

**Sanidad
y cohesión social**
Debate de expertos

Seminarios y Jornadas 35/2006

Ninguna parte ni la totalidad de este documento puede ser reproducida, grabada o transmitida en forma alguna ni por cualquier procedimiento, ya sea electrónico, mecánico, reprográfico, magnético o cualquier otro, sin autorización previa y por escrito de la Fundación Alternativas

© Fundación Alternativas

ISBN: 84-96653-34-X

Depósito Legal: M-48213-2006

El día 4 de octubre 2006 tenía lugar en la sede de la Fundación Alternativas el Seminario cuya transcripción sigue a estas líneas. Aunque la materia sanitaria había merecido amplia atención entre los trabajos del Laboratorio de Alternativas, ésta es la primera ocasión en que dos trabajos distintos, uno de carácter jurídico constitucional y otro de matriz principalmente económica, son discutidos conjuntamente. Ambos se refieren a la materia sanitaria y participan de una preocupación compartida: la necesidad de perfeccionar los instrumentos, jurídicos y económicos, a partir de los cuales se diseñan y ejecutan las políticas sanitarias en el Estado de las Autonomías.

Transcurridos ya muchos años desde la aprobación de la Constitución, algunos menos, pero bastantes, desde la aprobación de los estatutos de autonomía y siendo plena la asunción de competencias en el terreno sanitario por parte de todas las comunidades autónomas, el modelo de prestación de servicios ha entrado en su madurez. Pero, a la vez, la dinámica social sigue planteando nuevos retos y problemas no previstos: el gasto sanitario crece sin parar, impulsado, entre otros vectores, por las nuevas tecnologías sanitarias y por el gasto farmacéutico. De otro lado, la demanda de atención primaria y, sobre todo, la especializada, no se producen con la misma intensidad territorial; y la oferta de servicios tiene dificultades, igualmente, para acomodarse armónicamente a ámbitos territoriales muy diversos, como son los que caracterizan a las comunidades autónomas españolas. No es, pues, extraño que los problemas de suficiencia o insuficiencia de recursos para hacer frente a las competencias sanitarias hayan sido uno de los argumentos más frecuentes del debate autonómico y financiero. Un problema que no puede desconectarse del papel que desempeña el Sistema Nacional de Salud en la garantía de la igualdad básica de los derechos de los ciudadanos de distintas comunidades autónomas.

La perspectiva económica, con el análisis de la financiación sanitaria, de sus mecanismos específicos, su evolución en el tiempo, las reformas experimentadas, el balance del camino recorrido y las mejoras que se pueden proponer para superar los problemas detectados, de suficiencia, de equidad y de incentivos, fueron objeto de un meditado trabajo abordado por Javier y Pedro Rey bajo el título La financiación sanitaria autonómica. Un problema sin resolver. De él se desprendía, entre otras consideraciones, la necesidad de velar por nuevos y más potentes instrumentos que asegurasen, en un Estado descentralizado como el nuestro, las importantes funciones atribuidas al Estado como garante de la cohesión y de la igualdad social básica.

Ahora bien, algunos de los problemas detectados no eran sólo, ni siquiera principalmente, problemas económicos. Algunos tienen que ver con el ejercicio efectivo de las competencias en sanidad y materias conexas por las comunidades

autónomas y el Gobierno central. Era importante, en consecuencia, evaluar la coherencia del modelo diseñado mediante la articulación de las disposiciones de la Constitución, de los Estatutos de Autonomía y de las leyes sectoriales correspondientes y la suficiencia o insuficiencia de los instrumentos jurídicos existentes. Se trataba de analizar su idoneidad efectiva para garantizar la armonía del conjunto y, en lo que aquí interesa más, la formulación de una política sanitaria al servicio, una vez más, de la igualdad básica de los ciudadanos.

El trabajo de Juan José Solozábal, Bases constitucionales de una posible política sanitaria en el Estado autonómico, ilustra desde su propio título la confianza en la posibilidad misma de alcanzar aquellos objetivos. No necesariamente porque lo existente sea perfecto, ni mucho menos, sino porque el marco jurídico permite la existencia de sobrados instrumentos para ello, a condición, naturalmente, de que se tenga la voluntad política de hacer uso de los mismos.

En el marco de ambas reflexiones, jurídica y económica, un conjunto de especialistas, en distintas disciplinas, procedentes del mundo académico y político, de las administraciones central y autonómica, debatieron ampliamente los problemas señalados y sus posibles soluciones. Todos ellos contribuyeron a enriquecer los trabajos antes citados y a sugerir nuevas líneas de meditación y diversas propuestas de actuación. Vaya para ellos mi gratitud por su esfuerzo, su tiempo y sus ideas.

Quiero, finalmente, expresar mi confianza en que el lector interesado pueda encontrar en el texto de las intervenciones del seminario material útil para un debate tan apasionante como indispensable. Como podrá comprobar el lector, no es de autonomía frente a centralismo de lo que se debate en este seminario. El principio autonómico es, afortunadamente, una parte insoslayable de nuestra realidad institucional. Pero no todos los problemas se resuelven mediante más descentralización. En particular, algunas de las insuficiencias de nuestro sistema parecen tener que ver con la insuficiente integración funcional de las instituciones centrales y territoriales que en él inciden y, a los efectos de coordinación y dirección de la política sanitaria, con el débil papel jugado en la práctica por las instituciones llamadas a asegurar la coherencia y armonía del conjunto. Formular propuestas sensatas y válidas para superar estos problemas debiera ser una tarea decidida de los defensores del Estado de las Autonomías. Esto es lo que se ha pretendido hacer en el seminario que ahora se presenta.

Juan Manuel Eguiagaray Ucelay

Director del Laboratorio de la Fundación Alternativas

Asistentes

Juan Manuel Eguiagaray, director del Laboratorio de Alternativas.

Juan José Solozábal, catedrático de Derecho constitucional. UAM.

Javier Rey del Castillo, médico especialista en Cardiología. Secretario de la Comisión Nacional de Reproducción Asistida.

Pedro Rey Biel, economista. Profesor de Economía de la Universidad Autónoma de Barcelona.

César Aguado Renedo, profesor titular de Derecho constitucional de la Universidad Autónoma de Madrid.

Rafael Díaz-Regañón García-Alcalá, coordinador de Estudios y Análisis Económico de la Consejería de Salud de Castilla-La Mancha/SESCAM.

Miguel Ángel García Díaz, Gabinete Técnico Confederal de CC OO.

Mónica Melle, subdirectora general de Análisis Económico de las Comunidades Autónomas.

Ángel Menéndez Rexach, catedrático de Derecho administrativo. UAM.

Alberto Pérez Calvo, catedrático de Derecho constitucional de la Universidad Pública de Navarra.

Tomás de la Quadra-Salcedo Janini, profesor doctor de Derecho constitucional. UAM.

Rosa Urbanos Garrido, asesora de la Ministra de Sanidad y Consumo.

Francisco Velasco Caballero, profesor titular de Derecho constitucional. UAM.

José M.^a Vidal, Director General de Cooperación Autonómica.

Informe de contenidos

Juan Manuel Eguiagaray (moderador)

■ Quiero daros la bienvenida a la Fundación Alternativas al acudir a este seminario del Laboratorio. Mi función va a ser nada más que ordenar un poco, indicaros la manera como solemos proceder en general en estos seminarios que organizamos.

Quería también dar alguna explicación sobre algunas ausencias que, ciertamente, se han producido en los dos últimos dos días y algunas esta misma mañana. Por diferentes razones, reuniones de última hora, compromisos, se han visto obligados a decirnos que no pueden venir. Ahora mismo lo acaba de hacer el Director del Instituto de Estudios Fiscales, Jesús Huertas. Siento las ausencias, pero hay que aceptarlas, y a los que estáis aquí tengo que daros las gracias.

Habíamos tratado de unir en este seminario sobre la sanidad dos perspectivas, una sustancialmente jurídico-constitucional y otra económica, que nos parecía útil tratarlas conjuntamente, más teniendo en cuenta que los autores, de una y de otra, habían tenido relación en el proceso de elaboración de sus respectivos documentos. Así, juristas y economistas, que no siempre se suelen entender mucho, podrán hablar un lenguaje aproximadamente común, para ver cómo en el Estado de las autonomías los problemas de la equidad, de la igualdad, de la garantía de la igualdad en el conjunto del territorio tienen una aproximación, por un lado, jurídico-constitucional, y, además, también una aproximación desde el punto de vista económico. Este era en buena parte el sentido que tenía el haber encargado estos dos documentos y el que tiene ahora este seminario conjunto.

El profesor Solozábal, viejo colaborador de esta casa y amigo de todos nosotros, tuvo ocasión, en una fase previa de la elaboración del documento, de hacer una primera presentación a la que algunos asististeis. Hubo ya entonces un diálogo útil, dirigido a perfilar lo que se puede hacer, tras bastantes años de experiencia de descentralización y funcionamiento del Estado de las Autonomías, para hacer frente a problemas conocidos que afectan a su propia funcionalidad. Debo aclarar que nadie postula en este momento la vuelta a un neocentralismo, pero sí, al menos, la madurez suficiente como para ver que hay algunas cosas que no se resuelven solamente desde una perspectiva de descentralización, sino que requieren alguna perspectiva común.

Los juristas debieran o debierais ser capaces de aportar aquello que constitucionalmente hoy, de acuerdo con nuestra mejor tradición, con la ley, con la jurisprudencia, y con el buen sentido, podría ser predicado de cara al futuro, si queremos hacer que la sanidad y la salud pública sean objeto de un tratamiento adecuado.

Naturalmente la sanidad en el Estado de las Autonomías tiene otras vertientes que son las económicas. Creo que el trabajo que han hecho Javier Rey y Pedro Rey complementa la

perspectiva jurídica anterior y es sensible y respetuoso con aquello que, desde la perspectiva jurídico-constitucional, hay que tomar como un dato de nuestro modelo de distribución de competencias. Los autores aportan su experiencia de seguimiento de estos asuntos y la constatación dolorosa de que no todas las cosas funcionan tan bien como quisiéramos en este Estado de las Autonomías. Por lo tanto, yo creo que hay un primer mensaje de exigencia que nos dice: no demos el mundo por hecho, no nos conformemos con lo que existe, sino tratemos de ver si se puede innovar, si se puede hacer algo más y hacerlo con una sensibilidad a la vez autonómica y a la vez constitucional. Pero sobre todo, los autores nos recuerdan la importancia de una perspectiva que considere la igualdad básica de los ciudadanos en el conjunto del territorio y la garantía de un servicio básico como es la protección de la salud que, hoy por hoy, todavía es un gran servicio y que esperamos que en el futuro pueda seguir siéndolo.

Bueno, con esta elemental introducción le pido a Juanjo y luego a Javier y a Pedro que hagan un esbozo, una síntesis no demasiado larga, de sus respectivos trabajos para que pueda haber un diálogo abundante.

Juan José Solozábal

“ Muchas gracias, Juan Manuel, primero por la invitación a tomar parte en esta serie de estudios o trabajos que diriges en la Fundación Alternativas y después por tus amables palabras.

Como todos tenéis los documentos, quizás solo he de preparar el toro en su sitio adecuado y después, entre todos, trataremos de lidiarlo.

Parto de la idea de que se trata de anclar constitucionalmente las competencias que tiene el Gobierno central en el campo o ámbito de la salud en un contexto que es el del Estado social, es decir, un modelo en el que a los poderes públicos les corresponde una actuación conformadora y en cualquier caso influyente en el proceso social; pero un contexto también que es el del Estado autonómico, en el que los títulos de intervención del Estado central deben hacerse compatibles con las atribuciones de las comunidades autónomas; y teniendo en cuenta que estamos hablando en el plano que a mí me corresponde con un desarrollo normativo importante. De manera que no sólo tenemos datos constitucionales, sino que tenemos también leyes, naturalmente antes de nada la Ley de Cohesión y Calidad, pero también leyes autonómicas, etc. En relación con las competencias del Gobierno central, lo que se hace en este trabajo, como recordáis, es distinguir entre lo que pueden ser títulos de intervención, vamos a llamarlos “implícitos o no específicos”, y títulos de intervención explícitos que se refieren concretamente al campo de la salud o al campo de la sanidad. Pero, insistiendo en lo que decíamos antes, atribuyendo un protagonismo público repartido entre el Estado central y las comunidades autónomas.

Respecto a los títulos implícitos, recordáis que en mi trabajo se parte de un dato que yo creo que es interesante, y que es obvio, pero que no siempre se asume, al menos de modo explícito, y es que la sanidad es un sector importante de la política (interior) que por mandato del artículo 97 CE corresponde dirigir al Gobierno. De manera que el Gobierno tendría una competencia general, algo así como un fondo residual, en relación

con su intervención en la sanidad, en cuanto que la sanidad, hoy en día, es un ámbito perteneciente a la política interior. Otro título competencial implícito es el que se deriva del artículo 149.1.1ª CE que establece, como sabéis, la competencia del Estado sobre la regulación de las condiciones básicas que garantizan la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales.

Se trata de entender, concretamente, este título en relación con la sanidad. Es un título que –ha dicho el Tribunal Constitucional– no permite proceder a una regulación general de los derechos en cuestión, el derecho a la salud, en este caso, pero llamo la atención sobre el hecho de que es un título que se refiere a una intervención no sólo sobre derechos o posiciones subjetivas favorables, sino sobre deberes, y no sólo sobre derechos fundamentales, sino sobre derechos constitucionales. Es decir, que la intervención del Estado, asegurando el ejercicio en condiciones de igualdad de este derecho, podría reforzar determinadas atribuciones de actuación general asimismo por parte del Estado en relación con esta materia.

Otro título implícito es el que podría derivarse de la caracterización que se hace en el artículo 43 de nuestra Constitución del derecho a la salud. En este artículo se establece el derecho a la protección de la salud. Es, pues, un derecho evidentemente no fundamental, al menos en términos técnicos, y, por tanto, no es un derecho amparable, en razón de su localización –vuelvo a repetir– en el artículo 43; no requiere ley orgánica para su desarrollo. Pero es un derecho que materialmente, diríamos, sí es fundamental. De manera que hay una relación entre la salud y la dignidad de la persona que implica que alguien a quien no se le aseguran las prestaciones suficientes en este campo es alguien que no es tratado con dignidad.

El problema que plantea el derecho a la salud es el de saber qué tipo de asistencias o qué tipo de prestaciones reconoce. Y eso es algo que se especifica precisamente en la Ley 26/2003, la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. La asistencia es función, como sabéis, de un catálogo de prestaciones y una cartera de servicios, establecidos en normas respectivamente legales y reglamentarias, en principio centrales, pero que pueden dar origen a complementos por parte de las comunidades autónomas. Aquí en esta ley lo que se trata es de asegurar una asistencia suficiente, homogénea y sustancialmente igual en todo el territorio nacional, teniendo en cuenta que ya no estamos ante un planteamiento constitucional, sino que estamos ante exigencias que están incluidas en una norma legal. Otro problema importante es el que tiene que ver con el aseguramiento de los derechos de prestación a través de la técnica del servicio público. Es una cuestión en la que no procede que ahora me detenga, pero sobre la que me ocupó con algún detalle en mi informe.

Al lado de estos títulos implícitos podemos hablar de títulos explícitos, es decir, títulos constitucionales que se reconocen en el ámbito de la salud, no ya que pueden afectar a la salud, sino que se reconocen en el ámbito de la salud en la Norma Fundamental. Lo que se hace en el informe es explicar estas competencias que el artículo 149 atribuye al Estado central en relación con las bases y la coordinación general de la sanidad. Al respecto es inevitable que en el papel se tome un cierto partido por el modo de entender las bases. Se trata de una intervención a la que se refiere este artículo, el artículo 149.1.16ª, una intervención normativa, y que tiene que ver con el entendimiento de la

ley, en concreto de su espacio normativo, en el Estado autonómico. Al Estado le corresponde, primeramente, el establecimiento de las bases, una regulación que asegura una uniformidad relativa en el ámbito de que se trate, y las comunidades autónomas lo que hacen es desarrollar ese núcleo regulado por el Estado. Sabiendo que las bases no pueden agotar la ordenación de la materia, pues han de dejar espacio suficiente para que las comunidades autónomas puedan seguir una política propia, y partiendo de la idea de que esas bases han de tener normalmente un significado principal, pero no necesariamente. Se acepta asimismo que en la determinación de lo básico hay una decisión política, esto es, discrecional e incontrolable, siempre que jurídicamente sea correcto el acotamiento material que llevan a cabo dichas bases.

Nuestra Constitución, como decíamos en este ámbito, atribuye al Estado las bases y la coordinación general. Entonces, en una segunda consideración, se trata de ver qué es lo que hay que entender por coordinación. La coordinación es una forma de colaboración específica que tiene las características de multilateral y forzosa, y en virtud de la cual se atribuye una preeminencia al Estado en las relaciones concretas en las que se requiera. Esto quiere decir que hay una diferenciación entre lo que son las exigencias de la coordinación general tal como se contempla en la Constitución en determinados ámbitos concretos, en el caso de la actividad económica, en el caso de la investigación científica y técnica y en el caso de la sanidad, y lo que serían consecuencias de un deber más bien político de información, ayuda, etc., entre las instancias centrales y las instancias autonómicas en cualquier campo de actuación. Entonces lo que se hace es llamar la atención sobre el contexto en el que se produce la coordinación general, que en la Constitución es un contexto de escasa densidad, es decir, hay pocas referencias constitucionales a la colaboración, que las hay, en el caso del Senado, en el caso de la legislación básica y la legislación de desarrollo que hemos visto. Y se hace también una referencia a la problemática de las conferencias sectoriales, que quizás es ocioso reiterar aquí. Esto lleva a proseguir con el estudio de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud en lo que se refiere al Consejo Interterritorial, de manera que en el papel se dedica bastante atención a la exposición de lo que es el Consejo Interterritorial según la Ley de Cohesión. ¿Qué es lo que se dice en el papel sobre el Consejo? En primer lugar, se traslada al informe un sentimiento que yo no oculto, de cierta insatisfacción con la regulación de este organismo. Es decir, yo creo que al Consejo, tal como se diseña en la Ley de Cohesión, le son aplicables los reproches que cabe formular, a mi modo de ver, a esta ley.

¿Cuáles son tales reproches? Una falta de claridad en la intencionalidad, una profusión reglamentista, en el plano normativo y, en definitiva, una indeterminación de esta figura bastante llamativa. Es una ley sincrética que gozó del apoyo de todo el mundo, pero a condición de incluir lo que todo el mundo quería. Con lo cual el resultado es difícilmente comprensible. Entonces lo que se hace en el papel es tratar de superar esa profusión normativa que se refiere al Consejo, distinguiendo entre lo que es el significado de la institución como organismo de coordinación con lo que son sus funciones de configuración del sistema sanitario, de control, etc., y lo que son sus atribuciones concretas, o sus poderes tasados o competencias propiamente dichas. En cualquier caso yo creo que lo más interesante sobre esta crítica que se hace es el inclinarse por una idea del Consejo como órgano administrativo auxiliar del Gobierno, es decir, no es un auténtico órgano director de la política sanitaria, porque no tiene a su cargo el diseño y el control de dicha materia. Esto naturalmente corresponde al Gobierno. Y esto se ve de algún modo en la regulación de la ley. Las decisio-

nes, los acuerdos del Consejo son llamados recomendaciones. Lo que hace el Consejo es conocer y debatir, se dice, y no puede ser, además, de otro modo, puesto que el Consejo no es un órgano homogéneo. En efecto, se trata de un organismo que está integrado por el ministro y por los consejeros de las comunidades autónomas, que designan a un vicepresidente; pero no es un órgano que tenga un sentir propio, que comparta una posición política. En mi informe se hacen también unas recomendaciones, a las que ahora no me voy a referir, en relación con una rectificación que yo entiendo que sería muy deseable del funcionamiento del Consejo, de manera que no esté dependiente del capricho o del veto eventual de los consejeros.

La última parte está dedicada a la Alta Inspección. ¿Qué es lo que se trata de ver con la Alta Inspección? Poner un poco yo creo en contraposición lo que es, lo rimbombante que puede ser el nombre de esta función, o del órgano que la desempeña, y lo que es verdaderamente su cometido, y poner en relación la Alta Inspección con una problemática interesante de la que luego hablará Javier, que es la problemática de las subvenciones condicionadas. Brevísimamente, la Alta Inspección consiste en el control, tal vez sería mejor decir el seguimiento, que lleva a cabo la Administración central de la ejecución autonómica de la legislación en materia sanitaria del Estado. Por lo tanto, tiene que existir Administración central, es decir, si no hay Administración central no hay una dualidad de administraciones y no es posible la Alta Inspección. Como resulta bien sabido, por medio de esta institución se trata de asegurar el cumplimiento uniforme de la ordenación estatal facilitando al efecto el control jurisdiccional en el Tribunal Constitucional o ante los tribunales contencioso-administrativos de las comunidades autónomas. De manera que estamos hablando, por tanto, de una función auxiliar que no puede plantearse lógicamente para sustituir o desvirtuar la actuación de la Administración autonómica. De otro lado, la Alta Inspección es una institución no prevista constitucionalmente, establecida exclusivamente en la ley, en el supuesto de la educación, en el supuesto de las competencias laborales y en el caso de la sanidad.

Decía que esto está relacionado con las subvenciones a las comunidades autónomas, del Estado en materia de sanidad, sobre todo a partir del Fondo de Cohesión. Ha habido, como sabéis, una visión muy restrictiva al respecto, especialmente por parte de la doctrina del Tribunal Constitucional. Y la función atribuida a la Alta Inspección es evitar el derroche de los fondos que en materia de sanidad dedica el Estado o da el Estado a las comunidades autónomas. Aparentemente hay un juego diferente de las subvenciones en el Estado español en relación con otros supuestos federales, en los que claramente se trata de compensar las insuficiencias de los entes descentralizados, y supuestos en los que parece, sobre todo, tenerse en cuenta antes que la problemática competencial de los entes descentralizados los intereses a una atención homogénea, igual y suficiente de los ciudadanos de estos Estados. Digo aparentemente porque la verdad es que ha habido una cierta rectificación de la doctrina constitucional sobre las subvenciones, sobre todo en el campo de la planificación económica. De manera que yo creo, y concluyo, que se puede pensar en el futuro en una política de ayudas y de préstamos que, respetando, como se dice en la jurisprudencia norteamericana respecto de los Estados, la autonomía constitucional de las comunidades, y en cualquier caso admitiendo ya no sólo en la ejecución, sino en el propio diseño de las subvenciones del Estado central, a las comunidades autónomas, éstas tengan también intervención y no aparezcan como meros instrumentos en la política del Estado central.

Juan Manuel Eguiagaray

■ Muchas gracias, Juanjo. Yo creo que hay temas más que suficientes para el debate, desde los títulos competenciales al papel del Gobierno central, sin olvidar el papel del Consejo Interterritorial que, sin duda alguna, es uno de los caballos de batalla.

Ahora Javier y Pedro tratarán los temas económicos. Procurad ser sintéticos para que tengamos suficiente tiempo para las intervenciones.

Javier Rey

“ Por supuesto mi intervención tiene que comenzar por agradecer a la Fundación el interés que muestra por este tema de la financiación sanitaria. No es el primer trabajo que se publica en la Fundación respecto a la financiación. Lamento que no esté aquí el director del Instituto de Estudios Fiscales, que es autor de un trabajo previo con el actual Secretario de Estado de Seguridad Social, tema en el que les impliqué porque entraba dentro de sus materias de interés, y tenían cosas muy importantes que decir, en un momento en el que estaba empezando a aplicarse el sistema de financiación nuevo.

El que tengamos que volver sobre esta cuestión se deriva, pues, de algo que pretende reflejar el propio título del trabajo. La financiación sanitaria autonómica es un problema sin resolver. Y en este sentido, creo que lo primero que hay que hacer es justificar por qué es un problema sin resolver.

Lo es desde el punto de vista cuantitativo, para todos los países desarrollados, en los cuales el crecimiento del gasto es un problema que tratan de atajar con mecanismos distintos. Es un problema también para los sistemas federales quizás o en relación con su propia organización, que es algo que hemos pretendido explorar en el trabajo, el control del incremento del gasto sanitario. El gasto sanitario ocupa partidas muy relevantes de los presupuestos, ocurre lo mismo en cualquier otro país federal o no. Y siempre se plantea el dilema de cuál es la razón del crecimiento del gasto. Respecto a esa cuestión, hay dos tendencias fundamentales. Una atribuirlo al crecimiento de la población y a su envejecimiento, y otra a la innovación tecnológica y el uso intensivo de las tecnologías, el incremento del consumo sanitario, por razones que habría que ver, por parte de los ciudadanos.

Tabla 1. Las razones del trabajo: un problema sin resolver.

Aspectos cuantitativos

- El crecimiento del gasto sanitario, un problema común a la totalidad de los países desarrollados.
- Las razones de crecimiento del gasto, una cuestión polémica cuya valoración orienta la solución a adoptar.
- El crecimiento del gasto, un problema también en España, con algunas peculiaridades en cuanto a su composición.
- Los acuerdos de la Conferencia de Presidentes como expresión de un enfoque sólo cuantitativo del problema.

Fuente: Elaboración propia

En España el problema del crecimiento del gasto sanitario es un problema también relevante, que tiene algunas peculiaridades, en cuanto hay algunas partidas que se diferencian netamente en cuanto a su volumen de lo que ocurre en otros países claramente el gasto farmacéutico, cuya proporción es mucho más elevada que en otros países. Eso conlleva otro tipo de problemas de la gestión de los propios servicios sanitarios, al disponer de una proporción menor del gasto para otras partidas, de manera singular el gasto en personal.

Este problema cuantitativo es el que permanentemente ha estado de relieve en nuestro país. Quizás la mejor prueba de ello son los acuerdos de la Conferencia de Presidentes autonómicos de septiembre de 2005, donde se acordó que, como se había gastado más en sanidad de lo que estaba previsto (atribuyendo, además, la razón del crecimiento del gasto fundamentalmente al aumento de la población inmigrante), lo que había que hacer era proporcionar fondos adicionales a la sanidad.

En el trabajo consideramos que este enfoque puramente cuantitativo del problema no es correcto, y, además, lleva a que no se pueda solucionar en el futuro de manera adecuado.

Desde el punto de vista cualitativo, que es el que exploramos en el trabajo, nos parece que en la organización federal o quasi federal, autonómica del Estado de las autonomías, donde la responsabilidad de la gestión está traspasada a las comunidades autónomas, precisamente son problemas de organización e información los que impiden abordar adecuadamente las razones del crecimiento del gasto, y en función de eso, establecer mecanismos adecuados para su control.

Por otra parte, esta falta de mecanismos adecuados de la gestión y control del gasto sanitario pone en peligro la sostenibilidad financiera de los servicios sanitarios, que son el vehículo de mantenimiento de la protección sanitaria universal. Y ello por dos razones. Una, porque, si el incremento del gasto se sigue produciendo, probablemente se van a buscar –de hecho ya se han planteado en alguna ocasión, que se menciona en el trabajo de manera explícita– fuentes adicionales de financiación de la protección sanitaria equitativa y universal. Y, por otro lado, también se puede poner en peligro la protección sanitaria universal como consecuencia de una organización sanitaria que concede la responsabilidad no sólo de la gestión de los servicios, sino, con el sistema de financiación que tenemos, también de su propio sostenimiento financiero, a las comunidades autónomas: tal responsabilidad

Tabla 2. Las razones del trabajo: un problema sin resolver.

Aspectos cualitativos

- Algunos efectos del sistema de financiación sanitario español.
 - Sobre el conocimiento de las razones del crecimiento y las posibilidades de su control.
 - Sobre la cobertura sanitaria en España en condiciones de equidad para toda la población en todo el territorio español.
- Falta de claridad en la explicación pública de la situación por parte de los partidos políticos.
- Coincidencia de fondo en las soluciones propuestas.

Fuente: Elaboración propia

fiscal por parte de éstas carece de mecanismos de compensación o intervención del Estado que sirvan para corregir las desigualdades en capacidad fiscal que evidentemente existen entre las regiones españolas, como ocurre en cualquier otro país de constitución federal o similar. Por esas dos razones creemos que tiene mucha importancia el establecer mecanismos de financiación y de control del gasto sanitario que sirvan y que estén al servicio de la protección sanitaria universal.

En España nos parece que, desde un punto de vista cualitativo, es un problema añadido la ausencia de diferencias sustanciales en los programas de unos y otros partidos con posibilidades de Gobierno. Esto hace que al final, como se comenta en el trabajo, se apoye a un mismo sistema de financiación, independientemente de que su aprobación se planteara con uno u otro partido en el Gobierno. A esas carencias se suman las de una Ley de Cohesión cuya ineficacia a los efectos deseados en algunos sentidos ha sido ya comentada por Juan José Solozábal, como autor del otro trabajo.

Para valorar todas estas cuestiones y lograr que la financiación sanitaria esté al servicio, no sólo de la financiación autonómica, de la que en este momento forma parte inseparable, sino de la protección sanitaria universal, es para lo que hemos desarrollado este trabajo, que tiene una metodología caracterizada: la comparación con lo que ocurre en otros países federales o cuasi federales de organización descentralizada, donde se mantiene la protección sanitaria universal. Pretendemos comparar esos países a pesar de que son muy distintos en tamaño, tal y como se aprecia en una tabla al principio del trabajo. Sin embargo, de todos ellos, siempre que tengan una organización descentralizada de la gestión sanitaria, y a la vez una protección sanitaria universal, se pueden deducir algunas características comunes que se exponen en el trabajo y que son las que se contrastan con el sistema sanitario español.

Por otra parte, entendemos que algunos de los pormenores del trabajo resultan excesivos para una persona no conocedora del tema, y eso ha hecho que hiciéramos un capítulo introductorio inicial, mientras que los detalles y la descripción de lo que ocurre entre países se hace en los capítulos siguientes. Esa descripción pormenorizada nos parece en todo caso que no es trivial, porque realmente en el mercado de las ideas español, al menos en el que nosotros conocemos, se han establecido algunos lugares comunes respecto a cómo se financia la sanidad en los países desarrollados, que creemos que no responden a la realidad. Un ejemplo es la

Tabla 3. Método del trabajo

- Análisis de la financiación sanitaria en países federales o descentralizados, y comparación con el sistema español.
- Presentación del trabajo a varios niveles
- Intento de contribuir a poner en cuestión algunos lugares comunes, tanto en la aplicación del “federalismo fiscal” como en la descripción de la situación en ciertos países.

Fuente: Elaboración propia

presentación habitual del sistema de financiación propuesto por un grupo de trabajo (el denominado Resource Allocation Working Party, o RAWP) como paradigma de lo que se desarrolló en el Reino Unido en los años setenta, y que, sin embargo, no es el sistema de financiación del sistema sanitario británico descentralizado en Escocia, el País de Gales, Irlanda del Norte e Inglaterra. Ese sistema se desarrolló para distribuir el dinero entre entidades sin responsabilidad política, como son las regiones inglesas, y en las cuales, además, había una distribución desigual de la responsabilidad. Al final ese sistema se basa en las necesidades sanitarias de la población, calculadas en función de los problemas de salud que tienen, y con una serie de bases estadísticas de las que en España carecemos. La difusión de ese método se podría plantear de alguna manera como un apoyo para que el sistema de financiación sanitario español tuviera una base también en las necesidades sanitarias derivadas de los indicadores de la mortalidad de la población. Creemos que, por razones que se especifican en el trabajo, y en ausencia de bases estadísticas de las que carecemos en el sistema sanitario español, el cálculo de las necesidades es susceptible de toda clase de manipulaciones por intereses políticos y por negociaciones de todo tipo, lo cual convierte a la financiación sanitaria en un motivo de interés diferente al que debería ser el interés central y esencial de la financiación sanitaria puesta al servicio del mantenimiento de la protección sanitaria universal. A partir de aquí, lo que vamos a contar ahora, y lo va a hacer mi coautor, son las conclusiones del análisis de la comparación entre los países descentralizados y el sistema sanitaria español.

Pedro Rey

Como ha dicho mi coautor, la idea principal del trabajo es hacer una comparación del sistema sanitario español con otros países, e intentar sacar con-

Tabla 4. Aspectos generales	
Países federales o descentralizados	España
Doble papel de los servicios sanitarios.	Sesgo neto a favor de los aspectos financieros y subordinación de los servicios sanitarios a esos aspectos.
Los servicios sanitarios como instrumento territorial y social de cohesión.	Renuncia al papel de los servicios sanitarios como instrumentos de cohesión social y territorial.
Responsabilidad compartida de la atención sanitaria y competencias solapadas.	Responsabilidad sanitaria sesgada hacia las CCAA e interpretación “exclusiva” de las competencias sanitarias de éstas.
Intervención central basada en el “poder de gasto”.	Renuncia al uso del “poder de gasto” por parte de la Administración General del Estado como base principal de su intervención en servicios sanitarios.
Fuente: Elaboración propia	

clusiones a partir de esta comparación. La comparación parte de observar un doble papel por parte de los servicios sanitarios, de una parte de cohesión social y de otra de justificación de una parte importante de la financiación de las entidades políticas de nivel regional, por ser éstas responsables de su gestión. Ese doble papel se mantiene en otros países, intentando mantener un equilibrio entre ambos aspectos, mientras que en España hay un sesgo neto a favor de su papel en la financiación regional. En España, una vez descentralizada la gestión sanitaria, las comunidades autónomas tienen competencias y poder de gasto sobre los recursos sanitarios. Pero a la vez, constitucionalmente, como ha dicho el profesor Solozábal antes, debería haber una garantía por parte del Estado de que se mantiene un servicio universal a toda la población, siendo el garante el Estado central. Observamos, por el contrario, que hay un sesgo de dar financiación a las comunidades autónomas sin mantener estas garantías claras de que el servicio universal se mantiene a toda la población. Desarrollando esta idea, lo que vemos es que en otros países los servicios sanitarios se tratan como un servicio territorial y social de cohesión de la población, en cierta forma "la sanidad hace país", mientras que en España, al delegar todo, al descoordinar, al descentralizar por completo la sanidad, se está perdiendo en cierta manera este instrumento de cohesión.

Políticamente esto deriva en una responsabilidad cada vez menos compartida, cada vez más entendida como exclusiva de cada comunidad autónoma, con los consiguientes problemas de coordinación. A ese problema político se suma un problema de eficiencia, especialmente en un contexto en el que estamos hablando de un gasto sanitario clara-

Tabla 5. Aspectos financieros específicos

Países federales o descentralizados	España
Mecanismos de financiación sanitaria correctores de las desigualdades fiscales entre entidades de nivel "regional".	Limitación de mecanismos financieros correctores de desigualdades fiscales.
Financiación sanitaria de carácter finalista diferenciada.	Financiación indiferenciada y no finalista.
Mecanismos de financiación no basados en las "necesidades" sanitarias regionales.	Mecanismos de financiación basados en "necesidades" sanitarias regionales.
Diferencias regionales en financiación sanitaria capitativa.	Objetivo de superación de diferencias en financiación sanitaria capitativa.
Límites a copagos y tasas impuestos a nivel regional.	Propuestas de implantación de copagos o tasas a nivel regional.
Mecanismos desarrollados de coordinación e información para facilitar control del incremento del gasto, más difícil en estos países.	Instrumentos de coordinación e información pobremente desarrollados, con el resultado de deficiente control del crecimiento del gasto regional y global.

Fuente: Elaboración propia

mente en crecimiento. Si las comunidades autónomas, unidades más pequeñas y des-coordinadas que un Estado central, tienen el poder de gasto sanitario a la hora de la compra de servicios sanitarios, necesariamente cada una de ellas tiene menos poder de gasto que un Estado centralizado.

Esto se refleja también en aspectos específicamente financieros. Entre ellos hablamos de mecanismos de financiación sanitaria en otros países que intentan corregir las desigualdades fiscales entre entidades de nivel regional, mientras que en España estos mecanismos están limitados.

Por otra parte, en otros países la financiación sanitaria tiene un carácter finalista. Es una partida dedicada a sanidad, mientras que en España la financiación sanitaria está metida dentro de la financiación autonómica y no se dedica especialmente una partida a esto, con lo cual se pierde el poder de control sobre la parte de financiación para que se dedique de verdad a sanidad.

Como ha comentado mi coautor antes, los mecanismos de financiación en otros países en los que se ha producido una descentralización política de la gestión no están basados en el cálculo de las necesidades regionales, que es siempre susceptible de manipulación. En España, por el contrario, a pesar de las carencias estadísticas que padecemos, el cálculo de estas necesidades es la base del sistema de financiación.

En nuestro país parece haber además una cierta obsesión por que lo que se iguale entre regiones sea la financiación sanitaria *per cápita*, sin tener en cuenta las necesidades de gasto de cada región, que pueden ser distintas por razones no sólo relacionadas con los niveles de salud, sino también por otras razones, como la distribución territorial de la población, o la conveniencia o no de que cada región cuente con la totalidad de los servicios sanitarios para atender a su población o, en sentido distinto, pueda disponer de los implantados en otros territorios para asegurar un mismo nivel de calidad en la prestación.

En nuestro país hay también un debate peculiar sobre la introducción de copagos y tasas a nivel regional para sostener el sistema sanitario. Nosotros en el trabajo somos contrarios a este tipo de copagos, en especial si se plantea su implantación diferenciada a nivel regional. Al final la gente de menor renta termina pagando estas cosas, mientras que la gente de rentas mayores puede tener acceso a otros tipos de sanidad, incluida la atención privada. Por un lado, es su carácter regresivo; por otro, por la imposibilidad que tienen los copagos, en términos prácticos, de ser realmente administrados por el Estado central. El copago, al final, irá a los presupuestos regionales, de manera que descentralizará aún más el cierto control que creemos que el Estado debe tener sobre la sanidad.

Para terminar, comentaré algunas de las propuestas que en el trabajo se discuten. Van en primer lugar en la línea de diferenciar en el gasto la financiación sanitaria finalista, sin modificar para ello los mecanismos más generales del sistema de financiación autonómica. No estamos proponiendo modificarlo; simplemente estamos proponiendo que el carácter finalista de la financiación sanitaria se tenga en cuenta, y se dediquen de manera verificable a ello las partidas que se pretendan dirigir a ese fin.

Tabla 6. Propuestas

- Diferenciar en el gasto la financiación sanitaria finalista, sin modificar la obtención de ingresos.
- Aportación finalista anual de la AGE condicionada, eliminando aportaciones discrecionales => Problemas de credibilidad e incentivos.
- Recargo finalista sanitario en IRPF, eliminando tasas y copagos.
- Igualdad en el acceso y no en financiación *per cápita*.
- Separar en presupuestos gastos sanitarios corrientes de inversiones sanitarias.
- Sistema Global de Información Sanitaria independiente del Ministerio de Sanidad.
- Ejercitar el "poder de gasto" mediante una central de compras del Sistema Nacional de Salud y modificar el sistema de establecimiento de precios.

Fuente: Elaboración propia

En segundo lugar, hay que tener en cuenta la conferencia de presidentes autonómicos del año pasado, en la que se hizo una nueva aportación por parte del Estado, justificada porque se consideró que los recursos sanitarios no llegaban. Puesto que había habido más gasto del previsto, se hizo una nueva aportación para sanidad. Creemos que este tipo de aportaciones que se han venido repitiendo en el tiempo crean problemas de credibilidad y de eficiencia. Si se sabe que finalmente alguien, el Estado central, si gasto más de lo que estoy gastando en sanidad, me va a terminar aportando, no tengo ningún incentivo para controlar mi gasto. En segundo lugar, si esto se ha hecho de manera repetida desde principio de los años noventa, con una nueva aportación de este carácter se crea un problema de credibilidad claro. ¿Hasta qué punto se va a seguir haciendo esto? Creemos que habría que dotar al Estado de una mayor credibilidad, no renunciando al hecho de que se puedan hacer aportaciones, pero regulando éstas mediante algunas de las medidas que proponemos en el trabajo. Por ejemplo, la eliminación de tasas y copagos, y si hace falta más dinero, que haya un recargo finalista sanitario, pero en el IRPF, de manera que sea el Estado central el que sigue controlando esta parte del gasto sanitario. De la misma manera, el objetivo de la financiación sanitaria no debe ser la igualdad en financiación *per cápita*, sino contribuir a garantizar el ejercicio del derecho constitucional a la protección sanitaria, que es un derecho universal. No se trata de que en cualquier territorio se gasten las mismas pesetas por ciudadano, sino que se garantice que el acceso a un mismo derecho se hace en conducciones de igualdad. Un instrumento añadido para ello puede ser separar los gastos corrientes del sistema sanitario de las inversiones, que deberían ir orientadas a compensar aquellas situaciones en las que no sea efectiva la igualdad en el acceso.

Y finalmente tenemos dos propuestas con respecto a la coordinación. En primer lugar, creemos que se debe crear un sistema global de información sanitaria, que quizá deba ser independiente del Ministerio de Sanidad. Es cierto que ya existen mecanismos de información, pero también es verdad que la colaboración de las comunidades autónomas a este sistema de información es deficiente en algunos puntos, y quizá se deba al miedo que puede tener cada comunidad autónoma a dar información a un sistema central que depende del Ministerio. Quizá se debería crear otro tipo de entidad, de la que fueran responsables directamente las comunidades autónomas coordinadas, y que se hicieran responsables de

coordinar la información sanitaria de cada una de sus regiones. Finalmente, como ya he indicado, terminamos hablando de los problemas de eficiencia que crea la descentralización con respecto al tema del poder de gasto. Como comprador de los recursos sanitarios, el Estado, por su mayor tamaño, puede conseguir estos recursos en condiciones más favorables, y deben establecerse mecanismos de establecimiento de precios para el conjunto del Sistema Nacional de Salud y sistemas de compras que permitan rentabilizar a su favor la situación de casi monopolio que ostenta en su conjunto el Sistema Nacional de Salud.

Juan Manuel Eguiagaray

■ Muy bien, muchas gracias por vuestra clara exposición, os habéis ajustado muy bien al tiempo. Brevemente, por centrar algunas cosas, yo creo que hay cosas muy interesantes y no quiero volver a repetir las cosas que se han dicho. Un primer asunto viene dado por la constatación de que en nuestro país, y en el funcionamiento institucional efectivo, hay deficiencias manifiestas. El problema es que, en ocasiones, afirmar la existencia de deficiencias puede entenderse como añoranza por un pasado irrepetible, al que nadie que se sepa quiere volver. Sin embargo, el temor a ser malinterpretado puede conducir a una excesiva prudencia en la propuesta de acciones de mejora. Yo estoy bastante persuadido de que nuestro sistema sanitario es manifiestamente mejorable, tanto desde la perspectiva económica como desde la perspectiva institucional. Probablemente esta convicción es compartida. El problema estriba en debatir propuestas de mejora que puedan tener sentido y contribuyan a crear un clima de opinión en el cual sean plausibles. Por cierto, la sanidad no es la única área de la política social en la que ocurren estas cosas. Hace unos días discutíamos de temas educativos, y *mutatis mutandis*, teníamos problemas relativamente similares.

No sé si todos podremos coincidir en las propuestas a discutir, pero parece razonable aceptar desde el principio que hay arreglos institucionales imperfectos que debieran ser reconsiderados, y mecanismos que están relacionados con esos arreglos institucionales imperfectos, en el área financiera, que debieran ser también objeto de análisis. Por lo tanto, yo os quiero invitar a todos a que, una vez sentado que en el Estado de las Autonomías hay algunos títulos competenciales que se mantienen en manos del Gobierno central como condición de la coordinación política interior, tratemos de ver hasta dónde se puede llegar en esa dirección para asegurar un ejercicio funcional de las competencias en beneficio del interés general. Dicho esto, me parece relativamente tranquilizador que una parte de la expresión específica de los principios constitucionales y de la acción del Gobierno esté en una ley ordinaria que, por lo tanto, es susceptible también de modificación y de perfeccionamiento, llegado el caso. Yo creo que será inevitable hablar algo del Consejo Interterritorial, de la Alta Inspección, de la jurisprudencia del Tribunal Constitucional, de los límites del llamado *spending power*, etc. Recordaba hace poco con algunos que, cuando yo tuve la responsabilidad del Ministerio de Administraciones Públicas, fue el preciso momento en el que el Tribunal Constitucional, mediante una célebre sentencia, zanjó las intervenciones, probablemente excesivas o exageradas de una Administración central, que trataba de mantener competencias por la vía de las subvenciones, con una jurisprudencia que, en mi opinión, yugulaba la posibilidad de actuación del Gobierno, por sensata que fuera, para dar respuesta a problemas comunes que desbordan el ámbito de cada comunidad autónoma. Yo espero que el tiempo haya permitido reconsiderar doctrinalmente algunas de esas cosas.

Me parece que la funcionalidad del Estado de las Autonomías, singularmente en materia de sanidad y protección de la salud, exige de instrumentos reales de actuación por parte del Gobierno central para asegurar la igualdad en el acceso a los servicios básicos de los ciudadanos de distintos territorios.

Empezamos el diálogo abierto y, por tanto, podéis tomar la palabra.

Alberto Pérez Calvo

“ La verdad es que uno siente satisfacción al ver que los problemas que se detectan, a veces con dolor, como decía Juan Manuel Eguíagaray, sobre el funcionamiento del Estado autonómico, se abordan en foros como éste sin ningún complejo de inferioridad ni de ser tenido por un rancio centralista por el hecho de abordarlos. Creo que las primeras palabras que ha dicho Juan Manuel Eguíagaray, llenas de sensatez, vienen más o menos a decir que no se trata de volver a un neocentralismo, pero sí de rectificar o modular algunas disfunciones que obviamente se producen en el funcionamiento de nuestro Estado. Un Estado que es autonómico y, por lo tanto, cuya distribución competencial hay que respetar, pero que también es social, y cuya función última es la salvaguardia de la dignidad y de los derechos de los ciudadanos (art. 10.1 CE), como la sanidad, la asistencia social y otros.

Comparto al ciento por ciento la afirmación de no caer en un nuevo centralismo, pero al mismo tiempo creo que la Constitución ofrece al Estado instrumentos suficientes que le habilitan para dar soluciones obvias y racionales que los economistas han indicado hoy para salir al paso de ciertas disfunciones.

Obviamente, por mi condición de jurista, me he detenido más en el trabajo del profesor y amigo Juan José Solozábal. Y en ese sentido me gustaría hacer algunas observaciones al espléndido texto que nos presenta. Estando de acuerdo en lo fundamental de este trabajo, propongo algunas diferencias críticas que, según creo, podremos solventar sin mayores problemas.

Creo que el objetivo central que yo asignaría en estos momentos a una revisión de la política sanitaria en general, de la práctica sanitaria que se lleva a cabo en España, sería permitir que el Estado pudiera dirigir el proceso, de tal manera que fuera capaz de cumplir obligaciones que tiene en el marco de la Constitución. El Estado tiene, según el artículo 9.2, una obligación fundamental: “corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos...”.

Este artículo es básico para entender nuestro Estado autonómico. Siempre se ha interpretado que la frase “corresponde a los poderes públicos” se refiere a todos ellos: a un municipio, a las comunidades autónomas y al Estado. Y creo que es una interpretación correcta, pero que necesita ser matizada. En la medida en que, en definitiva, los individuos y los grupos destinatarios de ese objetivo de igualdad “real” no son sólo habitantes de un municipio, ni de una comunidad autónoma, sino que son los ciudadanos españoles en general, creo que quien resulta obligado en una última instancia por este deber constitucional es el Es-

tado, que tiene que considerar la igualdad de todos los españoles sin distinción. Igualdad, por cierto, entendida en el sentido relativo que ya ha dejado claro el Tribunal Constitucional, y que no puede confundirse con uniformidad. Partiendo de esa base, yo haría algunas observaciones al papel del profesor Solozábal. En primer lugar, en algunos momentos del trabajo se habla del artículo 97 como fuente de competencias implícitas. Creo que el artículo 97, que atribuye al Gobierno de la Nación la dirección de la política interior, atribuye ciertamente funciones al Gobierno en relación con otros órganos centrales del Estado. Pero esas funciones del Gobierno se corresponden con las competencias que han sido atribuidas al Estado por el artículo 149 CE, es decir, el artículo 97 no es un instrumento de distribución de competencias entre el Estado y las comunidades autónomas. El que hace esa función es el artículo 149.1. Dentro del ordenamiento jurídico estricto del Estado, y en el marco de sus distintos órganos en su conjunto, Gobierno, Cortes, tribunales, etc., ahí es donde desempeña su función el artículo 97, pero en relación con las comunidades autónomas, la cresta que diferencia las, podemos llamarlas así, cuencas competenciales, está en el 149. Por otra parte, el artículo 149.1.1ª ha sido relegado a un papel secundario e, incluso, olvidado, desde el primer comentario que se hizo sobre él y que está publicado en un libro sobre el concepto de normativa básica que me correspondió coordinar en el año 1990. El artículo 149.1.1ª CE dice lo siguiente: “El Estado tiene competencia exclusiva sobre las siguientes materias: 1ª La regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales.”

En general, se ha considerado que este precepto carecía de autonomía funcional y que sólo podría servir para prestar apoyo a las demás competencias que el artículo 149.1.1ª atribuye al Estado. Yo no veo que las demás competencias que atribuye al Estado el 149.1 necesiten el apoyo del 149.1.1ª. Después ha habido algún otro autor que ha criticado duramente la presencia de este precepto en la Constitución, diciendo que su utilización laminaría las competencias de las comunidades autónomas y otras cosas parecidas. Al contrario, como acabo de publicar en el número 2 de la Revista Española del Tercer Sector, creo que es un título autónomo que puede ser muy útil para el cumplimiento del deber establecido por el ya mencionado artículo 9.2. El Tribunal Constitucional en algún caso ha dicho incluso que no cabía esgrimir este precepto en materia de asistencia social. Pero después ha rectificado, y hay algunas sentencias muy claras al respecto. Por ejemplo, en materia de urbanismo ha utilizado el 149.1.1ª. Por otra parte, creo que, a la vista de la claridad de la Constitución al definir este precepto, no existe ningún impedimento para que la habilitación que encierra sirva al Estado poder dirigir ciertas políticas a fin de conseguir objetivos más o menos uniformes. Además, como han dicho Javier y Pedro Rey, se trataría de que estos objetivos de igualdad relativa atendieran a los ciudadanos individualmente considerados, además de a las comunidades autónomas, o sea, en definitiva, a los grupos, ya que las comunidades autónomas también son grupos humanos. De todas formas, y se trata de jurisprudencia clara del Tribunal Constitucional, las condiciones básicas que establece el 149.1.1ª no son bases. Tampoco constituyen el contenido esencial de los derechos. Ni un límite para la acción de las comunidades autónomas. El artículo 149.1.1ª describe una competencia que habilita al Estado para hacer ciertas cosas, pero no es un límite para las comunidades autónomas. La regulación que establece implica desde luego la adopción de normas, de disposiciones normativas que, a mi juicio, sería equivalente al término legislación, que aparece en la Constitución en el 149.1.7ª, referida a la laboral, y que el Tribunal Constitucional ha interpretado que hace referencia tanto a la ley como al reglamento que completa la le-

gislación, es decir, establecer la dirección política, en definitiva. Y eso me parece que es importante.

De todas formas, el artículo clave de la Constitución al hablar de la distribución de competencias en materia de sanidad es, obviamente, el 149.1.16^a. Este precepto dota al Estado de importantes instrumentos para liderar una política coherente en la materia: las bases y la coordinación. Quisiera hacer también alguna observación al tratamiento de este último instrumento por el profesor Solozábal. Creo que hay jurisprudencia muy clara sobre la competencia de coordinación. En una sentencia sobre una ley de agricultura de montaña el Tribunal explicó muy claramente el contenido de esta competencia. Y después, en varias sentencias en relación con un registro sanitario de alimentos, de aditivos para alimentos, insistió en el concepto de la coordinación y las posibilidades de actuación del Estado que permite. Y la coordinación la tiene el Estado cuando se le atribuye, o por la Constitución o por los Estatutos. Veo que en el trabajo que se nos presenta, a veces, hay intentos de demostrar que hay un sistema sanitario nacional. A mi juicio no deberían ser necesarios muchos esfuerzos para llegar a esa conclusión, puesto que se presupone que el sistema nacional existe desde el momento que el Estado tiene la capacidad de coordinación. Porque, cuando el Tribunal ha definido la coordinación, ha incluido en ella un sistema nacional que debe ser coordinado (ha dicho algo así como “posibilidad del Estado de dar reglas para establecer la efectividad del sistema y evitar disfunciones en el mismo”). Es decir, la coordinación implica un sistema que debe ser coordinado y, además, le permite al Estado adoptar decisiones incluso legislativas, como se ve en el caso de la agricultura de montaña, o reglamentarias en general, como se ve en el registro sanitario de aditivos alimenticios.

El trabajo apela también a la lealtad. No está mal invocar la lealtad. Siempre es positivo, pero de todas formas, quizá no sea lo fundamental en este caso porque el Estado aquí tiene una plenitud de competencias. No tiene la competencia total, obviamente, puesto que a las comunidades autónomas les corresponde el desarrollo de las bases del Estado y la administración. Pero el Estado tiene en sus manos un importante arsenal de competencias: las bases, la coordinación y el artículo 149.1.1^a, cuyo uso he reivindicado al principio. Tiene, además, la Alta Inspección cuando los estatutos de autonomía la contemplan. Es el caso de los estatutos de Cataluña, del País Vasco y de Navarra. No lo es en los estatutos que se aprobaron por la vía lenta, que no prevén este medio de información que es la Alta Inspección. Pero, incluso en estos casos, aunque el Estado carezca de un alto inspector en la comunidad autónoma, tiene elementos suficientes de supervisión como para saber cómo van las cosas.

En lo que concierne al Consejo Interterritorial de Salud, quisiera señalar que fue la primera conferencia sectorial que se estableció, si dejamos a un lado la que ya estaba prevista por la LOFCA, o sea, el Consejo de Política Fiscal y Financiera. La impulsó el primer ministro de Sanidad socialista, Ernest Lluch, aproximadamente en 1983 ó 1984. El Consejo Interterritorial de Salud es un órgano de colaboración entre el Estado y las comunidades autónomas y de participación de éstas en las decisiones del Estado. Las comunidades pueden participar en el establecimiento de las bases, en el establecimiento de los umbrales mínimos de servicios individuales que deben tener los ciudadanos, etc. Es decir, el no competente, la comunidad autónoma, participa en la decisión del competente, el Estado. Pero se trata tan sólo de un proceso de participación, no de codecisión. Después, el competente, con las ideas y pro-

puestas que ha recibido en ese proceso de participación, adopta bajo su exclusiva responsabilidad las decisiones que considera oportunas. La mejor situación sería aquella en la que las comunidades autónomas estuvieran de acuerdo con las decisiones del Estado, pero puede que no siempre sea así. Quizás porque ni las mismas comunidades autónomas estén de acuerdo entre ellas o por otras circunstancias.

Quisiera concluir felicitando a todos los ponentes y señalando que, a mi juicio, en materia de sanidad, el Estado tiene medios competenciales suficientes como para sacar adelante las conclusiones que nos han mostrado Javier y Pedro Rey. En definitiva, y apelo a algo que decía al principio de mi intervención, el Estado tiene los medios jurídicos necesarios para dirigir el proceso de la prestación coherente de los servicios sanitarios, es decir, de satisfacer con racionalidad y equidad el derecho de todos los ciudadanos a la salud.

Ángel Menéndez

“ Por razones obvias me siento más capacitado para opinar sobre el trabajo de Juanjo Solozábal que sobre el de la financiación, pero también lo he leído con mucho interés. Yo voy a intentar ser sintético, para que podamos tener un debate, que es lo más importante. En primer lugar, me gustaría hablar sobre el tema de los títulos competenciales. Claro que hay títulos competenciales. Son suficientes, pero lo que pasa es que no se usan. Yo creo que hay mala conciencia para usarlos. Esto es algo que viene lastrando a casi todos los departamentos ministeriales. Y como hay esa especie de reproche velado o explícito al que hacía referencia Juan Manuel Eguiagaray de que cualquier postura estatalista se entiende como una recentralización, creo que eso está condicionando la reflexión.

Claro que hay competencias; el problema es que corremos el riesgo de que se pierdan. Juanjo Solozábal las ha sintetizado muy bien en el informe. Son competencias sobre todo legislativas, bases, es decir, legislación básica. Pero, si ahora, siguiendo la pauta del nuevo Estatuto catalán, adelgazamos el concepto de bases y las reducimos a unos principios, entonces las posibilidades de que el Estado legisle se adelgazan, o sea, disminuyen. Y esto es muy importante, por una razón. Porque el Ministerio de Sanidad, desde que se creó, durante casi veinte años, ha estado condicionado por la gestión de las prestaciones sanitarias, a través del Insalud. Cuando ya se ha completado la transferencia de la gestión a las comunidades autónomas, que yo creo que es el nivel adecuado, y ahí está bien residenciada esa función, el reto que tenemos delante es definir el contenido de la autoridad sanitaria estatal, que me parece que no consiste sólo en machacar a los fumadores y a los bebedores, sino que hay otras muchas cosas en las que deberíamos identificar ámbitos competenciales. Porque claro, como sabe cualquiera que haya estado en la Administración, lo más difícil de cambiar son las pautas de comportamiento de los funcionarios y del personal que está allí. Quien ha estado haciendo las cosas de una determinada manera y unas determinadas cosas es muy difícil que se adapte. Creo, pues, que la tarea pendiente, fundamental del Ministerio de Sanidad, es definir el contenido de la autoridad sanitaria, y después ejercerla a través de los títulos competenciales que ostenta. A este respecto, una de las funciones claves de la autoridad sanitaria, es decir, de la Administración del Estado, es definir el contenido del derecho a la protección de la salud y del derecho a la asistencia sanitaria.

No hay identidad entre el derecho a la protección de la salud y el derecho a la asistencia sanitaria. El derecho a la protección de la salud no es un verdadero derecho subjetivo, sino, más bien, como ha dicho alguien, me parece que Pemán Gavín, es un derecho a que se establezcan derechos. Uno de ellos es el derecho a la asistencia sanitaria, que es una parte del derecho a la protección de la salud. En esa identificación me parece que es muy importante avanzar, sobre todo ante el riesgo cada vez mayor de que no haya un contenido uniforme. Porque yo creo que con la jurisprudencia constitucional en la mano, y el informe de Juanjo Solozábal también lo pone de relieve, el derecho a la protección de la salud tiene un contenido, un núcleo, uniforme, pero después hay otra parte que podemos llamar, comparándolo con las herencias, el “tercio de mejora”, que es competencia autonómica. Entonces, el Estado podrá garantizar una legítima estricta de prestaciones sanitarias, pero las comunidades autónomas podrán establecer otras. Eso me parece un riesgo serio, pero difícil de evitar en el estado actual de la jurisprudencia constitucional. ¿Por qué? Porque si hay un ámbito en el que la sensibilidad social es muy acusada, es éste de la sanidad. Yo creo que más incluso que la educación. Entonces, todo lo que aparezca o se sienta como una quiebra de la igualdad no se entiende por parte de la gente, por mucho que se le hable de distribución competencial, o de ámbitos reservados, etc.

Esta cuestión también tiene otra faceta, que se manifiesta a la hora de acceder a los establecimientos sanitarios. Porque unos establecimientos, los de las comunidades autónomas que hayan mejorado sus prestaciones, las proporcionarán gratuitamente y otros en cambio no. ¿Cómo se va a compaginar eso con la situación actual en la que un señor o una señora de Zaragoza o de Orense pueden venir a un hospital de referencia en Madrid? Me temo que la compartimentación del contenido del derecho, dividiéndolo entre la parte estatal y la parte autonómica, conlleva el riesgo de una consecuencia indeseable, como sería la “compartimentación” de los establecimientos, que se convertirían en establecimientos para “residentes”. Creo que éste es un punto sobre el que habría que reflexionar bastante.

También hay que plantear el tema de las formas de organización de las prestaciones sanitarias. Este es un tema tabú, porque entramos en el ámbito de la potestad de autoorganización, que es inherente a la autonomía. El que tiene las competencias organiza su ejercicio de la forma que le parece más adecuada. Pero hay que reflexionar, porque por mucha potestad de autoorganización que se tenga, y es evidente que la tienen las organizaciones territoriales dotadas de autonomía, me parece que hay que superar el tópico de que las formas de gestión de unas determinadas funciones públicas son indiferentes, que son neutrales. No lo son, en absoluto. ¿Cómo va a dar lo mismo la gestión directa a través de establecimientos de titularidad pública que la gestión indirecta, a través de establecimientos privados? Si partimos de la base de que la potestad de autoorganización es intocable y que cada comunidad se puede organizar como quiera, eso nos puede llevar (ya se están dando pasos en esta dirección) a que en algunas comunidades autónomas se privatice, no la función, pero sí la prestación, los centros sanitarios, a través de concesiones, según el modelo de la concesión de obra pública, conforme al cual el concesionario construye el hospital y después lo explota. Y, naturalmente, lo que busca es obtener beneficios, cosa que es perfectamente legítima y comprensible, pero habrá que ver si es lo más adecuado al tipo de actividad que se está prestando.

Este es un problema de alcance mucho mayor, que trasciende a la sanidad para proyectarse sobre otros muchos ámbitos de actuación de los poderes públicos. Me parece que en la

Administración española estamos en mantillas en la reflexión sobre los criterios a utilizar para adoptar determinadas fórmulas organizativas. ¿Por qué determinadas tareas se gestionan desde un ministerio a través de las estructuras convencionales, direcciones generales, etc., mientras que en otras se crea un organismo autónomo, o una entidad pública empresarial, o una fundación, ahora que se han puesto de moda las fundaciones? ¿Por qué gestión directa o gestión indirecta? La opción no puede ser indiferente. No lo es en absoluto. Habría que avanzar en ese sentido, y me parece que la Administración General del Estado, como autoridad sanitaria, aunque no tenga competencia para imponer unas determinadas fórmulas organizativas a las comunidades autónomas, que es evidente que no la tiene, puede hacer una labor, “pedagógica” si se quiere, formulando criterios de gestión y explicando las ventajas e inconvenientes de unos y otros, para que los ciudadanos sepan a qué atenerse. Porque hay que insistir en que no es lo mismo que los hospitales se gestionen por concesionarios privados o que se gestionen con unas fórmulas predominantemente públicas. No hay varitas mágicas, pero ésta es una reflexión en la que no se ha profundizado suficientemente.

Por último, un par de apuntes sobre el informe de financiación. Me ha llamado la atención, lo suponía, pero lo he visto ahora reflejado en este trabajo riguroso, que, a diferencia de lo que ocurre en los países que habéis estudiado en que la función sanitaria como función pública actúa como instrumento de cohesión, en España lamentablemente está siendo al revés. Al predominar la visión exclusivista de las competencias, el resultado es desvertebrador, y eso puede tener unos efectos sociales indeseables. Y en relación con una de las propuestas que habéis hecho, la relativa al sistema global de información sanitaria, me parece muy bien, pero no veo por qué hay que desligarlo del Ministerio de Sanidad. Creo que, según la jurisprudencia constitucional, entra claramente dentro de la competencia de coordinación del Estado, y, por lo tanto, la puede y la debe ejercer desde el Ministerio, sin necesidad de inventar modelos organizativos *sui generis*.

Rosa Urbanos

“Estoy básicamente de acuerdo con lo que comentaba el profesor Menéndez. Quizá estamos siempre inmersos en una discusión sobre que es imposible alcanzar la igualdad en un Estado descentralizado como el nuestro, y a lo mejor es que no nos hemos parado suficientemente a discutir la diferencia que existe entre una situación de igualdad y una situación de justicia o de equidad, que es a la que debería aspirarse. En un contexto de descentralización, en este caso de competencias sanitarias, es inevitable que se produzcan diferencias en algunos derechos, en las formas de gestión, etc. Lo que tenemos que discutir, y creo que en este ámbito sí ha faltado un debate social, es si esas diferencias de derechos son o no admisibles. Los ciudadanos tienen que ser conscientes de que son parte activa en la construcción de un Estado como el que tenemos y, por lo tanto, han de ser plenamente conscientes de las consecuencias de la descentralización. En mi opinión existe un problema de comunicación con los ciudadanos, que también se deja notar en lo que respecta al sistema de financiación. Haré después una referencia en este sentido cuando comente el documento de Javier y Pedro Rey.

A mí me preocupa que la Administración central no ejerza en ocasiones su capacidad para legislar, y me preocupa también que no ejerza su capacidad de sanción. Creo que el diseño

de un mecanismo de incentivos que permita que las cosas funcionen bien es crítico. Y no me refiero únicamente a un mecanismo que incorpore incentivos positivos, que premie los comportamientos que se quieren incentivar, sino también a la posibilidad de establecer sanciones cuando la legislación (o los acuerdos) no se cumplen. Por ejemplo, en el ámbito del Consejo Interterritorial, ¿es tolerable que una comunidad autónoma incumpla las reglas acordadas para remitir información al Ministerio sobre las listas de espera? ¿Se puede y/o se debe hacer algo? Como este ejemplo podríamos encontrar otros. También me preocupa el tema de los incentivos en el caso de la financiación. Estoy de acuerdo con algunos de los comentarios de Pedro Rey a propósito del resultado de la Conferencia de Presidentes, aunque yo creo que hay que poner el resultado de ese acuerdo en su contexto. El Gobierno ya explicó que este acuerdo era un acuerdo transitorio, que con él no pretendían fijarse las bases para el desarrollo futuro de la financiación de la sanidad, y la autonómica en general. De manera que también hay que tener en cuenta que en ningún caso se dio por hecho que este acuerdo fuera a ser la solución definitiva de los problemas que se habían puesto encima de la mesa. Siempre se aclaró que se trataba de una solución de urgencia. Y creo que es importante tenerlo en cuenta, aunque es cierto que efectivamente el resultado de la Conferencia no ha generado incentivos para que el problema no vuelva a aparecer.

A continuación quisiera hacer un par de comentarios sobre algunas de las propuestas que aparecen en el documento de Javier y Pedro Rey. En primer lugar, con respecto al copago. Yo coincido en que el copago no es en principio un buen mecanismo para financiar la sanidad porque genera problemas de equidad. Ya sabemos sobre quiénes recaen normalmente estos costes y, además, su efectividad es dudosa. Pero creo que sí podemos matizar un poco el discurso. Por ejemplo, me parece que podemos empezar a plantearnos que determinados tipos de copago son más regresivos que otros. Antes de que empiece a discutirse si hay que extender o no el copago a otros servicios, quizás debiéramos plantearnos qué hacer con el copago farmacéutico actual, que no es precisamente un ejemplo de virtud.

Otro comentario a propósito de las fórmulas de asignación de recursos. Reconozco que en esta cuestión me he vuelto algo escéptica. Me explico: la clásica fórmula RAWP de los británicos me parece un excelente ejercicio académico; de ella hemos aprendido muchas cosas, pero quizás esa sofisticación de medios no encaja bien con lo que se espera como resultado final. Tenemos que ser conscientes de que, como estamos por el momento en un sistema en el que la financiación sanitaria forma parte de la financiación autonómica general, las fórmulas de asignación de recursos deben tratar de ajustarse bien al concepto de necesidad sanitaria (muy difícil de aproximar), y, además, ser compatibles con las fórmulas correspondientes a otras competencias (competencias generales, servicios sociales). A veces el resultado de fórmulas muy sofisticadas se parece mucho al que se obtiene de fórmulas más simples, así que creo que hay que matizar el valor que se da a los ejercicios teóricos de asignación de recursos. En todo caso, estos ejercicios deben servir para dotar de transparencia a los mecanismos de asignación. Necesitamos un mecanismo transparente de asignación de fondos. Y desgraciadamente en España no hemos seguido esa tradición. Siempre ha habido fondos, subfondos, de manera que al final conseguíamos un reparto que le venía bien a todo el mundo, pero que no siempre respondía a criterios objetivos.

A propósito de la financiación finalista o no finalista, yo creo que deberíamos terminar ya la discusión sobre si la financiación de la sanidad debe estar separada de la financiación autonómica general, sobre si debe ser finalista o no. En mi opinión, ése no es el tema relevante.

Yo creo que lo coherente con el sistema de financiación que tenemos ahora es que la financiación sanitaria forme parte de la financiación general. Si en su momento decidimos que las comunidades autónomas debían ser responsables de sus gastos y de sus ingresos, es difícil que desde la Administración central se establezcan reglas estrictas acerca de cuáles deben ser las obligaciones de gasto de los Gobiernos autonómicos. Aquí querría enlazar con lo que comentaba antes de la comunicación. Creo que es necesario explicar bien a los ciudadanos en qué consiste este sistema de financiación, y hemos de explicar también cómo están delimitadas las responsabilidades entre Administración central y comunidades autónomas. Es necesario que tengamos mayores dosis de pedagogía política. Una parte importante de los ciudadanos todavía no sabe qué administración es la responsable de los servicios que se prestan en su comunidad autónoma. Esto me parece grave, y genera mucha confusión. En mi opinión, también debería aclararse mejor la cuestión de la lealtad institucional, de forma que se reconozca claramente cuándo tienen legitimidad las comunidades autónomas para solicitar de la administración central más recursos, sobre todo cuando algunos gobiernos autonómicos están reduciendo ciertos impuestos mientras simultáneamente exigen mayor financiación. Creo que habría que clarificar las reglas del juego.

Y ya por último, un comentario final a propósito del sistema de información. El hecho de que los sistemas de información no dependan orgánicamente del Ministerio de Sanidad y Consumo no implica de manera directa que las comunidades autónomas, y vuelvo al problema de los incentivos, estén dispuestas a mandar toda la información necesaria. La existencia de una agencia formada por expertos independientes, y gestionada por la Administración central y los Gobiernos territoriales, como sucede en algunos países, no tiene por qué garantizar los flujos de información. Además, debemos reconocer que los sistemas de información del Ministerio funcionan, aunque aún con ciertas carencias, de manera muy correcta.

Juan Manuel Eguiagaray

■ Antes de dar la palabra a Miguel Ángel García, me gustaría señalar que hace unos días presentamos un trabajo que tenía que ver con el tema de la igualdad y la desigualdad en el Sistema Nacional de Salud. Un trabajo de dos profesoras de la Universidad de Las Palmas, que era interesante. La idea de la equidad a la que ha hecho referencia Rosa Urbanos estaba muy presente en ese texto. Y una de las experiencias era que la descentralización ha llevado a un aumento de la igualdad intraterritorial, intrarregional, es decir, la descentralización ha producido una mejora y una igualdad en el ámbito de cada ámbito territorial, a la vez que probablemente han crecido las desigualdades en términos de volumen de gasto, etc., interterritoriales. Es una perspectiva distinta. El problema es cuánta de esa igualdad o desigualdad es justa y cuánta es injusta, cuánta es tolerable e intolerable, y cuál es el patrón que nos damos en términos de normativa que queremos alcanzar.

Rosa Urbanos

“ Si me permites un segundo, es que hay muchas comunidades autónomas que tampoco piden esa información.

Juan Manuel Eguiagaray

■ No, de acuerdo. No me refería a sanidad en este momento. Era nada más que un apunte sobre un tema que creo que sigue siendo muy relevante. No hay información integrada adecuada para la opinión pública... a veces cada maestrillo tiene su librillo, y el Gobierno cuenta con el suyo, y cada comunidad autónoma con el propio, y no se tiene una visión de conjunto.

Miguel Ángel García

“ Todos los temas relacionados con el Estado de las Autonomías son muy complejos, además de ser de los más sensibles que existen en España; si, además, sumamos que la asistencia sanitaria –una competencia transferida a las comunidades autónomas– es una de las prestaciones públicas con más incidencia en la población, podemos ser conscientes de la dificultad de opinar sobre esta materia.

En España hay un Sistema Nacional de Salud con una estructura y modelo de funcionamiento de difícil definición en la actualidad, porque no se sabe bien si hay un Sistema Nacional de Salud, o si hay una suma de Servicios Regionales de Salud. La respuesta a esta pregunta es básica, porque la forma de abordar los problemas de la sanidad cambian, si existen diecisiete compartimentos estancos o, por el contrario, un solo sistema con unos objetivos comunes y un modelo compartido de funcionamiento, que se gestiona en diecisiete territorios.

A la vista de su actual funcionamiento es difícil alcanzar una conclusión, y con sinceridad hay información suficiente para pensar que debe haber pocas personas que conozcan la respuesta. El sistema de financiación autonómico es muy complejo y, además, genera todo tipo de susceptibilidades, porque todos los temas relacionados con las comunidades autónomas son susceptibles de crítica, y crean problemas a quienes expresan opiniones contrarias a la moda predominante de defensa cerrada del ámbito autonómico, ajeno a su articulación en un Estado fuerte con capacidad de garantizar los derechos de los ciudadanos. El problema de la financiación autonómica no es su aplicación en la práctica, sino la inexistencia de una definición clara de modelo de Estado. Si se dispusiera de una definición clara con la distribución de funciones en los diferentes niveles de gobierno, sería relativamente sencillo elaborar un sistema de financiación suficiente, justo y eficiente.

En primer lugar, se podría cuantificar el valor de las funciones de las comunidades autónomas; y para hacerlo se puede utilizar un método académico basado en poner un precio a cada una de las prestaciones transferidas, o utilizar un mecanismo más sencillo que desde el criterio de considerar el coste una decisión política determinara establecer el montante que estás dispuesto a gastarte en esos bienes y servicios que forman parte de las competencias autonómicas. ¿Queremos gastar más, o gastar menos del actual 14% del PIB destinado a esa función? En definitiva, se trata de una decisión política que determina el volumen de recursos a reclamar a los ciudadanos para poder hacer frente a las obligaciones. Esta alternativa aportaría un debate profundo y técnico sobre el criterio de suficiencia que, en mi opinión, tiene pocas posibilidades de consenso. Se puede, y se debería,

sin embargo, discutir sobre la fórmula de recaudación para distribuir los esfuerzos de una u otra forma, es decir, de cómo debería ser el sistema tributario.

El concepto de equidad debe ocupar el centro del debate en esta materia. Cuando determinas el dinero a gastar en los bienes y servicios transferidos a las comunidades autónomas –algunos muy importantes en volumen como sanidad, educación, y los servicios sociales–, tienes que decidir posteriormente cómo se distribuye territorialmente el valor determinado. En teoría esta decisión tampoco es difícil; se puede elegir un modelo sencillo, la población, o uno complicado, el de Australia, donde se tienen en cuenta más de cien variables además de la población, si bien ésta última ocupa un papel predominante (hay un organismo específico dependiente del Parlamento que todos los años hace la revisión y están contentos con ese sistema). El objetivo de esa fórmula de distribución territorial de los recursos es alcanzar la equidad estática –la igualdad inicial–, de manera que cualquier ciudadano pueda acceder al mismo nivel de bienes y servicios públicos, en este caso, los autonómicos.

El tercer paso para elaborar el sistema de financiación es dotar a las comunidades autónomas de los mecanismos suficientes para obtener la cantidad de dinero que le ha correspondido a cada uno de acuerdo a la aplicación de las variables de distribución territorial. En este terreno hay diversas fórmulas de asignar tributos, para compaginar la equidad con la autonomía fiscal. La segunda parte de la ecuación, que mide el grado de equidad, es añadir a la igualdad de acceso a los bienes y servicios un esfuerzo fiscal similar. Bajo estas dos premisas, garantía de acceso y esfuerzo, la equidad es igualdad, ya que con esas dos condiciones puedes acceder a los mismos bienes y servicios pagando los mismos impuestos. Con una aclaración, pagar los mismos impuestos no es pagar la misma cantidad, sino pagar los tributos con las mismas normas y condiciones; de otra manera se establecería una posición ventajosa para los más ricos, que con un sistema tributario progresivo, e incluso proporcional, siempre aportan más cuota líquida. Precisamente en la interpretación del concepto de esfuerzo fiscal aparecen diferencias sustanciales, como se aprecia en la propuesta inicial del Estatuto de Cataluña, que en realidad anteponía la capacidad fiscal propia a la equidad, al considerar que el hecho de recaudar más al tener residentes con más renta en su territorio le debía permitir disponer de más recursos para prestar los mismos bienes y servicios.

El concepto de capacidad fiscal propia apoyado en un criterio territorial es distinto a la equidad, un concepto de base individual, que se alcanza cuando cualquier ciudadano sin importar su residencia tiene acceso a los mismos bienes y servicios en todo el territorio del Estado, pagando impuestos elaborados con normas idénticas (esfuerzo fiscal).

El objetivo de descentralización recogido en el Estado de las Autonomías, además, obliga a conjugar equidad con autonomía fiscal. Este último concepto implica no sólo garantizar a las comunidades autónomas la cantidad de dinero que les corresponde para asumir sus obligaciones según los criterios de distribución elegidos, sino que, además, se debe acompañar de tributos, compartidos o propios, para que utilicen su autonomía. Cuando un Gobierno autonómico incrementa los impuestos, es decir, pide un mayor esfuerzo a sus ciudadanos, está en el derecho de poder prestar mejores o peores servicios, sin atentar contra el criterio de equidad. El ejercicio de la autonomía fiscal debería realizarse con la transparencia suficiente para que el ciudadano sepa que, cuando hace su elección de voto

y le están diciendo que le van a bajar o subir los impuestos, va asociada la posibilidad de una modificación en el nivel de bienes y servicios prestados por ese gobierno. Por lo tanto, se puede llegar a la diversidad territorial sin vulnerar la equidad y, por tanto, sin romper la igualdad de los ciudadanos, aunque sean diferentes las prestaciones, en una interpretación del Estado de las Autonomías descentralizada pero no federal. Una interpretación que utiliza un criterio federal en términos fiscales, pero no en términos políticos, porque la competencia de los bienes y servicios públicos es del Estado, si bien está transferida a la comunidad autónoma. De hecho, la transferencia podría ser revertida en caso de incumplir determinados criterios. Con esta autonomía fiscal, es decir, dando a las comunidades autónomas su espacio fiscal propio, no se rompe la equidad, pero se puede avanzar en una corresponsabilidad fiscal real en la gestión de los bienes públicos.

La bajada de impuestos autonómicos –por ejemplo, bajar un punto el IRPF, o quitar el Impuesto de Sucesiones y Donaciones– debería ser incompatible con reclamar ayudas al Estado, al abrigo de un presunto déficit sanitario. Este comportamiento, por incoherente, pervierte el sistema de financiación autonómico. Si apuestas por un modelo de autonomía fiscal, se tiene que ser coherente con su contenido. En el año 2001 se aprobó por unanimidad el actual Sistema de Financiación Autonómico de Régimen Común, donde se produjo la integración de todas las políticas y la desaparición de la financiación condicionada de la asistencia sanitaria. La decisión se adoptó para romper la justificación utilizada por los Gobiernos autonómicos durante años de no cumplir con el resto de competencias debido a la insuficiente dotación recibida del Estado para la asistencia sanitaria. La hipotética falta de dinero en sanidad servía para ocultar una posible mala gestión en cualquiera de la larga serie de competencias bajo su responsabilidad. Esta conducta, largamente comprobada, fue la causa fundamental de la integración de los recursos. La crítica, en mi opinión, es adoptar medidas como la del año anterior, cuando el Estado aumentó su aportación a la sanidad, olvidando que el actual sistema de financiación aprobado recientemente disponía de unos recursos suficientes, por lo menos en teoría –por eso suscribieron el acuerdo todos–, y de mecanismos para conseguir los ingresos.

El Gobierno de la Nación ha hecho unas cesiones: el 35% del IRPF, el Impuesto sobre venta de hidrocarburos, el 35% del IVA y el 40% de los impuestos especiales; y es impropio que se le pida al mismo Gobierno de la Nación que pague el mayor gasto en el que ha incurrido una Administración por decisiones propias. Esta conducta es incoherente; no se puede conceder 2.700 millones de euros adicionales para sanidad a las comunidades autónomas en un sistema integrado, suficiente y con autonomía fiscal, cuando, además, no hay garantías de que el dinero se dirija a este fin.

Otra cuestión distinta, desde la defensa de un Sistema Nacional de Salud, es realizar un análisis de su funcionamiento, para después de identificar sus problemas proponer modificar las normas del juego. En este proceso se podría modificar el sistema de financiación autonómico y también las competencias del Gobierno de la Nación.

Desafortunadamente nunca se encuentra el momento para abordar este tema tan importante, y el actual sistema adolece de deficiencias en equidad, y lo que es peor, sigue constantemente cuestionado. El sistema de financiación autonómico depende del modelo de Estado, y en este debate hay un punto débil: la confusión sobre el modelo de Estado en España. “La España plural” es un concepto sonoro, pero representante del pensamiento

débil, como demuestra estar bastante vacío de contenido. Es necesario conocer qué significa ese concepto, cuáles son los criterios de funcionamiento, cómo se distribuyen las funciones entre niveles de poder político, y si se apuesta por la equidad, por la posición privilegiada de uno o varios territorios, o por la igualdad en todo momento.

Si se apuesta por la igualdad en términos dinámicos, todo tiene que funcionar igual en cada parte del territorio; entonces, el Estado de las Autonomías no tiene sentido: hay que deshacerlo. Algo imposible, en mi opinión. El Estado de las Autonomías debería ser diversidad con profundo respeto de la equidad. La equidad, reitero, es igual acceso a bienes y servicios públicos, ya sean del nivel estatal, del nivel autonómico o del nivel local, porque pagues los mismos impuestos. Y pagar los mismos impuestos no es aportar más. La balanza fiscal como saldo de los recursos aportados y los bienes públicos recibidos en un territorio puede ser un simple ejercicio académico que pretende conocer la situación de un territorio para reforzar los objetivos comunes dentro del Estado, pero también puede ser, y de hecho se utiliza desde una óptica nacionalista, una justificación técnica para pedir el cambio a otro sistema de financiación basado en la capacidad fiscal y no en la equidad. De manera que, si un territorio recauda más del valor en el que se han establecido sus necesidades de gasto, el saldo a su favor no se devuelve al Estado, como lo hacen ahora Madrid y Baleares con el actual sistema. Este planteamiento permitirá a algunos territorios disponer de más dinero para facilitar los mismos servicios, y la ampliación de autonomía fiscal incrementaría el saldo a su favor.

En la elección del objetivo central, equidad o capacidad fiscal, está la clave de la reforma del sistema de financiación autonómica. Por ello es determinante definir claramente cuál es el modelo de Estado. Es conocida la capacidad de los economistas para cambiar todos los números de sitio y conseguir cualquier resultado; pero ese no debería ser el objetivo del proceso, sino reforzar un territorio, el Estado, con objetivos comunes y compartidos.

Como ciudadano, usuario de la sanidad pública, me gustaría que hubiera un Sistema Nacional de Salud, y de una manera intuitiva creo que no se está caminando en una dirección adecuada para su construcción. Una parcelación de la asistencia sanitaria, como la que se está produciendo, impondrá límites en la prestación de servicios. Algunas comunidades autónomas no tienen población suficiente para disponer de algunos servicios, por ejemplo, los hospitales de referencia, de manera que cabe la posibilidad de la aparición de un problema de selección adversa. El gerente del Hospital de Valdecilla tiene un presupuesto para gestionar su hospital, y los responsables del Gobierno de Cantabria deben estar muy preocupados en tratar bien a sus votantes, por el buen cumplimiento de sus obligaciones y también porque quieren volver ser elegidos. A medida que vayan apareciendo ciudadanos de otras comunidades autónomas que no tienen su voto en Cantabria, el gerente cada vez estará más presionado para hacer selección adversa. Este razonamiento permite concluir que podría llegar un momento cuando las especialidades de referencia fueran financiadas y cogestionadas por el Gobierno de la Nación, como garantes del libre acceso de todos los ciudadanos españoles. Un supuesto para evitar una indeseable parcelación extensible a otras actividades que permitieran mejorar el control, la cooperación y la organización.

Si las multinacionales tienen, todas sin excepción, un servicio de compra centralizado, parece lógico que el gasto farmacéutico y el de aplicaciones tecnológicas estuviera unificado. Parece una decisión basada en el sentido común; por eficacia.

Esta reflexión sobre la asistencia sanitaria permite ampliarla a otras áreas de actuación pública, y a partir de la experiencia del último cuarto de siglo avanzar en la definición de un modelo de Estado al servicio de los ciudadanos, que disminuya los peligros de clientelismo partidista.

Tomás de la Quadra-Salcedo Janini

 Aunque es evidente que me han interesado muchísimo las dos ponencias, me voy a centrar más en la que tiene más que ver con mi dedicación, que es la del profesor Solozábal.

Voy a incidir en aspectos que ya han salido en anteriores intervenciones, pero que creo que es necesario destacar, sobre todo aspectos que tienen que ver con el tema competencial, y con el modelo competencial establecido en nuestra Constitución.

Podríamos plantearnos qué es lo que dice nuestra Constitución con relación al sistema sanitario. Me voy a centrar en los aspectos normativos, no en los aspectos de gestión, porque los aspectos de gestión se desarrollan a través de la competencia del Estado sobre coordinación. En relación con la regulación normativa del sistema sanitario, podríamos plantearnos si nuestra Constitución permite esos 17 sistemas de salud estancos a los que se refería algún participante anterior o permite un solo sistema nacional de salud. Pues bien, yo creo que nuestra Constitución permite ambas cosas, es decir, no determina cómo tiene que ser el sistema de salud, sino que lo remite al legislador posterior.

Es evidente que los 17 sistemas estancos no pueden ser tan estancos, porque las bases de la sanidad corresponden al Estado de acuerdo con el artículo 149.1.16ª de la Constitución. Nuestra Constitución permite 17 sistemas con un mínimo común o con unas bases normativas comunes. Lo permite en cuanto da al Estado la competencia sobre las bases y permite atribuir a las comunidades autónomas la competencia de desarrollo, competencia de desarrollo que implica la capacidad de las comunidades autónomas de hacer una política propia, y por ello existe la posibilidad de que se den 17 sistemas con unas bases comunes. Y esto implica que la Constitución permite, por ejemplo, un sistema donde determinadas comunidades autónomas den prestaciones adicionales a las establecidas en la legislación básica en virtud del ejercicio de políticas sanitarias propias. Tenemos el ejemplo de la discusión de si Andalucía puede pagar o no las operaciones de cambio de sexo. La Constitución permite que efectivamente lo haga una comunidad autónoma y no otra, porque Madrid puede preferir dedicar sus gastos a hacer la M-30 mientras que Andalucía puede preferir dedicar sus gastos a pagar estas prestaciones. Igual que nuestra Constitución permite que en unas comunidades autónomas haya copago y en otras no.

Ahora bien, al mismo tiempo que nuestra Constitución permite en cierta manera esta falta de uniformidad, yo creo que nuestra Constitución también ha previsto títulos competenciales del Estado en la línea de lo contrario, es decir, en la línea de que el Estado pueda, si quiere, porque es una decisión política, promover una igualdad y un sistema nacional de salud con una normativa común. ¿Por qué? Porque yo creo que el artículo 149.1, que reserva las competencias al Estado, tiene dos maneras de reservar competencias. Una, la del 149.1.16ª; pero otra, la del 149.1.1ª. Estoy plenamente de acuerdo con lo que se ha

dicho en relación con el artículo 149.1.1ª por el profesor Pérez Calvo y el profesor Menéndez, en cuanto esta competencia implica la capacidad del Estado de conseguir un objetivo: la igualdad en el ejercicio de los derechos fundamentales, entre los cuales está el derecho a la salud. Es verdad que esta competencia no se suele usar como competencia autónoma. El Estado la está utilizando con otras competencias. Ahora se va a poner a prueba la utilización autónoma de la competencia del 149.1.1ª con la adopción de ley que crea el sistema nacional de dependencia, que se ha justificado, precisamente, en este 149.1.1ª. El problema es que el Tribunal Constitucional, en cierta manera, ha cercenado el alcance, y las posibilidades, de utilización de la competencia del 149.1.1ª. Recuerdo un trabajo del profesor Menéndez donde decía que la famosa sentencia de la Ley del Suelo, la STC 61/1997, convertía esa competencia en una competencia para establecer un mínimo común denominador y no un denominador común. El Tribunal Constitucional lo que venía a decir en aquella sentencia es que el 149.1.1ª es una competencia para establecer una igualdad básica, lo que significa que no es una competencia para establecer una igualdad real, una igualdad efectiva, puesto que las comunidades autónomas pueden regular más allá de lo que es esa igualdad básica.

Yo creo que se equivocó el Tribunal Constitucional. Porque, en realidad, ese 149.1.1ª es una competencia de salvaguarda de la igualdad en el ejercicio de los derechos, que es una igualdad que puede ser absoluta. Cuando se dice que el Estado autonómico admite la diversidad, es cierto, la admite porque el Estado central no tiene por qué ejercer la competencia del 149.1.1ª, pero la puede ejercer y poner limitación a esa diversidad, es decir, tiene una competencia de cierre del sistema. Una competencia que yo creo que es transversal y horizontal, aunque el Tribunal Constitucional ha dicho que no es una competencia transversal, horizontal, pero yo creo que sí lo es. Es una competencia del carácter que tiene, por ejemplo, en la Unión Europea la competencia del artículo 95, “para conseguir el mercado interior la Comunidad Europea podrá armonizar”. ¿Para qué ha servido esa competencia? Para regular, por ejemplo, en materia de salud, consumidores, y una serie de ámbitos materiales sobre los que, en principio, no tenía la Comunidad Europea competencias. No tenía atribuidas competencias en materia de salud, de armonización de la salud, y, sin embargo, ha armonizado a través de una competencia para conseguir un objetivo: el mercado interior. Creo que el 149.1.1ª tiene muchas más posibilidades en este sentido; el artículo 149.1 en sus diferentes números atribuye, por un lado, competencias materiales que, evidentemente, implican tener que determinar qué es una materia y qué es otra, pero, por otro lado, también atribuye competencias de carácter funcional definidas en función de la promoción de un objetivo. Por eso diríamos que la Constitución remite al poder legislativo estatal para la determinación de si admite 17 sistemas con unas bases comunes –porque es verdad que tiene las bases el Estado, pero, al tiempo, el Estado debe respetar la capacidad de las comunidades autónomas de dictar normas de desarrollo de tales bases y, por tanto, de establecer una política propia– o si quiere hacer un sistema que vaya más allá de una uniformización a través de las bases, y vaya en la línea de una uniformización prácticamente total en función o en razón de esta competencia horizontal del 149.1.1ª para garantizar la igualdad en el ejercicio de los derechos.

Es verdad que aquí se podría ver el peligro de un vaciamiento del ámbito de decisión autonómico. Pero es un vaciamiento que permite la Constitución. Porque la Constitución ha establecido una competencia funcional con estas características. El objetivo del artículo 149.1.1ª es garantizar la igualdad en el ejercicio de los derechos. Ciertamente habría que

superar la jurisprudencia constitucional que establece que la competencia del artículo 149.1.1ª es una competencia para regular únicamente un mínimo común denominador. Ahora con la Ley de Dependencia supongo que se planteará otra vez el problema. Es decir, ¿puede el Estado regular un sistema nacional de dependencia, donde lo que se quiere es preservar la igualdad en el ejercicio de derechos fundamentales, a través del ejercicio de esta competencia del 149.1.1ª? ¿O se está metiendo en competencias autonómicas sobre asistencia social?, que es lo que se está diciendo por determinadas comunidades autónomas. CiU ya ha dicho que no va a admitir esta vinculación de la Ley de Dependencia con el título del 149.1.1ª y lo va a recurrir. Otra posibilidad hubiese sido, seguramente, recurrir a la competencia del Estado sobre Seguridad Social, pero no se ha querido.

Sea como fuere, la conclusión sería que el modelo constitucional es un modelo descentralizado abierto que permite, o prevé, instrumentos que permiten promover la unidad, el artículo 149.1.1ª, pero no la impone, pues esos instrumentos dependen de ser ejercidos efectivamente por el Estado central. Porque la unidad no se impone *ex constitutione*, sino que se permite que se promueva. Por eso nuestra Constitución admite tanto los 17 sistemas estancos, con bases uniformes, como un sistema común.

Frente a la acusación de que tal interpretación supone la posibilidad de vaciamiento de un ámbito propio de decisión autonómico, se debe acudir a las garantías políticas de la descentralización. El problema en España es que en la elaboración de la legislación del Estado, la legislación básica o la legislación horizontal que se pueda hacer a través del 149.1.1ª, no participan las comunidades autónomas. Porque tenemos un Senado que es el que tenemos, pese a que la Constitución habla de un Senado como cámara de representación territorial. Sin embargo, creo que la participación política de verdaderos representantes territoriales en la legislación del Estado es el mecanismo adecuado para evitar que el Estado acabe desposeyendo a las comunidades autónomas de su ámbito propio de decisión.

José María Vidal

“ Ante todo, debo felicitar a los autores de los informes, cuyas conclusiones y la exposición que hoy han realizado me han parecido extraordinarias. Respecto a estas últimas, no voy a entrar en ciertos detalles que podríamos matizar, pero sí quiero y pienso que debemos comentar y debatir algunas cuestiones sobre lo que se ha planteado.

En primer lugar, y ante una reflexión que se ha hecho por parte de muchos intervinientes de que no está de moda ser autonomista, y después de la cantidad de personas que han dicho que no son autonomistas, me siento un tanto extraño, porque debe ser muy raro ser proautonomista. Al respecto quiero manifestar que estoy contento con el Estado de las Autonomías. Y en esa misma línea pienso que, precisamente, en el tema de la sanidad que hoy estamos analizando, creo que no estamos tan mal conforme se puede entrever después de algunas intervenciones. Más o menos está funcionando la sanidad a nivel de todo el Estado. En estudios comparados salimos muy bien, en la realidad práctica vemos cómo muchos ciudadanos europeos de países avanzados vienen a nuestro país no sólo de vacaciones, sino incluso a operarse aquí porque confían más en nuestro sistema de salud que no en otros sistemas de salud de sus propios países.

El modelo de Estado autonómico que tenemos viene marcado por el artículo 2 y el Título VIII, y mientras tengamos esta Constitución deben seguir siendo estos mandatos, por encima de todo, nuestra guía y punto de referencia, para constatar una realidad que se ha conformado a partir de veintimuchos años de desarrollo autonómico. Por lo tanto, éste es nuestro modelo de Estado y nuestro modelo de Estado autonómico. Incluso añadiría que ahora debemos pensarlo no desde la perspectiva de la historia de lo que fue el Estado durante el siglo XIX y lo que ha sido en el XX, sino pensar en el Estado autonómico inmerso en una realidad de un mundo globalizado, de un mundo interconectado, de una prestación de servicios muy próxima al ciudadano, de una prestación de servicios incluso a nivel telemático en muchos casos.

Yo creo que ese modelo de Estado tiene unas líneas prefijadas que se están cumpliendo en estos momentos. Tenemos ya diez comunidades autónomas con procesos de reformas estatutarias en marcha y ya concluidas. Reformas que, a pesar de las numerosas críticas recibidas, van a ser totalmente ajustadas a la Constitución. Con ellas se va a avanzar mucho, sobre todo en esta línea de mirar hacia delante y aumentar la cooperación y la coordinación entre las distintas administraciones.

El Estatuto de Cataluña y todos los estatutos que han planteado su reforma tienen una ventaja añadida respecto a los anteriores. En ninguno de los anteriores se tenía en cuenta a la Administración General del Estado. En estos momentos todos los Estatutos reformados tienen en cuenta al conjunto del Estado, establecen mecanismos de cooperación, establecen comisiones bilaterales, etc. Antes la Administración General del Estado se veía como una cosa aparte, ahora con los estatutos de nueva generación, se le incluye en el propio estatuto, se articulan relaciones con dicha Administración y se piensa en una gestión de los ámbitos competenciales mejor y más próxima al ciudadano, y creo que ahí algo hemos avanzado.

Hoy, aquí, también querría ir a otra gran reflexión. Se ha citado al primer ministro de Sanidad Socialista, Ernest Lluch. En aquellos momentos, el Ministerio de Sanidad ejercía todavía las competencias sobre la gestión de la sanidad en toda España. En estos momentos el Ministerio de Sanidad, respecto del que gestionaba Ernest Lluch, no tiene absolutamente nada que ver. Y en cuanto a la estructura del Ministerio de Sanidad, desde aquel momento hasta la actualidad, ha cambiado mucho, pero no ha cambiado tanto como se podía prever con el cambio de sus contenidos de gestión.

Probablemente tenemos que tener en cuenta esa realidad del Estado autonómico, no pensar en el Estado del siglo XIX, sino en el del XXI, e intentar ajustarnos a las nuevas competencias y los nuevos retos. Debemos buscar que este Ministerio sea capaz, sobre todo, de coordinar, que es un mandato constitucional para el buen desarrollo de la sanidad en España. Por lo tanto, el elemento de la coordinación debe ser el elemento clave del Ministerio. Es un Ministerio que debe garantizar la igualdad en la prestación sanitaria para toda España. Evidentemente debe ser un Ministerio que impulse políticas sanitarias. Yo creo que la actual ministra de Sanidad está impulsando muchas políticas sanitarias. Es el propio Estado el que las lanza, el que interviene, no sólo en el tema de la financiación, sino que interviene con políticas activas sanitarias, con campañas que después pueden ampliarse por las comunidades autónomas, e incluso por los grandes ayuntamientos.

Por lo tanto, lo importante en la actualidad es cómo se apoya y fomenta la coordinación a través del propio Ministerio o el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Aquí, sí creo que serían muchas las reflexiones que podríamos hacer de cómo funciona la sanidad. En la coordinación, el Estado tiene un papel preponderante, y es donde puede decidir. Es, junto a todas las comunidades autónomas, que son las que ven y viven los problemas de la sanidad y están “a pie de calle”, conforme se pueden acordar y diseñar planes y programas conjuntos a dos, cuatro, cinco, diez años, y el Estado que conoce los problemas y las soluciones adoptadas por todas las comunidades, además, debe impulsar y coordinar mejor todas estas políticas para que después se vaya articulando la mejor política sanitaria, tener en cuenta la opinión de las comunidades para adoptar la legislación básica del Estado, etc.

Pero es un Ministerio que, además, debe impulsar la cooperación y la coordinación a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y de los comités dependientes de este Consejo, y también con acuerdos puntuales con todas o algunas comunidades autónomas.

Dicha cooperación debe favorecer no sólo sus propias actuaciones y las relaciones con las comunidades autónomas, sino la garantía de la gestión diaria y la igualdad o diferencia de prestaciones a las que se aludía. Debemos notar que los distintos sistemas de salud no son compartimentos estancos, que las comunidades autónomas tienen unos sistemas en donde una comunidad atiende a ciudadanos de otra comunidad y viceversa, con igualdad de trato y sistemas adecuados de compensación económica intercomunitarios.

Respecto a la propuesta de creación de unos grandes centros nacionales de especialidades, yo no soy demasiado partidario. Vale la reflexión anterior. Lo que considero es que deben potenciarse este tipo de centros por las comunidades autónomas y articularse los mecanismos necesarios que permitan que las personas de determinadas comunidades autónomas puedan acudir a hospitales de referencia de otras comunidades, aunando y compensando las inversiones necesarias entre todos como parte de una misma asistencia. Esta puede ser una opción mejor que la de crear unos nuevos módulos a este sistema, con centros nacionales de especialidades. En estos momentos sí es cierto que cada comunidad autónoma puede ser mejor en determinadas especialidades y otras comunidades autónomas le pueden remitir los pacientes. Al respecto, me constan grandes problemas, pero es curioso que no se tienen problemas para mandar un paciente a un hospital de referencia de otra comunidad. En cambio se han detectado problemas con el traslado en ambulancias y el límite territorial de las comunidades autónomas. Desde esta opción la Administración General del Estado, desde sus distintos ámbitos, además de impulsar, cooperar y coordinar, también debe intervenir para garantizar, no sólo la igualdad, sino la prestación en sí misma y la eficiencia.

Respecto al tema de financiación, soy más partidario de que dejemos en manos de las comunidades autónomas que decidan cómo y en qué deben invertir sus recursos sanitarios. Y no tan sólo porque parte de los impuestos ya los recaudan directamente las comunidades autónomas, sino porque sobre este tipo de decisiones de gasto en un servicio que prestan directamente, es por lo que cada cuatro años los ciudadanos les votarán en razón de cómo se sientan atendidos en un servicio fundamental.

Mónica Melle

“Creo en el Estado de las Autonomías y creo que el Estado de las Autonomías, según estudios, incluso alguno que hemos podido realizar, ha contribuido al crecimiento económico e inclusive a la disminución de las desigualdades de crecimiento económico entre las comunidades autónomas durante estos 25 años.

Lo que sí que se ha producido y está pendiente es la asimetría en cuanto a la asunción de competencias en materia de ingresos. Por lo tanto, coincido con lo que planteaba Miguel Ángel en relación con que tienen que asumir las competencias en materia fiscal para que ellas también puedan llevar a cabo decisiones en capacidad normativa de sus impuestos o de impuestos cedidos parcialmente, incrementar esa capacidad normativa de las comunidades autónomas y esa posibilidad de que decidan cómo financiar los servicios que prestan ellas. Si tienen esas competencias en materia de gasto, pues es lógico que tengan que decidir. La competencia interterritorial puede ser buena, siempre y cuando compitan en la forma en la que se van a financiar esos servicios. Y siempre y cuando la otra condición es que exista un Estado, un Gobierno central, una Administración central que establezca también unos límites que permitan esa igualdad entre todos los ciudadanos. Garantizar unos mínimos en cuestión sanitaria sobre todo y en otros muchos servicios es una competencia que tiene que asumir la Administración central y, por ello, yo creo que, aunque existan 17 sistemas regionales de salud, tiene que existir un sistema nacional de salud mínimo. Unos mínimos donde estén las prestaciones sanitarias que todas las comunidades autónomas han prestado a los ciudadanos, pero a partir de ese mínimo no veo mal que las comunidades autónomas tengan otro tipo de servicios que ya no se le consideren como básicos, pues puedan prestarlos de forma diferenciada, pero también efectivamente pedir o reclamar más impuestos a sus ciudadanos y que esa competencia lleve a que el ciudadano decida qué sistema prefiere con su voto.

Las comunidades autónomas reclaman mayor participación, mayor coordinación. Reclaman esa coordinación. Yo, desde luego, en las conferencias donde he asistido, veo que las comunidades autónomas sí quieren, independientemente del signo político, una mayor coordinación. Lo que no les gusta es la posición que la Administración central, por cuestiones quizás de reminiscencias del pasado, mantiene con ellas, en cuanto a una posición de superioridad. No ven bien que la información no fluya en las dos direcciones, que no se les dé participación en los temas de legislación básica, que no haya reuniones más periódicas.

No funciona la coordinación. Cuando hay casos como la gripe aviar, o el caso Aflin, otros tipos de casos, vemos que no ha funcionado. No hay una coordinación real. Y, sobre todo, yo creo que ellas reclaman intercambios de experiencias, y eso lo he podido ver cuando nos hemos reunido con comunidades autónomas. Y no sé de qué forma, pero hay que mejorar esa coordinación dando una mayor participación a las comunidades autónomas y haciendo que se involucren en esos problemas.

No ven bien que la información no fluya en las dos direcciones; no ven bien que no se les dé participación en los temas de legislación básica; no ven bien que no haya reuniones más periódicas; no ven bien muchas cosas, pero yo creo que eso es lo que tenemos que

cambiar, ese *chip* de relación entre todos. Y realmente la agilidad de las conferencias sectoriales no es la que debería de ser. No funciona la coordinación.

Creo que el Estado debe mejorar, fundamentalmente, la coordinación, la cooperación con las comunidades autónomas, permitiendo que las propias comunidades autónomas cooperen. Segundo, tiene que velar por una igualdad en mínimos, y esa es una competencia constitucional. Tiene que garantizar la igualdad del servicio sanitario para todos los ciudadanos. Luego si una comunidad autónoma decide financiar el cambio de sexo, por ejemplo, pues que lo haga a partir de reclamar más impuestos a sus ciudadanos y que los ciudadanos decidan si realmente eso es lo que ellos quieren, mejor servicio público sanitario a cambio de un mayor esfuerzo fiscal.

Yo no veo mal que las comunidades autónomas asuman mayor capacidad normativa en impuestos, manteniendo que el Estado, para llevar a cabo sus competencias, también necesita su espacio fiscal propio.

César Aguado Renedo

“ Cuando me invitaron al seminario tan amablemente, cosa que aprovecho para agradecer de modo muy sincero a la Fundación, me fijé especialmente en los títulos de las ponencias, Bases constitucionales de una posible política sanitaria en el Estado autonómico, del profesor Solozábal, y La financiación sanitaria autonómica: un problema sin resolver, de los profesores Rey Bial y Rey del Castillo. Inmediatamente en mi mente, que tiende a ser cartesiana aunque no siempre lo logra, diferencié dos perspectivas en el tema de la sanidad que nos ocupa: me dije que si estos eran los títulos de las ponencias, evidentemente la perspectiva del seminario es una perspectiva objetiva (esto es, del Estado), no subjetiva (es decir, del individuo). Parece que la perspectiva del derecho de los ciudadanos a la salud acaso pudiera ser objeto de otro seminario, de otras ponencias, porque es más teórica que ésta que estamos comentando aquí, que es eminentemente práctica. Con todo, no puedo dejar de señalar, por lo que pueda afectar a lo que luego diga, que tengo serias dudas acerca de si hay un derecho a la salud en nuestra Constitución reconocido en favor de los individuos: es cierto que literalmente se habla en su artículo 43 de un “derecho a la protección de la salud”, pero no es menos cierto que el artículo 43 CE está inserto en el Capítulo Tercero del Título Primero, cuyo régimen jurídico lo dispone el número 3 del artículo 53 de la misma Constitución, el cual, como todo el mundo sabe, confía la efectividad de ese derecho, su alegación ante los tribunales, a lo que las leyes dispongan. De modo que, en rigor y a mi modesto juicio, no hay un verdadero derecho constitucional a la salud: podrá y aun deberá haber –como de hecho lo hay– un derecho legal a la misma, pero no se reconoce un derecho constitucional a ella. Lo que el citado art. 43 CE dispone es un principio que debe informar la actuación de los poderes públicos, estatales y autonómicos, pero no un derecho a la salud formalmente constitucionalizado, por lo que, siendo sin duda un derecho materialmente muy importante, no puede, en rigor, predicarse de él que es un derecho constitucional propiamente dicho, con lo que de ello se deriva.

Centrándome ya en la vertiente objetiva de este seminario, de lo leído en las ponencias me parece deducir que un sistema de sanidad nacional tiene que cumplir, para ser tal,

dos principios: el de la universalización y el de la cohesión. Me parece que aquí interesa menos el primero de ellos, porque hace referencia al aspecto subjetivo al que antes me refería y, si no estoy errado, nuestro sistema sanitario, en los comienzos de la Constitución de 1978, no era un sistema de prestación universal, y no creo que por eso estuviéramos inmersos en la inconstitucionalidad constante hasta que se universalizó.

Mucho más relevante, para el asunto que nos reúne hoy, es el segundo principio: el de cohesión. Creo que ha sido Pedro Rey el que en su intervención ha dicho que hacer sanidad pública es hacer Estado, o una expresión similar. Y, efectivamente, yo creo que el verdadero problema que plantea la financiación de la sanidad en nuestro Estado no es más que un problema de cohesión del Estado. Así es, la sanidad es una materia extraordinariamente sensible: no tiene nada que ver que no quepa considerársela un derecho fundamental desde el punto de vista formal, para reconocer que se trata de una materia sumamente sensible, de las más sensibles para los ciudadanos. Si eso es así, ¿qué títulos tiene el Estado central, el Gobierno de la Nación, para poder procurar esa cohesión? Leyendo atentamente la ponencia del profesor Solozábal he visto que se alude, como títulos implícitos, a los artículos 43, 97 y 149.1.1ª de la Constitución. En mi modesta opinión, creo que de ninguno de ellos se puede desprender una habilitación al Estado para que logre ese fundamental objetivo de cohesionar en materia de sanidad al conjunto de los ciudadanos y al conjunto de las instituciones públicas en nuestro actual sistema descentralizado. En particular, puesto que me parece que soy el único que va a mantener aquí la tesis contraria, me parece que el artículo 149.1.1ª CE no constituye un verdadero título competencial, por lo menos no un título especialmente adecuado para fundar o para basar la intervención del Estado en la sanidad, con la incidencia correspondiente en las competencias de las comunidades autónomas. Siento disentir radicalmente del resto de mis colegas constitucionalistas aquí presentes. Seguramente esta idea deriva de que durante varios años he estado en el Tribunal Constitucional prestando mis servicios como letrado, e influido por lo que yo he leído acerca del 149.1.1ª en la propia jurisprudencia del Tribunal Constitucional, creo que es un título que no debiera haberse insertado jamás en el art. 149.1 de la Constitución, que el tenor del número 1 del citado art. 149.1 CE resulta especialmente disfuncional. Basta observar la evolución de la jurisprudencia del Tribunal Constitucional en relación con el mismo para darse cuenta de lo errática que ha sido y para percatarse de que se trata de un título que utiliza cuando no le queda más remedio porque no tiene otro mejor, que lo utiliza bastante mal, y que, generalmente, cada vez que alude a él no hace más que introducir confusión en su doctrina, porque lo ubica en ámbitos materiales muy diversos. Hay una monografía relativamente reciente que trata exclusivamente del 149.1.1ª en la jurisprudencia del Tribunal Constitucional de otro ex letrado del Tribunal, donde se pone de manifiesto esto que estoy comentando yo con trazos quizás excesivamente gruesos: una lectura de esa monografía, tampoco muy extensa, disuade de pensar en el artículo 149.1.1ª como título habilitador del Estado para que frente a las comunidades autónomas pueda limitar (no delimitar, que es cosa distinta) sus competencias en materia de sanidad.

¿Quiere esto decir que el Estado, para lograr esa cohesión que es inherente al ente territorial superior en un Estado descentralizado o compuesto, no tiene títulos una vez descartados los arts. 43, 97 y 149.1.1ª? En absoluto. Rotunda y taxativamente: con el 149.1.16ª (bases y coordinación en materia de sanidad) y 149.1.17ª (legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social), con esos dos títulos, ha de entenderse que el

Estado tiene instrumentos más que de sobra para lograr esa cohesión, absolutamente imprescindible en un Estado compuesto y complejo.

Concluido lo que se acaba de decir, la cuestión que se plantea es: ¿qué modelo de Estado queremos respecto de este ámbito concreto de la sanidad? Acaba de decir José María Vidal que hay un modelo de Estado; que ayer mismo, en el debate del Congreso de los Diputados con motivo de la propuesta de reforma del Estatuto de Aragón, la Vicepresidenta lo ha dicho: “hay un modelo y está en el Título VIII”. María Teresa Fernández de la Vega podrá decirlo: más aún, será su deber decirlo, dado su cargo institucional, en un debate parlamentario. Pero lo cierto y verdad es que del Título VIII de la Constitución, tal cual, no se deduce modelo ninguno. ¿Quiere esto decir que no hay modelo? Hay un modelo. ¿Está en el Título VIII? Evidentemente no: no hay modelo teórico, sino que es el resultado de la pura práctica, un modelo puramente empírico, precipitado de las eventualidades ocurridas todos los días pasadas por el tamiz del Tribunal Constitucional, que es el que realmente ha ido construyendo el modelo que hoy tenemos; no es un modelo pensado en 1978: los redactores de la Constitución no se imaginaban que iba a resultar un sistema como el que hoy tenemos, y mucho menos en sanidad.

Respecto de si funciona mejor o peor el modelo sanitario que hoy tenemos, veo que hay grandes discrepancias según quiénes intervienen en el seminario. Para José Miguel Vidal, me imagino que en su calidad de Director General de Cooperación Autonómica, está bastante bien, funciona de forma más que aceptable, y pone como ejemplo de ello un caso familiar. Los que lo vemos desde fuera no lo creemos exactamente así, y nos preocupa, no tanto la universalización (del sistema sanitario), que es un maravilloso logro, sino su cohesión. Estamos hablando de hacer Estado con la sanidad. En este sentido, apunto las siguientes referencias, que pudieran entenderse como anecdóticas, pero que me parecen bastante significativas.

La primera referencia de la bibliografía en la ponencia de Javier Rey y Pedro Rey es una referencia periodística de mayo de 2005 en el ABC, que se titula “El hospital vizcaíno de Cruces niega que rechazara a un motorista herido por ser de Cantabria”. La segunda referencia consiste en que, el mismo día que me invitaron a asistir a este seminario, leí casualmente una carta al Director de El País (24/09/2006); es breve, y fundamenta claramente esta preocupación que comento por la cohesión del sistema nacional: “En 1995 el Reino de España firma el Código Europeo de Seguridad Social del Consejo de Europa, comprometiéndose a prestar ‘asistencia odontológica de conservación a los niños en edad escolar obligatoria’. Pues bien, tras once años de sucesivos gobiernos, no sólo no se han hecho efectivos tales derechos, sino que su cumplimiento en una nueva cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud se subordina a lo que fije cada programa autonómico (en ocasiones, una mera circular administrativa) en cuanto a técnicas (empastes, endodoncias, incluso edades y tipos de dientes a tratar, etc.)”. Y continúa, “En definitiva, una batería de derechos impropia de un Estado cohesionado, como el nuestro, y en una patología, la dental, con marcados gradientes de desigualdad según clase social u origen, en este caso inmigrante, del niño”. Finalmente, el mismo día en que leí esa noticia, hablando del tema con un gran amigo, excelente administrativista también ex compañero del Tribunal Constitucional, me dice que, según le han contado, en cierta ocasión el médico de guardia del hospital de Guadalajara intentó, con motivo de un grave accidente de tráfico, enviar a algún accidentado grave a Madrid por disponer en aquella ciudad, obviamente, de menos medios que los

grandes hospitales y estar el hospital de referencia de Castilla-La Mancha, al parecer, bastante más lejos (¿en Ciudad Real?); al médico en cuestión le respondieron del hospital madrileño al que llamó que no podían atenderle porque estaba lleno y el accidentado era de otra comunidad autónoma; el mismo médico –me sigue narrando mi amigo– acude la vez siguiente al juez de guardia para que ordene el traslado de un nuevo herido grave, obteniendo el juez la misma respuesta del centro hospitalario de Madrid.

Por referencias como estas, en lo que vayan más allá de la anécdota, comenzaba preguntando: ¿tenemos modelo en materia de sanidad?; ¿qué modelo queremos? Si queremos un modelo cohesionado, obviamente estas experiencias son las que hay que tratar de evitar. A partir de aquí es cuando surgen las preguntas, que son las que yo dejo aquí planteadas: no puedo hacer otra cosa, porque experto en la materia no soy; aquí, en cambio, sí hay verdaderos expertos. Creo que la financiación sanitaria en el Estado autonómico es, sobre todo, un tema de orden práctico, ciertamente, pero con una premisa teórica importante: la de que un Estado compuesto no puede renunciar jamás al valor de cohesión, porque, de lo contrario, sencillamente deja de ser Estado, se disuelve como tal. Es evidente que ese principio de cohesión tiene un importantísimo vector en la sanidad, sobre todo desde el punto de vista financiero, porque, leyendo la ponencia de Javier y de Pedro Rey, parece que, aproximadamente –si lo he entendido bien–, nada menos que un tercio de la financiación autonómica se la lleva la sanidad (el resto es para educación, seguridad, etc.), lo que comporta determinar qué sistema de financiación queremos. Como digo, el tema tiene una vertiente eminentemente práctica, pero que requiere la determinación de unos principios claros, porque son estos los que van a comportar la sensación en la ciudadanía de cohesión del sistema, o la sensación contraria de falta de ella. Por poner un par de ejemplos –y con ello termino excusándome por la indebida extensión de mi intervención–: ¿queremos, o no, una financiación del sistema sanitario que comporte iguales prestaciones para todos en cualquier comunidad autónoma, de modo que, pongo por caso, si yo quiero cambiarme de sexo, pueda acudir a Andalucía y esta comunidad –que parece que ha anunciado tal posibilidad como cubierta por la sanidad pública autonómica– está obligada a prestarme tal servicio?; ¿o más bien basta con unos mínimos prestacionales para todos?; en este caso, ¿hasta dónde han de alcanzar esos mínimos?; por ejemplo, ¿ha de incluirse la atención dental infantil como señalaba la carta del periódico que he leído antes?; ¿y la de los adultos? Estas son las preguntas que hay que contestar, pero su respuesta depende directamente de la claridad con que los protagonistas (Estado y comunidades autónomas) aborden la cuestión, cuestión que en todo caso no puede dejar de estar absolutamente condicionada en nuestro sistema de descentralización territorial por el principio de cohesión.

Rafael Díaz-Regañón

 Tengo que felicitar a los autores de los trabajos, pues son bastante rigurosos y bastante acertados en el tema del “derecho”. A mí me resulta más difícil entrar al detalle porque no soy de derecho, y hay aspectos que me resultan un poco reiterativos o pesados, pero a lo mejor en el mundo del derecho eso es lo que vale. Voy a hacer unos planteamientos e intentaré hacer alguna matización a algunas de las cosas que se han dicho; si me acuerdo de quién la ha hecho, lo referiré. El tema, el punto de partida, el modelo de Estado.

Yo creo que el modelo de Estado actual ha sido positivo, tal y como dice Mónica, a lo largo de estos años. Se ha conseguido mejorar las condiciones de vida del conjunto de los ciudadanos de las comunidades autónomas, aunque es verdad que desde el punto de vista de la riqueza no hemos conseguido modificar el *ranking* de cuáles son las comunidades ricas y cuáles son las comunidades que siguen siendo menos ricas. Sin embargo, creo que el debate está un tanto contaminado por la idea que se tiene desde algunas comunidades autónomas, e incluso desde algunas personas en el ámbito estatal, de que esto es un Estado federal, y como tal piensan que tiene que estar organizado y deben financiarse los servicios. Y yo creo que no es un Estado federal. Yo creo que los condicionantes históricos de este país, de España, no han dado lugar a un Estado federal nunca. Creo y dudo que vaya a poder ser un Estado federal, porque los condicionantes históricos no nos llevan a ello. Ninguna comunidad autónoma ha tenido soberanía de nada para ceder soberanía a la Administración General del Estado. Yo creo que son cosas básicas desde el punto de vista de ciencia política. Entonces, una vez dejada la premisa de que el modelo de Estado autonómico puede ser válido y es el que tenemos en la Constitución, entraría al tema de cuánto nos queremos gastar, o cuánto nos estamos gastando, en función de cada comunidad autónoma. ¿De qué partimos, de los costes históricos de los servicios antes de las transferencias, que es lo que dice la ley, a la hora de determinar las transferencias? Es decir, se transfieren a coste efectivo de los servicios, excepto para la sanidad, que según se fueron haciendo transferencias sanitarias fuimos modificando el modelo.

En principio fueron a coste efectivo de los servicios, luego se pasó a una forma capitativa, luego a una forma mixta, etc., y esto, Rosa, que ha hecho muchos estudios al respecto, lo sabe mejor que yo. O partimos de cero y decimos ¿cuál es la necesidad de los ciudadanos de cada comunidad autónoma para decidir cuál es la necesidad de financiación de acuerdo al modelo actual de financiación? O sea, que son cosas diferentes. Es decir, si yo tengo que poner como punto de partida cuánto me costaba la sanidad, por otra parte, dato difícil de determinar, porque había gastos centralizados en lo que eran las comunidades autónomas que integraban el Insalud, gestión directa, evidentemente hay comunidades autónomas, como Castilla-La Mancha, Extremadura, Castilla y León, que salen bastante desfavorecidas en relación con Madrid, porque muchos servicios se daban desde Madrid. Entonces, tenemos que definir exactamente cuál es el punto de partida que tenemos que tomar, para ver si el modelo o los modelos son los adecuados o no. Pero antes de entrar en el modelo de financiación, en el aspecto de financiación, yo que vuelvo a repetir que no soy un experto en leyes, pero sí me he leído la Constitución, yo creo que el artículo 43 de la Constitución es determinante a la hora de analizar por qué se debe financiar de una forma u otra los servicios de la asistencia sanitaria. Pero no solamente el artículo 43, la Ley de Cohesión y Calidad, en el preámbulo, en la exposición de motivos, lo expresa, y creo recordar que la Ley de Financiación, el modelo de financiación autonómica, también. En el caso sobre todo de la Ley de Cohesión, se viene a decir que además del artículo 43 de la Constitución, el Estado, a quien utiliza este para hacer efectivo o ser garante de la asistencia sanitaria, es a la Seguridad Social. O sea, la Seguridad Social, la Ley General de Seguridad Social todavía tiene bajo sus competencias la asistencia sanitaria. Y yo, que soy partidario aquí, como decía Miguel Ángel, de un Sistema Nacional de Salud único y no la suma de 17 servicios regionales de salud, creo que mantener bajo el ámbito de la Seguridad Social a la asistencia sanitaria, como una prestación no contributiva, puesto que la pagamos vía impuestos, es un elemento de garantía de cohesión del sistema. Y yo personalmente se-

guiré abogando, y donde pueda lo diré de esta forma para mantenerlo, y en qué condiciones. O sea, el garante del derecho a la protección a la salud es el Estado, a través de la Seguridad Social. Y ¿qué es lo que se transfiere? La gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, es decir, la facultad que una comunidad autónoma pueda tener para organizar los servicios regionales de acuerdo a como ella considere, teniendo en cuenta siempre los principios de universalidad, equidad, igualdad de la atención pública. Y cuando hablo de universalidad, hablamos de esto, de por qué a una persona, ciudadano español, del Estado español, en una comunidad autónoma, le van a negar o no la asistencia sanitaria. Y si ponemos el cambio de sexo en Andalucía y llega un ciudadano de Extremadura a cambiar de sexo, ¿se lo cambian o no? Si hablamos de un sistema universal estamos hablando de un sistema universal.

Entonces, ahora voy al tema de la financiación. El modelo de financiación, evidentemente, después de cuatro veces que se reformó desde 1981 a 2001, determina que el modelo es, digamos, integra al conjunto de servicios que prestan las comunidades autónomas, es decir, lo divide en tres grupos: servicios comunes, servicios de asistencia sanitaria y servicios de prestación social. Y lo divide en tres grupos, fundamentado en que, precisamente, la asistencia sanitaria y los servicios sociales en aquello que correspondería al Estado son competencia de la Seguridad Social. Entonces, no hay una cantidad finalista, pero obliga el modelo a dedicar asistencia sanitaria la cantidad que se estaba gastando antes de realizarse las transferencias (o el resultado del cálculo de la necesidad de financiación para 2002), evolucionada con el ITE correspondiente, y luego con la evolución del PIB, en principio para tres años, y luego hasta el año 2007, después de la Conferencia de Presidentes. Lo que quiere decir que la norma reconoce que hay unas cuestiones específicas, relativas a determinados servicios asistenciales que da el Estado. No todos tienen la consideración de “bien público”, que serían los bienes públicos puros, pero también existen lo que llamamos bienes sociales de carácter preferente, que son bienes que podrían ser privados, pero que nosotros, por norma, hemos decidido que sean bienes sociales, que sean bienes públicos, de producción pública, como son la sanidad y la educación (en los tramos de los tres a los 16 años), y como va a ser la parte de servicios sociales que se va a dar con la futura ley de dependencia, cuidado con esto. Que los servicios sociales son prestaciones sociales, no son bienes sociales de carácter preferente. Sin embargo, con la nueva ley, la parte de servicios sociales que se dé a los ciudadanos que tengan algún tipo de dependencia se convierte en un bien de carácter social preferente, en un bien de derecho subjetivo y, por lo tanto, la prestación que se le dé es un bien social, digamos de carácter preferente. Que eso es otro aspecto que habrá que tener en cuenta a la hora de aplicación de la ley. Entonces, el modelo de financiación yo creo que no está mal diseñado, aunque hay algunos elementos, y esto Rosa lo sabe porque hemos hablado mucho de ello, que habría que corregir, como la evolución de la base poblacional. En los países con una estructura federal pura, en este tipo de servicios de carácter social preferente no se cede la financiación a los Estados. Al menos no se cede todo. En un porcentaje muy elevado se sigue manteniendo en la parte central del Estado, tanto en Canadá como en Finlandia, como en Alemania y como en otros sitios. O sea, que a veces nos intentamos inventar alguna cuestión que no coincide con la realidad de lo que está pasando.

Otra cosa muy diferente, una vez que hayamos hecho el cálculo de necesidad de financiación, es, ¿de dónde provienen los recursos? Con fondos finalistas, en unos casos, o en el conjunto de cesión que hace el Estado a las comunidades autónomas (en su mayoría). Mó-

nica comentaba que así como las comunidades tienen la capacidad de decidir dónde gastan, siempre teniendo en cuenta para el gasto de la sanidad que hay un mínimo garantizado, que no pueden salirse de ahí, que ¿por qué no tienen más capacidad digamos normativa para decidir si ponen más o menos impuestos?, yo soy contrario a esa teoría, porque analizando cómo han evolucionado los ingresos fiscales de las diferentes comunidades autónomas, nos encontramos con que, efectivamente, hay tres comunidades autónomas, que son Madrid, Barcelona y el País Valenciano, que absorben casi, en algunos casos, más del 90% de los ingresos tributarios del Estado. Es decir, en el caso de impuestos especiales, Madrid viene a recaudar (IRPF) el 35% del total estatal, y en el IVA el 45%, y en los impuestos especiales el 86%. ¿Y por qué esto es así? Porque en el impuesto sobre gasolina todas las grandes petroleras, que tienen su sede en Madrid, son lo que llama Hacienda empresas singulares, y se paga, sea donde sea la recaudación, en Madrid. Y porque la retención del IVA del trabajador del Corte Inglés de Vigo se ingresa en Madrid. Y digo del IVA, (no) la retención del IRPF. Y el IVA que cobra El Corte Inglés en Vigo se ingresa en Madrid, porque es la sede de la empresa. Todo ese tipo de cosas tenemos que tenerlas en cuenta, y de ahí algo que decía Miguel Ángel, el tema de las balanzas fiscales, yo me atrevo a decir que es una falacia, que no podemos funcionar en base a esos parámetros a la hora de decidir cómo tenemos que financiar.

El tema de los servicios y centros de referencia, que están establecidos en la Ley de Cohesión, yo personalmente soy partidario de que eso debería correr a cargo de la Administración General del Estado. Pero que eso es algo que tiene que ser para el conjunto del Estado, precisamente por esta idea que comentaba Miguel Ángel de que no se pueden poner todos los servicios en todas las comunidades autónomas, porque tiene que haber una masa crítica y por las habilidades de los profesionales, no es lo mismo el profesional del Ramón y Cajal, que hace no sé cuántas operaciones de neurocirugía, a que lo instales esto en un hospital de Asturias, donde hay una población de un millón de personas y va a hacer cien al año. Las habilidades no son iguales, y eso repercute en la calidad también. Ya mantenemos en algunas comunidades autónomas hospitales donde se hacen cinco partos cada dos meses, y vale el parto un ojo de la cara, pero están ahí. Entonces, a lo mejor hay que facilitar en algunos casos el acceso, y no tanto la cercanía de la prestación.

Otro punto que quería tratar es el tema de los sistemas de información. Sobre lo que se ha dicho aquí estoy totalmente de acuerdo. Yo creo que es un déficit lo que tiene el sistema nacional de salud en relación con los sistemas de información. Y yo entiendo que desde el punto de vista técnico no es tan complejo el montar un sistema de información, que no tiene que ser único, pero sí que tienen que ser el resultado, quizás, de la integración de los 17 sistemas actuales. Y tampoco tiene que ir toda la información al Ministerio, puede haber una información específica de cada comunidad autónoma que no tiene que ir al Ministerio, pero sí definir qué campos de las bases han de ser enviados de forma automática, no esperar a que la voluntad del responsable de turno decida que tenga que llegar al Ministerio. Es decir, el consejo interterritorial tiene que definir tipos de patología, edad, lo que sea. Y esos son datos que automáticamente llegarían al Ministerio sin necesidad de esperar a que la voluntad del responsable de turno de la comunidad autónoma lo tenga que llevar.

Y luego, otra cuestión, y es que quizás a lo mejor tenemos que empezar a plantearnos en relación con el gasto, y en relación con la necesidad, el hablar de parámetros que no

siempre son los adecuados. Evidentemente no es lo mismo gastar 1.000 euros en un paciente en Madrid, donde en 70 km², creo que hay cinco millones de personas, y en la ciudad de Madrid, en 20 km² hay tres millones de personas, que si yo tengo que dar asistencia sanitaria, en condiciones de igualdad o universalidad, cuidado, porque es un derecho, a 800 pueblos en Castilla-La Mancha, con menos de 1.000 habitantes. Y alguno de ellos con 500 habitantes y otros con 100 habitantes, y con 40. Claro que me va a costar eso más dinero que a los de Madrid. Por eso Madrid se gasta un cuatro por ciento del PIB en gasto sanitario público, mientras que los demás nos estamos gastando entre el seis y el ocho, bueno el seis, depende de qué comunidad autónoma, en relación con el PIB. Yo creo que hay una serie de parámetros que tendríamos que revisar a la hora de hacer comparaciones.

En el debate planteado creo que no había déficit sanitario, sino insuficiencia de financiación. En el dinero que se puso en la mesa, solamente hubo una partida, la de garantía sanitaria, que iba a gasto sanitario. Las demás, las comunidades autónomas se las han podido gastar en lo que les diese la gana. No había ningún punto en la norma que salió, que dijese “esto es para gasto sanitario”.

Javier Losco

“ Porque estamos en la semana en que hemos presentado el famoso informe sobre la metodología en el Senado, y una de las cosas más útiles que se dicen en esa metodología es que de ninguna manera se puede trasladar al debate de la financiación autonómica. Eso para que quedase claro que son ámbitos completamente diferentes unos estudios de otros.

Juanjo Solozábal

“ La verdad es que no sé si tiene mucho sentido una nueva toma de la palabra por mi parte, pues se han defendido tesis no coincidentes con mi intervención, pero muy justificadamente. De manera que yo no puedo hacer sino incurrir en una reiteración en relación con lo que son mis propias posiciones. Las objeciones que se han presentado a lo que yo he dicho se refieren sobre todo a lo que llamaba títulos implícitos del Estado. Creo que cabe reforzar la competencia específica del Estado central, en materia de la salud, incluyendo efectivamente la política sanitaria dentro de la política interior, que dirige impulsándola, corrigiendo o adelantándose en este ámbito, el Gobierno de la Nación. En el informe se hace una diferencia entre lo que son funciones y lo que son competencias del Gobierno; se establece la relación entre funciones y competencias; y creo que no es necesario que insista sobre esto.

Hay otras dos cuestiones, además de la problemática afectante a los títulos implícitos que acabo de tratar. En primer lugar sobre el derecho a la salud, más en concreto sobre la recepción constitucional de este derecho. El destinatario de la Constitución, como el destinatario de las normas, son los ciudadanos, y no en primer lugar los juristas. De manera que si en la Constitución se reconoce el derecho a la protección a la salud, evidentemente ahí se está hablando de un derecho, y esto tiene importancia de cara a legitimar una actuación

de los poderes públicos. Un derecho que está relacionado con la dignidad de la persona, un derecho que por ello implica la titularidad necesariamente universal, así como el aseguramiento de unas prestaciones, con la fundamentación de un sistema, que es lo que se hace cuando se concreta ese derecho, como se señalaba muy bien en la Ley de Cohesión. De manera que yo creo que eso es muy importante, y sobre todo lo que justifica la necesidad de un sólo sistema de salud. Estemos hablando de un sistema único, como ocurría con el Insalud, o estemos hablando de sistemas autonómicos, pero que comparten determinadas estructuras y determinados objetivos, como ocurre, según se prevé, en la Ley de Coherencia y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

La última cuestión se refiere al 149.1.1ª. Yo creo que la jurisprudencia del Tribunal Constitucional es concluyente en algunas cosas, a pesar de los vaivenes que se han señalado. Es concluyente en que se trata de una competencia de regulación, pero una regulación que no habilita para proceder a una normación general de ese derecho, sino efectivamente una regulación que tiende exclusivamente a asegurar el ejercicio en condiciones de igualdad del derecho. El Tribunal Constitucional lo que hace es sencillamente justificar anticipadamente lo que después se va a poder hacer con los títulos fundamentales, que son los títulos del 149.1.16ª, el establecimiento de las bases y la coordinación. Me parece que las objeciones que habéis planteado se mueven fundamentalmente en estas líneas, y esto es lo que tenía que comentar. Mil gracias por vuestra atención, ahora, y cuando habéis procedido a la paciente lectura de mi informe, que tan benévolamente habéis juzgado.

Javier Rey

“ Es difícil responder en una sola intervención a todas las cosas que se han planteado. Yo doy las gracias a todos los que han intervenido, porque he aprendido muchas cosas, sobre todo de las distintas visiones que una misma cuestión puede tener. La verdad es que la mayoría de ellas se han pronunciado acerca de aspectos relacionados con el derecho, pero que tienen consecuencias muy directas también sobre el tema financiero.

Como entrada retomaría el tema del modelo de Estado que se ha planteado, y hasta qué punto lo importante es definir el modelo de Estado. Yo creo que sería más o menos discutible plantear qué modelo de Estado define la Constitución, desde el punto de vista territorial. Pero no así desde el punto de vista de la protección social. Creo que en la Constitución se opta por un sistema de servicio público para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, que es un derecho individual. Y desde el momento en que es así, me parece que eso condiciona una serie de formas de organizar los mecanismos de protección. El problema es que luego, desde el punto de vista del derecho, se ha contribuido muy poco, desde nuestro punto de vista, a definir de qué manera está prescrito que tiene que organizarse el sistema de protección como servicio público.

Una cosa es concebir el servicio público sanitario como competencia de sanidad y otro hacerlo como Seguridad Social. En la práctica, a la hora de hacer los traspasos, se diferenciaron las dos cosas. Se hicieron rápidamente las transferencias de sanidad entendidas como salud pública y se hicieron de manera mucho más retrasada, probablemente, por la importancia económica de uno y otro tipo de cuestiones, las relacionadas con la Seguridad

Social, que incluían la asistencia sanitaria. Sin embargo, en un deslizamiento que desde el punto de vista del Derecho a mí me resulta curioso, cuando estas cosas se han sometido a discusión, el pronunciamiento de la mayoría de los profesionales del Derecho ha sido decir que la competencia, que era de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, y que garantizaba ciertas capacidades de intervención del Estado en estas materias, y, en concreto, en las materias económicas, se había transformado, en virtud del cambio del sistema de financiación, en competencia de sanidad, en la cual eran exclusivamente, casi exclusivamente competentes las comunidades autónomas, con la excepción de los mecanismos de coordinación. El follón que se ha derivado en el ámbito sanitario de estas cuestiones es monumental.

De todas maneras, en este sentido, el trabajo de Juan José Solozábal nos saca de ese ámbito de discusión y permite la intervención, una intervención directa del Estado en la organización de los servicios sanitarios y en el propio funcionamiento de los servicios sanitarios, sobre la base de títulos distintos a los que habíamos venido discutiendo, siempre en el ámbito sanitario. La intervención del Estado en las materias en las que es competente en los Estados federales se caracteriza por utilizar el poder de gasto por parte del Estado. Sin eso es difícil ejercer su función efectiva siquiera en la coordinación de los servicios. Ésta es exactamente la misma conclusión a la que nosotros hemos llegado al analizar otros sistemas federales, y por eso proponemos una recuperación de la intervención del Estado como mecanismo fundamental de modificación de un sistema de financiación autonómica en el cual la sanidad se ha diluido en el conjunto de la financiación autonómica y, además, carece de carácter finalista, que es otra de las cuestiones que se observa en cualquiera de los países federales, que o se hace así o si no es incompatible con el mantenimiento de un servicio público que mantenga unas condiciones similares de equidad. Yo creo que en esto de una u otra manera hemos estado todos de acuerdo. Yo creo que, aparte de comentar estas cuestiones, hay algunas respuestas puntuales a cuestiones que se han planteado.

Se ha planteado por qué hacer un sistema de información independiente del Ministerio de Sanidad. Las razones son muy evidentes. El sistema de información independiente del Ministerio de Sanidad estaba previsto en la Ley General de Sanidad de 1986, como una de las competencias, y no sólo competencias, sino obligaciones de la Administración General del Estado. Veinte años después seguimos sin contar con un sistema de información que nos dé respuesta a las desigualdades, etc., que se están planteando entre las comunidades autónomas. Y no me parece creíble recurrir al mismo modelo 20 años después de que se enunciara que tenía que formarse. Por eso en el trabajo se proponen dos formas respecto a esto. Uno, el constituirlo de manera independiente del Ministerio de Sanidad, para que las comunidades autónomas, que han recelado siempre de proporcionar una información que no sabían cómo iba a ser utilizada, se sientan propietarias de esa información. Y, por tanto, eso se puede hacer a través de mecanismos que se proponen en el trabajo, como la constitución de organismos colegiados, con un patronato en el cual incluso la propiedad, o la sede, estuviera en instituciones de tipo diferente de las propias instituciones central o autonómica. Como ocurre en Canadá, donde la sede de del sistema de información es una universidad.

Además, sería este campo de la información sanitaria uno de los terrenos en los que debería plasmarse el poder de gasto del Estado dirigiendo una parte de financiación condicionada específica a que cada comunidad autónoma suministrara los datos que sustenten ese sistema de información.

Juan Manuel Eguiagaray

■ Muchísimas gracias por vuestras intervenciones, vuestra paciencia, y por haber aguantado hasta estas tardías horas.

Hay algunas cosas que han quedado claras. En medio de la capacidad de todos los juristas para buscar matices y diferencias, me parece que hay muchas menos incertidumbres en el mundo jurídico que en relación a cómo resolver específicamente las disfuncionalidades económicas y sociales que existen. Los juristas os ponéis razonablemente de acuerdo en que sabemos cuáles son las competencias de unos y de otros, los títulos de intervención del Estado, etc. Habrá discusiones de matiz, pero yo creo que en lo sustancial hay relativamente menos dificultades. Pero, en cambio, creo que existe el sentimiento, o la constatación empírica –o ambas cosas a la vez–, de que el Sistema Nacional de Salud es, todavía, como tantas otras cosas, como las fincas rústicas, manifiestamente mejorable. Creo que es algo que está en el ambiente; que se ha hecho un gran esfuerzo y que no se pretende reproducir el pasado, ni es cuestión de volver a un pasado que no queremos en absoluto, sino que se quiere mantener el Estado autonómico, que creemos en este modelo más o menos bien definido, etc., que por supuesto no era el que nadie se había imaginado, sino que es el resultado del tiempo y de mil cosas más.

Pero dicho esto, sin duda alguna quedan muchas cosas por hacer, y éstas son las que tratamos de poner de manifiesto. Quedan cosas por hacer, y es razonablemente satisfactorio el encontrar que al menos no es la falta de instrumentos lo que hará imposible encontrar soluciones. Hay títulos jurídicos en el Estado para buscar soluciones. No entro en cuáles sean, dentro del artículo 149 de la CE, los que deban ser utilizados mejor. Hay una serie de propuestas en la ponencia de Juanjo, y hay evidentemente otros elementos, algunos de los cuales se han subrayado con notas de color para destacar la necesidad de hacerles frente. Por ejemplo, problemas de retrasos en las listas de espera; problemas puntuales de falta de atención a pacientes por razones territoriales o competenciales; sin olvidar problemas absurdos derivados de pretensiones inadecuadas de ciertas comunidades autónomas deseosas de montar los servicios que no deben, o los generados por las instancias del Estado que impiden o no ayudan suficientemente a montar aquello que deben. Yo creo que lo que ahora es indispensable es hacer frente a estas disfuncionalidades del modelo. Esta es la parte que nos toca. No tanto el diseño en grueso del modelo, sino el diseño fino. Porque si los objetivos principales son garantizar condiciones básicas de igualdad o de cohesión, todavía nos queda, me parece, bastante trecho por recorrer. Sin embargo, mantengo la esperanza de que, así como la adolescencia es una de esas situaciones que se cura simplemente con el tiempo, en la vida social y en la vida política de los países ocurre, seguramente, algo parecido. Es inevitable pasar por un proceso de descentralización en el que, a la vez que se acierte en muchas cosas, se cometan también algunos errores. Pero probablemente ahora, sin necesidad de justificarse por decirlo abiertamente, haya llegado el momento de plantearse algunas de estas cosas, no desde un socorrido, pero falso dilema centralismo-autonomismo, sino desde la perspectiva, mucho más prometedora para el futuro de las responsabilidades compartidas entre distintos poderes, de la cooperación entre ellos y, si se me apura, de un cierto sentido común cada vez más reclamado por la ciudadanía.

Ya termino. La tarea que pretende hacer el Laboratorio de Alternativas es contribuir al debate. No se trata siempre de hablar de principios, por importantes que estos sean. Porque algunos de los principios, afortunadamente, ya no son discutibles, son de general aceptación. Ahora hay que bajar de los grandes principios, que nadie discute, a hacer que la vida sea un poco más satisfactoria, porque encontramos soluciones a problemas que la gente está detectando. Así está ocurriendo en la sanidad, en la educación, en muchos de los grandes servicios, en los que tenemos manifiestas deficiencias, que no se pueden discutir únicamente en términos de autonomismo-no autonomismo. Consagrado ya entre nosotros el principio autonómico, la tarea ahora es tratar de conjugar las fuerzas en juego y el papel de cada instancia para que la satisfacción de los ciudadanos sea mayor y el sistema garantice la igualdad básica, como es su obligación. En ese marco, seguramente, a las instancias centrales les corresponden tareas insustituibles.

Momentos antes de empezar la sesión de Seminario, Jesús Huertas, director del Instituto de Estudios Fiscales, comunicaba por teléfono la imposibilidad de asistir. No obstante, ha querido compensar su ausencia con el envío de la siguiente aportación escrita que el lector sabrá relacionar con los contenidos anteriores.

Jesús Ruíz Huerta

El trabajo presentado por Pedro y Javier Rey es un documentado informe sobre la situación de la financiación sanitaria en España en el que se proponen algunas alternativas de alcance al modelo vigente y un conjunto de ideas de interés para el debate actual en España. Se trata, sin duda, de una aportación significativa que se inscribe con todo merecimiento en el ámbito de las posibles alternativas al sistema sanitario existente en la actualidad en España

Después de una descripción general, el documento presenta una serie de consideraciones teóricas y de sistemas comparados que sirven para ilustrar el examen pormenorizado del caso español que se lleva a cabo en el último apartado del trabajo. Creo que las consideraciones sobre los sistemas comparados tienen un interés especial. En opinión de los autores, el análisis comparativo pone de manifiesto que, aunque las características de los sistemas sanitarios de los países de corte federal son muy diferentes, se pueden establecer ciertos patrones comunes en la organización y la financiación de sus servicios sanitarios.

El aspecto común más destacable es que el Gobierno “central” tiene siempre un papel activo en el mantenimiento de las condiciones universales y equitativas de la protección sanitaria. Además, ese papel se sustenta siempre en el ejercicio del “poder de gasto” (*spending power*) por parte del Gobierno central, lo que propicia una participación directa y no condicionada de ese nivel de gobierno en la financiación de los servicios sanitarios “regionales”. Ésta es la base imprescindible para su intervención en las políticas sanitarias comunes, y en el mantenimiento de las condiciones universales y equitativas de la protección.

Según los autores, existen diferencias significativas entre los patrones comunes a los países analizados y las características organizativas y financieras actuales del sistema sanitario español. En éste, el papel del Gobierno central habría quedado seriamente desdibujado, en especial en relación con el mantenimiento de la universalidad y la igualdad de la protección sanitaria, como consecuencia de la desaparición en la práctica de su capacidad de intervención financiera. El sistema de financiación actual, que ha incluido los recursos para sanidad de manera indiferenciada en el sistema general, no permite la utilización del “poder de gasto” por parte del Gobierno central. Las aportaciones que se han hecho al aumento de la financiación sanitaria (la más reciente con motivo de la última Conferencia de Presidentes Autonómicos) carecen de sustrato legal para dirigir su destino a esos fines, y resultan más bien una aportación inespecífica al aumento de la financiación, la capacidad económica y, en consecuencia, el poder de las comunidades autónomas.

Aun compartiendo algunas de las preocupaciones y puntos de vista manifestados por los autores, creo que en este contexto puede tener más interés ofrecer las preguntas y discrepancias que me ha sugerido la lectura del documento de la Fundación, especialmente en relación con sus principales propuestas. Ordenaré las consideraciones en cuatro apartados: uno sobre principios y criterios generales; el segundo sobre algunas cuestiones vinculadas al gasto; el tercero sobre instrumentos concretos mencionados en el texto, para terminar con alguna reflexión a propósito de la articulación institucional del sistema.

En relación con los principios y las cuestiones más generales, debo decir que las consideraciones sobre nivelación y el papel protagonista que debe desempeñar la Administración Central del Estado son difícilmente discutibles y, en mi opinión, mayoritariamente aceptadas por los expertos y los ciudadanos. Asimismo ocurre con la expresión de la nivelación como el logro de estándares similares de prestaciones, o de recursos disponibles que permitan asegurar la igualdad de acceso, cuando el esfuerzo fiscal es también semejante en los diversos territorios. En el propio Estatuto de Autonomía de Cataluña se recoge este principio y el reconocimiento de que es el Estado el responsable de fijar la nivelación de servicios: Artículo 208.3. “Los recursos financieros de que disponga la Generalidad podrán ajustarse para que el sistema estatal de financiación disponga de recursos suficientes para garantizar la nivelación y solidaridad a las demás comunidades autónomas, con el fin de que los servicios de educación, sanidad y otros servicios sociales esenciales del Estado del bienestar prestados por los diferentes gobiernos autonómicos puedan alcanzar niveles similares en el conjunto del Estado, siempre y cuando lleven a cabo un esfuerzo fiscal también similar. En la misma forma y si procede, la Generalidad recibirá recursos de los mecanismos de nivelación y solidaridad. Los citados niveles serán fijados por el Estado”.

Sin embargo, es más difícil de compartir la idea de diferenciar el gasto sanitario de manera finalista en el conjunto de financiación autonómica. Es cierto que el sistema aprobado en 2001 habla de la “masa homogénea de sanidad” como algo claramente diferente y que establece una garantía de financiación de los servicios sanitarios¹, así como una garantía adicional de crecimiento mínimo de los recursos dedicados a la sanidad equivalente al índice de aumento del PIB a precios de mercado². Sin embargo, pretender diferenciar el gasto sanitario de manera finalista parece una pretensión poco viable, pues eso exigiría condicionar la capacidad de presupuestación de las comunidades, algo que hoy está fuera de discusión.

En otro orden de ideas, no obstante, creo que la propuesta de evitar aportaciones centrales adicionales es claramente asumible, puesto que en la situación actual, el grado de maduración del sistema de financiación y la finalización de las transferencias de servicios hacen cada vez más anacrónico un sistema sustentado en entregas de transferencias puntuales para atender necesidades sobrevenidas...

¹ Artículo 7.3: “Las comunidades deberán destinar cada año a la financiación sanitaria... como mínimo, el importe que resulte de aplicar al valor en el año base establecido para tales servicios, el índice de crecimiento del ITEn... A tal fin quedan vinculados todos los recursos del sistema de financiación.” También, la disposición transitoria 7ª de la Ley 21/2001, de Financiación de las Comunidades Autónomas de Régimen Común.

² Disposición transitoria segunda de la misma Ley, cuyo contenido ha sido prorrogado con motivo del Acuerdo de la 2ª cumbre de Presidentes de las Comunidades Autónomas.

Respecto a las cuestiones vinculadas al gasto, querría decir que el trabajo plantea algunas propuestas que van más allá de los problemas estrictamente financieros: tal es el caso de la propuesta de unificación de las diversas formas existentes de protección sanitaria. Se trata de una cuestión de envergadura que exigiría una especial atención en la línea de un posible nuevo diseño del modelo general. O la medición del gasto, bien a partir de criterios históricos o bien mediante variables asociadas a alguna medición de la población ponderada. Ciertamente el ideal sería obtener una medida correcta de las necesidades, pero, como los propios autores mencionan, se trata de un asunto difícil y con muy escasas experiencias comparadas. La información disponible es aún limitada y encontrar las variables adecuadas implica siempre un problema de negociación política de incierto resultado. En el mismo ámbito, no sé si tiene mucho sentido interferir en el proceso de presupuestación de las Comunidades para separar las cantidades de recursos asignadas a gasto corriente e inversiones. Por fin, incentivar o limitar (a través de algún mecanismo de penalización) el empleo por parte de los diversos servicios de salud de las comunidades de productos o tecnologías no contemplados en la cartera de servicios básicos, me parece una propuesta difícilmente aceptable en el contexto actual.

En relación con los instrumentos concretos mencionados en el trabajo, algunas preguntas adicionales: ¿tiene sentido suprimir el Fondo de Cohesión o tal vez sea mejor rediseñarlo para atender a la movilidad y a las necesidades de cohesión efectivas, haciendo más visible el papel de la Administración Central en la gestión del sistema? ¿Debe evitarse la discusión sobre copagos y otras medidas específicas de financiación o habría más bien que abrir la discusión, empezando por los problemas de copago existentes en el sistema actual en relación con la financiación de los productos farmacéuticos, o con otros instrumentos concretos de financiación como los recargos en IRPF? ¿Cómo deben articularse los debates y las posibles soluciones que habría que aplicar en un contexto como el actual en el que existen distintas responsabilidades según niveles de gobierno?

Por otra parte, las necesidades de información, absolutamente necesarias, hacen imprescindible un acuerdo nacional de transparencia que asegure el flujo de datos necesario para poder analizar adecuadamente el sistema y proponer medidas de reforma del mismo. No podría pronunciarme sobre la ubicación concreta del sistema de información, pero, a mi juicio, desconectarlo del Ministerio de Sanidad parece contradictorio con el deseo de reforzar la presencia y la actuación de la Administración central en este ámbito. Por otro lado, la experiencia reciente, concretada en el Informe sobre la Gestión del Gasto que ha publicado el IEF, muestra que es posible avanzar en este campo a través de la participación de los diversos agentes y con un papel crucial del Ministerio de Sanidad y el de Economía y Hacienda. En el mismo sentido, la cooperación entre comunidades para recuperar el poder de compra ante sectores industriales crecientemente unificados es una tarea indudablemente necesaria, aunque todo parece indicar que conseguir una única central de compras para todo el sistema es poco practicable en el momento presente.

Por último, las propuestas sobre el papel de las diversas instituciones afectan a un tema nuclear del sistema de descentralización del Estado. Aun reconociendo la necesidad de reformular las conferencias sectoriales, aclarando sus funciones y cometidos, no estoy muy seguro de que ello deba llevar a un nuevo reparto de competencias entre las mismas. En otros términos, mientras la financiación sea general es imposible evitar el papel clave que viene jugando el Consejo de Política Fiscal y Financiero en lo que se refiere a la financiación de todos los servicios, incluyendo entre ellos la sanidad.

Cuadernos publicados

- 1/2004. El control político de las misiones militares en el exterior. Debate de expertos.
- 2/2004. El sector del automóvil en la España de 2010. Debate de expertos.
- 3/2004. La temporalidad en la perspectiva de las relaciones laborales.
- 4/2004. La contención del gasto farmacéutico. Ponencia y Debate de expertos.
- 5/2004. Alternativas para la educación. Debate de expertos.
- 6/2004. Alternativas para el cambio social. Zaragoza, 26 de noviembre 2004
- 7/2005. Las bases y los límites del consenso en la política exterior española. Debate de expertos.
- 8/2005. Los mecanismos de cohesión territorial en España: análisis y propuestas. Debate de expertos.
- 9/2005. La inversión de la empresa española en el exterior: nuevos aspectos económicos, políticos y sociales. Debate de expertos.
- 10/2005. El futuro de RTVE y EFE. Debate de expertos.
- 11/2005. El recurso de amparo constitucional: una propuesta de reforma. Debate de expertos.
- 12/2005. Guerra de Irak y elecciones del 14 M: un año después. Debate de expertos.
- 13/2005. Azaña y Ortega: dos ideas de España. Debate de expertos.
- 14/2005. El aborto en la legislación española: una reforma necesaria. Debate de expertos.
- 15/2005. Los objetivos políticos del Presupuesto de Defensa español. Debate de expertos.
- 16/2005. Alternativas para la España plural. Debate de expertos.
- 17/2005. Reformas para revitalizar el Parlamento español. Debate de expertos.
- 18/2005. Las nuevas tecnologías aplicadas a la agroalimentación. Entre la preocupación y la urgencia. Debate de expertos.
- 19/2005. El crecimiento del sistema español de I+D. De la teoría a la realidad. Debate de expertos.
- 20/2005. La Agencia Europea de Defensa y la construcción europea: la participación española. Debate de expertos.
- 21/2006. Alternativas para la España plural. Debate de expertos.
- 22/2006. La crisis energética y la energía nuclear. Debate de expertos.
- 23/2006. Unión Europea y América Latina: retos comunes para la cohesión social. Debate de expertos.
- 24/2006. Alternativas para la España plural. Debate de expertos.
- 25/2006. Una financiación autonómica equitativa y solidaria. Debate de expertos.
- 26/2006. Solución de conflictos por medios no jurisdiccionales. Debate de expertos.
- 27/2006. El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia. Debate de expertos.
- 28/2006. El modelo social europeo. Laboratorio Alternativas-Policy Network.
- 29/2006. Alternativas para la España plural. Debate de expertos.
- 30/2006. Inmigración e integración: un reto europeo. Debate de expertos.
- 31/2006. La intervención médica y la buena muerte. Debate de expertos.
- 32/2006. La frontera entre el sistema público de I+D+i y las empresas. Un obstáculo capital para el desarrollo. Debate de expertos.
- 33/2006. Retos del modelo social y económico europeo. Debate de expertos.
- 34/2006. Alternativas para la España plural. Debate de expertos.

