

# DE LA INTEGRACIÓN A LA SEPARACIÓN DE FUNCIONES DEL SISTEMA SANITARIO: OBJETIVOS, MODALIDADES Y BALANCE.

*Francisco José Villar Rojas*  
Catedrático de Derecho Administrativo

**SUMARIO:** 1.- La apuesta por la integración de funciones: la Ley General de Sanidad. 1.1 Antes de la Ley General de Sanidad (de 1982 a 1986). 1.2 De la Ley General de Sanidad (1986) al Informe Abril (1991). A) Las decisiones de la Ley General de Sanidad sobre la organización sanitaria pública. B) La respuesta autonómica: los Servicios Regionales de Salud. 2.- Los primeros pasos hacia la separación de funciones. 2.1 La Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (1990). 2.2 El impacto del Informe Abril (1991). A) Las propuestas esenciales del Informe Abril. B) La generalización del Sistema Sanitario autonómico. C) La huida al Derecho Privado de algunos servicios autonómicos de salud. 3.- La implantación de la separación de funciones (1994 en adelante). 3.1 La generalización de la separación de funciones y modos de implantación. 3.2 Autoridad-regulación versus compra-provisión. 3.3 Regulación-financiación, compra y provisión. 3.4 Del “mercado interno” a la clarificación de responsabilidades orgánicas. 4.- La causa de la reforma: controlar el crecimiento del gasto sanitario. 5.- Balance: un cambio organizativo sustancial, pero de impacto limitado.\*

## **1.- La apuesta por la integración de funciones: la Ley General de Sanidad.**

### ***1.1 Antes de la Ley General de Sanidad (de 1982 a 1986).***

Con anterioridad a la aprobación de la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986), unas pocas Comunidades Autónomas, aun sin traspaso de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, tomaron la decisión de organizar sus medios materiales y personales para la

prestación efectiva de las competencias en materia sanitaria que ya tenían. Este fue el caso del Instituto Catalán de la Salud (Ley 12/1983), del Servicio Vasco de Salud (Ley 10/1983), del Servicio Regional de Salud de Madrid (Ley 9/1984), y del Servicio Regional de Salud de Navarra (Decreto 43/1984, con cobertura posterior de la Ley 8/1986); y, poco antes de la aprobación de la vigente ley sanitaria, el Servicio Andaluz de Salud (Ley 8/1986).

En todos los supuestos, el modelo seguido fue el del Instituto Nacional de la Salud, entidad gestora de

---

\* <sup>1</sup> La Revista Derecho y Salud cumple ahora quince años de existencia (1993-2008). En este tiempo sus páginas han dado cuenta de la evolución, de los cambios y de las controversias que han rodeado al Derecho Sanitario español. La mayor parte de esos temas y conflictos eran anteriores –los derechos, la responsabilidad, el reparto competencial, las profesiones sanitarias...– No obstante, unos pocos tienen la casi la misma vida que la propia Revista. Se puede decir que pertenecen a la misma generación. Este es el caso de la separación de funciones como principio de organización de los sistemas sanitarios autonómicos, un principio que se ha consolidado en estos años. Este paralelismo es el motivo por el que se ha elegido este tema para este número conmemorativo.

la Seguridad Social, creado en 1979 (R.D. 1855/1979), de naturaleza jurídica equivalente a un organismo autónomo administrativo (zanjó las dudas la disposición adicional 6ª LOFAGE, 1997). Tan es así que la ley de creación del Instituto Catalán de la Salud afirmará que tiene naturaleza de “Entidad Gestora de la Seguridad Social” (artículo 2.2 de la Ley 12/1983).

El traspaso sucesivo de los medios materiales y personales relacionados con la sanidad pública: primero, higiene y salud pública, luego, centros sanitarios dependientes de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional, para concluir con la asistencia sanitaria en materia de Seguridad Social, se encuentra en el origen de estas iniciativas. Las fechas de estas últimas transferencias son elocuentes. Cataluña recibió esa transferencia mediante el R.D. 1517/1981. Sin embargo, el traspaso a Andalucía se produjo con el R.D. 400/1984, cuando aún no había creado su servicio regional. Ya vigente la Ley General de Sanidad se produjo el traspaso al País Vasco (R.D. 1536/1987) y a Valencia (R.D. 1612/1987). Navarra hubo de esperar hasta el final de la década (R.D. 1680/1990); en paralelo con el traspaso a Galicia (R.D. 1679/1990). En gran medida, la explicación de esas iniciativas organizativas se encuentra en otros motivos, el principal, gestionar los centros de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNA) y, en algún caso, además, asumir la titularidad de establecimientos sanitarios provinciales; el caso paradigmático es el Servicio Regional de Salud de Madrid<sup>2</sup>.

En suma, en todos los casos, las Comunidades Autónomas optan por reproducir el modelo organizativo estatal, creando entidades públicas dotadas de personalidad jurídica y cierta autonomía de gestión, en línea con el Instituto Nacional de la Salud.

## 1.2 De la Ley General de Sanidad (1986) al Informe Abril (1991).

### A) Decisiones de la Ley General de Sanidad sobre la organización sanitaria pública.

El principio de integración es el fundamento organizativo de la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986). Tres son los ámbitos sobre los que se proyecta:

-Integración de todas las funciones sanitarias mediante la articulación de la salud pública (promoción, prevención y protección) con la asistencia sanitaria (acciones curativas, incluyendo rehabilitación) -artículos 18 y 19-. Como es sabido, de modo expreso se habla del “concepto integrado de atención a la salud” -artículo 51.2-.

-Integración de medios y recursos públicos en un dispositivo único, de modo que se unifiquen todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios públicos, cualquiera que sea su titular, especialmente los locales, en una red única -artículo 50-.

-Integración organizativa con la creación del Sistema Nacional de Salud -artículo 45-, formado por los Servicios de Salud que se creen en cada Comunidad Autónoma -artículo 50.1-; servicios regionales cuya pieza básica es el Área de Salud, ámbito territorial y funcional de realización de todas las prestaciones sanitarias -artículo 56-.

Estas decisiones se declaran básicas. La exposición de motivos de la Ley es elocuente:

*“La integración efectiva de los servicios sanitarios es básica, no solo porque sea un principio de reforma en cuya aplicación está en juego la efectividad del derecho a la salud (sic) que la Constitución reconoce a los ciudadanos, sino también porque es deseable asegurar una igualación de las condiciones de vida, imponer la coordinación de las actuaciones públicas, mantener el funcionamiento de los servicios públicos sobre mínimos uniformes y, en fin, lograr la efectiva planificación sanitaria que mejore tanto*

<sup>2</sup> Sobre la normativa sanitaria en estos años y su evolución, por todos, J. Pemán Gavín, *Derecho a la salud y Administración sanitaria*, Real Colegio de España en Bolonia, Zaragoza, 1989, págs. 143 a 186.

*lo servicios como sus prestaciones” (apartado III de la exposición de motivos).*

En suma, la integración de funciones, recursos y organización es una decisión esencial, adoptada con el fin de asegurar la igualdad de los ciudadanos en el acceso a los servicios sanitarios –legislación básica a los efectos del artículo 149.1.18 de la Constitución–.

Cuatro años más tarde, la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (Ley 15/1990) insistirá en este planteamiento, incluso con mayor convicción. En su preámbulo se dirá lo que sigue:

*“Se crea un ente público, el Servicio Catalán de la Salud, configurado por todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios públicos y de cobertura pública de Cataluña, al cual corresponden, además de las funciones de ordenación, planificación, programación y evaluación sanitarias, sociosanitarias y de salud pública, así como la distribución de los recursos económicos afectos a su financiación, que se ejercerán de acuerdo con las directrices y prioridades previstas en el Plan de Salud de Cataluña y los criterios generales de la planificación sanitaria que determine el Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Se pretende así superar determinadas deficiencias de la organización sanitaria, como es la desvinculación entre las actuaciones de ordenación y planificación y las de gestión de los servicios sanitarios, atribuidas en todas partes a órganos diferenciados, asignándolas a un organismo único que las desarrolle bajo una dirección única, con el objetivo de alcanzar una adecuada coordinación en las materias antedichas, del todo aconsejable, por otro lado, teniendo en cuenta su estrecha interrelación”.*

La integración de todas las funciones, tareas y servicios en un dispositivo único aparece como la medida necesaria para poder superar las deficiencias de la organización sanitaria pública tradicional.

En suma, la Ley General de Sanidad apuesta por la integración de funciones y por la creación de un organismo público autónomo, que asuma esas funciones e integre todos los recursos y establecimientos. La combinación de esas decisiones da lugar a lo que

se denomina Sistema Nacional de Salud. Y es que el reparto constitucional de competencias impedía establecer un servicio público nacional de sanidad de modo que se diseñan tantos servicios públicos como Comunidades Autónomas que se “integran” en un Sistema, que no Servicio, Nacional de Salud<sup>3</sup>.

El otro gran principio que sustenta la Ley General de Sanidad es la planificación territorial de los servicios y de los recursos.

El uso eficiente de los recursos y la garantía de igualdad de los ciudadanos en el acceso a los servicios sanitarios condicionan la organización de este servicio público. Pues bien, si los recursos forman un todo, no existirá ni duplicación ni despilfarro, tan solo lo necesario para atender las necesidades de cada uno. Tantas camas por tantos habitantes, tantos beneficiarios por médico o centro de salud. La igualdad impone, además, una ordenación uniforme que asegure el mismo trato y calidad de prestación con independencia de la capacidad económica y de las diferencias territoriales o sociales. La consecuencia de este entendimiento es la planificación poblacional y territorial de los recursos.

La Ley asume ese planteamiento: la unidad básica de los servicios regionales de salud son las áreas de salud con su hospital de referencia (artículos 56 y 65 de la Ley General de Sanidad). Estas áreas que se dividen en zonas básicas de salud con su centro de atención primaria (artículo 62 de la Ley General de Sanidad). Los servicios, centros y profesionales se ordenan en función de parámetros poblacionales localizados: las áreas de salud dan cobertura a un mínimo de pacientes. Igual ocurre con las zonas básicas de salud: los servicios y profesionales se establecen según el mismo parámetro. En suma, tantas camas hospitalarias por población atendida. A su vez, la colaboración privada se presenta como subsidiaria, con preferencia de medios públicos y, en su caso, prioridad de los centros sin ánimo de lucro (los conciertos sanitarios del artículo 90 de la Ley General de Sanidad) y, cuando es complementaria, el régimen de

---

<sup>3</sup> Sobre el significado y alcance del “sistema sanitario”, la explicación de E.M. Álvarez González, *Régimen jurídico de la asistencia sanitaria pública*, Comares, Granada, 2007, 360 págs., en particular, 159 a 188.

funcionamiento es análogo al de los centros públicos (los convenios singulares del artículo 67 de la Ley General de Sanidad).

El tercer pilar del modelo diseñado por la Ley General de Sanidad es la gestión directa, descentralizada, mediante establecimientos públicos sin personalidad jurídica, sometidos a normas administrativas - hospitales, ambulatorios y centros de salud-. La colaboración privada es subsidiaria, cuando menos, en la regulación.

Los principios de integración y de planificación no imponían, inevitablemente, una organización con medios materiales y personales propios de la Administración Sanitaria. No obstante, como se ha explicado en otro lugar, el rechazo tradicional a “hacer negocio con la salud” (desde la Ley de Bases de Seguridad Social de 1963), junto con el “éxito” del sistema de Seguridad Social en los años sesenta y setenta (construcción de una red de residencias sanitarias en lugar de concertación con clínicas y profesionales privados), explican, entre otras, la opción por la gestión directa tradicional, la condición básicamente subsidiaria de la colaboración privada y la falta de atención hacia otras modalidades de gestión <sup>4</sup>.

### **B) La respuesta autonómica: los Servicios Regionales de Salud.**

En los años siguientes, las Comunidades Autónomas dan cumplimiento a la formulación de la Ley General de Sanidad mediante la constitución de Servicios Regionales de Salud como organismos autó-

nomos de carácter administrativo, dotados de personalidad y autonomía de gestión, en línea con la previsión legal y con el precedente y paralelo Instituto Nacional de la Salud. A los ya mencionados se suman el Servicio Valenciano de Salud (Ley 8/1987), el Servicio Gallego de Salud (Ley 2/1989), el Servicio Aragonés de Salud (Ley 2/1989, actual Decreto-Legislativo 2/2004), el Servicio Regional de Salud de Murcia (Ley 2/1990), el propio Servicio Catalán de la Salud (Ley 15/1990) y el Servicio Riojano de Salud (Ley 4/1991).

Es cierto que la Ley General de Sanidad no imponía ninguna forma organizativa. El artículo 50.1 de la misma se limita a decir lo siguiente:

*“En cada Comunidad Autónoma se constituirá un Servicio de Salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos ... que estará gestionado como se establece en los artículos siguientes, bajo la responsabilidad de la respectiva Comunidad Autónoma”.*

No se impuso ninguna modalidad de organización porque esta decisión entra dentro de las potestades autonómicas –principio de autoorganización-. Sin embargo, no es menos cierto, que el proyecto de ley elaborado por el Gobierno sí que se pronunciaba, recogiendo el debate organizativo del momento <sup>5</sup>. El mismo artículo en fase de proyecto precisaba:

*“En cada Comunidad Autónoma se constituirá un Servicio de Salud dotado de personalidad jurídica...” (BOCG, IIª, A, 23 de abril de 1985, 145-I).*

Es claro que la idea del Gobierno era generalizar el modelo INSALUD y, pese a su desaparición de la Ley, es el camino que en estos años toman las Comunidades Autónomas al crear sus respectivos Servicios de Salud. No está de más recordar que sólo la Comunidad Valenciana adoptó una forma organizativa no personificada (artículo 46 de la Ley 6/1993 <sup>6</sup>); y,

---

<sup>4</sup> Lo expuesto es un mero apunte. La Ley General de Sanidad ha sido objeto de excelentes trabajos a los que es inevitable remitirse para una mayor profundización. En este sentido, E. Cobreros Mendazona, *Los tratamientos sanitarios obligatorios y el derecho a la salud (estudio sistemático de los ordenamientos italiano y español)*, IVAP, Oñati, 1988, 320 págs; J. Pemán Gavín, *Derecho a la Salud y Administración Sanitaria*, ob. cit. 257 págs., más reciente, *Asistencia sanitaria y Sistema Nacional de Salud*, Comares, Granada, 2005, 395 págs.; M. Beato Espejo, “El sistema sanitario español: su configuración en la Ley General de Sanidad”, *Revista de Administración Pública*, 119 y 120, 1989, págs. 379 a 418, 381 a 400; S. Muñoz Machado, *La formación y la crisis de los servicios sanitarios públicos*, Alianza Editorial, Madrid, 1995; y M. Rebollo Puig, “Sanidad”, en S. Muñoz Machado, J.L. García Delgado, L. González Seara (dir), *Las estructuras del Bienestar*, Escuela Libre y Civitas, Madrid, 1997, págs. 217 a 294;

---

<sup>5</sup> Sobre el proyecto de ley, el trabajo colectivo: *El proyecto de Ley General de Sanidad*, Instituto de Estudios Económicos, Madrid, 1985, pássim.

<sup>6</sup> Siguió el modelo de los “servicios administrativos sin personalidad” de la Ley de Entidades Estatales Autónomas de 1958, entonces aún vigente (artículos 1.2.B y 84 a 90 de esa Ley).

además, que lo hizo de modo provisional (hasta la Ley 12/1994).

La estructura de todos esos Servicios autonómicos se ajusta a las previsiones de la Ley estatal:

-El Servicio Autonómico se configura como organismo autónomo administrativo, dotado, por tanto, de personalidad y patrimonio propios y autonomía de gestión, en un entorno jurídico-público, vinculado con una Consejería o Departamento autonómico de Sanidad.

-A su vez, la estructura territorial se adecua a las áreas de salud, con funciones de autoridad sanitaria y asistencial, cada una de ellas con un hospital vinculado, y, a su vez, dividida en zonas básicas de salud, en las que se crean centros de salud, que son la puerta de acceso al sistema sanitario. Y esto, pese a que, formalmente, la organización de las áreas de salud es regulación supletoria, no básica, que las Comunidades Autónomas podían modificar en su integridad (artículo 2.1 de la Ley General de Sanidad y SS.TC. 32 y 42/1983). La realidad es que los cambios son nominales: regiones sanitarias en lugar de áreas de salud; ámbitos intermedios entre las áreas y las zonas de salud -sectores, comarcas y distritos de salud-, creación de zonas básicas especializadas; poco más.

-Asimismo, tanto los hospitales como los centros de salud, como otros establecimientos sanitarios -ambulatorios y consultorios- responden al modelo de establecimiento público sin personalidad, aun con cierto grado de autonomía. Las referencias normativas siguen siendo el R.D. 521/1987, sobre hospitales, y el R.D. 137/1984, para los centros de salud.

-La colaboración privada depende de la realidad previa de cada Comunidad Autónoma: relevante en Cataluña, de escaso peso en Andalucía o el País Vasco.

Este es el esquema básico de cualquiera de las leyes mencionadas.

## **2.- Los primeros pasos hacia la separación de funciones.**

### ***2.1 La Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (1990).***

Al final de la década, la propuesta reforma sanitaria catalana apuntó ya un cambio de esta organización. El artículo 7.2 de la Ley 15/1990, de Ordenación Sanitaria de Cataluña abre las puertas a cambios en la forma de gestión. Se separa de este modo, siquiera normativamente, del modelo uniforme extendido con la Ley General de Sanidad. El citado precepto decía así:

*“Para el ejercicio de las funciones a que se refieren los epígrafes c), d) y e), del apartado anterior, el Servicio Catalán de la Salud podrá:*

*Primero. Desarrollar las referidas funciones directamente, mediante los órganos u organismos que sean competentes o puedan crearse a dicho efecto, si procede.*

*Segundo. Establecer acuerdos, convenios, conciertos o fórmulas de gestión integrada o compartida con entidades públicas o privadas.*

*Tercero. Formar consorcios de naturaleza pública con entidades públicas o privadas sin ánimo de lucro, con intereses comunes o concurrentes, que podrán dotarse de organismos instrumentales, si procede.*

*Cuarto. Crear o participar en cualesquiera entidades admitidas en derecho, cuando así convenga a la gestión y ejecución de los servicios o actuaciones”.*

Con esta previsión, la posibilidad de emplear otros modos de gestión, directa o indirecta, resultaba expresa. Es cierto que, en una interpretación literal y sistemática, la Ley General de Sanidad no impedía –ni impide– el uso de formas de gestión directa personificadas como las que aquí se apuntan (“cualquiera entidad admitida en Derecho”), con la excepción de las formas de gestión indirecta (reducidas a convenios y conciertos). No lo es menos, sin embargo, que una lectura finalista de esa misma Ley sí parecía conducir a una determinada forma de gestión, como ejemplifican las primeras leyes autonómicas. Esta

Ley autonómica deja aclarada la cuestión: son utilizables otras modalidades de gestión de los centros, servicios y establecimientos sanitarios.

En los años sucesivos, esta fórmula se recoge en la legislación sanitaria de Asturias (artículo 4.3 de la Ley 1/1992), Baleares (artículo 7.2 de la Ley 4/1992), Castilla-León (artículo 7.3 de la Ley 1/1993), Murcia (artículo 5 de la Ley 4/1994), y Canarias (artículo 51.2 de la Ley 11/1994).

## 2.2 El impacto del Informe Abril (1991).

### A) Las propuestas esenciales del Informe Abril (1991).

Como es sabido, en 1991, se publicó el denominado “Informe Abril”, una suerte de libro blanco sobre la sanidad española, elaborado por la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud (julio 1991). Del mismo interesa recordar las dos principales propuestas –al menos, desde la óptica de la organización-, que formula:

-La primera, la separación de funciones en orden a la creación de un mercado interno de la sanidad, diferenciando:

a) La regulación, la planificación y la asignación de recursos, que se encomendarían a la autoridad sanitaria (Gobierno Autonómico y Consejería).

b) La compra de servicios para la población “afiliada”, que se encargaría a las Áreas de Salud, cuya misión consistiría en conseguir la mejora calidad en los servicios con los recursos disponibles.

c) La provisión de servicios, que correspondería a los centros asistenciales públicos y privados a través de fórmulas jurídicas diversas (contratos-programa, convenios, conciertos...).

Con esta distinción, entre otros objetivos, se persigue aclarar las respectivas responsabilidades y generar un cierto estímulo competitivo entre los prestadores<sup>7</sup>.

-La segunda, la utilización del derecho privado en lugar del derecho administrativo, para la organización y funcionamiento de los centros y establecimientos sanitarios en orden a dotarles de autonomía de gestión.

En este caso, la propuesta fundamental es convertir los centros hospitalarios en sociedades estatales; en concreto, en entidades de derecho público con personalidad jurídica que someten su actividad al derecho privado (artículo 6.1.b de la Ley General Presupuestaria, de 1977, hoy derogada, reemplazado por las entidades públicas empresariales, artículo 43.1.b de la Ley de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado, de 1997)<sup>8</sup>.

La traducción normativa expresa de estas propuestas tardará algunos años, salvo en aspectos parciales y algunas iniciativas autonómicas en cuanto a creación de empresas públicas para la gestión de determinadas prestaciones<sup>9</sup>. Ese impacto en la legislación se produce con el R.D.-Ley 10/1996, de 17 de junio, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del INSALUD, cuya exposición de motivos resulta diáfana:

*“ La necesidad de fórmulas organizativas más flexibles, imprescindibles para hacer frente a las exigencias de eficiencia y rentabilidad social de los recursos públicos que las Administraciones sanitarias tienen planteados, hace preciso establecer un principio de mayor amplitud en las*

---

*de un mercado real, imponen no sólo la desaparición del monopolio público, sino también la separación de las actividades económicas diferenciadas –normalmente, producción, transporte, distribución y suministro al consumidor-, sea mediante separación contable, jurídica o patrimonial, entre las empresas que desarrollan esas tareas. Sobre este asunto, una primera aproximación, F.J. Villar Rojas, “El principio de separación entre el regulador y los gestores como garantía de la libre competencia”, Revista de Derecho de las Telecomunicaciones e Infraestructuras en Red, 9, 2000, págs. 141 a 153, y la bibliografía que se cita.*

*8 La defensa de esta propuesta en: J. Barea Tejeiro. y A. Gómez Ciria, El problema de la eficiencia del sector público en España (especial consideración de la sanidad), Instituto de Estudios Económicos, Madrid, págs. 171 a 246, en especial, págs. 232 a 246.*

*9 Se dio cuenta de esos antecedentes en F.J. Villar Rojas, “La huida al derecho privado en la gestión de los servicios de salud”, Revista de Derecho y Salud, 2/2, 1994, págs. 98 a 106.*

---

<sup>7</sup> La separación de funciones de la que se habla nada tiene que ver con la separación de actividades que traen consigo las leyes liberalizadoras de servicios públicos, que, en aras a la creación

*formas jurídicas más adecuadas que promuevan el sentido de la responsabilidad en el marco de una organización tan compleja como la sanitaria y que contribuya a hacer efectiva la separación progresiva entre las competencias de financiación y compra de servicios sanitarios y las funciones de gestión y provisión”.*

En consecuencia, según esta explicación, los problemas de la sanidad pública (“eficiencia y rentabilidad social de los recursos públicos”) pasan por la utilización de formas de gestión más flexibles (nuevas formas de gestión) y por la separación de las funciones que habían sido integradas por el legislador sanitario en 1986, mediante su atribución a órganos y establecimientos públicos diferentes <sup>10</sup>.

La posterior Ley 15/1997, de 25 de abril, de habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud, ratificará la apertura a nuevas formas de gestión, tanto directas como indirectas <sup>11</sup>.

El mismo entendimiento se recoge en el Informe sobre la sanidad española, elaborado por la Subcomisión del Congreso de los Diputados para “Avanzar en la consolidación del Sistema Nacional de Salud mediante el estudio de las medidas necesarias para garantizar un marco financiero estable y modernizar el sistema sanitario manteniendo los principios de universalidad y equidad en el acceso” (diciembre de 1997). Este documento insistirá en estas ideas. En materia de organización y gestión, recomienda proseguir los esfuerzos para separar las funciones de planificación, financiación, compra y provisión de servicios, así como configurar los centros asistenciales como organizaciones autónomas con facultades de decisión efectivas y responsables, y facilitar la extensión de nuevas formas de gestión.

A modo de conclusión anticipada, la influencia de estas ideas en la organización sanitaria pública es

---

<sup>10</sup> Sobre ese decreto-ley, el comentario de J. Pemán Gavín, “Hacia nuevas formas de gestión de los servicios sanitarios”, en obra colectiva: *Reforma y liberalización económica (Los Decretos-Leyes de 1996)*, Civitas, Madrid, 1996, págs. 293 a 330.

<sup>11</sup> Sobre ella, F.J. Villar Rojas, “La ley de habilitación de nuevas formas de gestión del sistema nacional de salud: ¿hacia la desregulación de la sanidad pública?”, *Revista Derecho y Salud*, 6/2, 1998, págs. 74 a 91.

patente en los años siguientes. Ahora bien, en ningún caso se llega a una implantación radical de estas propuestas. La separación de funciones exigiría una separación real de los sujetos involucrados, no una meramente orgánica como la que se articula. El ejemplo de lo que se dice fue el R.D. 1893/1996, que aprobó el Reglamento orgánico del Ministerio de Sanidad, afirmando que implantaba la separación de funciones: dirección y planificación por el Ministerio, mientras provisión y concertación a cargo del INSALUD, sin ningún otro cambio. Se volverá sobre esto más adelante.

### **B) La generalización del Sistema Sanitario autonómico.**

El primer cambio conceptual en la organización sanitaria de las Comunidades Autónomas fue la incorporación del concepto de “sistema sanitario” a la legislación territorial.

La Ley catalana dirá: “La presente Ley tiene por objeto la ordenación del sistema sanitario de Cataluña”. El Servicio Catalán de la Salud se encargará de su organización y ordenación (artículos 1 y 3 de la Ley 15/1990). Este planteamiento se recoge en la legislación sanitaria de Navarra (artículo 12 de la Ley 10/1990), Castilla-León (artículo 1.3 y 7 de la Ley 1/1993), Canarias (artículos 2 y 3 de la Ley 11/1994), País Vasco (artículo 5 de la Ley 8/1997), Andalucía (artículo 3 de la Ley 2/1998), Castilla-La Mancha (artículo 18 de la Ley 8/2000), Extremadura (artículo 4 de la Ley 10/2001), Madrid (artículo 1 y 3 de la Ley 12/2001), Aragón (artículo 23 de la Ley 6/2002), Cantabria (artículo 5 de la Ley 7/2002), La Rioja (artículo 32 de la Ley 2/2002), Valencia (artículo 6 de la Ley 3/2003), Baleares (artículo 25 de la Ley 5/2003) y Galicia (artículo 4 de la Ley 7/2003).

Lo que sea el “sistema sanitario autonómico” lo ejemplifica la legislación canaria:

*“El Sistema Canario de la Salud es el conjunto de las actividades, de los servicios y de las prestaciones desarrolladas por organizaciones y personas públicas o privadas en el territorio de Canarias, que funciona de manera cooperativa y ordenada, conforme al Plan de Salud de Canarias, para promover y proteger la salud, prevenir*

*la enfermedad y asegurar la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de la Salud” (artículo 2 de la Ley 11/1994).*

Esta definición que, con algunos matices, se repite en aquellas leyes autonómicas, recuerda la delimitación del Sistema Nacional de Salud:

*“El Sistema Nacional de Salud integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con lo previsto en la presente Ley, son responsabilidad de los poderes públicos para el debido cumplimiento del derecho a la protección de la salud” (artículo 45 de la Ley General de Sanidad).*

Parece claro que con la idea de sistema sanitario se pretende unificar o integrar el conjunto de tareas que son responsabilidad de los poderes públicos en el ámbito sanitario, desde la policía sanitaria –control de establecimientos y profesionales, salud colectiva– hasta el fomento sanitario –promoción de conductas saludables–, pasando por el servicio público sanitario –prestaciones sanitarias debidas a los ciudadanos–; y, además, se pretende vincular a los sujetos privados que actúen en este ámbito, sin llegar a publicar formalmente todo lo “sanitario” (artículo 128.2 de la Constitución). Se toma el concepto “sistema” de la Ley General de Sanidad por más que, como se apuntó, su aparición en esa norma es debido al reparto constitucional de competencias en materia sanitaria que impide hablar de un servicio público nacional de sanidad. Es patente, por otra parte, que, frente a la creación de organismos autonómicos de salud, con estas normas, las Comunidades Autónomas pretenden una ordenación general de sus competencias en materia sanitaria, no sólo la constitución de un Servicio regional de Salud<sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup> La doctrina ha definido sistema como: “un conjunto de elementos relacionados e interdependientes, conjunto o totalidad que no es una simple suma o adición de aquellos elementos o partes que lo componen, sino que es algo más, esto es, que posee unas propiedades que son distintas de las que tienen cada uno de esos elementos por separado”. Lo relevante es que todo sistema tiene sus propios principios generales que aseguran esa totalidad o integridad, más allá de las partes que lo componen. La cita y la explicación en: F. González Navarro, *Prólogo del libro de M<sup>a</sup>.V. De Dios Vieitez, Código de Derecho Farmacéutico*, Civitas, Madrid, 1991, págs. 20 a 22.

La extensión del concepto “sistema sanitario autonómico cumple un papel clave en el camino hacia la separación de funciones. En efecto, mientras la Ley catalana o canaria de Ordenación Sanitaria encomiendan a su respectivo Servicio Autonómico de Salud el ejercicio de todas las funciones públicas inherentes al Sistema, sin perjuicio de la dirección del Gobierno y Consejería competente, la distinción conceptual entre sistema-servicio permitirá que algunas leyes reduzcan las tareas del servicio autonómico de salud, llevándolo hacia la gestión y prestación, trasladando funciones de regulación, planificación, financiación y evaluación, hacia otros organismos públicos –binomio Gobierno, Consejería Sanidad–, dentro siempre del sistema, sin modificar, por ello, la idea de globalidad e integración de la actividad pública sanitaria que sustenta la Ley General de Sanidad. Se ejemplificará esta distinción más adelante.

### ***C) La huida al Derecho Privado de algunos servicios autonómicos de salud.***

El otro cambio relevante es la huida hacia el Derecho Privado en la organización y funcionamiento del servicio autonómico de salud. El objetivo es liberarle, en lo que se pueda, de las normas administrativas, con el fin de que pueda actuar con la flexibilidad jurídica propia de una organización privada, en ámbitos como la toma de decisiones, la gestión presupuestaria, la contratación de bienes y de personal, la gestión patrimonial.

Así, mientras el modelo de referencia empleado en los primeros años fue el de organismo autónomo, con personalidad propia, posible patrimonio separado, y autonomía de gestión, sujeto a normas administrativas, siguiendo el ejemplo del INSALUD; ahora se busca un organismo público que, con iguales caracteres en cuanto a personalidad, patrimonio y autonomía, opere conforme a normas de derecho privado. La exposición de motivos de la Ley de Ordenación Sanitaria del País Vasco (Ley 8/1997) lo explica con las siguientes palabras: “La innovación que permite al legislador el régimen jurídico de los entes públicos de Derecho Privado nos conduce a reflexionar sobre el propio Derecho Administrativo, cuyas reglas se muestran muchas veces insensibles o, al menos, inoperantes, para lograr una aplicación óptima del prin-

cipio de eficiencia en la gestión”. El objetivo es diáfano.

Este es el camino seguido por el Servicio Catalán de la Salud (ente público institucional lo denomina el artículo 4 de la Ley 15/1990, según la redacción que le dio la Ley 11/1995), más tarde por el Servicio de Salud del Principado de Asturias (artículo 5.1 de la Ley 1/1992), el Ente Público-Servicio Vasco de Salud (artículo 21 de la Ley 8/1997) y, más reciente, el Servicio Balear de Salud (artículo 64 de la Ley 5/2003) y el Servicio Madrileño de Salud (artículo 58 de la Ley 12/2001).

Lo cierto, pese a todo, es que este cambio ha tenido escasa entidad, salvo en aspectos internos, como más o menos flexibilidad presupuestaria (aplicación del régimen de Programas de Actuación, Inversiones y Financiación a que se refería el artículo 87 de la derogada Ley General Presupuestaria de 1977). Si el principal objetivo era emplear el Derecho Privado (laboral, mercantil y civil) para contratar como una institución privada, la respuesta de los tribunales y del legislador estatal lo impidió, como no podía ser de otro modo. Sin entrar en otras valoraciones, la realidad es que la Administración Pública no deja de serlo porque se disfraza de empresa privada, de modo que debe someterse a los principios de mérito y capacidad en la selección de personal, de publicidad y concurrencia en la contratación, y buena administración en la gestión patrimonial.

En términos globales, esta vía de modificación quedó en poca cosa, salvo especialidades en materia presupuestaria y patrimonial, de las que, por otra parte, ya disponían las entidades gestoras de la Seguridad Social.

### **3.- La implantación de la separación de funciones (1994 en adelante).**

#### ***3.1 La generalización de la separación de funciones y modos de implantación.***

Desde una perspectiva cronológica, las primeras referencias a la separación de funciones se contienen en la legislación de Navarra (Ley 10/1990), Andalucía (a partir del Decreto 208/1992), el País Vasco (Ley 8/1997), y Cataluña (Decreto 260/2000). A par-

tir del año 2000, este principio organizativo se recoge en todas las leyes que se dictan, no solo en las que aprueban las Comunidades Autónomas que reciben las competencias sanitarias de la seguridad social (R.D. 1471 a 1480/2001), sino en las que dictan Comunidades Autónomas que ya tenían esas competencias. Esta es la clave común en que descansan las leyes de Castilla-La Mancha (Ley 8/2000), Extremadura (Ley 10/2001), Madrid (Ley 10/2001), Aragón (Ley 6/2002), La Rioja (Ley 2/2002), Cantabria (Ley 7/2002) y Baleares (Ley 5/2003); de igual modo que la nueva regulación de Galicia (Ley 7/2003) y Valencia (Ley 3/2003).

En la actualidad, tan sólo tres Comunidades Autónomas parecen mantener el esquema tradicional: Castilla-León, Murcia y Canarias, aunque con matizaciones por vía reglamentaria. De este modo cabe afirmar que la separación de funciones se ha convertido en el elemento nuclear de la actual organización sanitaria autonómica.

La generalización del principio de separación no supone un igual entendimiento del mismo, ni tampoco una regulación idéntica en todas las Comunidades Autónomas. El repaso de las normas aprobadas permite identificar dos grandes grupos:

-El primero, formado por aquellas Comunidades en las que tan sólo se diferencian dos bloques de tareas: binomio Gobierno-Consejería, con funciones de regulación, autoridad, planificación, financiación, evaluación; y Servicio Autonómico de Salud, con funciones de aseguramiento, compra y provisión.

-El segundo grupo lo forman aquellos que siguen el modelo más amplio de separación, el que diferencia las funciones de regulación, planificación y financiación, de la función de compra, de la función de servicios, básicamente, diferenciando el Servicio Autonómico de Salud de los organismos prestadores de servicios sanitarios.

La exposición que sigue atiende a esta distinción, en lugar de una explicación cronológica<sup>13</sup>.

---

<sup>13</sup> La explicación detallada y exhaustiva de los cambios en la gestión de la sanidad producidos en estos años en: M. Domín-

### 3.2 Autoridad-regulación versus compra-provisión.

El cambio en Andalucía es especialmente gráfico. La lectura de la Ley del Servicio Andaluz de Salud (Ley 8/1986) permite identificar con claridad un marco de separación de funciones: las de autoridad sanitaria, regulación, planificación, evaluación y financiación competen a la Consejería de Salud (artículo 3.2), mientras que la gestión, prestación y organización de servicios se encomienda al Servicio (artículos 1 y 2). La realidad era otra bien distinta. La exposición de motivos del Decreto 208/1992 de estructura orgánica básica de la Consejería de Salud es diáfana:

*“La Ley 8/1986 establecía ya una clara diferenciación entre las funciones propias de la Consejería de Salud, ligadas a su papel de definición de políticas, autoridad sanitaria y garante del derecho de los ciudadanos a la protección de la salud y las funciones propias del Servicio Andaluz de Salud responsable de la gestión y prestación sanitaria de los servicios sanitarios públicos que se le adscriben. No obstante, por imperativos organizativos, el Servicio Andaluz de Salud ha venido concentrando, en la práctica, la gran mayoría del desarrollo de las competencias sobre Salud en nuestra Comunidad, lo que ha producido un gran dimensionamiento del citado organismo, mezclándose en él funciones propias de la autoridad sanitaria como las de planificación, ordenación y provisión.*

*La experiencia acumulada en este periodo hace más deseable, por eficaz, acomodar la estructura a una clara distribución de funciones y responsabilidades, diferenciando lo que son las funciones propias de la Administración (autoridad sanitaria, planificación, financiación, asignación de recursos, ordenación de prestaciones, concertación de recursos ajenos e inspección), de las de gestión y provisión más propias de un organismo dedicado exclusivamente a la asistencia sanitaria”.*

La consecuencia fundamental fue la creación de una Viceconsejería dentro de la Consejería de Salud con las funciones reseñadas (artículo 3), con rango equivalente a la Gerencia del Servicio Andaluz de Salud (artículo 9), organismo que reduce sus funciones a la gestión de las prestaciones sanitarias, administración de centros y servicios, y gestión de los recursos humanos, materiales y financieros que se le asignen (artículo 8).

Los cambios posteriores profundizan en este reparto. El Decreto 317/1996 afirma la función de aseguramiento de la Consejería. La Ley de Salud (Ley 2/1998) casi se limita a reproducir la disposición reglamentaria transcrita. Sus términos son elocuentes:

*“La Consejería de Salud, en el marco de la acción política fijada por el Consejo de Gobierno, ejercerá las funciones de ejecución de las directrices y los criterios de la política de salud, planificación y asistencia sanitaria, asignación de recursos de los diferentes programas y demarcaciones territoriales, alta dirección, inspección y evaluación de las actividades, centros y servicios sanitarios” (artículos 36 y concordantes).*

*Por su parte, el Servicio Andaluz de Salud ve limitada sus funciones a las tres que le encomendaba el reglamento orgánico más atrás mencionado, el Decreto 208/1992. El artículo 65 de la Ley 2/1998 es concluyente:*

*“El Servicio Andaluz de Salud, bajo la supervisión y control de la Consejería de Salud, desarrollará las siguientes funciones:*

- a) Gestión y administración de los centros y servicios sanitarios adscritos al mismo, y que operen bajo su dependencia orgánica y funcional.*
- b) Prestación de asistencia sanitaria en sus centros y servicios sanitarios.*
- c) Gestión de los recursos humanos, materiales y financieros que le estén asignados para el desarrollo de las funciones que le están encomendadas.*
- d) Aquellas que se le atribuyan reglamentariamente”.*

Con esta norma se confirma una modalidad de separación de funciones: las públicas –reglamentación, planificación, evaluación, financiación– se diferencian de las de gestión y provisión de asistencia sanitaria; la financiación o compra no se distingue entre las anteriores, al menos en el diseño legal (artículo 48 de la Ley 2/1998).

En resumen, la reordenación sanitaria en Andalucía lleva a la separación entre la Consejería de Salud, donde se constituye una Viceconsejería para asumir las funciones de regulación y autoridad, y el Servicio Andaluz de Salud, organismo prestador de asistencia sanitaria.

El modelo expuesto se reconoce también en la ordenación sanitaria de Castilla-La Mancha. La Ley de Ordenación Sanitaria (Ley 8/2000) diferencia las competencias de planificación, ordenación y autoridad sanitaria, de las de gestión y provisión de los centros, establecimientos y servicios exclusivamente dedicados a la asistencia sanitaria. Las primeras corresponden al Gobierno regional y a la Consejería competente (artículo 22), las otras se encomiendan al organismo autónomo Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (artículo 67). Lo más significativo es que, pese a no referirse a una función de compra-aseguramiento diferenciada, el legislador esboza el “contrato de gestión de servicios” como instrumento que articule la relación del Servicio de Salud con las Gerencias, que son órganos periféricos territoriales desconcentrados del propio servicio de salud (artículo 74).

Igualmente, esta formulación de la separación de funciones se reconoce, aunque no se menciona de forma expresa, en Navarra (artículos 33 y 46 Ley 10/1990); así como, de manera directa, en la normativa sanitaria de las siguientes Comunidades: Asturias (desde el Decreto 83/1999, de 11 de agosto, de estructura orgánica de la Consejería de Sanidad); Aragón (artículos 27 y 60 Ley 6/2002), Cantabria (artículo 59 Ley 7/2002), Extremadura (artículos 8 y 57 Ley 10/2001); La Rioja (artículos 70 y 72 Ley 2/2002), Baleares (artículos 46, 64 y 68 Ley 5/2003), Galicia (artículos 21, 32 y 34 Ley 7/2003) y Valencia (artículos 4 y 23 Ley 3/2003). Por vía reglamentaria, este entendimiento de la separación de funciones es

reconocible en la normativa de Castilla-León (Decreto 77/2003, de 17 de julio) y de Murcia (Decreto 117/2002, de 27 de septiembre).

### **3.3 Regulación-financiación, compra y provisión.**

El País Vasco fue la primera Comunidad Autónoma que recogió en su legislación las tres funciones propuestas por el Informe Abril (1991). La Ley de Ordenación Sanitaria (Ley 8/1997), precedida por el debate generado en torno al documento denominado “Plan Estratégico Osasuna-Zaindiz” (1993), implementa este principio distinguiendo las siguientes tareas o funciones: la planificación del sistema (regulación y financiación del sistema), el aseguramiento y la contratación de servicios sanitarios (capacidad de atender las necesidades sanitarias de la población y compromiso con cada servicio sanitario), y la provisión, esto es, la prestación de los servicios sobre la base de la autonomía y responsabilización del gestor.

El articulado de la Ley responde al esquema apuntado:

*-El Gobierno y el Departamento de Sanidad asumen la primera función: dirección, planificación y programación del sistema sanitario (artículo 12 Ley 8/1997).*

*-Las Direcciones Territoriales de Área de Salud se encargan del aseguramiento y contratación de servicios sanitarios (artículo 16 de la Ley 8/1987), en este segundo caso, bien mediante contratos-programas, bien mediante conciertos.*

*-La función de provisión de servicios sanitarios se encomienda a las “estructuras públicas de provisión”, que lo conforman los centros y establecimientos del Ente Público Servicio Vasco de Salud (artículo 20), a los que se dota de autonomía financiera –incluso, tesorería propia, aun sin estar dotados de personalidad–, y las “estructuras privadas de provisión”, que lo son los centros privados que se concierten, que se consideran servicios de interés público (artículo 29).*

El Decreto 268/2001 de estructura orgánica del Departamento de Sanidad refleja esta distribución de funciones con tres órganos, de igual rango, dependientes del Consejero: la Viceconsejería de Sanidad

(salud pública, farmacia, ordenación y planificación de prestaciones y de servicios, financiación y contratación sanitaria, docencia, investigación y evaluación), la Viceconsejería de Desarrollo y Cooperación Sanitaria (régimen jurídico, estudios, relaciones institucionales, incluido el Servicio Vasco de Salud), y la Dirección General del Ente Público Servicio Vasco de Salud (provisión servicios, en los términos del Decreto 255/1997).

Este modelo se reconoce también en la ordenación del sistema sanitario de Cataluña (al menos, desde el Decreto 260/2000, de estructura y organización centrales del Servicio Catalán de la Salud, y el Decreto 276/2001, de reestructuración del Instituto Catalán de la Salud). En esta Comunidad se produce una vuelta atrás con respecto a la integración plena de funciones que se encuentra en el origen de su organización sanitaria. El Servicio Catalán de la Salud deja de prestar servicios para asumir las tareas de aseguramiento, esto es, la garantía de la prestación. Por otra parte, desde su creación, las regiones sanitarias tenían como función propia: distribuir los recursos económicos afectos a la financiación de los servicios y prestaciones sanitarias públicas (artículo 22.a de la Ley 15/1990). A su vez, los centros públicos sanitarios quedan agrupados en el Instituto Catalán de la Salud, empresa pública (Ley 8/2007), que, en teoría, oferta sus servicios en competencia con los centros públicos –consorcios- y los centros hospitalarios privados, con y sin ánimo de lucro, que operan en esa Comunidad.

El otro caso es la Comunidad de Madrid. La Ley de Ordenación Sanitaria (Ley 12/2001) acoge de pleno la separación en tres funciones básicas: financiación y aseguramiento (Consejería), compra (Servicio Madrileño Salud) y provisión (centros de la red sanitaria única de utilización pública). No obstante, en la práctica, funciona como un sistema de dos funciones.

A modo de resumen, en cualquiera de las dos modalidades descritas, la separación de funciones constituye en la actualidad el principio rector de organización de la Administración Pública para el cumplimiento de sus responsabilidades en materia de asistencia sanitaria. Como resulta de lo explicado, se trata de una separación orgánica que, en unos casos,

es desconcentración y, en otros, descentralización funcional, pero, en ambos casos, la gestión sigue siendo directa con medios públicos<sup>14</sup>.

### 3.4 Del “mercado interno” a la clarificación de responsabilidades orgánicas.

En el modelo propuesto por el Informe Abril (1991), tres son las funciones que se diferencian: la regulación-planificación-asignación de recursos, que corresponde a la autoridad sanitaria en sentido lato (Gobierno-Consejería, entonces Ministerio), la compra y financiación de los servicios, que se encarga a las áreas de salud –piezas básicas del servicio de salud-, y la provisión de servicios, de la que se ocuparían los establecimientos sanitarios, públicos y privados vinculados. El planteamiento se refería, estrictamente, a la asistencia sanitaria, no a la salud pública, y, en rigor, más a la atención hospitalaria que a la atención primaria.

La traducción legal de ese modelo, como evidencia el repaso realizado, ha supuesto un cambio en el contenido de dos de esas funciones –aumentando su ámbito de tareas-, de igual modo que el organismo encargado de la función de compra-financiación. En síntesis, estos cambios son los siguientes:

-La función de autoridad (regulación-planificación) evoluciona, sin cambio de sujeto

<sup>14</sup> En el ámbito de la salud pública colectiva se reconoce una manifestación particular de la separación de funciones. Los problemas de salud colectiva (vacas locas, legionelosis, neumonía asiática) han llevado a la necesidad de afirmar y de especializar a la autoridad sanitaria en el campo de la protección de la salud, con funciones, tareas y responsabilidades bien distintas de las que competen a quienes asumen la prestación de asistencia sanitaria individual. En el ámbito estatal, esta tendencia tiene su manifestación en la Agencia del Medicamento (artículos 89 a 97 de la Ley 66/1997) y en la Agencia de Seguridad Alimentaria (Ley 11/2001). En el ámbito autonómico, el Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, de apoyo a las autoridades competentes en materia de salud pública (artículo 96 en relación con el 53 de la Ley 12/2001), la Agencia de Protección de la Salud de Cataluña (Ley 7/2003) y la Entidad Valenciana para la acción en Salud Pública (Ley 4/2005). Con estas decisiones, la regulación y protección de la salud colectiva queda separada del resto de responsabilidades públicas sanitarias, el fomento de la salud, la prevención de la enfermedad y las tareas asistenciales, cuyo destinatario es la persona individual. Sobre esos organismos, su aparición y su papel en la salud pública, el libro de C. Cierco Seira, *Administración Pública y salud colectiva*, Comares, Granada, 2006, págs. 89 a 160, en especial, pág. 150 y ss.

competente, hasta englobar todas las tareas que son o deben ser competencia del binomio Gobierno-Consejería de Sanidad, en tanto que administración pública responsable de la sanidad, tanto de la policía sanitaria, como de lo asistencial.

-La función de compra-financiación cambia en parte. El juego se produce con la financiación –entendida como aportación de recursos- y la nueva tarea de aseguramiento –que se presenta, en unos casos, como alternativa a la financiación, en otros, como reglamentación de condiciones de acceso a la asistencia sanitaria, y, en otros casos, como gestión de la normativa de acceso y calidad de las prestaciones. Tan es así que alguna norma incluye el aseguramiento en la primera de las funciones (artículo 36 de la Ley 2/1998 de Andalucía). A su vez, en relación con esta función de compra, la normativa autonómica ha introducido algún matiz sobre la competencia para su ejercicio. Si el modelo inicial lo encomendaba a las áreas de salud, algunas leyes lo asignan a los Servicios Autonómicos; lo cual, por otra parte, tiene su sentido en la medida que, orgánicamente, las áreas de salud sean unidades desconcentradas de esas entidades públicas.

-En cuanto a la función de provisión, el modelo original es mantenido. La prestación de servicios debe recaer en establecimientos sanitarios, tanto públicos como privados, que oferten y logren contratar esos servicios. Bien es cierto que, en casi todos los supuestos estudiados, el organismo encargado de la compra es autorizado también a realizar la función de prestación; es el caso del Servicio Madrileño de Salud o del Servicio Catalán de la Salud. Se trata de una integración de funciones reconocible en todas aquellas Comunidades Autónomas que han optado por un régimen de separación limitado a diferenciar la autoridad sanitaria –Gobierno/Consejería- del gestor o provisor –Servicio de Salud-.

El otro cambio reconocible en el tránsito de las ideas a las normas, sin duda el más importante, tiene que ver con el por qué y el para qué de las reformas. La idea de crear un “mercado interno” es desplazada

y olvidada. Ahora con la separación de funciones lo que se persigue es clarificar las tareas y responsabilidades de cada sujeto, evitando que funciones que responden a valores que pugnan entre sí –por ejemplo, la decisión sobre incorporación de nuevas tecnologías con la prestación de asistencia a los usuarios-, sean competencia del mismo sujeto u organismo público. Lo que se persigue con el reparto es que quienes sean responsables de cada tarea se especialicen y se contrapesen en el desempeño de sus funciones en aras de un mejor uso de los recursos públicos destinados a la sanidad. El objetivo es claro: clarificación de responsabilidades y control del gasto por contrapeso entre los distintos órganos competentes.

#### **4.- La causa del cambio: controlar el crecimiento del gasto sanitario.**

En cuanto a la causa o motivo que se esgrime para esta vuelta atrás con respecto al principio de integración de funciones y la búsqueda de nuevas formas organizativas no es otra que la necesidad de controlar el gasto sanitario, no tanto porque sea excesiva su cuantía, sino por la dificultad de controlar y ordenar su aplicación y crecimiento.

Las referencias a esta cuestión son escasas y sutiles, pero existen. Así ocurre con la mención a la “eficiencia de los recursos públicos” del R.D.-Ley 10/1996.

La referencia se encuentra también en algunas leyes autonómicas. De este modo, en la Ley de Ordenación Sanitaria del País Vasco (Ley 8/1997) se puede leer lo siguiente:

*“En dicho debate (el sanitario) destaca la presencia generalizada de escenarios de costes crecientes debido principalmente a la presión que ejercen sobre la demanda de servicios sanitarios factores como nuestra evolución demográfica con el envejecimiento de la población, la incorporación de nuevas tecnologías cada vez más sofisticadas o el propio cambio cultural que experimenta la ciudadanía sobre la percepción de las prestaciones sanitarias y condiciones de calidad exigibles al amparo de su derecho. Estas circunstancias propician un inevitable aumento*

*de la demanda e incluso provocan en algunos colectivos la errónea creencia de que la oferta es ilimitada”.*

La respuesta se encuentra en el cambio organizativo. Nuevamente, la exposición de motivos es elocuente:

*“(La) opción supone una apuesta clara hacia una reforma de base organizativa que potencie la capacidad de la organización sanitaria para lograr una mayor eficiencia en el empleo de los recursos públicos”.*

La exposición de motivos de la Ley de Salud de Andalucía (Ley 2/1998) muestra la misma preocupación:

*“Los cambios demográficos progresivos hacia un aumento de la esperanza de vida y un envejecimiento de la población, la aparición de nuevas enfermedades y los cambios de prevalencia de otras, la introducción permanente de nuevas tecnologías médicas, la implantación progresiva de nuevas tecnologías médicas, la implantación progresiva de la sociedad global de la información en Europa, y una creciente preocupación por los costes y la financiación de las prestaciones públicas, han configurado un escenario para la sanidad en el que las principales prioridades de concentran en modernizar los aparatos administrativos y asistenciales en orden a conseguir una mayor eficacia de su actuación, una mayor eficiencia, una mayor motivación e incentivación profesional y una mejor adaptación a los deseos y necesidades de los ciudadanos andaluces” (apartado IV de la exposición de motivos).*

Vuelve sobre la misma cuestión, la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana (Ley 3/2003) en los siguientes términos:

*“(La) inversión en sanidad, esencial en la sociedad a la que pertenecemos y aspiramos a perfeccionar, constituye una importante partida presupuestaria, que va creciendo porcentualmente en todos los países de nuestro ámbito y que, con el fin de poder continuar con este crecimiento ha de ser sostenida y reconducida tras una profun-*

*da reflexión, común por otra parte en los países de nuestro entorno.*

*La sociedad valenciana, en su conjunto, ha de reflexionar sobre el modelo de sanidad que disfruta, que supone un elevado coste que hay que racionalizar con el fin de permitir su pervivencia, perfeccionamiento y aplicación solidaria” (apartado I de la exposición de motivos).*

Como en los casos anteriores, la vía para dar respuesta a esta tensión del gasto sanitario es un cambio en la organización del sistema sanitario en los términos que han sido expuestos más atrás <sup>15</sup>.

La relevancia de identificar la causa de este cambio radica en que, una vez conocida, es posible intentar una evaluación de los resultados conseguidos por el nuevo modelo de organización basado en la separación de funciones.

---

<sup>15</sup> El problema básico de la sanidad pública es el crecimiento del gasto sanitario y la necesidad de controlarlo, cuando menos, de ordenarlo. Este es el motivo de todas las reformas sanitarias. La gente envejece –y lo seguirá haciendo–, la tecnología sanitaria evoluciona sin parar –y cada vez cuesta más, y, además, aumenta la demanda–, la información es cada vez más amplia –los ciudadanos reclaman la asistencia y sus derechos, son menos “pacientes”–. El dilema se resume en lo siguiente: ¿cómo controlar el gasto sanitario manteniendo un servicio sanitario universal y de calidad? Dos son los caminos planteados –no excluyentes–: a) el recorte directo de los gastos (copago, disminución de prestaciones, también, incremento de impuestos). Y b) la introducción de reformas en la gestión, buscando formas organizativas más eficientes. Como se explicó en otra ocasión, en segundo supuesto, lo ordinario es considerar que la organización es deficiente porque los centros sanitarios no pueden funcionar como las empresas mercantiles, con su flexibilidad, autonomía y libertad, de modo que se busca el cambio de las “normas” y “reglas” que limitan a los centros públicos. Con este entendimiento, en Gran Bretaña surgió la propuesta de crear un mercado interno: organizar la prestación de la asistencia sanitaria como si fuera un mercado, con un regulador-financiador de la actividad, unos compradores y unos proveedores de la asistencia, que contratarían con los anteriores. Ahora bien, mercado, pero “interno”, esto es, ficticio, sin operadores reales, ni menos aún competencia por la provisión de servicios. En todo caso, la pieza clave de este planteamiento era la separación de funciones, de la que se ha venido hablando. Ampliamente, Villar Rojas, “La ley de habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud”, *ob. cit.* págs. 87 a 91..

### **5.- Balance: un cambio organizativo sustancial, pero de impacto limitado.**

La separación de funciones es hoy el principio rector de la organización de la sanidad pública en España. Se diga lo que se diga, el principio de integración orgánica implantado por la Ley General de Sanidad ha quedado arrumbado, cuando menos, en las normas y en las formas externas de actuación. Se trata de un cambio en la forma de organizar los medios para la prestación de asistencia a los ciudadanos que puede calificarse de sustancial, incluso, de radical.

Ahora bien, ¿cuál ha sido su impacto? ¿la reorganización descrita ha supuesto una reordenación equivalente del modo, incluso, de la calidad de la asistencia que se presta?

La realidad muestra que la reforma introducida se ha quedado en el ámbito interno de la Administración sanitaria sin traspasar, de modo real, hacia la prestación de la asistencia, por supuesto, en ningún caso se ha creado un mercado. La separación de funciones ha supuesto un reequilibrio del poder administrativo entre las distintas autoridades intervinientes, con un mayor peso competencial de las Consejerías o Departamentos de Sanidad frente a los Servicios autonómicos de Salud. También este reparto ha permitido una clarificación de funciones y tareas, de modo que las decisiones estratégicas –como la planificación de los recursos y las inversiones– son ejercidas por órganos distintos de aquellos que están en el día a día de la prestación –establecimientos sanitarios–. Pero, técnicamente, la reforma descrita no es sino un supuesto singular de desconcentración orgánica, en el mejor de los casos, de descentralización funcional. Poco más.

Siendo así, limitado a lo organizativo y circunscrito a los muros interiores de la Administración sanitaria, su impacto sobre el funcionamiento del sistema y sobre el control del gasto público es escaso. En este último caso, el impacto puede considerarse equivalente al que produce la intervención previa de los fondos públicos o la exigencia de auditorías internas de la actividad realizada. En todo caso, este resultado es el que se corresponde con el modo en que las leyes sanitarias han venido implantando la separación de funciones, limitado a clarificar tareas y responsabilidades, olvidado el objetivo del “mercado interno”.

Con todo, aún con el limitado impacto descrito, la separación de funciones como norma de organización merece un juicio positivo. Y ello porque es bueno clarificar las tareas, responsabilidades y competencias de cada autoridad y gestor, para que cada uno sepa lo que le toca hacer y, llegado el caso, lo que se le puede exigir. En segundo término, porque, pese a sus limitaciones, esta forma de organización tiene encaje en uno de los objetivos comunitarios sobre asistencia sanitaria: la sostenibilidad financiera, dentro de la cual se apuesta por la descentralización de la gestión y por mejorar el grado de responsabilidad de gestores y profesionales sanitarios<sup>16</sup>. Y, en último lugar, porque abierto el debate y expuestas las ideas y las opciones sobre la separación de funciones, la necesidad pública puede llevar hacia formas de implantación más cercanas a su diseño original, pero sobre todo a las causas que llevaron a superar el principio de integración.

---

*16 Informe del Parlamento Europeo (abril de 2005) sobre la Comunicación de la Comisión: Europea: “Modernizar la protección social para el desarrollo de una asistencia sanitaria y una asistencia de larga duración de calidad, accesibles y duraderas” COM (2004) 0304.*

