiente fórmula (Carr-Hill et al., 1994):

$$N_i = k \cdot RME_i^{0.44} \cdot e^{0.026 \cdot UPAS_i} \quad (2)$$

donde N_i representa el nivel de necesidades del área i ; k representa la constante matemática de este nombre; y los pesos o 'elasticidades' de las variables aparecen como exponentes debido a la transformación logarítmica utilizada para adecuar el modelo a la forma funcional seleccionada.

Las asignaciones regionales de recursos se realizan, como en RAWP 76, multiplicando este índice por las tasas de utilización específicas de los diferentes grupos de edad y sexo, y utilizando el resultado de esta operación para ponderar la población regional. A la suma resultante se le añaden posteriormente los suplementos específicos para compensar por los gastos de docencia y los precios relativos de los factores de producción en diferentes áreas geográficas.

Una versión modificada de esta fórmula comienza a implantarse en Inglaterra y Gales a partir de abril de 1990, junto con otra serie de medidas destinadas a reformar el sistema sanitario británico en la línea de los llamados 'mercados internos'. Las modificaciones principales consisten en suprimir el índice de Jarman de la fórmula, y elevar el peso de la mortalidad de 0.44 a 0.5. Además, los ajustes previos en función del coste de atención a desplazados no son necesarios en el nuevo sistema, que supone la introducción de la facturación directa de los costes generados por los desplazados, que son abonados por su distrito de origen.

El efecto de los cambios introducidos en la estimación de las necesidades es importante: supone revertir relativamente el impacto redistributivo de la fórmula RAWP 76. Al disminuir el peso de la mortalidad a la mitad, se produce un predominio relativo de los factores demográficos, lo que supone que la mitad del presupuesto

total se asigna directamente a los mayores de 65 años. Ello implica un aumento correlativo de los recursos destinados a las áreas residenciales de Londres y a las ciudades costeras del sureste de Inglaterra (donde existen concentraciones importantes del grupo de mayores de 65 años), a expensas de las zonas industriales en declive y las ciudades pobres del norte (Raftery, 1993: 1122-4).

Como Raftery (1993: 1124) ha puesto de manifiesto, las transformaciones introducidas en la fórmula "*pueden generar transferencias mayores de fondos que las derivadas de la introducción de los mercados internos*". Ello enfatiza la importancia de evaluar detalladamente la metodología utilizada para el diseño de la fórmula RAWP 88, y, en particular, las estimaciones del nivel de necesidad empleadas. De hecho, como veremos en el próximo apartado, la mayoría de las críticas a la revisión de 1994 se refieren a los aspectos metodológicos del cálculo de la fórmula asignativa (Carr-Hill et al. 1994b: 15). En concreto, como afirman los mismos autores "*la crítica principal a la revisión de la fórmula RAWP se centra en la metodología usada para establecer la asociación empírica entre los indicadores de necesidad y la, utilización de los recursos del Sistema Nacional de Salud*" (Carr-Hill et al., 1994b: 26).

El hecho de que las zonas favorecidas por la nueva fórmula coincidan con las áreas tradicionales en las que se concentra el voto al partido conservador, junto con las modificaciones arbitrarias introducidas en la fórmula por el gobierno británico, añaden una dimensión política a las críticas técnicas referidas a la metodología de construcción de la fórmula. La importante oposición que encuentra la introducción en 1990 de la fórmula RAWP 88 explica la decisión del gobierno británico de iniciar un nuevo proceso de revisión en 1993, cuyos planteamientos y resultados se exponen a continuación.

1.3. El concepto de utilización normativa y la estimación de las necesidades sanitarias: la fórmula RAWP 1994

Debido a las razones mencionadas, el gobierno británico anuncia su decisión de volver a revisar la fórmula RAWP en febrero de 1993.

El propósito de esta segunda revisión es de nuevo aumentar la sensibilidad de la fórmula a las necesidades sanitarias de la población. La finalidad concreta es doble: de un lado, solucionar los problemas metodológicos más criticados de la medición de necesidades realizada por el comité RAWP 88; de otro, incorporar los datos recientes procedentes del censo de 1990-1, puesto que la anterior revisión se restringe a las proyecciones derivadas del censo de 1980-1 (Dept. of Health and Social Security, 1994:2).

La revisión se encarga a un grupo de investigadores independientes de la Universidad de York, asesorados por un comité coordinador y otro técnico nombrados por el Departamento de Sanidad. El conjunto de trabajos realizados por el grupo de York, que constituyen la base principal de este apartado, se recogen en una serie de informes y publicaciones que aparecen entre 1993 y 1995 (Carr-Hill et al., 1993, 1994a y 1994b; Sheldon et al., 1994; Smith et al., 1994; Peacock y Smith, 1995). El primer informe oficial del Departamento de Sanidad se publica en octubre de 1994 (Department of Health and Social Security, 1994: 2), y la fórmula elaborada comenzará a aplicarse a partir de abril de 1995.

El punto de partida en esta segunda revisión de la fórmula es el mismo que en 1988: la única manera de aislar empíricamente los determinantes de la necesidad es recurriendo a la demanda atendida. Por ello, la utilización de servicios se selecciona como la variable dependiente de la investigación. La elección de variables independientes es también similar a la revisión anterior. Tres tipos de factores se consideran importantes en cuanto determinantes de la necesidad: (a) factores demográficos (estructura de sexo y edad de la población), (b) factores sanitarios (morbilidad, mortalidad) y (c) factores socioeconómicos (desempleo, clase social, vivienda y equipamientos, apoyo familiar y comunitario, minorías étnicas, etc.)

Una vez que estas decisiones centrales han sido tomadas, el primer paso necesario es construir una serie de hipótesis teóricas sobre las relaciones entre los conceptos centrales de la investigación, en base a la escasa evidencia empírica generada por investigaciones previas. A continuación, la segunda etapa consiste en transformar estos conceptos en variables operativas susceptibles de tratamiento

empírico. Esto requiere la recogida de toda la información disponible y su transformación razonada en una base de datos empíricos. En tercer lugar, han de seleccionarse y aplicarse las técnicas estadísticas más adecuadas al problema teórico y a los datos. Por último, es necesario volver a utilizar los conocimientos teóricos desarrollados en la primera etapa para interpretar los resultados de la investigación. Las innovaciones principales en la estimación de necesidades introducidas en 1994 se analizan a continuación en este mismo orden: conceptos, datos, técnicas y resultados.

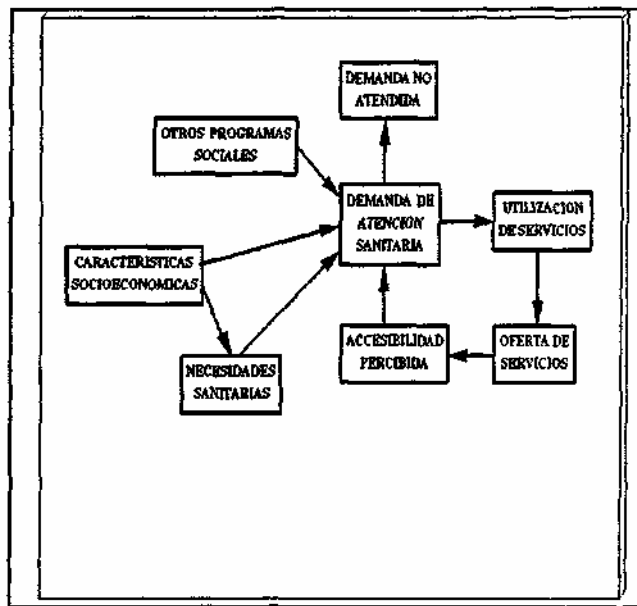


GRÁFICO 8: Modelo de relaciones entre necesidad, oferta y demanda de servicios
Fuente: Carr-Hill et al., 1994b.

Avances conceptuales: el modelo teórico desarrollado y el concepto de utilización normativa

La primera innovación introducida en esta segunda revisión es una mejor comprensión de las relaciones entre necesidad, oferta y demanda de servicios sanitarios. Las hipótesis sobre estas relaciones se exponen en el gráfico 8. En primer lugar, las *relaciones entre necesidad y demanda* se conciben del siguiente modo. Las características demográficas y socioeconómicas de la población dan lugar a un nivel dado de necesidades sanitarias, que se plasma en un perfil dado de morbi-mortalidad en la población. Este perfil constituye uno de los determinantes directos de la demanda de servicios.

De otro lado, los factores socioeconómicos tienen un efecto independiente sobre la demanda de servicios, no mediado por la morbilidad. Un ejemplo de estos efectos son las diferencias en cuanto a la educación sanitaria, y las preferencias por la prevención y los cuidados de salud de los distintos grupos sociales, que hacen que su nivel de demanda varíe independientemente de la morbilidad. Otro ejemplo al respecto es la mayor duración de la estancia hospitalaria de aquellos grupos sociales sin apoyo familiar y comunitario suficiente para proporcionarles cuidados complementarios en la etapa de rehabilitación. En consecuencia, el impacto de los factores sociales sobre la demanda es doble: directo en relación a sus efectos sobre las pautas de utilización de servicios independientemente de la morbilidad; indirecto en tanto afectan el nivel de salud de la población, que a su vez determina el nivel de demanda existente en el área.

En segundo lugar, *la demanda y la oferta* se influyen mutuamente, en un proceso que en economía se conoce como de determinación simultánea. El nivel de oferta existente genera una percepción subjetiva de la accesibilidad de servicios en la población y en los médicos generales, que a su vez determina el nivel de demanda futura de atención sanitaria. Una parte de esta demanda consigue acceso a los centros sanitarios, y se plasma en la utilización de los servicios hospitalarios existentes, mientras que otra parte no es

atendida debido a situaciones de exceso de demanda en relación al nivel de oferta. De otro lado, el nivel de oferta existente en un área geográfica depende del volumen de demanda existente en el pasado, o en otras palabras, de las pautas históricas de utilización de los servicios sanitarios en la zona.

Por último, el volumen de demanda de servicios sanitarios varía en función de la existencia y desarrollo de otros programas sociales que disminuyan el nivel de pobreza, mejoren los equipamientos urbanos, faciliten el desarrollo de estilos de vida saludables, o potencien la educación y la información de la población. En el contexto de la financiación de servicios sanitarios públicos, es importante considerar los efectos potenciales de estos programas, dado que determinan el coste de oportunidad de la inversión en infraestructuras sanitarias y del gasto efectivo en atenciones sanitarias. Sin embargo, su introducción en el modelo empírico se descarta debido a los problemas conceptuales y metodológicos que su medición plantea.

Las relaciones descritas pueden expresarse en términos algebraicos de la siguiente manera:

$$U_i = f_1(N_i, P_i, S_i, X_i) \quad (3)$$

$$P_i = f_2(S_i, X_i) \quad (4)$$

$$N_i = f_3(X_i) \quad (5)$$

$$S_i = f_4(U_i, U_i^{-1}, N_i^{-1}, X_i) \quad (6)$$

donde:

- U_i Utilización de servicios en el área i
- N_i Necesidades sanitarias (morbi-mortalidad)
- P_i Accesibilidad percibida de los servicios
- S_i Oferta de servicios
- X_i Características socioeconómicas y demográficas

El concepto clave que se utiliza como base para el reparto de recursos es el *concepto de utilización normativa*. Este concepto se define en los siguientes términos: se trata de "*la utilización de servicios esperada en cada área geográfica si el grado de respuesta a las necesidades de la población fuera equivalente a la media nacional*" (Carr-Hill et al., 1994b: 79). En este sentido, la fórmula RAWP 94 se basa en un principio de equidad en tanto logro de una respuesta igual del Sistema Nacional de Salud a las necesidades sanitarias de la población en todo el territorio.

En otras palabras, el supuesto central que subyace a este concepto es que el índice diseñado para repartir recursos debe responder únicamente al nivel de necesidades de la población, independientemente del nivel específico de oferta existente en el área. En la práctica, la estimación de la utilización normativa requiere excluir aquella parte de la demanda atendida que es inducida por la oferta, con la finalidad de corregir los efectos sobre la demanda de servicios de los desequilibrios en la oferta, es decir, en la distribución interrregional de los recursos sanitarios. Las implicaciones de este concepto para el análisis estadístico y los resultados empíricos se estudian con más detalle en las páginas siguientes.

De los conceptos teóricos a las variables empíricas: mejoras en cuanto a la información disponible

En contraste con la revisión de 1988, la base de datos construida para el diseño de la fórmula RAWP 94 es mucho más completa, debido parcialmente a los progresos realizados en la generación de información socio-sanitaria durante el lapso de tiempo transcurrido entre ambas revisiones. En primer lugar, el desarrollo de las Estadísticas de Episodios Hospitalarios (*Hospital Episode Statistics, HES*) permite mejorar considerablemente la medición realizada de la utilización en tanto variable dependiente. Los datos en cuanto a pautas de utilización se extraen de la HES 1990/1, por lo que corresponden al mismo período que la información censal utilizada para medir las necesidades sanitarias de la población. Además, en contraste con la

revisión de 1988, la de 1994 incluye datos sobre las pautas de utilización en todo el territorio nacional, no sólo sobre 6 regiones como en 1988.

TABLA 21		
COSTES POR TIPO, EPISODIO Y ESPECIALIDAD (£)		
ESPECIALIDAD	Costes fijos por episodio	Costes var. por estancia
1. Cirugía	153.3	165.1
2. Cirugía II*	253.8	277.1
3. Medicina	149.5	123.6
4. Geriátría	0.0	98.8
5. Medicina II**	560.3	111.8
6. Psiquiatría	1031.3	86.5
7. Incapacidad mental	1031.3	85.9
8. Maternidad	144.1	147.3
9. Ginecología	144.1	153.7
10. Radioterapia	144.1	159.0
11. Otras	144.1	91.8
12. No codificadas	181.2	119.8

Fuente: Carr-Hill et al., 1994b: Tabla 4.4

* Incluye neurocirugía, cirugía plástica, cirugía cardiotorácica y cirugía pediátrica

** Incluye cardiología, oncología mental y neurología

La medida utilizada como variable dependiente, es decir, como indicador de la *utilización de servicios*, son los costes específicos de cada episodio según la duración de la estancia por episodio, diferenciados en función de doce especialidades clínicas. El supuesto en el que se basa la medida diseñada, en consonancia con el principio de equidad expuesto en el apartado anterior, es el siguiente: *"la fórmula debe indicar los costes de provisión que resultan de proporcionar el nivel medio nacional de cuidados sanitarios a la población del área geográfica, dadas sus características socioeconómicas y su nivel de salud, y asumiendo que sus niveles medios nacionales de eficiencia, y sus prácticas políticas y de gestión coinciden con la media nacional"* (Carr-Hill et al., 1994b: 57).

TABLA 22

COSTES ESPECIFICOS POR GRUPOS DE EDAD (ATENCIÓN HOSPITALARIA AGUDOS)		
Comparación estimaciones Dpto. de Sanidad con las estimaciones independientes del Comité RAWP 94		
GRUPO DE EDAD	D.S.	RAWP 94
0-4	114	1.24
5-14	38	0.51
15-44	65	0.74
45-64	149	1.52
65-74	322	3.06
75-84	495	4.35
≥ 85	703	5.52

Fuente: Smith et al., 1994, Tabla 1

- En este contexto, una novedad importante en cuanto a la medición de la variable dependiente es que el cálculo de los costes por episodio no se basa en las cifras del Departamento de Sanidad, sino en estimaciones independientes realizadas por la Consultoría Estadística de East Cheshire. Las estimaciones incluyen los costes fijos por episodio así como los costes variables por día de estancia en el hospital, diferenciados por especialidad. Sus valores en libras esterlinas se exponen en la tabla 21.

TABLA 23

FACTORES SOCIOECONOMICOS
Desempleo
Nivel de educación
Clase social
Minorías étnicas
Inmigrantes
Ancianos que viven solos
Familias con un sólo progenitor
Estudiantes
Hogares con alto número de residentes
Familias sin ningún miembro económicamente activo
Vivienda en propiedad/alquiler
Equipamientos de la vivienda
Automóviles en propiedad

En segundo lugar, en cuanto a los *indicadores de necesidad* utilizados, el censo de 1991 incluye por primera vez información sobre las pautas de enfermedad de la población, lo que permite la introducción explícita de (1) la morbilidad en la fórmula. Los indicadores disponibles al respecto son el porcentaje de población con enfermedades crónicas que limitan sus actividades cotidianas, y el

porcentaje de niños con bajo peso al nacer. Sin embargo, los límites que afectan a esta información aconsejan retener la (2) mortalidad como variable independiente en el modelo, representada por las razones de mortalidad estandarizadas para cada grupo de edad, excluyendo a los mayores de 75 años.

(3) Además, se incluye también la estructura demográfica de la población como indicador de necesidad. A este respecto, las estimaciones independientes de los costes por episodio permiten calcular con mayor precisión los costes medios asociados a cada grupo de edad. Las diferencias principales entre estas estimaciones y las proporcionadas por el Departamento de Sanidad se exponen en la tabla 22.

Estas diferencias se deben a que los datos calculados por el equipo de York incluyen los casos tratados en centros de día y diferencian los costes por especialidades. En consecuencia, los costes de la atención sanitaria a los grupos de edad más jóvenes son mayores en términos relativos, mientras que los de los grupos de mayor edad son menores. Ello se debe a que los grupos más jóvenes utilizan más los centros de día y las especialidades con mayores costes relativos.

(4) Por último, un cuarto grupo de determinantes de las necesidades sanitarias son las características socioeconómicas de la población. En este sentido, el análisis estadístico incluye un listado exhaustivo de más de 40 indicadores extraídos del Censo 1990/1, que recogen información sobre las siguientes variables expuestas en la tabla 23.

Para terminar, los indicadores del nivel de oferta existente en cada área geográfica incluyen medidas de la accesibilidad de los servicios hospitalarios públicos, que incluyen, al igual que en la revisión de 1988, estimaciones de las camas disponibles en relación a la población, ponderadas en función de la distancia media del centro del área a cada uno de los centros, así como la presión de la población de otras áreas para el uso de los centros del área. Además, como novedad principal en este campo, se consideran también los efectos potenciales (complementarios o sustitutivos) de los centros de atención primaria, y de los centros de atención sociosanitaria a

ancianos y enfermos crónicos, así como los de la oferta privada de servicios hospitalarios.

A pesar de las mejoras evidentes en la información disponible para el análisis empírico, persisten una serie de carencias en cuanto a los datos que condicionan la reducción del modelo teórico expuesto en el gráfico 8 a una versión simplificada que se utilizará para la estimación empírica. Por ejemplo, las percepciones de la población y de los médicos generales en cuanto a la accesibilidad de los servicios resulta un concepto difícil de medir, por lo que se sustituye por las estimaciones de la accesibilidad física de los servicios. En segundo lugar, la consideración de las relaciones diacrónicas o dinámicas entre demanda y oferta requeriría disponer de series temporales sobre pautas históricas de utilización y niveles de oferta en el pasado. La imposibilidad de medir estos aspectos dinámicos hace que los valores pasados de las variables se sustituyan por sus valores presentes. Las consecuencias de estas carencias de información sobre el modelo empírico utilizado se exponen a continuación.

Mejoras en la metodología empleada para la medición de necesidades

La estimación del peso de los indicadores de necesidad en tanto determinantes de la utilización, y de modo que sean independientes de la oferta de servicios existente en el área se realiza en la práctica a través de la aplicación de dos tipos de modelos. El primer modelo, conocido como método de mínimos cuadrados en dos etapas, se adecúa a la relación de determinación simultánea entre la oferta y la demanda, y tiene como objetivo principal aislar la relación entre necesidad y demanda de los efectos del nivel de oferta existente en el área. El segundo modelo, conocido como modelo multi-nivel o modelo lineal jerárquico, se utiliza para (1) mejorar la estimación de los parámetros en presencia del *clustering* intra-zonal previsible dada la estructura jerárquica del sector sanitario, así como para (2) aislar las relaciones entre necesidad y demanda del efecto de las políticas de

oferta de regiones y distritos. Las características principales de estos modelos se exponen a continuación.

La determinación simultánea de la oferta y la demanda: el método mínimos cuadrados en dos etapas

El modelo de partida para el análisis estadístico, dados los datos disponibles, puede expresarse en términos simplificados a través de las dos ecuaciones siguientes:

$$U_i = g_1(N_i, S_i) \quad (7)$$

$$S_i = g_2(U_i, N_i, X_i) \quad (8)$$

donde (8) representa el modelo básico a estimar. Sin embargo, la forma de (9) indica que la utilización (U) y la oferta (S) se determinan conjuntamente, es decir, responden a procesos causales semejantes. En econometría, este tipo de variables se denominan *variables endógenas* al modelo; mientras que la necesidad (N) y los factores sociales (X) serían bajo esta terminología *variables exógenas* al modelo, en el sentido de que responden a procesos causales no incluidos en el sistema de ecuaciones descrito.

En este sentido, el tipo de relación existente entre utilización y oferta crea problemas a la hora de estimar directamente (8) aplicando un modelo ordinario de regresión múltiple (la alternativa escogida en la revisión de 1988). Los problemas se derivan de que las variables que conforman la ecuación no son en general independientes de los residuos; y son serios, dado que la independencia entre variables y residuos constituye uno de los supuestos estadísticos básicos en los que se basa el análisis de regresión múltiple. Como consecuencia previsible, los parámetros resultantes del análisis de mínimos cuadrados estarán sesgados, por lo que no resultan fiables para utilizarlos en la fórmula asignativa.

Para evitar estos problemas, la solución econométrica adecuada es el uso del método de mínimos cuadrados en dos etapas (*MC2E*), después de haber comprobado que las variables son efectivamente endógenas. Un paso previo es la selección de la forma funcional más adecuada. El análisis empírico avala la forma multiplicativa y exponencial, como en la revisión del 88. Además, los resultados del análisis preliminar confirman que la utilización y la oferta son endógenas al modelo, por lo que se pasa a aplicar el método *MC2E*.

Aplicación del método de mínimos cuadrados en dos etapas

En la primera etapa, se realiza un análisis de regresión múltiple para cada uno de los indicadores de oferta, en los cada indicador constituye la variable dependiente del análisis, y los indicadores de necesidad (incluyendo los socioeconómicos y demográficos) las variables independientes. Los resultados de estas regresiones definen los valores estimados de S_i , que representan aquella parte de la variabilidad total de la oferta no explicada por la utilización.⁵

En la segunda etapa, los valores estimados de S_i se incluyen en la ecuación (8) en lugar de sus valores reales, junto con los indicadores de necesidad, para estimar su peso empírico en tanto determinantes de la utilización. El requisito adicional para completar esta segunda etapa es realizar una selección de los más de 40 indicadores socioeconómicos y demográficos en función de su peso en tanto determinantes de la necesidad. El problema en este caso es la fuerte asociación estadística entre ellos, que se conoce en términos estadísticos como multi-colinealidad. Para evitar este problema, se

⁵ La otra parte de la variabilidad de la oferta, que no se deriva de las variaciones en la necesidad, son los residuos de las regresiones. Esta parte residual es importante, porque se utiliza para comprobar si las relaciones entre U_i y S_i son efectivamente endógenas. Para ello, se toman los residuos mencionados y se incluyen en el lugar de S_i en la ecuación (8). Si estos residuos resultan conjuntamente significativos en tanto determinantes de la utilización, se considera que U_i y S_i son efectivamente endógenas.

sigue un método semejante al desarrollado por Atkinson (Carr-Hill et al., 1994b: 77-8), que se compone de varias etapas.

(1) En primer lugar, se realizan regresiones de los indicadores de oferta sobre los de necesidad, como en la primera etapa del método de MC2E. (2) En segundo lugar, se realiza una regresión de la utilización (como variable dependiente) sobre los valores estimados de S_j , derivados de (1). (3) En tercer lugar se toman los residuos de la regresión anterior (que representan la parte de la utilización que no responde al efecto de la oferta), y se estudian sus correlaciones con los indicadores de necesidad. (4) A continuación, los factores sociales que muestran una asociación más alta con la utilización se introducen uno a uno en el modelo, y se someten a pruebas de significatividad estadística muy restrictivas.

Como resultado de este proceso, las variables que resulten significativamente asociadas a la utilización se conservan como indicadores de necesidad, y se incluyen en el grupo N_j . El resto de factores sociales no asociados a la utilización se incluyen en el grupo X_j , y se comprueba su peso y significatividad en tanto determinantes de la oferta. Los que resultan significativos se utilizan para calcular los valores estimados de S_j (como en (1)), y el resto se excluye del modelo. Por último, se aplican varias pruebas econométricas para comprobar que el modelo empírico está bien especificado, que la forma funcional es la adecuada, y que ninguno de los supuestos importantes del análisis de regresión múltiple ha sido violado (Carr-Hill et al., 1994b: 76-7 y 125-33).

La construcción empírica del concepto de utilización normativa

El siguiente paso consiste en aislar la relación entre utilización y necesidad de los efectos de la oferta, en base al concepto de utilización normativa. En términos más concretos, este concepto requiere incorporar en la ecuación (8) tan sólo aquella parte de la oferta que responde a los efectos de las necesidades sanitarias. Una parte de este proceso se ha realizado ya a través del análisis de MC2E. Así, el nivel de oferta existente en un área responde a tres

tipos de efectos: el de la utilización U_i , el de los indicadores de necesidad N_i , y el de los factores sociales X_i (no relacionados con la utilización). El método MC2E permite derivar estimaciones de S_i que no incorporan ya el efecto de la utilización. Sin embargo, queda por determinar en qué medida el nivel de oferta existente en un área responde a las necesidades de la población.

Ello requiere (1) aislar el efecto directo de N_i sobre S_i , y (2) determinar si existe asociación entre N_i y X_i , es decir, si existen efectos indirectos de N_i sobre S_i mediados a través de X_i . Para ello, se sustituye el valor de S_i en (8) por su valor en (9). El resultado de esta sustitución, en términos algebraicos, es el siguiente:

$$U_i = g_1(N_i, g_2(N_i, X_i)) \quad (9)$$

del que se deriva la ecuación:

$$U_i = g_3(N_i, X_i) \quad (10)$$

A partir de (11), el impacto total de N_i sobre U_i se calcula, para cada indicador de necesidad, a través de la siguiente fórmula:

$$\frac{dU}{dN} = \frac{\partial g_3}{\partial N} + \frac{\partial g_3}{\partial X} \frac{\partial X}{\partial N} \quad (11)$$

De este modo, las estimaciones de N_i que se derivan de (12) incorporan ya la covariación que pudiera existir entre N_i y X_i . En otras palabras, se han conseguido depurar del modelo los efectos de aquella parte de la oferta que se deriva del grupo de factores X_i no asociados a N_i ; mientras que se considera aquella parte residual de S_i que responde al grupo de factores X_i que muestran una relación estadística significativa con N_i .

Estas estimaciones se incorporan a continuación (en forma logarítmica) en la ecuación final utilizada para evaluar el peso de las

necesidades sanitarias en tanto determinantes de la utilización, de la forma:

Dada la transformación de N , realizada a través de (12), se puede

$$U_i = \alpha + \sum_{j=1}^m \beta_j N_{ij} + \epsilon_i \quad (12)$$

concluir que el concepto de utilización normativa se calcula empíricamente considerando tanto el efecto directo de las necesidades sanitarias, como su impacto indirecto, mediado por la oferta. En consecuencia, los coeficientes β_{ij} constituyen la base adecuada para construir un índice de necesidad que sirva para ponderar el criterio per capita en la nueva fórmula RAWP 94.

La estructura jerárquica del sistema sanitario y la influencia de las políticas regionales y locales: los modelos multi-nivel

La necesidad de aplicar un modelo multi-nivel para sustituir al método ordinario de regresión múltiple (*Ordinary Least Squares method, OLS method*) se deriva de la estructura jerárquica de los datos que caracteriza a la mayoría de los problemas sociales. En el contexto presente, ello implica que, dada la estructura jerárquica del sistema sanitario, es probable las observaciones agrupadas dentro de un distrito sean semejantes entre sí, y se diferencien significativamente de las agrupadas dentro de otro distrito. Así mismo, es probable que estas pautas de agrupación se reproduzcan a nivel regional, es decir, que los distritos pertenecientes a una misma región sanitaria presenten rasgos comunes que los diferencien de los de otras regiones.

Estas pautas de agrupación de los datos en múltiples niveles jerárquicos (*multi-level clustering*) crean problemas serios en la estimación del modelo a través de métodos ordinarios de regresión

múltiple. Estos problemas se derivan de la asociación esperada entre los residuos incluidos dentro de una misma unidad geográfica y administrativa (distritos, regiones). La existencia de esta asociación contradice el supuesto de independencia de los residuos, que representa uno de los axiomas principales del método OLS. Como consecuencia, la asociación introduce un sesgo en los errores típicos (*Standard Errors, SE*), que indican el grado de precisión en la estimación del peso de las variables. Por todo ello, la aplicación del modelo OLS en presencia de pautas de agrupación jerárquica significativa puede generar inferencias incorrectas con respecto al peso de los determinantes de la utilización.

En este contexto, los métodos multi-nivel o métodos lineales jerárquicos fueron desarrollados a finales de los 80 con el objetivo de solventar estos problemas, y de mejorar la estimación de parámetros en presencia de pautas de agrupación jerárquica de los datos. En cuanto al problema que nos ocupa, los métodos multi-nivel mejoran la precisión y fiabilidad en la estimación de los pesos empíricos de los determinantes de la utilización en presencia de agrupaciones jerárquicas significativas, mientras que permiten comprobar si las políticas de oferta de las regiones y distritos tienen un efecto significativo sobre la utilización de servicios.

La aplicación de estos métodos al análisis empírico de las relaciones entre oferta, necesidad y utilización requiere comprobar primero si existen pautas significativas de agrupación jerárquica en los datos. Para realizar esta comprobación, es necesario diferenciar en primer lugar los dos elementos principales de la variabilidad total en la utilización, es decir, la variación intra-distritos y la variación inter-distritos. En otros términos, $\text{var}(U_{ij}) = \Phi_1^2 + \Phi^2$; donde la varianza de la utilización de servicios en el área j perteneciente al distrito i se divide en dos elementos, la variabilidad intra-distrito Φ^2 y la variabilidad inter-distritos Φ_1^2 . En este sentido, el problema principal del método OLS es que no permite estimar adecuadamente estos dos componentes de la variabilidad en la utilización.

La variación entre distritos muestra el efecto de las características políticas y administrativas específicas de cada distrito, por lo que su magnitud relativa se utiliza como indicador del grado de asociación

de los residuos dentro de cada distrito. Así pues, el segundo paso es calcular el valor de Φ_1^2 , que equivale a la covariación entre las pautas de utilización de servicios en las diferentes áreas geográficas incluidas dentro de cada distrito; en otros términos, $\text{cov}(U_{ij}, U_{ij'}) = \Phi_1^2$ si jj' . El tercer paso consiste en estimar la magnitud relativa de Φ_1^2 , que es igual al porcentaje que la variación inter-distritos representa respecto a la variabilidad total en la utilización, es decir: $\Delta = \Phi_1^2 / (\Phi_1^2 + \Phi^2)$.

Cuando este indicador muestra valores superiores al 2%, se puede concluir que los datos muestran una agrupación jerárquica significativa, por lo que es necesario sustituir el modelo de regresión múltiple por el modelo multi-nivel. El análisis del comité RAWP 94 muestra que el valor de este indicador en el caso de la utilización de servicios es de un 3%; es decir, que el efecto de las políticas a nivel de distrito explica un 3% de la variabilidad total en la utilización. Por ello, se decide utilizar un modelo multi-nivel para mejorar las estimaciones de la utilización normativa derivada de la aplicación del método OLS.

El modelo multi-nivel empleado, en la forma funcional aditiva, se expresa en términos algebraicos del siguiente modo:

$$U_{ij} = \alpha + \sum_{k=1}^m \beta_k N_{ijk} + \xi_i + \epsilon_{ij} \quad (13)$$

$$\epsilon_{ij} \sim N(0, \sigma^2), \quad \xi_i \sim N(0, \sigma_i^2)$$

donde α_i representa el efecto medio de los distritos i sobre la utilización; N_{ijk} representa el valor de los k indicadores de necesidad incluidos en el modelo; y ϵ_{ij} los residuos de la regresión, que se consideran independientes de α_i . Es importante aclarar que el modelo (14) equivale a permitir que la constante α varíe aleatoriamente por distritos, como en la ecuación siguiente:

$$U_{it} = \alpha_i + \sum_{h=1}^m \beta_h N_{it}^h + \epsilon_{it} \quad (14)$$

$$\alpha_i \sim N(\alpha, \sigma_i^2)$$

De hecho, las ventajas principales del método multinivel con respecto a una regresión ordinaria que incluyera los distritos como variables *dummy* se derivan de la incorporación de un componente aleatorio adicional en la ecuación, lo que permite un cálculo más preciso del peso de los determinantes de la utilización⁶.

Para terminar, la aplicación de los métodos multi-nivel permite a los investigadores, en primer lugar estimar con mayor precisión el peso de los indicadores de necesidad en presencia de agrupación jerárquica significativa de los datos; y en segundo lugar, aislar las relaciones entre la utilización y la necesidad del efecto de las políticas de oferta de los distritos, mediante la inclusión del componente aleatorio ϵ_i en la ecuación. Además, este modelo presenta otras dos ventajas importantes con respecto al método OLS: permite estudiar las variaciones aleatorias inter-distritos en la pendiente de la ecuación; y permite estimar los efectos de variables que actúan a un nivel jerárquico superior, es decir, de los determinantes regionales o nacionales de la variación entre distritos. Estas ventajas abren interesantes posibilidades para investigaciones futuras; sin embargo, dados los objetivos del estudio realizado por el Comité RAWP 94.

⁶ La mayor precisión en la estimación de los coeficientes de las variables se debe al método de cálculo específico de los modelos multi-nivel, que se basa en principios de estadística bayesiana. En breve, se utiliza la variación media inter-distritos (estimada previamente) para ponderar el estimador correspondiente a cada distrito; la magnitud de la ponderación varía en función de la precisión de la estimación intra-distrito, que depende a su vez del tamaño de la muestra en cada distrito. Un análisis más amplio de estos modelos puede encontrarse en Rico (1994: 3-23). Existen además varios excelentes artículos introductorios, como por ejemplo, Cuttance (1992), Paterson (1991) Paterson y Goldstein (1989)

estas dos características no se consideran en el modelo expresado en (14) y (15).

Los resultados de la investigación: peso empírico de los determinantes de las necesidades sanitarias y efectos redistributivos de la fórmula RAWP 94

Los resultados del análisis teórico y empírico descrito en los apartados anteriores se refieren a dos cuestiones diferentes. En primer lugar se exponen los resultados de la aplicación de los modelos empíricos expuestos más arriba. En segundo lugar se describen las asignaciones regionales de recursos que resultan de la aplicación de la fórmula RAWP 94, y se evalúa su potencial redistributivo. Así mismo, se describen los cambios introducidos por el Departamento de Sanidad en la fórmula, respecto a las recomendaciones del Comité RAWP 94, que modifican sustancialmente tanto las asignaciones regionales calculadas por este comité como sus efectos redistributivos.

El peso empírico de los determinantes de la utilización de servicios

Esta sección se estructura en tres partes, que corresponden a los resultados de la aplicación de los tres modelos descritos en el apartado 2.3.: (1) el modelo de MC2E, que especifica el impacto conjunto de los indicadores de oferta y de los de necesidad sobre la utilización; (2) el modelo de regresión múltiple aplicado para estimar el concepto de utilización normativa, que se centra en el peso causal de los indicadores de necesidad, aunque incorporando la oferta en la medida en que refleja las necesidades de la población; y (3) el modelo multi-nivel o lineal jerárquico, que refina las estimaciones derivadas del modelo de regresión múltiple anterior, mientras que controla los efectos de las políticas de oferta regionales y locales.

El proceso de estimación del modelo empírico basado en la transformación de las ecuaciones (8) y (9) realizada a través del

método de MC2E se compone de tres etapas. En primer lugar, se estima estadísticamente el modelo completo resultante del método de MC2E, que incluye todos los indicadores de necesidad disponibles. Esta etapa permite excluir las variables que no resultan estadísticamente significativas. El resto de las variables se incluye en el segundo modelo a estimar, del que se excluyen a continuación aquellas variables cuyo peso específico en tanto determinantes de la utilización es muy pequeño. El modelo final resultante de esta segunda etapa se somete posteriormente a estimación empírica. Los resultados de este último modelo se exponen a continuación en la tabla 24.

Para interpretar los resultados expuestos en la tabla, es necesario recordar que todos los modelos estimados requieren la transformación logarítmica de las variables, por lo que los coeficientes B equivalen a las elasticidades de las variables; es decir, describen el incremento porcentual en la utilización derivado de un 1 % de aumento en el valor de la variable de que se trate. Por ejemplo, el aumento de un 1 % en las tasas de mortalidad se traduciría en un incremento correlativo del 0.12% en la utilización de servicios, según los resultados expuestos en la tabla 24. La necesidad de tomar logaritmos explica también la forma del indicador de atención sociosanitaria, que se define como el porcentaje de población con 75 o más años que no reside en centros o residencias de atención sociosanitaria.

% Trabajadores manuales	.073344	.013846	.114726	5.297	.0000
% Ancianos que viven solos	.091489	.024015	.063764	3.810	.0001
% Menores de 17 que viven en familias monoparentales	.057695	.017831	.071850	3.236	.0012
% Población desempleada	.047465	.013362	.101786	3.552	.0004
RECE 0-74 años	.109037	.029128	.136801	3.743	.0002
<u>RME 0-74 años</u>	<u>.117935</u>	<u>.021044</u>	<u>.113366</u>	<u>5.604</u>	<u>.0000</u>

Fuente: Carr-Hill et al, 1994b. Tabla 6.3

TABLA 24

**RESULTADOS DEL ANALISIS
DE MINIMOS CUADRADOS EN 2 ETAPAS**

	DF	Sum of Squares	Mean Square
Regression	23	134.69869	5.8564646
Residuals	4916	141.43557	0.0287705
F =	203.55826	Signif. F =	.0000

VARIABLES EN LA ECUATION

Variable	B	SE B	Beta	T	Sig. T
Indicadores de oferta					
Accesibilidad hospitales públicos	.023446	.049702	.032578	.472	.6371
Acc.atención primaria	.376911	.080909	.199925	4.658	.0000
Acc.hospitales privados	.129046	.067104	.038441	1.923	.0545
% Población > 74 años no residente en centros de atención sociosanitaria	.121444	.036218	.304766	3.353	.0008
Indicadores de necesidad					
Densidad de población	-.03679	.005071	-.233950	-7.292	.000

Además, conviene tener en cuenta que las variables que pudieran recoger los efectos de la estructura demográfica aparecen estandarizadas respecto a la edad y el sexo, con lo que se controlan los efectos de las diferencias geográficas en la estructura demográfica de la población. De hecho, la inclusión de la edad y el sexo como variables adicionales no modifica sustancialmente el modelo, demostrando que la estandarización realizada es satisfactoria.

Una última aclaración necesaria es que también se introducen variables *dummy* para estimar el peso de las regiones. En todos los modelos estimados, estas dummies resultan significativas, mostrando que las relaciones entre utilización, necesidad y oferta son distintas en cada región. Sin embargo, dados los supuestos teóricos de la investigación, el valor estimado de estos efectos regionales no se considera a la hora de elaborar la fórmula asignativa.

En este contexto, la tabla describe el peso empírico de los principales determinantes de la utilización de servicios. Con la excepción de la accesibilidad de los centros hospitalarios públicos, el resto de los indicadores de oferta aparecen asociados con la utilización. Mientras que el acceso a la atención primaria y a centros hospitalarios privados se asocia positivamente a la utilización de servicios, la atención sociosanitaria tiene el efecto de disminuir la utilización de servicios hospitalarios públicos. De otro lado, el signo negativo de la densidad de población es contrario al esperado. Por ello, los autores deducen que esta variable podría capturar aspectos de la oferta no incluidos en el modelo; en sus propias palabras: "*por ejemplo, podría deberse a la existencia de mayores niveles de demanda no atendida en las áreas urbanas que en las rurales*" (Carr-Hill et al., 1994b:87).

En cuanto al resto de indicadores de necesidad, las variables finalmente incluidas en el modelo responden a las hipótesis teóricas de partida. La razón de enfermedades crónicas estandarizada (RECE), y las razones de mortalidad estandarizadas (RME) para los menores de 75 años describen el nivel de salud de la población. De otro lado, las tasas de desempleo y el porcentaje de trabajadores manuales resumen el efecto de las necesidades mayores de los grupos más desfavorecidos. Por último, el porcentaje de ancianos que viven

solos y el de menores viviendo en familias con un solo progenitor⁷ indican la ausencia de apoyo familiar suficiente en relación con los cuidados requeridos en la etapa de rehabilitación.

Los resultados del modelo aplicado para estimar la utilización normativa

Los resultados del análisis de regresión múltiple ilustrado en la ecuación (13) se reflejan en la tabla 25. En primer lugar, es interesante observar que el peso empírico de los indicadores de necesidad aumenta sustancialmente tras excluir del modelo la parte de la oferta no asociada a la necesidad, como reflejan los valores más altos de los coeficientes B. En segundo lugar, el examen de los coeficientes BETA permite afirmar que los determinantes más importantes de la utilización son la mortalidad (RME) y la morbilidad (RECE), lo que coincide con las hipótesis teóricas y la evidencia empírica previa. En tercer lugar, las cinco variables finalmente seleccionadas explican más de la mitad de la variabilidad total en la utilización (54%). Este porcentaje explicado resulta sorprendentemente alto en el contexto de la investigación social.

⁷ La variable incluida en el modelo británico se diferencia ligeramente de la expuesta en el texto. Se trata en realidad del porcentaje de *dependants* (menores de 15 años y enfermos crónicos con la actividad cotidiana limitada) que viven en familias con un sólo adulto responsable de ellos. Esta última variable, sin embargo, muestra una correlación cercana al 90% con la descrita en el texto. Al no existir una variable semejante para el caso español, se elige la segunda formulación de la variable porque favorece la simplicidad y la comparabilidad de los resultados expuestos.

TABLA 25. RESULTADOS DE LA ESTIMACION DEL CONCEPTO DE UTILIZACION NORMATIVA

Multiple R	.73558	DF	Sum of Squares	Mean Square
R Square	.54108	18	119.87234	6.65957
Adjusted R Square	.53941	4934	101.66886	.02060
Standard Error	.14354			
Regression				
Residuals				
F =	323.21599	Signif. F =	.0000	

VARIABLES EN LA ECUACION

Variable	B	SE B	Beta	T	Sig. T
Indicadores de necesidad					
% Ancianos que viven solos	.132276	.016016	.102643	8.259	.000
% Menores de 17 que viven en familias monoparentales	.043181	.014341	.059761	3.011	.000
% población desempleada	.050448	.010221	.120200	4.936	.0000
RECE 0-74 años	.202276	.020309	.282048	9.960	.0000
RMB 0-74 años	.138722	.016612	.148241	8.351	.0000

Fuente: Carr-Hill et al., 1994b; Tabla 6.4

TABLA 26

RESULTADOS MODELO MULTI-NIVEL Contraste con modelo regresión múltiple				
Variables	M-L		OLS	
	Coef.	SE	Coef.	SE
RME > 75	0.1619	(0.0131)	0.1387	(0.0166)
RECE > 75	0.2528	(0.0183)	0.2023	(0.0203)
% ancianos solos	0.0765	(0.0130)	0.1323	(0.0160)
% menores en famil. monop.	0.0436	(0.0121)	0.0432	(0.0102)
% desempleo	0.0287	(0.0092)	0.0504	(0.0143)

Fuente: Carr-Hill et al., 1994a: Tablas IV y V

Resultados del modelo multi-nivel

Por último, el análisis de los componentes de la variabilidad en la utilización demuestra que existe una correlación intra-districtos significativa en los datos de la investigación. Por ello, resulta necesario depurar las estimaciones de la utilización normativa expuestas en el apartado anterior respecto a los efectos de las políticas de oferta de las regiones y districtos. Para ello, se aplica el modelo expresado en las ecuaciones (14) y (15), cuyos resultados se resumen en la tabla 26, junto con los resultados del análisis anterior, basado en el modelo ordinario de regresión múltiple.

La diferencia principal entre ambos modelos es que el modelo multi-nivel permite la variación intra-districtos de los coeficientes de la ecuación, lo que permite una estimación más fiable del valor medio de los coeficientes. Además, el modelo multinivel permite mejorar también la precisión en la estimación de estos coeficientes, medida a

través de los valores SE. Esta mayor precisión se refleja en los valores menores de los SE obtenidos a través de modelo multi-nivel. Por todo ello, los coeficientes resultantes del modelo multi-nivel son los finalmente escogidos para construir el índice de necesidad que se incluirá en la fórmula asignativa definitiva.

Los resultados de la aplicación de la fórmula RAWP 94 al reparto de recursos entre las regiones

El cálculo de las poblaciones regionales ponderadas en función de las necesidades sanitarias es muy sencillo, y requiere tener en cuenta tanto el efecto de la estructura demográfica -que constituye un determinante central de la necesidad relativa de recursos-, como el de los indicadores de necesidad. En primer lugar, para ajustar la población en función de la estructura demográfica se siguen los siguientes pasos: (1) se multiplica la población de cada grupo de edad en cada región por su peso correspondiente (ver tabla 4); (2) los valores resultantes se re-escalan multiplicándolos por un factor de ajuste, de modo que su suma coincida con la población nacional total: los resultados de esta transformación constituyen las poblaciones regionales ponderadas en función de la estructura demográfica; (3) se expresa la población ponderada como porcentaje de la población real, es decir, se dividen las poblaciones regionales ponderadas por sus valores reales.

Los resultados del ajuste demográfico se exponen en la tabla 27. Como los autores señalan, las diferencias entre los resultados de los equipos RAWP 94 y RAWP 88 (ambos basados en la población regional 1991) se deben al menor diferencial entre grupos de edad de los pesos calculados en 1994 (ver tabla 22). Las regiones que ganan más con el cambio son las regiones del norte de Londres y Oxford. Las regiones que más pierden son las del sur de Londres, suroeste de Inglaterra y Wessex, todas ellas regiones acomodadas. Los cambios introducidos en 1994 a este respecto refuerzan pues los efectos redistributivos de la fórmula RAWP.

POBLACIONES REGIONALES PONDERADAS EN FUNCION DE LA ESTRUCTURA DEMOGRAFICA Porcentaje que representan respecto a la población regional bruta			
Región	RAWP 94 (a)	RAWP 88 (b)	% cambio (a)-(b)
Northern	99.3	98.9	0.33
Yorkshire	99.8	99.6	0.15
Trent	99.7	99.6	0.13
East Anglia	102.3	103.6	-1.21
North West Thames	96.0	93.8	2.32
North East Thames	97.6	96.1	1.52
South East Thames	102.8	104.3	-1.42
South West Thames	102.7	104.3	-1.53
Wessex	104.2	106.6	-2.21
Oxford	94.2	91.1	-3.48
South Western	106.2	109.7	-3.20
West Midlands	98.2	97.2	1.01
Mersey	99.0	98.5	0.53
North Western	99.6	99.2	0.37

Fuente: Smith et al., 1994: Tabla II
TABLA 27

La ponderación en función de los indicadores de necesidad

El segundo paso necesario es ajustar la población en función de los indicadores de necesidad. Ello requiere realizar el mismo proceso

anterior, pero utilizando los pesos correspondientes a cada indicador de necesidad. El cálculo de las poblaciones regionales ponderadas en función de los indicadores de necesidad es, pues, muy sencillo: consiste simplemente en multiplicar el valor de cada indicador de necesidad regional por su peso, para construir el índice global de necesidades; este índice se multiplica por el número de habitantes de la región; se ajustan a continuación los valores resultantes, como se explica en el apartado anterior. El porcentaje que estas poblaciones ponderadas representan respecto a la población real de la región se describe en la Tabla 28.

La tabla incluye también los valores equivalentes resultantes de la aplicación del índice de necesidad incluido en la fórmula RAWP 88. Tras su modificación por el Departamento de Sanidad, este índice está compuesto exclusivamente por las tasas de mortalidad estandarizadas por grupos de edad, a las que se atribuye un peso de 0.44.

En este contexto, los resultados expuestos en la columna (a) muestran que las regiones con mayor necesidad relativa de atención sanitaria son las regiones del norte de Inglaterra (Northern, North Western), que se caracterizan por un mayor grado de privación social. Estas regiones recibirían aproximadamente un 10% más de recursos de acuerdo a las ponderaciones según indicadores de necesidad de lo que recibirían según el criterio per capita no ponderado (Smith et al, 1994: 1053). En el extremo opuesto del espectro, dos regiones ricas, Oxford y la región suroeste de Londres, muestran los niveles de necesidad menores, y recibirían en consecuencia un 8% menos de recursos que los que les corresponderían según el criterio per capita.

De otro lado, la columna (c) muestra las diferencias entre las poblaciones ponderadas estimadas por el Comité RAWP 88 (que forman parte de la fórmula empleada entre 1990 y 1994 para asignar geográficamente el presupuesto sanitario), y las estimadas por el Comité RAWP 94. De nuevo las regiones del norte de Inglaterra, Mersey, y la región noreste de Londres son las que ganarían más recursos con el cambio al nuevo índice de necesidad; mientras que las

regiones del sur (Wessex, South West Thames) y Oxford son las que perderían más recursos con el cambio.

En conclusión, las innovaciones introducidas en la medición de las necesidades sanitarias tienen un impacto claramente redistributivo en cuanto al reparto de recursos resultante del ajuste en función de la estructura demográfica, socioeconómica y sanitaria de la población.

POBLACIONES REGIONALES PONDERADAS EN FUNCION DE LAS NECESIDADES SANITARIAS Porcentaje que representan respecto a la población regional bruta			
Región	RAWP 94 (a)	RAWP 88 (b)	% cambio (a)-(b)
Northern	112.2	109.1	2.80
Yorkshire	102.9	103.4	-0.42
Trent	103.5	101.8	1.69
East Anglia	92.0	92.6	-0.64
North West Thames	94.4	96.3	-1.91
North East Thames	101.0	99.2	1.80
South East Thames	98.5	97.9	0.57
South West Thames	89.7	92.7	-3.29
Wessex	92.0	93.9	-1.99
Oxford	89.2	93.6	-4.76
South Western	94.7	94.8	-0.07
West Midlands	102.1	102.9	-0.71
Mersey	109.3	106.6	2.46
North Western	110.0	108.2	1.62

Fuente Smith et al., 1994 Tabla IX

TABLA 28

Sin embargo, estos resultados son puramente indicativos por varias razones. En primer lugar, los pesos calculados se refieren solamente a las especialidades agudas, mientras que el Comité RAWP 94 produce otro índice de necesidad independientemente para el sector psiquiátrico; sin embargo, los efectos redistributivos de este segundo índice actúan en la misma dirección norte-sur que los expuestos en la tabla 10 (Smith et al, 1994: 1053). Además, la fórmula RAWP incluye también suplementos especiales en función de los costes de docencia y de los diferenciales de precios de los factores productivos.

En segundo lugar, el gobierno británico introduce cambios sustanciales en las recomendaciones del Comité RAWP 94, que modifican considerablemente los efectos redistributivos de la misma. Las recomendaciones del Comité consisten en asignar dos tercios de los recursos de acuerdo al índice de necesidad correspondiente a las especialidades agudas, y el tercio restante de acuerdo al índice de necesidad para el sector psiquiátrico. Los cambios introducidos por el Departamento de Sanidad consisten en asignar un 64 % de acuerdo al índice de necesidad de las especialidades agudas, un 12% respecto al correspondiente al sector psiquiátrico, y un 24% restante sin ponderar en función de la necesidad (Peacock y Smith. 1995:6).

Por último, en vez de aplicar las estimaciones independientes de los costes medios por grupo de edad del Comité RAWP 94, el Departamento de Sanidad decide aplicar sus propias estimaciones (ver Tabla 4). Ello modifica considerablemente las ponderaciones en función de la estructura demográfica, mientras que contribuye a desdibujar los efectos redistributivos de la fórmula RAWP 94 en su versión original.

2. Las necesidades sanitarias y el gasto sanitario a nivel autonómico

El objetivo principal de este apartado es la aplicación del modelo británico de medición de necesidades sanitarias regionales al caso español. No es ésta la primera vez que se discute en España la

aplicabilidad del modelo británico de asignación territorial de recursos al problema de la financiación sanitaria autonómica. Desde el artículo pionero de Bohígas y Ortún (1981) sobre el tema en España, que proponía explícitamente la adopción de la fórmula RAWP británica, varios estudios han explorado la aplicabilidad del modelo británico de estimación empírica de necesidades sanitarias al caso español (Nieto, Cabases y Carmona, 1995, 1993; Sanfrutos, 1995, 1989; Nieto y Cabases, 1994, 1993, 1992; Calsamiglia, 1992; Carmona et al., 1992a, 1992b; Corona, 1992; Figueres, 1992; López i Casasnovas, 1992a, 1992b; López i Casasnovas, Figueres y Corona, 1992; Sánchez Maldonado, 1992; Ruiz Alvarez et al., 1991, 1989; Bosch y Escribano, 1987; Puig, 1987; Ortún, 1987).

Además, existen al menos cuatro estudios previos que realizan una tarea similar a la que se lleva a cabo en este apartado, es decir, el cálculo empírico de las necesidades sanitarias regionales para construir fórmulas redistributivas (Carmona et al., 1992; López i Casasnovas, Figueres y Corona (1992), Nieto y Cabases, 1992; Bosch y Escribano, 1987). Por último, el trabajo de López i Casasnovas, Figueres y Corona constituye el referente más directo de este trabajo, en cuanto dedica un apartado a la aplicación empírica de la fórmula RAWP 88 al caso español. A pesar del gran número de trabajos dedicados al tema en España, esta propuesta dista mucho, sin embargo, de ser generalmente aceptada, debido a los problemas que afectan a las formulaciones anteriores de la fórmula, y a la falta de consenso político sobre la prioridad que debe concederse a la equidad interterritorial.

Con respecto a estos estudios previos, las principales aportaciones de este trabajo son las siguientes. En primer lugar, se utiliza la nueva metodología introducida en la última revisión de la fórmula RAWP en 1994, que contribuye a solucionar la mayoría de los problemas técnicos planteados por fórmulas anteriores. En segundo lugar, se actualizan los datos demográficos, socioeconómicos y sanitarios empleados en los estudios previos sobre el tema en España. Con ello se pretende mejorar la aceptabilidad de los criterios RAWP en el contexto español, así como difundir las mejoras introducidas en su aplicación empírica.

2.1. El ajuste del gasto al criterio de necesidad

El cálculo de la población regional ponderada en función de la estructura demográfica se ha realizado a partir de los datos del Censo de Población de 1991 del Instituto Nacional de Estadística, distinguiendo seis grupos de edad. La aplicación de los pesos estimados por el equipo RAWP 94 a los grupos de edad regionales permite estudiar los efectos de la estructura demográfica sobre el nivel de necesidad relativo de las regiones en España⁸ (ver tabla 19 y tabla 1 del Anexo). Las Comunidades Autónomas con un mayor nivel de necesidades en función de la demografía en 1991 son Aragón, Castilla-León, Asturias, Galicia, La Rioja y Castilla-La Mancha. En el otro lado del espectro, las Comunidades Autónomas con poblaciones relativamente jóvenes, es decir, con un menor nivel de necesidades demográficas son Ceuta y Melilla, Canarias, Andalucía, Murcia y Madrid.

De otro lado, los desequilibrios territoriales regionales en España por razón de la estructura demográfica son más altos que en Inglaterra: las necesidades oscilan entre un 10% por encima de la media y un 12% por debajo de la media en el año 1991, mientras que en el caso británico el rango es de $\pm 6\%$ en el mismo año. Ello sugiere que la corrección de las mismas ha de ser más ardua y conflictiva en el caso español, mientras que subraya la importancia de la introducción de consideraciones redistributivas en el actual sistema de financiación sanitaria autonómica.

⁸ Los cálculos realizados para el caso español sobre los pesos de los grupos de edad (López Casanovas et al., 1992; Rico, 1997), muestran resultados muy semejantes a los británicos, por lo que la utilización de estos últimos en el análisis produce tan sólo variaciones muy pequeñas en la estimación final de las necesidades sanitarias.

Las necesidades sanitarias autonómicas: los indicadores de necesidad

El ajuste de la población regional en base al índice de necesidad diseñado por el equipo RAWP 94 requiere la recogida de información a nivel regional para la elaboración de 5 tipos de indicadores: (1) las razones de mortalidad estandarizadas para los menores de 75 años⁹; las razones de enfermedades crónicas para los menores de 75¹⁰; las tasas de desempleo regionales (Censo de 1991); el porcentaje de los mayores de 65 años que viven solos; y el porcentaje de menores de 17 años que viven en hogares monoparentales¹¹.

La aplicación de los pesos británicos a los datos españoles pone de manifiesto que las regiones con un nivel de necesidades mayor en razón de los indicadores de necesidad son Canarias, Andalucía, y Ceuta y Melilla, con necesidades cerca del 15% por encima de la media (tabla 19 y tabla 2 del Anexo). Un análisis más detallado, que distinga la evolución de los diferentes indicadores de necesidad considerados, desvela los siguientes datos (tabla 2 del Anexo). En el

⁹ Los cálculos se realizan a partir de los datos de mortalidad regional del Movimiento Natural de la Población Española para 1991 (Defunciones según la causa de muerte, vol.II), y de las cifras de población regional del Censo de Población de 1991 (vol.I). El método utilizado (al igual que en el caso de las razones de enfermedades crónicas estandarizadas) es el de estandarización indirecta (Hennekens y Bunnig, 1987; Ortún, 1987).

¹⁰ Los datos, tanto de enfermos crónicos como de población regional para la elaboración de las RECE regionales proceden de la Encuesta Nacional de Sanidad de 1993, encargada por el Ministerio de Sanidad y Consumo, y realizada por el Centro de Investigaciones Sanitarias. En concreto, los datos sobre crónicos corresponden a una pregunta filtro de la encuesta, realizada a la población que dice sufrir de enfermedades crónicas, que se plantea en los siguientes términos "Durante los últimos 12 meses, esta enfermedad o defecto físico ha limitado de alguna manera su actividad principal, esto es. su trabajo, estudios, labores del hogar, etc.?". La comparabilidad con los datos británicos es alta en cuanto a la redacción de la pregunta ("does the person have any long-term illness, health problem or handicap which limits his/her daily activities and/or the work s/he can do?"), pero la calidad de los datos es más alta en el caso británico, puesto que se trata de datos censales (la pregunta se incluye en el Censo de 1991).

¹¹ Estos dos últimos indicadores han sido elaborados a partir de la Encuesta de Presupuestos Familiares de 1990-1, por lo que su calidad, como en el caso de los crónicos, es menor que en el caso británico, que utiliza datos censales

caso de Andalucía su alto nivel de necesidades se explica sobre todo por sus altas tasas de mortalidad (que se sitúan casi un 10% por encima de la media), de enfermos crónicos, y de desempleo (ambas casi un 50% por encima de la media nacional). Canarias muestra valores semejantes respecto a estos indicadores, mientras que el porcentaje de ancianos solos y de menores en familias monoparentales se sitúan cerca del 10% por encima de la media nacional. Por último, Ceuta y Melilla tienen las mayores tasas de mortalidad y desempleo del Estado español (en torno al 30% y al 60% sobre la media, respectivamente), una tasa de crónicos cerca del 30% por encima de la media, y un porcentaje de menores en familias monoparentales un 15% superior al total nacional.

De otro lado, Navarra, Aragón, Cantabria, Cataluña y Madrid muestran los menores niveles de necesidad relativa, que se sitúan entre un 8 y un 12% por debajo de la media nacional. Todas estas Comunidades muestran una tasa de crónicos y de desempleo muy inferior a la media nacional, así como tasas de mortalidad por debajo de la media. Navarra y Cantabria se caracterizan además por tener un porcentaje de ancianos solos cerca del 15% inferior a la media, mientras que el porcentaje de menores en familias monoparentales se sitúa también en torno a esta cifra en el caso de Madrid. Por último, Cataluña se sitúa un 10% por debajo de la media del Estado español en cuanto a estos dos últimos indicadores.

Las necesidades sanitarias autonómicas y el reparto del gasto sanitario en la práctica

El último paso en la estimación de las poblaciones regionales ponderadas en función de las necesidades consiste en calcular el impacto total de los factores demográficos y los indicadores de necesidad¹². Los resultados de este cálculo para el caso de España se muestran en la tabla 19. En primer lugar, las 5 Comunidades

¹² Los detalles del método utilizado para combinar ambos efectos aparecen explicados en Peacock y Smith, 1995 2-6.

Autónomas con un mayor nivel relativo de *necesidades totales* son Asturias, Andalucía, Galicia, Castilla-León y Extremadura. En el caso de Asturias y de Galicia, como puede apreciarse en el gráfico 7, su alto nivel de necesidades se deriva exclusivamente del efecto de la estructura demográfica, puesto que los valores de los indicadores de necesidad en ambas Comunidades están muy cercanos a la media nacional. De otro lado, Andalucía y Castilla-León muestran desviaciones de signo contrario en cuanto a los dos grupos de determinantes de las necesidades estudiados: mientras que Andalucía tiene un bajo nivel de necesidades en función de la demografía, el alto nivel de los indicadores de necesidad predomina; en el caso de Castilla-León, la situación es la contraria, es decir, a pesar del bajo nivel de los indicadores de necesidad, el alto nivel de necesidades demográficas explica un nivel total de necesidades alto. Finalmente, Extremadura muestra niveles de necesidad positivos, aunque moderados, en ambos tipos de factores.

En segundo lugar, las 5 Comunidades Autónomas con menor nivel de necesidades son Navarra, Madrid, Murcia, Cataluña y País Vasco. Navarra y Cataluña muestran un balance semejante en cuanto al impacto separado de los dos tipos de factores considerados: su nivel de necesidad en función de la demografía es moderadamente superior a la media, pero ambas muestran sin embargo niveles muy inferiores a la media en cuanto a los indicadores de necesidad. Los casos del País Vasco y Madrid son también comparables: las dos Comunidades muestran niveles de necesidad por debajo de la media en cuanto a los dos grupos de determinantes de la necesidad, pero el valor de los indicadores de necesidad es menor que el de la estructura demográfica. Lo mismo es cierto para el caso de Murcia, con la salvedad de que en este caso el efecto de la estructura demográfica es mayor que el de los indicadores de necesidad.

Por último, resulta interesante constatar que la geografía de las disparidades regionales en cuanto a necesidades sanitarias es semejante (aunque de signo inverso, como era de esperar) a la correspondiente a las disparidades existentes en cuanto al PIE per capita, reforzando la Habilidad de los resultados de la aplicación del modelo británico al caso español. En primer lugar, las seis regiones

con mayor nivel de necesidades relativas totales en 1991 son también las de menor renta per capita del Estado español en 1991, mientras que estas seis Comunidades se encuentran entre las siete con menor PIB per capita y renta familiar disponible en el mismo año¹³.

En segundo lugar, el mismo hecho se confirma con respecto a las Comunidades con menor nivel total de necesidades: con la excepción de Murcia, las cinco Comunidades con menores necesidades relativas están entre los cinco primeros puestos en cuanto a PIB y renta per capita. Por último, la pauta de asociación inversa entre riqueza relativa y nivel de necesidad se cumple en 13 de las 18 regiones; es decir, los niveles de riqueza superiores a la media nacional coinciden con niveles de necesidad sanitaria inferiores a la media, y viceversa.

Las excepciones son, de un lado, Baleares y la Comunidad Valenciana, regiones con niveles de riqueza y necesidad superiores a la media; y de otro Murcia, Cantabria y Ceuta y Melilla, con niveles en ambos casos inferiores a la media. El caso de Baleares y la Comunidad Valenciana, con necesidades sanitarias situadas tan sólo entre el 1 y el 3% por encima de la media, resulta menos problemático. Así mismo, el caso de Ceuta y Melilla tiene fácil explicación: aunque su puntuación en cuanto a los indicadores de necesidad la sitúa como la tercera región con mayor nivel de necesidades relativas (que se sitúan un 13 % por encima de la media), su peculiar estructura demográfica, asociada al menor nivel de necesidades a este respecto, contrarresta los efectos anteriores. Los casos de Cantabria y Murcia resultan a la vez más problemáticos (siendo regiones relativamente pobres, su nivel de necesidad total se sitúa casi 10 puntos por debajo de la media) y más difíciles de explicar (no se debe al efecto predominante de la estructura demográfica, como en el caso de Ceuta y Melilla).

¹³ Los datos sobre el PIB y la renta autonómicos pueden consultarse en Alcaide (1992, tabla XXI).

TABLA 29					
COMUNIDADES	POB. AUT. REAL		POB. AUT. PONDERADA		
	Nº Hab.	%	DEM	LNEC	TOT
TOTAL	38872268	100	100	100	100
ANDALUCIA	6940522	17,8 5	93.9	114.9	108
ARAGON	1188817	3,06	110.7	86.4	95.7
ASTURIAS	1093937	2,81	107.6	100.4	108
BALEARES	709138	1,82	100.8	101.8	103
CANARIAS	1493789	3,84	88.6	115.7	103
CANTABRIA	527326	1,36	103.5	89.9	93
CASTILLA-L.	2545926	6,55	110.2	95.9	106
CASTILLA-L.M.	1658446	4,27	106.9	98.4	105
CATALUÑA	6059494	15,5 9	101.4	90.6	91.9
C.VALENCIANA	3857234	9,92	99.1	101.9	101
EXTREMADURA	1061852	2,73	103.9	101.5	106
GALICIA	2731669	7,03	107.4	100.1	108
MADRID	4947555	12,7 3	95.2	92.3	88
MURCIA	1045601	2,69	94.3	96.4	91
NAVARRA	519277	1,34	103.9	83.1	86.4
PAIS VASCO	2104041	5,41	97.9	94.4	92.4
LA RIOJA	263434	0,68	106.9	94.2	101
CEUTA/MELILLA	124215	0,32	87.6	113.1	99.1

En cuanto a las implicaciones de la estimación de necesidades sanitarias en relación al *reparto de recursos entre las Comunidades Autónomas*, los valores expuestos en la última columna de la tabla 19 pueden interpretarse del siguiente modo. A las 5 Comunidades Autónomas con mayor nivel de necesidades les correspondería entre un 6 y un 8% más de recursos, en caso de aplicarse el sistema per capita compuesto, que los derivados del criterio per capita simple, es decir, de los correspondientes a su porcentaje de población real. Las cifras equivalentes en el caso de las 5 Comunidades con menor nivel de necesidades oscilan entre el 14 y el 6% menos de recursos que lo correspondiente al tamaño de su población.

Sin embargo, conviene recordar aquí que el cálculo del principio capitativo compuesto requiere ajustar las cifras poblacionales no sólo en función de las necesidades, sino también en función de los costes diferenciales de la prestación de servicios sanitarios a nivel nacional. El ajuste respecto a los costes de provisión supone asignar complementos adicionales a las regiones según los costes relativos de los inputs, los costes de la atención a desplazados, y los costes de docencia. Estos costes tienden a favorecer a las regiones más ricas, lo que atenuaría las diferencias en cuanto a la asignación de recursos detectados en función de las necesidades.

¿Cuál es el ajuste del gasto sanitario efectivo a las pautas de reparto basadas en las necesidades sanitarias? La información del gráfico 9 corresponde a 1991, año que resulta especialmente estable porque no se realizan compensaciones de deudas sustantivas. La pauta dominante, claramente reflejada en el gráfico, es una distribución del gasto efectivo que prácticamente actúa en sentido contrario que las necesidades sanitarias regionales autonómicas: las Comunidades con niveles de necesidad superiores a la media reciben un porcentaje del gasto inferior a la media y viceversa. Las únicas excepciones a este respecto son Asturias, la Comunidad Valenciana y Murcia. Este hecho enfatiza aún más la seriedad de la cuestión redistributiva en España.

2.2. La evolución de las necesidades y el gasto (1981-1991)

En cuanto a la evolución de las necesidades sanitarias en el periodo 1981-1991, el primer comentario que puede hacerse, por comparación del gráfico 10 con los datos para 1991 expuestos mas arriba (ver también gráficos 11 y 13), es que las necesidades aumentan de un modo notable principalmente en Andalucía, Canarias, Cataluña, Comunidad Valenciana, Madrid y Murcia, mientras que disminuyen en Aragón, Asturias, Extremadura, Navarra y el País Vasco. Además, las Comunidades en donde el valor de los indicadores de necesidad (mortalidad, morbilidad y condiciones socioeconómicas) aumenta son todas las mencionadas (con la excepción de la Comunidad Valenciana), mas las dos Castillas y Galicia. Los indicadores de necesidad, por el contrario, disminuyen notablemente en Aragón, Baleares, Cantabria, Navarra y País Vasco.

En concreto, como puede verse en el gráfico 11, la mortalidad y la morbilidad evolucionan en el mismo sentido durante el periodo de estudio en las Comunidades de Andalucía, Castilla-La Mancha, Cataluña, Galicia, Madrid y Murcia (en donde los dos indicadores aumentan); y, de otro lado, en las Comunidades de Asturias y La Rioja, en donde ambos indicadores disminuyen entre 1981 y 1991. Además, hay varias Comunidades caracterizadas por un aumento de la mortalidad y una disminución paralela de las enfermedades crónicas: Aragón, Baleares Cantabria, Castilla y León, Comunidad Valenciana, Extremadura, Navarra y el País Vasco; y una sólo en donde la evolución sea a la inversa, es decir, en donde disminuya la mortalidad y aumenten las enfermedades crónicas.

Si examinamos el gráfico 13, podemos llegar a la conclusión de que la evolución de las necesidades en más de la mitad de las Comunidades se debe en mucha medida a la propia evolución del PIB per capita durante el periodo. Sin embargo, existen varias excepciones a esta regla. De un lado, Asturias y Cantabria son comunidades en donde el PIB per capita aumenta a un ritmo muy inferior a la media, mientras que las necesidades permanecen góticamente constantes. De otro lado, las dos Castillas, la

Comunidad Valenciana y Cataluña destacan por ser Comunidades donde las necesidades han aumentado a pesar de haber aumentado también el PIB per capita. Por último, el País Vasco es la única Comunidad en la que a pesar de la disminución registrada en el PIB per capita, las necesidades se han reducido.

Algunos de estos casos podrían explicarse en razón de la evolución del gasto sanitario durante el periodo: por ejemplo, el hecho de que las necesidades no respondan a la evolución del PIB per capita en los casos de Asturias, Cantabria y el País Vasco puede deberse a que estas Comunidades mantienen sistemáticamente, a lo largo del periodo, un nivel de gasto muy por encima de la media nacional. En los casos de Castilla y León y Castilla-La Mancha, lo contrario puede ser cierto: el aumento del PIB puede no traducirse en una disminución de las necesidades debido a los bajos niveles de gasto sanitario en estas dos Comunidades. En el caso de Cataluña y la Comunidad Valenciana esta relación es, sin embargo, menos clara, puesto que ambas Comunidades mantienen niveles de gasto algo superiores a la media durante el periodo.

3. La reforma redistribuida pendiente: alternativas principales

La aplicación del modelo RAWP en España

Las implicaciones de la estimación de necesidades sanitarias en relación al reparto de recursos entre las Comunidades Autónomas dependen del supuesto político del que partamos. La primera posibilidad consistiría en seguir el supuesto británico, por lo que los valores expuestos en la última columna del cuadro 6 se aplican directamente al reparto del presupuesto. En ese caso, las Comunidades Autónomas con valores superiores a 100 recibirían un porcentaje adicional de recursos que varía en función de la magnitud de la desviación. Por ejemplo, Andalucía recibiría un 6,9% más de recursos por habitante que los derivados del criterio per capita simple. De otro lado, las Comunidades con valores por debajo de 100

recibirían un porcentaje menor de recursos que el que les corresponde según el criterio per capita. Por ejemplo, Cataluña recibiría un 7,8 % menos de recursos por habitante que el gasto per capita medio a nivel nacional.

Sin embargo, conviene recordar aquí que el cálculo del principio capitativo compuesto requiere ajustar las cifras poblacionales no sólo en función de las necesidades, sino también en función de los costes diferenciales de la prestación de servicios sanitarios a nivel nacional. El ajuste respecto a los costes de provisión supone asignar complementos adicionales a las regiones según los costes relativos de los inputs, los costes de la atención a desplazados, y los costes de docencia. Estos costes tienden a favorecer a las regiones más ricas, lo que compensaría las pérdidas que afectarían a éstas en razón del criterio de necesidad. Por ejemplo, solo en función de los costes de la atención a desplazados, y según los datos de López Casanovas et al. (1992: gráfico 14), Navarra, Madrid, Murcia, Cataluña y Cantabria recibirían entre un 9 y un 2% más de recursos por habitante por este concepto.

La segunda alternativa sería aplicar el supuesto político vigente en el caso de la LOFCA, que consiste en que ninguna región pierda recursos por la aplicación del nuevo sistema de reparto. En este caso, los ajustes en función del criterio de necesidad se aplicarían sólo a las regiones con niveles de necesidad superiores a la media. Para compensar a estas regiones, podría habilitarse un fondo redistributivo especial, que cumpliera funciones semejantes a las del Fondo de Compensación Interterritorial. Las consecuencias de esta alternativa en términos de incremento de gasto se exponen en la tabla 30.

Las Comunidades Autónomas que aparecen en el cuadro 7 son aquellas que muestran niveles de necesidad superiores a la media. En la primera columna del cuadro figuran las cifras de población correspondientes a 1991. En la segunda, los porcentajes de incremento del gasto por habitante en función del criterio de necesidad, extraídos del cuadro 6. En la tercera columna aparece el gasto nacional medio por habitante del INSALUD, calculado por el Ministerio de Sanidad y Consumo utilizando los últimos datos de liquidación del INSALUD disponibles, los del año 1993, y las

proyecciones de población del INE para ese mismo año. La cuarta columna refleja los incrementos de gasto por habitante en cada región derivados de aplicar los porcentajes incluidos en la columna dos a las cifras de la columna tres. Para terminar, la última columna representa el aumento del gasto regional total resultante, que se obtiene multiplicando la columna anterior por los datos de población. En total, el fondo dedicado a la redistribución de recursos alcanzaría un montante de 92.252 millones de pesetas. Esto supone un 3,1% de incremento con respecto al gasto liquidado total del INSALUD en 1993, que alcanzó una magnitud de casi 3 billones de pesetas (MSC, 1996). Si se fijara, por ejemplo, un escenario de diez años para ajustar el reparto del criterio per capita al criterio de necesidad, la compensación en función del criterio de necesidad supondría un aumento anual del gasto sanitario de 9,225 millones, es decir, un incremento anual del 0,3% con respecto al gasto total de 1993.

Las necesidades sanitarias en España: la aplicación del modelo LOFCA

La segunda propuesta de reforma del sistema autonómico de financiación sanitaria se basa en la lógica del sistema LOFCA. Al igual que en las simulaciones previas realizadas por López Casanovas et al. (1992: 161-195), y Nieto, Cabases y Carmona (1993), se utiliza para ello un modelo de optimización por programación lineal¹⁴. El objetivo es realizar una simulación del reparto de financiación sanitaria entre las Comunidades Autónomas que se ajuste lo más posible a los supuestos del modelo LOFCA, lo que facilitaría la integración de la financiación sanitaria en el sistema general de financiación de las Comunidades Autónomas.

¹⁴ En la aplicación y elaboración de los modelos de programación lineal he contado con la ayuda técnica de Pedro Rubio Martínez, de la Universidad Carlos III de Madrid.

TABLA 30
REPARTO DE RECURSOS DE ACUERDO AL CRITERIO DE NECESIDAD
GASTO INSALUD 1993

REGIONES	POBLACIÓN	% Δ NEC.	Gasto por Hab.	Δ Gasto por Hab.	Δ Gasto Total
Andalucía	6940522	6.86	76594	5256.55	36483184040
Asturias	1093937	9.33	76594	7143.87	7814941666
Baleares	709138	2.63	76594	2013.92	1428144161
Canarias	1493789	1.48	76594	1129.83	1687734382
Castilla y León	2545926	6.97	76594	5339.87	13594924552
Castilla-La Mancha	1658446	6.15	76594	4712.43	7815309571
Com. Valenciana	3857234	1.00	76594	766.01	2954691423
Extremadura	1061852	5.60	76594	4291.19	4556613085
Galicia	2731669	7.41	76594	5671.97	15493938481
La Rioja	263434	2.10	76594	1605.12	422843449
TOTAL					92252324811

Fuente: Elaboración propia. Los datos de población son del Censo de 1991 y los de gasto del Ministerio de Sanidad (MSC, 1996)

El punto de partida de la simulación son las cifras de población de derecho de las (Comunidades Autónomas en 1991, así como las cinco variables socioeconómicas y sanitarias seleccionadas a través del modelo RAWP 94. La finalidad del modelo de optimización es seleccionar, de entre estas cinco variables, aquellas que minimicen la partida total de gasto a transferir a las Comunidades Autónomas en función de criterios redistributivos. Además, el modelo calcula las ponderaciones correspondientes a las variables seleccionadas. La selección de las variables y sus ponderaciones está sujeta a la restricción política presente en el modelo LOFCA, es decir, que el gasto a transferir a cada Comunidad no sea en ningún caso inferior al gasto que las Comunidades reciben en el año base, previo a la reforma del sistema de financiación.

Partiendo de esta base, se elaboran dos modelos de simulación. La definición, restricciones y resultados de los dos modelos planteados se reproducen en el Anexo (tablas 3, 4, 5 y 6). En el primer modelo, no se imponen restricciones adicionales, sino tan sólo las expuestas en el párrafo anterior. Los resultados de la optimización del primer modelo indican que las razones de mortalidad estandarizadas y la población son las variables seleccionadas por el modelo para repartir el gasto. La ponderación correspondiente a la población sería de 0,95, dado que su peso en el modelo es del 95%, semejante al peso de la población en el subsistema LOFCA (versión 1991) para las Comunidades del artículo 151. La ponderación de las razones de mortalidad, es, en consecuencia, del 0,05, dado que su peso en el modelo es de un 5 %.

Las consecuencias de este primer modelo de simulación sobre el gasto, en términos globales, consisten en un aumento del 5,3 % en el gasto total del INSALUD, con respecto a las cifras de 1993. En concreto, la partida total de gasto necesaria para fines redistributivos alcanza, según el modelo, 156.126 millones de pesetas, casi el doble que en el caso de la aplicación directa del modelo RAWP. En relación al gasto de cada Comunidad, todas experimentan aumentos salvo Madrid y Asturias que mantienen las cifras de gasto de 1993. Un ejemplo de la magnitud de estos incrementos es el caso de Andalucía. Mientras que su gasto en 1993 es de 543,190 millones de

pesetas, tras aplicar los resultados del modelo pasa a ser de 546,557 millones, lo que supone un incremento del 0,6%. A este modelo inicial le añadimos, en una segunda versión del primer modelo de simulación, la variable índice de necesidades en función de la demografía y optimizamos de nuevo el modelo. Los resultados de este primer modelo no variaron al introducir la variable estructura demográfica, ya que esta nueva variable no se activa como determinante del gasto.

El segundo modelo de simulación introduce una nueva restricción, que obliga a la variable población a tener un peso inferior o igual al 85% respecto del conjunto de variables. Este peso es el mismo que se establece para la población, dentro del sistema LOFCA, en el subsistema de reparto del gasto educativo de las Comunidades Autónomas del 151, según los acuerdos de 1986. Además, el modelo incorpora la variable índice de necesidades en función de la demografía.

Como consecuencia de restringir el peso de la población al 85%, la nueva selección de variables incluye en este caso la tasa de desempleo, con un peso del 1 %. Además, la mortalidad cambia su peso hasta alcanzar un 14%. La nueva restricción implica un incremento del gasto total de 313.242 millones de pesetas, lo que supone un aumento del 10,7% respecto al gasto total del INSALUD en 1993. Con respecto al gasto sanitario total en 1993, las Comunidades de Andalucía y Cataluña mantendrían el mismo nivel de gasto que en el año base, mientras que el resto de Comunidades aumentan sensiblemente su gasto respecto al modelo inicial.

En conclusión, los resultados de la simulación basada en los modelos de programación lineal resultan insatisfactorios, en dos sentidos. En el plano conceptual, la selección de variables obtenida sin imponer restricciones al peso de la población incluye como única variable redistributiva la mortalidad, que, de acuerdo a la evidencia empírica disponible, es un indicador muy limitado de las necesidades sanitarias. En cuanto a los resultados prácticos del reparto, a pesar de tratarse de un modelo de minimización del gasto, el aumento del gasto sanitario resultante es casi el doble que el obtenido de la aplicación directa del modelo RAWP.

Por último, en el plano metodológico, tanto las implicaciones del método de optimización a través de programación lineal como sus consecuencias prácticas hacen de este método un instrumento inadecuado para el reparto de recursos con fines redistributivos. En cuanto a las implicaciones, el método de cálculo propio de los modelos de optimización a través de programación lineal activa la combinación de variables asociada a un reparto entre Comunidades Autónomas lo más parecido posible al observado en la estructura regional del gasto efectivo realizado por las Comunidades Autónomas en 1993 (López i Casanovas et al., 1992: 180). Predomina, pues, el criterio del coste efectivo sobre el criterio redistributivo, por lo que los resultados reproducen los desequilibrios heredados en el reparto de los recursos sanitarios. En cuanto a las consecuencias de estas implicaciones metodológicas, consisten en reducir el peso de las variables redistributivas (mortalidad) en el reparto a tan sólo el 5% del total.

4. Conclusiones. El problema de la equidad interterritorial: una cuestión polémica

En este trabajo se han presentado dos modelos alternativos orientados a introducir criterios redistributivos en el sistema español de financiación sanitaria. El primero de ellos consiste en la aplicación directa de la fórmula RAWP 94 al caso español. Esta fórmula cuenta con veinte años de vigencia en el contexto británico, y sus implicaciones y resultados han sido ampliamente discutidos y mejorados con el paso de los años. El segundo modelo aplica la lógica del modelo LOFCA al cálculo del reparto de los fondos sanitarios, con el objetivo de facilitar la integración del gasto sanitario en el sistema general de financiación de las Comunidades Autónomas.

Las conclusiones de la evaluación de la metodología y resultados de ambos modelos realizada a lo largo del trabajo sugieren que el modelo LOFCA, tanto en su versión general, como en cuanto al modelo concreto aplicado en el caso de la sanidad, no es un instrumento adecuado para introducir criterios redistributivos en el

reparto de los recursos a las Comunidades Autónomas. En contraste, la aplicación directa de la fórmula RAWP 94 puede contribuir sustantivamente a la promoción de la equidad Inter-territorial. La cuestión clave en este caso es el grado de precisión con el que se estiman las necesidades de la población. En este sentido, modelos basados en mediciones inadecuadas de la necesidad pueden ser injustos y no equitativos, discriminando a aquellos grupos cuyas necesidades han sido insuficientemente recogidas en la fórmula.

Sin embargo, las mejoras sustantivas introducidas en la estimación de necesidades por el Comité RAWP 94 constituyen una importante garantía de la potencialidad de la fórmula diseñada para garantizar una provisión equitativa de los servicios. En primer lugar, la selección de las variables incluidas en el modelo se basa en los avances conceptuales más recientes en economía de la salud. En este sentido, la fórmula supone un avance importante en la resolución de los problemas conceptuales que afectan a la medición de necesidades sanitarias. En contraste con las versiones anteriores de la fórmula, la evaluación de necesidades se realiza en 1994 en base a la estimación detallada de la interacción entre la demanda y la oferta de servicios sanitarios, considerando simultáneamente tanto las pautas de morbi-mortalidad regionales como el impacto de factores sociales ligados a situaciones de pobreza y necesidad. Estas mejoras se deben, de un lado, a una mejor comprensión de los procesos causales objeto de estudio; y de otro, a la mejor calidad de la base de datos construida por el comité RAWP 94.

En segundo lugar, la selección final de variables y el cálculo de sus ponderaciones correspondientes se realiza a partir de criterios objetivos, y en concreto, a través de la aplicación de técnicas estadísticas coherentes. La revisión de 1994 incorpora por primera vez técnicas econométricas de desarrollo reciente adaptadas a los problemas conceptuales que presenta la medición de necesidades sanitarias. De un lado, se utiliza el método de mínimos cuadrados en dos etapas (*two-stages least squares method*) para solucionar los problemas estadísticos derivados de la determinación simultánea de la oferta y la demanda que caracteriza a los servicios sanitarios.

Además, los resultados de este modelo se transforman en una segunda etapa para elaborar empíricamente el *concepto de utilización normativa*, lo que permite aislar las relaciones entre necesidad y utilización del efecto de la oferta. Por último, se introducen los modelos multi-nivel o modelos lineales jerárquicos (*multi-level models* o *hierarchical linear models*) para depurar el efecto de las políticas regionales sobre la oferta y demanda de servicios sanitarios. La aplicación de estos tres métodos al problema de la financiación sanitaria regional es interesante en sí misma por su carácter innovador, pero además porque garantiza una estimación más fina de las necesidades sanitarias.

En este sentido, los recientes desarrollos británicos añaden una opción política importante al debate sobre la reforma de la financiación autonómica en España. En concreto, la aplicación de la fórmula RAWP 94 a la financiación sanitaria autonómica en España mejoraría considerablemente el carácter redistributivo del sistema, mientras que disminuiría las discrepancias existentes en la actualidad entre el criterio programático y el principio distributivo que regulan el reparto geográfico de los recursos. Además, los avances realizados en cuanto a la estimación de necesidades en la revisión de 1994 invalidan la mayoría de las críticas al sistema de asignación mediante fórmula en el debate español.

El obstáculo principal para la introducción de consideraciones redistributivas en España es sin duda la baja calidad y cantidad de los datos disponibles para evaluar las necesidades sanitarias, así como el secretismo político que afecta a las cifras reales sobre el gasto sanitario autonómico. La importancia de las presiones autonómicas informales, basadas principalmente en la intensidad de preferencias por la sanidad de los gobiernos autonómicos, es una de las causas principales de este secretismo político. De hecho, como vimos en el capítulo dos, las negociaciones basadas en la intensidad de preferencias suelen realizarse en condiciones de baja visibilidad política, una hipótesis teórica ampliamente confirmada en el caso español.

Otra cuestión que es necesario destacar es que la garantía de la equidad en el Sistema Nacional de Salud no puede afrontarse tan sólo

a través de la reforma del sistema de reparto de recursos entre las Comunidades Autónomas. De hecho, la investigación sobre el tema en España permite constatar que las desigualdades existentes dentro de las Comunidades Autónomas son mucho más notables que las que existen entre Comunidades Autónomas. La centralidad de este tema subraya la importancia de promover, a través de incentivos financieros y de otro tipo, tanto la evaluación de las desigualdades sanitarias intraautonómicas, como el lanzamiento de políticas orientadas a aumentar la equidad entre áreas y grupos sociales a nivel autonómico.

La estimación empírica de la magnitud concreta de las desigualdades internas en cada Comunidad, y de su evolución a lo largo del tiempo es una tarea pendiente de la investigación sobre la equidad sanitaria en España. La escasez de datos sobre las características demográficas y socioeconómicas de la población en las estadísticas sanitarias oficiales es un obstáculo importante para avanzar en este campo, que ha sido paliado sólo en parte por las iniciativas innovadoras de las Comunidades en el campo de la información sanitaria.

Por último, y volviendo al tema de la introducción de consideraciones redistributivas en el sistema de reparto de los recursos sanitarios entre las Comunidades Autónomas, el sistema asignativo RAWP 94 es interesante en cuanto puede utilizarse tanto en sistemas de reparto basados en la línea de gasto como en aquellos que se basan en la línea de ingresos. De hecho, los sistemas de asignación territorial de recursos se dividen en dos grandes modalidades dependiendo de la existencia o no de descentralización fiscal. Estas dos modalidades han sido calificadas en el contexto del debate español como 'línea de ingresos'¹ (cuando existe descentralización fiscal) y 'línea de gastos' (cuando no existe) (López Casanovas et al., 1992). Aunque el modelo británico se inscribe en la llamada línea de gastos, puede utilizarse también como complemento redistributivo de los sistemas basados en la línea de ingresos (López Casanovas, 1992a y 1992b).

En cuanto a su utilización como complemento de la línea de gasto, el reparto en función de fórmulas redistributivas puede

garantizar una asignación del gasto corriente que contribuya a asegurar un nivel medio de prestación de los servicios transferidos en cada Comunidades Autónomas. En cuanto a los sistemas con descentralización total o parcial de los ingresos fiscales, las fórmulas redistributivas pueden ser utilizadas para fijar niveles óptimos de gasto a nivel autonómico. En este sentido, su aplicación sirve de referencia para evitar aumentos excesivos de la presión fiscal y del gasto total, así como para fijar criterios de compensación para aquellas Comunidades Autónomas con recaudaciones menores que el nivel óptimo de gasto (Corona, 1992: 30-1).

La introducción de consideraciones redistributivas en el sistema español de financiación sanitaria autonómica, no parece, sin embargo, una tarea fácil. Como el análisis del caso británico ha puesto de manifiesto, el proceso de elaboración de fórmulas redistributivas adecuadas, en torno a las cuales pueda articularse un consenso político suficiente, requiere considerable tiempo y esfuerzo. La mejora de los datos españoles en este campo es un requisito imprescindible para avanzar en este campo. Pero el obstáculo principal se deriva sin duda de los conflictos de intereses, y de las cuotas diferenciales de poder informal de las que disfrutaban las Comunidades Autónomas. La disposición de un marco institucional formal coherente, basado en datos de buena calidad y en una metodología de estimación de las necesidades objetiva y rigurosa constituye un primer paso para evitar estos problemas. El compromiso político y la resolución de los conflictos siguen siendo, sin embargo, los factores claves para garantizar que las reglas formales del juego se cumplan en la práctica.

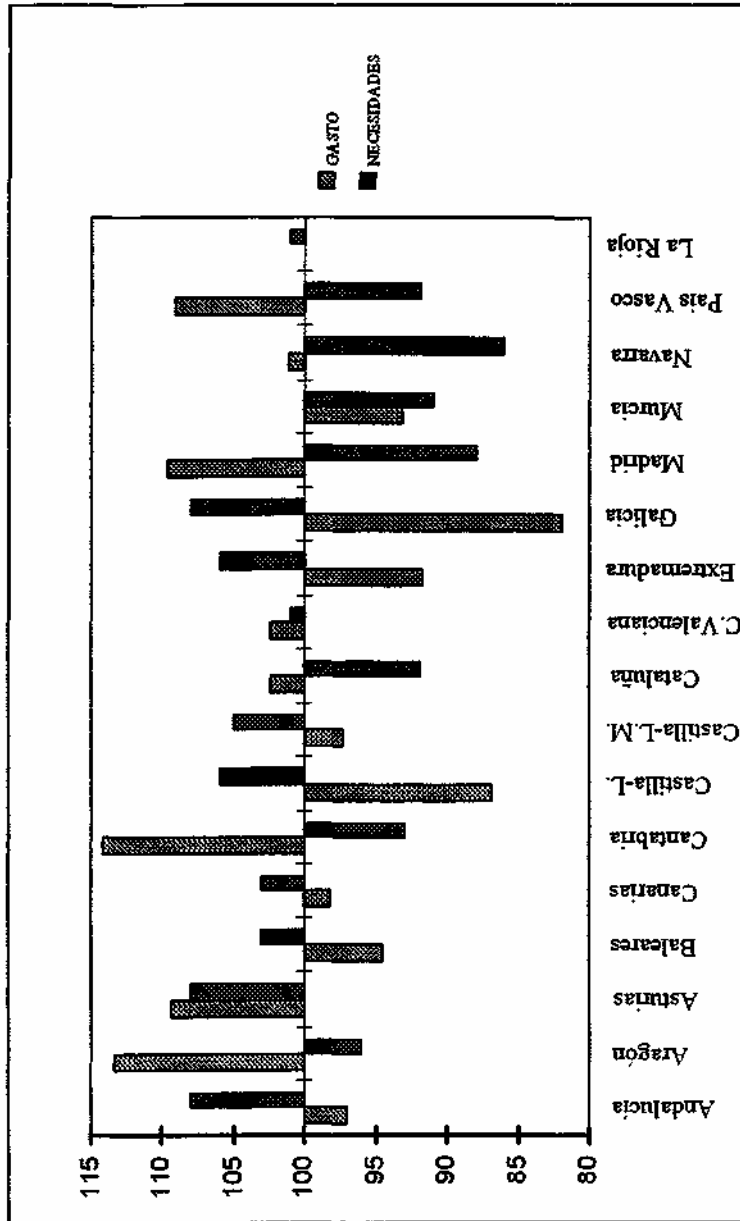


GRÁFICO 9. NECESIDADES SANITARIAS TOTALES Y GASTO SANITARIO POR HABITANTE. 1991

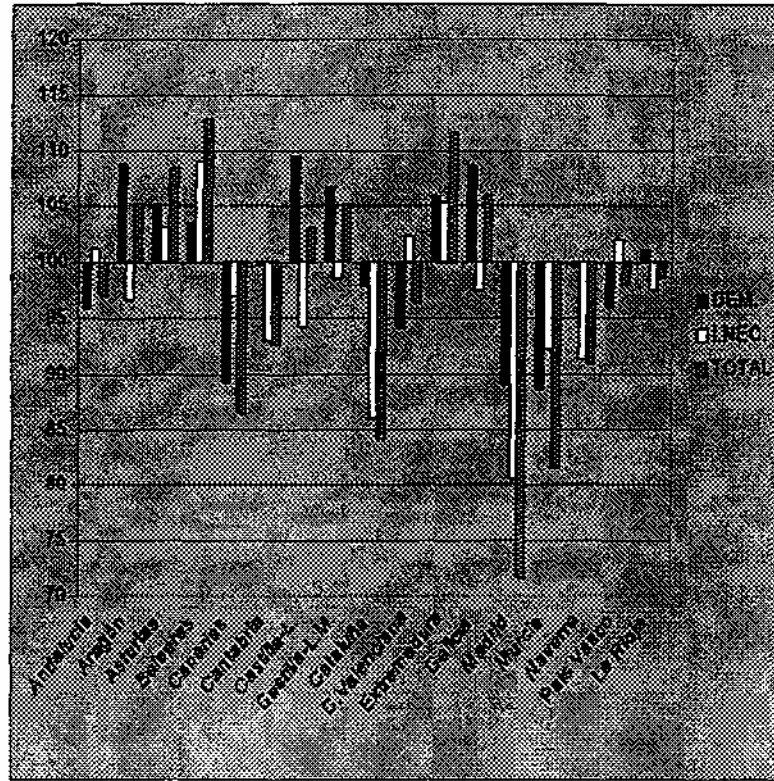


GRÁFICO 10: DEMOGRAFÍA, INDICADORES DE NECESIDAD Y NECESIDADES TOTALES. 1981

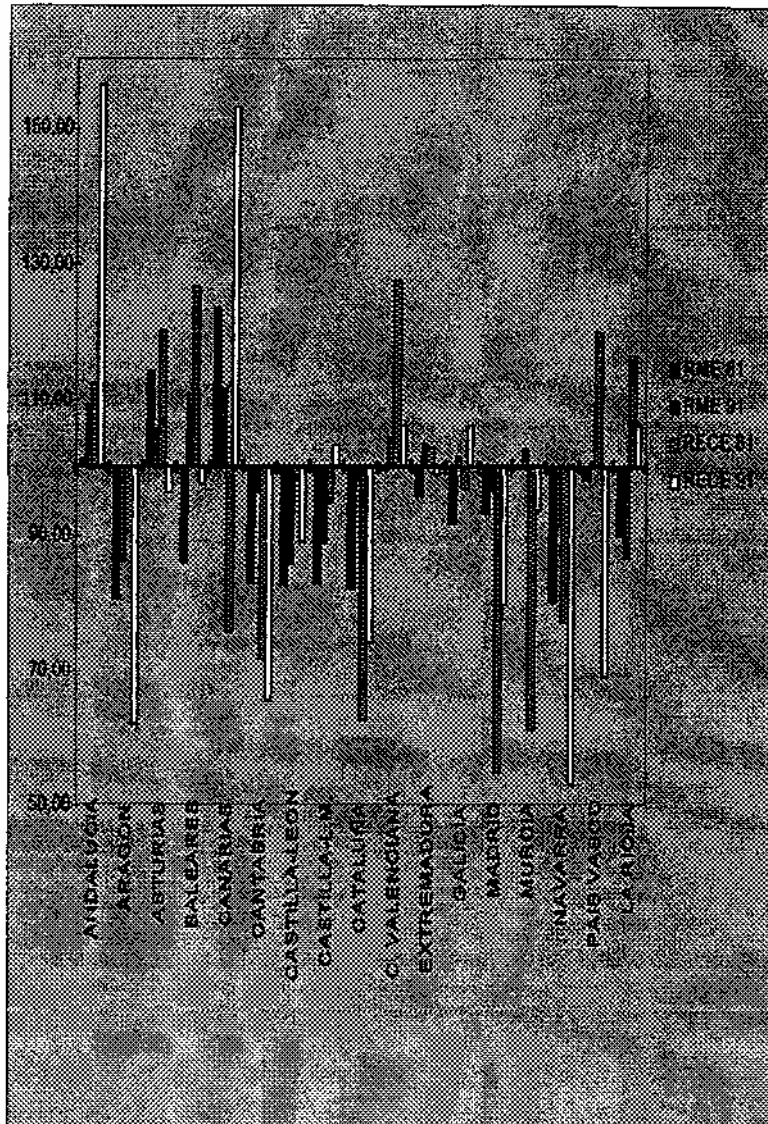


GRÁFICO 11: EVOLUCIÓN DE LAS RAZONES DE MORTALIDAD Y ENFERMEDADES CRÓNICAS ESTANDARIZADAS DURANTE EL PERIODO 1981-1991

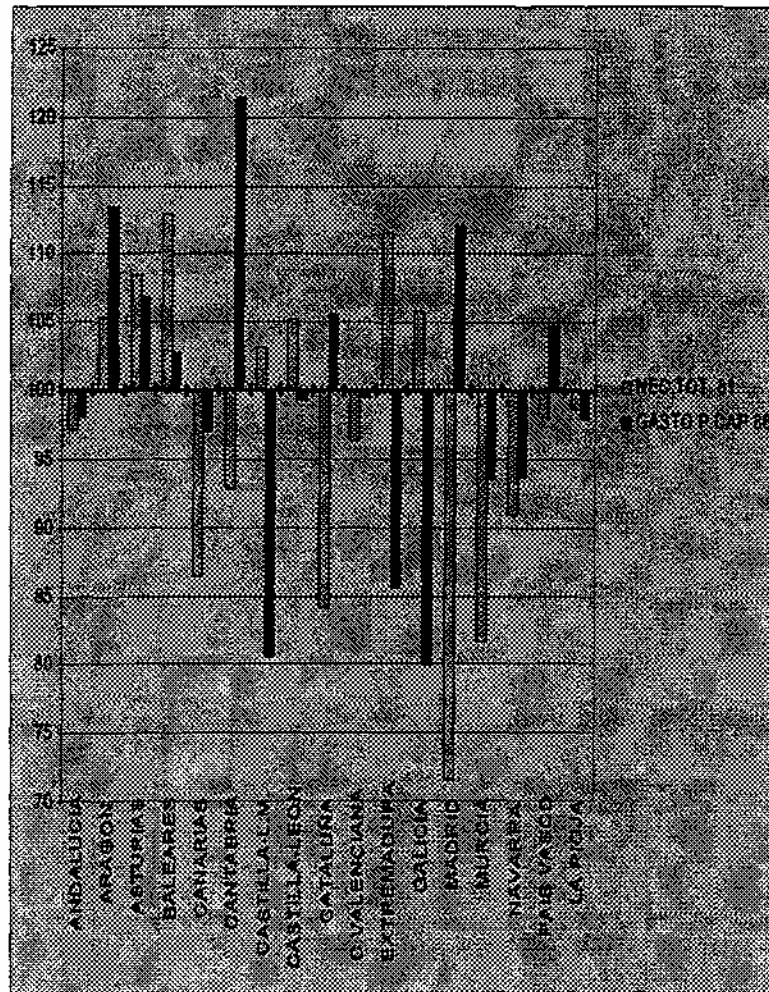


GRÁFICO 12: NECESIDADES SANITARIAS EN 1981 Y GASTO SANITARIO PER CAPITA EN 1986

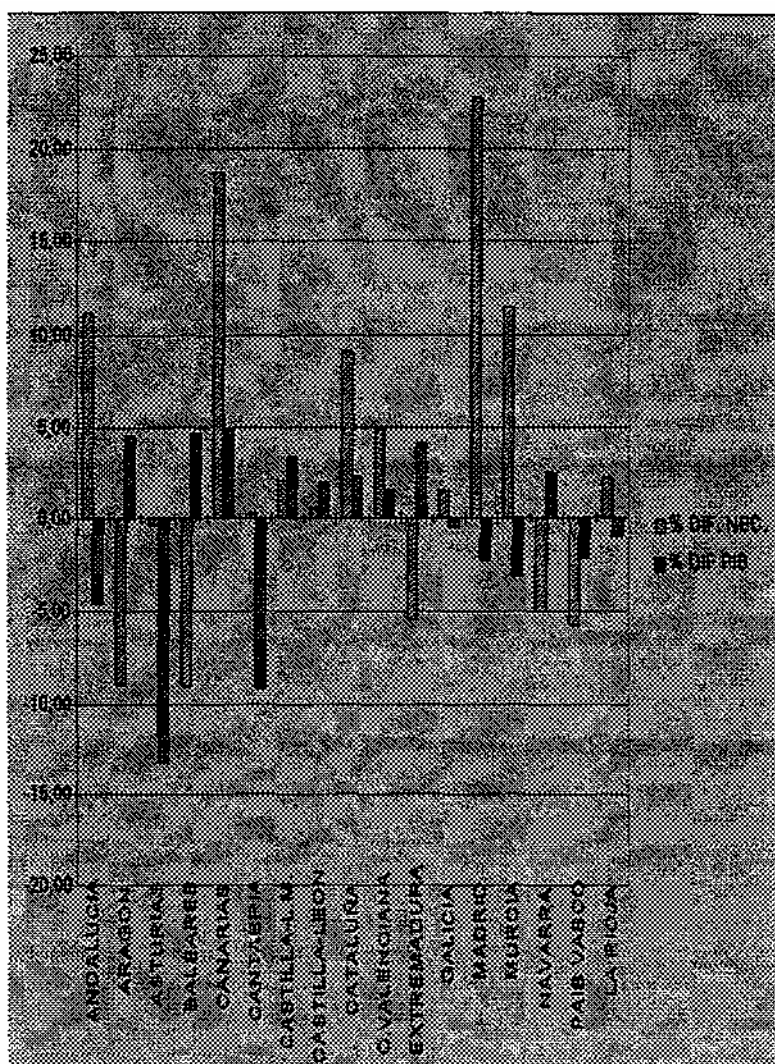


GRÁFICO 13: PORCENTAJE DE INCREMENTO DE LAS NECESIDADES SANITARIAS Y EL PIB PER Capita ENTRE 1981 Y 1991

ANEXO

L Simulación del reparto del gasto sanitario a partir de la aplicación del modelo RAWP 94.

TABLA 1

POBLACIONES AUTONÓMICAS PONDERADAS SEGÚN DE LA ESTRUCTURA DEMOGRÁFICA 1991			
COMUNIDADES	Pob. ponderada bruta	Pob. ponderada ajustada Factor de ajuste 0. 878962307	Pob. ponderada total
TOTAL	44225182	28872268	100
Andalucía	7338184.87	6449987.90	92.93
Aragón	1520970.96	1336876.15	112.45
Asturias	1354428.35	1190491.47	108.83
Baleares	813282.82	714844.95	100.80
Canarias	1490029.94	1309680.16	87.68
Cantabria	624129.13	548585.98	104.03
Castilla y León	3228895.77	2838077.67	111.48
Castilla-La Mancha	2033616.63	1787472.37	107.78
Cataluña	7014536.52	6165513.20	101.75
Com. Valenciana	4347506.98	3821294.77	99.07
Extremadura	1256408.49	1104335.70	104.00
Galicia	3333975.79	2930439.06	107.28

Necesidades sanitarias... / 627

Madrid	5326668.79	4681941.09	94.63
Murcia	1113423.73	978657.49	93.60
Navarra	618822.74	543921.87	104.75
País Vasco	2363881.74	2077762.94	98.75
La Rioja	324727.83	285423.52	108.35
Ceuta y Melilla	121690.92	106961.73	86.11

Extremadura	103.57	98.80	14.04	28.41	6.13	9.87	10481572	1078205	101.54
Galicia	101.47	106.03	11.48	16.33	6.51	9.73	26587263	2734946	100.12
Madrid	96.38	79.81	13.31	14.25	5.41	8.98	44428890	4570256	92.37
Murcia	102.78	93.84	13.69	17.18	3.82	9.38	9805544	1008665	96.47
Navarra	91.26	53.05	11.81	14.89	7.57	8.08	4195529	431580	83.11
País Vasco	101.07	69.10	15.57	19.43	10.86	9.18	19318528	1987234	94.45
La Rioja	86.75	106.17	8.44	12.82	5.80	9.16	2413226	248241	94.23
Ceuta y Melilla	121.68	134.37	13.17	29.03	7.32	11.00	1365795	140495	113.11

Tabla 2. Poblaciones regionales ponderadas en función de los indicadores socioeconómicos y sanitarios

REGIONES	INDICADORES SOCIOECONÓMICOS Y SANITARIOS. 1991						INDICE DE NECESIDAD	POBLACIONES REGIONALES		
	RME < 75	RECE < 75	% > 65 años que viven solos	Tasas de desempleo	% < 17 años en hogares monoparentales	Población ponderada bruta		Pob. ponderada ajustada. Factor: 0,1029	Pob. ponderada total	
TOTAL	100	100	13,33	18,94	6,39	9,72	37788948	38872268	100	
Andalucía	109,20	156,35	13,89	28,54	6,20	11,18	77586267	7981048	114,99	
Aragón	86,09	62,02	13,52	12,49	8,36	8,41	9993903	1028040	86,48	
Asturias	105,69	96,23	13,58	18,49	7,29	9,77	10683342	1098961	100,46	
Baleares	110,83	97,33	17,52	17,40	5,17	9,90	7018299	721950	101,81	
Canarias	111,53	153,15	14,76	27,07	6,98	11,25	16807347	1728917	115,74	
Cantabria	96,34	65,70	11,21	18,12	10,48	8,74	4609244	474138	89,91	
Castilla y León	85,86	89,05	15,06	15,84	7,98	9,33	23749687	2443053	95,96	
Cast.-La Mancha	88,69	103,27	14,82	14,73	5,87	9,57	15878331	1633352	98,49	
Cataluña	97,99	74,33	12,10	14,99	5,70	8,81	53379403	5490966	90,62	
Com. Valenciana	104,33	106,24	14,03	19,16	5,57	9,91	38227510	3923340	101,95	

2. *Simulación del reparto del gasto sanitario a partir de la aplicación de modelos de programación lineal*

Definimos la función objetivo como la suma del gasto a transferir a cada una de las 15 comunidades en estudio. Los indicadores de necesidad que constituyen el punto de partida del modelo son los preseleccionados a través del modelo RAWP británico, versión 1994. El gasto transferido a cada comunidad, se define, pues, en función de los indicadores de necesidad mencionados, en los siguientes términos:

$$G_i = P_0 + P_1 \cdot RME_i + P_2 \cdot RECE_i + P_3 \cdot M65_i + P_4 \cdot DES_i + P_5 \cdot M17_i + P_6 \cdot POB_i + P_7 \cdot IND_i$$

$i = 1, \dots, 15$

donde:

G_i : Gasto transferido a la comunidad i .

P_0 : Término constante, representa aquella parte del gasto que no depende del resto de variables.

P_j , $j = 1, \dots, 7$: Ponderaciones asociadas a cada variable.

RME_i : Razón de mortalidad estandarizada para los menores de 75 años.

$RECE_i$: Razón de enfermedades crónicas para menores de 75 años.

$M65_i$: Porcentaje de mayores de 65 años que viven solos.

DES_i : Tasa de desempleo.

$M17_i$: Porcentaje de menores de 17 años en hogares monoparentales.

POB_i : Población de cada comunidad en base 100 respecto de la media nacional.

DEM_i : Índice de necesidades en función de la demografía.

Todas las variables se expresan en porcentajes de base 100, que representan las desviaciones de respecto a la media nacional, para evitar problemas de medida en la optimización por programación lineal, como proponen López i Casanovas et al. (1992: 183 y ss.). Introducimos las restricciones de cota de manera que recojan la condición política explícita de la LOFCA, que establece que cada Comunidad debe obtener como mínimo los recursos recibidos en el año base. En la simulación tomamos como base el presupuesto sanitario de 1993, último para el que existen datos de liquidación a nivel oficial. Estas restricciones se expresan como: $G_i \geq G_{93}$, $i = 1, \dots, 15$. Es decir, que el gasto correspondiente a cada Comunidad (AND, ARA...) sea mayor o igual que su gasto en 1993. La definición, restricciones y resultados de los dos modelos planteados se reproducen a continuación.

MODELO I

Tabla 3. Definición del modelo I

Mín	AND+ARA+AST+BAL+CANA+CANT+C-L+C-LM+CAT+CV+EXT+GAL+MAD+MUR+RIO
AND	-P0 -1.0920 P1 -1.5635 P2 -1.0266 P3 -1.5069 P4 -0.9703 P5 -3.2138 P6 =0
ARA	-P0 -0.8609 P1 -0.6202 P2 -0.9993 P3 -0.6595 P4 -1.3083 P5 -0.5505 P6 =0
AST	-P0 -1.0569 P1 -0.9623 P2 -1.0037 P3 -0.9762 P4 -1.1408 P5 -0.5066 P6 =0
BAL	-P0 -1.1083 P1 -0.9733 P2 -1.2949 P3 -0.9187 P4 -0.8091 P5 -0.3284 P6 =0
CANA	-P0 -1.1153 P1 -1.5315 P2 -1.0909 P3 -1.4293 P4 -1.0923 P5 -0.6917 P6 =0
CANT	-P0 -0.9634 P1 -0.6570 P2 -0.8285 P3 -0.9567 P4 -1.6401 P5 -0.2442 P6 =0
C-L	-P0 -0.8586 P1 -0.8905 P2 -1.1131 P3 -0.8363 P4 -1.2488 P5 -1.1789 P6 =0
C-LM	-P0 -0.8869 P1 -1.0327 P2 -1.0953 P3 -0.7777 P4 -0.9186 P5 -0.7680 P6 =0
CAT	-P0 -0.9799 P1 -0.7433 P2 -0.8943 P3 -0.7914 P4 -0.8920 P5 -2.8059 P6 =0
VAL	-P0 -1.0433 P1 -1.0624 P2 -1.0370 P3 -1.0116 P4 -0.8717 P5 -1.7861 P6 =0
EXT	-P0 -1.0357 P1 -0.9880 P2 -1.0377 P3 -1.5000 P4 -0.9593 P5 -0.4917 P6 =0
GAL	-P0 -1.0147 P1 -1.0605 P2 -0.8485 P3 -0.8622 P4 -1.0188 P5 -1.2649 P6 =0
MAD	-P0 -0.9658 P1 -0.7981 P2 -0.9837 P3 -0.7524 P4 -0.8466 P5 -2.2910 P6 =0
MUR	-P0 -1.0278 P1 -0.9384 P2 -1.0118 P3 -0.9071 P4 -0.5978 P5 -0.4842 P6 =0
RIO	-P0 -0.8675 P1 -1.0617 P2 -0.6238 P3 -0.6769 P4 -0.9077 P5 -0.1220 P6 0

AND	>=	543190
ARA	>=	96170
AST	>=	93835
BAL	>=	46824
CANA	>=	117022
CANT	>=	44243
C-L	>=	182907
C-LM	>=	116313
CAT	>=	474116
VAL	>=	303881
EXT	>=	80586
GAL	>=	186846
MAD	>=	391247
MUR	>=	72541
RIO	>=	18792
Pj	>=	j=0,...,6

Tabla 4. Resultados del modelo I

Summarized Results for Modelo I Page 1							
Variable No	Names	Solution	Opportunity Cost	Variable No	Names	Solution	Opportunity Cost
1	AND	+546557 56	0	21	P0	0	+ 47142053
2	ARA	+99470 156	0	22	P6	+167116 55	0
3	AST	+93835 000	+9 2787914	23	A1	0	+1 0000000
4	BAL	+64500 973	0	24	A2	0	+1 0000000
5	CANA	+123275 17	0	25	A3	0	-8 2787914
6	CANT	+49172 047	0	26	A4	0	+1 0000000
7	C-L	+204466 23	0	27	A5	0	+1 0000000
8	C-LM	+136043 69	0	28	A6	0	+1 0000000
9	CAT	+477417 72	0	29	A7	0	+1 0000000
10	CV	+307542 56	0	30	A8	0	+1 0000000
11	EXT	+91160 945	0	31	A9	0	+1 0000000
12	GAL	+220193 17	0	32	A10	0	+1 0000000
13	MAD	+391247 00	+5 2497883	33	A11	0	+1 0000000
14	MUR	+89839 000	0	34	A12	0	+1 0000000
15	RIO	+27918 006	0	35	A13	0	-4 2497883
16	P1	+8679 8711	0	36	A14	0	+1 0000000
17	P2	0	+1 7643632	37	A15	0	+1 0000000
18	P3	0	+ 41176042				
19	P4	0	+1 5550035				
20	P5	0	+ 19248441				

Minimized OBJ function = 2924639 Iters = 16

Sensitivity Analysis for Objective Coefficients Page 1							
Variable	Min C(j)	Original	Max C(j)	Variable	Min C(j)	Original	Max C(j)
AND	-1 20940	+1 00000	+3 94519	GAL	-9 30424	+1 00000	+3 87039
ARA	+ 511249	+1 00000	+12 2011	MAD	-4 24979	+1 00000	+Infinity
AST	-8 27879	+1 00000	+Infinity	MUR	-8 50023	+1 00000	+1 37558
BAL	- 648575	+1 00000	+1 47072	RIO	-1 44187	+1 00000	+3 17468
CANA	-2 37348	+1 00000	+3 03251	P1	-7 82514	0	+ 170229
CANT	+ 666353	+1 00000	+6 24605	P2	-1 76436	0	+Infinity
C-L	+ 523889	+1 00000	+Infinity	P3	- 411760	0	+Infinity
C-LM	- 711625	+1 00000	+8 8879	P4	-1 55500	0	+Infinity
CAT	-1 27454	+1 00000	+4 39515	P5	- 192484	0	+Infinity
CV	-6 46254	+1 00000	+2 65039	P0	- 471421	0	+Infinity
EXT	-1 86362	+1 00000	+2 20964	P6	-1 79649	0	+ 99806

634 / *Descentralización y reforma sanitaria en España...*

Sensitivity Analysis for RHS Page 1							
Constrnt	Min B(i)	Original	Max B(i)	Constrnt	Min B(i)	Original	Max B(i)
1	-Infinity	0	+3367 56	9	-Infinity	0	+3301 73
2	-Infinity	0	+3300 15	10	-Infinity	0	+3661 57
3	-4425 90	0	+10805 9	11	-Infinity	0	+10574 9
4	-Infinity	0	+17677 0	12	-Infinity	0	+33347 2
5	-Infinity	0	+8253 17	13	-2288 20	0	+33103 5
6	-Infinity	0	+4929 05	14	-Infinity	0	+17298 0
7	-Infinity	0	+21559 2	15	-Infinity	0	+9126 01
8	-Infinity	0	+19730 7				

MODELO II - Tabla 5. Definición del modelo II

Min AND+ ARA+ AST+ BAL+ CANA+ CANT+ C-L+ C-LM+ CAT+ CV+ EXT+ GAL+ MAD+ MUR+ RIO																	
Sujeto a:																	
AND	-P0	-1.09	P1	-1.56	P2	-1.03	P3	-1.51	P4	-0.97	P5	-3.21	P6	-0.93	P7	=0	
ARA	-P0	-0.86	P1	-0.62	P2	-1.00	P3	-0.66	P4	-1.31	P5	-0.55	P6	-1.12	P7	=0	
AST	-P0	-1.06	P1	-0.96	P2	-1.00	P3	-0.98	P4	-1.14	P5	-0.51	P6	-1.09	P7	=0	
BAL	-P0	-1.11	P1	-0.97	P2	-1.29	P3	-0.92	P4	-0.81	P5	-0.33	P6	-1.01	P7	=0	
CANA	-P0	-1.12	P1	-1.53	P2	-1.09	P3	-1.43	P4	-1.09	P5	-0.69	P6	-0.88	P7	=0	
CANT	-P0	-0.96	P1	-0.66	P2	-0.83	P3	-0.96	P4	-1.64	P5	-0.24	P6	-1.04	P7	=0	
C-L	-P0	-0.86	P1	-0.89	P2	-1.11	P3	-0.84	P4	-1.25	P5	-1.18	P6	-1.11	P7	=0	
C-LM	-P0	-0.89	P1	-1.03	P2	-1.10	P3	-0.78	P4	-0.92	P5	-0.77	P6	-1.08	P7	=0	
CAT	-P0	-0.98	P1	-0.74	P2	-0.89	P3	-0.79	P4	-0.89	P5	-2.81	P6	-1.02	P7	=0	
VAL	-P0	-1.04	P1	-1.06	P2	-1.04	P3	-1.01	P4	-0.87	P5	-1.79	P6	-0.99	P7	=0	
EXT	-P0	-1.04	P1	-0.99	P2	-1.04	P3	-1.50	P4	-0.96	P5	-0.49	P6	-1.04	P7	=0	
GAL	-P0	-1.01	P1	-1.06	P2	-0.85	P3	-0.86	P4	-1.02	P5	-1.26	P6	-1.07	P7	=0	
MAD	-P0	-0.97	P1	-0.80	P2	-0.98	P3	-0.75	P4	-0.85	P5	-2.29	P6	-0.95	P7	=0	
MUR	-P0	-1.03	P1	-0.94	P2	-1.01	P3	-0.91	P4	-0.60	P5	-0.48	P6	-0.94	P7	=0	
RIO	-P0	-0.87	P1	-1.06	P2	-0.62	P3	-0.68	P4	-0.91	P5	-0.12	P6	-1.08	P7	=0	
	-0.85	P0	-0.9	P1	-0.9	P2	-0.9	P3	-0.9	P4	-0.9	P5	0.15	P6	-0.9	P7	#0

AND	>=	543190
ARA	>=	96170
AST	>=	93835
BAL	>=	46824
CANA	>=	117022
CANT	>=	44243
C-L	>=	182907
C-LM	>=	116313
CAT	>=	474116
VAL	>=	303881
EXT	>=	80586
GAL	>=	186846
MAD	>=	391247
MUR	>=	72541
RIO	>=	18792
Pj	>=	j=0,...,7

Tabla 6. Resultados del modelo II

Summarized Results for Modelo II Page 1							
Variable		[Opportunity	Variable		[Opportunity		
No	Names	Solution	Cost	No	Names	Solution	Cost
1	AND	+543196 00	+1 4442926	21	P0	0	+ 15848452
2	ARA	+111549 51	0	22	P6	+159262 84	0
3	AST	+110258 55	0	23	P7	0	+ 51540333
4	BAL	+83149 234	0	24	A1	0	- 44429249
5	CANA	+142007 48	0	25	A2	0	+1 0000000
6	CANT	+65957.863	0	26	A3	0	+1 0000000
7	C-L	+211850 63	0	27	A4	0	+1 0000000
8	C-LM	+147066 63	0	28	A5	0	+1 0000000
9	CAT	+474116 00	+4 8452892	29	A6	0	+1 0000000
10	CV	+313731 09	0	30	A7	0	+1 0000000
11	EXT	+108156 88	0	31	A8	0	+1.0000000
12	GAL	+229727 28	0	32	A9	0	-3 8452892
13	MAD	+391675 62	0	33	A10	0	+1 0000000
14	MUR	+105809 55	0	34	A11	0	+1 0000000
15	RIO	+42508 059	0	35	A12	0	+1 0000000
16	P1	+26514 037	0	36d	A13	0	+1 0000000
17	P2	0	+ 47161129	37	A14	0	+1 0000000
18	P3	0	+ 52131337	38	A15	0	+1 0000000
19	P4	+1591 1718	0	39	S16	0	+10 061098
20	P5	0	+ 94687128				

Minimized OBJ function = 3081755 Iters = 21

Sensitivity Analysis for Objective Coefficients Page 1							
Variable	Min C(j)	Original	Max C(j)	Variable	Min C(j)	Original	Max C(j)
AND	- 444292	+1 00000	+Infinity	MAD	-3 93064	+1 00000	+8 42920
ARA	- 498881	+1 00000	+6 80166	MUR	-7 42795	+1 00000	+3 29267
AST	-8 18268	+1 00000	+3 32056	RIO	- 123149	+1 00000	+3 29785
BAL	-1 48577	+1 00000	+2 12906	P1	-2 61505	0	+ 134134
CANA	-1 45951	+1 00000	+3 94731	P2	- 471611	0	+Infinity
CANT	- 373117	+1 00000	+2 59079	P3	- 521313	0	+Infinity
C-L	- 102806	+1 00000	+Infinity	P4	- 868966	0	+ 400682
C-LM	- 622559	+1 00000	+18 9611	P5	- 946871	0	+Infinity
CAT	-3 84529	+1 00000	+Infinity	P0	- 158485	0	+Infinity
CV	-6 12889	+1 00000	+4 99838	P6	-14 3896	0	+26 2260
EXT	- 796073	+1 00000	+1 79818	P7	- 515403	0	+Infinity
GAL	-1 02899	+1 00000	+5 28867				

6381 Descentralización y reforma sanitaria en España...

```

-----|
|                                     Sensitivity Analysis for RHS      Page 1                                     |
|-----|
| Constraint|Min  B(1)| Original|Max  B(1)|Constraint|Min  B(1)| Original|Max  B(1)|
|-----|
| 1         | -1003 18|         0| +4688 22| 9         | -460 457|         0| +877 229 |
| 2         | -Infinity|         0| +15379 5| 10        | -Infinity|         0| +9850 10 |
| 3         | -Infinity|         0| +16423 5| 11        | -Infinity|         0| +27570 9 |
| 4         | -Infinity|         0| +36325 2| 12        | -Infinity|         0| +42881 3 |
| 5         | -Infinity|         0| +24985 5| 13        | -Infinity|         0| +428 622 |
| 6         | -Infinity|         0| +21714 9| 14        | -Infinity|         0| +33268 6 |
| 7         | -Infinity|         0| +28943 6| 15        | -Infinity|         0| +24716 1 |
| 8         | -Infinity|         0| +30753 6| 16        | -415146|         0| +2373 73 |
|-----|

```


CAPÍTULO 10

DESCENTRALIZACIÓN Y REFORMA SANITARIA EN ESPAÑA (1976-1986): DETERMINANTES Y CONSECUENCIAS PRINCIPALES

La síntesis no es tan satisfactoria como el análisis, o dicho de otro modo, el conocimiento de las premisas no nos permite predecir la naturaleza del resultado...[N]o sabemos nunca, de antemano, cuáles de los factores determinantes resultarán ser más fuertes y cuáles más débiles. Sólo al final podemos decir que los que se han impuesto son los más fuertes. Así pues, puede descubrirse siempre, con toda seguridad, la causación, siendo, en cambio, imposible toda predicción sintética¹

La historia de las reformas sanitarias en España durante los últimos veinte años pone de manifiesto que el sistema sanitario español ha experimentado cambios importantes durante el período democrático. De la asistencia sanitaria de la Seguridad, heredada del período franquista, que limitaba el acceso al sistema a los cotizantes, basada en un sistema regresivo de financiación y fuertemente centralizada en cuanto a su organización y gestión, se pasa a un Sistema Nacional de Salud descentralizado, financiado con cargo a un sistema impositivo progresivo, y en el que el acceso a los servicios públicos se considera un derecho irrenunciable de todos los ciudadanos españoles. Estos cambios se ejecutan plenamente durante los años 80 y 90. Durante esta última década, además, el sector sanitario público español muestra un considerable dinamismo en la introducción de las propuestas internacionales de reforma más innovadoras, lo que supone una ruptura con respecto a la pauta histórica predominante en el pasado, caracterizada por el considerable retraso con el que se introducen en España las reformas adoptadas por los países avanzados de su entorno.

¹ Freud (1968: 190-1).

Los logros conseguidos a lo largo de este proceso, iniciado a raíz de los movimientos de oposición al franquismo dentro del propio sistema sanitario, son en gran medida el resultado del impulso político que un sector del partido socialista en el poder imprime a los intentos previos de reforma. Sin embargo, no hay que olvidar el papel jugado por los partidos comunistas PCE y PSUC, que son los primeros en introducir el sector sanitario en el orden del día de las reformas políticas durante los primeros años de la transición, y los únicos en defender una universalización plena del derecho de acceso gratuito al sistema sanitario público en el debate parlamentario de la Ley General de Sanidad. Por último, tampoco debe olvidarse la importante labor de estudio, documentación y debate sobre la reforma realizada durante el periodo de la UCD.

En cuanto a la ejecución de las reformas, los gobiernos autonómicos y los sindicatos son dos actores políticos clave para entender la rapidez y la profundidad con las que se aplican los cambios aprobados por el gobierno socialista. En concreto, la labor realizada por las autoridades sanitarias del País Vasco y Navarra durante la segunda mitad de los años 80 resulta especialmente destacada, en tanto ambas Comunidades muestran una capacidad de reforma superior a la del resto de Comunidades y a la del Estado central, y ejercen por ello un papel de liderazgo en la ejecución e implantación de las reformas. El caso de Cataluña también requiere una mención aparte en cuanto a la importante capacidad de innovación de los responsables autonómicos en el gobierno de la sanidad. El nuevo paradigma de organización y gestión de los servicios sanitarios públicos predominante a nivel internacional desde el inicio de los años 90 se aplica en Cataluña tan sólo unos meses después de introducirse por primera vez en Europa. Los profesionales y los técnicos sanitarios catalanes desarrollan además una labor de difusión de estas innovaciones que explica en mucha medida su extensión posterior a otras partes del territorio del Estado español.

En resumen, la descentralización política de las competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas emerge del análisis realizado en estas páginas como un factor de considerable importancia para entender la trayectoria de las reformas sanitarias en España durante los últimos veinte años. El aumento sustantivo de la capacidad de reforma y de innovación del Estado español en el ámbito sanitario parece depender en gran medida de la capacidad de presión y el dinamismo mostrado por las minorías intensas en las Comunidades nacionalistas, lo que abre una serie de preguntas de considerable interés para la investigación futura sobre el Estado del Bienestar y la estructura territorial de los Estados democráticos contemporáneos.

En este contexto, el objetivo de este capítulo es presentar las conclusiones principales de la investigación sobre la reforma y la descentralización sanitaria en España, así como complementar estas conclusiones con el análisis de algunas cuestiones que el resto de capítulos de la tesis dejan pendientes. La primera parte del capítulo presenta las conclusiones teóricas y empíricas con respecto a los determinantes de los cambios institucionales que suponen una transformación sustantiva de los límites entre el Estado y la sociedad. La trayectoria de las reformas sanitarias en España se analiza además, dentro de esta primera sección, en el contexto de los países del sur de Europa, con el objetivo de examinar la especificidad del caso español en perspectiva comparada.

En el segundo apartado se discuten los beneficios y los costes del experimento autonómico en el ámbito de la sanidad. En la tercera parte, se presentan por primera vez los resultados de la estimación estadística de la efectividad política comparada de las Comunidades Autónomas, y se examinan una serie de hipótesis sobre las causas posibles de las diferencias de efectividad detectadas. Estos datos se complementan en el apartado 4 con un análisis del impacto social de la descentralización sanitaria. La satisfacción de

los ciudadanos con los servicios sanitarios públicos y la legitimidad social de los gobiernos autonómicos son los dos indicadores principales que se utilizan para describir el impacto social de la descentralización sanitaria.

1. las causas de cambio institucional

Los principales factores explicativos que se derivan del análisis empírico de los procesos de descentralización y reforma sanitaria en España son los siguientes. Si se aceptan las hipótesis contrastadas a lo largo de la tesis, se puede concluir que el éxito en la introducción de cambios sustantivos en las instituciones del Estado requiere la existencia simultánea de preferencias políticas intensas y extensas favorables a las reformas. La configuración específica de estas preferencias en cada momento histórico y contexto nacional concretos depende principalmente de la interrelación entre experiencias nacionales e internacionales con las instituciones públicas y privadas. Estas experiencias históricas contribuyen a explicar, a su vez, la emergencia de modelos políticos o paradigmas que aúnan elementos cognitivos, valores culturales y principios ideológicos distintivos, y que condicionan en definitiva el contenido de las preferencias políticas de los diferentes grupos de ciudadanos y de élites políticas con respecto a las opciones de reforma que se manejan en el debate político.

Un factor que facilita considerablemente el éxito de los cambios institucionales es la existencia en un determinado país de una herencia cultural común con respecto al funcionamiento de las instituciones en un ámbito específico de actuación. Esta herencia cultural se refleja en la extensión de las preferencias políticas latentes favorables a una opción de reforma concreta, es decir, en el hecho de que existan unas preferencias institucionales ampliamente compartidas por los ciudadanos y las élites políticas y sociales. En cualquier caso, la extensión de las preferencias

por el cambio parece ser frecuentemente el resultado de la labor de persuasión política realizada por las minorías intensas que inician el proceso de reforma de las instituciones, labor que aparece considerablemente facilitada si existe además una herencia cultural común como la mencionada. Por último, las preferencias políticas extensas sólo ayudan a que el cambio llegue a buen término, lo que depende en definitiva de la existencia de grupos políticos, asociaciones o movimientos sociales dispuestos a asumir los costes de la acción política necesaria para promover sus intereses, o en otras palabras, capaces de defender con intensidad sus propias preferencias políticas.

1.1. La formulación de las reformas sanitarias en España: determinantes principales

Teniendo en cuenta el marco teórico anterior, la evidencia empírica sobre el caso español puede analizarse en los siguientes términos. Para empezar, y con respecto a la descentralización territorial del Estado, la existencia en España de minorías nacionalistas intensas, capaces de organizarse políticamente y de movilizarse efectivamente en defensa de sus intereses parece ser el factor determinante principal del proceso de descentralización política del Estado. La devolución de poderes a los gobiernos autonómicos emprendida por el gobierno central es un hecho paradójico desde el punto de vista de la elección racional, puesto que supone una cesión voluntaria de poder y recursos materiales, mientras que favorece además a una serie de actores políticos que compiten electoralmente con el partido que ocupa el gobierno central, o bien a nivel autonómico (en el caso de las Comunidades gobernadas por partidos nacionalistas de ámbito no estatal), o bien tanto a nivel central como autonómico (el caso de las Comunidades gobernadas por el principal partido de oposición a nivel central).

Los argumentos funcionalistas examinados a lo largo de la tesis tampoco parecen suficientes para explicar la importante redistribución del poder democrático legítimo que la descentralización supone. De un lado, resulta razonable creer que la descentralización autonómica no responde simplemente en España a las presiones para incrementar la eficiencia del sector público, como defienden las teorías funcionalistas examinadas; de otro, los cambios en la distribución del poder político legítimo en los regímenes democráticos son suficientemente conflictivos como para suponer que la descentralización responde a causas de naturaleza propiamente política, y no a exigencias de tipo organizativo, como estos autores defienden.

Una explicación posible del éxito del proceso de redistribución del poder emprendido en España durante la transición a la democracia, que permite considerar adecuadamente la naturaleza política de los procesos de transformación de las instituciones del Estado, es la desarrollada a lo largo de estas páginas. Según esta interpretación, la existencia dentro de los Estados de minorías intensas con identidades y preferencias políticas distintivas concede a sus representantes un poder político informal considerable, que constituye un factor decisivo para explicar su acceso al ámbito del poder legítimo del Estado.

De un lado, este poder informal se deriva de la amenaza que estas minorías suponen para la legitimidad del gobierno central y del Estado: las minorías con preferencias políticas intensas resultan sistemáticamente excluidas de los procesos formales de decisión en los sistemas democráticos, debido a la naturaleza de la regla de la mayoría en la que se basa el poder legítimo; esta exclusión refuerza la intensidad de las preferencias por el autogobierno de estos grupos, puesto que la actuación de la regla de la mayoría supone una amenaza para su identidad

política y para su propia supervivencia en tanto grupos; la intensidad tiene el efecto de disminuir radicalmente los costes de la acción colectiva; por ello, las posibles acciones políticas que pueden derivarse de la combinación entre intensidad, identidad y exclusión pasan a constituir una amenaza para el gobierno establecido y para la mayoría en la que se fundamenta su poder, mientras que ponen de manifiesto la incapacidad del Estado democrático para representar adecuadamente a estos grupos minoritarios, contribuyendo pues a minar su legitimidad. Como consecuencia, tanto el gobierno como la mayoría estarán dispuestos a hacer concesiones cuando se enfrentan a minorías especialmente intensas, por miedo a las consecuencias que pueden derivarse de la acción política en defensa de sus intereses.

El poder informal de las minorías intensas se deriva, de otro lado, de la propia fuerza de atracción y persuasión que ejerce la intensidad de preferencias, o en otras palabras, y en los términos del análisis sociológico y político clásico, debido a que la intensidad constituye la base principal del carisma político. En general, se puede defender que muchos ciudadanos tienden a conceder una legitimidad informal en sus juicios éticos a los individuos que mantienen sus reivindicaciones políticas con una singular intensidad emocional. En otras palabras, ante dos individuos con preferencias contrarias pero de intensidad desigual, la opinión pública se decanta generalmente por la opción defendida con mayor intensidad.

Si se aceptan estas afirmaciones, se puede concluir que la intensidad ejerce un poder de convicción considerable, y que puede contribuir por ello a cambiar las preferencias de otros individuos menos intensos, *especialmente si no se percibe como una amenaza para el sistema político establecido*. Este camino nos conduce, pues, a conclusiones considerablemente diferentes a las del camino explorado anteriormente: las minorías intensas no

son sólo capaces de vencer en los proceso de negociación política, apelando para ello al miedo, sino también de convencer, es decir, de promover, a través de la persuasión, la extensión de sus preferencias políticas a otros ciudadanos. Este proceso de convicción y transformación de las preferencias constituye la base del aprendizaje político. Tenemos ya aislados, pues, dos factores intermedios que canalizan los efectos de la intensidad sobre el cambio institucional: la percepción de los riesgos que las minorías intensas pueden introducir en el juego democrático, de un lado, y el aprendizaje político derivado del carisma que detentan los individuos y los grupos con preferencias intensas, de otro.

En el caso español, y partiendo de estos presupuestos teóricos, la existencia de una herencia cultural compartida que tiende a asociar descentralización con democracia, y centralismo con autoritarismo facilita la labor de persuasión de las minorías nacionalistas en defensa de sus preferencias. Esta asociación, que aparece como resultado de las experiencias históricas de los españoles con respeto al funcionamiento de estos dos tipos de regímenes políticos en el pasado, se refleja en la extensión mayoritaria de las preferencias latentes de los ciudadanos por un Estado descentralizado. Las reivindicaciones de autogobierno de las minorías nacionalistas explotan con una especial intensidad durante la transición a la democracia, lo que ayuda a entender la extraordinaria capacidad de movilización política de la que disfrutaban sus representantes políticos. Tanto los riesgos que su exclusión política podría suponer para la estabilidad del sistema democrático como la existencia de una opinión pública favorable a la devolución de poderes parecen factores importantes para explicar la descentralización de las instituciones del Estado que tiene lugar en los últimos años de la década de los 70.

Una hipótesis de carácter muy tentativo al respecto, y que no se ha mencionado por ello en los capítulos anteriores, es que los cambios institucionales que se inician

por la vía de las apelaciones al miedo tienen una trayectoria futura incierta. Esta hipótesis se deriva de los propios postulados que se defienden más arriba, y en concreto del argumento de la necesaria concurrencia de intensidad y extensión como requisito necesario para el éxito de las reformas.

Según esta interpretación, para que el cambio institucional se desarrolle y aplique con éxito, y perdure a largo plazo, es necesario que la influencia de las minorías intensas sobre el mismo se canalice a través de la persuasión política, es decir, a través de una labor de convicción que consiga transformar las preferencias latentes en apoyo mayoritario abierto al lanzamiento de los cambios. Resulta razonable suponer, además, que ambas estrategias, la persuasión y la apelación al miedo, son relativamente incompatibles: con ello quiero decir que el aumento de peso de una de ellas podría disminuir el peso de la otra. El poder de convicción depende crucialmente de la capacidad de las minorías intensas de atraerse la confianza de la opinión pública, es decir, de que sus reivindicaciones no se perciban como una amenaza; la apelación al miedo contribuye, por motivos obvios, a destruir cualquier posibilidad de confianza.

De acuerdo con esta interpretación, las minorías nacionalistas deben su éxito principalmente a sus acciones políticas de corte más moderado y negociador, que contribuyen a potenciar la fuerza de atracción ejercida por su intensidad de preferencias sobre una parte de la población. La combinación entre intensidad y extensión de preferencias es pues, como conclusión, prácticamente imbatible, lo que se refleja en España en la aprobación y aplicación plena de la profunda redistribución del poder democrático legítimo reivindicada por las minorías nacionalistas.

Pero vayamos paso por paso. Hasta aquí se han intentado comprender las razones que explican el acceso al ámbito del poder formal del Estado de los representantes de

las minorías intensas. Estas razones, como hemos visto, se pueden resumir apelando al poder informal que se deriva de la intensidad de preferencias. Lo que vamos a ver ahora es la capacidad de influencia de estos actores políticos a partir del momento en que asumen una parte del poder formal del Estado. Una hipótesis intuitiva inmediata es que la combinación de este poder formal con el poder informal citado tendrá probablemente el efecto de reforzar su capacidad de influencia política sobre los cambios institucionales subsiguientes que afecten a sus intereses y reivindicaciones.

Otra hipótesis relacionada, que actúa a largo plazo en dirección contraria, es que la inclusión de las minorías intensas en los procesos de decisión democráticos acabe por disminuir su propia intensidad de preferencias políticas; puesto que, como hemos visto brevemente más arriba, la exclusión política puede ser uno de los factores que explican el origen de la intensidad de preferencias. Pero esta última reflexión se sitúa ya en el terreno de las conjeturas, puesto que, tal como vimos en el capítulo 2, existe un gran número de factores que pueden dar origen a la intensidad de preferencias. Los factores que explican que unas preferencias sean más intensas que otras constituyen, desde mi punto de vista, uno de los problemas más interesantes para la investigación futura sobre el cambio institucional y la descentralización del poder. Pero, desafortunadamente, dada la escasa atención que se le ha concedido a los aspectos políticos de la intensidad de preferencias, es poco lo que se puede afirmar todavía al respecto.

Volvamos, pues, al objetivo inicial de evaluar en qué medida la descentralización supone en España un aumento de la influencia política de los representantes de las minorías intensas; o en otras palabras, de comprobar si el poder formal y el informal se refuerzan mutuamente. Es importante detenerse aquí para señalar una cuestión importante. Esta pregunta de investigación puede

plantearse más claramente en los siguientes términos: ¿cuáles son las consecuencias de la descentralización sobre el poder político de las minorías intensas que acceden a los gobiernos autonómicos?

Estamos pues cambiando del tema de las causas de la descentralización a sus consecuencias. Los gobiernos autonómicos constituyen, sin embargo, como las relaciones entre niveles de gobierno, consecuencias de primer orden, por decirlo de algún modo, en el sentido de que ejercen un papel mediador entre la descentralización y sus consecuencias sobre la formulación y ejecución de las políticas públicas. Es decir, resulta razonable afirmar que la descentralización del Estado modifica el poder de las minorías intensas de base territorial (y transforma las relaciones entre niveles de gobierno), lo que a su vez tiene consecuencias sobre las políticas públicas. El papel mediador de estas dos variables ayuda a comprender que parezcan responder en mucha medida a causas semejantes a las que explican la propia descentralización del poder del Estado. Por este motivo, en esta parte de la tesis, como en muchas otras, la consideración conjunta de las causas de la descentralización y de algunas de sus consecuencias contribuye a simplificar el análisis.

En cuanto al caso de España, hay que empezar por constatar que los partidos nacionalistas autonómicos disfrutaron de un considerable poder de presión durante el proceso de desarrollo e implantación del modelo territorial de Estado consignado en la Constitución. Un ejemplo de su influencia sobre la orientación final de estos cambios institucionales es su liderazgo en las movilizaciones políticas y sobre la opinión pública en el caso de la LOAPA, que contribuye además a reforzar su peso electoral en sus Comunidades respectivas. En los momentos iniciales de desarrollo del modelo de descentralización, la apelación al miedo pudo jugar también algún papel en la explicación de los logros conseguidos por los partidos nacionalistas, si tenemos cuenta que la LOAPA se aprueba poco más de un

año después del golpe de Estado, motivado en parte por la cuestión autonómica. La amenaza de las posibles acciones radicales de las minorías nacionalistas adquiere entonces mayor poder de presión al aunarse con la oposición de los militares a una resolución de la cuestión autonómica que pudiera poner en peligro la unidad del Estado. Sin embargo, si se aceptan las hipótesis teóricas presentadas más arriba, se puede defender que los logros iniciales de los partidos nacionalistas no se habrían consolidado más adelante si la apelación al miedo no hubiera dado paso al predominio de estrategias políticas más centradas en la negociación y la persuasión.

Un ejemplo significativo de la capacidad de persuasión de las minorías intensas es la influencia política destacada de los representantes catalanes y vascos durante el proceso de formulación del marco institucional de la descentralización sanitaria consignado en la Ley General de Sanidad. De un lado, ningún otro partido de la oposición consigue que sus enmiendas sean aceptadas por el gobierno socialista; de otro, la mayoría de las reivindicaciones nacionalistas aparecen finalmente reflejadas en el texto de la ley, lo que no puede explicarse, obviamente, en razón de su representación parlamentaria, puesto que su cuota de poder formal no supera el 7% de los escaños del Congreso.

Su protagonismo en el proceso de formulación del marco institucional de la descentralización sanitaria resulta considerablemente difícil de explicar desde el punto de vista de las teorías anteriores que se analizan a lo largo de la investigación. Para empezar, los argumentos de las teorías de corte funcionalista, como el análisis interorganizacional o la economía de los costes de transacción, no parecen aplicarse bien al caso de estudio. Estas teorías defienden, explícita o implícitamente, que el poder político informal del que disfrutaban los gobiernos subnacionales en un Estado

compuesto (o su correlato en el sector privado)² es el resultado funcional de su poder formal a nivel territorial, puesto que este poder les proporciona unos recursos de información y ejecución de políticas que resultan vitales para el Estado central.

Aunque estos recursos derivados del poder autonómico formal juegan probablemente algún papel, no explican adecuadamente los hechos. Si los recursos citados se derivan de la asunción de competencias, entonces la explicación no da cuenta del poder que detentan los representantes vascos a lo largo del proceso de formulación de la reforma, puesto que no asumen las competencias hasta el año 1988. Si se deducen simplemente de los derechos a asumir las competencias en un futuro próximo, entonces no se entiende que la participación privilegiada de las minorías vasca y catalana no se extienda a los partidos de oposición central que gobiernan en las Comunidades del artículo 151.

² Es importante aclarar que ninguna de las disciplinas incluidas dentro de la economía de las organizaciones, como es el caso de la economía de los costes de transacción, trata el tema de las relaciones de poder en los Estados federales. De hecho, como ha destacado Tirole (1994: 5), "un análisis sistemático de los costes y beneficios del federalismo en términos de la nueva economía de las organizaciones sería bienvenido". Sin embargo, según mi opinión, desarrollada ampliamente en los capítulos 2 y 4, se puede defender que la economía de los costes de transacción utiliza unos factores semejantes para explicar la descentralización del poder en las grandes empresas centralizadas a los que utiliza la teoría interorganizacional para explicar la descentralización del poder del Estado a otros actores sociales y políticos. Se puede defender además, desde mi punto de vista, que las semejanzas afectan también a sus hipótesis sobre el poder informal que las unidades periféricas (sean éstas divisiones, pequeñas empresas colaboradoras o gobiernos subnacionales) detentan sobre los representantes del poder institucional central.

Además, como hemos visto en los capítulos 3 y 5, el marco constitucional concede un considerable poder al Estado central en las relaciones intergubernamentales, mientras que las sentencias del Tribunal Constitucional sobre la LOAPA y el Real Decreto de Coordinación y Planificación Sanitaria dejan claro que el Estado dispone de medios para imponer su control institucional formal sobre las Comunidades siempre que lo haga a través de la vía legislativa. El importante papel que juegan las minorías nacionalistas en el diseño de la Ley General de Sanidad no puede explicarse tampoco en términos de las coaliciones y apoyos electorales necesarios para gobernar, puesto que durante el periodo de formulación de la reforma sanitaria socialista el PSOE gobierna con una amplia mayoría absoluta, y ocupa casi el 60% de los escaños del Congreso de los Diputados.

Por último, el argumento central de las teorías de corte funcionalista tampoco parece ajustarse adecuadamente al caso de estudio. Según este argumento, la descentralización y su regulación institucional son el resultado de las presiones para aumentar la funcionalidad de las instituciones del Estado, o en otras palabras, su eficiencia organizativa y de gestión. Sin embargo, el marco institucional final de la descentralización sanitaria no elimina las disfuncionalidades creadas por el modelo asimétrico de estructura territorial del Estado consignado en la Constitución, sino más bien al contrario, como se analiza en el capítulo 3. Para terminar, la debilidad de los argumentos funcionalistas para explicar los procesos de descentralización política no sólo es patente en el caso de España, sino también en el caso de Italia, de acuerdo con el análisis realizado por Agnew (1990).

En conclusión, el acceso de las minorías nacionalistas al poder formal del Estado contribuye probablemente a reforzar su influencia política sobre los cambios institucionales posteriores. Sin embargo, este poder formal no parece jugar un papel causal central. A la vista de la

evidencia examinada en estas páginas, parece razonable defender que la interpretación desarrollada para explicar la descentralización del poder resulta igualmente útil para explicar el papel político que juegan las minorías nacionalistas durante el periodo posterior a su acceso al poder formal del Estado. Su participación privilegiada en el diseño institucional de la descentralización sanitaria se debe, de acuerdo con esta interpretación, a los mismos factores que explican la descentralización constitucional del poder del Estado, y en particular, a la influencia decisiva de la intensidad de preferencias en los procesos de negociación política.

Cambiando ahora a la cuestión de las políticas sanitarias centrales y autonómicas durante el periodo de estudio, y aplicando el mismo argumento anterior, lo que se defiende es que las reformas de las instituciones sanitarias que modifican los límites entre el sector público y el privado responden a un proceso causal semejante al aplicado para entender la descentralización del poder del Estado. De hecho, la trayectoria de las reformas sanitarias durante el periodo de estudio contribuye a aclarar el papel político de la intensidad de preferencias, y sus relaciones con la opinión pública mayoritaria.

Para empezar, el fracaso de los intentos de reforma sanitaria durante el periodo 1976-1982 puede atribuirse a la escasa intensidad de preferencias de los gobiernos centristas por el cambio institucional, que se explica en parte por la inexistencia de un paradigma internacional que permita operativizar sus prioridades programáticas. Durante esta etapa, el paradigma internacional favorece el aumento de la intervención del sector público en el ámbito sanitario, que cuenta con el apoyo de una amplia minoría de la opinión pública, constituída básicamente por el electorado de izquierdas. Esto parece confirmar los presupuestos teóricos con respecto a su papel causal: la extensión de las preferencias nacionales e internacionales con respecto a los proyectos de reforma es un factor necesario pero no

suficiente para explicar el éxito del cambio institucional; la intensidad, derivada en parte de la compatibilidad del paradigma internacional con los presupuestos ideológicos del partido en el gobierno, es el factor clave para explicar el lanzamiento de los cambios. Si analizamos el mismo argumento con algo más de detalle, se puede afirmar que las razones por las cuales los gobiernos centristas no mantienen preferencias intensas con respecto al modelo de reforma dominante a nivel internacional son las siguientes.

Primero, porque las experiencias internacionales positivas con las instituciones públicas no son compartidas por el gobierno y su base electoral, que favorecen la ampliación del papel del sector privado en la sanidad pública. La entrada del sector empresarial privado en el ámbito de los servicios públicos constituye de hecho uno de los principios ideológicos centrales del partido en el gobierno, lo que ayuda a explicar su falta de implicación con el modelo de Servicio Nacional de Salud apoyado por las instituciones internacionales y por la mayoría de países de nuestro entorno entre finales de los años 70 y principios de los 80. En otras palabras, la inexistencia durante el periodo de un paradigma internacional de reforma coherente con los objetivos ideológicos del gobierno contribuye decisivamente a debilitar su intensidad de preferencias con respecto a la reforma sanitaria, puesto que supone la inexistencia de un modelo político e institucional contrastado que ayude a llevar estos objetivos políticos a la práctica. Además, el hecho de que una amplia minoría de la opinión pública apoye en España la extensión del sector público sanitario contribuye a desincentivar los planes de reforma centristas, que pueden contribuir a restarle apoyo electoral.

Un segundo factor que puede ayudar a explicar el bajo compromiso de los gobiernos de centro-derecha con respecto a sus planes de reforma sanitaria es la crisis económica y la crisis financiera paralela del sistema de Seguridad Social, que debilita la capacidad del Estado para embarcarse en cambios institucionales ambiciosos. Sin

embargo, estas mismas circunstancias también están presentes durante la primera legislatura socialista, y a pesar de estas dificultades prácticas, la reforma sanitaria sale adelante durante este periodo. Una hipótesis tentativa a este respecto es que la cuestión de los recursos materiales del Estado influya sobre todo en el proceso de aplicación de las reformas, pero no en su proceso de formulación. Parece razonable asumir que la aprobación de los cambios dependa principalmente del contexto político, mientras que su ejecución esté condicionada en mayor medida por la disponibilidad de recursos económicos suficientes. La Ley General de Sanidad constituye un ejemplo paradigmático al respecto: la regulación de la reforma incluye una serie de cláusulas que explicitan la intención del gobierno de subordinar la aplicación de la reforma a la situación económica del país.

Las preferencias intensas de un grupo mayoritario del partido socialista y de su electorado con respecto a la transformación institucional del sector público sanitario constituyen probablemente un factor importante para explicar la aprobación final de la reforma. La sanidad y la educación son ámbitos de intervención prioritarios y especialmente emblemáticos para los socialistas, lo que ayuda a explicar su intensidad de preferencias al respecto. En este sentido, además, la existencia de un paradigma internacional coherente y con una larga implantación práctica en Europa basado en los mismos principios ideológicos apoyados por el PSOE contribuye a fomentar la intensidad de preferencias de las élites políticas y los profesionales sanitarios socialistas por la implantación en España de una reforma basada en este paradigma, representado por el modelo laborista de Servicio Nacional de Salud.

Algunos elementos de este modelo, y en particular la ampliación progresiva de la provisión pública y la disminución paralela del papel de los centros privados concertados no consiguen durante el periodo un apoyo

suficiente de la opinión pública, que está considerablemente dividida en cuanto a este tema: aunque hay una amplia minoría favorable a los centros públicos, los datos de opinión ponen de manifiesto que existe otra minoría de tamaño semejante a favor de la extensión del papel de los centros privados, mientras que existe también un número importante de indecisos. Estas diferencias de opinión afectan también al equipo ministerial socialista que lanza la reforma, y pueden contribuir a explicar el abandono de los planes iniciales de reforma en este campo. Además, el cambio de paradigma internacional en el ámbito sanitario iniciado en la segunda mitad de los años 80 afecta especialmente a esta cuestión, puesto que el nuevo paradigma de la competencia gestionada favorece abiertamente la ampliación del papel del sector privado dentro de los servicios sanitarios financiados públicamente. Resulta razonable pensar que estos factores explican que la participación del sector privado en el Sistema Nacional de Salud no disminuya durante estos años.

El caso de la reforma sanitaria catalana aprobada a principios de los años 90, que supone la adopción en esta Comunidad de los principales elementos del nuevo paradigma internacional, ilustra también la importancia de la intensidad de preferencias. Las experiencias positivas con las instituciones sanitarias privadas sin ánimo de lucro en Cataluña, y su carácter emblemático en relación a la identidad nacional catalana parecen estar en la base de las preferencias políticas distintivas y especialmente intensas de los partidos nacionalistas catalanes con respecto a un modelo mixto de prestación de servicios. Esta intensidad de preferencias se refleja en los sucesivos intentos de reforma legislativa basados en este modelo, que se inician en 1983 y permanecen en la agenda política del gobierno catalán a lo largo de la década de los 80. No puede descartarse en este caso la cuestión de los recursos económicos, puesto que durante los últimos años 80 el gasto sanitario público aumenta notablemente, mientras que disminuyen

simultáneamente las incertidumbres financieras de las Comunidades con respecto a su participación en los fondos transferidos por el gobierno central.

La variable que parece tener un peso decisivo en la paralización de los proyectos de reforma catalanes es, en cualquier caso, la oposición del gobierno socialista central a la aprobación de estos cambios, y no la cuestión de los recursos materiales disponibles para aplicar los cambios. La consolidación a finales de los 80 de un paradigma político internacional que favorece los proyectos de reforma catalanes y los dota de legitimidad teórica e ideológica puede también contribuir a explicar que la reforma sanitaria proyectada se apruebe finalmente en 1990. La propia extensión del nuevo paradigma podría contribuir también a explicar tanto el debilitamiento progresivo a lo largo de la década de los 80 del compromiso del Ministerio de Sanidad socialista con respecto a los elementos de su modelo inicial de reforma que no son compatibles con el nuevo modelo de intervención pública en el sector sanitario, como el apoyo final del Ministerio a los planes catalanes de reforma.

Sin embargo, al contrario de lo que ocurre en Cataluña, la opinión pública mayoritaria en el Estado español no favorece abiertamente el aumento de peso del sector privado en la sanidad pública. Los paradigmas internacionales, como vimos en el capítulo 2, no tienen un impacto directo sobre la población. El proceso de difusión de los paradigmas requiere, según esta interpretación, que los líderes nacionales favorables a este paradigma emprendan una campaña de persuasión política para conseguir orientar las preferencias de los ciudadanos de modo que favorezcan sus nuevos proyectos de reforma. El debate sobre el Informe Abril constituye un débil intento del Ministerio de Sanidad socialista en este sentido, que se salda con un fracaso. La propia intensidad de preferencias del electorado socialista, y de una parte de sus líderes, con respecto a la preservación de la provisión pública de servicios, así como la incompatibilidad entre los

presupuestos ideológicos históricos de la socialdemocracia y las propuestas internacionales de reforma contribuyen probablemente a explicar la debilidad del compromiso político del gobierno socialista con respecto al nuevo paradigma internacional.

Por último, la entrada en el gobierno del Partido Popular en el año 1996 plantea un caso de estudio de considerable interés para la investigación futura. La trayectoria de la reforma sanitaria durante sus primeros meses en el gobierno, incluidos en el periodo de estudio de esta investigación, parece sugerir que la intensidad de preferencias no contribuye a garantizar el éxito de los cambios institucionales si no se acompaña de una extensión suficiente del apoyo a estas preferencias intensas en la opinión pública. Tanto los populares como los nacionalistas catalanes que les apoyan en el parlamento mantienen una considerable intensidad de preferencias con respecto a la sanidad mixta. La segunda mitad de los años 90 es además un momento de claro auge del paradigma internacional favorable al papel del sector privado en la sanidad pública.

Sin embargo, el obstáculo principal con el que se enfrenta el Informe Abril en los primeros años 90 sigue presente en el contexto político español durante la segunda mitad de la década: una amplia minoría de la población y de los líderes políticos de izquierda mantiene un compromiso emocional considerablemente intenso con respecto al sector público sanitario, como reflejan las movilizaciones políticas en contra de los planes de reforma de los populares que tienen lugar en España desde el año 1995. En estas circunstancias, el éxito de los planes de reforma favorables a la extensión del modelo mixto de prestación de servicios depende, según el marco teórico desarrollado a lo largo de la tesis, de la capacidad de persuasión política del gobierno con respecto a este tema, de modo que consiga inclinar las preferencias de la mayoría del electorado a su favor.

1.2. El caso español en perspectiva comparada: efectos de la descentralización sobre la reforma sanitaria

Una cuestión importante que no se ha analizado a lo largo de la investigación es si el análisis del caso español en el contexto de otros países de su entorno más cercano puede ayudarnos a entender mejor la naturaleza de las relaciones entre descentralización y reforma sanitaria en España. Los países del sur de Europa constituyen el referente inmediato para este análisis comparado. De hecho, Ferrera (1996) señala acertadamente que España, Grecia, Italia y Portugal realizan reformas sanitarias semejantes durante los años 70, que consisten en la adopción formal del modelo de Servicio Nacional de Salud “caracterizado por el acceso universal y gratuito, la unificación de la regulación y la organización de los servicios, y financiación con cargo a impuestos”. De acuerdo con Ferrera, estos cambios institucionales son el resultado de la presión ejercida por los partidos socialistas y comunistas, apoyada en subculturas de izquierda profundamente arraigadas en estos países. En este sentido, la evidencia empírica para el caso de España confirma plenamente las hipótesis de este autor, claramente compatibles con el marco teórico de esta investigación.

La segunda característica común de los países del sur de Europa en cuanto a las reformas sanitarias del periodo es que muchos de los compromisos formales de cambio institucional no se llevan a la práctica posteriormente. Ferrera defiende a este respecto que a pesar de las reformas legislativas aprobadas, el débil compromiso de los gobiernos del sur de Europa con los objetivos de reforma contribuye a explicar porqué los cambios formales no se aplican luego en la práctica³. La falta de compromiso

³ Una curiosidad, quizá anecdótica, en este sentido, son los términos originales utilizados por Ferrera para describir la debilidad del compromiso político con la reforma (*half-hearted commitment*). Las

político responde a su vez a la débil capacidad de las instituciones del Estado en estos países, a la inexistencia de una "cultura universalista y abierta", y a su menor desarrollo económico relativo.

Aunque la afirmación de Ferrera con respecto al grado de ejecución de las reformas puede parecer en general plausible, las diferencias entre países son importantes, como vamos a ver a continuación. El acceso universal al sistema sanitario público se aplica plenamente en Italia, y afecta en España a aproximadamente el 98% de la población. En contraste, en Portugal y en Grecia se mantiene un sistema sanitario dual, en el sentido de que sólo una parte de la población tiene acceso a los servicios públicos (Gubentief, 1996; Symeonidou, 1996). De otro lado, en España se realizan considerables esfuerzos para unificar las múltiples redes de centros sanitarios públicos, así como la regulación fragmentada y dispersa anterior; mientras que el porcentaje del gasto sanitario público financiado con cargo a los impuestos crece del 25% al 95% entre 1989 y 1996.

Del mismo modo, las hipótesis de Ferrera con respecto a los factores que explican el limitado desarrollo de las reformas en la práctica resultan poco plausibles, al menos en el caso de España. El análisis del caso español sugiere que las causas de que algunos elementos de la reforma no se apliquen son diferentes a las defendidas por Ferrera. Para empezar, la debilidad del compromiso político con la ejecución de las reformas puede entenderse de un modo más adecuado en términos de la intensidad y la extensión de las preferencias políticas por el cambio. Según esta interpretación, la inexistencia de minorías intensas favorables a los cambios, y la extensión insuficiente del apoyo de la opinión pública a la reforma sanitaria pueden

connotaciones emocionales del adjetivo utilizado podrían sugerir algo relacionado con la intensidad de preferencias.

explicar porqué los cambios no se aplican finalmente. En el caso español, y aplicando esta vez el argumento en sentido contrario, la intensidad de preferencias de los sindicatos, las Comunidades Autónomas, y en menor medida, del partido socialista, ayudan a explicar porqué los elementos principales de la reforma se aplican plenamente en la práctica.

Las razones que contribuyen a explicar el debilitamiento relativo del compromiso del gobierno socialista con la aplicación de la reforma a lo largo del periodo de estudio, y que pueden probablemente ayudar a comprender también porqué muchos de los cambios no se llevan a la práctica en el resto de los países del sur de Europa, son las siguientes. En primer lugar, el cambio del paradigma internacional de intervención en materia sanitaria que tiene lugar a mediados de los 80 contribuye probablemente a bloquear, en distintos grados, la implantación de las reformas en estos cuatro países, puesto que la adopción del modelo de Servicio Nacional de Salud se produce en estos países con un considerable retraso con respecto a sus vecinos europeos. En cuanto a este aspecto, el marco teórico elaborado a lo largo de la investigación sugiere que el cambio de paradigma puede tener el efecto de debilitar la intensidad de preferencias de los líderes políticos con respecto al cambio institucional.

Un segundo factor que puede ayudar a explicar la debilidad del compromiso estatal con respecto a la aplicación de las reformas es la profunda crisis económica que afecta a los países europeos entre la primera mitad de la década de los 70 y la segunda mitad de los 80. Al contrario de lo que ocurre en el caso del resto de países de Europa Occidental, la ejecución de las reformas sanitarias en los países del sur de Europa se realiza durante un periodo caracterizado por la escasez de recursos materiales para llevar a la práctica los cambios. Los efectos de la crisis económica aparecen reforzados en este caso por la

emergencia de un nuevo paradigma en materia de política económica, abiertamente desfavorable a la expansión del gasto público. El nuevo paradigma se deriva en definitiva de las experiencias internacionales negativas con respecto al aumento del déficit público que suele asociarse al aumento de los compromisos de gasto del Estado, y del cambio correlativo en los presupuestos ideológicos dominantes.

Este paradigma canaliza sus efectos sobre los gobiernos nacionales a través de varios factores mediadores. La socialización profesional de los expertos y las élites políticas estatales encargadas de la política económica es uno de ellos. Además, los compromisos internacionales de estos países, y en concreto, su pertenencia a la Comunidad Europea, ejercen una presión política considerable sobre los gobiernos del sur de Europa, que en su mayoría dependen crucialmente del empuje económico que estos acuerdos internacionales pueden imprimir a sus economías nacionales. Por último, los riesgos que pueden derivarse de una expansión excesiva del gasto son más marcados en un entorno económico internacional crecientemente competitivo. En conclusión, pues, los límites que afectan a la ejecución de las reformas sanitarias en el sur de Europa parecen deberse más bien a factores contextuales internacionales que a las características político-institucionales específicas de los países del sur de Europa defendidas por Ferrera.

Estos cambios en el contexto internacional pueden ayudar a explicar, por ejemplo, el mantenimiento del peso del sector privado concertado dentro del sistema sanitario público en los países del sur de Europa, a pesar de la adopción formal del modelo de Servicio Nacional de Salud. En cuanto a este aspecto, el caso español presenta también algunos rasgos específicos que merecen ser resaltados: mientras que sólo el 15% del gasto sanitario público se dedica a financiar a los centros privados concertados a mediados de los años 90 (López Casasnovas, 1993), los porcentajes equivalentes

para Portugal e Italia en las mismas fechas alcanzan el 40% y el 37,5% respectivamente (Ferrera, 1996). Además, el porcentaje del gasto sanitario total financiado en España a través de los presupuestos públicos supera el 85% en los últimos años 80 (Murillo et al., 1996), mientras que en Grecia no llega al 60% (Symeonidou, 1996). Estos rasgos específicos del caso español se deben probablemente al hecho de que la expansión de la red de centros sanitarios públicos se produce en España durante los años 60 y primeros 70, en un contexto de crecimiento económico sin precedentes y de predominio de un paradigma internacional favorable a la expansión del sector público.

En estrecha conexión con lo anterior, el caso español presenta también una especificidad considerable con respecto a la segunda ola de reformas sanitarias que tiene lugar durante los años 90 en Europa. Un rasgo en común que comparten Grecia, Italia y Portugal es la rápida incorporación de las medidas de reforma aplicadas en otros países europeos occidentales, que tienden a expandir el papel de la financiación y los centros sanitarios privados en el sistema sanitario público, y a recortar los derechos de los usuarios con respecto a la sanidad pública (Symeonidou, 1996; Granaglia, 1996; Guibentif, 1996). La introducción rápida de estas reformas destaca especialmente en relación al retraso de casi treinta años con el que adopta la ola de reformas previa, basada en el paradigma del Servicio Nacional de Salud.

De nuevo, una explicación posible de estos cambios es la combinación entre las preferencias intensas de los líderes políticos por las nuevas propuestas de reforma, que pueden derivarse de los factores internacionales analizados; y la extensión del apoyo de la opinión pública a estas propuestas, como resultado de las experiencias nacionales negativas con el funcionamiento de unos servicios sanitarios públicos infrafinanciados e insuficientemente reformados.

El caso español resulta considerablemente interesante a este respecto, puesto que las propuestas de reforma internacionales no se aplican con la misma profundidad a lo largo de los años 90. En contraste con el resto de países del sur de Europa, la línea de reformas predominante durante esta década es considerablemente más moderada, en cuanto parece orientarse a aumentar la eficiencia del sector público sanitario más que disminuir su tamaño y su peso con respecto al sector privado. De acuerdo con los argumentos desarrollados a lo largo de la investigación, un factor explicativo importante a este respecto pueden ser las experiencias positivas de los ciudadanos con las instituciones públicas a nivel estatal. En este sentido, en 1996, de acuerdo con los resultados de una encuesta internacional elaborada por la London School of Economics, el porcentaje de la opinión pública que considera que el sector público sanitario funciona bien o sólo requiere reformas menores representa en España el 47,2% de la población, mientras que las cifras equivalentes para Italia, Portugal y Grecia son respectivamente el 19,1%, 24,1% y el 29,7% de los ciudadanos (Le Grand, 1996).

El hecho de que la reforma sanitaria socialista se aplique casi plenamente en España, junto con la capacidad de innovación mostrada por las Comunidades Autónomas, puede quizás contribuir a explicar las experiencias nacionales distintivas de los españoles con respecto a las instituciones del Estado en el ámbito sanitario. A su vez, estas experiencias pueden contribuir a explicar la pervivencia de importantes minorías intensas dispuestas a movilizarse políticamente y a activar a la opinión pública en contra de las nuevas propuestas de reforma.

Estos hechos parecen implicar que los retos a los que se enfrentan los sistemas sanitarios públicos en el sur de Europa a partir de la segunda mitad de los años 90 pueden afectar de un modo diferencial al caso español. En particular, la crisis estructural del Estado del Bienestar, que según Ferrera afecta en mayor medida a estos países

debido precisamente a la ejecución parcial del modelo de Servicio Nacional de Salud, podría afectar en menor medida al caso español. Un factor adicional que puede ayudar a debilitar las presiones que actúan en favor del desmantelamiento del Estado del Bienestar sanitario es la descentralización política al nivel autonómico de gobierno. De hecho, la evidencia empírica analizada a lo largo de esta investigación sugiere que las autoridades sanitarias autonómicas mantienen un fuerte compromiso con la aplicación de las reformas y la introducción de innovaciones que mejoren el funcionamiento de los servicios públicos y expandan la capacidad del sector público. Este compromiso es perceptible también en cuanto a las políticas de asistencia y servicios sociales, tanto en España (Aguilar y Laparra, 1996) como en Italia (Fargion, 1996). La tendencia señalada es además, para terminar, especialmente notable por comparación con las estrategias desarrolladas por los gobiernos centrales en el ámbito de las políticas de bienestar, que conceden un énfasis considerable al control del gasto público.

2. Beneficios y costes de la descentralización sanitaria: intensidad y autonomía como condiciones para el buen gobierno

2.1. Descentralización, intensidad de preferencias y efectividad política

Se puede concluir, pues, que la dinámica de la reforma sanitaria en España desde la segunda mitad de los años 80 pone de manifiesto que la descentralización de competencias normativas y de gestión a las Comunidades Autónomas estimula considerablemente la aplicación de las reformas, la introducción de nuevos derechos para los usuarios de los servicios públicos, y las innovaciones en la organización y gestión del sector público sanitario. En otras

palabras, la descentralización parece aumentar la efectividad política en el gobierno de la sanidad, entendida como capacidad de reforma e innovación de las autoridades sanitarias centrales y autonómicas. Un factor importante para explicar los efectos de la descentralización sanitaria en España es la existencia de minorías intensas a nivel central y autonómico que favorecen la reforma del sector sanitario público. Tanto la intensidad como la propia efectividad organizativa y de gestión aparecen potenciadas por la autonomía política de las autoridades sanitarias en la regulación y prestación de los servicios.

En cuanto a la equidad en el tratamiento de los ciudadanos por parte del sector sanitario público, y en contra de las expectativas pesimistas de aumento de las diferencias interterritoriales, se puede afirmar lo siguiente. Aunque las innovaciones se introducen por primera vez en las Comunidades con mayores recursos, existe una pauta clara de difusión de estas innovaciones dentro del territorio español, también presente en distintos grados en cuanto a los servicios sociales españoles (Aguilar y Laparra, 1996) e italianos (Fargion, 1996). Es cierto, desde luego, que los cambios institucionales formales no afectan por igual a todas las Comunidades, debido principalmente a la existencia de entornos políticos muy diferentes tanto a nivel autonómico como central. También es cierto que el grado de aplicación de los cambios varía considerablemente a nivel autonómico, lo que se debe probablemente a las diferencias de partida en los recursos disponibles y en la magnitud de las necesidades sanitarias a nivel autonómico.

A pesar de estas diferencias, la evidencia empírica sugiere que la descentralización genera a medio plazo un proceso de convergencia de las políticas sanitarias, impulsado por mecanismos informales tales como la cooperación intergubernamental, la socialización profesional, la labor de difusión realizada por las sociedades científicas, la imitación de innovaciones y la circulación de expertos a través de las administraciones autonómicas. A

largo plazo, además, resulta razonable suponer que la propia descentralización es capaz de generar un aumento de la intensidad de preferencias de los gobiernos autonómicos por la gestión efectiva de los servicios sanitarios públicos, debido a los propios incentivos que genera la autonomía política y al refuerzo del control de los ciudadanos sobre el gobierno de la sanidad a nivel autonómico.

2.2. Los costes de la descentralización: coordinación central, control del gasto y equidad

En cuanto a los costes que el experimento autonómico puede generar, los problemas parecen afectar principalmente a la coordinación central, el control del gasto público y la equidad interterritorial en la distribución de los recursos, como el marco teórico elaborado a lo largo del capítulo 4 permite anticipar. En cuanto a la equidad en la asignación territorial de los recursos sanitarios, el análisis realizado a lo largo de los capítulos 8 y 9 sugiere un balance mixto. De un lado, el marco institucional de la descentralización sanitaria incluye por primera vez en la agenda política un compromiso formal explícito con la corrección de los desequilibrios interterritoriales. Como consecuencia, la descentralización genera un mayor ajuste al principio capitativo de la financiación inicial de la sanidad en las Comunidades con competencias, mientras que contribuye a disminuir las diferencias de gasto entre las Comunidades gestionadas por el INSALUD central.

De otro lado, sin embargo, y en estrecha conexión con los problemas de control del gasto sanitario que la propia descentralización genera, los gobiernos de las Comunidades con una mayor intensidad de preferencias por la sanidad, que están entre las que disponen históricamente de mayores recursos, consiguen aumentar considerablemente su gasto sanitario a lo largo del periodo. Este aumento parece depender en gran medida de la

capacidad de presión política que se deriva de su propia intensidad de preferencias, mientras que se canaliza principalmente a través de los deslizamientos presupuestarios anuales y la generación de deuda oculta, que son compensados a posteriori por el gobierno central.

Tanto el problema del control del gasto sanitario público como el de la coordinación sanitaria central parecen derivarse más bien de los rasgos institucionales concretos del modelo español de descentralización sanitaria que de la propia devolución del poder sanitario al nivel autonómico de gobierno. En concreto, el modelo asimétrico de distribución del poder autonómico parece contribuir a explicar los costes de la descentralización en cuanto a la coordinación y al control del gasto.

De un lado, la evidencia examinada sobre la descentralización en el sector privado permite anticipar que cuando las autoridades organizativas centrales se ocupan de los aspectos operativos de la organización y la gestión de los servicios, tienden a descuidar como resultado las tareas de coordinación. Estas tareas se refieren principalmente, en el caso que nos ocupa, a la generación de información estratégica sobre las alternativas de reforma que pueden mejorar la prestación de los servicios, a la implantación de sistemas de asignación de recursos equitativos y eficientes, a la evaluación comparada de los resultados de la gestión descentralizada de la sanidad, y al diseño de sistemas de incentivos que mejoren tanto la aplicación de las reformas como sus resultados. Estas expectativas se cumplen claramente en el caso español, puesto que durante el periodo de estudio, las autoridades sanitarias centrales conceden una atención menor a la labor de coordinación de los servicios sanitarios autonómicos, debido probablemente al hecho de que la gestión de los servicios en las Comunidades gobernadas centralmente constituye una tarea mucho más acuciante.

De otro lado, los problemas de control del gasto sanitario público derivados directamente de la

descentralización autonómica parecen responder también, entre otras cosas, al papel dual que cumplen las autoridades sanitarias centrales, aunque los procesos causales son probablemente más complejos en este caso. Los fuertes deslizamientos presupuestarios anuales del INSALUD central entre mediados de los años 80 y mediados de los años 90 son un factor importante para explicar que las Comunidades con competencias tiendan a imitar esta pauta de comportamiento central, puesto que contribuyen a minar la credibilidad de los compromisos centrales de gasto y a restar legitimidad a los intentos del gobierno central de controlar el gasto autonómico. El hecho de que las Comunidades con o sin competencias de asistencia sanitaria estén sometidas a principios de financiación diferentes (el criterio per capita en el caso de las Comunidades con competencias, el gasto efectivo en cuanto a las Comunidades gestionadas por el INSALUD central) actúa indudablemente en la misma dirección.

El análisis detallado de otros factores que pueden ayudar a comprender las dificultades para controlar el gasto sanitario público trasciende los objetivos de esta investigación. Una enumeración breve de los mismos es la siguiente. Para empezar, existen obviamente una serie de factores que inciden en esta cuestión y que no tienen relación alguna con la descentralización (cambios demográficos, mejoras en la tecnología médica, demanda inducida por la oferta, preferencias crecientes de la población por la salud y la calidad de vida, bajos aumentos de productividad en el sector servicios, etc.).

Un segundo grupo de factores explicativos podría derivarse de la divergencia de intereses entre Ministerios generalistas (Economía y Hacienda, Administración Pública, Presidencia...) y Ministerios sectoriales (Sanidad, Educación, Medio Ambiente, etc.) señalada por Scharpf (1988). Entre el primer grupo de élites políticas y burocráticas, según este autor, predominan los objetivos de control del gasto público, debido a los compromisos

internacionales del Estado y a su preocupación global por la competitividad económica del país. Los Ministerios sectoriales, en contraste, están generalmente interesados en la expansión del gasto y de los servicios públicos, por motivos obvios. De acuerdo con Scharpf, la descentralización de la gestión de estos servicios al nivel regional de gobierno contribuye a consolidar una cierta alianza entre los Ministerios sectoriales y los ejecutivos autonómicos, que hacen frente común contra los intentos de control de los Ministerios generalistas, lo que explica que las dificultades para el control del gasto público sean mayores en los Estados compuestos.

De nuevo, la cuestión de los rasgos institucionales específicos de cada estructura territorial del Estado parece tener mayor importancia aquí que el hecho de que la gestión de los servicios esté o no descentralizada. La evidencia empírica histórica sobre la asociación entre federalismo y disminución del gasto social, contradice, por ejemplo, las hipótesis de Scharpf al respecto, excesivamente basadas en el caso alemán. Además, tanto la propia Alemania como algunos Estados federales de amplio arraigo histórico, como Suiza y Canadá, son a la vez considerablemente modélicos en cuanto al control del gasto público. Se puede concluir, pues, que la descentralización política no siempre aumenta las dificultades en el control del gasto.

Dos factores mediadores pueden ayudar a explicar las diferencias detectadas al respecto. En primer lugar, la autonomía fiscal de los gobiernos subnacionales es probablemente una variable institucional de importancia central para una comprensión adecuada de esta cuestión. Cuando los gobiernos no sufren plenamente las consecuencias políticas y financieras de sus decisiones de gasto, como ocurre en el caso de España, resulta razonable afirmar que el marco institucional ofrece pocos incentivos para controlar el gasto público. En segundo lugar, y si se acepta la hipótesis de que la descentralización aumenta la

receptividad de los gobiernos con respecto a las preferencias de los ciudadanos, desarrollada en detalle en el capítulo 4, se puede concluir que el comportamiento de los gobiernos autonómicos, y especialmente si disfrutaban de un grado considerable de autonomía fiscal, depende crucialmente del contenido, intensidad y extensión de las preferencias de los ciudadanos. En los países en los que la opinión pública concede mayor prioridad a la mejora de los servicios públicos que a la reducción de los impuestos o al control del gasto, la descentralización tenderá a promover el aumento del gasto público; en contraste, si los ciudadanos prefieren que la presión fiscal disminuya, es de esperar que los incentivos para el control del gasto público a nivel subnacional aumenten.

3. La efectividad política comparada y sus causas

Otra pregunta de investigación importante que no ha sido tratada con suficiente detalle a lo largo de la investigación es la que se refiere a los factores que explican las diferencias de efectividad política entre los gobiernos autonómicos. El análisis cualitativo de este tema realizado a lo largo de esta investigación puede ser en mi opinión de considerable utilidad para la investigación futura en este campo, en cuanto ha servido para generar hipótesis de investigación interesantes. Sin embargo, la aproximación estadística a este problema constituye a mi parecer un complemento imprescindible para la investigación cualitativa, sin el cuál resulta difícil alcanzar conclusiones rigurosas y generalizables a este respecto.

Como se anunciaba en el capítulo 1, la estimación cuantitativa de las diferencias de efectividad entre Comunidades Autónomas, y la exploración estadística de los factores que pueden contribuir a explicar estas diferencias, constituían los objetivos prioritarios de esta investigación en su fase de proyecto. El trabajo de Putnam

y colaboradores para el caso de las regiones italianas constituye el precedente inmediato de estas preocupaciones de investigación, y facilita considerablemente su operacionalización práctica. Sin embargo, desde mi punto de vista, los estudios estadísticos no pueden conducirse de un modo adecuado si no existen dos requisitos cruciales previos: la disposición de datos de una calidad aceptable, de un lado; y la existencia de suficientes investigaciones cualitativas previas como para poder interpretar adecuadamente los resultados estadísticos, de otro. En el momento en que se inició esta investigación, la información existente sobre el caso de estudio no cumplía ninguno de estos dos requisitos.

El propio desarrollo de la investigación presente, así como la mejora posterior de los datos disponibles sobre la sanidad autonómica permiten sin embargo afrontar esta cuestión de un modo adecuado. La finalidad general de este apartado, en este sentido, es presentar resultados que forman parte de otra investigación en curso, que se ha realizado en paralelo a esta tesis doctoral, y cuyo objetivo principal es aplicar el estudio estadístico de Putnam y colaboradores al caso de la descentralización sanitaria en España⁴.

⁴ Un análisis más amplio de los resultados que se presentan a lo largo de este apartado puede consultarse en Rico y Fraile (1997).

El primer objetivo de este apartado consiste pues en medir la capacidad de reforma y de innovación de las Comunidades, y expresar estas medidas en una escala numérica. Para ello se construyen una serie de índices de efectividad a través del análisis de componentes principales, que están basados en el estudio de la legislación y los logros prácticos conseguidos por las Comunidades en el área sanitaria.

El segundo objetivo consiste en explicar las diferencias de rendimiento político mediante la identificación a través del análisis de componentes principales de cuatro variables latentes, que cumplen el papel de causas potenciales de la mayor o menor efectividad política de las Comunidades. Dos de estas variables explicativas, las utilizadas por Putnam y colaboradores, son exógenas al Sistema Nacional de Salud. En concreto, se trata del grado de desarrollo económico y de cultura cívica de las Comunidades. Las otras dos variables explicativas, no contempladas en el estudio sobre el caso italiano, son endógenas al Sistema Nacional de Salud. La primera de estas variables mide los recursos sanitarios disponibles a nivel autonómico, lo que incluye una consideración de las infraestructuras sanitarias existentes, los recursos humanos empleados en el sector sanitario y el gasto sanitario efectivo en relación a las necesidades sanitarias autonómicas. La segunda de estas variables trata de medir los efectos del grado de autonomía de que disfrutaban las Comunidades, así como de los años transcurridos desde el momento en que se asumen competencias sanitarias.

Pero vayamos paso a paso. La construcción de los índices de efectividad es una labor complicada. Para ello se han analizado los contenidos de todas las leyes y decretos aprobadas por las Comunidades Autónomas durante el periodo 1981-1996, y en todos los ámbitos relacionados directamente con la sanidad, que son, en concreto, los siguientes: programas de promoción de hábitos saludables de vida (tabaco, ejercicio físico, integración social, alcohol,

drogas y alimentación); programas preventivos dedicados a grupos de población de alto riesgo; planificación sanitaria; medidas orientadas a la regulación del acceso a los servicios y de los derechos de los usuarios; atención primaria, hospitalaria, materno-infantil y salud mental; introducción y desarrollo de nuevos servicios (atención buco-dental, planificación familiar, atención a domicilio, toxicomanías, cuidados paliativos a crónicos y enfermos terminales); integración de las múltiples redes de centros y servicios sanitarios públicos; promoción de los aspectos humanitarios de la atención médica; medidas orientadas a la reducción de las desigualdades sociales; nuevas formas de organización y gestión; regulación de la participación social en la gestión de los servicios de salud; políticas de formación continuada de los recursos humanos; y promoción de la investigación sanitaria.

El análisis de contenido de estas disposiciones legislativas ha servido para construir una serie de índices de efectividad a partir de la metodología utilizada por Putnam y colaboradores: a la Comunidad pionera en la introducción de una determinada medida se le atribuye un valor 100, y a las que no desarrollan esta medida a lo largo del periodo de estudio se les concede el valor 0, mientras el resto de Comunidades obtienen puntuaciones entre 0 y 100, proporcionales al número de años que tardan en aprobar la medida con respecto a la Comunidad pionera. Los valores de las Comunidades con respecto a cada uno de los campos de actuación en materia sanitaria se suman luego para calcular su efectividad política agregada.

La estrategia metodológica con respecto a los índices de efectividad amplía algo la utilizada por Putnam y su equipo. En este sentido, comienzan por construirse varios índices desagregados de efectividad (desarrollo legislativo y ejecución de la Ley General de Sanidad, regulación de la participación social y los derechos de los usuarios, nuevos servicios y programas, e innovaciones en la organización y gestión), bajo la hipótesis de que la escasa actividad

normativa en un campo de actuación concreto puede ser un indicador de la baja prioridad política que se le concede a esta cuestión particular a nivel autonómico, y no de una menor efectividad política. La estrecha asociación detectada a través del análisis factorial entre estos índices permite descartar esta hipótesis, puesto que todos ellos se agrupan dentro de un primer factor. Como veremos a continuación, el análisis estadístico de los resultados en la implantación de las reformas, al contrario de lo que ocurre con las medidas legislativas, sí que parece detectar diferencias de prioridades políticas.

También hay que destacar aquí que el número de medidas legislativas desarrolladas a lo largo del periodo entra en este primer factor, dedicado a la efectividad legislativa, lo que indica que la cantidad y la calidad de las medidas legislativas desarrolladas se asocian estadísticamente. Los cuatro índices de efectividad legislativa mencionados se agregan posteriormente, según su naturaleza, en dos *índices resumen*, el de capacidad de reforma y el de capacidad de innovación, sin que varíen los resultados del análisis factorial como consecuencia de esta agregación.

La información legislativa se ha complementado con datos sobre implantación autonómica de las reformas generados por la administración central (MSC, 1994, 1996a y 1996c) que incluyen una serie limitada de indicadores de resultados intermedios, entre los que hay que destacar los siguientes: número de médicos de atención primaria que trabajan en el sector reformado por habitante, porcentaje de población cubierta por el nuevo modelo de atención primaria, porcentaje de gasto en atención primaria, evolución del tiempo de espera y del tiempo de acceso a la atención primaria, número de camas para enfermos crónicos y para enfermos geriátricos, estancia media e índice de ocupación en hospitales, presión de urgencias, y número de centros de salud pública y de planificación familiar por habitante.

Estos resultados intermedios se complementan además con algunos indicadores de resultados finales que se refieren al nivel de salud y al grado de satisfacción de la población con los servicios. Entre los indicadores del nivel de salud, se han seleccionado tan sólo aquellos para los que existe evidencia contrastada sobre el impacto importante de los servicios sanitarios: el porcentaje de niños con bajo peso al nacer, las enfermedades erradicables y la mortalidad perinatal. Por último, el análisis considera también un indicador de la efectividad global del gobierno autonómico utilizado en la investigación sobre el caso italiano: el retraso anual medio en la aprobación de los presupuestos autonómicos. Para terminar, siempre que se dispone de datos sobre la evolución temporal de cada indicador, se incluye en el análisis el incremento en el valor del mismo a lo largo del periodo de estudio, en vez de su cuantía en un año concreto, para intentar aislar los efectos de los desequilibrios territoriales en la situación de partida.

El análisis preliminar de este conjunto de indicadores legislativos y sanitarios a través del análisis de componentes principales tiene como objetivo seleccionar el número mínimo de factores sintéticos para el que se obtenga significatividad estadística. Como consecuencia de la aplicación de este criterio, se seleccionan únicamente los tres factores con un mayor peso en la explicación estadística de la variabilidad global en los indicadores. El primer factor indica la capacidad normativa de los gobiernos autonómicos (índices de efectividad legislativa en el gobierno de la asistencia sanitaria -que indican la capacidad de reforma y de innovación de los gobiernos autonómicos-; número de leyes, decretos y otras disposiciones reglamentarias sobre salud pública e higiene sanitaria; calidad de la planificación sanitaria; y porcentaje de gasto en atención primaria).

Los dos factores restantes reflejan los resultados de los gobiernos autonómicos en cuanto a su capacidad de gestión y a la implantación de las reformas. Uno de ellos

parece indicar principalmente la capacidad de implantación de la reforma, en razón de los indicadores que incluye (número de centros de salud pública, población cubierta por el nuevo modelo de atención primaria, habitantes por médico de cabecera, y satisfacción de la población con la atención primaria y la especializada). El segundo parece referirse más bien a la capacidad de organización y gestión de los servicios (evolución de la mortalidad perinatal, evolución de la estancia media en hospitales, y evolución del tiempo de espera en atención primaria).

Las posiciones relativas de las Comunidades, que indican su grado de efectividad política, se detallan a continuación. En cuanto a la capacidad normativa de las Comunidades la ordenación es la siguiente: Cataluña, País Vasco, Navarra, Andalucía, Castilla y León, Madrid, Murcia, Canarias, Asturias, Comunidad Valenciana, Galicia, Aragón, La Rioja, Baleares, Castilla-La Mancha, Extremadura, y Cantabria. En cuanto a sus resultados en la implantación de las reformas y en la gestión de los servicios, se obtienen ordenaciones considerablemente diferentes según el factor que se considere. Esto parece indicar una diferencia de prioridades políticas con respecto a las actuaciones concretas de los servicios de salud autonómicos. En cuanto a las Comunidades con competencias de asistencia sanitaria, Navarra y el País Vasco ocupan posiciones destacadas en ambos índices, mientras que Cataluña sólo en el segundo de ellos; el resto de las Comunidades del artículo 151 se sitúan en ambos índices en torno a la media o por debajo de ella. Entre las Comunidades gobernadas por el INSALUD, Castilla y León, Aragón y Extremadura ocupan posiciones destacadas en cuanto al primer índice; y Asturias, Murcia y Madrid en cuanto al segundo.

Antes de seguir adelante, conviene hacer varias precisiones metodológicas. En primer lugar, la efectividad legislativa de las Comunidades del artículo 151 y las del artículo 143 no es totalmente comparable, puesto que, como hemos visto a lo largo de la tesis, sus competencias

en cuanto a asistencia sanitaria difieren. Sin embargo, como se ha explicado en los capítulos 6 y 7, las Comunidades del 143 tienen competencias normativas sustantivas en la mayoría de los campos de acción considerados (organización y ordenación de los Servicios de Salud Autonómicos, planificación sanitaria, atención primaria y ordenación territorial, promoción y prevención, salud mental, regulación sobre los hospitales propios de la Comunidad, integración de centros y servicios, e incluso regulación sobre nuevos servicios, derechos y prestaciones). De hecho, la ordenación obtenida de las Comunidades a través del análisis factorial indica que algunas Comunidades del artículo 143 obtienen puntuaciones en cuanto a su efectividad legislativa superiores a las de algunas de las Comunidades del artículo 151.

La paradoja principal a este respecto es que las Comunidades de vía lenta pueden legislar en estos campos de actuación, pero no ejecutar estas medidas, puesto que no disponen de competencias propias en cuanto a la gestión de los servicios y a la implantación de las reformas. Es decir, una gran parte de la actividad normativa de estas Comunidades en el ámbito de la asistencia sanitaria tiene escasos efectos prácticos hasta que no asuman las competencias de gestión mencionadas. Como vimos en el capítulo 7, la alta efectividad legislativa de algunas de estas Comunidades puede interpretarse, en este contexto, como un modo de expresar sus preferencias intensas por la gestión de la sanidad, o en otras palabras, como un medio de ejercer presión sobre el gobierno central para que les transfiera los servicios.

En cuanto a los dos índices que indican la capacidad de gestión y de implantación de las reformas, como estas actividades se gobiernan formalmente en las Comunidades del artículo 143 a través de comisiones bilaterales integradas por representantes del INSALUD y de los gobiernos autonómicos (y con respecto a la legislación y la reglamentación desarrollada por el INSALUD), resulta difícil

determinar en qué medida los buenos o malos resultados obtenidos son responsabilidad de una u otra administración sanitaria. Este es, de hecho, uno de los inconvenientes más importantes del modelo asimétrico de descentralización sanitaria adoptado en España. Sin embargo, se puede asumir que la responsabilidad práctica del INSALUD es mayor, puesto que desarrolla la normativa pertinente, asigna funcional y territorialmente los recursos, y dirige en la práctica la gestión de los servicios.

Hechas estas salvedades, vamos a pasar a analizar la cuestión de los factores causales que pueden explicar las diferencias de efectividad entre Comunidades. Como vimos más arriba, el punto de partida, basado en las hipótesis teóricas de la investigación, es considerar cuatro grupos de factores. Los dos primeros son exógenos al Sistema Nacional de Salud y aúnan una serie de indicadores del desarrollo económico regional, y de la cultura política autonómica (o capital social, en terminología de Putnam y colaboradores). Los otros dos índices, no considerados en el caso de las regiones italianas, son endógenos, y se refieren respectivamente a los aspectos económicos y políticos de la prestación de los servicios sanitarios a nivel autonómico. Los indicadores que se consideran inicialmente en el análisis de componentes principales realizado se describen en la tabla 31. Los que aparecen en negrita son los que se incluyen finalmente en los factores que se derivan del análisis de componentes principales.

TABLA 31

POSIBLES FACTORES EXPLICATIVOS DE LA EFECTIVIDAD POLÍTICA AUTONÓMICA			
FACTORES EXÓGENOS		FACTORES ENDÓGENOS	
DES. ECONÓMICO	CULTURA POLÍTICA	ECONÓMICOS	POLÍTICOS
PIB per capita	% abstención en elecciones generales, municipales y autonómicas (media periodo)	Gasto del INSALUD por habitante (media del periodo)	Nº de Consejeros de sanidad (estabilidad política)
Renta per capita			
% pob. con educación secundaria (al menos)	Nº asociaciones por hab.	Gasto sanitario aportado por la Comunidad por hab. (idem)	Años de autonomía política
Densidad de población	Jornadas perdidas por huelga/nº de asalariados (media periodo)	Índice de necesidades sanitarias*	Derecho a asumir competencias de asistencia sanitaria
Valor añadido bruto	Índice lectura de periódicos (media periodo)		
% viviendas sin agua corriente	Manifestaciones por hab.	Índice de dotación de infraestructuras sanitarias*	
% pob. en el sector agrícola e industrial			

	(Media periodo)		
--	-----------------	--	--

Los indicadores reflejados en la tabla son el resultado de la elaboración de los datos estadísticos publicados por el Ministerio de Sanidad y Consumo, el INSALUD y el INE, con la excepción de los señalados con asterisco.
* Estos índices están tomados de Puig et al. (1995).

Los cuatro índices que se desarrollan a través de este segundo análisis factorial constituyen pues las variables independientes de la investigación, mientras que los tres índices de efectividad discutidos anteriormente juegan el papel de variables dependientes. Para medir la influencia de unas variables sobre otras se aplica la metodología diseñada por Putnam y colaboradores, que consiste simplemente en realizar correlaciones bivariadas entre las variables independientes y cada una de las dependientes.

(1) En cuanto a la *efectividad política autonómica en el plano legislativo*, los resultados son los siguientes: los factores que resultan significativamente asociados a esta primera variable dependiente son las variables endógenas de tipo político (coeficiente de correlación, $r=65\%$; al nivel de confianza del 0,01%, con una probabilidad $p=0,003$), y las variables exógenas de tipo económico ($r=47\%$ al nivel del 0,05%, $p=0,03$). El desarrollo económico regional y la autonomía política en el ámbito sanitario parecen explicar, pues, el grado de efectividad legislativa de las Comunidades. Los factores económicos endógenos no tienen ningún peso en la explicación de esta variable ($r=0,4\%$, $p=0,5$), pero el caso de la cultura política exógena es menos claro ($r=20\%$, $p=0,1$). Un comentario interesante en cuanto a esta variable es que cuando medimos su correlación simple con el índice de efectividad legislativa, pero controlando por el número de años de autonomía, entonces sí que resulta significativa, y su peso en la explicación de la variabilidad de la efectividad legislativa autonómica aumenta además notablemente ($r=44\%$, $p=0,04$).

(2) En cuanto al índice de *efectividad política de las Comunidades en la implantación de la reforma sanitaria*, las variables independientes que resultan significativas son exactamente las contrarias: la variable con mayor peso en la explicación es la cultura política autonómica ($r=60\%$, $p=0,001$), y la segunda en importancia que resulta significativa es el índice de factores económicos endógenos

($r=46\%$, $p=0,03$). En cuanto a la autonomía política de las Comunidades en el ámbito sanitario (factores políticos endógenos), aunque parece asociarse a la variable dependiente ($r=35\%$), esta asociación no resulta estadísticamente significativa ($p=0,08$), a pesar de acercarse considerablemente, sin embargo, al nivel de significatividad standard ($p<0,05$). Por último, el caso del desarrollo económico regional es semejante ($r=30\%$, $p=0,1\%$).

Para terminar, los determinantes de los *resultados obtenidos por las Comunidades en cuanto a la gestión de los servicios* parecen ser los siguientes. Las dos variables exógenas resultan en este caso significativamente asociadas a la variable dependiente (con $p<0,05$ tanto en el caso del desarrollo económico como en el caso de la cultura política), y la fuerza de la asociación es en ambos casos semejante ($r= 50\%$ en el caso del desarrollo económico regional, $r=45\%$ en el caso de la cultura política autonómica). En cuanto a las variables endógenas, las de tipo político (autonomía) no se asocian en absoluto a la variable dependiente ($r=0,8\%$, $p=0,4\%$), pero las de tipo económico sí parecen mostrar una cierta asociación, que aunque no es significativa ($p=0,08\%$), se acerca mucho al nivel convencional de significatividad.

Si bajamos el umbral de significatividad al nivel de confianza del 0,1%, como suele hacerse frecuentemente en las ciencias sociales, especialmente cuando los grados de libertad son muy pequeños, como ocurre en el caso presente, las consecuencias que podemos extraer del análisis son las siguientes. La efectividad legislativa de las Comunidades parece ser principalmente el resultado del grado de autonomía política de la que disponen, y en menor medida, del desarrollo económico y la cultura política autonómicos. La efectividad en cuanto a la implantación de las reformas depende aparentemente de la cultura política autonómica y de los recursos materiales disponibles en el ámbito de la sanidad; y en menor medida, parece responder

también al grado de autonomía política y al desarrollo económico de las Comunidades. La efectividad en la gestión de los servicios, por último, depende principalmente de la cultura política y el desarrollo económico regionales, y en menor medida, de los recursos materiales disponibles en sanidad.

Un último hecho que merece la pena destacar se refiere a las relaciones estadísticas entre las variables independientes de la investigación. Mientras que Putnam y colaboradores encuentran una asociación muy alta entre el desarrollo económico y la cultura política regionales en Italia, en el caso de España la asociación estadística es muy débil ($r=12\%$), y no resulta en absoluto significativa ($p=0,3\%$). Las variables endógenas (autonomía política y recursos sanitarios) tampoco parecen estar relacionadas entre sí ($r=11\%$, $p=0,3\%$), mientras que ninguna de las dos está asociada al desarrollo económico de las Comunidades. Para las relaciones entre la cultura política y la autonomía política autonómica se obtiene un coeficiente de correlación parcial igual a cero, lo que indica que no existe relación alguna entre ambas variables. Por último, un resultado de considerable interés es que la cultura política autonómica está estrechamente relacionada con los recursos materiales disponibles en el ámbito sanitario ($r=63\%$, $p=0,004\%$), lo cuál da lugar a una serie de hipótesis interesantes para la investigación futura sobre el tema.

En concreto, lo primero que hay que destacar al respecto es que tanto el concepto de cultura política como los indicadores concretos utilizados para medirla indican que de lo que estamos hablando es de la capacidad de movilización política y social de los ciudadanos de cada Comunidad Autónoma. Si se aceptan las hipótesis teóricas desarrolladas en esta investigación, habría que señalar además que la capacidad de movilización está estrechamente asociada con la intensidad de preferencias. La asociación estadística entre cultura política y recursos sanitarios disponibles puede entonces sugerir que cuanto

más intensas sean las preferencias políticas de los ciudadanos de una Comunidad, más capacidad de presión sobre el gobierno central adquieren sus representantes políticos, y mayores son, por tanto, los recursos sanitarios que consiguen de la administración central. Los resultados del análisis estadístico parecen entonces plenamente compatibles con los obtenidos del estudio cualitativo del proceso político a través del cuál se reparten territorialmente los recursos financieros centrales asignados a la sanidad.

En general, como conclusión de este apartado, se puede afirmar que las implicaciones del análisis cualitativo del grado de efectividad política de las Comunidades coinciden en general con los resultados estadísticos comentados. En cuanto a los factores determinantes de la efectividad, los resultados son semejantes a los que se obtienen para el caso de Italia: tanto la cultura política como el desarrollo económico parecen contribuir a explicar los resultados obtenidos por las Comunidades en el gobierno de la sanidad.

El estudio que se describe en este apartado permite además llegar a algunas conclusiones no consideradas explícitamente por Putnam y colaboradores. En primer lugar, la desagregación de los índices de efectividad muestra que el peso de las variables exógenas varía considerablemente de acuerdo con el tipo de resultados que examinemos: la posibilidad de que los gobiernos subnacionales mantengan prioridades políticas diferentes con respecto a ámbitos de actuación distintos debería tenerse en cuenta explícitamente en la investigación futura sobre la efectividad comparada del nivel regional de gobierno. En segundo lugar, las variables endógenas son considerablemente importantes para explicar los resultados obtenidos por los gobiernos autonómicos, por lo que también resulta importante su consideración explícita en los análisis futuros sobre el tema. De un lado, la efectividad legislativa de las Comunidades aumenta considerablemente

a medida que crece su experiencia en el gobierno autónomo de la sanidad, lo que sugiere que la descentralización tiene un impacto positivo sobre la efectividad política, que se hace sobre todo evidente en el medio y largo plazo. De otro, los recursos económicos y materiales disponibles en el área sanitaria condicionan en una medida importante los procesos de ejecución e implantación de políticas, y no pueden, por tanto, ser excluidos del análisis.

En cuanto a este último aspecto, Putnam y su equipo mantienen que la existencia de mecanismos de redistribución territorial en los Estados compuestos permite asumir que los recursos materiales con los que cuentan los gobiernos regionales son semejantes. La evidencia examinada en el capítulo 8 demuestra que, al menos en el caso de España, este supuesto resulta considerablemente ingenuo. El enfoque del equipo de investigación dirigido por Putnam supone además analizar la cuestión de los recursos exclusivamente desde el lado de la oferta. Sin embargo, parece razonable suponer que lo que cuenta en realidad no es la cantidad de recursos disponibles, sino *su peso relativo en relación a la demanda autonómica de servicios*.

Lo importante es pues la relación entre la demanda y la oferta de servicios públicos, es decir, entre recursos y necesidades. En el caso de España los recursos autonómicos disponibles parecen relacionarse de un modo inverso con las necesidades sanitarias de la población: es decir, a mayor nivel de necesidad, menor cantidad de recursos económicos y materiales disponibles. Estos resultados se obtienen tanto del análisis cualitativo, como se comprueba en el capítulo 9, como del estudio estadístico descrito en este apartado: el índice de necesidades sanitarias de la población entra en el mismo factor que los recursos económicos y materiales, y presenta una asociación fuerte y significativa, de signo negativo, con los indicadores de recursos. Estos resultados enfatizan la

necesidad de tener en cuenta estos factores en la investigación futura sobre el tema.

4. El impacto social de la descentralización: satisfacción de los ciudadanos con la política sanitaria y legitimidad de los gobiernos autonómicos

Otra cuestión importante que no se ha tratado a lo largo de la investigación es la evolución de la opinión de los ciudadanos sobre la política sanitaria en relación a otras políticas sociales a lo largo del periodo de estudio. De acuerdo con los datos del Centro de Investigaciones Sociológicas⁵, durante el debate parlamentario sobre la Ley General de Sanidad (abril 1985-abril 1986), la suma de los porcentajes de la opinión pública que consideran que la actuación del gobierno en política sanitaria ha sido buena o muy buena supera en más de un 15% a la suma de los que la consideran mala o muy mala. La valoración de la política sanitaria durante estas fechas es sólo superada por la política educativa (la suma de los satisfechos supera en este caso en un 20% a la de los insatisfechos). Tanto la educación como la sanidad permanecen a considerable distancia del resto de políticas económicas y sociales, para las que los insatisfechos superan con mucho a los satisfechos durante el mismo periodo (la diferencia entre los porcentajes citados es de un -30% para la política salarial, oscila entre el -30% y el -20% para las pensiones, y alcanza

⁵ Los datos para el periodo 1985-1990 están tomados de Maravall (1995: gráfico 5.c.), que a su vez los obtiene de los estudios n^{os} 1.460, 1.478, 1.504, 1.614, 1.707, 1.725, 1.751, 1.785, 1.789, 1.858 y 1.884-9 del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). Gracias a la amabilidad del autor, además, he podido tener acceso a datos contenidos en estos estudios que no aparecen reflejados en el gráfico citado. La información correspondiente al periodo 1993-1996 está tomada de los estudios n^{os} 2.045 (enero 1993), 2.128 (diciembre 1994), 2.205 (enero 1996) y 2.219 (julio 1996) del CIS.

un mínimo en el caso de las políticas de desempleo, para las que la diferencia oscila entre el -40% y el -60%).

La evolución de estas cifras entre 1986 y 1990 es la siguiente. La diferencia entre los porcentajes de satisfechos e insatisfechos se mantiene positiva y cercana al 20% para la política de educación, salvo breves inflexiones puntuales en esta tendencia. La evaluación de la opinión pública con respecto a las políticas de desempleo, pensiones y salarios va mejorando progresivamente a lo largo de este periodo, aunque siguen manteniéndose a considerable distancia de las que se refieren a la política educativa y sanitaria. Por último, la satisfacción de los ciudadanos con la política sanitaria sufre una evolución negativa durante el periodo, puesto que durante los años 1987, 1988 y 1989 la diferencia entre los satisfechos y los insatisfechos obtiene cifras negativas y cercanas a cero. En concreto, en enero de 1986, el porcentaje de los que consideran la política sanitaria del gobierno buena o muy buena alcanza un máximo del 35% de la población, que no se recuperará hasta septiembre de 1990, momento en que vuelve a alcanzar el 32%. En marzo de 1987, esta suma alcanza un mínimo del 23%, manteniéndose por debajo del 30% entre esta fecha y enero de 1989.

Otra manera de presentar los datos sobre la satisfacción de la población es la siguiente. Con respecto a la pregunta sobre si los servicios públicos han mejorado, empeorado o siguen igual durante los últimos diez años, un 45% de la población opina en mayo de 1986 que los servicios sanitarios han mejorado, porcentaje que desciende al 40% en 1987 y se mantiene al mismo nivel durante los años 1988-1989. En contraste, un 55% de la población opina en mayo de 1986 que la educación ha mejorado, cifra que se mantiene relativamente estable a lo largo del periodo considerado. En el otro lado del espectro, en mayo de 1986, el 44% de los ciudadanos opina que la sanidad ha empeorado o sigue igual (22% y 22% respectivamente), frente a un 32% que opina lo mismo con

respecto a la educación. En septiembre de 1987, el porcentaje de escépticos ha aumentado al 52% en sanidad (un 28% opina que ha empeorado, y un 24% que sigue igual). Estas cifras permanecen relativamente estables durante el periodo 1988-1989⁶.

La evolución de las cifras de opinión parece indicar que las expectativas de la población durante la primera legislatura con respecto a la reforma educativa y sanitaria son muy altas; estas expectativas se cumplen en el ámbito educativo tras la aprobación de las reformas, pero no tanto en el sanitario, quizá debido a la renuncia de los socialistas a incluir en la Ley General de Sanidad algunos de sus objetivos programáticos (extensión del sector público sanitario, aplicación inmediata de la universalización y la financiación con cargo a impuestos). Aunque resulta difícil deducir cuál es el efecto específico de la descentralización sobre la satisfacción de la población con respecto a la política sanitaria, conviene recordar aquí que durante el periodo 1988-1990 se transfieren los servicios de asistencia sanitaria a las Comunidades vasca, valenciana, navarra y gallega.

⁶ Los porcentajes correspondientes a estas tres opciones (mejor, peor, igual) no suman 100 debido a que no se ha descontado la cuarta posibilidad de respuesta, el no sabe/no contesta, cuyo peso relativo desciende considerablemente durante el periodo.

En 1990, pues, momento en que la satisfacción de la población con respecto a la política sanitaria alcanza de nuevo el nivel de 1986, la descentralización afecta ya al 60% de la población. Seis años más tarde, en junio de 1996, el porcentaje de ciudadanos que opinan que los servicios sanitarios han mejorado en los últimos 10 años se eleva al 65% de la población, frente al 8% que opina que la sanidad ha empeorado y al 22% que creen que sigue igual. Estas cifras reflejan un aumento muy notable de la satisfacción de la población con la sanidad, puesto que el porcentaje de los que creen que los servicios han mejorado crece más de un 25% durante el periodo de ejecución de la reforma (1987-1996).

La satisfacción con la calidad de los servicios sanitarios durante el periodo de estudio genera además un considerable optimismo entre la población con respecto a su evolución futura, como muestran las cifras sobre evaluación prospectiva de la sanidad durante los años 90. En enero de 1993, un 60% de la población opina que los servicios sanitarios habrán mejorado dentro de 5 años (frente a sendos 20% que opinan que habrán empeorado o seguirán igual). En cuanto a la evolución de las respuestas a esta misma pregunta, el porcentaje de los ciudadanos que mantienen expectativas positivas con respecto al futuro de la sanidad era menor del 50% durante la segunda mitad de los años 80, mientras que se eleva al 64% en diciembre de 1994 y al 70% en enero de 1996. En contraste, el porcentaje de optimistas con respecto al futuro de otras políticas de bienestar que se gestionan de un modo centralizado, como el desempleo y las pensiones, se mantiene durante los años 90 entre 20 y 10 puntos porcentales por debajo de la sanidad.

Otra cuestión que no se ha analizado de un modo directo a lo largo de la investigación se refiere al grado de aceptación de los gobiernos autonómicos por parte de la población. De acuerdo con las cifras proporcionadas por Putnam y su equipo (1993: 57-60), la evolución de la

legitimidad política del nivel regional de gobierno en Italia y Alemania es la siguiente. Tan sólo 5 años después de su creación, la diferencia entre los porcentajes de las opiniones claramente favorables y claramente desfavorables al nivel regional de gobierno es negativa en Alemania y alcanza el +10% en Italia. Cuando el periodo de implantación del nivel regional de gobierno supera una década, estos valores se acercan al +25% tanto en Italia como en Alemania. Por último, un 71% de los alemanes es favorable a los Länders tres décadas después de su creación, y tan sólo un 10% de la población mantiene opiniones desfavorables. La legitimidad del nivel regional de gobierno aumenta, pues, de un modo muy notable a partir de la primera década de experiencia con los Länders, puesto que la diferencia entre las opiniones favorables y desfavorables aumenta del 25% al 60% en los veinte años subsiguientes.

En el caso de España, y según los datos del CIS citados más arriba, 5 años después de la descentralización, la diferencia entre las opiniones favorables al experimento autonómico y las desfavorables es del +10%, cifra que se eleva al +15% cuando la experiencia con las Autonomías alcanza casi una década. En cuanto a la evolución de la opinión de la población sobre la estructura territorial del Estado, la diferencia entre los favorables a la autonomía política de las Comunidades y los favorables al centralismo es de 20 puntos porcentuales en el momento en que se inicia la descentralización, mientras que una década más tarde supera el 55% de la población⁷ (García Ferrando et al., 1994: 182).

⁷ En concreto, la pregunta incluye cuatro opciones distintas de respuesta: centralismo, autonomía, federalismo y autodeterminación/independencia. En 1979, los porcentajes de la población que favorecen cada una de estas opciones son el 29%, el 50%, el 9% y el 6% respectivamente, mientras que en 1990 las cifras equivalentes son el 13%, el 69%, el 8% y el 8% respectivamente.

Si en vez de analizar las opiniones favorables o desfavorables al Estado de las Autonomías, nos centramos en las preferencias con respecto al aumento o disminución del poder de los gobiernos autonómicos versus el gobierno central, los resultados son los siguientes. La diferencia entre los que opinan que habría que aumentar las competencias de las Comunidades Autónomas y disminuir las del gobierno central, y los que mantienen la posición contraria alcanza el 35% una década después de iniciarse la descentralización (García Ferrando et al., 1994: 116). Esta cifra varía considerablemente por Comunidades Autónomas. Aunque los resultados en ningún caso se desvían de la pauta de apoyo mayoritario al aumento de las competencias de las Comunidades, los porcentajes de la población que apoyan abiertamente esta opción alcanzan valores máximos en Asturias, Cataluña, País Vasco y Navarra.

El estudio realizado por García Ferrando y colaboradores permite además conocer las opiniones de la población con respecto a las consecuencias concretas de la descentralización (García Ferrando et al., 1994: 99-102). Los datos que proporcionan estos autores corresponden al año 1990, y se refieren a las tres dimensiones principales que se han analizado a lo largo de la investigación: la evolución de las desigualdades interregionales, la efectividad política de las Comunidades y el grado de control de los ciudadanos sobre los gobiernos. En concreto, se trata de las opciones incluidas dentro de la pregunta “¿Cuáles de las siguientes cosas cree Ud. que han sucedido desde que tenemos Autonomías?”.

(1) En cuanto a la opción “continúan las diferencias entre las regiones ricas y las pobres”, un 77% de la población española opina que sí frente a un 10% que opina que no⁸. Las diferencias de opinión en cuanto a este tema

⁸ Los porcentajes correspondientes al ‘sí’ y al ‘no’ no suman 100 debido a la típica categoría ‘nosabe/no contesta’.

varían considerablemente por Comunidades Autónomas, sin embargo⁹. Por ejemplo, en dos Comunidades pobres, como Galicia y Murcia, las opiniones adquieren valores prácticamente contrarios: un 87% de la población opina en Galicia que estas desigualdades han persistido a pesar del Estado de las Autonomías, mientras que un 70% de los murcianos opinan que las desigualdades iniciales no han persistido. Las experiencias distintas de estas dos Comunidades a lo largo de los años 70 y 80 constituyen probablemente la clave para entender las diferencias de opinión detectadas: mientras que en Murcia la renta per capita aumenta por encima de la media durante este periodo en Galicia lo hace por debajo de la media.

(2) La opción referida a la efectividad política de los gobiernos autonómicos se plantea a través de la siguiente proposición: “los servicios transferidos están mejor llevados y funcionan mejor”. Con respecto a esta cuestión, el 51% de los españoles opina que sí, y el 25% que no. La Comunidad en donde el sí obtiene un valor máximo es el País Vasco, con un 67% de la población que defiende que los servicios han mejorado frente a un 15% que defiende que no han mejorado. En el extremo contrario está Madrid, Comunidad en la que el porcentaje de la población que piensa que los servicios no han mejorado alcanza el valor máximo del 37%, y en la que sólo el 42% de la población opina que han mejorado.

⁹ Los autores citados sólo incluyen las dos Comunidades con resultados más extremos con respecto a la media nacional, tanto en cuanto a esta pregunta como con respecto al resto de las analizadas en el texto.

(3) Por último, en cuanto al control de los ciudadanos sobre los políticos, el indicador pertinente se redacta en la encuesta en los siguientes términos: “las personas corrientes están más interesadas en participar en la vida pública”. Mientras que un 49% de la población opina que la descentralización sí aumenta el interés por participar, el 25% opina que no. La Comunidad donde el sí cuenta con un mayor apoyo es Galicia (67% responden que sí, 17% que no), y el valor máximo en cuanto al no corresponde a la Comunidad Valenciana (33% sí, 34% no).

Un último grupo de indicadores del impacto social de la descentralización se refiere a la evaluación comparada de los niveles central y autonómico de gobierno. En cuanto a su eficiencia relativa en la provisión de servicios públicos, en 1990 un 11% de la población opina que la eficiencia de la administración central es mayor, un 30% piensa que la administración autonómica es más eficiente y un 41% que ambas administraciones son igualmente eficientes. Existe pues una diferencia de casi 20 puntos porcentuales entre los abiertamente favorables al gobierno central y los abiertamente favorables a los gobiernos autonómicos. Esta diferencia es máxima en el País Vasco (42%), en Navarra (35%) y en Cataluña (33%), y a menor distancia de la media española, en Murcia (25%) y Canarias (24%).

En cuanto a la receptividad y a la capacidad de respuesta a las preferencias de la población de cada uno de estos niveles de gobierno, esta variable se mide en la encuesta analizada por García Ferrando y colaboradores a través de cuatro indicadores. El primero de ellos se refiere al *conocimiento de los problemas de la Comunidad*: el 54% de la población española opina que el gobierno autonómico conoce mejor estos problemas, frente al 6% favorable al gobierno central¹⁰. En cuanto al segundo indicador, el 42%

¹⁰ Las respuestas a estas preguntas incluyen tres opciones adicionales, además de las señaladas en el texto: ‘ambos gobiernos por igual’, ‘ninguno de los dos’ y ‘no sabe/no contesta’. Los porcentajes que eligen la primera de estas opciones oscilan entre el 15 y el 20% de la

de la población defiende que los gobiernos autonómicos tienen una mejor *comprensión de las necesidades de la gente*, frente al 6% que sostienen la opinión contraria. En tercer lugar, un 40% de la población opina que los gobiernos autonómicos tienen mayor *capacidad de comunicación con la gente*, mientras que tan sólo el 5% defienden que el gobierno central tiene una capacidad de comunicación mayor. Los resultados obtenidos en relación al cuarto indicador permiten afirmar que la mayoría de la opinión pública piensa que los gobiernos autonómicos tienen mayor *capacidad para tomar decisiones beneficiosas para los ciudadanos* (el 45,2% apoya esta opción, frente al 8% que opina que el gobierno central es más capaz).

Por último, siete Comunidades presentan valoraciones de los gobiernos autonómicos que se sitúan por encima de la media española. En Cataluña, País Vasco y Navarra, el porcentaje de ciudadanos favorables a la receptividad de los gobiernos autonómicos supera el 50% en los cuatro indicadores considerados, mientras que los valores concretos se sitúan casi 10 puntos porcentuales por encima de la media nacional. En Asturias la opinión favorable al gobierno autonómico también supera el 50% en cuanto a los cuatro indicadores, aunque las distancias con respecto a la media son menores. En la Rioja, el límite del 50% se supera para tres de los cuatro indicadores, y en Canarias y Baleares tan sólo para dos de estos indicadores.

En conclusión, pues, el Estado de las Autonomías ha alcanzado un grado de legitimidad muy notable a lo largo de sus primeros 10 años de existencia: el 70% de la población lo prefiere a cualquier otra alternativa de organización territorial del Estado, mientras que tan sólo un 8% de los españoles optarían por aumentar las competencias del gobierno central y disminuir las de los gobiernos autonómicos, frente a un 86% que preferirían un aumento

población, según el indicador de que se trate. Por la segunda opción optan entre el 10 y el 15% de los ciudadanos, y por la tercera un 15%.

de las competencias autonómicas o que la distribución competencial siga igual.

Las opiniones subjetivas de los ciudadanos parecen apoyar plenamente, además, los resultados de la investigación con respecto a los beneficios y los costes de la descentralización de los servicios públicos. De acuerdo con la evaluación mayoritaria de los españoles, los gobiernos autonómicos son más efectivos que el gobierno central en la prestación de los servicios, en parte debido a que tienen un mayor conocimiento de las necesidades de la población, a que son más receptivos con respecto a las preferencias políticas de los ciudadanos, y a que su capacidad de respuesta y de comunicación con el público son también mayores que las del Estado central. La propia autonomía política crea incentivos para que los ciudadanos participen en la vida pública, lo que puede contribuir a reforzar el control de los ciudadanos sobre los políticos. Por último, la descentralización, en contra de las expectativas optimistas al respecto, no contribuye a disminuir la desigualdad interterritorial, o al menos no de un modo homogéneo. Los datos examinados sugieren que la valoración de los españoles con respecto al tema de la equidad depende principalmente de las experiencias específicas de los ciudadanos de cada Comunidad con respecto al funcionamiento de las instituciones del Estado.

BIBLIOGRAFÍA

- Agnew, J.A. (1990): "Political decentralization and urban policy in Italy: From "state-centered" explanation to "state-society" explanation", *Policy Studies Journal*, 18, 3: 768-784.
- Agranoff, R. (1990): "Frameworks for the comparative analysis of intergovernmental relations", *Readings in Comparative and International Affairs*, Indiana: University of Indiana, School of Public and Environmental Affairs.
- Aguilar, P. (1996): *Memoria y olvido de la Guerra Civil española*, Madrid: Alianza editorial.
- Aguilar, P. (1997): "La amnesia y la memoria: manifestaciones a favor de la amnistía en la transición española a la democracia", en M.Pérez-Ledesma y R.Cruz (eds.), *Cultura y acción colectiva en España*, Madrid: Alianza editorial (en prensa).
- Aja, E., E. Alberti, T. Font, y J. Tornos (1990): *Informe Pi i Sunyer sobre Comunidades Autónomas 1989*, Barcelona: Fundació Carles Pi i Sunyer d'Estudis Autònoms i Locals.
- Aja, E., E. Alberti, T.Font, y J. Tornos (1991): *Informe Pi i Sunyer sobre Comunidades Autónomas 1990*, Barcelona: Fundació Carles Pi i Sunyer d'Estudis Autònoms i Locals.
- Aja, E., E. Alberti, T. Font, y J. Tornos (1992): *Informe Pi i Sunyer sobre Comunidades Autónomas 1991*, Barcelona: Fundació Carles Pi i Sunyer d'Estudis Autònoms i Locals.

- Aja, E., E. Alberti, T. Font, y J. Tornos (1993): *Informe Comunidades Autónomas 1992*, Barcelona: Instituto de Derecho Público.
- Aja, E., E. Alberti, T. Font, y J. Tornos (1994): *Informe Comunidades Autónomas 1993*, Barcelona: Instituto de Derecho Público.
- Aja, E., E. Alberti, T. Font, y J. Tornos (1995): *Informe Comunidades Autónomas 1994*, Barcelona: Instituto de Derecho Público.
- Aja, E., E. Alberti, T. Font, y J. Tornos (1996): *Informe Comunidades Autónomas 1995*, Barcelona: Instituto de Derecho Público.
- Alcaide, J. (1992): "Comportamiento económico de las Comunidades Autónomas españolas (1986-1991)", *Papeles de Economía Española*, 51: 2-33.
- Alchian, A. y H. Demsetz (1972): "Production, information costs, and economic organization", *American Economic Review*, 62: 777-95.
- Arqués, J. y J. Serra (1989): "L'activitat del Parlament de Catalunya en matèria de Sanitat en el període 1980-1987", *Salut Catalunya*, 4, 4: 68-75.
- Arrién Luzárraga, M.J. (1997): "Experiencia de los contratos-programa con hospitales en la Comunidad Autónoma del País Vasco", XVII Jornadas de Economía de la Salud, *Costes y calidad en la contratación de servicios de salud*, Murcia, 21-3 de mayo.
- Arrow, K. (1974): *The Limits of Organization*, New York: W.W. Norton Company.
- Arrow, K. (1985): "The informational structure of the firm", *American Economic Review*, 75, 2: 303-7.
- Ashford, D. E. (1988): "Decentralizing welfare states: Social policy and intergovernmental politics", en F. Kjellberg y B. Dante (eds.), *The dynamics of institutional change. Local government reorganization in Western democracies*, London: Sage.

- Asvall, J. E. Et al. (1986): "Evaluation of the European strategy "Health for all by the year 2000"", *Health Policy*, 3, 6: 239-58.
- Audit Comission (1993): *Passing the bucks. The impact of standard spending assesment on economy, efficiency and effectiveness*, London: HMSO.
- Ballesteros, A. (1989): "La función pública de las Comunidades Autónomas", en S. Martín Retortillo (ed.), *Pasado, presente y futuro de las Comunidades Autónomas*, Madrid: Instituto de Estudios Económicos.
- Barberá, S. (1989): "Algunas dificultades en torno al concepto de equidad", en *Salud y Equidad*, VIII Jornadas de Economía de la Salud, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Barea Tejeiro, J. (1989): "El gasto público en las Comunidades Autónomas", en S. Martín Retortillo (ed), *pasado, presente y futuro de las Comunidades Autónomas*, Madrid: Instituto de Estudios Económicos.
- Barea Tejeiro, J. y A. Gómez Ciria (1994): *El problema de la eficiencia del sector público en España. Especial consideración de la sanidad*, Madrid: Instituto de Estudios Económicos
- Barea Tejeiro, J. et al. (1992): *Análisis económico de los gastos públicos en sanidad*, Madrid: Instituto de Estudios Fiscales.
- Barlett, W. (1991): "Quasi-markets and contracts", *Studies in decentralization and quasi-markets*, Bristol: SAUS.
- Barlett, W., C. Propper, D. Wilson, y J. Le Grand, (1994): *Quasi-markets in the welfare state*, Bristol: SAUS.
- Barney, J.B. y W.G. Ouchi (1986): *Organizational economics*, S.Francisco: Jossey-Bass.
- Beech, R., G. Bevan, y N. Mays (1990), "Spatial equity in the NHS. The death and rebirth of RAWP", *Health Care UK*, London: HMSO.
- Bell, C.R. (1989): "Between anarchy and Leviatan: A note on the design of federal states", *Journal of Public Economics*, 39: 207-221.

- Berger, S. (1981): "Introduction", in *Organizing interests in Western Europe*, New York: Cambridge University Press.
- Bestard, J.J. (1994): "Las nuevas experiencias de gestión hospitalaria: empresas públicas, fundaciones, autoconcertación", *Guía Sanitaria*, 299.
- Bevan, G. y J. Brazier (1985): "Equity and efficiency. Clarifying the confusion for English acute hospitals", *Financial Accountability and Management*, 1: 173-92.
- Bird, R., R. Ebel, y C. Wallich (eds.)(1995): *Decentralization of the socialist state: Intergovernmental finance in transition economies*, Washington D.C.: The World Bank.
- Björkman, J.W. (1985): "Who governs the health sector?: Comparative European experiences with representation, participation and decentralization", *Comparative Politics*, 17, 4: 399-420.
- Blanco, R. (1988): *Actitudes y opiniones sociopolíticas de la Comunidad Autónoma de Galicia*, Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Bock, R.D. (ed.)(1989): *Multilevel analysis of educational data*, London: Academic Press.
- Bohigas, L. (1993): "Los programas políticos en sanidad", en *Puntexpress sanidad*, 96, 3 de junio: 1-5.
- Bohigas, L. y Ortún, V. (1981), "Distribució de la despesa sanitària pública a Espanya. Anàlisi i propostes", en *La utilització de l'anàlisi econòmica en els serveis sanitaris*, I Jornades sobre Economia de la Salut, Barcelona: Comissió d'Economistes de la Salut y Generalitat de Catalunya.
- Bonime-Blanc, A. (1987): *Spain's transition to democracy: The politics of constitution-making*, Boulder: Westview Press.
- Borja, J. (1986): "Transformaciones territoriales e institucionales en Europa", *Revista Mexicana de Sociología*, 48, 4, 225-257.

- Borrel i Carrió, F. (1996a): "Cooperativas para gestionar Equipos de Atención Primaria", *JANO*, 50: 1856.
- Borrell i Carrió, F. (1996b): "La reforma de la atención primaria supuso un paso adelante en la dirección correcta", *Cuadernos de Gestión*, 2, 4: 225-231.
- Bosh, A. y C. Escribano (1986): "*Performance indicators* en el Servicio Nacional de Salud de Inglaterra", Xerox, Madrid: Instituto Universitario Ortega y Gasset.
- Bosch, A. y C. Escribano (1987): "Regional allocation of public funds. An evaluation index", *Papeles de Trabajo*, serie Economía, Madrid: Instituto Universitario Ortega y Gasset.
- Bozeman, B., P. Reed, y P. Scott (1992): "Red tape and task delays in public and private organizations", *Administration and Society*, 24, 3: 290-322.
- Burguet, R. y F. Vega (1992): "Competencia intergubernamental en un Estado Federal", en *Revista de Economía*, 9, 1: 87-102.
- Calsamiglia, X. (1992): "La equidad territorial. Nuevos puntos de vista sobre un viejo problema", en *Seminario sobre la distribución entre las CC.AA. de los recursos públicos de la Sanidad*, Barcelona: Institut d'Estudis Autònoms, Generalitat de Catalunya.
- Campos, J. y J. de Miguel (1981): "Sociólogos de bata blanca y médicos con barba: relaciones entre las ciencias sociales y la medicina en España", en *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 15: 133-141.
- Cañada, L., F.J. Yuste, y E. Zapatero (1978): "El nivel de salud como punto de referencia en la reforma sanitaria", en De Miguel, J. (comp.), *Planificación y reforma sanitaria*, Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Carley, M. (1981): *Social measurement and social indicators*, London: Allen & Unwin Ltd.
- Carmona, J.A. (1977): *Indicadores sociales hoy*, Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

- Carmona, G., J.S. Gómez Sala, J. Martín Martín, J.M. Martín Morales, A. Molina, , D. Ruiz, J. Sánchez Maldonado, y N. Sanfrutos (1992): "Criterios de asignación territorial de recursos sanitarios", en *El Sistema Nacional de Salud en los 90*, XI Jornadas de Economía de la Salud, Valencia: Generalitat Valenciana y Asociación de Economía de la Salud.
- Carmona, G., J. Martín, N. Sanfrutos, J.M. Martín, J. Salvador, A. Molina, D. Ruiz, J. Sánchez (1992): "Metodología para un nuevo modelo de financiación sanitario. Simulación y resultados", en *El Sistema Nacional de Salud en los 90*, XI Jornadas de Economía de la Salud, Valencia: Generalitat Valenciana y Asociación de Economía de la Salud.
- Carr-Hill, R. (1990): "RAWP is dead. Long live RAWP". en A. Culyer, A. Maynard y J. Posnett (eds.), *Competition in Health Care*, London: Macmillan.
- Carr-Hill, R., T. Sheldon, P. Smith, S. Martin, G. Hardman, S. Peacock, (1994a): "Allocating resources to health authorities, Development of method for small area analysis of use of inpatient services", *British Medical Journal*, 309: 1046-9.
- Carr-Hill, R., G. Hardman, S. Martin, S. Peacock, T. Sheldon, y P. Smith, P. (1994b): "A formula for distributing NHS revenues based on small area use of hospital beds", *Report of the Centre of Health Economics*, York: University of York.
- Carr-Hill, R., G. Hardman, S. Martin, S. Peacock, T. Sheldon, y P. Smith, (1993): "Small area analysis of inpatient utilization", Paper presentado en el seminario *Management Accounting in Health Care*, organizado por el Chartered Institute of Management Accountants, 14 de diciembre.
- Carretero, S. G. (1978): "Costes hospitalarios y planificación hospitalaria", *Revista Internacional de Sociología*, 36, 25: 107-116.

- Castells, A. (1989): "La Hacienda en las Comunidades Autónomas: experiencia reciente y perspectivas", en S. Martín Retortillo (ed), *Pasado, presente y futuro de las Comunidades Autónomas*, Madrid: Instituto de Estudios Económicos.
- Castillo, M. del (1995): "Proyecto de descentralización de la gestión en atención primaria en Mallorca. Indicadores de medición del proceso de producción", Palma de Mallorca: Dirección Provincial del INSALUD.
- Cavazzuti, F. y Giannini, S. (1982): *La riforma malata. Un Servizio sanitario da reinventare*, Bologna: Il Mulino.
- Centro de Estudios Constitucionales (1981): *Informe de la Comisión de Expertos sobre Autonomías*, Madrid: Servicio Central de Publicaciones de la Presidencia de Gobierno.
- Cernadas, A. (1994): *Análisis del proceso de elaboración, discusión y aprobación de la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña, en el marco de la política sanitaria catalana*, Memoria de Investigación para el Master de Ciencia Política de la Universidad Autónoma de Barcelona.
- Chuliá, M.E. (1990): "Health care decentralization in Spain: The case of the Comunidad Autónoma Valenciana", trabajo no publicado, Madrid: Instituto Juan March.
- Chuliá, M.E. (1991): "Descentralización sanitaria en España: balance de gestión de las Comunidades Autónomas vasca y valenciana", trabajo no publicado, Madrid: Instituto Juan March.
- Clavero, B. (1980): "Nacionalidades y autonomías en la Constitución de 1978", *Sistema*, 36: 37-52.
- Coase, R. (1937): "The nature of the firm", *Economica*, 4: 386-405.
- Coll, P. (1980): "Problemática actual de los conciertos con instituciones sanitarias", *Revista de la Seguridad Social*, 6: 185-213.

- Coll, P. (1981): "El previo conocimiento de las bases para una propuesta de ordenación sanitaria regional", *Revista de la Seguridad Social*, 10: 307-9.
- Coll, P. (1989), "Demografía y gasto sanitario. El criterio de financiación de la LGS", en *Salud y Equidad*, VIII Jornadas de Economía de la Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Coll, P. (1991): "Los gastos sanitarios públicos y la demanda de salud en España", *Cuadernos de Actualidad*, 8: 239-248.
- Collins, C. y A. Green, (1994): "Decentralization and primary health care: some negative implications in developing countries", *International Journal of Health Services*, 24, 3: 459-475.
- Colom González, F. (1990): "Legitimidad y democracia: dos décadas de un debate inconcluso", *Isegoría*, 2: 162-169.
- Common, R., N. Flynn, y E. Mellow (1992): *Managing public services: Competition and decentralization*, Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Consejería de Sanidad de la Generalidad de Cataluña (1980): "Informe sobre l'estructuració de las entitats gestoras de la Seguretat Social a Catalunya", *CEUMT*, 27, 6: 64-66.
- Corby, S. (1991): "Civil service decentralization: Reality or rethoric?", *Personnel Management*, 23, 2: 38-42.
- Corona i Ramon, J.F. (1992): "La financiación de la sanidad autonómica. Alternativas de reforma", *Presupuesto y Gasto Público*, 5: 29-35.
- Costas i Terrones, J.C. (1985), "La financiación de servicios sanitarios en las Comunidades Autónomas. Un panorama confuso", en *Aspectos económicos de la reforma sanitaria*, IV Jornadas de Economía de la Salud. Sevilla: Consejería de Salud y Consumo y Asociación de Economía de la Salud.

- Costas i Terrones, J.C. (1989a), "La equidad territorial en España. Condicionantes económicos e institucionales", en *Salud y Equidad*, VIII Jornadas de Economía de la Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Costas i Terrones, J.C. (1989b): "El finançament dels serveis sanitaris transferits per la Seguritat Social", en *Las finanzas de las CCAA. el caso de Cataluña*, Barcelona: Institut d'Estudis Autònoms, Generalitat de Catalunya.
- Costas Lombardía, C. y G. López Casasnovas (1988): "Aspiraciones colectivas y eficiencia en el sistema sanitario público", *Papeles de Economía Española*, 37: 225-239.
- Cromwell, J. y B. Mitchell (1986): "Physician induced demand for surgery", *Journal of Health Economics*, 5: 293-313.
- Cruz, P. (1990): "La doctrina constitucional sobre el principio de cooperación", en *Comunidades Autónomas e instrumentos de cooperación interterritorial*, Madrid: Tecnos.
- Culyer, A.J., E. Van Doorslaer, y A. Wagstaff (1992a): "Comment. Utilization as a Measure of Equity by Mooney, Hall, Donaldson and Gerald", *Journal of Health Economics*, 11: 93-8.
- Culyer, A.J., E. Van Doorslaer, y A. Wagstaff (1992b): "Access, utilization and equity. A further comment", *Journal of Health Economics*, 11: 207-10.
- Culyer, A.J. y Wagstaff, A. (1992): "Need, equity and equality in health and health care", *Center for Health Economics Discussion Paper 95*, York: University of York.
- Cuttance, P. (1992): "Evaluating the effectiveness of schools", en D.Reynolds (ed.), *School effectiveness. Research, policy and practice*, London: Casell.
- Dahl, R. (1956): *A Preface to Democratic Theory*, Chicago: University of Chicago Press.

- De Neufville, J. I. (1975): *Social indicators and public policy*, New York: Elsevier Inc.
- De Miguel, J. (1979): *La sociedad enferma*, Madrid: Akal.
- De Miguel, J. (1980): "Siete tesis erróneas sobre la política sanitaria española y una alternativa sociológica crítica", en *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 9: 53-80.
- De Esteban, J. y L. López Guerra (1977): *La crisis del Estado franquista*, Barcelona: Labor.
- De Groot, H. (1987): "Decentralization decisions in bureaucracies as a principal-agent problem", *Journal of Public Economics*, 36: 323-337.
- De Rosario, L. (1993): "Japan: Men from the Ministry", *Far Eastern Economic Review*, 156, 15: 30-32.
- De Riquer i Permanyer, B. (1996): "La configuración del sistema autonómico: el caso de Cataluña", en J. Tusell y A. Soto (eds.), *Historia de la transición (1975-1986)*, Madrid: Alianza Editorial.
- Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco (1990): *Política de Salud para Euskadé*, Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco (1987): *Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca*, Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Department of Health and Social Security (1976): *Sharing resources for health in England*, London: HMSO.
- Department of Health and Social Security (1988): *Review of the RAWP formula. Final report of the NHS Management Board*, London: HMSO.
- Department of Health and Social Security (1989): *Working for patients*, London: HMSO.
- Department of Health and Social Security (1994): *Hospital and community health services revenue resource allocation. weighted capitation formula*. Leeds: NHS Executive.

- Díaz, E. (1981): "El Estado democrático de derecho en la Constitución española de 1978", *Sistema*, 41: 41-86.
- Dunleavy, P. and Hood, C. (1994): "From old public administration to new public management", *Public Money and Management*, 14, 3: 9-16.
- Durán, M.A. (1983): *Desigualdad social y enfermedad*, Madrid:Tecnos.
- Eisenhardt, K.M. (1989): "Agency Theory: An assessment and a review", *Academy of Management Review*, 14, 1: 57-74.
- El País (varios años): *Anuarios*, Madrid: Ediciones El País.
- Enthoven, A. (1985): *Reflections on the management of the NHS*, Nuffield Trust: London.
- Enthoven, A. (1993): "The effects of managed competition. Theory and real world experience", en R.B.Helms (ed.), *Health policy reform, competition and controls*, Washington: The AEI Press.
- Eurostat (1980): *Social indicators for the European Community*, Luxemburg:EUROSTAT.
- Fama, E. (1980): "Agency problems and the theory of the firm", *Journal of Political Economy*, 88: 288-307.
- Fargion, V. (1996): "Social assistance and the North-South cleavage in Italy", *South European Society and Politics*, 3: 135-154.
- Federación de Asociaciones al Servicio de la Sanidad Pública(1990a): *La reforma sanitaria. Situación actual y perspectivas*, Madrid: FADSP.
- Federación de Asociaciones al Servicio de la Sanidad Pública (1990b): *La sanidad española a debate*, Madrid: FADSP.
- Fernández, J.M. (1996): "Estrategia de cambio en el Servicio Vasco de Salud", en *Mercados internos y reforma sanitaria*, XIII Jornadas de Economía de la Salud, Madrid: Fundación Maphre.
- Fernández Pastrana, J.M. (1984): *El servicio público de la Sanidad: el marco constitucional*, Madrid: Civitas.

- Ferrera, M. (1990): *Reforming the reform: The Italian Servizio Sanitario Nazionale in the 1980's*, Working paper 1991/13, Madrid: Instituto Juan March de Estudios e Investigaciones.
- Figeres, J. (1992): "La equidad territorial en la financiación de la sanidad desde la óptica del sistema comparado. Aspectos teóricos y simulaciones empíricas", en *Seminario sobre la distribución entre las CCAA de los recursos públicos de la Sanidad*, Barcelona: Institut d'Estudis Autònoms, Generalitat de Catalunya.
- Fishkin, (1988): "Bairgaining, justice and justification", *Social Philosophy and Policy*, 5,2: 46-67.
- Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social (varios años): *Memoria*, Madrid: INSALUD.
- Font i Llovet, T. (1991): "La organización administrativa de las Comunidades Autónomas", en E.Aja, E.Alberti, T.Font, y J.Tornos (eds.): *Informe Pi i Sunyer sobre Comunidades Autónomas 1990*, Barcelona: Fundació Carles Pi i Sunyer d'Estudis Autònoms i Locals.
- Font i Llovet, T. (1992): "La organización administrativa de las Comunidades Autónomas", en E.Aja, E.Alberti, T.Font, y J.Tornos (eds.): *Informe Pi i Sunyer sobre Comunidades Autónomas 1991*, Barcelona: Fundació Carles Pi i Sunyer d'Estudis Autònoms i Locals.
- Freire, J. M. (1990): "Políticas de salud en la Comunidad Autónoma vasca", en *La reforma sanitaria: situación actual y perspectivas*, Madrid: FADSP.
- Freire, J.M. (1993): "Cobertura sanitaria y equidad en España", in *I Simposio sobre Igualdad y Distribución de la Renta y la Riqueza*, Madrid: Fundación Argentaria.
- Freud, S. (1968): "Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina", en *Ensayos sobre la vida sexual y la teoría de la neurosis*, Madrid: Alianza editorial.
- Fundación Foessa (1967): *Tres estudios para un sistema de indicadores sociales*, Madrid: Euramérica.

- Fusi, J.P. (1996): "El desarrollo autonómico", en J.Tusell y A.Soto (eds.), *Historia de la transición (1975-1986)*, Madrid: Alianza editorial.
- Gage, R.W. y Mandell, M.P. (eds.)(1991): *Strategies for managing international policies and networks*, New York: Praeger.
- Gallego Calderón, R. (1995): "New public management reforms and transaction cost economics: Interpreting health care reforms in Catalonia", Research proposal for a PhD dissertation in the London School of Economics/Universidad Autónoma de Barcelona, presentado en la *European Conference on Historical and Comparative Social Research*, Bielefeld, diciembre 1995.
- Gambetta, D. (1988): *Trust: making and breaking cooperative relations*, N.Y.: B.Blackwell.
- García Ferrando, M., E. López-Aranguren, y M. Beltrán (1994): *La conciencia nacional y regional en la España de las autonomías*, Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- García Vargas, J. (1988): "La competencia de la administración central en materia de coordinación sanitaria", en *Jornadas sobre coordinación general sanitaria*, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- García de Enterría, E. (1985): *Estudios sobre Autonomías Territoriales*, Madrid: Civitas.
- García de Enterría, E. y Fernández, T.-R. (1993): "La personalidad jurídica de las Administraciones Públicas", en *Curso de Derecho Administrativo*, vol.I, Madrid: Civitas.
- García Ferrando, M. (1982): *Regionalismo y Autonomía en España*, Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- García Cotarelo, R. (1983): "Los principios generales de la Constitución de 1978", en A.de Blas (ed.), *Introducción al sistema político español*, Barcelona: Teide.

- Garzón Valdés, E. (1990): "Consenso, racionalidad y legitimidad", *Isegoría*, 2: 13-29.
- Gervás, J. (1996a): "Análisis crítico y personal de la reforma socialista de la atención primaria", *Cuadernos de Gestión*, 2, 3: 173-6.
- Gervás, J. (1996b): "La reforma socialista de la atención primaria: una oportunidad perdida", *Cuadernos de Gestión*, 2, 4: 62-4.
- Gervás, J. y V. Ortún (1997): "Regulación y eficiencia de la atención primaria en España", en G.López Casanovas y D.Rodríguez (eds.), *La regulación de los servicios sanitarios*, Madrid: Civitas y Fedea.
- Gil, M., M. Pasarín, C. Borrell, A. Guarga, y J.R. Villalbí (1997): "Criterios para priorizar la implantación de la reforma de la atención primaria en las áreas básicas de salud de una Región sanitaria", XVII Jornadas de Economía de la Salud, *costes y calidad en la contratación de servicios de salud*, Murcia, 21-3 mayo.
- Gil, M., C. Iglesias, A. Guarga, , A. Medina, A. Plaza, G. Torras (1997): "Valoración del grado de implantación de actividades preventivas mediante el contrato con la atención primaria de salud", XVII Jornadas de Economía de la Salud, *costes y calidad en la contratación de servicios de salud*, Murcia, 21-3 mayo.
- Gilbert, G. y P. Picard (1996): "Incentives and the optimal size of local jurisdictions", *European Economic Review*, 40: 19-41.
- Girón Sierra, B., et al. (1988): "Niveles de salud y gasto sanitario en España", *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 63: 25-38.
- Gómez, S. y E. Peluzzo (1986): "Informe de gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social", *Revista de Seguridad Social*, 32: 337-259.
- González Álvarez, P. (1997): "La política de solidaridad interterritorial: España y Alemania en perspectiva comparada", Instituto Juan March de Estudios e Investigaciones, trabajo no publicado.

- González, B. (1979): *El capital humano en el sector sanitario: La distribución de los médicos en España*, Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- González Casanova, J.A. (1979): "Los Estatutos de las Comunidades Autónomas y el principio de autogobierno", *Documentación Administrativa*, 182, abril-junio: 115-147.
- González Casanova, J.A. (1980): "El Estado de las Comunidades Autónomas", *Sistema*, 38-39: 219-238.
- González López-Valcarcel, B., Pellisé, L. y Barber, P. (1995): "La financiación pública de los servicios sanitarios en España", *Documento de Trabajo* 95-13, Madrid: FEDEA.
- González Rodríguez, P. (1979): "Médicos hospitalarios y no hospitalarios: sus opiniones sobre la reforma sanitaria", *Revista de la Seguridad Social*, 1: 113-40.
- Granaglia, E. (1996): "Privatization and health care reform in Italy", *South European Society and Politics*, 3: 155-171.
- Granja, J. L. (1981): "Autonomías regionales y fuerzas políticas en las Cortes Constituyentes de 1931" , *Sistema*, 40: 79-100.
- Granoovetter, M. (1985): "Economic action, social structure and embeddedness", *American Journal of Sociology*, 91, 3: 481-510.
- Granoovetter, M. (1992): "Economic institutions as social constructions: a framework of analysis", *Acta Sociologica*, 35: 3-11.
- Grosfeld, I. (1990): "Reform economics and western economic theory: unexploited opportunities", *Economics of Planning*, 23: 1-19.
- Grossman, S.J. y O.D. Hart, (1986): "The costs and benefits of ownership: A theory of vertical and lateral integration", *Journal of Political Economy*, 94, 4: 691-719.

- Guibentif, P. (1996): "The transformation of the Portuguese Social Security system", *South European Society and Politics*, 3: 219-239.
- Guilez, T. y Achurra, J.L. (1988): "El gasto en Seguridad Social", *Revista de Seguridad Social*, 40: 91-120.
- Guillén, M. F. (1987): "Procesos de cambio en la estructura ocupativa del sector sanitario español", *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 37: 173-204.
- Guillén, A. M. (1989): "Health reform in Spain and Italy in the last decade: Preconditions and outcomes", trabajo no publicado. Madrid: Instituto Juan March.
- Guillén, M. F. (1990): *Estructura social y salud*, Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Guillén, A.M. (1995): "Citizenship and social policy in democratic Spain: the reformulation of the Francoist Welfare State", trabajo presentado en la Conference on Comparative Research on Welfare State Reform, International Sociological Association, Pavia, 14-17 September 1995.
- Guitart, J.M., M.C. Milas, J.L. Ansón, Tamames, A., M.C. Sanz, R. Piñol (1997): "Análisis de minimización de costes en un programa de hospitalización a domicilio versus la hospitalización convencional", XVII Jornadas de Economía de la Salud, *Costes y calidad en la contratación de servicios de salud*, Murcia, 21-3 mayo.
- Gunn, L. (1988): "Public management: A third approach", *Public Money and Management*, Spring/Summer: 21-5.
- Hage, J. y M. Aiken (1970): *Social Change in Complex Organizations*, New York: Random House.
- Halonen, M. y C. Propper (1996): "Competition and decentralization in government bureaucracies", paper presentado al V *Workshop Europeo sobre Econometría y Economía de la Salud*, Universidad Pompeu Fabra, septiembre 1996.

- Hamlin, A.P. (1991): "Decentralization, competition and the efficiency of federalism", *The Economic Record*, 67, 198: 193-204.
- Hanf, K. (1978): "Introduction", en K. Hanf, y F.W. Sharpf (eds.), *Interorganizational policy making: Limits to coordination and central control*, London: Sage.
- Hanf, K. y L.J.R. O'Toole (1992): "Revisiting old friends: networks, implementation structures, and the management of inter-organizational relations", *European Journal of Political Research*, 21: 163-180.
- Hanf, K. y F.W. Sharpf (eds.) (1978): *Interorganizational policy making: Limits to coordination and central control*, London: Sage.
- Heather Palmer, R. (1990): *Evaluación de la asistencia ambulatoria: principios y práctica*, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Herce, J.A., J. Cabasés, y G. López Casanovas (1995): "Los problemas de la sanidad pública en España,: una encuesta rápida entre los expertos en economía de la salud", *Documento de Trabajo 95-01*, Madrid: FEDEA.
- Hicks, D.H. y D.H. Swank (1992): "Politics, institutions and welfare spending in industrialized democracies, 1960-82", *American Political Review*, 86, 3: 658-674.
- Hommel, R. (1996): "Conflicts and dilemmas of decentralization", en M.Bruno y B. Pleskovic (eds.), *Annual World Bank on Development and Economics 1995*, Washington D.C.: The International Bank for Reconstruction and Development, The World Bank.
- Hood, C. (1991): "A public management for all seasons?", *Public Administration*, Spring: 3-19.
- Hrbek, R. (1986): "The political dynamics of regionalism: FRG, Austria, Switzerland", en R. Morgan, *Regionalism in European Politics*, London: Policy Studies Institute.
- Immergut, E.M. (1990): *Health care: The politics of collective choice*, Working Paper 1990/5, Madrid: Instituto Juan March de Estudios e Investigaciones.

- Institut d'Estudis Autònoms (1992): *Seminario sobre la distribución entre las Comunidades Autónomas de los recursos públicos de la Sanidad*, Barcelona: Institut d'Estudis Autònoms, Generalitat de Catalunya.
- Instituto Nacional de Estadística, INE (1978): *Publicaciones con información estadística del Instituto Nacional de Estadística*, Madrid: INE.
- INE (1981): *Medida del bienestar social. Programa de la OCDE de elaboración de los indicadores sociales*, Madrid: INE.
- INE (varios años): *Encuesta de Morbilidad Hospitalaria*, Madrid: INE.
- INE (varios años): *Anuario Estadístico de España*, Madrid: INE.
- INE (varios años): *Estadística de establecimientos sanitarios en régimen de internado*, Madrid: INE.
- Instituto Nacional de Previsión, INP (1977): *Investigación sobre la asistencia farmacéutica en España. Estudio socioeconómico sobre el conjunto de la asistencia sanitaria española*, Madrid: Ministerio de Trabajo.
- INSALUD (1984): *Plan de Humanización de la asistencia hospitalaria*, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- INSALUD (1985a): *Estudio sobre la satisfacción de los enfermos en los hospitales del INSALUD*, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- INSALUD (1985b): *Nuevo modelo de gestión hospitalaria*, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- INSALUD (1986a): *Imagen del INSALUD ante la opinión pública*, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo (Encuesta realizada por el Centro de Investigaciones Sociológicas).
- INSALUD (1986b): *Sesiones de trabajo sobre el Plan de Humanización*, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- INSALUD (1987a): *Jornadas de trabajo sobre el Plan de Humanización*, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

- INSALUD (1987b): *Plan de Humanización. Actividades desarrolladas en 1986*, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- INSALUD (1988a): *El INSALUD ante la opinión pública*, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- INSALUD (1988b): *Plan de Garantía de Calidad Total en Atención Sanitaria. Programa marco. 1ª Fase (1986-1990)*., Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- INSALUD (1990): *Coordinación de la asistencia sanitaria con Entidades y Comunidades Autónomas*, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- INSALUD (varios años): *Anuario de estadística*, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- INSALUD (varios años): *Indicadores sanitarios*, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- INSALUD (varios años): *Indicadores de gestión hospitalaria*, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- INSALUD (varios años): *Información económico-funcional de las instituciones sanitarias*, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- INSALUD (varios años): *Memoria estadística*, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Jacobs, L. R. (1992): "Institutions and culture. Health policy and public opinion in the U.S. and Britain", *World Politics*, 44, 2: 179-209.
- Jarillo, J.C. (1988): "On strategic networks", *Strategic Management Journal*, 9: 31-41.
- Jensen, M. y W. Meckling (1976): "Theory of the firm: managerial behaviour, agency costs and ownership structure", *Journal of Financial Economics*, 3: 305-30.
- Jiménez de Aberasturi, A. y J.A. Ceciaga (1997): "Los efectos de una medida de incentivos a la actividad quirúrgica", XVII Jornadas de Economía de la Salud, *Costes y calidad en la contratación de servicios de salud*, Murcia, 21-3 mayo.
- Jiménez-Blanco, A. (1985): *Las relaciones de funcionamiento entre el poder central y los entes*

- territoriales*, Madrid: Instituto de Estudios de la Administración Local.
- Jiménez-Blanco, A. (1989): "La distribución de las competencias económicas entre el Estado y las Comunidades Autónomas", en S. Martín Retortillo (ed.), *Pasado, presente y futuro de las Comunidades Autónomas*, Madrid: Instituto de Estudios Económicos.
- Jiménez-Blanco, A., M. García Ferrando, E. López-Aranguren y M. Beltrán (1977): *La conciencia regional en España*, Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Jimeno Martínez, V. (1982): "Desigualdades en las atenciones sanitarias de España", *Revista Internacional de Sociología*, 40, 42: 83-206.
- Joulfaian, D. y M.L.Marlow (1990): "Government size and decentralization: evidence from disaggregated data", *Southern Economic Journal*, 86, 4: 1094-1102.
- Kaufmann, F.X. (1985): "Introduction: History of the project and background of the problem", en F.X. Kaufmann, G.Majone, y V. Ostrom (eds.), *Guidance, control and evaluation in the public sector*, Berlin: De Gruyter.
- Kaufmann, F.X., G. Majone, y V. Ostrom (eds.) (1985): *Guidance, control and evaluation in the public sector*, Berlin: De Gruyter.
- Kjellberg, F. (1988): "Local government and the welfare state: Reorganization in Scandinavia", en F. Kjellberg y B. Dante (eds.) (1988), *The dynamics of institutional change. Local government reorganization in Western democracies*. London: Sage Publications.
- Kjellberg, F. y B. Dante (eds.) (1988): *The dynamics of Institutional Change. Local government reorganization in Western Democracies*, London: Sage Publications.
- Klein, B., R. Crawford, R. y A. Alchian (1978): "Vertical integration, appropriable rents and the competitive contracting process", *Journal of Law and Economics*, 21: 297-326.

- Kneebone, R.D. (1992): "Centralization and the size of government in Canada", *Applied Economics*, 24: 1293-1300.
- Kogout, B. (1988): "Joint ventures: Theoretical and empirical perspectives", *Strategic Management Journal*, 9: 319-332.
- Lacasa, C., F. Fernández, C. Lemonche, S. Romea, M. Carasusan, S. Ferré, F. Villurbina, M. Olivet, M.G. Torras, y V. Grenzer (1997): "La mejora de la capacidad resolutive de la atención primaria fruto de la reordenación de la atención especializada: la experiencia del sector sanitario Ciutat Vella", XVII Jornadas de Economía de la Salud, *Costes y calidad en la contratación de servicios de salud*, Murcia, 21-3 mayo.
- Lafontaine, F. (1992): "Agency theory and franchising: Some empirical results", *Rand Journal of Economics*, 23: 263-283.
- Laparra, M. y M. Aguilar (1996): "Social exclusion and minimum income programmes in Spain", en *South European Society and Politics*, 3: 87-114.
- Laporte i Salas, J. (1984): "Organización del Sistema de Salud y Comunidades Autónomas", en *La reforma sanitaria a debate*, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Laporte i Salas (1988): *La sanitat i el serveis socials a Catalunya*, Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social.
- Levi, M. (Ed.)(1996): "Special section: Critique of Robert Putnam's *Making Democracy Work*", *Politics and Society*, 24, 1.
- Lewis, S.B. (1996): "Economics and psicology: Lessons for our own day from the early twentieth century", *Journal of Economic Literature*, 34: 1293-1323.
- Lijphart, A. (1968): *The politics of accomodation in deeply divided societies: Pluralism and democracy in the Netherlands*, Berkeley: University of California Press.

- Lijphart, A. (1984): "Division of power: The federal-unitary and centralized-decentralized contrasts", en *Democracies: Patterns of majoritarian and consensus government in twenty-one countries*, New Haven: Yale University Press
- Loomes, G. y L. McKenzie (1989): "The use of QALYs in health care decision-making", *Social Science and Medicine*, 28: 299-308.
- López Aranguren, E. (1983): *La conciencia regional en el proceso autonómico español*, Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- López i Casanovas, G. (1993): "Estructura y regulación del sistema sanitario español", *Documento de Trabajo 93-10*, Madrid: FEDEA.
- López Gandía, J. (1980): "Estudio crítico del sistema sanitario español y algunas consideraciones sociológicas", en *Revista de la Seguridad Social*, 8: 253-261.
- López i Casanovas, G. (1985), "El diseño de una política prospectiva de asignación de los recursos presupuestarios". *Hacienda Pública Española*, 94: 79-95.
- López i Casanovas, G. (1991), "El finançament autonòmic de de la sanitat. diagnosi i prognosi dels seus problemes". *Revista Econòmica de Catalunya*, 16: 24-30.
- López i Casanovas, G. (1992a), "Argumentació que fonamenta les bases de la proposta de reforma del finançament autonòmic de la sanitat", en *Seminario sobre la distribución entre las CCAA de los recursos públicos de la Sanidad*. Barcelona: Institut d'Estudis Autònoms, Generalitat de Catalunya.
- López i Casanovas, G. (1992b), "Reflexiones en torno a los problemas de equidad y suficiencia en la distribución de los recursos sanitarios, y algunas consideraciones para la reforma de la financiación autonómica de la sanidad", en *Seminario sobre la*

distribución entre las CCAA de los recursos públicos de la Sanidad. Barcelona: Institut d'Estudis Autònoms, Generalitat de Catalunya.

- López i Casanovas, G., J.F. Corona i Ramon, y J. Figueres i Marimont (1992), *Estudi del sistema de finançament autonòmic de la sanitat.* Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social.
- López Díaz, C. (1985): "Centre-Periphery structures in Spain: From historical conflict to territorial consociational accommodation", en Y. Meny and V. Wright, (eds.), *Centre-Periphery Relations in Western Europe*, London: Allen and Unwin.
- Maíz Olazabalaga, E. y M. González Ortega (1990): "Integración de recursos en el Area de Salud", en *La Sanidad española a debate*, Madrid: Federación Española para la Defensa de la Sanidad Pública de la Sanidad Pública.
- Mansilla Izquierdo, P.P. (1986): *Reforma sanitaria. Fundamentos para un análisis*, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Mansilla Izquierdo, P.P.(1988): *Coordinación general sanitaria.* Barcelona: Mondadori.
- Maravall, J.M^a. (1997a): "Accountability and manipulation", *Working Paper n^o 92 del Centro de Estudios Avanzados en Ciencias Sociales*, Madrid: Instituto Juan March de Estudios e Investigaciones.
- Maravall, J.M^a. (1997b): *Regimes, politics and markets. Democratization and economic change in Southern and Eastern Europe*, Oxford: Oxford University Press.
- March, J. G. y J.P. Olsen (1984): "The new institutionalism in political analysis", *American Journal of Political Science*, New York: Free Press.
- March, J. G. y J.P. Olsen (1989): *Rediscovering institutions*, New York: Free Press.
- Martín Villa, R. (1985): *Al servicio del Estado*, Barcelona: Planeta.

- Martín Martín, J. (1996a): "Cambios en la regulación del sistema sanitario público español: incentivos y eficiencia", en *Política y gestión sanitaria: la agenda explícita*, Barcelona: SG editores.
- Martín Martín, J. (1996b): "Innovaciones e incentivos en organizaciones sanitarias: experiencias en la Comunidad Autónoma Andaluza", Tesis doctoral inédita, Facultad de Ciencias Económicas y empresariales, Universidad de Málaga.
- Martín Martín, J. (1996c): "Modelo de incentivos para directivos sanitarios públicos", en *XIII Jornadas de Economía de la Salud*, Madrid: Fundación Maphre.
- Martín Martín, J. (1997): "Formas organizativas en la asistencia sanitaria pública", en XVII Jornadas de Economía de la Salud, *Costes y calidad en la contratación de los servicios de salud*, Murcia, 21-3 mayo.
- Martín López, E. (1979): "Los médicos españoles y su ideología profesional", *Revista de la Seguridad Social*, 2: 167-220.
- Martín Castilla, D. (1986): *La organización sanitaria en el Estado de las Autonomías*, tesis doctoral inédita, Facultad de Derecho, Universidad de Granada.
- Mays, N. (1987), "Measuring need in the National Health Service Resource Allocation Formula. Standardized Mortality Ratios or Social Deprivation?", *Public Administration*, 65: 45-60.
- McLure, C.E. (1995): "Comments on 'The dangers of decentralization' by Prud'homme", *The World Bank Research Observer*, 10, 2: 221-6.
- Mellon, E. (1993): "Executive agencies: Leading changes from the outside-in", *Public Money & Management*, 13, 2: 25-31.
- Meny, Y. (1986): "The political dynamics of regionalism: Italy, France, Spain", en R.Morgan (ed.), *Regionalism in European politics*, London: Policy Studies Institute.

- Mezo, J. (1990): "Health reform and decentralization: A case study", trabajo no publicado.
- Mezo, J. (1996): *Políticas de recuperación de la lingüística en Irlanda (1922-1939) y el País Vasco (1980-1992)*, Instituto Juan March, tesis doctoral inédita.
- Milgrom, P. y Roberts, J. (1992): *Economics, Organization and Management*, New Jersey: Prentice Hall.
- Ministerio de Administraciones Públicas, MAP (1995): *Conflictividad entre el Estado y las Comunidades Autónomas. Boletín informativo primer trimestre de 1994*, Madrid: MAP.
- Ministerio de Sanidad y Consumo, MSC (1984): *La Reforma Sanitaria en España a debate desde una perspectiva nacional e internacional*, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo
- Ministerio de Sanidad y Consumo, MSC (1986): *Los objetivos de la Salud para Todos*, Madrid: Secretaría General Técnica.
- Ministerio de Sanidad y Consumo, MSC (1987a): *Compendio legislativo de la Reforma Sanitaria (1982-1986)*, Madrid: Secretaría General Técnica.
- Ministerio de Sanidad y Consumo, MSC (1987b): *Reglamento de Regimen Interior del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud*, Madrid: Secretaría General Técnica.
- Ministerio de Sanidad y Consumo, MSC (1988a): *Guía de Acuerdos y Convenios en materia sanitaria entre el Estado y las Comunidades Autónomas*. Madrid: Dirección General de Alta Inspección y Relaciones con los Entes Territoriales.
- Ministerio de Sanidad y Consumo, MSC (1988b): *Jornadas sobre coordinación general sanitaria*, Madrid: Dirección General de Alta Inspección y Relaciones con los Entes Territoriales.
- Ministerio de Sanidad y Consumo, MSC (1988c): *Jurisprudencia constitucional en materia de Sanidad y*

- Consumo*, Madrid: Dirección General de Alta Inspección y Relaciones con los Entes Territoriales.
- Ministerio de Sanidad y Consumo, MSC (1988d): *Memoria 1987 de las Actividades del Consejo Interterritorial de Salud*. Madrid: Dirección General de Alta Inspección y Relaciones con los Entes Territoriales.
- Ministerio de Sanidad y Consumo, MSC (1988e): *Ponencia sobre asistencia sanitaria*, Madrid: Secretaría General de Asistencia Sanitaria.
- Ministerio de Sanidad y Consumo, MSC (1989a): *Consejo Internacional del Sistema Nacional de Salud, Acuerdos 1987-1990*, Madrid: Dirección General de Alta Inspección y Relaciones con los Entes Territoriales.
- Ministerio de Sanidad y Consumo, MSC (1989b): “La asistencia sanitaria: una reflexión política sobre sus problemas actuales y futuros”, documento interno.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (1989c): *Memoria 1988 de las Actividades del Consejo Interterritorial de Salud*. Madrid: Dirección General de Alta Inspección y Relaciones con los Entes Territoriales.
- Ministerio de Sanidad y Consumo, MSC (1989d): *Memoria 1988 de las Actividades del Consejo Interterritorial de Salud*. Madrid: Dirección General de Alta Inspección y Relaciones con los Entes Territoriales.
- Ministerio de Sanidad y Consumo, MSC (1989e): *Ordenación sanitaria del territorio*, Madrid: Dirección General de Alta Inspección y Relaciones con los Entes Territoriales.
- Ministerio de Sanidad y Consumo, MSC (1989f): *Programa de inversiones de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas con gestión transferida*, Madrid: Dirección General de Alta Inspección y Relaciones con los Entes Territoriales.
- Ministerio de Sanidad y Consumo, MSC (1989g): *Sistema general de financiación de las CCAA*. Madrid: Dirección General de Alta Inspección y de Relaciones con las Administraciones Territoriales

- Ministerio de Sanidad y Consumo, MSC (1989h): *Transferencias a las Comunidades Autónomas en materia de sanidad*, Madrid: Dirección General de Alta Inspección y Relaciones con los Entes Territoriales.
- Ministerio de Sanidad y Consumo, MSC (1990a): *La estrategia de Salud Para Todos en el año 2000 en España*, Madrid: Publicaciones, Documentación y Biblioteca.
- Ministerio de Sanidad y Consumo, MSC (1990b): *Indicadores de Salud*, Madrid: Publicaciones, Documentación y Biblioteca.
- Ministerio de Sanidad y Consumo, MSC (1990c): *Memoria 1989 de las Actividades del Consejo Interterritorial de Salud*. Madrid: Dirección General de Alta Inspección y Relaciones con los Entes Territoriales.
- Ministerio de Sanidad y Consumo, MSC (1991a): *Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Actas aprobadas en sesión plenaria, Marzo 1987-Diciembre 1990*, Madrid: Dirección General de Alta Inspección y Relaciones con los Entes Territoriales, documento interno, 2 volúmenes.
- Ministerio de Sanidad y Consumo, MSC (1991b): *Memoria 1990 de las Actividades del Consejo Interterritorial de Salud*. Madrid: Dirección General de Alta Inspección y Relaciones con los Entes Territoriales.
- Ministerio de Sanidad y Consumo, MSC (1994): *Sistema Nacional de Salud. Servicios de Salud: Indicadores Junio 1993*, Madrid: Secretaría General Técnica.
- Ministerio de Sanidad y Consumo, MSC (1996a): *Estudio territorializado de la evolución del sector salud a partir de 1980*, documento interno, Dirección General de Alta Inspección y Relaciones Institucionales.
- Ministerio de Sanidad y Consumo, MSC (1996b): *“La integración de centros, servicios y establecimientos sanitarios de las Corporaciones Locales en los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas”*, Madrid: Secretaría General Técnica.

- Ministerio de Sanidad y Consumo, MSC (1996c): *Sistema Nacional de Salud. Servicios de Salud: Datos y cifras. 1995*, Madrid: Dirección General de Aseguramiento y Planificación.
- Mitchell, T. (1991): "The limits of the state: Beyond statist approaches and its critics", *American Political Science Review*, 85, 1.
- Monreal, A. (ed) (1991): *El Estado de las Autonomías*, Madrid: Tecnos.
- Montero Hita, F. (1994), "Política sanitaria y nuevo sistema de financiación". *Presupuesto y Gasto Público*, 14: 15-132.
- Mooney, G. Y M. Ryan (1993): "Agency in health care: getting beyond first principles", *Journal of Health Care*, 12: 125-35.
- Mooney, G., J. Hall, C. Donaldson, y K. Gerard (1991), "Utilization as a measure of equity. Weighting heat?", *Journal of Health Economics*, 10: 475-80.
- Mooney, G., J. Hall, C. Donaldson, y K. Gerard (1992), "Reweighting heat. Response to Culyer, van Doorslaer y Wagstaff". *Journal of Health Economics*, 11: 199-205.
- Moragas, R. (1982): "Transferencias de servicios sanitarios y sociales: actitudes, innovaciones y peligros", *Documentación Administrativa*, 192, noviembre-diciembre: 197-215.
- Morell Ocaña, L. (1974): "Observaciones sobre los principios de ordenación de la administración sanitaria del Estado", *Revista Española de Derecho Administrativo*, 1: 63-77.
- Morell Ocaña, L. (1989): "El Estado de las Autonomías Territoriales: aspectos institucionales", en S. Martín Retortillo (ed), *Pasado, presente y futuro de las Comunidades Autónomas*, Madrid: Instituto de Estudios Económicos.
- Moreno Fuentes, F. J. (1997): "Sociedad civil, tercer sector y la crisis del Estado del Bienestar", *CEACS paper*,

Instituto Juan March de Estudios e Investigaciones, marzo 1997.

- Muñoz Machado, S. (1975): "Reflexiones sobre la reforma de la Sanidad local", *Documentación Administrativa*, 163, enero-febrero: 43-81.
- Muñoz Machado, S. (1980): "Problemas de la burocracia en la nueva ordenación territorial del Estado", *Informes y Documentos*, 4/1980, Madrid: Fundación IESA.
- Muñoz Machado, S. (1987): "Dictamen emitido a petición del INSALUD sobre las consecuencias de una reforma del régimen del mismo sobre las competencias de las Comunidades Autónomas", en *Ponencia de Asistencia Sanitaria*, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, documento interno.
- Nájera, E. (1977): "Conceptos actuales y tendencias del concepto de sanidad", *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, LI, 5-6: 639-654.
- Nelson, J. (1992): "Poverty, equity and the politics of adjustment", en S.Haggard y R.Kaufman (eds.): *The politics of economic adjustment*, Princeton: Princeton University Press.
- Nelson, R.R. (1994): "Evolutionary theorizing about economic change", in N.J. Smelser y Swedberg (eds.), *Handbook of economic sociology*, Princeton: Princeton Univ. Press.
- Nelson, R.R. y S. Winter (1982): *An evolutionary theory of economic change*, Cambridge: Harvard University Press.
- Nieto, J. y J.M. Cabasés (1992), "Equidad y eficiencia en la distribución interterritorial de los recursos sanitarios. Aplicación a la Ley General de Sanidad", en *Seminario sobre la distribución entre las CCAA de los recursos públicos de la Sanidad*. Barcelona: Institut d'Estudis Autonomics, Generalitat de Catalunya.
- Nieto, J. y J.M. Cabasés (1993), "Eficiencia y equidad en la distribución interterritorial de los recursos sanitarios", en *Efectos del proceso de integración europea sobre la*

- salud y los sistemas sanitarios*, XII Jornadas de Economía de la Salud. Madrid: Consejería de Salud de la CAM y Asociación de Economía de la Salud.
- Nieto, J. y J.M. Cabasés (1994), "Equidad y eficiencia en la distribución interterritorial de los recursos sanitarios". *Ekonomiaz*, 25: 104-13.
- Nieto, J., J.M. Cabasés, y G. Carmona (1993), "Equidad y eficiencia en la distribución interterritorial de los recursos financieros para la sanidad en España. Análisis teórico y empírico", *Hacienda Pública Española*, suplemento 1: 109-125.
- Nieto, J., J.M. Cabasés, y G. Carmona (1995), "Equidad y eficiencia en la distribución interterritorial de los recursos financieros para la sanidad en España", en *Mercados y Competencia en el Sistema Sanitario*, XIII Jornadas de Economía de la Salud. Sevilla: Junta de Andalucía (en prensa),
- Niskanen, W. (1993): "The new regulatory order", *Regulation*, 16, 3: 7-9.
- Nohria, N. and R. Eccles (1992): *Networks and organizations: Structure, form and action*, Boston, MA.: Harvard Business School Press.
- North, D. (1990): *Institutions, institutional change and economic performance*, Cambridge: Cambridge University Press.
- North, D. (1991): "Institutions and organizations", *Journal of Economic Perspectives*, 5, 1: 97-112
- Oates, W.E. (1996): "Comment on 'Conflicts and Dilemmas of Decentralization' by Hommes", en M. Bruno y B. Pleskovic (eds.), *Annual World Bank on Development and Economics 1995*, Washington D.C.: The International Bank for Reconstruction and Development, The World Bank.
- OCDE (1985): *Measuring Health Care 1960-1983*, París: OCDE.
- OCDE (1987): *Financing And Delivering Health Care*, París: OCDE.

- OCDE (1990): *Health Care Systems In Transition. In Search For Efficiency*, París; OCDE.
- OCDE (1995): *Internal Markets in the Making*, Health Policy Studies, nº6, París: OCDE.
- Organización Mundial de la Salud (1988): *Quality Assurance of Health Services. Report on the technical discussions at the thirty-eighth session of the Regional Committee for Europe*, EUR/ICP/HSR 023, Copenhagen.
- Orloff, A.S. y T. Skocpol (1984): "Why not equal protection? Explaining the politics of public social spending in Britain, 1900-1011, and the United States, 1980's-1920", *American Sociological Review*, 49, 6: 726-750.
- Ortún, V. (1983): *Distribució de competències entre poder central y poders regionals en materia de Seguretat Social, Sanitat i Serveis Socials a la República Federal d'Alemanya, Escocia (Regne Unido) i Itàlia*, Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya
- Ortún, V. (1987): "Criterios para la distribución de recursos sanitarios en España". *Gaceta Sanitaria*, 1, 2: .69-77.
- Ortún, V. (1990): *La Economía en Sanidad y Medicina: instrumentos y limitaciones*, Barcelona: La Llar del Llibre.
- Ortún, V. (1993): "La salud del sistema sanitario español", *Ekonomiaz*, 25, suplemento especial sobre Economía de la Salud: 13-23.
- Ortún, V. (1996): "Innovación organizativa en Sanidad", en *Política y gestión sanitaria: la agenda explícita*, Barcelona: SG editores
- Ortún, V. y J. Gervás (1996a): "Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria", *Medicina Clínica*, 106: 97-102.
- Ortún, V. y J. Gervás (1996b): "Las asociaciones de profesionales en medicina general", *Atención Primaria*, 17: 300-2.

- Oterino, D., S. Peiró, C. Marchan, y M. Ridaó (1997): "Intensidad y tipo de cuidados de enfermería en hospitalización a domicilio versus hospitalización convencional", XVII Jornadas de Economía de la Salud, *Costes y calidad en la contratación de servicios de salud*, Murcia, 21-3 mayo.
- Pallarés, F. (1994): "Las elecciones autonómicas en España: 1980-1992", en P. del Castillo (ed.), *Comportamiento político y electoral*, Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Pateman, C. (1970): *Participation and democratic theory*, New York: Cambridge University Press.
- Paterson, L. (1991), "An introduction to multilevel modelling", en S.W. Raudenbush y J.D. Willms (eds.), *Schools, classrooms and pupils. international studies of schooling from a multi-level structure*. New York: Academic Press.
- Paterson, L. y H. Goldstein (1991), "New statistical methods for analyzing social structures. an introduction to multi-level models", *British Educational Research Journal*, 17, 4: 387-392.
- Peacock, S. y P. Smith (1995), "The resource allocation consequences of the new NHS needs formula". Discussion Paper 134, Centre for Health Economics. York: University of York.
- Pérez, C., L. Carretero, J. Martín, y P. López (1997): "Empresa pública Hospital Costa del Sol. Innovaciones y eficiencia en la gestión hospitalaria", en XVII Jornadas de Economía de la Salud, *Costes y calidad en la contratación de servicios de salud*, Murcia, 21-3 mayo.
- Pérez Díaz, V. (1982): "Médicos, administradores y enfermos: la calidad de la asistencia sanitaria", en *Papeles de Economía Española*, nºs 12-13.
- Pérez Díaz, V. (1987): "Gobernabilidad y mesogobiernos: autonomías regionales y neocorporatismo en España",

- en *El retorno de la sociedad civil*, Madrid: Instituto de Estudios Económicos.
- Pérez Díaz, Víctor (1987): *El retorno de la sociedad civil*, Madrid: Instituto de Estudios Económicos.
- Pérez Vilariño, J. (Ed.) (1987): *Comportamiento electoral y nacionalismo en Cataluña, Galicia y País Vasco*, Santiago de Compostela: Universidad de Santiago.
- Phelps, C. y C. Mooney (1993), "Variations in medical practice use. causes and consequences", en R. Arnould, R. Rich, y W. White (eds.), *Competitive approaches to health care reform*, Urban Institute.
- Pinilla, R. (1990): "La estrategia de Salud Para Todos en el año 2000 en España", *Revista de sanidad e higiene pública*, año LXIV, 1-2:3-7.
- Pinilla, R. y J.R. Banegas (1990): "Hacia un Plan Integrado de Salud", *Revista de sanidad e higiene pública*, LXIV, 5-6: 243-247.
- Pitkin, H. F. (1985): *El concepto de representación*. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales.
- Pomar, J.M., J. Fuster, J. Pou, J. Llobera, J. Clavero, C. Palomino (1997): "Apuntes para una valoración global del proceso de descentralización de la atención primaria en Mallorca", XVII Jornadas de Economía de la Salud, *Costes y calidad en la contratación de servicios de salud*, Murcia, 21-3 mayo.
- Poppo, L. (1995): "Influence activities and strategic coordination: two distinctions of internal and external markets", *Management Science*, 41, 12: 1845-1859.
- Porrás Nadales, A.J. (1987): "Desarrollo autonómico y crisis del Estado Social (el caso de Andalucía)", *Revista Espanola de Investigaciones Sociologicas*, 37, enero-marzo: 219-231.
- Powell, W.W. (1990): "Neither market nor hierarchy: network forms of organization", *Research on Organizational Behaviour*, 12: 295-336.
- Powell, C. T. (1985): "El primer gobierno de la Monarquía y la reforma Suárez", *Revista de Occidente*, 54: 5-23.

- Powell, W.W. y L. Smith-Doerr (1994): "Networks and economic life", en Smelser, N.J. y Swedberg (eds.), *Handbook of economic sociology*, Princeton: Princeton Univ. Press.
- Powell, W.W. and P.J. DiMaggio (1991): *The new institutionalism in organizational analysis*, Chicago: Chicago University Press.
- Prud'homme, R. (1995): "The dangers of decentralization", *The World Bank Research Observer*, 10, 2: 201-220.
- Prud'homme, R. (1996): "Comment on 'Conflicts and dilemmas of decentralization' by Hommes", en M. Bruno y B. Pleskovic (eds.), *Annual World Bank Conference on Development Economics*, New York: The International Bank for Reconstruction and Development.
- Pruzin, D. (1993): "Location...and more", *World Trade*, 6, 9: 84-92.
- Puertas, B. Y M.P. López del Amo (1995): "Financiación pública de hospitales", en *Instrumentos para la gestión en Sanidad*, Valencia: IVESP and AES.
- Puig, J. (1987), "Equidad en la asignación territorial de recursos financieros versus equidad en el sistema sanitario", en *II Congreso de Salud Pública y Administración Sanitaria*. Madrid: SESPAS.
- Puig, J., López Casasnovas, G., Ortún, V., López, A. y Regidor, E. (1995): "Análisis de las necesidades, dotaciones y déficits en infraestructuras sanitarias en las Comunidades Autónomas del Estado español", Universidad Pompeu Fabra, trabajo no publicado
- Putnam, R. (1987): "Institutional performance and political culture in Italy: Some puzzles about the power of the past", Working Paper Series of the Center for European Studies, Cambridge: Harvard Univ. Press.
- Putnam, R. Et al. (1993): *Making democracy work*, Princeton: Princeton Univ. Press.

- Putnam et al. (1983): "Explaining institutional success: The case of Italian regional Government", *American Political Science Review*, 77, 1: 55-74.
- Raftery, J. (1993), "Capitation funding. Population, age, and mortality adjustments for regional and district Health Authorities in England", *BMJ*, 307, 30 October: 1121-4.
- Raftery, J., R. Robinson, J-A. Mulligan, y S. Forrest (1996): "Contracting in the NHS Quasi-market", *Health Economics*, 5: 353-362.
- Revista Española de Investigaciones Sociológicas, REIS (1989): *Datos de Opinión*, REIS, 46: 227-264.
- Rico, A. (1990): "Insurance policy-making in the Spanish Second Republic: Merits and limits of an attempt at reform, Madrid: CEACS papers.
- Rico, A. (1991a): "Avances en el control de la calidad de la asistencia sanitaria en España durante los años 80", trabajo no publicado.
- Rico, A. (1991b): "Las estadísticas y encuestas sanitarias en España (1977-1990)", trabajo no publicado.
- Rico, A. (1994), "Applications of multi-level modelling techniques to the measurement of outcome in the education and health sectors". Tesina para el MSc in *Health Economics* de la Universidad de York.
- Rico, A. (1996): "Mercados internos en Gran Bretaña: enseñanzas prácticas de las primeras experiencias de implementación de la reforma", en XIII Jornadas de Economía de la Salud, Madrid: Fundación Maphre.
- Rico, A. y M. Fraile (1997): "Capital social e intensidad de preferencias: la efectividad política comparada de las Comunidades Autónomas y los factores institucionales endógenos", trabajo no publicado.
- Ring, P. y Van de Ven (1992): "Structuring cooperative relationships among organizations", *Strategic Management Journal*, 13: 483-498.
- Rodríguez, J.A. (1987a): "La rebelión de los médicos: análisis sociológico de las actitudes de la profesión

- médica ante la organización de la sanidad en España", *Sistema*, 78: 69-100.
- Rodríguez, J.A. (1987b): *Salud y sociedad: análisis sociológico de la estructura y funciones del sector sanitario español*, Madrid: Tecnos.
- Rodríguez, J.A. y J. Miguel (1990): *Salud y poder*. Madrid: CIS y Siglo XXI de Editores.
- Roiz Celix, M. (1984): "Los límites de la modernización en la estructura social de Cataluña y Euskadi", *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 25, Enero-Marzo: 199-212.
- Rousseau, M.O. (1987): *Regionalism and regional devolution in comparative perspective*, New York: Praeger
- Rousseau, M. O. y R. Zariski (1987): *Regionalism and regional devolution in comparative perspective*, New York: Praeger.
- Ruiz Alvarez, J.L., M. García De Val, y M. Negro (1989), "La equidad en el reparto de los recursos sanitarios. el caso de España", en *Salud y Equidad*, VIII Jornadas de Economía de la Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ruiz Alvarez, J.L. y A. Blanco (1987): "Las estadísticas asistenciales en España: algunas reflexiones", *Revista de sanidad e higiene pública*, LXI, 1-2: 19-44.
- Ruiz Alvarez, J.L., L. Castet, y J.M. Crespo (1991), "Consideraciones sobre la reforma de la financiación de la sanidad pública española". *Presupuesto y Gasto Público*, 5: 173-97.
- Sabaté, E. (1980): "Modelos ideológicos de los españoles sobre frente a la reforma sanitaria", *Revista de la Seguridad Social*, 8: 185-190.
- Saez, M.J. (1981): "Estadísticas sanitarias y de prestaciones económicas", *Revista de Seguridad Social*, 12: 313-328.

- Sah, R. Y J. Stiglitz (1986): "The architecture of economic systems: Hierarchies and poliarchies", *American Economic Review*, 76: 716-727.
- Salas, J. (1988): "La interpretación constitucional del principio de coordinación", en *Jornadas sobre coordinación general sanitaria*, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Saltman, R.B. (1997): "Balancing state and market in health system reform", *European Journal of Public Health*, 7: 119-120.
- Sánchez Maldonado, J. (1992), "La propuesta andaluza de reforma de la financiación territorial de la sanidad", en *Seminario sobre la distribución entre las CCAA de los recursos públicos de la Sanidad*. Barcelona: Institut d'Estudis Autònoms, Generalitat de Catalunya.
- Sánchez Cuenca, J.I. (1995): *Las negociaciones agrícolas entre la Comunidad Europea y Estados Unidos en la Ronda Uruguay. Un análisis desde la lógica de la elección racional*, Instituto Juan March, tesis doctoral inedita
- Sanfrutos, N. (1989), "La financiación de los servicios regionales de salud. problemas y posibles soluciones". *Gaceta Sanitaria*, 5, 26: 219-224.
- Sanfrutos, N. (1995), "La financiación de la Sanidad. Distribución territorial de los recursos. El papel del comprador de servicios sanitarios", en *Mercados y Competencia en el Sistema Sanitario*, XIII Jornadas de Economía de la Salud. Sevilla: Junta de Andalucía (en prensa).
- Santamaría, J. A. et al. (1977): *Documentos para la historia del regionalismo en España*, Madrid: Instituto de Estudios de la Administración Local.
- Sappington, D.E. (1991): "Incentives in principal-agent relationships", *Journal of Economic Perspectives*, 5, 2: 45-66.

- Schmitter, P. (1986): "Neo-corporatism and the state" , en W.Grant, ed., *The political economy of corporatism*, London: Macmillan.
- Scott, W.R. (1995): *Institutions and organizations*, New York: SAGE.
- Segura, A. y B. Sanz (1989): "Estadísticas demográficas y sanitarias: un complemento necesario", *Revista de sanidad e higiene pública*, LXIII, 3-4: 3-8.
- Servicio Vasco de Salud (1990a): *Informe de Gestión 1987-1990*.
- Servicio Vasco de Salud (1990b): *Programas de Salud Pública*.
- Servicio de Estudios Sociológicos del IESS (1979a): "Encuesta nacional a la opinión pública sobre la organización sanitaria española y su posible reforma", en *Revista de la Seguridad Social*, nº3: 259-251.
- Servicio de Estudios Sociológicos del IESS (1979b): "Estudio comparativo entre Profesionales sanitarios y opinión pública sobre organización y reforma sanitaria", *Revista de la Seguridad Social*, 1: 113-140.
- Sevilla, F. (1995): "Financiación y prestaciones", en *Cambios en la regulación sanitaria*, XIV Jornadas de Economía de la Salud. Barcelona: Asociación de Economía de la Salud.
- Sharpe, L.J. (1985): "Intergovernmental policy-making: The limits of subnational autonomy", in Kaufmann, F.X., Majone, G., and Ostrom, V. (eds.) (1985): *Guidance, Control and Evaluation in the Public Sector*, Berlin: De Gruyter.
- Sharpe, L. J. (1988): "Local government reorganization: General theory and U. K. Practice", en F. Kjellberg y B. Dante (eds.), *The dynamics of institutional change. Local Government reorganization in Western democracies*, London: Sage.
- Sharpf, F.W. (1978): "Interorganizational policy studies: Issues, concepts, and perspectives", en K. Hanf y F.W.

- Sharpf (Eds), *Interorganizational policy making: limits to coordination and central control*, London: Sage.
- Sharpf, F.W. (1984): "Economic and Institutional Constraints of Full-Employment Strategies: Sweden, Austria and West Germany, 1973-1982), in Golthorpe (ed.), *Order and Conflict in Contemporary Capitalism*.
- Sharpf, F.W. (1988): "The joint-decision trap: Lessons from German federalism and European integration", en *Public Policy Administration*, 66: 239-278.
- Sharpf, F.W. (1993): "Coordination in hierarchies and networks", in F.W. Sharpf (Ed.) *Games in hierarchies and networks*, New York: Westview Press.
- Sharpf, F.W., B. Reissert, y F.Schnabel (1978): "Policy effectiveness and conflict avoidance in intergovernmental policy formation", en K. Hanf, y F.W. Sharpf (Eds), *Interorganizational policy making: Limits to coordination and central control*, London: Sage.
- Sheldon, T. y R. Carr-Hill, (1991a), "Equity and efficiency". *The Health Service Journal*, 25 July: 18-9.
- Sheldon, T. y R. Carr-Hill (1991b), "Measure for Measure". *The Health Service Journal*, 1, August: 22-4.
- Sheldon, T. y R. Carr-Hill (1991c), "Right approach, wrong method", *The Health Service Journal*, 8 August: 24-5.
- Sheldon, T., P. Smith, M. Borowitz, S. Martin, y R. Carr-Hill (1994), "Attempt at deriving a formula for setting general practicioner fundholding budgets", *BMJ*, 309: 1059-64.
- Simon, H. (1991): "Organizations and markets", *Journal of Economic Perspectives*, 5, 1: 25-44
- Skocpol, T. (1980): "Political response to capitalist crisis: Neomarxist theories of the state and the case of the New Deal", *Politics and Society*, 10, 2: 155-201.
- Skocpol, T. (1985): "Bringing the state back in: Strategies of analysis in current research", en P. Evans, T. Skocpol, y D. Rueschemeyer (eds.), *Bringing the state back in*, New York: Cambridge University Press.

- Smith, P., T. Sheldon, R. Carr-Hill, S. Martin, S. Peacock, y G. Hardman (1994), "Allocating resources to Health authorities. Results and policy implications of small area analysis of use of inpatient services". *British Medical Journal*, 309:1050-4.
- Smith, P. (1986), "Resource allocation by formula", en D. Mayston y F. Terry (eds.), *Public domain 1986*. London: Public Finance Foundation.
- Solozabal Echevarría, J.J. (1980): "Nación, nacionalidades y autonomías en la Constitución de 1978. Algunos problemas de la organización territorial del Estado", *Sistema*, 38-39: 257-282.
- Starr, P. y E. Immergut, (1987): "Health care and the boundaries of politics", en C.S. Maier (ed.), *Changing boundaries of the political. Essays on the evolving balance between the state and society, public and private in Europe*, Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Stewart, J. and Ranson, S. (1988): "Managing the Public Domain", *Public Money and Management*, Spring/Summer: 13-19.
- Studnicki, J. (1979): "Multihospital systems: a research perspective", *Inquiry*, 16: 315-322.
- Symeonidou, H. (1996): "Social protection in contemporary Greece", *Southern European Society and Politics*, 3: 67-86.
- Tamames R. y Clegg T. (1984): "Spain: Regional autonomy and democratic transition", en M. Herbert y H. Machin (eds.), *Regionalization in France, Italy and Spain*, London: LSE.
- Tanzi, V. (1996): "Fiscal federalism and decentralization: a review of some efficiency and macroeconomic aspects", en M. Bruno y B. Pleskovic (eds.), *Annual World Bank on Development and Economics 1995*, Washington D.C.: The International Bank for Reconstruction and Development, The World Bank.

- Teece, D.J., R. Rumelt, G. Dosi, y S. Winter, (1994): "Understanding corporate coherence: theory and evidence", *Journal of Economic Behaviour and Organization*, 23: 1-30.
- Terrón, J. y G. Cámara (1990): "Principios y técnicas de coordinación en los Estados compuestos: reflexiones sobre su aplicación en España", en *Comunidades Autónomas e instrumentos de cooperación interterritorial*, Madrid: Tecnos.
- Tirole, J. (1988): "The theory of the firm", in *The theory of industrial organization*, Cambridge: MIT University Press.
- Tirole, J. (1994): "The internal organization of government", *Oxford Economic Papers*, 46: 1-29.
- Tomás y Valiente, F. (1987): "El 'Estado Integral': nacimiento y virtualidad de una forma poco estudiada", en *La Segunda República Española. El primer bienio*, Madrid: Alianza editorial.
- Trías, X. y Vidal de Llobatera(1990): "Discurso de presentación del Proyecto de Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña ante el Parlamento de Cataluña", en *Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña*, Barcelona: Departament de Sanitat i Seguritat Social.
- Unión General de Trabajadores, UGT (1989): "Propuesta Sindical Prioritaria", *Información Sindical*, 75, octubre, Madrid: Oficina de prensa confederal.
- Van Doorslaer, E. y A.Wagstaff (1992), "Equity in the delivery of Health care. Some international comparisons". *Journal of Health Economics*, 11, pp.389-411.
- Varela, S. (1976): *El problema regional en la II República*, Madrid: Unión Editorial.
- Varela, S. (1978): *Partidos y parlamento en la Segunda República*, Madrid: Fundación Juan March/Editorial Ariel.
- Varios Autores (1991): *Las Economías regionales en la España de los 90*, Madrid: Colegio de Economistas.

- Vengroff, R. y H. Ben Salem (1992): "Assesing the impact of decentralization on governance: a comparative methodological approach and application to Tunisia", *Public Administration and Development*, 12: 473-92.
- Vidal-Beneyto, J. (ed) (1991): *España a debate*, Barcelona: Tecnos.
- Vila López, L. (1979): "Posición tradicional de los colegios de médicos sobre el tema de la liberalización de la profesión médica", *Revista de la Seguridad Social*, nº3: 199-218.
- Vilas Nogueira, J. (1992): "Las elecciones en Galicia (1976-1991)", *Working Paper del Institut de Ciències Polítiques i Socials*, 57, Barcelona: ICPS.
- Villar Rojas, F.J. (1995): "La huída al derecho privado en la gestión de los servicios de salud", en *Cambios en la regulación de la sanidad*, Barcelona, SG editores.
- Viñas, Montserrat (1993): "Estudio comparativo de los servicios de salud configurados en las leyes autonómicas", *Puntexpress Sanidad*, 114: 1-4.
- Vives i Pi-Sunyer (1991): "La jurisprudencia del Tribunal Constitucional", en Aja, E., E. Alberti, T. Font, y J. Tornos, *Informe Pi i Sunyer sobre Comunidades Autónomas 1990*, Barcelona: Fundació Carles Pi i Sunyer d'Estudis Autonòmics i Locals.
- Vuori, H.B. (1989): *El control de calidad en la asistencia sanitaria: conceptos y metodología*, Barcelona: Mason.
- Wagstaff, A. y E. Van Doorslaer (1992): "Equity in the finance of health care. Some international comparisions", *Journal of Health Economics*, 11: 361-87.
- Wagstaff, A., E. Van Doorslaer, y P. Paci (1991): "On the measurement of horizontal inequity in the delivery of health care", *Journal of Health Economics*, 10: 169-206.
- Walzer, M. (1987): *Interpretation and social criticism*, Cambridge: Harvard University Press.

- Weber, M. (1978): *Economía y sociedad*, Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Weir, M. y T. Skocpol (1983): "State structures and social keynesianism: Responses to the Great Depression in Sweden and the United States", *International Journal of Comaparative Sociology*, 24, 1-2: 4-29.
- Wennberg, J.E. (1993): "Future directions for small area variations research", *Medical Care*, Special Issue YS: 75-80.
- Wennberg, J.E., J.L. Freeman y W.J. Culp, (1987): "Are hospital services rationed in New Haven or over-utilized in Boston?", *The Lancet*, May 23: 115-8.
- Whitehead, M. (1992): *Inequalities in health. The black report and the health divide*, London: Penguin.
- Wildasin, D. (1996): "Comment on 'Conflicts and dilemmas of decentralization' by Hommes", in M. Bruno y B. Pleskovic (eds.), *Annual World Bank on Development and Economics 1995*, Washington D.C.: The International Bank for Reconstruction and Development, The World Bank.
- Williamson, O. (1975): *Markets and hierarchies: analysis and antitrust implications*, N.Y.: The Free Press.
- Williamson, O. (1979): "Transaction cost economics: The governance of contractual relationships", *Journal of Law and Economics*, 22: 233-261.
- Williamson, O. (1981): "The Economics of organization: The transaction cost approach", *American Journal of Sociology*, 87, 3: 548-577.
- Williamson, O. (1985): *The economic institutions of capitalism*, N.Y.: The Free Press, Chapters 7, 8, 11, 12 and 13.
- Williamson, O. (1989): "Transaction cost economics", in Schmalensee, R. y R. Willig (eds), *Handbook of industrial organization*, Amsterdam: North Holland.
- Williamson, O. (1990a): "A comparison of alternative approaches to economic organization", *Journal of Institutional and Theoretical Economics*, 146: 61-71.

- Williamson, O. (1990b): "Chester Barnard and the incipient science of organization", en O. Williamson (ed), *Organization theory*, N.Y.: Oxford University Press.
- Williamson, O. (1990c): "The firm as a nexus of treaties: an introduction", en M. Aoki, B. Gustaffson, y O. Williamson (eds.), *The firm as a nexus of treaties*, London: Sage.
- Williamson, O. (1991): "Comparative economic organization: the analysis of discrete structural alternatives", *Administrative Science Quaterly*, 36: 269-296.
- Williamson, O. (1993): "Calculativeness, trust and economic organization", *Journal of Law and Economics*, 36: 453-86
- Williamson, O. (1994): "Transaction cost economics and organization Theory", in N.J. Smelser y Swedberg (eds.), *Handbook of economic sociology*, Princeton: Princeton Univ. Press.
- Williamson, O. and Winter, S. (1991): *The nature of the firm*, N.Y.: Oxford University Press.
- Wright, V. (1984): "Regionalization in France, Italy and Spain: Some concluding remarks", in M. Hebbert y H. Machin (eds.), *Regionalization in France, Italy and Spain*, London: London School of Economics and Political Science.
- Yuste Grijalba, F J (1983): "La salud en la Constitución Española y en los Estatutos de Autonomía de sus nacionalidades y regiones", *Revista de sanidad e higiene pública*, 57, 3-4: 277-303
- Zuckerman, Howard S. (1979): "Multi-institutional systems: promise and performance: Hospital integration and consolidation for purposes of cost containment and service rationalization", *Inquiry: the journal of health care organization, provision and financing*, 16: 291-314.