



Descentralització i autonomia política

L'impacte de la ideologia i el finançament
territorial en els models sanitaris
de Catalunya i Andalusia

RAQUEL GALLEGO (dir.)



Generalitat de Catalunya
Departament de Governació
i Relacions Institucionals
Institut d'Estudis Autonòmics

DESCENTRALITZACIÓ I AUTONOMIA POLÍTICA

Col·lecció
Institut
d'Estudis
Autonòmics

92

DESCENTRALITZACIÓ I AUTONOMIA POLÍTICA

**L'impacte de la ideologia i el finançament
territorial en els models sanitaris
de Catalunya i Andalusia**

**Raquel Gallego (dir.)
Nicolás Barbieri
Cristina de Gispert
Sheila González
Maite Vilalta**



Generalitat de Catalunya
Departament de Governació
i Relacions Institucionals
Institut d'Estudis Autònoms

BARCELONA
2014

Biblioteca de Catalunya. Dades CIP:

Descentralització i autonomia política : l'impacte de la ideologia i el finançament territorial en els models sanitaris de Catalunya i Andalusia.

– (Col·lecció Institut d'Estudis Autònomic ; 92)

Bibliografia

ISBN 9788439392286

I. Gallego Calderón, Raquel, dir. II. Institut d'Estudis Autònomic

(Catalunya) III. Col·lecció: Institut d'Estudis Autònomic

(Col·lecció) ; 92

1. Salut pública – Administració – Catalunya 2. Salut pública –

Administració – Andalusia 3. Serveis sanitaris – Catalunya –

Finançament 4. Serveis sanitaris – Andalusia – Finançament

5. Catalunya – Política sanitària 6. Andalusia – Política sanitària

351.77(467.1+468.1)

La publicació d'aquest llibre no implica cap responsabilitat sobre el seu contingut per part de l'IEA.

Cap part d'aquesta publicació, incloent-hi el disseny de la coberta, no pot ser reproduïda, emmagatzemada ni transmesa de cap manera ni per cap mitjà sense l'autorització del titular del *copyright*.

Fotografia de la coberta: Palau Centelles, Barcelona (s. XVI). Detall d'escultura a l'arc polilobulat d'un finestral a un extrem de la façana del carrer Gegants.

© 2014 Generalitat de Catalunya. Institut d'Estudis Autònomic

Primera edició: desembre 2014

ISBN: 978-84-393-9228-6

Dipòsit legal: B 27168-2014

Producció: Entitat Autònoma del Diari Oficial i de Publicacions



Imprès en paper certificat FSC®

SUMARI

RELACIÓ DE GRÀFICS I QUADRES	8
 CAPÍTOL 1. DESCENTRALITZACIÓ POLÍTICA I FEDERALISME FISCAL: PER QUÈ CATALUNYA I ANDALUSIA HAN OPTAT PER MODELS SANITARIS DIFERENTS?	
Descentralització i... autonomia política?	11
Explicant decisions i trajectòries de polítiques públiques: manteniment o canvi de rumb en els models sanitaris?	13
La descentralització de la sanitat: què en diu la teoria, del federalisme fiscal?	21
El repartiment dels ingressos: principis del federalisme fiscal ...	26
Plantejament del llibre	30
 CAPÍTOL 2. LA DISPONIBILITAT I LA PROCEDÈNCIA DELS RECURSOS DURANT EL PERÍODE 2001-2011: S'OBSERVEN DIFERÈNCIES ENTRE ANDALUSIA I CATALUNYA?	
Els acords de finançament autonòmic dels anys 2001 i 2009.....	33
Una breu referència al finançament de la sanitat en el període anterior al 2001	36
L'acord de finançament del 2001	38
L'acord de finançament del 2009	44
Evolució dels recursos procedents del model de finançament autonòmic: comparació entre Andalusia i Catalunya	57
Més enllà dels recursos procedents del model de finançament: també s'hi observen diferències?	60
Conclusions	70
 CAPÍTOL 3. DECISIONS FISCALS ADOPTADES PELS GOVERNS D'ANDALUSIA I CATALUNYA	
Decisiones per la banda de l'ingrés: ús de la capacitat normativa sobre els tributs	73
El punt de partida	76
Del 2002 al 2008	76
Del 2009 al 2011	81

Decisions per la banda de la despesa	83
Pressupost total de despesa: principals diferències entre els governs d'Andalusia i Catalunya	83
Despesa pública en sanitat: context, indicadors i la seva evolució	87
Despesa pública en sanitat: els casos concrets d'Andalusia i Catalunya	91
Conclusions	95
 CAPÍTOL 4. PRESA DE DECISIONS I CANVI DE MODEL DE GESTIÓ?	
LA LLEI DE L'INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT 2003-2007	97
L'aproximació analítica	99
Definint el cas: la reforma de la gestió pública a la sanitat catalana	102
La reforma de la gestió pública en el sector sanitari català	107
Formant l'agenda: modernitzar l'Institut Català de Salut	109
Especificant les alternatives: la transformació de l'ICS en una empresa pública.....	113
La presa de decisió: l'aprovació de la llei de l'ICS l'any 2007.....	116
L'explicació de la reforma de la política de gestió pública en el sector sanitari català	119
Conclusions	123
 CAPÍTOL 5. GIR EN LA POLÍTICA SANITÀRIA A ANDALUSIA? EL MODEL DE GESTIÓ A DEBAT	
Enfocament analític.....	129
Antecedents: la construcció del model de gestió sanitària a Andalusia	133
La distribució de funcions i el model de provisió sanitària	134
Els actors i el context.....	135
Reformes sense gir? El model de gestió sanitària a debat	139
L'evolució del model de gestió de la sanitat en la dècada del 2000	139
Els actors i el context: una explicació de l'estatu quo	143
Conclusions	149

CAPÍTOL 6. PER QUÈ CATALUNYA I ÀNDALUSIA HAN OPTAT PER MODELS DE GESTIÓ SANITÀRIA DIFERENTS?	151
L'aproximació teòrica: context, institucions i actors del canvi	153
Interpretant el canvi en la política de gestió pública en el sector sanitari català	158
Context polític i característiques institucionals	160
Explicant el canvi institucional: entre estratificació i desplaçament... o conversió?	163
Interpretant el canvi en la política de gestió pública en el sector sanitari andalús	165
El context polític i les característiques institucionals	166
Canvi institucional: entre conversió i estratificació	167
Explicant el canvi institucional: context polític, institucions i agents	169
Explicant les estratègies dels actors: procés, mecanismes socials i causació per esdeveniments	171
Conclusions	173
 CAPÍTOL 7. CONCLUSIONS. MODELS SANITARIS AUTONÒMICS: ENTRE LA IDEOLOGIA I EL FINANÇAMENT TERRITORIAL, NOMÉS?	175
I quin paper tenen les preferències dels ciutadans?	178
Consideracions finals	194
 BIBLIOGRAFIA	196
 ANNEX. CAPACITAT NORMATIVA DE LES CA SOBRE ELS TRIBUTS CEDITS TOTALMENT	207

Relació de gràfics i quadres

GRÀFICS

1. Despesa en sanitat per nivells de govern	22
2. Recursos procedents de l'INSALUD per finançar la sanitat.....	37
3. Evolució del total de recursos procedents del model de finançament autonòmic. Liquidacions 2002-2011	58
4. Tipologia de recursos de Catalunya i Andalusia procedents del model de finançament. Liquidacions 2002-2011. Percentatge sobre el total.....	59
5. Evolució del total d'ingressos d'Andalusia i Catalunya. € habitant. Liquidacions 2002-2011	62
6. Recursos obtinguts a través de taxes i preus públics. € habitant. Liquidacions 2002-2011	63
7. Recursos obtinguts a través d'operacions financeres. € habitant. Liquidacions 2002-2011	64
8. Recursos obtinguts a través d'ingressos patrimonials. € habitant. Liquidacions 2002-2011	65
9. Recursos obtinguts a través de l'alienació d'inversions reals. € habitant. Liquidacions 2002-2011	66
10. Recursos obtinguts a través de transferències corrents procedents de l'Estat (fora model de finançament autonòmic i local) i de l'administració de la Seguretat Social. € habitant. Liquidacions 2002-2011	67
11. Recursos obtinguts a través de transferències de capital procedents de l'Estat. € habitant. Liquidacions 2002-2011 ...	68
12. Recursos obtinguts a través de transferències corrents i de capital procedents de l'exterior. € habitant. Liquidacions 2002-2011	69
13. Recursos obtinguts a través de transferències (corrents i de capital) d'empreses privades, famílies i institucions sense fi de lucre. € habitant. Liquidacions 2002-2011	69
14. Andalusia: pes dels impostos sobre el total d'ingressos no financers (%).....	74
15. Catalunya: pes dels impostos sobre el total d'ingressos no financers (%).....	75

16. Andalusia: despesa total per tipologia (milers euros).....	84
17. Catalunya: despesa total per tipologia (milers euros).....	85
18. Andalusia: despesa per càpita per tipologia (mitjana de cada període, en euros).....	86
19. Catalunya: despesa per càpita per tipologia (mitjana de cada període, en euros).....	86
20. Despesa sanitària per habitant (euros).....	91
21. Andalusia: naturalesa econòmica de la despesa pública en sanitat (mitjanes 2002-2008 i 2009-2011).....	93
22. Catalunya: naturalesa econòmica de la despesa pública en sanitat (mitjanes 2002-2008 i 2009-2011).....	94

QUADRES

1. Recursos procedents del model de finançament. Liquidació 2002 i 2008 (primer i últim any d'aplicació del model acordat del 2001). Milions d'€.....	43
2. Distribució de l'aportació addicional de recursos del Govern central al conjunt de comunitats autònomes (acord del 2009)	48
3. Resultat del funcionament del fons de garantia de serveis públics fonamentals (FGSPF). Liquidació 2011. Milions d'€	52
4. Recursos procedents del fons de suficiència i del fons de convergència. Liquidació 2011. Milions d'€	53
5. Recursos model de finançament autonòmic. Liquidació 2011. Índex euros població ajustada	57
6. Pes dels recursos procedents del model de finançament sobre el total d'ingressos (%)	61
7. Andalusia: tarifes de l'IRPF autonòmic (2011).....	82
8. Catalunya: tarifes de l'IRPF autonòmic (2011).....	82
9. Esforç pressupostari en sanitat. Despesa sanitària sobre despesa total (%).....	87
10. Despesa consolidada en sanitat de les comunitats autònomes (milers d'euros corrents)	88
11. Despesa consolidada en sanitat de les comunitats autònomes (% variació interanual).....	89

12. Despesa sanitària consolidada de les comunitats autònomes. Evolució (% PIB)	90
13. Despesa pública en sanitat. Classificació funcional	94
14. El cas del cicle de política pública de la llei de l'ICS (2003-2007)	105
15. Fonts contextuais i institucionals dels agents del canvi	157
16. Percentatge d'enquestats que optarien per la provisió pública en atenció primària.....	179
17. Percentatge d'enquestats que optarien per la provisió pública en consultes d'atenció especialitzada	180
18. Percentatge d'enquestats que consideren que han rebut una atenció bona o molt bona en atenció primària	182
19. Percentatge d'enquestats que consideren que han rebut una atenció bona o molt bona en hospitalització	183
20. Percentatge d'enquestats que creuen que l'atenció primària ha millorat.....	185
21. Percentatge d'enquestats que creuen que l'atenció primària ha empitjorat	186
22. Percentatge d'enquestats que creuen que existeix equitat independentment de la comunitat autònoma on es resideix .	188
23. Percentatge d'enquestats que creuen que els serveis que reben són millors que els d'altres comunitats autònomes	190

Capítol 1

DESCENTRALITZACIÓ POLÍTICA I FEDERALISME FISCAL: PER QUÈ CATALUNYA I ANDALUSIA HAN OPTAT PER MODELS SANITARIS DIFERENTS?

La literatura comparada sobre estat del benestar ha posat l'èmfasi en l'impacte de la descentralització sobre l'equitat interterritorial (Rodríguez-Pose i Gill 2004). En aquests estudis, el cas espanyol ha pres rellevància a causa del grau d'autonomia política dels governs subcentrals (Guillén i León 2011; McEwen i Moreno 2005).¹ La construcció de l'estat del benestar espanyol, amb les característiques i nivells de cobertura assolits durant els darrers 30 anys, s'ha fonamentat en un paper central de les comunitats autònomes. Des de la seva creació a principis dels anys 80, les autonomies han tingut un paper cabdal com a legisladors i com a gestors de sistemes complexos de serveis de benestar per als ciutadans. Aquest paper, però, no ha estat unívoc ni homogeni. Diversos estudis han aportat evidència sobre el fet que, dins del marge d'autonomia que han tingut, els governs autonòmics han generat models diferenciats de regulació i prestació de serveis que han portat a la configuració de règims de benestar diferents entre territoris. Tanmateix, aquestes diferències han coexistit amb una estructura comuna de prestacions i drets socials per a tot l'Estat. En aquest sentit, s'apunta que les diferències existents en polítiques de benestar autonòmiques no afecten de manera decisiva aquesta base comuna, malgrat que sí que expressen diferents prioritats o sensibilitats i, en molts casos, han aconseguit generar processos significatius d'innovació, difusió i aprenentatge. (Gallego, Gomà, Subirats 2002, 2003; Subirats i Gallego 2002; Gallego, Gomà i Subirats 2005; Gallego, Subirats 2011a, 2011b, 2012).

1 Malgrat que la literatura politològica i econòmica comparada destaca aquest grau d'autonomia en base a indicadors com el volum i percentatge de despesa pública gestionat per aquest nivell de govern, o la naturalesa i diversitat de les seves competències, cal apuntar que part de la recerca jurídica observa una baixa qualitat de les competències autonòmiques, així com ingerències estatals en l'àmbit legislatiu dels governs subcentrals (Bayona 2005, Viver Pi-Sunyer 2007), i recents dinàmiques de recentralització (Viver Pi-Sunyer, Martín 2013).

Partint d'aquesta evidència, en aquest estudi ens preguntem: per què els governs autonòmics han pres opcions diferents de política pública? Ens interessa observar com s'exerceix l'autonomia política en un marc de descentralització competencial. Concretament, volem analitzar quins factors influeixen en la presa de decisions com a govern subestatal i com es percep i es processa aquesta influència per part dels decisors públics (Barzelay, Gallego 2006; Barzelay, Gallego 2010a, 2010b). Amb aquest objectiu, utilitzarem i integrarem el marc de dues línies de recerca ja desenvolupades a escala comparada: la literatura sobre federalisme fiscal i la literatura sobre anàlisi de polítiques públiques. La primera ens permetrà centrar-nos en un dels factors que condiciona a priori la presa de decisions per part dels governs: la disponibilitat dels recursos econòmics i com decideixen utilitzar-los. El debat sobre els models de finançament territorial als estats descentralitzats té un paper destacat no només en la recerca acadèmica, sinó també en el discurs polític. Més enllà del supòsit que la disponibilitat de recursos és condició *sine qua non* per a l'activitat governamental, en ambdós casos es planteja quin és el model més adequat per finançar els governs subcentrals. La literatura sobre l'anàlisi de polítiques públiques en permetrà integrar el factor finançament en la complexitat de factors que afecten el procés polític de la presa de decisions i l'elaboració de les polítiques públiques. Des d'aquesta aproximació, partim del supòsit que la influència del factor finançament en les decisions governamentals varia en funció de com s'integra amb la resta de factors del procés polític.

Aquest marc d'anàlisi s'aplicarà concretament al desenvolupament dels models sanitaris català i andalús. Estudis previs mostren com els governs autonòmics han tingut un paper actiu en la configuració i consolidació dels seus sistemes sanitaris i, en aquest sentit, Catalunya i Andalusia han reflectit opcions de polítiques públiques diferenciades. Si bé es detecten força similituds entre Catalunya i Andalusia en relació amb el seus discursos polítics i normatius sobre el dret a la salut i en relació amb els nivells d'extensió i intensitat de la cobertura sanitària assolits, els contrastos són profunds si observem els models de governança i de gestió en la provisió de serveis. Mentre que el sistema sanitari català es fonamenta en una xarxa complexa, diversa i densa de provisió majoritàriament indirecta de serveis públics i amb un paper molt actiu de la provisió privada sobre el territori, el sistema sanitari

andalús es fonamenta en un model de prestació pública directa, amb quasi inexistència de provisió privada (Gallego 2000a, 2000b, 2002; Martín 1996, Gavira 2003).

Durant la darrera dècada, però, observem decisions governamentals tant a Catalunya com a Andalusia que poden implicar canvis de direcció en la política pública, concretament en la gestió del sistema sanitari. Per això, ens preguntem: com podem explicar els canvis de direcció en la política de gestió del sistema sanitari? Es tracta de decisions altament condicionades pel sistema de finançament territorial? O es tracta d'opcions ideològiques fruit de l'exercici de l'autogovern? La sanitat és l'àmbit sectorial de més pes pressupostari en mans dels governs i és una peça essencial dels seus respectius règims de benestar. Com s'analitza al capítol 3 d'aquest volum (gràfic 20 i quadre 12), l'esforç pressupostari s'ha mantingut prop d'un terç dels pressupostos autonòmics durant la darrera dècada. Per aquest motiu, entendre els condicionants dels processos de presa de decisió en aquests nivells de govern i, per tant, la naturalesa de la seva autonomia política, pot contribuir al coneixement comparat i al debat sobre el funcionament i la funcionalitat de la descentralització.

Descentralització i... autonomia política?

Els estudis realitzats sobre els «règims autonòmics de benestar» presenten els models de protecció social diferenciats de les comunitats autònomes com a resultat d'un procés que es pressuposa acumulatiu a cada territori. És a dir, els governs autonòmics han anat prenent unes decisions de polítiques públiques en diversos àmbits sectorials que han acabat configurant uns règims de benestar concrets i diferents entre autonomies. Aquests estudis presenten aquests règims de benestar com una fotografia presa en un moment concret en el temps, com un punt d'arribada en termes de configuracions de polítiques públiques. Tanmateix, no indaguen en la trajectòria per la qual s'ha arribat a aquestes configuracions. De fet, el disseny d'aquests estudis no permet saber si hi ha hagut canvis de direcció en la política pública, si hi ha hagut o no punts d'inflexió que tindrien fotografies (règims de benestar) diferents abans i després d'aquest moment, ni quins serien els factors explicatius d'aquests canvis de rumb.

En aquest llibre volem identificar si hi ha hagut o no canvis de trajectòria concretament en les polítiques sanitàries i analitzar per què, és a dir, quins factors ho expliquen. Les decisions que els governs prenen cumulativament en relació amb un sector de política pública concret formen trajectòries a mitjà i llarg termini analitzables. En el cas espanyol, algunes autonomies tenen ja prop de tres dècades d'activitat de govern en diversos àmbits competencials. Això ens permet analitzar l'orientació de les seves decisions i definir el perfil de la seva trajectòria, és a dir, si hi ha hagut continuïtat o canvis en la direcció de la política pública (el que la literatura comparada anomena *policy shift*) en un sector concret. Les comunitats autònomes han anat construint els seus règims de benestar, en general, i el sanitari, en concret, amb dinàmiques d'expansió i consolidació. Tanmateix, durant els darrers anys, factors com la crisi econòmica i els canvis en les majories polítiques en diferents nivells de govern han marcat punts d'inflexió en aquests processos. Poden identificar-se canvis de direcció clars en les polítiques públiques que requereixen una interpretació de trajectòria i una explicació fonamentada en factors de procés.

Els estudis sobre règims de benestar citats més amunt mostren que Catalunya i Andalusia han construït dos models diferenciats de sistemes sanitaris, amb regulacions, serveis i estructures de governança diferents. També mostren que el punt de partida hi ha tingut un pes rellevant: les característiques del sector sanitari en cada comunitat autònoma eren diferents i condicionaven el marge de maniobra dels respectius governs. Tanmateix, els primers indicadors que tenim apunten que, en els darrers anys, mentre que Catalunya ha promogut un marcat *policy shift* en la trajectòria que havien mantingut durant més de dues dècades en l'àmbit de la política sanitària, Andalusia ha continuat en la mateixa direcció. Aquesta divergència apunta una paradoxa analítica: aquestes autonomies han pres decisions de política sanitària diferents tot i moure's en un context institucional, autonòmic i de govern multinivell, que formalment és el mateix –el marc jurídic de l'Estat espanyol. No negarem, doncs, que el disseny de les institucions i les característiques estructurals del sector (context estable) condicionen el comportament dels actors, però intuïm que l'impacte del context dinàmic (factors polítics, econòmics i socials) no ha estat el mateix en cada cas, cosa que ajudaria a explicar que dins del mateix marc institucional tinguin incentius per comportar-se de manera diferent.

Concretament, les majories polítiques no han estat les mateixes en cada autonomia i, per tant, la seva relació amb les majories del Govern central tampoc. D'altra banda, l'impacte de la crisi econòmica tampoc no ha estat el mateix en totes dues comunitats, com tampoc ha estat igual la situació social (incloent-hi aspectes no només objectius, com els que ens revelen indicadors de benestar i disponibilitat de recursos, sinó també subjectius, com l'opinió pública).

Aquest escenari és rellevant en el marc de la literatura sobre federalisme comparat, que analitza el disseny i el funcionament de les estructures de govern multinivell en estats federals, quasifederals i regionalitzats. Aquests estudis han explorat les pautes formals i informals de relació entre Govern estatal i governs subestats, en una lògica vertical, i entre aquests darrers, en una lògica horitzontal (Wright i Mény 1985; Elazar 1987; Burgess, Gagnon 1993; Watts 1996; Agranoff 1999; Requejo, Nagel 2009). El cas espanyol queda definit com un estat descentralitzat: tant el marc jurídic com el funcionament polític dels seus mecanismes de relacions intergovernamentals denota peculiaritats i contrastos tant amb els estats federals com amb els regionalitzats (Grau 2000). Una de les principals conclusions d'aquesta literatura és que el marc institucional en què es desenvolupen les relacions intergovernamentals en un estat descentralitzat condicionen els marges d'autonomia política dels governs subcentrals. En aquest estudi fem un pas més enllà, partint dels següents supòsits:

1. En el cas espanyol, l'impacte d'aquest marc institucional és variable i depèn del context dinàmic:

- a) les relacions de poder que s'estableixen entre les majories polítiques que en cada moment ocupen els diferents nivells de govern,
- b) i la situació econòmica.

- 2 En el cas espanyol, el disseny formal d'aquest marc institucional es caracteritza pel bilateralisme, cosa que afavoreix aquest impacte variable.

La literatura sobre federalisme i descentralització ha estudiat la governança multinivell des d'una perspectiva de Govern central, amb èmfasi en els mecanismes que estructuraven les relacions intergovernamentals. L'anàlisi dels processos de presa de decisió en estats descentralitzats s'enriquiria si estudiés també les unitats de govern subcentrals.

En resum, el marc institucional –territorial i multinivell– en el qual els governs autonòmics despleguen la seva activitat ofereix un ventall d'oportunitats que s'articulen i utilitzen de manera diferent per part dels actors polítics, econòmics i socials. De fet, els actors intenten activament redissenar aquest marc institucional. Per aquest motiu, l'impacte de les institucions sobre les estratègies dels actors és variable, com també ho serà l'impacte dels factors dinàmics (majories polítiques, crisi econòmica...) en un esquema de relacions circular.

Explicant decisions i trajectòries de polítiques públiques: manteniment o canvi de rumb en els models sanitaris?

L'anàlisi de polítiques públiques ha adoptat enfocaments diversos per interpretar els processos d'elaboració de polítiques i explicar-ne el resultat, és a dir, perquè es prenen unes decisions i no unes altres. Tanmateix, tots coincideixen en la identificació de factors que condicionen, en primer lloc, la presa de decisions:

a) Les característiques estructurals del sector de política pública objecte de decisió. Aquí s'hi inclouen aspectes com la definició de drets i nivells de cobertura, la naturalesa jurídica dels actors, els mecanismes de relació entre compradors i proveïdors, els instruments de gestió, les relacions laborals o el pes econòmic d'aquella activitat (per exemple, l'atenció sanitària) tant en l'àmbit públic com en el privat.

b) Els recursos pressupostaris disponibles per part de l'autoritat pública (*i. e.* el govern autonòmic en aquest cas) i el seu pes en el finançament global dels serveis en aquell sector de política pública (*i. e.* la sanitat).

c) El context dinàmic, incloent-hi la situació política, econòmica i social de cada moment (dins del territori i en una situació de govern multinivell).

Si bé aquests factors tindran un pes explicatiu rellevant en els dos estudis de cas que analitzem en aquest llibre, cada episodi es basa en experiències històriques de característiques diferents que requereixen, per tant, models d'anàlisi diferents. El cas català el definirem al voltant d'un procés de decisió que va durar poc més de tres anys i que va portar

a l'aprovació de la Llei de l'Institut Català de la Salut (ICS) el 2007. Es tracta d'analitzar com i per què un tema que explícitament s'havia considerat inabordable durant més de dues dècades per tots els actors rellevants en la sanitat catalana –concretament la transformació de l'ICS en empresa pública–, de sobte s'entoma i es regula en forma de llei amb consens al parlament autonòmic. Tenint en compte que els arguments esgrimits fins a aquell moment per justificar la dificultat d'abordar-lo eren de caràcter estructural, cal preguntar-se per què van deixar de ser un obstacle. El cas andalús, en canvi, el definirem com una trajectòria de petits canvis per al manteniment d'un model durant la dècada del 2000. L'anàlisi se centrarà en com els diferents actors s'esforcen per introduir canvis en el model de gestió –concretament, a través de la creació de centres hospitalaris d'alta resolució (CHARE) amb personalitat jurídica d'empresa pública– que mantinguin el trets estructurals del sistema sanitari andalús, sobre el qual es mostra un elevat grau de consens. Tenint en compte que els CHARE suposen un model de gestió que contrasta amb determinades característiques generals del sistema andalús, cal preguntar-se si el seu desenvolupament implica el sosteniment del mateix sistema. Fins a quin punt la llei de l'ICS catalana o la introducció dels CHARE en el cas andalús representen un manteniment o un canvi de direcció en els models sanitaris respectius formarà part del resultat de l'estudi. En resum, el cas català implica estudiar un procés que porta a la presa d'una decisió pública en un moment puntual en el temps, mentre que el cas andalús implica abordar el manteniment o canvi d'una trajectòria de política pública al llarg d'un període de temps.

Com que es defineixen en base a trets empírics diferents, aquests casos també requereixen models analítics diferents. Per al cas català, definim com a objecte d'estudi un cicle de política pública (*policy cycle*), és a dir, la trajectòria d'un tema (*issue*) des que emergeix i es defineix com a problema a abordar, passant per les activitats desplegades al llarg dels moments predecisionals i fins a la presa de decisió. Es tracta d'un cicle complet que la literatura d'anàlisi de polítiques públiques anomena «el procés d'elaboració d'una política pública» (*policymaking i decision making*). Si bé el model teòric de partida que ens permetrà organitzar la informació del cas empíric és el formulat per Kingdon (1984, 1995), l'utilitzarem seguint l'enfocament de l'*institutional processualism*, proposat per Barzelay i Gallego (2006, 2010). Aquest en-

focament analitza el procés d'elaboració de la política pública en base a la causació per esdeveniments (*event causation*) (Abbott 2001, Abell 2004), cosa que permet entendre com influeixen els factors del context estàtic i dinàmic en la governança multinivell. En aquest enfocament, el model de Kingdon s'interpreta a partir de la integració de factors institucionals i de procés en una explicació dinàmica dels resultats del cicle de la política pública. Amb aquest objectiu, s'hi incorporen conceptes d'altres models sobre canvi de política pública i canvi organitzacional, com ara el concepte de *mecanisme social* (Elster 1989; McAdam et al. 2001). Els mecanismes socials són constructes teòrics que suggereixen relacions causals entre context i situació, és a dir, interaccions entre els participants en el procés d'elaboració de la política pública objecte d'anàlisi. Els mecanismes causals són una classe delimitada d'esdeveniments que alteren les relacions entre un conjunt específic d'elements, de manera idèntica o similar en diferents situacions. Per tant, un procés causal és una seqüència regular d'aquests mecanismes que produeix transformacions similars (generalment més complexes i contingents) d'aquests elements –i. e. combinacions recurrents i seqüències de mecanismes (McAdam et al. 2001).

Adoptant el mètode narratiu i una aproximació centrada en l'acció dels actors, organitzem els esdeveniments en funció del sentit global del procés estudiat (Abbott 2001, Abell 2004). Els esdeveniments són les unitats més grans d'anàlisi, compostos per accions que donen forma a l'experiència completa que es busca estudiar: en aquest cas, tant la direcció de les polítiques com els factors que condicionen les decisions. Així doncs, els esdeveniments a analitzar han estat definits en funció de conceptes comuns a les teories focals assenyalades. El mètode narratiu permetrà establir relacions entre els diferents esdeveniments a partir de la trama general del relat. En definitiva, una estratègia metodològica com la que assumeix aquesta recerca permet generalitzacions històriques limitades (Ragin 1987), arguments generals aplicables a un tipus específic de fenòmens socials; en aquest cas, els factors condicionants de les diferències en les opcions de polítiques de benestar en governs autonòmics d'estats descentralitzats.

El model teòric que ens permetrà analitzar el manteniment o canvi de la trajectòria de política sanitària en el cas andalús és el d'equilibri puntuat (*punctuated equilibrium*), formulat per Baumgartner i Jones (1993). Aquest model està dissenyat per explicar canvis de direcció

substancials de la política pública i ha estat àmpliament contrastat en nombroses recerques comparades. Els autors argumenten que la probabilitat que es produeixin aquests canvis és reduïda mentre les decisions es continuïn prenent dins del mateix subsistema de política pública. Un subsistema és una estructura institucional responsable de l'elaboració de polítiques en un determinat àmbit, juntament amb pautes relativament estables, formals i informals de relació que influeixen la participació en les instàncies en què es prenen les decisions. Per això, aquest model de canvi de política pública analitza el procés a través del qual es canvia la configuració d'aquest subsistema. Aquest procés es coneix com a «formació de l'agenda» (*agenda setting*).

En el model de Baumgartner i Jones, l'atenció se centra en el procés d'expansió de conflicte a través del qual els agents del canvi mobilitzen actors externs al subsistema de política pública. El procés de mobilització comporta:

a) un desafiament a la imatge prevalent del tema o definició del problema (*issue image*),

b) una reorganització de creences sobre les interrelacions entre temes (que normalment defineix el *policy domain* o sector de política pública de manera més àmplia i inclusiva),

c) un descrèdit o qüestionament de les estructures institucionals a través de les quals s'elabora habitualment la política pública (*policy subsystem*).

Aquest procés pot portar els decisors públics a modificar l'estatu quo promovent una imatge del tema diferent, reordenant el domini de la política pública i reestructurant el subsistema de política pública.

En aquest procés de canvi de política pública, el model inclou dos conceptes clau: *desequilibri* i *equilibri parcial*. Una situació de desequilibri succeeix quan el potencial de canvi en la direcció d'una política pública és alt. Una situació d'equilibri parcial té lloc quan aquest potencial és baix. En aquest model d'equilibri puntuat, un escenari de canvi de política pública substancial és un on a una situació de desequilibri, que canvia la direcció de la política pública, li segueix un equilibri parcial en què té lloc un flux de decisions consistent amb aquella nova direcció.

Aquests marcs analítics s'han aplicat en un ampli programa de recerca comparada sobre canvi i estabilitat en les polítiques de gestió pública i reforma de l'administració (Barzelay 2001, 2003; Barzelay, Fuechtner 2003; Barzelay, Jacobsen 2009; Barzelay, Gallego 2006; Barzelay, Gallego 2010a, 2010b; Cejudo 2003; Corbett 2010; Gaetani 2003; Gallego 2003a; Gallego, Barzelay 2010; Malee 2003; Mele, Ongaro 2014; Moynihan 2003). Aquest esforç ha generat un conjunt de generalitzacions històriques limitades sobre elaboració de polítiques de gestió pública, que han modificat i enriquit el coneixement existent sobre canvi institucional i de polítiques públiques. Tanmateix, aquesta aproximació analítica s'ha aplicat principalment a processos decisionals que implicaven un únic nivell de govern. En aquest llibre, l'apliquem a processos decisionals en estats descentralitzats, permetent així una connexió amb una literatura politològica més àmplia i qualificant part de les seves conclusions prèvies.

Si bé els casos de Catalunya i Andalusia presenten característiques analítiques i empíriques diferents, podem abordar la seva comparació plantejant-los com a casos de canvi institucional. Segons la proposta teòrica de Mahoney i Thelen (2010), poden definir-se diferents tipus de canvi institucional: *layering*, *drift*, *displacement* i *conversion*. El tipus de canvi que es produeix depèn de la combinació de dos factors: les possibilitats de veto dels actors (*veto players*) que donen suport a l'estatu quo i el nivell de compliment o discrecionalitat en la interpretació de les normes que el sustenten. Aquest model ens servirà per comparar el tipus de canvi institucional que s'ha produït en els casos andalus i català i per explicar-ne el perquè en base als papers dels diferents actors i les estratègies que han desplegat.

En parlar de trajectòria en el cas andalus, o de l'impacte d'una decisió en una trajectòria en el cas català, és ineludible pensar també en cicles polítics. En anàlisi de polítiques públiques identifiquem aquest darrer concepte com *political-business cycle*. Els models teòrics que s'han formulat a partir d'aquesta idea inclouen la teoria oportunista (Nordhaus 1975; McRae 1977; Rogoff, Sibert 1988) i la teoria ideològica (Hibbs 1977; Alesina 1987). Malgrat les diferències en supòsits i interpretació, les dues teories posen en relleu la importància dels recursos econòmics pressupostaris en les decisions que prenen els governs. Com s'observa en els estudis de cas que presentem, el factor «recursos disponibles» és omnipresent en els discursos i les estratègies dels actors

en tots els àmbits de la política autonòmica, i en particular en l'àmbit sectorial de la sanitat. Aquest factor ens permet fer una connexió analíticament rellevant amb els estudis d'hisenda pública i les seves anàlisis sobre el finançament autonòmic.

Partim del supòsit que el model de finançament i la seva evolució tenen un pes explicatiu molt rellevant en la capacitat política de decisió dels governs autonòmics (Vilalta 2005, 2007; Bosch, Duran 2008; Bosch, Vilalta 2008; Ruiz-Huerta, Benyakhlef 2010), però volem indagar com i fins a quin punt es produeix aquesta influència. Fins ara aquesta línia de recerca ha analitzat àmpliament les característiques, l'evolució i l'impacte de la distribució territorial dels recursos. En aquest estudi volem fer aquesta anàlisi per a períodes recents i de forma integrada als estudis de *policy-making* i *decision-making*.

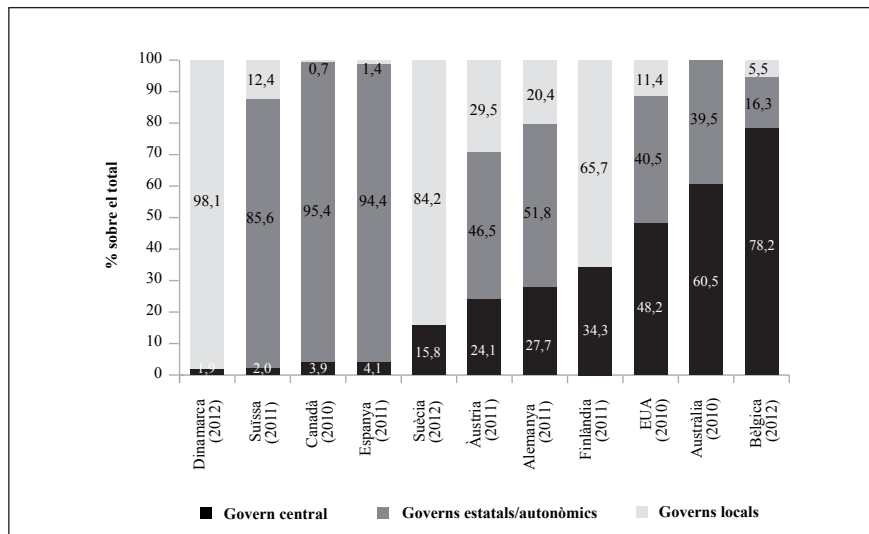
La descentralització de la sanitat: què en diu la teoria, del federalisme fiscal?

La creació de l'estat de les autonomies ha portat l'Estat espanyol a un elevat grau de descentralització de la despesa pública. Competències com l'educació, la sanitat i els serveis socials, que són essencials per a qualsevol estat del benestar, estan fonamentalment en mans dels governs autonòmics –malgrat que en àmbits com la sanitat o l'educació la legislació bàsica és competència del nivell de govern de l'Estat.

La descentralització d'aquest tipus de competències –ja sigui en l'àmbit regional o bé local– no és exclusiva de l'Estat espanyol, sinó que també es dona en altres països, tal com es posa de manifest en el gràfic 1. Centrant-nos en la sanitat, que és el tema que ens ocupa en aquest treball, el gràfic mostra que el 94,4% de la despesa pública sanitària realitzada a Espanya l'any 2011 correspon a les comunitats autònomes i l'1,4%, als governs locals, mentre que la despesa atribuïble al Govern central és tan sols d'un 4,1%. Es tracta, certament, d'un alt grau de descentralització, perfectament comparable a l'existent, per exemple, en un país federal com és el Canadà, on la despesa sanitària de les províncies és d'un 95,5% del total; la dels governs locals, d'un 0,7%, i la del Govern central, d'un 3,9%. Tanmateix, el grau de descentralització de la sanitat a Espanya tampoc difereix gaire del que s'observa a països com Suïssa (confederal) i Dinamarca (unitari). A Suïssa la despesa

sanitària del Govern central és del 2,0% del total; la dels cantons, del 85,6%, i la dels governs locals, d'un 12,4%. I a Dinamarca el Govern central realitza només l'1,9% de la despesa sanitària, mentre que el 98,1% restant correspon als governs locals.

Gràfic 1. Despesa en sanitat per nivells de govern



Font: Elaboració pròpia a partir de Government at a Glance OECD
http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SNA_TABLE11
i www.usgovernmentspending.com. (EEUU)

Les dades posen de manifest que tant en països federals (com és ara Alemanya, Austràlia, Àustria, Bèlgica, el Canadà o els EUA), com confederals (per exemple, Suïssa), o com en determinats països unitaris (per exemple, els del nord d'Europa: Dinamarca, Finlàndia o Suècia), s'ha decidit que la sanitat fos prestada, en més o menys mesura, en l'àmbit subcentral de govern. Té cap justificació econòmica, aquest fet? És a dir, es poden trobar arguments teòrics que defensin la descentralització d'aquest tipus de competències? La resposta l'hem de buscar en la teoria del federalisme fiscal.

Es podria dir, de forma molt sintètica, que la teoria del federalisme fiscal considera que les funcions clàssiques del sector públic (assignati-

va, redistributiva i estabilitzadora) assenyalades per Musgrave (1959) haurien de ser exercides per aquell nivell de govern que ho pogués fer de la manera més eficient possible, tenint en compte, d'una banda, l'estructura dels costos lligats a la prestació dels diferents serveis i, de l'altra, els avantatges que es poden derivar de la prestació diversificada, no uniforme, d'aquests serveis.²

El «teorema de la descentralització d'Oates» (1972) es pot considerar el punt de partida de la teoria del federalisme fiscal, que demostra que el subministrament diversificat dels béns públics per part de governs subcentrals comporta més benestar (més eficiència) que el subministrament uniforme per part d'un sol govern, en la mesura que es produeix una millor adaptació de l'oferta a les preferències i necessitats de cada territori. És, doncs, l'heterogeneïtat de les preferències la que justifica l'existència de governs subcentrals: la descentralització. De fet, el principi que hi ha darrere d'aquest teorema és el de subsidiarietat, que assenyalava que l'activitat del sector públic l'hauria de fer el nivell d'administració pública més propera al ciutadà. La proximitat de les institucions a la ciutadania facilita, d'una banda, el coneixement de les seves preferències, i de l'altra, els governs subcentrals, atès que tenen una dimensió més reduïda, poden ser més flexibles i reaccionar més àgilment davant de possibles canvis i circumstàncies (Oates 1999). A més, la proximitat pot ajudar a millorar el funcionament dels mecanismes de control democràtic i de revelació de preferències, en la mesura que afavoreix una participació ciutadana més alta. La proximitat fa que la rendició de comptes entre el ciutadà i el seu govern sigui més transparent i eficaç (Inman, Rubinfeld 1997). Aquest control més gran dels votants sobre els governs que tenen més a prop podria fins i tot contribuir a reduir la corrupció i contenir el creixement de la despesa pública (Liberati, Sacchi 2011). Una de les aportacions més rellevants lligades al procés de revelació de preferències dels ciutadans en relació amb la provisió dels béns públics és, sens dubte, la de Tiebout (1956). Segons aquest autor, els ciutadans només podran revelar veritablement les seves preferències en relació amb els béns públics si poden «votar amb els peus», és a dir, si poden escollir entre diferents ofertes d'un mateix bé públic i anar-se'n, moure's, cap aquell territori on el que ofereix

2 Per aprofundir-hi més, vegeu Castells 1988; Herrero, Loscos, Tranchez, Vilalta 2014.

el Govern s'adapta millor a les seves necessitats. I això, afirma Tiebout en el mateix treball, només és possible si existeixen ofertes diversificades (governos subcentrals). Un altre argument que reforça els avantatges de la descentralització es basa en la idea que els governs subcentrals poden fer un paper de «laboratori» en la gestió de les polítiques públiques (Kollman et al. 2000). S'observa que iniciar processos de canvi i d'innovació pot tenir menys riscos si es fa en territoris petits. Si tenen èxit, serà fàcil estendre l'experiment, i si fracassen, la repercussió dels efectes negatius no serà tan gran.

Aquests arguments utilitzats per defensar els avantatges de la descentralització també són posats en qüestió per la mateixa teoria del federalisme fiscal. Els principals arguments en contra es basen, fonamentalment, en dos aspectes: *a)* el no aprofitament d'economies d'escala, i *b)* el no compliment del principi d'equivalència fiscal, que es produeix quan no hi ha correspondència entre beneficiaris i contribuents d'un determinat bé públic. Pot passar que un determinat bé sigui subministrat per un govern subcentral, per exemple, un govern municipal, i que els individus que se'n beneficien no siguin només els que viuen en aquest municipi, sinó també d'altres. En aquest cas s'ha produït una externalitat, un desbordament. Hi ha més beneficiaris que contribuents. Quan això passa és probable que les decisions dels governants no tinguin en compte tots els beneficis i tots els costos que suposa el subministrament dels béns públics i, per tant, el més segur és que la provisió que se'n faci sigui subòptima.

Es podria dir que hi ha un cert consens teòric a considerar que els governs subcentrals –regionals o locals– tenen un paper important en la provisió (assignació) de béns i serveis públics, però que, en canvi, en l'exercici de les funcions redistributiva i estabilitzadora hi ha problemes de difícil solució.

Pel que fa a la funció redistributiva, el principal argument en contra de la seva descentralització té a veure amb la mobilitat dels individus. Es considera que si els governs subcentrals tenen a les seves mans instruments que els permetin fer redistribució (impostos, prestacions monetàries, etc.), els ciutadans es mouran pel territori buscant la política fiscal d'aquell govern que els sigui més propícia. Els individus es desplaçaran cap aquell territori on el seu govern els proporcioni el millor «residu fiscal» (diferència entre allò que aporten al govern en forma de tributs i allò que en reben en forma de despesa pública). Això

a la llarga pot suposar concentracions d'individus de rendes altes en un lloc (allà on siguin millor tractades) i individus de rendes baixes en un altre (allà on siguin més ben tractades). Això no és, evidentment, l'objectiu de cap política redistributiva. Aquesta argumentació és la que tradicionalment ha proporcionat la teoria del federalisme fiscal (Oates 1972; Musgrave, Musgrave 1977; Boadway 1979), però cal dir que ha estat matisada per alguns autors (Pauly 1973; Grewal 1981; etc.) i, podríem dir, rebatuda per la mateixa realitat. L'exercici de polítiques amb resultats redistributius entre la població, per part de governs subcentrals, no sempre ha anat acompanyada de migracions dins d'un mateix estat que hagin acabat produint les esmentades concentracions.

I pel que fa a la funció estabilitzadora, que consisteix, fonamentalment, a aplicar mesures que ajudin a contrarestar el cicle econòmic, el principal argument contrari a la seva descentralització es basa en què aquestes mesures han de ser aplicades en entorns d'economies tancades per tal que tinguin els seus efectes allà on s'espera que els tinguin, i no es traslladin cap a altres indrets. Les economies dels governs subcentrals són massa obertes, de manera que les decisions macroeconòmiques amb objectius estabilitzadors que es puguin prendre s'escaparan i tindran els seus efectes en altres territoris. Això fa que actualment fins i tot aquest tipus de mesures siguin més efectives si es decideixen en l'àmbit supraestatal, per exemple, en la mateixa Unió Europea.

Tal com afirma Anderson (2010) «a la pràctica, l'assignació de les responsabilitats de despesa en la majoria de federacions poc té a veure amb les teories del federalisme fiscal. No obstant això, els principis del federalisme fiscal són útils per a països que estiguin considerant una possible constitució federal o per a federacions ja establertes que busquin un reajustament de responsabilitats». Ja sigui fent cas o no de la teoria, tal com s'ha dit anteriorment i tal com mostra el gràfic 1, el que sí que s'observa és que, generalment, als estats on hi ha hagut una descentralització fiscal, és a dir, un repartiment de les competències del sector públic, la sanitat s'ha atribuït als governs subcentrals. El principal argument teòric que ho defensaria seria, tal com acabem de veure, el lligat a la possible heterogeneïtat de les preferències que tenen els individus dels diferents territoris d'un Estat en relació amb la sanitat. Seguint els postulats d'Oates, el fet que existeixin governs subcentrals que subministrin la sanitat d'acord amb les necessitats i preferències dels individus de cada territori s'acabarà traduint en un augment del

benestar conjunt. Segons aquest principi s'esperaria, doncs, que els diferents governs acabessin prenent decisions diferents en relació amb la seva política sanitària, que satisfarien, d'aquesta manera, les diferents preferències territorials. Si fos així, la provisió de la sanitat s'estaria fent de forma més eficient (més benestar) que de forma centralitzada.

Però cal no oblidar que la despesa pública sanitària té uns efectes redistributius (Ayala, Martínez, Ruiz-Huerta 2013). Per tant, tal com també assenyala la teoria, decisions diferents sobre la provisió d'aquest servei poden acabar tenint efectes diferents sobre el grau d'equitat. El conflicte entre eficiència i equitat es fa palès, doncs, en aquest tipus de decisions. La manera de resoldre'l ha de venir, tal com apunta la teoria del federalisme fiscal, per la banda de l'ingrés. Serà el disseny del model de finançament dels governs subcentrals el que haurà de fer compatible l'exercici de l'autonomia financera (la capacitat dels governs subcentrals de prendre decisions diferents) amb un cert principi d'equitat.

El repartiment dels ingressos: principis del federalisme fiscal

Si s'ha decidit descentralitzar determinades competències als governs subcentrals (sanitat, educació, serveis socials, etc.), caldrà descentralitzar també determinades fonts d'ingressos. És a dir, el repartiment de responsabilitats de despesa entre diferents governs comporta, òbviament, el repartiment d'ingressos. La teoria del federalisme fiscal apunta que aquest repartiment no es pot fer de qualsevol manera, cal que es compleixin uns principis econòmics, que són, de forma resumida, els que s'enumeren a continuació.

a) Autonomia financera: tots els governs que operen en un Estat compost haurien de poder ser autònoms des d'un punt de vista financer. Això vol dir que haurien de poder tenir capacitat per prendre decisions sobre, d'una banda, quant, com i en què gasten, i, de l'altra, sobre quant i com obtenen els seus ingressos. Això només és possible si una bona part dels seus ingressos procedeix de fonts de finançament incondicionades (això facilita l'autonomia per la banda de la despesa) i, sobretot, a través de figures tributàries pròpies (això facilita l'autonomia per la banda de l'ingrés). És a dir, cal que els ingressos dels governs procedixin, en bona mesura, dels tributs que els paguen els

seus ciutadans. Tributs sobre els quals és convenient que hi tinguin certa capacitat normativa (legislativa), així com de gestió i administració. Només d'aquesta manera els governs subcentrals podran ser fiscalment autònoms i, per tant, no dependents dels ingressos que, en forma de subvencions, hagin de rebre d'altres administracions. L'autonomia financera contribueix a fer responsables, fiscalment parlant, els governs, atès que facilita que rendeixi comptes davant dels ciutadans, i contribueix a reduir els problemes lligats a l'anomenada «il·lusió fiscal». Aquesta il·lusió es dona quan els ciutadans no tenen una correcta percepció del cost «real» dels serveis que reben dels seus governs. Això fa que hi hagin arguments molt forts a l'hora de defensar la creació d'espais fiscals propis per a cada nivell de govern. Si el ciutadà sap veure el vincle entre el que paga a cadascun dels governs que integren el seu Estat (local, estatal i central) i què rep de cadascun d'ells, contribuirà a fer que actuïn més eficientment. Per contra, si hi ha algun Govern al qual no li paga cap impost o quasi cap (els paga a un altre Govern), es pensa que allò que rep d'aquest Govern no val res, no li costa res; és a dir, té il·lusió fiscal. En aquest cas el rendiment de comptes es produirà de forma errònia. És per això que com més capacitat de decisió tenen els governs sobre l'obtenció dels seus ingressos més eficients són. I és per això que el model de finançament dels governs subcentrals ha de contemplar el compliment del principi d'autonomia financera, la qual cosa ve determinada per la composició i el volum de la seva cistella tributària.

La teoria del federalisme fiscal ofereix, en aquest punt, una sèrie de recomanacions. És a dir, l'assignació de tributs als diferents nivells de govern s'ha d'inspirar en un conjunt de criteris que la literatura hisendística s'ha ocupat d'analitzar (Spahn 1977; Musgrave 1983; Mathews 1983; Bird 1986). No tots els tributs tenen les mateixes característiques i, per tant, cal analitzar-los per poder concloure si són o no descentralitzables. Seguint Musgrave (1983), a l'hora de dissenyar la cistella tributària dels governs subcentrals, cal tenir en compte que: *i)* Els governs subcentrals haurien de gravar bases imposables que tinguin poca mobilitat; *ii)* els impostos progressius, que tenen objectius redistributius no s'haurien de descentralitzar; *iii)* els impostos més apropiats per assolir els objectius de la política estabilitzadora no s'haurien de descentralitzar, mentre que aquells que són més estables i previsibles davant de possibles cicles econòmics podrien estar en mans dels governs subcen-

trals; *iv*) les bases imposables que estan distribuïdes de forma desigual en el territori haurien d'estar en mans del Govern central; *v*) els tributs que s'exigeixen d'acord amb el principi del benefici (taxes) són apropiats per a qualsevol nivell de govern, i *vi*) caldria evitar l'exportació de la càrrega fiscal cap a residents d'altres territoris.

b) Equilibri vertical: hi ha equitat vertical quan els diferents nivells de govern disposen del mateix grau de cobertura de les seves necessitats de despesa. És a dir, hi haurà equitat vertical quan es garanteixi la suficiència de recursos dels diferents nivells de govern (central, estatal/regional i local). Això vol dir que si s'ha decidit que competències com la sanitat, l'educació o els serveis socials estiguin en mans d'un nivell subcentral de govern, caldrà descentralitzar un volum molt important de recursos perquè, si no, s'estarà infravalorant el cost de les principals partides de despesa que configuren l'estat del benestar. Si amb els tributs que s'han atorgat a cada nivell de govern hi ha desequilibri vertical, és a dir, si un dels nivells de govern (generalment el central) disposa de més recursos tributaris dels necessaris per cobrir allò que s'ha acordat que ha de fer, i els altres no en tenen prou, cal fer alguna cosa per resoldre aquesta situació, cosa que se sol fer instrumentant mecanismes de subvencions intergovernamentals incondicionades. Si el Govern central té més recursos tributaris dels que necessita per cobrir les seves responsabilitats de despesa, haurà de transferir-ne, en forma de subvencions, als governs subcentrals. Això explica que generalment els models de finançament dels governs subcentrals es configuren a través de dues grans vies d'obtenció d'ingressos: una cistella tributària i una subvenció incondicionada que dóna compliment al principi d'equitat vertical.

c) Equitat horitzontal: hi ha equitat horitzontal quan els governs que formen part d'un mateix nivell disposen d'un volum igual o similar de recursos per fer front a les seves responsabilitats de despesa i demanen als seus ciutadans el mateix esforç fiscal. És a dir, l'equitat horitzontal consisteix a assegurar que tots els governs que tenen un mateix sostre competencial tinguin els mateixos recursos (o similars) per unitat de necessitats, sigui quina sigui la seva capacitat fiscal potencial. En aquest cas, les anomenades «subvencions d'anivellament» són el mecanisme més adequat per garantir el compliment d'aquest principi. Aquestes subvencions pretenen evitar que els governs amb menys ingressos impositius potencials es vegin abocats a prestar un

nivell de serveis inferior a la mitjana o bé a demanar un esforç més gran als seus ciutadans per poder prestar el mateix nivell de serveis que la mitjana (Castells 1991a; Castells, Sorribas, Vilalta 2004). És clar que quan s'instrumenta un fons d'anivellament s'està fent un exercici de solidaritat. És per això que aquestes subvencions anivelladores són les que fan compatible l'exercici de l'autonomia financera i l'equitat.

d) Transparència, coordinació i lleialtat institucional: el model de finançament dels governs subcentrals ha de ser entès pels ciutadans per tal d'incentivar el rendiment de comptes. Cal que els individus coneixin el que paguen a cadascun dels governs (central, estatal/regional i local) per tal de poder valorar què en reben a canvi, i això només ho podran fer si tenen informació veraç sobre com funciona el model, si no hi ha opacitat. Models de finançament poc transparents i poc perceptibles per la ciutadania inviten a comportaments poc eficients (il·lusió fiscal, victimisme, malbaratament dels recursos...). A més, cal que hi hagi mecanismes de coordinació tècnica i institucional que facilitin el consens i l'aprovació del model de finançament dels governs subcentrals, i n'assegurin la correcta aplicació. Això demana deixar ben clar de quina manera es relacionaran els governs subcentrals amb el Govern central (coordinació vertical) i com es relacionaran entre si (coordinació horitzontal). És necessari que hi hagi regles del joc ben definides que facin impossible la discrecionalitat i el no compliment del pacte. La lleialtat institucional dóna estabilitat a una hisenda descentralitzada. És per això que el bon funcionament i la bona qualitat de les institucions són requisits indispensables per al correcte desenvolupament de l'activitat fiscal dels governs.

Els governs d'Andalusia i Catalunya han pres decisions diferents, tal com es posarà de manifest al llarg d'aquest treball, en relació amb la prestació de la sanitat. Aquest fet tindria, tal com acabem de veure, una justificació des del punt de vista de la teoria del federalisme fiscal si es pogués demostrar, per exemple, que les preferències dels ciutadans d'ambdues comunitats autònomes són heterogènies. Si fos així, i els seus governs haguessin prestat la sanitat adaptant-se a aquelles preferències, la descentralització hauria suposat més benestar col·lectiu del que s'hauria obtingut si ho hagués fet el Govern central de manera uniforme. Però també és raonable plantejar-se fins a quin punt les decisions preses pels governs d'ambdues comunitats autònomes poden ser

explicades també per les característiques del model de finançament. De quins recursos han disposat? Els han obtingut de la mateixa manera? Els han gastat de la mateixa manera? Han pogut prendre decisions sobre el volum d'ingressos que han acabat tenint i sobre com obtenir-los? N'han pres? Quines? Totes aquestes qüestions seran tractades en els capítols 2 i 3 d'aquest treball, on es descriurà i s'analitzarà el model de finançament autonòmic, així com altres fonts de recursos que, si bé formen part de l'estructura dels pressupostos d'ingressos autonòmics, no procedeixen del model. El període analitzat abastarà els anys 2001-2011.

Partim del supòsit que el model de finançament i la seva evolució tenen un pes explicatiu molt rellevant en la capacitat política de decisió dels governs autonòmics (Vilalta 2005, 2007; Bosch, Duran 2008; Bosch, Vilalta 2008; Ruiz-Huerta, Benyakhlef, Vizán 2010), però volem indagar com i fins a quin punt es produeix aquesta influència. Fins ara aquesta línia de recerca ha analitzat àmpliament les característiques, l'evolució i l'impacte de la distribució territorial dels recursos. En aquest llibre volem fer aquesta anàlisi per a períodes recents i de forma integrada als estudis de *policy-making* i *decision-making*.

Plantejament del llibre

Seguint l'argumentació exposada fins ara, començarem analitzant un dels principals factors que, a priori, condiona la capacitat de decisió dels governs autonòmics: la disponibilitat de recursos econòmics per a la seva activitat. Concretament, en el capítol 2 s'estudiarà l'evolució del volum dels recursos obtinguts per part dels governs autonòmics, amb una especial atenció a Andalusia i Catalunya, així com l'evolució de la seva procedència (subvencions d'altres nivells de govern o tributs de la mateixa població), durant el període 2001-2011. A continuació, en el capítol 3, s'analitzaran les decisions fiscals adoptades pels governs andalusí i català en el mateix període, tant pel costat de l'ingrés com pel costat de la despesa. Aquesta anàlisi ens permetrà observar si hi ha diferències entre Catalunya i Andalusia tant en la disponibilitat i procedència dels recursos econòmics com en l'ús que n'han fet.

Entenem que els recursos econòmics són un dels factors dins l'àmpli i complex ventall d'elements que poden influir en els processos de presa de decisions dels governs. Per tant, la seva influència és una qüestió

empírica a contrastar. En aquest sentit, presentem dos estudis de cas en profunditat de dos processos decisionals que generen canvis en la política de gestió pública dels sistemes sanitaris català (capítol 4) i andalús (capítol 5), i la seva comparació i interpretació (capítol 6). Les conclusions aborden l'evidència que aquest estudi aporta al debat sobre fins a quin punt les decisions dels governs subcentrals estan fortament condicionades pels models de finançament territorial o reflecteixen un marge de posicionament ideològic en el seu contingut i abast.

Capítol 2

LA DISPONIBILITAT I LA PROCEDÈNCIA DELS RECURSOS DURANT EL PERÍODE 2001-2011: S'OBSERVEN DIFERÈNCIES ENTRE ANDALUSIA I CATALUNYA?

Els governs de les dues comunitats autònomes que se sotmeten a consideració en aquest treball, Andalusia i Catalunya, han disposat dels recursos procedents de l'anomenat model de finançament de les comunitats autònomes de règim comú o model LOFCA (Llei orgànica de finançament de les comunitats autònomes). Aquest model és clarament diferent del que tenen les dues comunitats autònomes forals de l'Estat (el País Basc i Navarra). Les diferències entre ambdós models es troben tant en la seva configuració com en el seu funcionament i resultats. Atès que la comparació entre ambdós models no és l'objecte d'estudi d'aquest treball, ens centrarem en la descripció i anàlisi del model de finançament de règim comú.

L'actual model s'ha anat dissenyant, al llarg dels darrers 30 anys, fruit dels successius acords que s'han produït en el Consell de Política Fiscal i Financera (CPFF). Aquests acords han estat, un cop superada l'etapa inicial de finançament transitori (1980-86), quinquennals. Això fou d'aquesta manera fins a l'any 2001, moment en què es va donar per tancat el model. No obstant això, el nou Estatut d'Autonomia de Catalunya aprovat l'any 2006 va comportar una nova negociació del model que va acabar essent generalitzada per al conjunt de comunitats autònomes en l'acord del CPFF del juliol del 2009.

El CPFF està format pel ministre d'Hisenda i els consellers amb responsabilitats d'hisenda de cada comunitat autònoma. Es tracta d'un òrgan de deliberació, és a dir, la seva funció és fer recomanacions sobre temes fiscals i financers, que es fan arribar, posteriorment, al govern. Per a l'adopció d'aquestes recomanacions, els acords es prenen per votació. Es necessiten dos terços en la primera votació i la majoria en cas d'una segona votació. Cada conseller té un vot i el ministre té el mateix nombre de vots que tenen les comunitats autònomes que formen part del Consell. D'aquesta manera és com s'han aprovat els acords

de finançament dels anys 1986 (quinquenni 1987-91), 1992 (quinquenni 1992-96), 1996 (quinquenni 1996-2001), 2001 (per als anys 2001-2008) i 2009. Aquest últim acord és el vigent actualment i recupera la revisió quinquennal, que s'hauria d'haver realitzat l'any 2013, la qual cosa no s'ha complert.

Si bé la deliberació en el CPFF és conjunta, la signatura dels acords és sempre bilateral. De manera que si hi ha una comunitat autònoma que hi ha votat en contra, no se li aplicarà el contingut de l'acord. Els consellers que han representat Catalunya sempre hi han votat a favor, excepte l'any 1992, que es va fer un vot «condicionat» al fet que, l'any següent, s'estudiés i s'introduís en el model algun mecanisme que permetés l'exercici de la coresponsabilitat fiscal dels governs autonòmics, la qual cosa es va materialitzar en un nou acord del CPFF l'any 1993, que va suposar la cessió a les comunitats autònomes del 15% territorialitzat de l'IRPF. Els consellers que han representat Andalusia també sempre hi han donat el seu vot afirmatiu, excepte l'any 1996, que es va votar en contra. És per això que els canvis introduïts en el model per al quinquenni 1997-2001 no van ser d'aplicació a Andalusia.

De forma molt resumida es pot dir que el model que s'ha anat dissenyant fins a arribar a l'actual es configura sobre dues grans fonts d'obtenció dels ingressos: una cistella tributària i una subvenció incondicionada procedent del Govern central. Fins a l'any 2001 els recursos procedents d'aquestes dues fonts són els que haurien d'haver proporcionat els ingressos suficients per poder cobrir la prestació de les competències que s'han anat transferint als governs autonòmics. Totes les competències excepte una, la sanitat, que es finançava fins aleshores a través d'una subvenció específica del Govern central. Cal tenir en compte que fins a l'any 2001 la sanitat només estava transferida a cinc de les quinze comunitats de règim comú (Andalusia, les Canàries, Catalunya, Galícia i València) i a les dues comunitats forals. És a partir de l'acord del 2001, moment en què es transfereix a la resta, quan el seu finançament s'inclou dins del model general i deixa de ser una subvenció específica.

La cistella tributària en mans dels governs autonòmics ha estat integrada pels anomenats tributs cedits i s'ha anat ampliant al llarg dels diferents acords. És a dir, el Govern central ha anat cedint des dels anys 80 el rendiment, total o parcial, de certes figures tributàries, així com, en alguns casos, la capacitat de gestionar-les i administrar-les. I a partir

de l'acord del 1996 també ha anat cedint, a part del rendiment, certa capacitat normativa sobre algunes d'aquestes figures tributàries, la qual cosa ha permès als governs autonòmics poder prendre decisions sobre elements importants de determinats impostos. Es podria afirmar que en els successius acords de finançament s'ha anat ampliant l'autonomia financera de les comunitats autònomes en la mesura que el volum de recursos procedents de figures tributàries sobre les quals hi poden prendre decisions ha anat creixent, tot i que encara resulti insuficient.

Pel que fa a la subvenció incondicionada, tenint en compte els postulats de la teoria del federalisme fiscal, és la que hauria d'haver contribuït a donar compliment al principi d'equitat vertical i equitat horitzontal. És a dir, hauria d'haver funcionat de mecanisme anivellador dels recursos, tant entre el Govern central i el conjunt de comunitats autònomes (anivellament vertical) com entre aquestes (anivellament horitzontal).³ En els diferents acords de finançament s'ha anat modificant no només el nom d'aquesta subvenció (participació en els ingressos de l'Estat fins a l'any 2001, fons de suficiència del 2001 al 2008 i fons de garantia dels serveis públics fonamentals a partir del 2009), sinó també la manera de calcular-la. Aquest càlcul sempre s'ha basat en la quantificació de les necessitats de despesa de cada govern autonòmic, mitjançant un conjunt de variables socioeconòmiques, així com de la seva capacitat fiscal. És la manera de calcular aquestes dues variables (necessitats i capacitat) la que ha fet, fonamentalment, que aquesta subvenció no hagi acabat de funcionar correctament com un fons anivellador dels recursos, tal com s'esperaria que ho fes seguint el que ens diu teoria del federalisme fiscal o tal com ho fan els mecanismes anivelladors que existeixen en països que poden ser tinguts en compte com a referents (Alemanya, el Canadà, Suïssa, Austràlia, etc.). Aquest mal funcionament, tot i que s'ha solucionat en part a partir de l'acord del 2009, ha conduït a l'existència d'importantes diferències de recursos per habitant entre els governs autonòmics.⁴ Per regla general, comunitats autònomes amb una capacitat fiscal menor a la mitjana (per exemple Andalusia), han acabat tenint més recursos per càpita, un cop rebuda la subvenció incondicionada, que algunes de les comunitats

3 Vilalta 2008.

4 Vilalta 2013.

autònomes que tenen una capacitat fiscal per sobre la mitjana (per exemple, Catalunya).

Atès que un dels objectius d'aquest estudi és esbrinar si la configuració del model de finançament ha pogut incidir en la presa de decisions diferents sobre el model sanitari de Catalunya i Andalusia, en l'epígraf següent es descriu el funcionament i els resultats dels dos models de finançament (el model acordat l'any 2001 i el model acordat l'any 2009) vigents durant el període objecte d'anàlisi d'aquest treball (2001-2011).

Els acords de finançament autonòmic dels anys 2001 i 2009

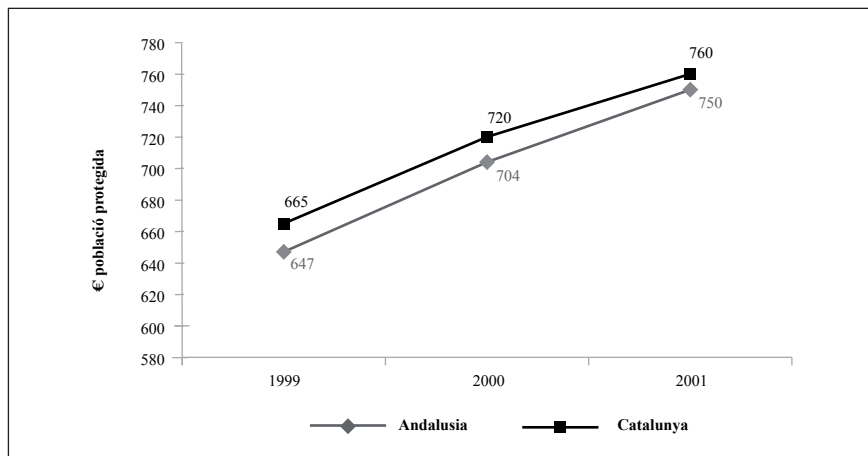
Una breu referència al finançament de la sanitat en el període anterior al 2001

La Generalitat de Catalunya va assumir la competència en sanitat l'any 1981 i la Junta d'Andalusia l'any 1984. Fins a l'any 1994 el càlcul de la subvenció específica que van rebre per finançar la sanitat es va fer seguint criteris força heterogenis i basats en el càlcul del cost efectiu. És a partir de l'any 1994 quan s'aprova una metodologia de càlcul de la subvenció, vigent fins a l'any 1997, que va consistir en el repartiment d'un volum global de recursos, entre les set comunitats autònomes que tenien assumida la prestació de la sanitat, segons el pes de la seva població protegida. Aquest repartiment es va fer per al primer any (1994), i la quantia resultant es va anar actualitzant fent servir la taxa de variació del PIB nominal del conjunt de l'Estat. L'any 1998 es va tornar a calcular la subvenció corresponent a cada comunitat fent servir el mateix criteri (la població protegida d'aquell any), i es va anar actualitzant fins a l'any 2001 utilitzant també la taxa de variació del PIB. És a partir del 1998 quan s'introdueixen, a més a més, tres fons específics: un fons destinat a compensar les comunitats autònomes per l'atenció de pacients desplaçats d'altres comunitats autònomes, un fons destinat a cobrir els costos de docència i investigació i un fons destinat a garantir que les possibles pèrdues de població fossin tingudes en compte en el repartiment dels recursos.

Per tant, fins a l'any 2001 Andalusia i Catalunya van rebre, d'una banda, un volum de recursos procedents de l'INSALUD destinats a finançar la sanitat i, de l'altra, els recursos procedents del model de

finançament vigent. El gràfic 2 mostra el volum de recursos rebuts per Andalusia i Catalunya a través de la subvenció específica destinada a la sanitat, en els darrers tres anys d'existència (1999-2001).

Gràfic 2. Recursos procedents de l'INSALUD per finançar la sanitat



Font: Elaboració pròpia a partir del Ministeri d'Hisenda i Administracions Públiques i el Ministeri de Sanitat

A partir de l'acord de finançament autonòmic de l'any 2001, moment en què tal com s'ha dit anteriorment es decideix transferir la sanitat a totes les comunitats autònomes, desapareix aquesta doble via d'obtenció de recursos (recursos per finançar la sanitat, d'una banda, i recursos per finançar la resta de serveis, per l'altra). És a dir, a partir del 2002, primer any de vigència del model acordat el 2001, els recursos que rebran els governs autonòmics via model són els que han de servir per cobrir la prestació de tots els serveis assumits, inclosos la sanitat. És important remarcar que tots els recursos seran incondicionats. Cap tindrà una destinació específica, destinació que podrà ser decidida pels governs autonòmics.

L'acord de finançament del 2001

El model de finançament de les comunitats autònomes aprovat l'any 2001 i vigent fins al 2008 estava dissenyat al voltant de dues grans vies d'obtenció d'ingressos, el funcionament de les quals es descriu a continuació. Es tracta dels tributs cedits i del fons de suficiència.

a) Els tributs cedits

A partir de l'acord del 2001, els tributs en mans dels governs autonòmics van ser els següents: l'impost sobre el patrimoni de les persones físiques, l'impost sobre successions i donacions, l'impost sobre transmissions patrimonials, l'impost sobre actes jurídics documentats, la taxa sobre el joc, el 33% de l'impost sobre la renda de les persones físiques (IRPF), el 35% de l'impost sobre el valor afegit (IVA), el 40% dels impostos especials (tabac, alcohol i hidrocarburs), l'impost especial sobre determinats mitjans de transport, l'impost especial sobre l'electricitat i l'impost especial sobre vendes minoristes de determinats hidrocarburs. Als cinc primers se'ls coneix amb el nom de tributs cedits tradicionals ja que formaven part de la cistella tributària dels governs autonòmics des de principis dels anys 80.

En un primer moment, quan l'Estat cedia tributs a les comunitats autònomes, només en cedia el rendiment i, en alguns casos, la gestió i administració. No serà fins a l'any 1996, i sobretot a partir de l'acord del 2001, quan també comença a cedir certa capacitat normativa sobre alguns d'aquests. És per això que, des d'aquell moment, els governs autonòmics han pogut prendre decisions sobre determinats elements dels següents impostos: els esmentats impostos tradicionals, l'IRPF, l'impost especial sobre determinats mitjans de transport i l'impost especial sobre vendes minoristes de determinats hidrocarburs. En el capítol 3 d'aquest treball s'oferirà en detall l'abast d'aquesta cessió de capacitat normativa i l'ús que se n'ha fet.

Als governs autonòmics han pogut gestionar i administrar els següents tributs: els anomenats tributs cedits tradicionals (en el cas de l'impost sobre el patrimoni de les persones físiques, la gestió ha estat compartida amb l'agència estatal), l'impost especial sobre determinats mitjans de transport i l'impost especial sobre vendes minoristes de determinats hidrocarburs. En canvi, la gestió i administració de

l'impost sobre l'electricitat i la dels grans impostos sobre els quals els governs autonòmics hi participen parcialment (IRPF, IVA i especials) ha estat realitzada per l'agència estatal d'administració tributària (AEAT).⁵

Aquesta cistella de tributs es complementa amb els anomenats tributs propis. Els governs autonòmics poden crear figures tributàries sempre que es compleixen determinades condicions, com, per exemple, la de no gravar cap fet imposable que ja sigui gravat pel Govern central. Això ha estat aprofitat pels governs autonòmics per establir tributs que, en termes generals, o bé tenen un objectiu mediambiental o bé recauen sobre el joc. La capacitat recaptatòria d'aquests tributs és petita ja que aporten poc més de l'1% del total d'ingressos del conjunt de les comunitats autònomes. Tal com estan concebuts, no formen part dels ingressos que constitueixen el que s'entén com a «model» de finançament autonòmic.

b) El fons de suficiència

Les comunitats autònomes han rebut una subvenció incondicionada que a partir de l'acord del 2001 es va anomenar fons de suficiència. El volum de subvenció corresponent a cada comunitat autònoma es va calcular de la següent manera:

En primer lloc, es va determinar el volum global de recursos que havia de ser distribuït entre les 15 comunitats autònomes de règim comú. Per fer-ho es van considerar tres blocs de competències: *i)* el bloc corresponent als serveis comuns; *ii)* el bloc corresponent als serveis sanitaris; *iii)* el bloc corresponent als serveis socials i assistencials. Així doncs, el que es va determinar és el volum de recursos necessaris per al conjunt de governs autonòmics per poder finançar cadascun dels tres blocs competencials.

En segon lloc, es va determinar el volum de recursos corresponent a cada comunitat autònoma per a cadascun dels tres blocs esmentats. És a dir, es van quantificar les «necessitats de despesa» de cada govern autonòmic (NDi) per a cadascun dels tres blocs competencials. Les variables utilitzades per a aquest càlcul van ser les següents:

⁵ Vegeu Esteller 2006.

i) En relació amb el bloc de serveis comuns:

- Una quantia fixa de 39,66 milions d'euros per a cada comunitat autònoma.
- La quantia principal, resultant de restar del total disponible per a aquest bloc de serveis comuns la quantia del punt anterior, i la dels dos subfons del punt següent es va distribuir segons les variables i ponderacions següents: població (94%), superfície (4,2%), dispersió (1,2%) i insularitat (9,6%).
- Dos subfons addicionals: un fons de renda relativa, dotat amb 150,25 milions d'euros, que es va repartir entre les comunitats autònomes que tenien un valor afegit brut per habitant inferior a la mitjana, i un fons per pal·liar l'escassa densitat de població, dotat amb 48,08 milions d'euros, que es va repartir entre aquelles comunitats autònomes que tenien una densitat de població inferior a 27 habitants per quilòmetre quadrat i una extensió inferior a 50.000 quilòmetres quadrats.

El resultat obtingut aplicant aquests criteris es va corregir aplicant dues regles de modulació complicades.⁶

6 Es tracta de les dues regles següents:

1. La taxa de les necessitats de despesa que resultés per a una comunitat autònoma no podia ser superior al 75% de la taxa mitjana de creixement per al conjunt de comunitats autònomes de règim comú. No obstant això, en l'aplicació d'aquest principi s'havien de tenir en compte les següent regles: a) l'aplicació d'aquesta modulació no podia suposar en cap cas una disminució superior al 22,791% de la seva restricció inicial; b) quan s'apliqués a una comunitat autònoma que tingués un nombre de nuclis de població superior al 10% del total existent en el conjunt de comunitats autònomes de règim comú, l'excés per sobre del 75% de la taxa mitjana de creixement es multiplicaria per 0,49 per tal de trobar l'import de la modulació.
2. La taxa de creixement de les necessitats de despesa que resultava per a aquelles comunitats autònomes amb una renda per habitant per sota del 70% de la renda per habitant mitjana no podia ser inferior al 120% de la taxa mitjana de creixement del conjunt de comunitats autònomes de règim comú. I per a aquelles que es trobessin entre el 70% i el 75% de la renda mitjana per habitant, la taxa de creixement del seu finançament no podia ser inferior al 30% de la taxa mitjana de creixement del conjunt de les comunitats autònomes. I finalment, per a aquelles que tinguessin una renda entre el 75% i el 82% de la renda mitjana per habitant, la taxa de creixement del seu finançament no podia ser inferior al 22% de la taxa mitjana de creixement del conjunt de comunitats autònomes.

ii) En relació amb el bloc de serveis sanitaris:

- Un fons general que es va distribuir entre les comunitats autònomes segons les variables i ponderacions següents: població protegida (75%), població més gran de 65 anys (24,5%) i insularitat (0,5%).
- Dos fons específics: el fons programa d'estalvi en incapacitat temporal, dotat amb 240,40 milions d'euros, que es va distribuir en funció de la variable població protegida, i el fons de cohesió sanitària, l'objectiu del qual era corregir les desigualtats sanitàries i garantir la igualtat d'accés als serveis sanitaris públics a tot el territori espanyol, i atendre els ciutadans desplaçats procedents d'altres països. El repartiment d'aquest fons no va quedar especificat a l'acord de finançament de l'any 2001, sinó que es va remetre a una regulació específica posterior.

iii) En relació amb el bloc de serveis socials:

- Un fons que es va distribuir entre les comunitats autònomes segons la variable població més gran de 65 anys.

Sumant el resultat obtingut en cadascun d'aquests tres blocs competencials, s'obté el total de necessitats de despesa de cada comunitat autònoma (NDi).

En tercer lloc, un cop calculades les necessitats de despesa de cada govern autonòmic, es va procedir al càlcul del fons de suficiència (FSi). Aquest càlcul era una simple resta entre les necessitats de despesa (NDi) i la quantia corresponent a la capacitat fiscal de cada govern autonòmic (CFi). Aquesta capacitat es va calcular com el volum de recursos obtingut per cada comunitat autònoma a través dels tributs cedits esmentats anteriorment.

Aquest càlcul del fons de suficiència corresponent a cada comunitat autònoma es va realitzar l'any de l'acord (2001) i amb dades del 1999. Per als anys posteriors, es va decidir que s'actualitzaria la xifra d'aquell any base utilitzant la taxa de creixement dels ingressos tributaris de l'Estat (ITE). Per tant, els recursos procedents del fons de suficiència van anar creixent en la mateixa taxa en què ho feien els ingressos tributaris de l'Estat. Formaven part del càlcul d'aquesta taxa la part corresponent a l'Estat dels impostos compartits (IRPF, IVA i especials) i l'impost de societats.

Hi ha dos aspectes de l'acord del 2001 que val la pena ressaltar: d'una banda, l'acord va preveure l'existència d'unes assignacions d'anivellament per als serveis públics fonamentals d'educació i sanitat. L'objectiu que es perseguia era garantir un nivell mínim a tot el territori espanyol en la prestació d'aquests serveis. Aquestes assignacions havien de ser aplicades quan en una comunitat autònoma es produís, en un any, una desviació de més de tres punts (o de més d'un punt si la comunitat autònoma tingués una superfície de més de 90.000 quilòmetres quadrats) respecte a la mitjana estatal en la variació de: *i*) el nombre d'alumnes d'educació obligatòria; i /o *ii*) la població protegida. Val a dir que aquestes assignacions d'anivellament no van haver de ser posades en marxa perquè no es va produir cap d'aquestes desviacions. De fet, era pràcticament impossible que tinguessin lloc. De l'altra, es va acordar que durant els anys 2002-2004 l'Estat garantiria que el finançament dels serveis d'assistència sanitària de la Seguretat Social evolucionaria en funció del PIB nominal a preus de mercat. Posteriorment, i en la Conferència de Presidents de l'any 2005, es va acordar que aquesta garantia es prorrogaria fins que s'aprovés un nou model de finançament.

L'aplicació de totes aquestes variables, fons específics, regles de modulació i garanties, va determinar les «necessitats de despesa» de cada comunitat autònoma i, per tant, el seu volum de recursos a rebre a través del model.

Quadre 1. Recursos procedents del model de finançament. Liquidació 2002 i 2008 (primer i últim any d'aplicació del model acordat del 2001). Milions d'€

	2002					2008				
	Tributs cedits (A)	Fons de suficiència (B)	Total recursos (A + B)	/hab	Índex hab.= 100	Tributs cedits (C)	Fons de suficiència (D)	Total recursos (C + D)	/hab	Índex hab.= 100
Catalunya	9.316	1.272	10.588	1.627	97	13.089	1.845	14.935	2.028	96
Galícia	2.595	2.500	5.094	1.861	111	3.563	3.207	6.771	2.432	115
Andalusia	6.629	5.925	12.554	1.679	100	9.487	7.809	17.296	2.109	100
Astúries	1.223	784	2.007	1.869	111	1.644	1.009	2.653	2.456	117
Cantàbria	625	423	1.048	1.933	115	887	548	1.435	2.465	117
La Rioja	324	237	561	1.991	119	488	300	787	2.479	118
Múrcia	1.123	774	1.897	1.546	92	1.673	1.009	2.683	1.881	89
C. Valenciana	4.931	1.730	6.661	1.540	92	6.949	2.321	9.270	1.843	87
Aragó	1.550	767	2.317	1.903	113	2.209	1.017	3.225	2.431	115
Castella-la Manxa	1.591	1.671	3.262	1.830	109	2.416	2.144	4.560	2.232	106
Canàries	917	2.122	3.039	1.648	98	1.361	2.739	4.100	1.975	94
Extremadura	803	1.382	2.185	2.036	121	1.134	1.746	2.880	2.624	124
Balears	1.495	-178	1.317	1.436	86	1.932	-182	1.750	1.631	77
Madrid	9.000	-840	8.160	1.476	88	13.197	-887	12.310	1.963	93
Castella i Lleó	2.631	2.192	4.824	1.945	116	3.661	2.801	6.462	2.527	120
Total	44.754	20.761	65.515	1.679	100	63.690	27.428	91.118	2.108	100

Font: elaboració pròpia a partir del Ministeri d'Hisenda i Administracions Públiques, Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat, i INE.

El quadre 1 mostra el resultat d'aplicar l'acord del 2001 en el primer i últim any de vigència. Tal com es pot veure, els tributs cedits van aportar a la Generalitat de Catalunya 9.316 milions d'euros i el fons de suficiència, 1.272 milions d'euros l'any 2002. En total va disposar de 1.627 euros per habitant, un 3% per sota de la mitjana. En canvi, la Junta d'Andalusia va obtenir 6.629 milions d'euros procedents dels tributs cedits i 5.925 milions d'euros procedents del fons de suficiència; en total, 1.679 euros per habitant, just a la mitjana. El model de finançament va aportar, doncs, 51 euros per habitant més a Andalusia que a Catalunya, i mentre que Catalunya els obtenia, fonamentalment, a

través dels seus tributs cedits, un 88,0%, a Andalusia aquest percentatge era tan sols del 52,8%. Dit d'una altra manera, el Govern andalús depenia més de la subvenció procedent del fons de suficiència que el Govern català. Mentre que en el primer cas aquest fons aportava el 47,2% dels recursos de la Junta, aquest percentatge era només del 22% en el cas de la Generalitat.

La dinàmica del model encara va anar accentuant més les diferències. L'any 2008, Catalunya va disposar de 2.028 euros per habitant, 81 euros menys que els que va obtenir Andalusia (2.109 euros per càpita).

La comunitat autònoma amb més recursos per habitant va ser Extremadura (un 21% i un 24% per sobre la mitjana, l'any 2002 i l'any 2008, respectivament) i la que menys recursos va tenir va ser les Balears (un 14% i un 23% per sota la mitjana, l'any 2002 i l'any 2008, respectivament).

L'acord de finançament del 2009

Algunes notes sobre el procés de negociació

Tal com s'ha dit anteriorment, l'acord del 2001 va posar fi a les revisions quinquennals del model de finançament, que s'havien anat succeint fins aleshores (quinquenni 1987-91, quinquenni 1992-96 i quinquenni 1997-2001). Es va tancar el model, i ni tan sols es van dissenyar mecanismes per revisar-lo i actualitzar-lo. Però els esdeveniments que es van produir a Catalunya a partir de les eleccions al Parlament el novembre del 2003 van desembocar en una nova negociació del model. Els resultats obtinguts en aquelles eleccions van fer possible el primer govern d'entesa amb el PSC, ERC i ICV. Les bases de l'acord de govern entre aquestes formacions polítiques es van plasmar en un document conegut com el Pacte del Tinell, on es comprometien a impulsar una reforma estatutària que, entre altres objectius, hauria de permetre un canvi del model de finançament de la Generalitat, del qual es detallaven, en 10 punts, els principis bàsics que l'havien d'inspirar. Durant els anys 2004 i 2005 es van anar elaborant els textos que, primer des de la Comissió Assessoradora per a la Reforma de l'Autogovern, en el si de l'Institut d'Estudis Autònòmics, i després en seu parlamentària, van anar configurant el redactat del nou Estatut d'Autonomia de Cata-

lunya. Concretament, l'abril del 2005, el Govern de la Generalitat va fer pública la proposta que contindria aquest nou Estatut en matèria de finançament. El 30 de setembre d'aquell mateix any el Parlament aprovava el nou text estatutari amb 120 vots a favor (46 de CiU, 42 del PSC, 23 d'ERC i 9 d'ICV) i 15 en contra (del PP). A partir d'aleshores s'iniciava el procés de tramitació a les Corts Generals amb la creació d'una Comissió Constitucional on es discutia i es pactaven canvis sobre el text aprovat pel Parlament català. El dia 21 de gener del 2006 el president del Govern espanyol, José Luis Rodríguez Zapatero, i el cap de l'oposició del Parlament de Catalunya, Artur Mas, en van pactar el text definitiu, que va ser sotmès a votació a les Corts Generals el dia 31 de març d'aquell mateix any. Va ser aprovat per 189 vots a favor, 154 en contra i 2 abstencions.⁷ Aquell text va ser sotmès, posteriorment, a referèndum al poble de Catalunya el dia 18 de juny, els resultats del qual van ser els següents: 73,9% de vots a favor, 20,8% de vots en contra, 5,3% de vots en blanc i nuls, i una participació del 49,42%.

El títol VI d'aquest nou Estatut fa referència al model de finançament de la Generalitat i preveu que aquest nou model estigui en funcionament abans d'un termini de 2 anys des de l'entrada en vigor del nou text, cosa que es complia el dia 9 d'agost del 2008. Això no va ser així, i es va haver d'esperar fins al juliol del 2009. Durant tot aquell temps les negociacions sobre la configuració del nou model van ser estrictament bilaterals entre el Govern central i el Govern de la Generalitat (aleshores el segon govern d'entesa, format per les mateixes formacions polítiques que el primer i sorgit de les eleccions de l'1 de novembre del 2006). El dia 15 de juliol del 2009 el nou model acordat prèviament entre els dos governs se sotmetia a discussió i aprovació en el CPFF. Va ser aprovat amb el vot favorable de la resta de comunitats autònomes, excepte 6, que es van abstenir (Galícia, La Rioja, Múrcia, València, Madrid i Castella Lleó). D'aquesta manera, es generalitzava un model sorgit de la proposta estatutària feta des de Catalunya.

Durant aquells anys també hi ha haver 5 comunitats autònomes que van reformar els seus respectius Estatuts, com, per exemple, Andalusia.

⁷ Concretament, es van emetre 345 vots: 189 a favor (163 del PSOE, 10 de CiU, 7 d'EAJ-PNB, 5 d'IU-ICV, 2 de Coalició Canària, 2 del BNG), 154 en contra (145 del PP, 8 d'ERC, 1 d'EA), 2 abstencions (1 de NA-BAI, 1 de CHA). Els vots no emesos van ser de: 3 del PP, 1 del PSOE i 1 de Coalició Canària.

El contingut del seu Estatut és, pel que fa al model de finançament de la Junta, molt similar al que preveu l'Estatut català.⁸ L'Estatut andalús va ser aprovat pel seu Parlament el dia 2 de maig del 2006. En aquell cas es van emetre 108 vots, 67 a favor (PSOE) i 41 en contra (PP i Partido Andalucista). Posteriorment, fou aprovat per les Corts Generals el dia 2 de novembre de 2006, amb 306 vots a favor, 2 abstencions (EA i BNG) i cap vot en contra. Va ser ratificat en el referèndum celebrat el dia 20 de març del 2007, amb una participació del 36,28%, amb el 87,45% de vots a favor, el 9,48% en contra i el 3,07% de vots en blanc i nuls.

A continuació es descriurà el funcionament del model acordat pel CPFF aquell 15 de juliol de 2009 i aprovat, posteriorment, per la Llei 22/2009, de 18 de desembre.⁹ Cal recordar que la Sentència 31/2010 del Tribunal Constitucional sobre l'Estatut d'Autonomia de Catalunya del 2006 es va pronunciar sobre alguns preceptes del títol VI (vegeu Bosch, Vilalta 2011) i va declarar inconstitucionals alguns aspectes que ja havien quedat incorporats en el disseny de l'acord de finançament del 2009, per exemple, en el disseny del mecanisme d'anivellament (article 206.3 de l'Estatut), i va fer una declaració interpretativa d'altres aspectes, com ara la composició de la cistella tributària (disposicions 8, 9 i 10 de l'Estatut).

Descripció i principals resultats del model

El model acordat l'any 2009 contempla els següents aspectes: *a)* el volum global de recursos a disposició del conjunt de comunitats autònomes de règim comú; *b)* la cistella tributària; *c)* el mecanisme d'anivellament: el fons de garantia dels serveis públics fonamentals; *d)* els fons d'ajustament: fons de suficiència i fons de convergència; i *e)* els mecanismes de seguiment del sistema.

a) El volum global de recursos a disposició del conjunt de comunitats autònomes de règim comú

⁸ Les altres comunitats autònomes que també el van reformar van ser: Aragó, les Balears, Castella i Lleó i València.

⁹ Pel que fa a Catalunya, el nou model va ser acceptat posteriorment per la Comissió Mixta d'Afers Econòmics i Fiscals Estat-Generalitat en la sessió del dia 22 de desembre de 2009.

Un dels aspectes que recull l'acord és la necessitat d'augmentar el volum global de recursos a disposició del conjunt de governs autonòmics, per tal de reforçar l'estat del benestar. Concretament, el Govern central es va comprometre a aportar al conjunt del sistema 11.173 milions d'euros addicionals, cosa que va fer gradualment durant els anys 2009 i 2010. Aquest increment global es va distribuir entre les diferents comunitats autònomes d'acord amb les següents variables: la població ajustada (concepte que serà explicat més endavant), l'increment de la població ajustada entre els anys 1999 i 2009, la població potencialment dependent, la població reconeguda com a dependent i el nombre d'entitats singulars. Les variables que tenen una ponderació més elevada són la de la població ajustada i la de l'increment de població ajustada.¹⁰

Tal com mostra el quadre 2, la utilització d'aquestes variables i aquestes ponderacions va ser especialment favorable per a comunitats com Catalunya, on hi va haver, durant aquell període, un important increment de la població a causa, fonamentalment, de la immigració i on la població dependent ja reconeguda era també una magnitud important. Això explica que dels 11.173 milions de recursos addicionals, un 20,7% va correspondre a Catalunya (2.310 milions d'euros). Els corresponents a Andalusia van ser de 1.706 milions d'euros (un 15,3% del total).

Amb aquesta aportació addicional de recursos per part del Govern central, no només s'assegurava que cap comunitat autònoma perdés recursos amb el canvi de model, sinó que totes en guanyessin, i a més es pactava, d'entrada, quants n'havien de guanyar.

¹⁰ Vegeu Bassols, Bosch, Vilalta 2010 (pàg. 30).

Quadre 2. Distribució de l'aportació addicional de recursos del Govern central al conjunt de comunitats autònomes (acord del 2009)

	Milions €	%
Catalunya	2.310	20,7
Galícia	605	5,4
Andalusia	1.706	15,3
Astúries	210	1,9
Cantàbria	110	1,0
La Rioja	70	0,6
Múrcia	441	3,9
C. Valenciana	1.564	14,0
Aragó	266	2,4
Castella - la Manxa	480	4,3
Canàries	395	3,5
Extremadura	232	2,1
Balears	372	3,3
Madrid	1.885	16,9
Castella i Lleó	527	4,7
TOTAL	11.173	100,0

Font: Elaboració pròpia a partir del CPFF, 2009.

b) La cistella tributària

A partir de l'acord del 2009 la cistella tributària dels governs autonòmics queda configurada de la manera següent:

- D'una banda, les comunitats autònomes tenen cedit els 100% del rendiment dels següents tributs: impost sobre el patrimoni; impost sobre successions i donacions, impost sobre transmissions patrimonials i actes jurídics documentats, tributs sobre el joc, impost sobre les vendes minoristes de determinats hidrocarburs, impost especial sobre determinats mitjans de transport i impost sobre l'electricitat.

Els governs autonòmics tenen una certa capacitat normativa sobre la totalitat d'aquests tributs, excepte sobre l'impost especial sobre l'electricitat –tal com es veurà al capítol 3 d'aquest treball–, i la seva gestió recau en les mateixes comunitats autònomes, ex-

cepte, en aquest cas, la de l'impost sobre mitjans de transport, la de l'impost sobre vendes minoristes de determinats hidrocarburs i la de l'impost especial sobre l'electricitat. A Catalunya tots aquests impostos són gestionats per l'Agència Tributària de Catalunya, tal com preveu l'Estatut.¹¹

- De l'altra, els governs autonòmics participen parcialment del rendiment de les principals figures del sistema fiscal espanyol. Concretament, participen del 50% de l'IRPF, del 50% de l'IVA i del 58% dels impostos especials en fase de fabricació sobre alcohols, tabac i hidrocarburs. Aquests percentatges són els que estableix l'Estatut d'Autonomia de Catalunya. Tal com es veurà més endavant, les comunitats autònomes tenen capacitat normativa per decidir sobre alguns elements del tram cedit de l'IRPF, però no en tenen gens sobre l'IVA i sobre els impostos especials sobre el consum.

Tots aquests impostos són gestionats per l'Agència Estatal d'Administració Tributària, la qual transfereix a les comunitats autònomes la part del rendiment de l'impost que li correspon. Pel que fa a Catalunya, l'Estatut preveu (article 204) que la gestió d'aquests impostos es faci de forma consorciada entre l'Agència Tributària de Catalunya i l'Agència Estatal. Aquest consorci, actualment, no existeix, malgrat que l'Estatut preveu que entri en funcionament al cap de dos anys de vigència del nou text estatutari. A partir de l'acord del 2009, el que sí que es crea és el Consell Superior per a la Direcció i Coordinació de la Gestió Tributària, presidit pel president de l'Agència Estatal d'Administració Tributària i integrat per representants de l'Estat i de totes les comunitats autònomes. L'objectiu que es persegueix amb la creació d'aquest òrgan és ampliar el grau de coresponsabilitat en la gestió dels tributs i assolir més coordinació en la gestió tributària.

c) El mecanisme d'anivellament: el fons de garantia dels serveis públics fonamentals

¹¹ El 21 de febrer del 2014 l'Agència Tributària de Catalunya i les quatre diputacions catalanes van presentar Tributs de Catalunya, una xarxa d'oficines d'atenció al contribuent desplegada a tot el territori català, amb l'objectiu d'oferir un servei de finestra única.

Per tal de donar compliment al principi d'equitat, el nou model instrumenta una subvenció anivelladora, anomenada «fons de garantia dels serveis públics fonamentals». L'objectiu d'aquest fons és assegurar que cada comunitat autònoma rebi els mateixos recursos per habitant (ajustat) per finançar els serveis essencials de l'estat del benestar (educació, sanitat i serveis socials), amb el mateix esforç fiscal.

Tal com funciona aquest fons, es pot parlar de l'existència d'un fons horitzontal de suma zero i d'un fons vertical, atès que la seva dotació procedeix de dues vies: d'una banda, el fons es dota del 75% dels recursos tributaris corresponents a cada comunitat autònoma (fons horitzontal) i, de l'altra, el Govern central hi aporta, cada any, un volum de recursos (fons vertical).

La subvenció que correspondrà a cada comunitat autònoma procedent de la part horitzontal d'aquest fons (FGi^t) serà el resultat de restar de les seves necessitats de despesa (NDi^t) el 75% de la seva capacitat fiscal (75% CFi^t), tal com es descriu en la formulació (1). El resultat d'aquest càlcul pot ser positiu, la qual cosa voldria dir que es tracta d'una comunitat autònoma que té més necessitats que capacitat, o negatiu, en el cas que les necessitats siguin inferiors a la capacitat. Per tant, unes comunitats autònomes seran receptores del fons horitzontal i d'altres en seran receptores.

$$FGi^t = NDi^t - 75\% CFi^t \quad (1)$$

Aquesta formulació exigeix quantificar les necessitats de despesa i la capacitat fiscal de les diferents comunitats autònomes. Com a indicador de necessitats de despesa (NDi), s'utilitza la població ajustada, la qual es defineix a partir d'un conjunt de variables i ponderacions, que són les següents: la població de dret (amb un pes del 30%), la població protegida equivalent distribuïda en set grups d'edat¹² (amb un

12 Els trams d'edat i les seves ponderacions són les següents:

0-4 anys	1,031
5-14 anys	0,433
15-44 anys	0,547
45-54 anys	0,904
55-64 anys	1,292
65-74 anys	2,175
més de 75 anys	2,759

pes del 38%), la població més gran de 65 anys (amb un pes d'un 8,5%) i la població d'entre 0 i 16 anys, (amb un pes d'un 20,5%). La suma de les ponderacions d'aquestes variables poblacionals és d'un 97%. El 3% restant correspon a la superfície (1,8%), la dispersió (0,6%) i la insularitat (0,6%).

I com a indicador de capacitat fiscal, s'utilitza el concepte de recursos tributaris normatius, és a dir, s'utilitzen indicadors de la capacitat potencial de cadascuna de les figures tributàries que integren la cistella impositiva autonòmica.¹³

La part de la subvenció que correspondrà a cada comunitat autònoma procedent del fons vertical es calcula distribuint el volum de recursos que el Govern central aporta al fons, utilitzant l'indicador de necessitats que acabem de descriure, és a dir, fent servir la població ajustada.

El quadre 3 mostra el resultat del funcionament del fons de garantia dels serveis públics fonamentals (FGSPF), per a l'any 2011. Catalunya va aportar al fons horitzontal 2.213 milions d'euros, mentre que Andalusia en va rebre 2.238. El Govern central va aportar al fons vertical un total de 7.053 milions d'euros, dels quals 1.193 van correspondre a Catalunya i 1.317, a Andalusia. Això fa que, en total, Catalunya aportés al FGSPF 1.020 milions d'euros ($= 1.193 - 2.213$) i Andalusia en rebés 3.556 ($= 1.317 + 1.193$).

El que és interessant de remarcar és que un cop cada comunitat autònoma ha rebut i aportat els recursos corresponents al FGSPF, el resultat final és que totes acaben disposant del mateix volum de recursos per població ajustada. És a dir, tal com s'ha dissenyat el funcionament d'aquest mecanisme, s'assegura que tots els governs autonòmics disposin de 1.627 euros per habitant (ajustat) per prestar els serveis d'educació, sanitat i serveis socials.

13 Per a més detalls, vegeu Bassols, Bosch, Vilalta 2010 (pàg. 37 i 38).

Quadre 3. Resultat del funcionament del fons de garantia de serveis públics fonamentals (FGSPF). Liquidació 2011. Milions d'€

	capacitat fiscal (A)	fons horitzontal necessitats despesa (B)	total f. horitzontal (C) = (B - A)	fons vertical (D)	Total FGSPF (E) = (C)+(D)	Total recursos anivellats	
						Milions	pob. ajustada
						(F) = (A) + (E)	(F)/pob.ajustada
Catalunya	13.184	10.971	-2.213	1.193	-1.020	12.164	1.627
Galícia	3.741	4.353	614	473	1.087	4.828	1.627
Andalusia	9.880	12.119	2.238	1.317	3.556	13.435	1.627
Astúries	1.693	1.648	-45	179	134	1.827	1.627
Cantàbria	996	869	-127	95	-33	963	1.627
La Rioja	489	480	-7	52	46	535	1.627
Múrcia	1.802	2.109	308	229	537	2.340	1.627
C. Valenciana	7.040	7.383	345	803	1.147	8.187	1.627
Aragó	2.265	2.076	-185	226	40	2.305	1.627
Castella - la Manxa	2.653	3.257	604	354	958	3.611	1.627
Canàries	1.318	3.231	1.913	351	2.264	3.582	1.627
Extremadura	1.240	1.713	471	186	657	1.897	1.627
Balears	1.988	1.635	-356	178	-179	1.809	1.627
Madrid	12.781	9.005	-3.773	979	-2.794	9.987	1.627
Castella i Lleó	3.810	4.023	214	437	651	4.461	1.627
Total	64.880	64.873	0	7.053	7.053	71.932	1.627

Font: Elaboració pròpia a partir de Ministeri Hisenda i Administracions Públiques

d) Els fons d'ajustament del model: fons de suficiència i fons de convergència

El model de finançament autonòmic sorgit de l'acord del 2009 conté tres fons més. Es tracta del fons de suficiència i de dos fons de convergència, que són el fons de competitivitat i el fons de cooperació.

- El fons de suficiència està dotat pel Govern central amb l'objectiu d'assegurar, per a cada comunitat autònoma, l'augment de recursos addicional que li proporciona el nou model de finançament. És, per tant, l'instrument que assegura que cap govern autonòmic perdi recursos, en termes absoluts, en relació amb el model anterior, i no només això, sinó que en guanyi, i que, a

més, el guany sigui el que s'ha descrit anteriorment en el punt a) d'aquest epígraf.

El volum de recursos corresponent a cada comunitat autònoma procedent d'aquest fons de suficiència es va calcular només a l'any base de l'acord i s'ha anat actualitzant, anualment, segons la taxa de creixement dels ingressos tributaris de l'Estat (ITE). La primera columna del quadre 4 mostra el volum de recursos que cada govern autonòmic va rebre d'aquest fons l'any 2011. Catalunya va rebre 1.682 milions d'euros (un 25,7% del total) i Andalusia, 1.461 (un 22,4% del total).

Quadre 4. Recursos procedents del fons de suficiència i del fons de convergència. Liquidació 2011. Milions d'€

	fons de suficiència	fons competitivitat	fons cooperació	Total fons ajustament	Total fons ajustament habitant
Catalunya	1.682	836	0	1.682	223,1
Galícia	855	0	337	1.192	426,5
Andalusia	1.461	0	463	1.924	228,4
Astúries	292	0	129	421	389,2
Cantàbria	457	0	25	482	813,5
La Rioja	194	0	35	229	710,3
Múrcia	23	68	75	98	66,3
C. Valenciana	-503	1.063	0	-503	-98,3
Aragó	404	0	146	550	408,5
Castella - la Manxa	341	0	112	453	214,1
Canàries	288	61	105	393	184,7
Extremadura	498	0	66	563	507,7
Balears	-398	558	0	-398	-357,8
Madrid	240	407	0	240	37,0
Castella i Lleó	696	0	299	996	389,2
Total	6.530	2.992	1.792	8.322	188,3

Font: elaboració pròpia a partir del Ministeri d'Hisenda i Administracions Públiques

- El fons de competitivitat també està dotat pel Govern central, i en aquest cas l'objectiu és reforçar l'equitat entre les comunitats autònomes i reduir les diferències en el seu finançament per cà-

pita, incentivant la seva autonomia i la seva capacitat fiscal. La dotació inicial d'aquest fons per a l'any 2009 va ser de 2.573 milions d'euros, xifra que s'ha anat incrementant anualment segons la taxa de creixement dels ingressos tributaris de l'Estat (ITE).

Només reben recursos d'aquest fons aquelles comunitats autònomes on es compleixin algunes de les dues circumstàncies següents: *a)* que tenen un finançament per càpita ajustat inferior a la mitjana, o *b)* que el seu índex de finançament per càpita és inferior al seu índex de capacitat fiscal per càpita. Un cop identificades les comunitats autònomes beneficiàries del fons es reparteix entre aquestes segons la seva població ajustada.

Hi ha un límit en el volum de recursos que cada govern autonòmic pot rebre d'aquest fons. Per a aquelles comunitats autònomes que són beneficiàries del fons perquè el seu finançament per càpita se situa per sota de la mitjana, el límit s'estableix en la quantia que els permet assolir la mitjana, i per a aquelles que són beneficiàries del fons perquè el seu finançament està per sota del seu índex de capacitat fiscal, el límit s'estableix, per als anys 2009 i 2010, en la quantia que els permet estar un 5% per sobre de la mitjana. A partir del 2011 aquest percentatge s'estableix en un 6%.

La segona columna del quadre 4 mostra que el volum global d'aquest fons va ser, l'any 2011, de 2.992 milions d'euros i que en van ser beneficiàries 6 comunitats autònomes, entre les quals hi havia Catalunya, que va rebre 836 milions d'euros (un 27,9% del total). Andalusia no és beneficiària d'aquest fons.

- El fons de cooperació, també dotat pel Govern central, té per objectiu el desenvolupament regional. Aquest fons va ser dotat a l'any base (2009) en 1.200 milions d'euros, import que s'ha anat actualitzant en funció de la taxa de creixement dels ingressos tributaris de l'Estat (ITE). En aquest cas, les comunitats beneficiàries del fons són les que compleixen alguna de les següents condicions: *a)* que en la mitjana dels últims tres anys hagin tingut un PIB per càpita inferior al 90% de la mitjana de les comunitats autònomes de règim comú; *b)* que tinguin una densitat de població inferior al 50% de la mitjana de les comunitats autònomes de règim comú, i *c)* que en els tres últims anys hagin tingut un creixement de població inferior al 90% de la mitjana de les comunitats autònomes de règim comú i una densitat de població

inferior a la mitjana de les comunitats autònomes multiplicada per 1,25. Un cop detectades les comunitats autònomes beneficiàries, es reparteix entre aquestes de la següent manera: 2/3 parts del fons segons la població ponderada per la distància entre el PIB per càpita de la comunitat autònoma i la mitjana; i 1/3 part es reparteix entre aquelles comunitats que, d'entre les que en són beneficiàries, tenen un creixement de la població inferior al 50% de la mitjana, i es distribueix segons la població.

La tercera columna del quadre 4 mostra que l'any 2011 el volum global del fons de cooperació va ser de 1.792 milions d'euros. Només quatre comunitats autònomes no en van ser beneficiàries (Catalunya, València, les Balears i Madrid). En aquest cas, Andalusia va rebre 463 milions d'euros (el 25,9% del total).

Finalment, l'última columna del quadre 4 permet veure que, en euros per habitant, Andalusia acaba rebent, del total d'aquests tres fons d'ajustament, més recursos que Catalunya. L'any 2011 Andalusia va rebre 228,4 euros per càpita i Catalunya en va rebre 223,1.

e) Mecanismes de seguiment i actualització

L'acord 2009 recupera la revisió quinquennal del model. Revisió no vol dir canvi de model, sinó que es considera que hi ha alguns elements que defineixen l'estructura del model que requereixen ser revisats, per tal que pugui continuar funcionant en els termes en què s'ha pactat en el moment de l'acord. Alguns d'aquests aspectes estructurals són, per exemple: el percentatge dels recursos tributaris que les comunitats autònomes aporten al fons de garantia de serveis públics fonamentals, fixat ara en un 75%; les variables i ponderacions utilitzades per al càlcul de l'indicador de necessitats i de capacitat fiscal; l'abast de la capacitat normativa dels governs autonòmics sobre els tributs cedits, i l'índex d'actualització anual (l'esmentat ITE). Aquesta revisió quinquennal s'havia d'haver fet, tal com s'ha indicat anteriorment, l'any 2013.

D'altra banda, l'acord del 2009 també va preveure de quina manera s'anirien actualitzant les diferents peces del model dins del quinquenni (2009-2013). Els càlculs es van fer per l'any base, per tant, calia preveure'n la seva dinàmica al llarg dels 5 anys. Concretament, les regles d'actualització anuals pactades van ser les següents:

- Pel que fa al fons de garantia dels serveis públics fonamentals (FGSPF), el volum corresponent a l'aportació de l'Estat al fons

s'actualitza cada any aplicant-hi la taxa de creixement dels ingressos tributaris de l'Estat. Les variables que van ser utilitzades, l'any base, per quantificar l'indicador de necessitats i el de capacitat fiscal que intervenen en la fórmula de càlcul del fons de garantia de serveis públics fonamentals també s'actualitzen cada any. Per tant, el càlcul del FGSPF corresponent a cada comunitat autònoma es fa anualment.

- Pel que fa al fons de suficiència corresponent a cada comunitat autònoma, s'actualitza aplicant-hi la taxa de creixement dels ingressos tributaris de l'Estat.
- Pel que fa als fons de convergència (fons de competitivitat i fons de cooperació), el seu volum global s'actualitza aplicant-hi la taxa de creixement dels ingressos tributaris de l'Estat, i les variables que són utilitzades per determinar quines són les comunitats autònomes beneficiàries dels fons, així com les utilitzades per la distribució dels fons entre aquestes, s'han d'actualitzar cada any.

El quadre 5 mostra el resultat complet de l'aplicació del model de finançament que acabem de descriure amb dades del 2011. Les xifres estan en índex per habitant (ajustat), la qual cosa ens permet comparar la posició relativa de cada comunitat autònoma. La primera columna indica que el conjunt de tributs que integren la cistella d'impostos autonòmics va permetre al Govern de la Generalitat disposar d'un volum d'euros per habitant d'un 20% per sobre la mitjana. Una vegada va contribuir al fons d'anivellament, al FGSPF, els seus ingressos van passar a estar només un 5% per sobre la mitjana, tal com mostra la segona columna del quadre 5. I finalment, una vegada van haver actuat els fons d'ajustament del model (fons de suficiència i de convergència) els recursos per habitant de la Generalitat van quedar just a la mitjana.

La situació de la Junta d'Andalusia és diferent. El seu volum d'ingressos tributaris per habitant és d'un 18% per sota la mitjana. Quan rep els recursos procedents de l'anivellament (FGSPF), la seva situació relativa millora, els seus recursos per habitant passen a estar un 4% per sota de la mitjana. I un cop rep els recursos procedents del fons de suficiència i del fons de cooperació, es manté a la mateixa posició relativa (un 4% per sota la mitjana).

Quadre 5. Recursos model de finançament autonòmic. Liquidació 2011. Índex euros població ajustada

	Recursos tributaris	Recursos tributaris + FGSPF	Total recursos model*
Catalunya	120	105	100
Galícia	86	97	105
Andalusia	82	96	96
Astúries	103	101	108
Cantàbria	115	103	125
La Rioja	101	100	119
Múrcia	85	97	95
C. Valenciana	95	99	95
Aragó	109	102	111
Castella - la Manxa	81	96	99
Canàries (3)	41	86	85
Extremadura	72	94	109
Balears	122	105	101
Madrid	142	110	101
Castella i Lleó	95	99	109
Total	100	100	100

* Inclou els recursos tributaris, el FGSPF, el fons de suficiència, el fons de competitivitat i el fons de cooperació

Font: elaboració pròpia a partir del Ministeri d'Hisenda i Administracions Públiques

Així doncs, Catalunya, amb una capacitat fiscal de 120 (en índex d'euros per habitant ajustat), passa a tenir un volum de recursos de 100, un cop han actuat tots els fons del sistema. I Andalusia, amb una capacitat fiscal de 82, passa a tenir un volum de recursos de 96. Els fons han retallat, considerablement, la distància en la capacitat fiscal inicial d'ambdues comunitats autònomes.

Evolució dels recursos procedents del model de finançament autonòmic: comparació entre Andalusia i Catalunya

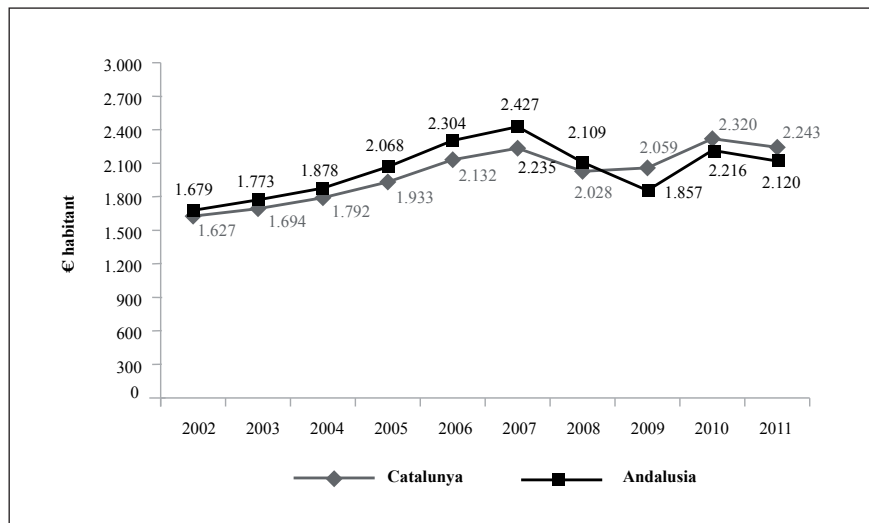
El gràfic 3 mostra que el model de finançament autonòmic acordat l'any 2001 ha aportat més recursos per habitant a Andalusia que a Catalunya, en canvi, a partir de l'acord de finançament de l'any

2009, els ingressos per habitant d'Andalusia són inferiors als de Catalunya.

Mentre que Andalusia durant el període 2002-2008 va obtenir una mitjana anual d'ingressos per habitant de 2.034 euros, Catalunya va obtenir una mitjana anual de 1.920 euros per càpita. Això vol dir que Andalusia va disposar, cada any, d'una mitjana de 114 euros per habitant més que Catalunya. En canvi, durant els tres anys que van del 2009 al 2011, Andalusia va rebre una mitjana de 2.064 euros per habitant, mentre que la corresponent a Catalunya va ser de 2.207 euros per habitant. Això vol dir que, durant aquests tres darrers anys del període, Catalunya ha disposat anualment d'una mitjana de 143 euros per habitant més que Andalusia.

Si ens fixem en la mitjana anual de tot el període 2002-2011, podem concloure que Andalusia ha disposat d'una mitjana anual de 37 euros per habitant més que Catalunya.

Gràfic 3. Evolució del total de recursos procedents del model de finançament autonòmic. Liquidacions 2002-2011



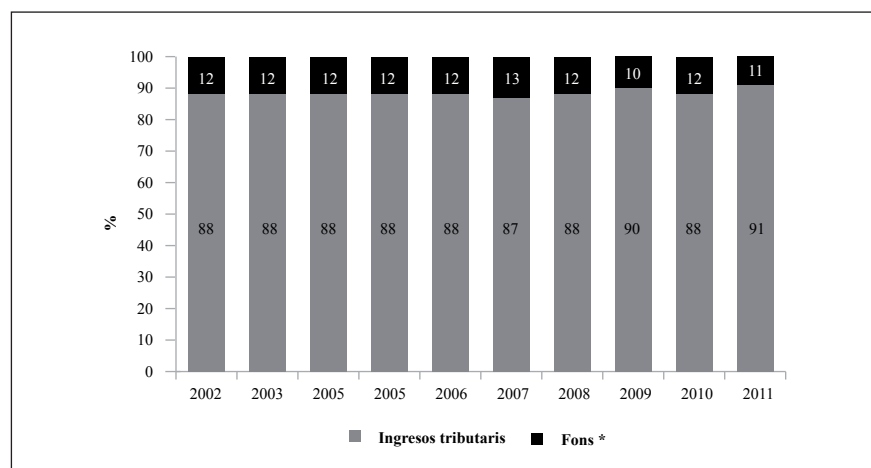
Font: Elaboració pròpia a partir del Ministeri d'Hisenda i Administracions Públiques, INE

Les diferències entre ambdues comunitats autònomes no només s'observen en el volum global de recursos que obtenen del model de finançament, sinó també en la seva procedència. Tal com mostra el gràfic 4, la Generalitat de Catalunya ha obtingut els recursos sobretot a través del rendiment dels seus tributs (sempre per sobre del 80%), mentre que la Junta d'Andalusia n'obté una part molt important procedent de les subvencions incondicionades rebudes a través dels diferents fons, sobretot durant els anys de vigència del model de finançament acordat l'any 2001. El pes dels tributs és, doncs, per a Andalusia menys important (prop del 54% durant els anys 2002-2008 i prop d'un 70% a partir de l'acord del 2009) que el que tenen per a Catalunya.

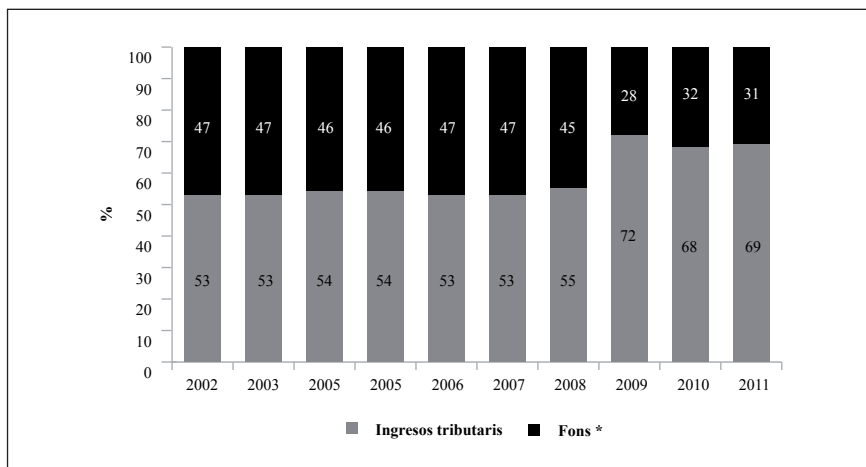
La literatura del federalisme fiscal ofereix diverses aportacions que assenyalen que els efectes de rebre els recursos d'una manera o altra, ja sigui a través de tributs sobre els quals es té certa capacitat de decisió o bé a través de subvencions procedents d'altres governs, poden ser ben diferents, sobretot en termes d'eficiència i de coresponsabilitat fiscal, tal com s'ha explicat en el capítol 1 d'aquest treball.

Gràfic 4. Tipologia de recursos de Catalunya i Andalusia procedents del model de finançament. Liquidacions 2002-2011. Percentatge sobre el total

Catalunya



Andalusia



* Per als anys 2002-2008 es tracta del fons de suficiència; i per als anys 2009-2011 inclou el FGSPF, fons de suficiència, fons de competitivitat i fons de cooperació.

Font: elaboració pròpia a partir del Ministeri d'Hisenda i Administracions Públiques, INE

Més enllà dels recursos procedents del model de finançament: també s'hi observen diferències?

És clar que no tots els ingressos de que disposen els governs autonòmics procedeixen del model de finançament. N'hi ha d'altres, com poden ser els tributs propis esmentats anteriorment; les taxes i els preus públics que els governs decideixen utilitzar per finançar determinats serveis; els ingressos procedents de l'ús del patrimoni públic (ingressos patrimonials) o els procedents de la venda del patrimoni (alienació d'inversions reals); els recursos rebuts a través de transferències com poden ser les que es reben de la Unió Europea, o del mateix Govern central però que no formen part del model de finançament (per exemple, el fons de compensació interterritorial o les subvencions condicionades destinades a finançar determinats serveis específics), i els ingressos procedents d'operacions financeres, ja sigui a través d'actius financers o bé de passius financers (endeutament).

El quadre 6 permet veure que, a Andalusia, els recursos procedents del model de finançament han suposat una mitjana del 61,9% del seu total d'ingressos durant els anys 2002-2008 i del 54,8% a partir de l'acord del 2009. Per a Catalunya aquest percentatge és més baix, és d'un 58,9% durant els anys 2002-2008 i d'un 48,8% durant el període 2009-11. Això vol dir, doncs, que Catalunya ha obtingut un pes important dels seus ingressos a través de fonts, fora model de finançament, com les que acabem de citar.

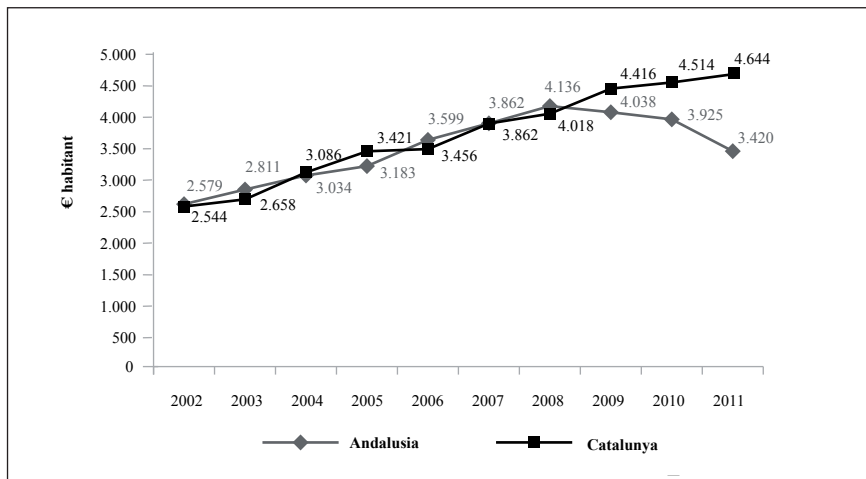
Quadre 6. Pes dels recursos procedents del model de finançament sobre el total d'ingressos (%)

	mitjana 2002-2008	mitjana 2009-2011
Andalusia	61,9	54,8
Catalunya	58,9	48,8

Font: elaboració pròpia a partir del Ministeri d'Hisenda i Administracions Públiques, INE

És interessant observar que si bé, tal com s'ha posat de manifest anteriorment, els recursos per habitant del model de finançament han estat, durant els anys 2001-2008, més alts a Andalusia que a Catalunya, al final ambdues comunitats autònomes han acabat disposant d'un volum de recursos per habitant semblant, tal com mostra el gràfic 5. És evident que per aconseguir-ho Catalunya ha hagut de recórrer a altres vies de finançament fora model.

Gràfic 5. Evolució del total d'ingressos d'Andalusia i Catalunya. € habitant. Liquidacions 2002-2011



Font: elaboració pròpia a partir del Ministeri d'Hisenda i Administracions Públiques, INE

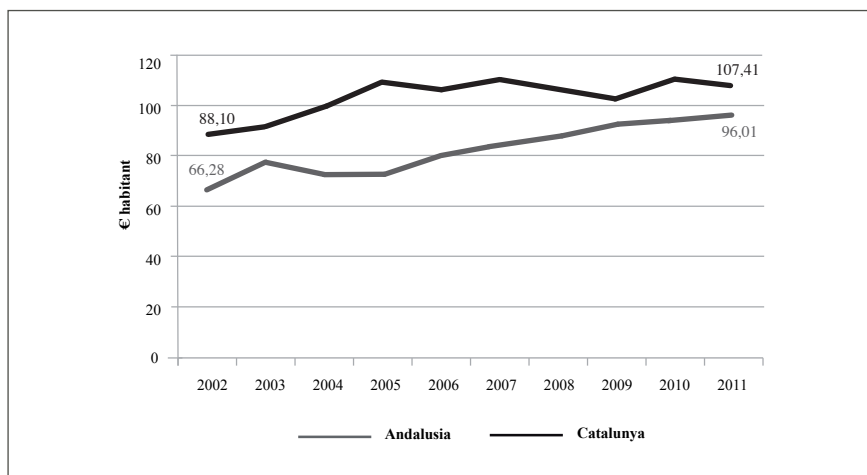
Per als anys 2009-11, hem vist anteriorment que el model aportava més recursos per habitant a Catalunya que a Andalusia. Ara el gràfic 5 mostra que la diferència entre els ingressos totals per càpita de què disposen ambdues comunitats es fa més gran i són més alts a Catalunya.

A continuació es descriurà el comportament d'algunes les fonts d'ingressos que, fora del model de finançament, també han aportat recursos als governs d'Andalusia i Catalunya.

Taxes i preus públics

El gràfic 6 mostra que el govern de la Generalitat de Catalunya ha obtingut, al llarg del període 2002-2011, més ingressos per habitant procedents de les taxes i els preus públics (una mitjana anual de 103,00 euros per habitant) que els que ha obtingut el Govern d'Andalusia (una mitjana anual de 82,28 euros per habitant).

Gràfic 6. Recursos obtinguts a través de taxes i preus públics. € habitant. Liquidacions 2002-2011

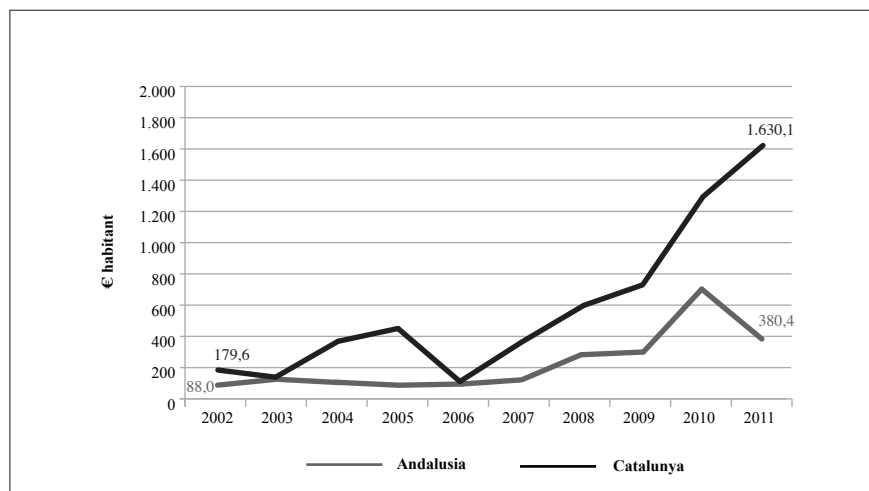


Font: elaboració pòpia a partir del Ministeri d'Hisenda i Administracions Públiques, INE

Operacions financeres

El gràfic 7 mostra que els ingressos procedents d'operacions financeres, fonamentalment de l'endeutament, han estat, en euros per habitant, més alts a Catalunya que a Andalusia, sobretot en els darrers anys de la sèrie. Mentre que les operacions financeres han aportat una mitjana anual de 588,79 euros per habitant al Govern de la Generalitat, n'han aportat 232,93 a la Junta d'Andalusia.

Gràfic 7. Recursos obtinguts a través d'operacions financeres. € habitant. Liquidacions 2002-2011



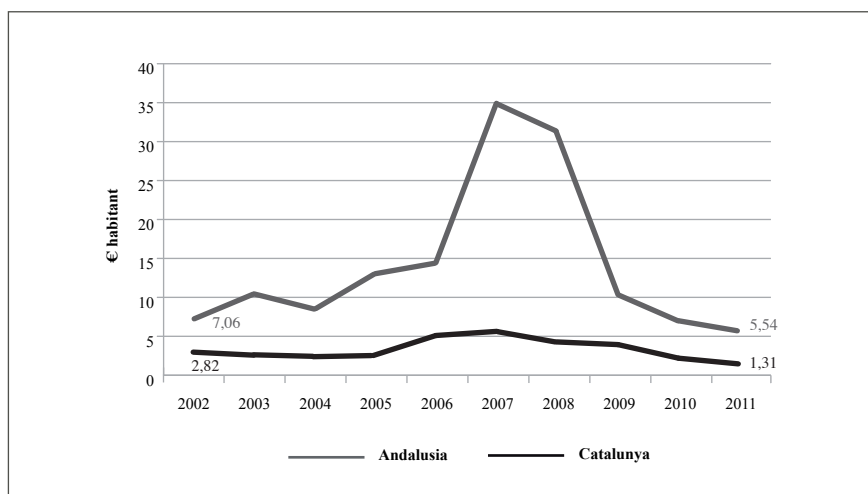
Font: elaboració pròpia a partir del Ministeri d'Hisenda i Administracions Públiques, INE

Ingressos patrimonials i alienació d'inversions reals

Els gràfics 8 i 9 mostren, respectivament, els recursos per habitant que s'han obtingut a través d'ingressos patrimonials (com, per exemple, el lloguer d'immobles, dividends i participacions en beneficis, interessos de títols i valors...) i els obtinguts de l'alienació d'inversions reals (de la venda de terrenys i d'immobles). Tal com es pot comprovar, aquestes

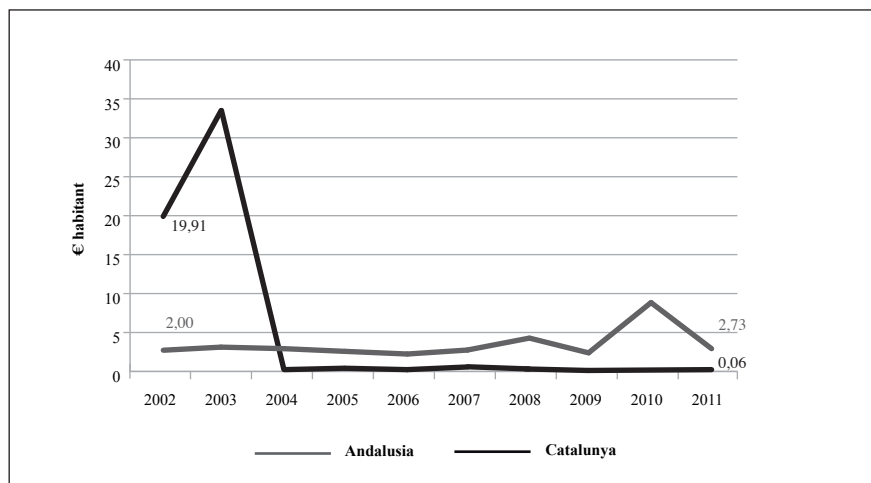
dues fonts d'ingressos han aportat més recursos per habitant al Govern andalús que al català (excepte els anys 2002 i 2003, pel que fa als ingressos procedents de l'alienació d'inversions reals). Els ingressos patrimonials (gràfic 8) han aportat una mitjana anual de 14,20 euros per habitant a Andalusia i de 3,18 euros per habitant a Catalunya. I els ingressos procedents de l'alienació d'inversions reals han aportat una mitjana anual de 3,50 euros per habitant a Andalusia i una mitjana anual de 5,54 euros per habitant a Catalunya (gràfic 9). Les dades corresponents a la Generalitat són especialment elevades els anys 2002 i 2003. En aquells anys la venda de patrimoni li va aportar 19,91 euros per habitant i 33,65 euros per habitant, respectivament.

Gràfic 8. Recursos obtinguts a través d'ingressos patrimonials. € habitant. Liquidacions 2002-2011



Font: elaboració pòpia a partir del Ministeri d'Hisenda i Administracions Públiques, INE

Gràfic 9. Recursos obtinguts a través de l'alienació d'inversions reals. € habitant. Liquidacions 2002-2011

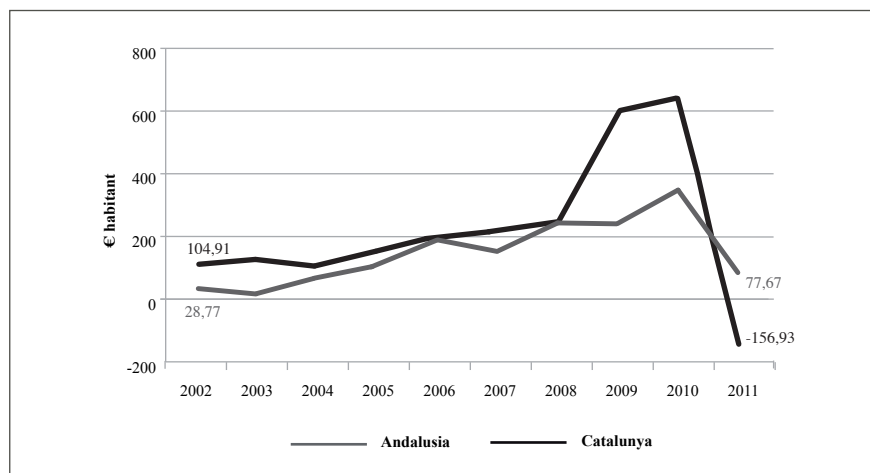


Font: elaboració pròpia a partir del Ministeri d'Hisenda i Administracions Públiques, INE

Altres transferències de l'Administració central fora del model de finançament

Tal com s'ha explicat en el punt anterior, els governs d'Andalusia i Catalunya han rebut una sèrie de fons (subvencions incondicionades) a través del model de finançament. Aquests fons incondicionats es reben via transferències corrents, però a part d'aquestes, el Govern central n'ha concedit d'altres que són condicionades, específiques. El gràfic 10 mostra que la quantia d'aquest tipus de transferències condicionades ha estat molt similar, en euros per habitant, a Andalusia i Catalunya. Durant els anys 2002-2008 ha estat lleugerament superior a Catalunya. En canvi, els anys 2009 i 2010 la quantia corresponent a Catalunya ha estat, en euros per habitant, significativament més alta (de 359,98 euros per habitant més que a Andalusia, l'any 2009; i de 293,87 euros per habitant més que a Andalusia, l'any 2010). L'any 2011 presenta una xifra negativa per a Catalunya que s'explica per ajustaments del sistema.

Gràfic 10. Recursos obtinguts a través de transferències corrents procedents de l'Estat (fora model de finançament autònom i local) i de l'administració de la Seguretat Social. € habitant. Liquidacions 2002-2011



Font: elaboració pròpia a partir del Ministeri d'Hisenda i Administracions Públiques, INE

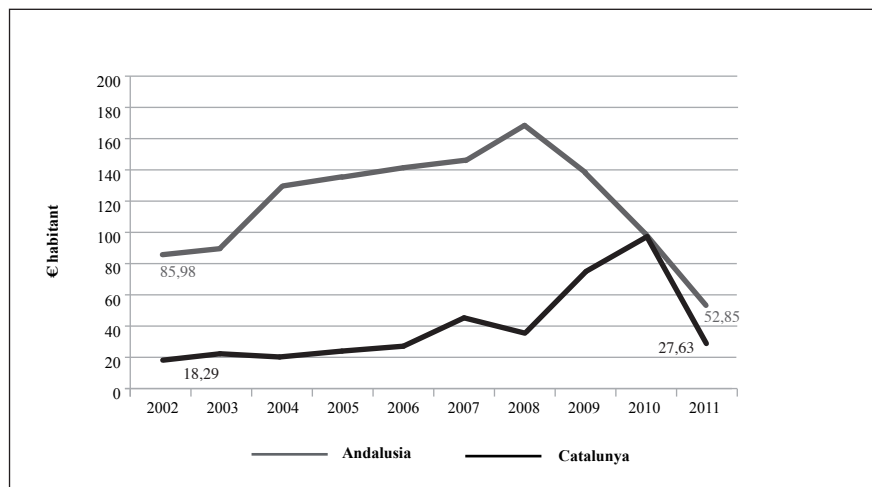
Nota la quantia negativa corresponent a Catalunya l'any 2011 s'explica per qüestions d'ajustaments fets pel Ministeri.

Transferències de capital de l'Administració central

El Govern central transfereix recursos als governs autonòmics perquè siguin destinats a finançar inversions. Es tracta de les transferències de capital. El gràfic 11 mostra que el Govern d'Andalusia n'ha rebut un volum significativament més elevat que Catalunya al llarg de tot el període. Concretament, n'ha rebut una mitjana anual de 119,27 euros per habitants, mentre que Catalunya n'ha rebut 39,44. La diferència és de 79,82 euros per habitant anuals. Andalusia veu com es redueix el volum d'aquestes transferències a partir del 2008. A Catalunya la reducció es produeix a partir del 2011. De fet, els anys 2009 i 2010 les transferències de capital rebudes per Catalunya presenten un augment destacable, cosa que s'explica, fonamentalment, perquè dins d'aquestes transferències hi ha les que estan lligades al compliment de la disposició addicional tercera de l'Estatut d'Autonomia de Catalunya, que es comencen a rebre a partir del 2007. I dins d'aquestes transferències hi ha,

per exemple, el fons de compensació interterritorial (FCI). És un fons que, des de fora del model de finançament autonòmic, té per objectiu el desenvolupament regional, la solidaritat interterritorial.¹⁴ Andalusia rep recursos procedents d'aquest fons, Catalunya no.

Gràfic 11. Recursos obtinguts a través de transferències de capital procedents de l'Estat. € habitant. Liquidacions 2002-2011



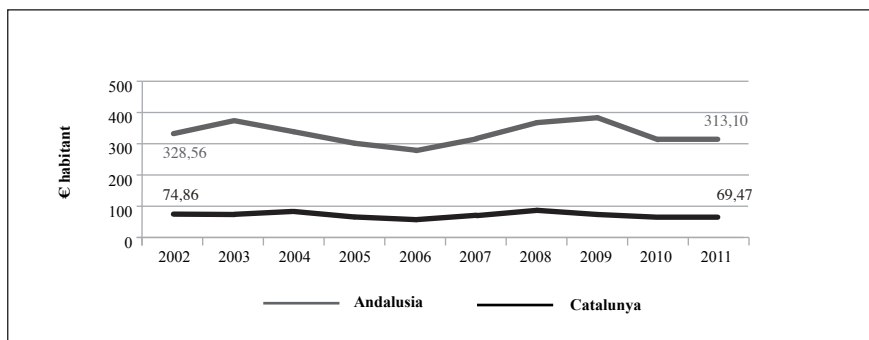
Font: elaboració pòpia a partir del Ministeri d'Hisenda i Administracions Públiques, INE

Transferències corrents i de capital procedents de l'exterior

Els governs d'Andalusia i de Catalunya han rebut transferències de l'exterior, concretament i quasi exclusivament de la Unió Europea. Aquestes s'han canalitzat a través del fons social europeu, del FEDER, del FEOGA, dels fons de la PAC i del fons de cohesió. El gràfic 12 mostra que aquests fons han subministrat molts més recursos per habitant a Andalusia (una mitjana anual de 333,66 euros per càpita) que a Catalunya (una mitjana anual de 74,44 euros per càpita). La diferència és de 259,23 euros per habitant cada any.

¹⁴ Vegeu Castells 1991b (pàg. 67-74).

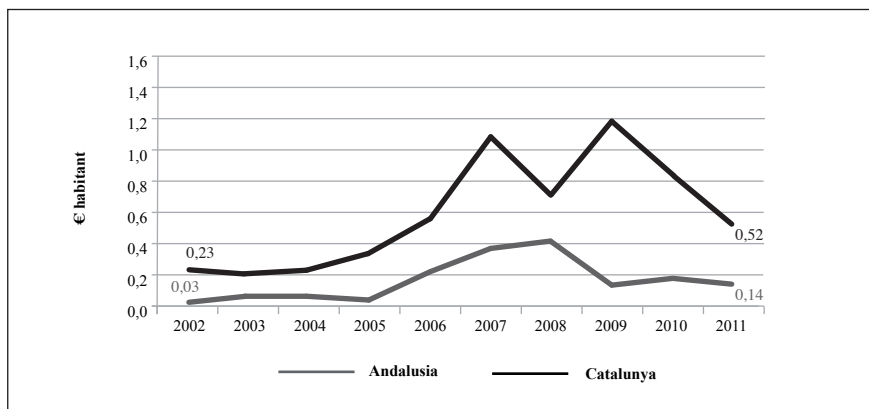
Gràfic 12. Recursos obtinguts a través de transferències corrents i de capital procedents de l'exterior. € habitant. Liquidacions 2002-2011



Font: elaboració pòpia a partir del Ministeri d'Hisenda i Administracions Públiques, INE

Transferències corrents i de capital procedents d'empreses privades, de famílies i institucions sense fi de lucre

Gràfic 13. Recursos obtinguts a través de transferències (corrents i de capital) d'empreses privades, famílies i institucions sense fi de lucre. € habitant. Liquidacions 2002-2011



Font: elaboració pòpia a partir del Ministeri d'Hisenda i Administracions Públiques, INE

Els governs d'Andalusia i de Catalunya, encara que la quantia no sigui gaire significativa, també han rebut transferències procedents de l'àmbit privat: d'empreses i de famílies i institucions sense finalitat de lucre. Tal com mostra el gràfic 13 aquesta font d'ingressos ha aportat al Govern català una mitjana anual de 0,60 euros per habitant. Aquesta xifra és lleugerament més baixa per al Govern d'Andalusia, que ha estat d'una mitjana anual de 0,17 euros per càpita.

Aquesta descripció del comportament de les diferents fonts d'ingressos ens permet concloure que Catalunya ha compensat l'obtenció de menys recursos per habitant, procedents del model de finançament, a través, fonamentalment, de dues vies: l'endeutament i les taxes i preus públics. En el capítol 3 es podrà comprovar que també ho ha fet utilitzant la seva capacitat normativa sobre els impostos.

Conclusions

En aquest capítol s'han posat de manifest les diferències de recursos que el model de finançament ha aportat als governs d'Andalusia i de Catalunya. Durant els anys 2002-2008, quan estava vigent el model acordat l'any 2001, els recursos per habitant d'Andalusia han estat més elevats que els de Catalunya. En canvi, els anys 2009-2011, amb el nou acord del 2009, els recursos per habitant de Catalunya passen a ser més elevats que els d'Andalusia.

Les diferències no només s'observen en el volum global de recursos, sinó també en la seva procedència. Si bé a Catalunya s'obtenen, fonamentalment, a través dels impostos que integren la cistella tributària del model, a Andalusia el pes dels ingressos rebuts via els fons dissenyats pel model (subvencions incondicionades) tenen un pes més important.

Encara que de forma breu, s'ha descrit el paper que han tingut els governs de Catalunya i d'Andalusia en el procés de negociació de l'últim acord del 2009, que ha partit de la reforma de l'Estatut d'Autonomia de Catalunya.

Els recursos procedents del model de finançament són només una part del total de recursos a disposició dels governs autonòmics. N'hi ha d'altres: les taxes i els preus públics, l'endeutament, les transferències que es reben de la Unió Europea, de les empreses, de la venda del pa-

trimoni, etc. Tot això ha estat descrit i analitzat i s'han pogut detectar diferències, en alguns casos, significatives entre ambdues comunitats autònomes.

Capítol 3

DECISIONS FISCALS ADOPTADES PELS GOVERNS D'ANDALUSIA I CATALUNYA

Decisions per la banda de l'ingrés: ús de la capacitat normativa sobre els tributs

L'acord de finançament autonòmic per al quinquenni 1997-2001 va incorporar per primera vegada, com a novetat en el panorama tributari de l'Estat espanyol, l'atribució de competències normatives sobre determinades figures impositives a favor de les comunitats autònomes de règim comú. Fins a aquell moment, hi havia una cessió a favor de les comunitats de la recaptació de diversos tributs però no de competències normatives, de tal manera que els governs autonòmics no podien alterar cap aspecte de l'estructura d'aquests impostos.¹⁵

Per tant, el nostre període d'anàlisi comença precisament l'any 2001, últim any del quinquenni esmentat (1997-2001), durant el qual les comunitats autònomes, en general, ja van fer ús del poder fiscal que se'ls havia descentralitzat. Tanmateix, cal tenir en compte una diferència important entre les dues comunitats que són objecte d'estudi. Andalusia no va acceptar el nou sistema de finançament i, en conseqüència, va quedar subjecte al model anterior (igual que Castella-la Manxa i Extremadura). Això va significar que, a diferència de Catalunya, el 2001 Andalusia continuava sense capacitat normativa sobre els tributs cedits i sense participar de la cessió parcial de l'IRPF.

A partir del 2002 (model vigent del 2002 al 2008), s'incorporen nous impostos al grup de cedits: IVA, impostos especials de fabricació, impost sobre electricitat, impost especial sobre determinats mitjans de transport (IEDMT) i impost sobre vendes minoristes de determinats hidrocarburs (IVMDH). Però només en el cas dels dos últims es traspassà també capacitat normativa, a més d'ampliar-se per a la resta de tributs que ja la tenien parcialment cedida en el quinquenni 1997-2001.

15 Es tractava dels anomenats tributs cedits tradicionals, en concret: l'impost sobre patrimoni (IP), l'impost sobre successions i donacions (ISD), l'impost sobre transmissions patrimonials (ITP), l'impost sobre actes jurídics documentats (AJD) i el tribut sobre el joc.

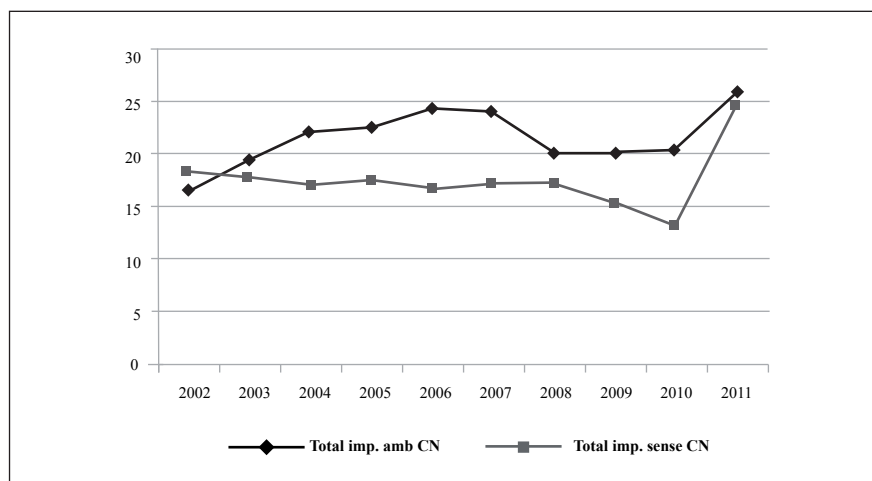
Durant aquests anys, ambdues comunitats van fer ús de la capacitat normativa ja que Andalusia sí que va acceptar el nou model.

Els tres últims anys del període analitzat ja formen part del model de finançament encara vigent en l'actualitat (model del 2009). Amb aquest model, s'incrementen els percentatges de cessió d'alguns impostos i augmenta la capacitat normativa sobre l'IRPF. Novament el model s'aplica a totes les comunitats autònomes.

Aquest és el context en el qual analitzarem quines han estat les decisions que han pres els governs de les comunitats d'Andalusia i Catalunya durant els anys 2001 a 2011 pel que fa a la seva política impositiva i d'acord amb les restriccions existents en cada moment.

A continuació, s'ofereix una perspectiva del que han rendit el conjunt de tributs cedits en les dues comunitats objecte d'estudi. Òbviament, la magnitud de les recaptacions depèn tant de les bases com dels tipus impositius i, per aquest motiu, s'ha diferenciat la recaptació derivada dels impostos sobre els quals les comunitats no han tingut poder de decisió de la recaptació lligada als impostos sobre els quals les comunitats autònomes han pogut prendre decisions de política fiscal (gràfics 14 i 15).

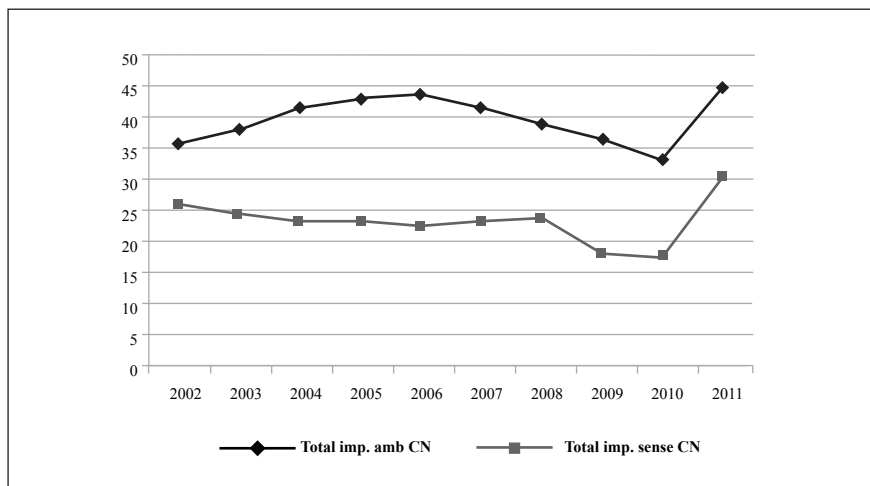
Gràfic 14. Andalusia: pes dels impostos sobre el total d'ingressos no financers (%)



Nota: CN indica si les comunitats autònomes tenen capacitat normativa o no.

Font: Elaboració pròpia a partir del Ministeri d'Hisenda i Administracions Públiques.

Gràfic 15. Catalunya: pes dels impostos sobre el total d'ingressos no financers (%)



Nota: CN indica si les comunitats autònomes tenen capacitat normativa o no.

Font: Elaboració pròpia a partir del Ministeri Hisenda i Administracions Públiques.

El primer que cal destacar és que el conjunt dels impostos sobre el total d'ingressos no financers (INF) té un pes més gran a Catalunya que a Andalusia, i reflecteixen la major capacitat fiscal de la primera, és a dir, un potencial més gran alhora de treure rendiment dels impostos a partir de les bases gravables a cada territori. Mentre que a Andalusia els impostos passen de representar un 34,98% (2002) a un 50,59% (2011) sobre els INF, a Catalunya aquests percentatges van del 61,33% al 74,68% en el període analitzat.

En segon lloc, ambdós gràfics mostren una estabilitat més gran del pes dels impostos sense capacitat normativa, fonamentalment la cessió parcial de l'IVA i dels impostos especials, almenys fins al 2008. La principal irregularitat en l'evolució del pes dels impostos amb capacitat normativa en les dues comunitats pot venir explicada tant pels efectes de l'aplicació de diferents polítiques fiscals com pel fet que contenen, entre d'altres, figures vinculades a l'evolució del mercat immobiliari com l'ITP i AJD. També cal afegir, en relació amb els impostos amb capacitat normativa, que la Llei 4/2008, de 23 de desembre, va derogar

el gravamen de l'impost sobre el patrimoni amb efectes des de l'1 de gener del 2008, en establir una bonificació estatal del 100% sobre la quota íntegra de l'impost. Més tard els efectes de la crisi econòmica han fet necessari restablir l'impost des del 18 de setembre del 2011.

El punt de partida

La situació el 2001 pel que fa a les decisions fiscals preses per les comunitats autònomes és conseqüència de la dinàmica d'ús de la capacitat normativa exercida durant tot el quinquenni 1997-2001. Dintre d'aquest període, el 1998 i el 1999 són anys de força activitat normativa ja que s'hi concentren nombrosos canvis. Per exemple, és quan la majoria de comunitats van començar a crear les seves pròpies normes en matèria de deduccions en l'IRPF. En concret, a Catalunya el 1998, amb Convergència i Unió al govern, s'introdueix la deducció per naixement de fills de forma semblant a com ho fan altres comunitats com Galícia (1998), Madrid (1998), València (1998) i un any més tard Castella i Lleó (1999), totes governades pel Partit Popular. Quant a l'impost sobre transmissions patrimonials, Catalunya aprova l'augment en el tipus de gravamen general de les transmissions oneroses de béns immobles el 1998, any que també ho fa Múrcia.

Del 2002 al 2008

A continuació es descriu, per les figures més destacades, quina és la capacitat normativa de les comunitats autònomes i com l'han utilitzat al llarg del període.¹⁶

Impost sobre la renda de les persones físiques

Les comunitats tenen competències normatives sobre els següents elements de l'impost:

16 Per tenir una visió global del poder normatiu de les comunitats autònomes sobre els tributs cedits totalment, vegeu l'annex 1.

- Escala autonòmica, si bé cal respectar la progressivitat i el nombre de trams de la tarifa estatal.
- Deduccions:
 - Circumstàncies personals i familiars.
 - Inversions no empresarials.
 - Per aplicació de renda.
 - Augments o disminucions dels percentatges de deducció per inversió en habitatge habitual, amb un límit màxim del 50%.

A més, les comunitats autònomes no poden regular determinats aspectes com els tipus de gravamen autonòmics sobre la base liquidable especial, les deduccions de la quota regulades per la norma estatal o els pagaments a compte. La gestió, liquidació, recaptació, inspecció i revisió es durà a terme pels òrgans estatals.

En aquest context i fins al 2006, les modificacions que han dut a terme les comunitats autònomes només han suposat l'ampliació o creació de noves deduccions en quota.¹⁷ Si el 2002 hi havia un total de 47 deduccions diferents (3,1 de mitjana per comunitat), el 2008 s'arriba a 120 (8 de mitjana per comunitat). Concretament, Andalusia va passar de 0 deduccions el 2002 a regular-ne 12 el 2008, mentre que Catalunya va passar de 2 a 6 en el mateix període.¹⁸ S'estima que el cost d'aquestes deduccions per a Catalunya va ser de 9.096,12 milers d'euros el 2002.

Pel que fa a la possibilitat de variar el percentatge de la deducció estatal per inversió en habitatge habitual, cal dir que Catalunya l'aprofita el 2003. El canvi normatiu podia suposar tant un import més gran a deduir com una quantia inferior, ja que el tipus autonòmic de la deducció va augmentar en 1,5 punts per a certs col·lectius però va disminuir per a tots els altres contribuents. En l'àmbit de l'adquisició de l'habitatge habitual Andalusia va optar per establir el 2003 una deducció autonòmica pròpia, addicional a la deducció general, igual que la majoria de comunitats que van legislar en aquest aspecte.

No és fins al 2007 que per primera vegada una comunitat, en concret Madrid, es decideix a regular l'escala autonòmica de l'impost;

¹⁷ Aquestes deduccions en quota es poden agrupar, en funció de les seves característiques, en sis categories: fills, discapacitat, acolliment, habitatge, donacions i altres.

¹⁸ Vegeu Durán 2008.

en aquest cas, a la baixa. El 2008 ho fan també La Rioja i València. En aquest període, Andalusia i Catalunya encara no utilitzen aquesta possibilitat i ho faran més endavant, ja en plena crisi.

Impost sobre successions i donacions

En aquest cas, els elements de l'impost cedits són els següents:

- Reduccions de la base imposable en successions i en donacions:
 - Creant reduccions pròpies relacionades amb circumstàncies econòmiques o socials de la Comunitat.
 - Millorant les de la norma estatal.
- Tarifa.
- Quanties i coeficients del patrimoni preexistent.
- Deduccions i bonificacions de la quota, que s'aplicaran després de les estatals i seran compatibles amb aquestes.
- Gestió i liquidació.

En general, les comunitats que més utilització efectiva han fet del poder normatiu disponible sobre aquest impost han estat: Catalunya, Madrid, Castella i Lleó i València; i les que menys: Múrcia, Andalusia i Astúries.

Pel que fa al sentit de la intervenció, la tendència quant al comportament de les comunitats autònomes en aquest impost i durant aquest període, pel que fa a les adquisicions *mortis causa*, és anar reduint la tributació gradualment. Aquest procés va ser liderat per les comunitats forals, on, per exemple al País Basc, estaven exemptes tant les successions com les donacions quan es realitzen a favor del cònjuge, descendents, ascendents, adoptats i adoptants. Precisament les comunitats limítrofes amb els territoris forals, Cantàbria i La Rioja, van reaccionar a la competència fiscal i van decidir no gravar tampoc aquest tipus de transmissions *mortis causa* i van estendre, a més, aquests beneficis fiscals als cònjuges i a la totalitat de descendents. A la resta de comunitats autònomes s'han aprovat també rebaixes progressives que s'articulen de maneres molt diferents.

Així doncs, es perfilen diferents formes i velocitats en l'aplicació de les «rebaixes» i es generen diferències significatives en funció de la residència del causant.

Si s'analitza en concret quins elements de l'impost s'han modificat s'observa que és notable la creació de noves reduccions o la modificació de les estatals ja existents i, en canvi, poques comunitats s'han decidit a modificar la tarifa, una de les quals és Catalunya. A més, algunes comunitats autònomes han coincidit en la creació de diverses deduccions o bonificacions *mortis causa* (adquisició per fills menors de 21 anys, quantitats rebudes per beneficiaris d'assegurances de vida, descendents, etc.) i *inter vivos* (entrega de quantitats a fills per habitatge habitual o negocis, adquisicions per descendents menors de 21 anys, adquisicions per parents discapacitats, etc.), així com en la modificació dels coeficients (adquisicions per parents Grup I i II).

Per acabar, cal assenyalar que les dues comunitats objecte d'estudi acumulen durant el període 1998-2006, 4 (Andalusia) i 15 (Catalunya), modificacions tributàries en l'ISD. En el cas d'Andalusia les 4 fan referència a les transmissions *mortis causa*, mentre que en el cas de Catalunya la distribució és de 9 i 6, respectivament.

Impost sobre transmissions patrimonials i actes jurídics documentats

Els elements sobre els quals poden decidir les comunitats autònomes són els següents.

En relació amb la modalitat de transmissions patrimonials oneroses (TPO):

- Tipus:
 - Concessions administratives.
 - Transmissions de béns mobles i immobles.
 - Constitució i cessió de drets reals sobre mobles i immobles, excepte drets reals de garantia.
 - Arrendament de béns mobles i immobles.
- Deduccions i bonificacions de la quota en relació amb els actes anteriors.

Respecte a la modalitat d'AJD, «documents notarial»:

- Tipus de gravamen.
- Deduccions i bonificacions de la quota en relació amb aquests documents.

L'augment en el tipus general de transmissions oneroses i de la quota gradual dels documents notariais es va aprovar en la pràctica totalitat de comunitats durant aquest període, de tal manera que a partir del 2005 totes les comunitats autònomes van establir un 7% (transmissió d'immobles) i un 1% com a tipus general dels documents notariais. En concret, a Andalusia ambdós augments s'aproven el 2003 i a Catalunya l'increment en el tipus general de AJD (documents notariais) s'aprova el 2002, mentre que el de transmissions oneroses ja s'havia incrementat el 1998.

Impost sobre vendes minoristes de determinats hidrocarburs

Aquest nou impost s'aplica des del 2002 coincidint i, per tant, dins el marc de la reforma del sistema de finançament de les comunitats autònomes de règim comú. Així doncs, va permetre incrementar els seus recursos tributaris així com cedir-los capacitat normativa en el camp dels impostos especials, respectant la normativa harmonitzadora europea.

La normativa de l'IVMDH preveu que el tipus de gravamen es formi mitjançant la suma dels tipus estatal i autonòmic; aquest últim, subjecte a certs límits (un màxim igual a 48 €/1.000 l en el cas de gasolines i gasoils d'ús general).¹⁹

La particularitat d'aquest impost que es va cedir en la seva totalitat a les comunitats autònomes és que té la recaptació afectada pel finançament de despeses sanitàries, encara que la part derivada dels tipus autonòmics també pot finançar despesa de caràcter ambiental. Fins al 2007, van ser sis les comunitats que van fer ús de la seva capacitat reguladora, en concret: Astúries, Catalunya, Castella-la Manxa, Galícia, Madrid i València, sense arribar a aprofitar tot el recorregut del tipus autonòmic. Catalunya situa el tipus autonòmic sobre gasolines i gasolis en 24 €/1.000 l durant aquest període i Andalusia no fixa cap tipus autonòmic positiu en el mateix període.

¹⁹ En un primer moment, aquest límit màxim va ser de 24 €/1.000 l però després es va ampliar a 48 €/1.000 l a partir de la Llei 25/2006, de 17 de juliol.

Del 2009 al 2011

Amb el nou model de finançament només augmenta la capacitat normativa de les comunitats autònomes en l'IRPF i, per tant, les possibilitats de decidir sobre la resta de tributs cedits són les mateixes que en el període anterior. En concret, la capacitat normativa de les comunitats sobre l'IRPF a partir d'aquest període és la següent:

- Mínim personal i familiar amb una banda del +/-10%.
- Escala aplicable a la base general mantenint una estructura progressiva.
- Deduccions a la quota per:
 - Circumstàncies personals i familiars.
 - Inversions no empresarials per aplicació de renda.
 - Subvencions i ajuts públics no exempts rebuts de les comunitats autònomes (excepte els que afectin al desenvolupament de activitats econòmiques o a les rendes que s'integren en la base de l'estalvi).
 - Augments o disminucions en els percentatges de deducció de l'habitatge habitual.

El tret més destacat en aquests anys és el fet que per primera vegada cinc comunitats, entre les quals hi ha Andalusia i Catalunya (quadres 7 i 8), es decideixen a utilitzar el poder regulador en l'IRPF per apujar els tipus sobre les bases liquidables més elevades, tractant de compensar la caiguda de recaptació motivada per la crisi. A més, s'hi afegeix la pujada estatal de 2 punts en el marginal màxim, cosa que pot provocar que contribuents amb rendes molt altes arribin a pagar un 47% o un 49%.

Quadre 7. Andalusia: tarifes de l'IRPF autonòmic (2011)

BL fins a	QI	RBL	t aprovada	tarifa per defecte
0,00	0	17.707,20	12,00	12,0
17.707,20	2.124,86	15.300,00	14,00	14,0
33.007,20	4.266,86	20.400,00	18,50	18,5
53.407,20	8.040,86	26.592,80	21,50	21,5
80.000,00	13.758,31	20.000,00	22,50	22,5
100.000,00	18.258,31	20.000,00	23,50	23,5
120.000,00	22.958,31	en adelante	24,50	23,5

BL: Base liquidable; QI: quota íntegra; RBL: resta de base liquidable.

Quadre 8. Catalunya: tarifes de l'IRPF autonòmic (2011)

BL fins a	QI	RBL	t aprovada	tarifa per defecte
0,00	0	17.707,20	12,00	12,0
17.707,20	2.124,86	15.300,00	14,00	14,0
33.007,20	4.266,86	20.400,00	18,50	18,5
53.407,20	8.040,86	66.593,00	21,50	21,5
120.000,00	22.358,36	55.000,00	23,50	22,5
175.000,20	35.283,36	en adelante	25,50	23,5

BL: Base liquidable; QI: quota íntegra; RBL: resta de base liquidable.

El tram autonòmic de la deducció per adquisició d'habitatge el 2011 es veu afectat per les limitacions implantades per la norma estatal sobre aquesta deducció. Això afecta en especial Catalunya, que ja utilitzava la seva capacitat normativa en aquest sentit, amb una reducció del percentatge autonòmic amb caràcter general del 7,5% al 6% i un increment, al 9%, per a joves, discapacitats, aturats o parelles amb almenys un fill.

En resposta també a la caiguda d'ingressos a causa de la crisi algunes comunitats utilitzen de nou la possibilitat d'incrementar tipus en ITP i AJD. Recordem que si el 2010, pel que fa al tipus general de TPO per transmissions d'immobles, estava consolidat un tipus del 7% en tot el territori comú (a excepció de les Canàries), el 2011 Andalu-

sia, Astúries, Cantàbria, Catalunya i Extremadura apliquen un tipus general del 8%.²⁰

En la modalitat d'AJD (documents notariais) la tendència és similar: si el 2010 totes les comunitats de règim comú tributaven a l'1% (a excepció de les Canàries), el 2011 Astúries, Catalunya i Extremadura incrementen el tipus general a l'1,2%, les dues primeres, i a l'1,15% l'última.

Finalment, una breu referència a la creació de tributs propis per part de les comunitats autònomes. La LOFCA reconeix aquesta possibilitat però subjecte a certes restriccions, entre les quals destaca que no puguin recaure sobre fets imposables gravats per l'Estat. Malgrat que els tributs propis de les autonomies no han suposat, en general, una elevada recaptació, s'han anat creant figures i destaquen especialment les desenvolupades en el context mediambiental. En finalitzar el període, el 2011, Andalusia tenia cinc tributs propis i Catalunya en tenia sis.²¹

Decisions per la banda de la despesa

Pressupost total de despesa: principals diferències entre els governs d'Andalusia i Catalunya

Abans de parlar de la despesa en sanitat que han efectuat els governs de les comunitats d'Andalusia i Catalunya durant el període analitzat, val la pena descriure el context pressupostari en què s'han pres aquestes decisions. Amb aquesta finalitat, els gràfics 16 i 17 mostren l'evolució de la despesa total per tipologia (corrent, de capital i financera) i els gràfics 18 i 19 mostren la despesa per habitant, també per tipologia, a cada comunitat autònoma.

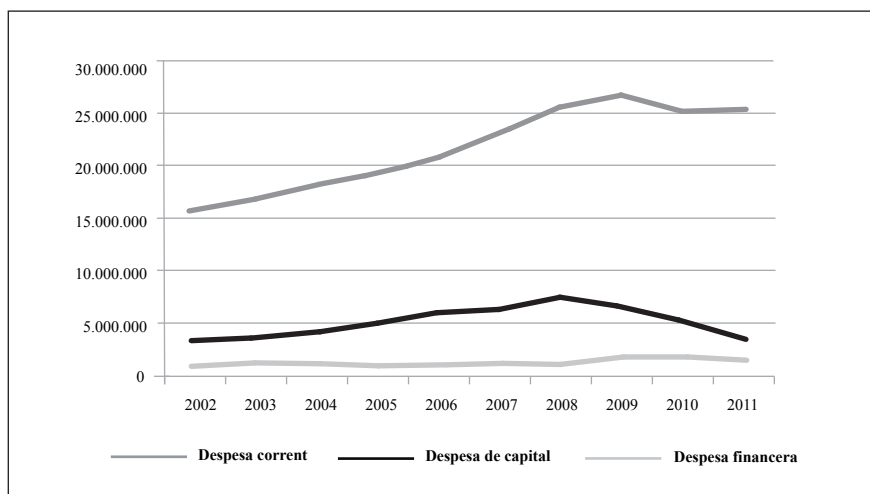
20 O una escala que arriba a l'esmentat 8% o superior i hi ha marginals fins i tot del 10%.

21 En concret, els tributs propis en el cas d'Andalusia són: impost sobre terres infrautilitzades, impost sobre dipòsit de residus perillosos, impost sobre emissió de gasos a l'atmosfera, impost sobre abocaments a les aigües litorals i impost sobre dipòsit de residus radioactius. I en el cas de Catalunya: cànon de l'aigua; cànon sobre la disposició controlada, respectivament, de residus municipals i de residus de la construcció; cànon sobre la incineració de residus municipals; gravamen de protecció civil i impost sobre grans establiments comercials.

L'evolució de la despesa corrent, és a dir, d'aquella despesa que l'administració contrau per tal d'oferir els seus serveis, és semblant a les dues comunitats quant a la tendència (gràfics 16 i 17). Tanmateix, a Catalunya el creixement és més intens –tot i que a l'inici del període Catalunya parteix d'una xifra de despesa inferior a la d'Andalusia–, i arriba al valor màxim de 29.420 milions d'euros l'any 2009 davant dels 26.610 milions d'euros en el cas d'Andalusia.

Pel que fa a la despesa de capital i a la despesa financera, ni el nivell ni l'evolució són coincidents entre ambdues comunitats. A Andalusia destaca la importància de la despesa de capital, en termes comparatius, amb una evolució creixent fins al 2008 que arriba als 7.247 milions d'euros, mentre que a Catalunya l'evolució de la despesa de capital és força moderada i se situa de mitjana en uns 2.608 milions d'euros.

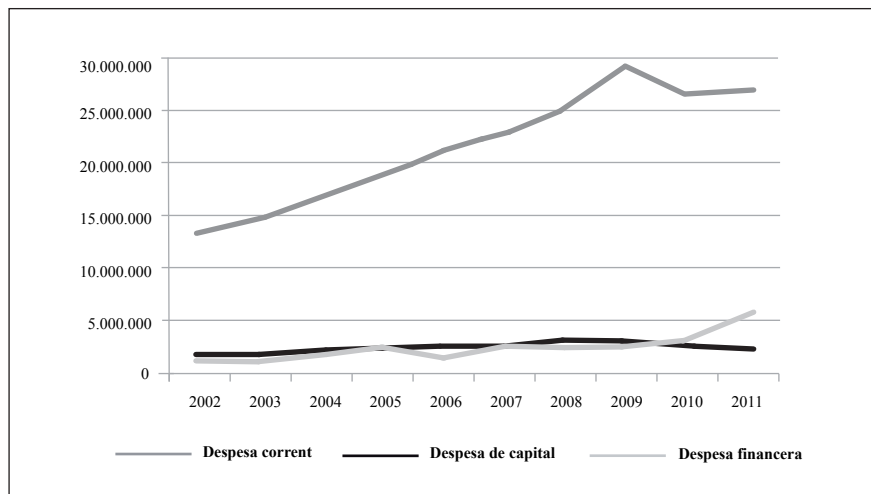
Gràfic 16. Andalusia: despesa total per tipologia (milers euros)



Font: Elaboració pròpia a partir del Ministeri d'Hisenda i Administracions Públiques.

Per contra, la despesa financera (corresponent als actius i passius financers) és quantitativament més important a Catalunya que a Andalusia i destaca la intensitat del seu creixement al final del període.

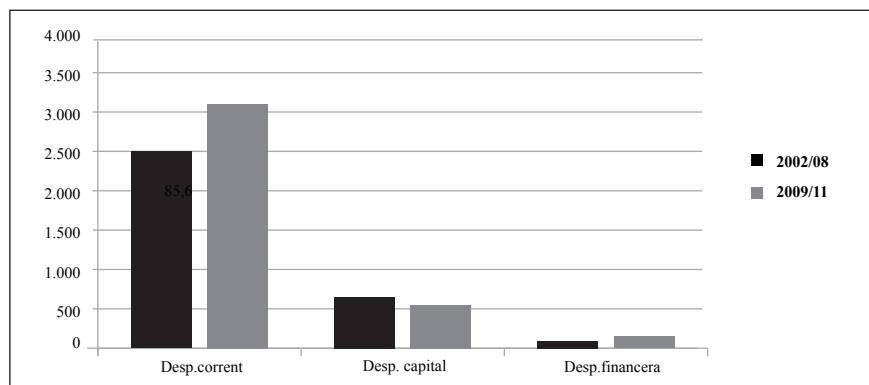
Gràfic 17. Catalunya: despesa total per tipologia (milers euros)



Font: Elaboració pròpia a partir del Ministeri d'Hisenda i Administracions Públiques.

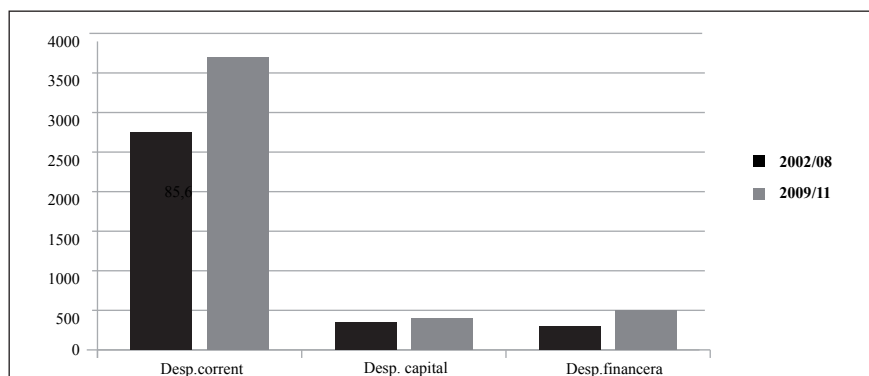
Les dades per habitant (gràfics 18 i 19) confirmen el comportament esmentat dels tres components de la despesa en ambdues comunitats. La despesa per habitant és sempre més elevada a Catalunya, excepte per al component de despesa de capital, que passa de 350 (mitjana 2002-2008) a 366 (mitjana 2009-2011), mentre que a Andalusia aquests valors van de 618 a 581 euros.

Gràfic 18. Andalusia: despesa per càpita per tipologia (mitjana de cada període, en euros)



Font: Elaboració pròpia a partir del Ministeri d'Hisenda i Administracions Públiques.

Gràfic 19. Catalunya: despesa per càpita per tipologia (mitjana de cada període, en euros)



Font: Elaboració pròpia a partir del Ministeri d'Hisenda i Administracions Públiques.

Finalment, en termes d'esforç pressupostari (quadre 9), és a dir, analitzant el percentatge de despesa sanitària sobre el pressupost de despesa de cada comunitat amb dades consolidades corresponents al 2011, s'observa que el d'Andalusia és de 35,93% i el de Catalunya, del 30,53%. Si observem l'evolució comparativa d'aquest esforç es pot afirmar que fins al 2007 Catalunya destinava més recursos a la despesa en sanitat –en termes de despesa total– que Andalusia i, en conseqüència, la ràtio entre ambdós valors és inferior a 1 (esforç Andalusia/esforç Catalunya). Tanmateix, a partir del 2008 (exceptuant el 2009) s'inverteix aquesta ràtio (que és >1) ja que l'esforç que realitza la comunitat d'Andalusia és superior al que realitza Catalunya.

Quadre 9. Esforç pressupostari en sanitat. Despesa sanitària sobre despesa total (%)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Andalusia	30,22	30,08	30,57	30,49	29,83	34,89	35,21	33,49	35,10	35,93
Catalunya	31,08	31,63	31,45	31,50	31,74	34,53	33,53	38,38	32,27	30,53
Ràtio	0,97	0,95	0,97	0,97	0,94	1,01	1,05	0,87	1,09	1,18

Font: Elaboració pròpia a partir del Ministeri d'Hisenda i Administracions Públiques.

Despesa pública en sanitat: context, indicadors i la seva evolució

En el període 2002-2011, la despesa sanitària consolidada del conjunt de comunitats autònomes passa de 34.552,342 milions d'euros a 62.169,112 (quadre 10), amb un ritme de creixement mitjà anual del 6,86%.²² D'acord amb les dades del 2011, un 45% de la despesa sanitària pública autonòmica ha estat originada per tres comunitats: Catalunya, Andalusia i Madrid, amb 10.120, 9.442 i 8.418 milions d'euros, respectivament. Si només tenim en compte les comunitats objecte d'estudi, Catalunya i Andalusia, ambdues representen el 31,5% del total de la despesa.

²² Cal aclarir que el 2011 l'agregat de les comunitats autònomes va ser responsable del 91,9% del total de la despesa sanitària pública consolidada a Espanya.

Quadre 10. Despesa consolidada en sanitat de les comunitats autònomes (milers d'euros corrents)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Andalusia	5.872.658	6.450.192	7.025.753	7.539.191	8.339.228	8.867.511	10.307.068	10.275.784	10.008.978	9.442.263
Aragó	1.083.021	1.230.313	1.368.430	1.441.258	1.589.130	1.738.781	1.897.573	2.051.556	1.991.048	2.050.725
Astúries	981.442	1.102.532	1.178.919	1.253.681	1.339.114	1.423.253	1.550.407	1.748.185	1.672.215	1.720.684
Balears	689.941	799.363	874.479	1.064.151	1.077.552	1.209.518	1.312.111	1.379.365	1.567.591	1.273.297
Canàries	1.585.628	1.793.534	1.896.751	2.148.011	2.317.742	2.509.037	2.854.531	2.993.846	2.852.465	2.731.177
Cantàbria	526.275	611.281	660.908	718.122	766.157	825.218	773.223	812.242	858.446	767.087
Castella i Lleó	2.062.155	2.369.489	2.532.688	2.752.846	3.164.216	3.073.042	3.621.070	3.540.557	3.616.111	3.331.929
Castella-la Manxa	1.471.894	1.607.100	1.614.193	2.073.055	2.354.915	2.530.169	2.870.904	3.167.422	3.203.811	3.067.039
Catalunya	5.519.616	6.260.653	6.555.858	7.140.233	8.070.644	8.966.701	9.872.154	10.527.040	10.688.086	10.120.222
C. Valenciana	3.435.592	3.930.856	4.242.076	4.718.251	5.119.756	5.589.768	6.136.590	6.649.981	6.805.430	6.717.214
Extremadura	946.483	1.059.068	1.133.799	1.223.321	1.348.811	1.526.277	1.659.212	1.749.328	1.730.317	1.692.857
Gàlícia	2.331.420	2.547.871	2.827.233	2.930.798	3.231.003	3.452.597	3.805.445	3.995.456	3.820.067	3.556.143
Madrid	4.228.002	4.601.404	5.265.938	5.686.537	6.140.493	6.777.571	7.444.430	8.042.266	7.362.693	8.418.057
Múrcia	1.007.853	1.153.836	1.284.084	1.425.846	1.566.505	1.755.530	2.132.190	2.258.270	2.240.581	2.265.509
Navarra	559.147	610.205	661.838	694.066	753.309	826.706	916.413	1.005.880	998.242	987.510
País Basc	2.007.086	2.160.636	2.308.590	2.529.603	2.702.510	3.021.762	3.341.272	3.606.720	3.605.635	3.566.168
La Rioja	244.129	272.795	311.161	353.875	455.874	556.373	470.302	467.888	466.667	461.234
Total	34.552.342	38.561.129	41.742.699	45.692.842	50.336.961	54.649.813	60.964.895	64.271.786	63.488.382	62.169.112

Font: Elaboració pròpia a partir del Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat.

El quadre 11 mostra la important desacceleració que es produeix el 2009, amb una taxa de variació de la despesa autonòmica en sanitat del 5,4% respecte al 2008, que esdevé una taxa negativa el 2010 (-1,22%) i encara més el 2011 (-2,08%).

Quadre 11. Despesa consolidada en sanitat de les comunitats autònomes (% variació interanual)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	TAM 2002/11
Andalusia	9,83	8,92	7,31	10,61	6,33	16,23	-0,30	-2,60	-5,66	5,63
Aragó	13,60	11,23	5,32	10,26	9,42	9,13	8,11	-2,95	3,00	7,46
Astúries	12,34	6,93	6,34	6,81	6,28	8,93	12,76	-4,35	2,90	6,55
Balears	15,86	9,40	21,69	1,26	12,25	8,48	5,13	13,65	-18,77	7,66
Canàries	13,11	5,75	13,25	7,90	8,25	13,77	4,88	-4,72	-4,25	6,44
Cantàbria	16,15	8,12	8,66	6,69	7,71	-6,30	5,05	5,69	-10,64	4,57
Castella i Lleó	14,90	6,89	8,69	14,94	-2,88	17,83	-2,22	2,13	-7,86	5,83
Castella-la Manxa	9,19	0,44	28,43	13,60	7,44	13,47	10,33	1,15	-4,27	8,86
Catalunya	13,43	4,72	8,91	13,03	11,10	10,10	6,63	1,53	-5,31	7,13
C. Valenciana	14,42	7,92	11,23	8,51	9,18	9,78	8,37	2,34	-1,30	7,83
Extremadura	11,90	7,06	7,90	10,26	13,16	8,71	5,43	-1,09	-2,16	6,79
Galícia	9,28	10,96	3,66	10,24	6,86	10,22	4,99	-4,39	-6,91	4,99
Madrid	8,83	14,44	7,99	7,98	10,38	9,84	8,03	-8,45	14,33	8,15
Múrcia	14,48	11,29	11,04	9,87	12,07	21,46	5,91	-0,78	1,11	9,60
Navarra	9,13	8,46	4,87	8,54	9,74	10,85	9,76	-0,76	-1,08	6,61
País Basc	7,65	6,85	9,57	6,84	11,81	10,57	7,94	-0,03	-1,09	6,68
La Rioja	11,74	14,06	13,73	28,82	22,05	-15,47	-0,51	-0,26	-1,16	8,11
Total	11,60	8,25	9,46	10,16	8,57	11,56	5,42	-1,22	-2,08	6,86

Font: Elaboració pròpia a partir del Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat.

Tal com mostra el quadre 11, l'evolució de la despesa consolidada del sector durant el període 2002-2011, en termes de taxa anual mitjana, registra valors per comunitats que oscil·len entre el 4,6% (Cantàbria) i el 9,6% (Múrcia), i en què la taxa mitjana, com s'ha assenyalat, és del 6,86%. En aquest context, Catalunya és una de les comunitats autònomes que han crescut per sobre de la mitjana (7,13%), mentre que Andalusia ho ha fet per sota de la mitjana (5,63%) durant l'esmentat període.

La despesa en sanitat com a percentatge del PIB regional és un altre dels indicadors rellevants que descriu quina part dels recursos econòmics d'una comunitat es destina a l'atenció sanitària pública (quadre 12). L'any 2011, Extremadura és la comunitat que presenta el percentatge més alt (9,9%) i Madrid, la que registra el menor (4,4%).

Quant a les comunitats objecte d'estudi, Andalusia se situa per sobre de la mitjana (6,6%) i Catalunya, per sota (5,1%), com també les Balears, Madrid, Navarra i el País Basc, unes comunitats relativament riques. En comparar entre comunitats autònomes, les diferències no només s'expliquen per diferències en els nivells de renda d'aquests territoris, sinó també per la solidaritat existent entre si (realitzada a través de l'anivellament, dins del model de finançament autonòmic). A més, una part de les diferències també es pot explicar per les diferents pautes d'utilització dels serveis sanitaris privats entre comunitats.²³

Quadre 12. Despesa sanitària consolidada de les comunitats autònomes. Evolució (% PIB)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Andalusia	6,0	6,1	6,1	6,0	6,1	6,1	6,9	7,2	7,0	6,6
Aragó	4,8	5,1	5,3	5,2	5,2	5,3	5,6	6,3	6,1	6,1
Astúries	6,2	6,5	6,5	6,4	6,3	6,2	6,5	7,7	7,2	7,6
Balears	3,7	4,1	4,2	4,7	4,4	4,6	4,8	5,2	5,9	4,8
Canàries	5,3	5,6	5,6	5,9	5,9	6,0	6,7	7,3	6,9	6,5
Cantàbria	5,8	6,3	6,3	6,3	6,2	6,2	5,6	6,1	6,3	5,8
Castella i Lleó	5,2	5,6	5,6	5,6	6,0	5,4	6,2	6,3	6,3	6,0
Castella-La Manxa	6,0	6,0	5,7	6,8	7,1	7,1	7,8	8,9	8,9	8,3
Catalunya	4,0	4,3	4,1	4,2	4,4	4,5	4,9	5,4	5,4	5,1
C. Valenciana	4,8	5,2	5,2	5,3	5,3	5,5	5,8	6,5	6,7	6,6
Extremadura	7,8	8,1	8,1	8,0	8,3	8,7	9,1	9,8	9,5	9,9
Galícia	6,3	6,4	6,6	6,3	6,4	6,4	6,8	7,3	6,9	6,3
Madrid	3,3	3,3	3,5	3,5	3,5	3,6	3,9	4,2	3,9	4,4
Múrcia	5,6	5,9	6,1	6,1	6,2	6,5	7,6	8,3	8,2	8,1
Navarra	4,5	4,6	4,6	4,5	4,5	4,7	5,0	5,5	5,4	5,3
País Basc	4,4	4,5	4,5	4,5	4,4	4,6	4,9	5,5	5,4	5,4
La Rioja	4,5	4,6	5,0	5,3	6,3	7,2	5,9	6,0	5,9	5,7
Total	4,7	4,9	5,0	5,0	5,1	5,2	5,6	6,1	6,0	5,9

Font: Elaboració pròpia a partir del Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat.

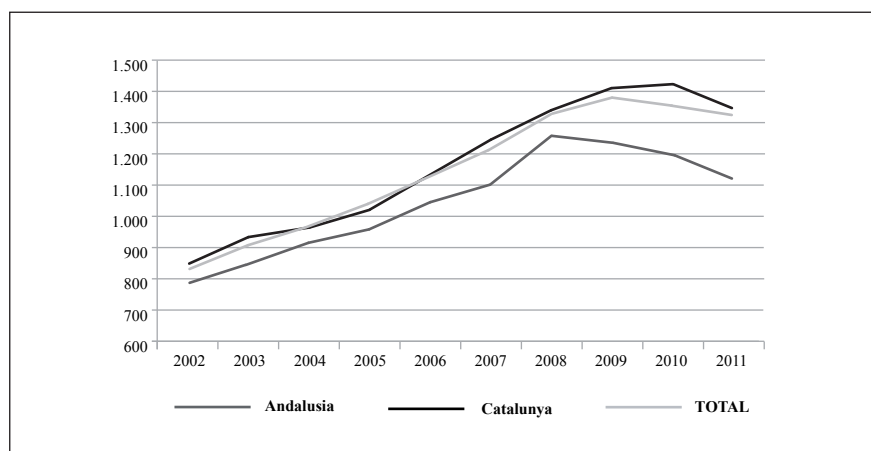
23 Boix 2012 estima que a Catalunya la despesa pública en sanitat hauria de ser dos terços més alta que l'actual i que aquest biaix és sistemàtic al llarg del temps. Boix també afirma que les mancances públiques deuen ser importants perquè un 25% dels catalans tenen contractes amb mútues privades. De fet, afirma que la despesa privada en sanitat a Catalunya és, per persona, entre un 15% i un 20% superior a la despesa privada mitjana a Espanya.

Despesa pública en sanitat: els casos concrets d'Andalusia i Catalunya

La despesa sanitària per càpita ha augmentat en general al llarg del període, encara que s'observa un canvi de tendència a partir del 2008 (gràfic 20). Diversos autors²⁴ relacionen aquest augment amb la descentralització de la sanitat referint-se a aspectes com ara la competència entre comunitats, el possible increment de preus dels factors en fragmentar-se el poder de compra, l'existència de grups d'interès amb gran poder autonòmic o l'exportació a altres comunitats de mesures i processos d'innovació que poden suposar finalment més costos.

L'any 2011, la despesa sanitària per habitant mitjana se situa en 1.322 euros, molt semblant a la de Catalunya (1.342) i superior a la d'Andalusia (1.121).

Gràfic 20. Despesa sanitària per habitant (euros)



Font: Elaboració pròpia a partir del Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat, INE.

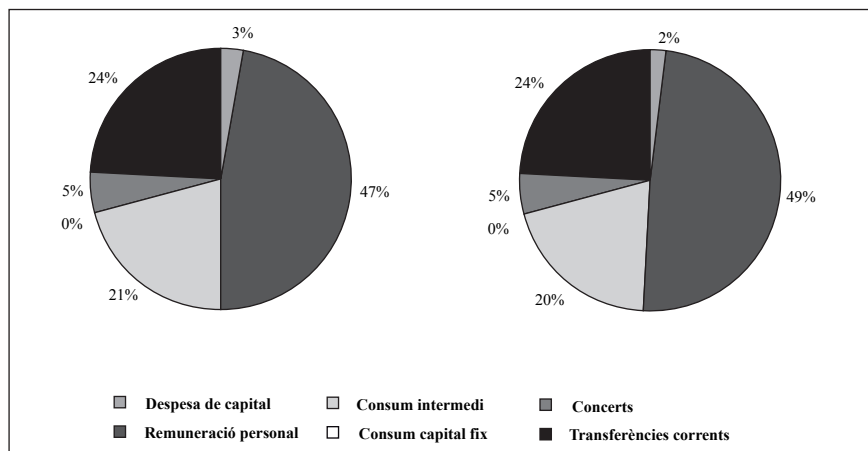
²⁴ Vegeu, per exemple, Costa-Font, Pons-Novell 2007; Cantarero, Lago-Penas 2010; Urbanos 2006.

Pel que fa a la naturalesa econòmica de la despesa en sanitat de les comunitats (gràfics 21 i 22), en general, el component amb més pes és la remuneració del personal. Tanmateix, els gràfics posen de manifest la diferència en el model de provisió de l'assistència sanitària entre Andalusia i Catalunya. En el cas d'Andalusia, el component amb més pes és la remuneració del personal (47%-49%), seguit de les transferències corrents (24%-24%) i del consum intermedi –material, subministraments, etc. (21%-20%).

En canvi, a Catalunya, en el període 2002-2008, les despeses en compres al sector privat a través de concerts són les de més pes (33%), seguit de les remuneracions del personal (28%) i de les transferències corrents (22%). Aquesta distribució canvia en el període 2009-2011, on el pes relatiu dels concerts baixa a un 24%, mentre que la remuneració del personal augmenta la participació fins al 36%. En conseqüència, les xifres reflecteixen la presència de gran nombre de proveïdors privats en el model català.²⁵

25 En el model català, tanmateix, les empreses que participen en la xarxa pública no tenen ànim de lucre. El model sanitari català es compon d'un 30% d'hospitals públics pertanyents a l'Institut Català de la Salut i un 70% de concertats, entre els quals la majoria són també de capital públic (ajuntaments, consells comarcals, Generalitat i universitats), però en forma d'empreses públiques, consorcis i fundacions. En conseqüència, si hi ha cap tipus d'excedent, els diners han de tornar a la institució en forma de millores d'infraestructures o equipament, és a dir, no es reparteixen beneficis (vegeu La Vanguardia del 9 de gener del 2013).

Gràfic 21. Andalusia: naturalesa econòmica de la despesa pública en sanitat (mitjanes 2002-2008 i 2009-2011)

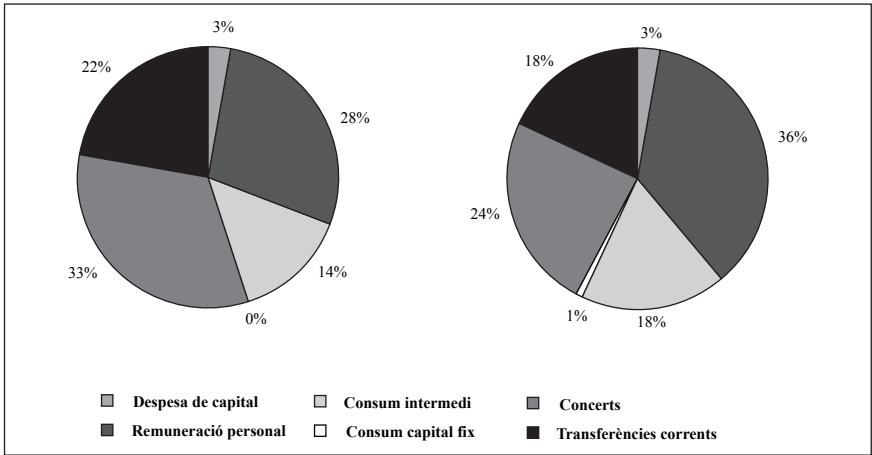


Font: Elaboració pròpia a partir del Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat.

En general, la despesa en consum intermedi representa poc menys de la meitat del cost de personal en el sistema de salut. Pel que fa a la resta de categories de despesa, destaca per la seva importància quantitativa el capítol de transferències corrents, que majoritàriament recullen les despeses destinades a la prestació farmacèutica.²⁶ Aquestes despeses representen de mitjana, en el període 2009-2011, 280 € per habitant a Andalusia i 255 € per habitant a Catalunya.

²⁶ El concepte de transferències corrents recull principalment la despesa en receptes mèdiques, així com els reintegraments per a pròtesis i aparells terapèutics.

Gràfic 22. Catalunya: naturalesa econòmica de la despesa pública en sanitat (mitjanes 2002-2008 i 2009-2011)



Font: Elaboració pròpia a partir del Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat.

Pel que fa a la destinació final de la despesa en sanitat, la major o menor presència de l'assistència primària, l'hospitalària/especialitzada i la prestació farmacèutica, així com també els canvis esdevinguts al llarg del temps en les participacions relatives de cadascuna de les funcions de despesa, ens permeten fer-nos una idea aproximada de l'orientació estratègica de la política sanitària a cada comunitat.

Quadre 13. Despesa pública en sanitat. Classificació funcional

	Andalusia		Catalunya	
	2002	2011	2002	2011
Serveis hospitalaris i especialitzats	52,55	57,33	52,58	59,71
Serveis primaris de salut	16,82	17,20	15,30	13,57
Serveis de salut pública	0,35	0,26	0,15	0,68
Serveis col·lectius de salut	1,32	1,20	3,98	3,30
Farmàcia	25,00	21,22	24,37	17,18
Trasllat, pròtesis i aparells terapèutics	2,05	2,04	1,57	2,81
Despesa de capital	1,91	0,75	2,05	2,74
Total despesa sanitària pública	100	100	100	100

Font: Elaboració pròpia a partir del Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat.

Com es pot observar en el quadre 13, més de la meitat de les despeses en sanitat de les comunitats es destinen a l'assistència hospitalària i especialitzada i la segona funció en ordre d'importància és la despesa en farmàcia, malgrat la disminució que ha registrat la seva participació sobre el total entre els anys 2002 i 2011.

A Catalunya, les despeses associades als serveis hospitalaris i especialitzats han passat d'un 52,6% (2002) a un 59,7% (2011), xifra aquesta última que representa 802 € per habitant, per damunt dels 643 € per habitant en el cas d'Andalusia.

En general, el pes relatiu de la despesa en atenció primària ha sofert petites variacions en el període analitzat representat de l'any 2011: 193 € per habitant a Andalusia i 182 € a Catalunya (càlculs a partir de la informació del Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat).

Conclusions

En aquest capítol s'ha fet una anàlisi comparativa de les decisions preses pels governs d'Andalusia i Catalunya, tant per la banda de l'ingrés com de la despesa, i, en particular, de la despesa en sanitat en el període 2001-2011. Des de la perspectiva de l'ingrés i, en concret, valorant l'ús de la capacitat normativa sobre els diferents tributs cedits, es pot afirmar que es tracta de dues comunitats autònomes que han estat força actives a l'hora d'aprovar mesures o canvis normatius en els diferents impostos. Si ens fixem en l'impost més emblemàtic pel que fa a la política redistributiva (l'IRPF) ambdues han pres decisions similars –apujar els tipus sobre les bases liquidables més elevades– al final del període analitzat.

De fet, formen part del grup de comunitats autònomes amb una pressió fiscal mitjana superior (juntament amb Galícia, Astúries, Cantàbria, Múrcia, Aragó i Extremadura), que contrasta amb el grup de comunitats amb una pressió fiscal mitjana inferior (la Comunitat Valenciana, La Rioja, les Canàries, Madrid i Castella i Lleó).²⁷ Tanmateix, aquest perfil (comunitat activa en decisions fiscals i amb pressió fiscal mitjana superior) no té sempre una correlació directa en termes de

²⁷ Vegeu Generalitat de Catalunya 2014.

finançament per habitant. És a dir, malgrat que ambdues presenten una pressió fiscal superior a la mitjana, l'índex de finançament per habitant es pot situar per sota la mitjana o just en la mitjana (vegeu quadres 1 i 5 del capítol 2).

Pel que fa a les decisions referents a despesa, cal esmentar que durant els anys previs a la crisi Catalunya ha realitzat més esforç pressupostari en sanitat que Andalusia; en canvi, durant els anys ja de plena crisi la situació s'inverteix i, en concret, el 2011 l'esforç d'Andalusia se situa 5,4 punts percentuals per sobre del de Catalunya (vegeu quadre 9). Tanmateix, això es tradueix en termes de despesa sanitària per habitant en 1.121 euros a Andalusia i 1.342 euros a Catalunya l'any 2011.

Les dades que informen de la naturalesa econòmica de la despesa en sanitat posen de manifest la diferència en el model de provisió de l'assistència sanitària entre ambdues comunitats, i reflecteixen la presència de gran nombre de proveïdors privats en el model català.

Capítol 4

PRESA DE DECISIONS I CANVI DE MODEL DE GESTIÓ? LA LLEI DE L'INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT 2003-2007

En aquest capítol analitzarem l'elaboració de polítiques públiques i la presa de decisions per part de governs subcentrals, és a dir, com s'exerceix l'autonomia política en un marc de govern multinivell descentralitzat. En concret, es presenta un estudi de cas sobre el canvi en la política de gestió pública en el sector sanitari de Catalunya durant la darrera dècada, parant especial atenció en la decisió legislativa que va canviar el model de gestió sanitària de provisió pública. Durant gairebé tres dècades, l'elit política i gerencial catalana del sector sanitari havia explicitat que un canvi d'aquestes característiques no era possible, ni des d'un punt de vista jurídic ni polític. Si era així, per què finalment es va prendre tal decisió l'any 2007 a través d'un procés relativament ràpid i senzill? Aquest capítol pretén aportar informació per entendre els factors que influeixen en el procés de presa de decisions de governs subcentrals, políticament autònoms, alhora que volem també conèixer com els perceben els decisors polítics i com s'hi relacionen en un estat quasifederal.

Segons planteja la literatura sobre federalisme fiscal, els recursos econòmics disponibles per part dels governs subcentrals són un factor que, a priori, i com en el cas de qualsevol nivell de govern, condiciona la seva capacitat de decisió. Però aquest tipus d'anàlisi és més complex quan les unitats subcentrals expressen un fort posicionament nacionalista, com és el cas de Catalunya. Tant el discurs polític com l'anàlisi acadèmica mostren arguments contrastants respecte a quins factors influeixen en l'autonomia política regional i, consegüentment, en l'elecció d'opcions polítiques diferenciades per part dels governs autonòmics: o els recursos econòmics disponibles per als governs autonòmics (el model de finançament i altres fonts de finançament) o la ideologia del partit en el govern autonòmic. Per tant, aquest capítol parlarà especial atenció tant en els factors ideològics com econòmics, així com en les dinàmiques particulars de l'estructura descentralitzada d'Espanya, tot

integrant-los en l'anàlisi del procés d'elaboració de polítiques (*policy-making*) i de presa de decisions (*decision-making*).

L'anàlisi que presentem aquí cobreix el procés polític de negociació, elaboració i aprovació de la llei de l'Institut Català de Salut (ICS), entre el 2003 i el 2007. Ho abordem des d'una perspectiva de causació per esdeveniments, un marc analític que la recerca comparada anomena enfocament de causació per esdeveniments (*event-causation approach*) (Abbott 2001, Abell 2004), i en el qual s'inclou la referència als mecanismes socials (Elster 1989; McAdam et al. 2001) d'interconnexió entre factors. Aquest enfocament és útil per entendre com els factors estàtics i dinàmics del context influeixen en la governança multinivell. Aquest marc analític s'ha aplicat a la interpretació de cicles de política pública en nombrosos àmbits d'intervenció, entre els quals es troba la reforma del sector públic, en general, i de la gestió pública, en particular.

La recerca comparada sobre els canvis en les polítiques de gestió pública en el marc d'aquest enfocament ha generat una sèrie de generalitzacions històriques limitades (Ragin 1987) sobre l'elaboració de polítiques de gestió pública que han enriquit el coneixement existent sobre el canvi polític i institucional (Barzelay 2001, 2003; Barzelay, Fuechtner 2003; Barzelay, Jacobsen 2009; Barzelay, Gallego 2006; Barzelay, Gallego 2010a, 2010b; Cejudo 2003; Corbett 2010; Gaetani 2003; Gallego 2003a; Gallego, Barzelay 2010a, 2010b; Mele 2010). Tot i això, aquesta aproximació analítica ha estat principalment aplicada als processos de presa de decisions que impliquen un únic nivell de govern. L'avaluació del seu potencial explicatiu guanyaria profunditat si incloguéssim l'anàlisi de processos de presa de decisions en estats descentralitzats, que permetria d'aquesta forma establir una connexió analítica amb una literatura de ciència política més àmplia.

Les dades empíriques utilitzades en aquest estudi inclouen documents oficials, entrevistes semiestructurades a més de 20 informants clau –que han estat directament implicats en els processos analitzats o bé disposen de coneixement privilegiat sobre ell, i fonts d'informació important per a les nostres hipòtesis (model de finançament, resultats electorals, etc.)–. Ens basarem en el diàleg analític entre la teoria i les dades empíriques amb l'objectiu d'aportar una interpretació sòlida dels dos processos de canvi institucional i polític seleccionat.

Aquest primer capítol engloba l'aproximació analítica a l'estudi. En una segona secció presentem els arguments analítics i empírics per

a la construcció del cas de la reforma de la gestió pública sanitària a Catalunya entre el 2003 i el 2007. Aleshores, dedicarem atenció a la narració dels fets amb l'objectiu de construir una explicació analítica fonamentada en la perspectiva de la causació per esdeveniments i els mecanismes socials. El capítol conclou amb les reflexions sobre com aquesta aproximació permet generar arguments de recerca sobre l'origen i les dinàmiques de la reforma de la gestió pública per part de governs sotmesos a un marc de govern multinivell.

L'aproximació analítica

L'aproximació analítica a aquest estudi de cas parteix de Kingdon (1984, 1995) com a principal referència perquè aporta un marc integrador tant de factors processuals com institucionals. Resumint les interpretacions de Barzelay i Gallego (2006), el marc de Kingdon defineix el cicle de la política pública com un flux d'esdeveniments que inclou tres components de procés: formació de l'agenda, especificació d'alternatives i selecció (o decisió). Dins d'aquest procés global, els esdeveniments de formació de l'agenda influeixen en els d'especificació d'alternatives, i ambdós, alhora, influeixen en els de selecció d'alternativa o decisió. És a dir, la formulació del tema o definició del problema així com la seva assignació a determinats actors i espais o escenaris per a l'elaboració de la política (formació de l'agenda) poden crear expectatives de canvi polític, fet que pot animar alguns actors a esforçar-se per assolir-lo (especificació d'alternatives). La disponibilitat d'alternatives polítiques, en combinació amb el reconeixement d'un elevat estatus en l'agenda pot facilitar que el tema arribi al punt de presa de decisió.

En aquest flux d'esdeveniments, Kingdon observa les decisions com a resultat d'un esforç de reflexió conceptual i discursiva, i d'interacció política entre nombrosos actors. Els decisors polítics, els mitjans de comunicació i els emprenedors de polítiques públiques interactuen per emmarcar les qüestions; els experts, buròcrates i els emprenedors de polítiques públiques interactuen per elaborar alternatives polítiques, mentre que els decisors polítics interactuen per tal d'aportar decisions polítiques. Aquests actors participants en l'elaboració de les polítiques desenvolupen diferents papers dins del sistema burocràtic i governamental i actuen a través de diferents escenaris institucionals. A més,

construeixen diferents identitats vinculades a aquests rols, les quals condicionen com perceben els temes, com interpreten els factors contextuals i com responen al flux d'esdeveniments (Barzelay, Gallego 2006).

Aquesta interpretació del marc analític de Kingdon ens permet explicar les trajectòries dels temes i els resultats d'un episodi concret del procés d'elaboració de la política pública a través de l'ús de narratives analítiques (Abell 2004). En aquest sentit, una anàlisi institucional processualista pot desenvolupar-se a través de la identificació d'un esquema conceptual, que Barzelay (2003) defineix de la següent forma: les fonts dels esforços dels emprenedors de polítiques públiques (com la lògica de l'adequació o *logic of appropriateness*); les entitats conceptuais del procés d'elaboració de la política (formació de l'agenda, especificació d'alternatives i decisió), les relacions dinàmiques entre aquests components (canvis en l'estatus del tema, ritme de l'especificació d'alternatives), factors estables del context; factors dinàmics del context, i mecanismes que aporten una vinculació dinàmica entre els factors i la trajectòria del procés d'elaboració de la política. Els mecanismes socials, com a construccions teòriques, suggereixen l'existència de relacions causals entre el context i la situació (interaccions entre els participants en el procés d'elaboració de política analitzat).

Seguint la classificació de Barzelay (2003), els mecanismes d'agència poden incloure atribució d'oportunitat (*attribution of opportunity*), certificació d'actor (*actor certification*), emprenedoria de política pública (*policy entrepreneurship*) o retroalimentació d'acompliment (*performance feedback*), mentre que els mecanismes que apunten a processos causals entre procés i context poden englobar esdeveniments focalitzadors (*focusing events*), efectes vessament (*spillover effects*), efectes interferència (*interference effects*) o difusió de política pública (*policy diffusion*).

A través d'aquests esquemes, el processualisme institucional (*Institutional Processualism*) combina elements institucionals i de procés (Barzelay, Gallego 2006). L'èmfasi en el procés implica centrar l'atenció en els fluxos d'interacció entre actors, la interacció entre les seves idees i accions i la seva connexió amb el context temporal (Abbott 2001; Elster 1989). Per la seva banda, l'èmfasi en les institucions comporta estar atent a com la interacció situacional (actuació humana en determinades circumstàncies) està influïda per factors estables del

context (Thelen, Steinmo 1992). En base a la integració d'aquestes dues perspectives, aquesta aproximació també es qüestiona com la interacció situacional interactua amb el context (Tendler 1997). L'explicació resultant requereix tenir en consideració regularitats causals i de contingència (Skocpol 1984; McAdam et al. 2001). Per tant, les observacions empíriques sobre l'episodi són explicades per processos causals, mecanismes i factors de context en el procés d'elaboració de la política.

La contextualització del marc analític de Kingdon entre un grup més ampli de teories pot ajudar a superar algunes de les seves limitacions. Tal com assenyalen Barzelay i Gallego (2006, 2010a i 2010b), el marc de Kingdon no està orientat a explicar ni les adaptacions de baixa visibilitat (Levitt, March 1990) ni els processos de canvi polític en marxa (Baumgartner, Jones 1993), i es limita a les decisions políticament visibles preses per responsables polítics. A més, el model causal de Baumgartner i Jones sobre les situacions de desequilibri es basa en el mecanisme d'expansió de conflicte (Schattschneider 1960) a través de formes de confrontació política (McAdam et al. 2001), mentre que la major part de les polítiques de gestió pública es desenvolupen sota formes de política no confrontacional. El processualisme institucional suggereix que el marc de Kingdon hauria d'integrar conceptes de models que han abordat altres tipus de canvi com a objecte d'estudi. En els estudis de formulació de polítiques, els canvis en les estructures que afecten processos de baixa visibilitat són tractats com a objecte d'estudi; els factors organitzatius poden ser abordats en termes de subsistemes de polítiques públiques (*policy subsystems*); els factors culturals o d'idees poden ser incorporats en termes d'estructura del domini o sector de la política pública (*policy domain*) i imatge del tema (*issue image*), i els canvis en situacions d'equilibri parcial, estructurats per aquest conjunt de factors, poden ser abordats com a objecte d'estudi. Així doncs, el model de Kingdon pot explicar canvis en imatges del tema, estructures del domini i subsistemes de polítiques a través de política no confrontacional (Barzelay, Gallego 2010a, 2010b).

Aquesta aproximació del processualisme institucional ha estat aplicada a l'anàlisi de la formulació de polítiques de gestió pública allà on el resultat és definit com a canvi en les regles institucionals i rutines organitzatives de la pràctica administrativa del govern en conjunt. Ha generat un ampli ventall de generalitzacions històriques limitades que són considerades com a rellevants en els casos així definits. En aquest

capítol, el cas analitzat implica un canvi en la política de gestió pública –el contingut de la llei de l'ICS col·loca aquesta iniciativa dins de l'àmbit de la política de gestió pública (Barzelay 2001), tot i que circumscrita al sector de la sanitat pública. Si les característiques específiques d'aquest àmbit poden tenir influència sobre els arguments explicatius que finalment es derivaran és una qüestió empírica que aquest capítol abordarà com a rellevants per a la recerca.

Definint el cas: la reforma de la gestió pública a la sanitat catalana

La trajectòria de la política sanitària a Catalunya durant les últimes dues dècades del segle xx ha estat a bastament analitzada (Gallego 2000, 2001, 2003b). Un aspecte central d'aquest procés és la configuració d'un model de provisió i gestió dels serveis sanitaris finançats públicament que difereix tant del Sistema Nacional de Salut dissenyat pel Govern espanyol a mitjan anys 80 com dels sistemes regionals de salut definits per la resta de comunitats autònomes a partir dels processos de descentralització de la competència en salut.²⁸ A risc de simplificar excessivament, podríem dir que tant els serveis sanitaris espanyols com el de la resta de comunitats autònomes estan principalment organitzats en base a un model públic de provisió directa (amb una integració jeràrquica del comprador i els proveïdors), mentre que el sistema de salut català es basa en un model de provisió indirecta finançat públicament (on comprador i proveïdors són figures independents), amb una complexa xarxa de proveïdors de diferents fórmules de titularitat pública i privada.

Aquestes diferències són parcialment explicades pels trets distintius de la xarxa sanitària que s'havia anat desenvolupant a Catalunya històricament: una elevada presència d'iniciatives privades (tant amb ànim de lucre com sense) i públiques que havien proliferat de forma paral·lela i al marge del model de provisió directa de la Seguretat Social espanyola. La Seguretat Social havia estat creada a finals de la

28 Com a resultat del procés de descentralització, el Sistema Nacional de Salut està integrat per 17 sistemes regionals, que comparteixen un conjunt de característiques definides per la legislació central però que presenten característiques pròpies pel que fa als models de gestió i al catàleg de serveis coberts.

dècada dels 50 sota la dictadura franquista però no es va estendre fins a assolir la cobertura gratuïta i universal fins a la dècada dels 80, amb la Llei General de Sanitat del 1986 aprovada pel govern socialista de Felipe González.

El disseny del sistema sanitari català es va fonamentar en el suport dels dos grups de pressió majoritaris: la Unió Catalana d'Hospitals (representant dels interessos dels proveïdors privats contractats) i el Consorci Hospitalari de Catalunya (representant dels interessos dels governs locals que tenien responsabilitats de gestió en alguns proveïdors contractats). Els proveïdors contractats pertanyien, doncs, a una àmplia varietat de fórmules de titularitats pública i privada (majoritàriament sense ànim de lucre), suposaven el 60% dels llits hospitalaris i es van veure finalment consolidats a través del decret del 1985 que creava la Xarxa d'Hospitals d'Utilització Pública (XHUP). Per la seva banda, els proveïdors de la Seguretat Social, transferits pel Govern espanyol i que suposaven el 95% dels serveis de l'atenció primària i pràcticament la meitat dels llits hospitalaris de la XHUP, es van mantenir sense canvis en el marc de l'Institut Català de la Salut (ICS) des dels inicis dels processos de descentralització dels anys 80.

La Llei d'ordenació sanitària de Catalunya (LOSC), aprovada el 1990, reconfigurava l'estructura de l'administració sanitària a partir de la separació dels papers de compra i provisió. L'ICS havia exercit fins al moment ambdues funcions, de forma que a partir de la LOSC perdia l'autoritat per contractar amb proveïdors complementaris i mantenia únicament les funcions de provisió (Gallego 2000, 2001, 2003b). Per tal d'assumir aquestes responsabilitats de compra o contractació, la LOSC creava una nova autoritat pública sanitària: el Servei Català de Salut (SCS). La LOSC formulava un mandat ambigu segons el qual l'ICS havia de desaparèixer en integrar-se en l'estructura de contractes de l'SCS. No obstant això, mentre que l'SCS va ser ràpidament posat en marxa, actuant sota el marc de gestió privada que havia desenvolupat la LOSC, l'ICS no es va arribar a extingir, i va mantenir la seva condició legal com a cos de gestió de la Seguretat Social i va actuar plenament sota un marc de dret administratiu.

D'aquesta forma, l'ICS va quedar com un exemple aïllat de la provisió pública directa dins del sistema català de salut: un gran proveïdor de serveis de salut, amb una única personalitat legal i que es constituïa com l'empresa més gran de Catalunya –més de 35.000 treballadors, la

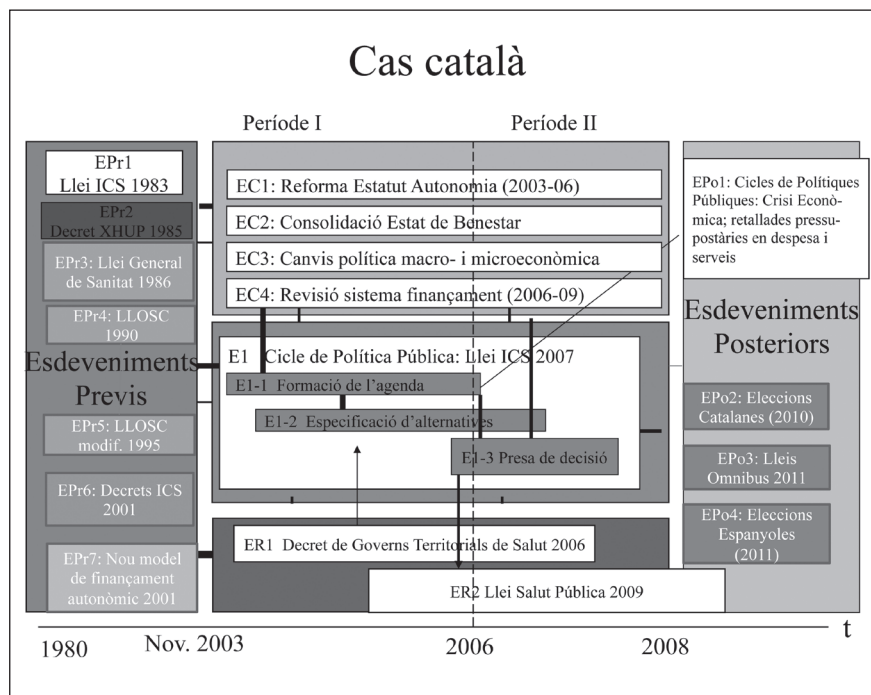
majoria d'ells amb vinculació funcional. Com es recull en el capítol 3 d'aquest llibre, aquesta xarxa complexa de provisió de serveis sanitaris va implicar que una part substancial de la despesa pública del Govern català en sanitat es dediqués a concerts amb proveïdors no-ICS (33% durant la primera dècada del 2000) i que el pes de la despesa en remuneració de personal que depenia directament de l'administració fos relativament reduïda (28% de la despesa pública en sanitat en el mateix període).

La reformulació de la naturalesa legal de l'ICS i la necessitat de modernitzar els seus instruments de gestió han estat temes recurrents en el discurs d'una gran part dels actors implicats en el sector català de la política de salut (polítics, gestors i professionals), i ha esdevingut més o menys central en funció del moment. No obstant això, la recerca publicada també destaca que aquests mateixos actors consideren que aquests canvis no han estat encarats durant els anys a causa de: *a)* des del punt de vista legal, la dificultat de canviar la regulació per tal que un organisme de la Seguretat Social fos transformat en una empresa pública o en una altra forma d'organisme autònom; *b)* l'oposició del Departament d'Economia i Finances del Govern català i, particularment, de la Intervenció General, a causa de les tendències institucionals derivades de la funció de control, que temien que el canvi de model de gestió impliqués un control econòmic i financer *ex post*; i *c)* l'oposició dels sindicats a un canvi en les relacionals laborals. Alguns arguments també posaven de manifest que una redefinició legal de l'ICS requeria d'una injecció de recursos econòmics (per tal d'equilibrar els pressupostos) que no era factible en el marc pressupostari del Govern català.

Prenent en consideració que tots aquests arguments es basen en factors que s'espera que siguin estables en el temps, atès que es refereixen a papers institucionals, la pregunta és: per què aquests factors no van ser un obstacle per a l'aprovació de la llei de l'ICS del 2007 que transformava l'ICS en una empresa pública? Tal com preveïen els actors entrevistats en recerques anteriors, la llei del 2007 es va desenvolupar a través d'un dels processos més complexos de tots els posats en marxa per la Conselleria de Salut: va ser una de les iniciatives legislatives que va comportar més controvèrsia entre els diferents col·lectius i una resposta ciutadana de gran ressò. Per tal de respondre la pregunta formulada, organitzem la informació recollida en el model teòric que resumeix el quadre 14. Entendre els mecanismes que connecten els fac-

tors contextuals (tant els estables com els dinàmics) amb els de situació (interacció dels actors durant el procés d'elaboració de la política) ens ajudarà a construir una explicació per al resultat de l'episodi: una decisió en un moment determinat que canvia el model de gestió pública del sector sanitari català.

Quadre 14. El cas del cicle de política pública de la llei de l'ICS (2003-2007)



Font: Adaptat de Gallego 2003:288.

E: Esdeveniment

EPr: Esdeveniments previs

EC: Esdeveniments contemporanis

ER: Esdeveniments relacionats

EPo: Esdeveniments posteriors

Les eleccions autonòmiques del novembre del 2003 van comportar el primer canvi ideològic en el Govern català des de la transició espanyola de finals dels 70. La federació²⁹ nacionalista de centredreta Convergència i Unió (CiU) havia governat durant 23 anys consecutius, des de les primeres eleccions autonòmiques del 1980, i ho havien fet amb majoria absoluta entre el 1984 i el 1995. Com a resultat de les eleccions catalanes del 2003, una coalició postelectoral que es va autodefinir com a catalanista i d'esquerres va assolir la majoria absoluta al Parlament de Catalunya i va formar govern. Ordenats de més a menys nombre de diputats, la coalició estava integrada pel Partit Socialista de Catalunya (PSC), l'independentista Esquerra Republicana de Catalunya (ERC) i la coalició ecosocialista Iniciativa per Catalunya-Verds (ICV), cadascun d'ells representants de diferents intensitats de posicionaments nacionalistes i d'esquerres. Segons l'acord de govern del tripartit (el Pacte del Tinell³⁰), les conselleries de Salut i d'Economia del nou Govern català van ser assumides pel Partit Socialista de Catalunya, mentre que la Conselleria de Governació (que inclou els departaments de personal i relacions laborals) van ser assignades a ERC.³¹

El cicle de política pública de la llei de l'ICS del 2007 es va desenvolupar durant aquesta legislatura i va finalitzar durant la següent, sota el govern d'un segon tripartit. Tal com recull el quadre 14, l'anàlisi d'aquest procés ha d'integrar la influència d'esdeveniments previs, que inclouen tant les decisions acumulatives que gradualment construeixen i consoliden el sistema català de provisió sanitària durant la dècada dels 80 i 90 com les decisions que han anat redefinint el model de finançament autonòmic des de la transició democràtica. L'anàlisi també parlarà atenció a com determinats mecanismes vehiculen la influència dels esdeveniments contemporanis dels esdeveniments posteriors –aquells previstos pels actors implicats– i dels esdeveniments relacionats –aquells que tenen lloc en esferes polítiques veïnes– sobre el cicle de política pública que és objecte d'estudi. L'anàlisi dels mecanismes

29 CiU havia estat una coalició estable des de 1980 a 2001, data en què finalment va modificar el seus estatuts per tal de constituir-se en federació.

30 L'acord de govern va rebre el nom del lloc on va ser signat: la sala del Tinell, l'emblemàtica sala del Palau Reial de Barcelona.

31 Els PSC va assumir 8 conselleries, ERC 6 (incloent-t'hi una vicepresidència) i ICV 2.

socials (Elster 1989) que connecten aquests esdeveniments contribuirà a la comprensió dels factors que, des d'una perspectiva de procés, condicionen els resultats de les negociacions i de la presa de decisions.

La reforma de la gestió pública en el sector sanitari català

El pacte postelectoral (el Pacte del Tinell) acordat pels tres membres que formarien el govern tripartit a finals del 2003 dibuixava les línies ideològiques del nou govern que s'autodefinia com a «catalanista» i «d'esquerres». Les prioritats polítiques globals incloïen la creació d'un nou marc legal que millorés l'autonomia política i redefinís les relacions amb el Govern central. Aquestes fites requerien l'elaboració i aprovació d'un nou Estatut d'Autonomia per a Catalunya i la negociació d'un nou model de finançament, les bases del qual estarien prefigurades en el nou Estatut. Ambdós projectes van ser explícitament assumits pel president Pasqual Maragall com a prioritats polítiques del nou Govern català. La victòria del PSOE a les eleccions generals del març del 2004 va generar expectatives positives sobre les possibilitats d'acompliment d'aquests dos projectes. Però, malgrat això, el procés d'aprovació del nou Estatut d'Autonomia va ser producte d'un procés de tres anys de negociacions complexes i controvèrsies que va finalitzar amb l'aprovació d'un Estatut d'Autonomia pel Parlament de Catalunya, posteriorment aprovat també pel Parlament espanyol i, finalment, aprovat en referèndum pels ciutadans de Catalunya. Aquest procés va aclaparar tota la política catalana fins a les eleccions anticipades del novembre del 2006.

El segon projecte, la negociació d'un nou model de finançament, va implicar també un procés de complexa negociació, no exempt de controvèrsia, amb el Govern espanyol. Es va iniciar en el marc de la negociació de l'Estatut d'Autonomia i es va desenvolupar durant la següent legislatura, amb la reedició del segon tripartit. S'esperava que la cerca d'un millor sistema per al finançament autonòmic impliqués un increment dels recursos disponibles, particularment d'aquells destinats a la salut. A finals de l'any 2001 un nou model de finançament autonòmic havia estat aprovat, coincidint amb la finalització de les transferències en matèria sanitària a aquelles comunitats autònomes que encara no les havien assumit (en total, les deu comunitats autònomes que havien accedit a l'autonomia amb un sostre competencial més

baix). Des d'aleshores, tal com mostren les dades presentades al capítol 2, la quantitat de recursos disponibles per al Govern català –i per a la resta de comunitats autònomes– s'havia incrementat substancialment, fet que es va traduir, consegüentment, en un increment substancial de la despesa pública autonòmica.³² Tanmateix, aquestes dades mostren que només un 59% dels recursos pressupostaris de la Generalitat procedeixen del model de finançament entre el 2002 i el 2008, mentre que la resta procedeixen principalment de tributs, és a dir, derivats de l'ús de la seva capacitat normativa. La recerca acadèmica ha mostrat reiteradament el dèficit fiscal (diferència entre les taxes que paga una regió a l'Estat i els recursos pressupostaris que n'obté) patit per Catalunya, juntament amb Madrid i les Balears, i ha posat de manifest que aquest dèficit no s'ha reduït malgrat la reforma de l'any 2001. Una gran majoria de polítics catalans –CiU i els partits del tripartit, que suposaven més del 80% dels diputats del Parlament de Catalunya– han reclamat repetidament la reducció d'aquest dèficit, a través d'estratègies de diferent intensitat.

En la seva dimensió d'esquerres, el Pacte del Tinell explicitava la prioritat política de reforçar la política social, en general, i la política sanitària, en particular, amb un ampli suport a la modernització i sostenibilitat dels serveis públics. El nou sistema de finançament de l'any 2001 havia establert que les transferències per salut deixaven de ser finalistes i, per tant, s'integraven en el pressupost autonòmic general. Aquest canvi implicava que les decisions dels governs autonòmics sobre el pressupost sanitari serien més clarament producte de les seves pròpies prioritats polítiques. Com s'ha apuntat en el capítol 3, la despesa consolidada en sanitat de les comunitats autònomes quasi es va doblar en termes absoluts en la primera dècada del 2000. En el cas de Catalunya, l'augment va ser d'un 13,43% el 2003, el darrer any del govern convergent, mentre que l'augment mitjà interanual d'aquesta despesa durant el nucli dels dos períodes legislatius del tripartit (2004-2009) va ser del 9% (per sobre de la mitjana de les comunitats autònomes),

32 No obstant això, la notable reducció dels pressupostos i la despesa pública autonòmica des del 2008 confirma l'evidència aportada pels acadèmics que l'increment dels recursos disponibles per part dels governs regionals era més una conseqüència del cicle econòmic expansiu del moment que un efecte del nou model de finançament del 2001.

amb un màxim del 13,03% el 2006, que va caure a l'1,53% el 2010 amb l'impacte de la crisi.

Alguns polítics i alts càrrecs de l'administració entrevistats per a aquest estudi argumenten que aquest increment mostra una clara aposta política a favor de la política sanitària pública. De fet, la despesa sanitària per habitant a Catalunya va ser superior a la mitjana de les comunitats autònomes entre el 2002 i el 2011 (però no durant el primer tripartit, entre el 2004 i el 2006); i la despesa sanitària consolidada entre el 2004 i el 2010 va ser d'un 4,7% del PIB de mitjana (mig punt superior a la mitjana dels dos últims governs convergents). D'altres, en canvi, assenyalen que aquesta opció política va ser possible gràcies a un increment en el pressupost autonòmic general (no només en salut), fet que va possibilitar, com veurem més endavant, la reforma de l'ICS. De fet, com es recull en el capítol 3, la despesa sanitària a Catalunya es va mantenir entre el 31% i el 31,7% de la despesa total de la Generalitat des del 2002 en el darrer govern convergent i fins al 2006 durant el primer tripartit. Només en el segon tripartit, la despesa sanitària va pujar com a percentatge de la despesa total fins a assolir el màxim de 38,38% el 2009.

Formant l'agenda: modernitzar l'Institut Català de Salut

La consellera de Salut socialista, Marina Geli, va fer la seva primera compareixença davant el Parlament Català un mes després del seu nomenament. Sense qüestionar les característiques definidores del model sanitari català construït al llarg dels vint-i-cinc anys anteriors i que havia tingut un ampli suport polític, Geli va assenyalar les línies del que ella considerava «modernitzar el sistema». En particular, va esmentar la seva intenció de reforçar la salut pública i el serveis sociosanitaris, així com de millorar la gestió dels proveïdors sanitaris amb l'objectiu de proporcionar serveis de més qualitat als ciutadans, emmarcat, tot això, en una estratègia global de «territorialització» de la política sanitària. Havent estat una veu activa del discurs «municipalista» a Catalunya, Marina Geli explicitava la seva voluntat d'assolir més implicació dels governs locals en la política i gestió sanitària, així com d'obrir nous canals a la participació ciutadana. Pel que fa a l'ICS, la consellera va destacar la necessitat de modernitzar la gestió de tots els seus serveis

i d'incrementar el que considerava que eren inversions altament necessàries. La consellera va expressar la necessitat d'entendre l'ICS i els proveïdors externs a l'ICS com a peces d'un mateix sistema (una xarxa de provisió de responsabilitat pública) i conduir una redefinició de les característiques organitzatives de l'ICS, així com de les pràctiques de gestió, amb l'objectiu de reforçar el seu paper com a proveïdor i assegurar-ne la sostenibilitat. Aquesta estratègia de modernització de la gestió requeria també, segons la consellera, la descentralització de les estructures i els processos de provisió. En altres paraules, la consellera advocava per l'autonomia en la gestió i la descentralització en el procés de decisió. Malgrat això, Geli identificava com a requisit previ la negociació tant amb el Govern espanyol com amb la resta de comunitats autònomes d'un nou model del finançament autonòmic, que assegurés la sostenibilitat tant dels governs autonòmics, en general, com dels sistemes autonòmics de salut, en particular.

Només en resposta a una pregunta formulada per un diputat del Partit Popular, es va posar sobre la taula la possibilitat de legislar sobre l'ICS. La qüestió s'adreçava directament a la intenció de la consellera d'aprovar una nova llei sobre l'ICS. Sense que aparentment hagués reflexionat prèviament sobre aquesta possibilitat, Marina Geli va contestar: «Li hem de donar més autonomia, i evidentment, segurament, doncs, a través d'un nou marc, diríem, legislatiu [...]. Hi ha 31.000 treballadors que treballen a l'Institut Català de la Salut. Em sembla que seria un error fer una revisió de la funció pública a través de la Sanitat [...]. En canvi, sí que hem de dotar d'instruments d'autonomia suficient» (*Diari de Sessions*, 30/1/2000, Sèrie C, núm. 4:30). Geli també va insistir que la seva conselleria respectaria els acords signats per CiU i la majoria de sindicats en les diferents regulacions per als proveïdors de l'ICS i externs a l'ICS, però va explicitar que buscaria la forma de complir amb l'obligació establerta a la mateixa LOSC del 1990 d'assolir una regulació laboral comuna per al conjunt del sistema sanitari (tant per als proveïdors de l'ICS com per a aquells externs).

Els compromisos de Geli es van traduir en l'establiment de dues prioritats: d'una banda, el decret que creava els governs territorials de Salut, que va ser aprovat a principis del 2006, i, de l'altra, la Llei de Salut Pública aprovada durant la següent legislatura (2009). Malgrat això, el compromís ambigu i poc planificat de legislar sobre l'ICS es va convertir ràpidament i també de forma poc planificada en objecte

d'atenció. A l'inici del seu mandat, Marina Geli va nomenar un nou director de l'ICS, Raimon Belenes. Belenes, un metge que prèviament havia estat un alt executiu dels serveis sanitaris d'Andalusia, tenia reputació de ser un gestor estricte, pragmàtic i amb àmplia experiència, que a més estava compromès amb la sostenibilitat del sector públic a través de la modernització d'estratègies de qualitat, eficiència i gestió. Belenes va rebre l'encàrrec de dissenyar un projecte per a la modernització de la gestió de l'ICS, i de treballar per a l'aprovació d'una llei específica. D'acord amb nombrosos responsables polítics i tècnics entrevistats, els anteriors directors de l'ICS havien intentat fer front a aquestes qüestions, a través de canvis legals o al marge d'actuació existent en la legislació vigent, però durant dues dècades no havien obtingut el suport polític necessari.

Una interpretació coincident entre els entrevistats sobre aquesta falta de suport és el fet que CiU identificava l'ICS com una mostra de les polítiques centralistes del Govern espanyol (en tant que havia estat una institució franquista transferida al Govern català el 1981, després de la transició democràtica), alhora que el considerava un exemple d'un model de gestió burocràtica obsolet. L'ICS representava, d'alguna forma, quelcom oposat a l'anomenat model català, que es basava en una xarxa de provisió indirecta, coordinada i finançada pel Govern català però que s'havia originat majoritàriament a partir d'iniciatives de la mateixa societat civil. Segons alguns responsables polítics i de gestió de l'ICS entrevistats per aquest estudi, CiU no només estava convençuda de la impossibilitat de modernitzar o transformar l'ICS en una organització eficient, sinó que, a més, no semblava que ho considerés una prioritat per a la millora del sistema sanitari català en general.

De fet, des que l'ICS havia estat transferit al Govern català el 1981, havia estat vist com una enorme estructura de gestió impossible, a dalt de la qual se situava el director de l'ICS escollit pel mateix Govern català però que tenia uns caps polítics fragmentats i, consegüentment, dèbils: la Conselleria d'Economia i Finances (finançament i control pressupostari), la Conselleria de Governació (relacions laborals i funció pública), la Conselleria de Salut (activitat i cartera de serveis) i la Conselleria d'Universitats i Recerca (investigació mèdica). La LOSC del 1990 preveia la desaparició de l'ICS, a través de la seva fragmentació i integració en la recent creada estructura de l'SCS com a un proveïdor més de la xarxa concertada de proveïdors. Malgrat això,

aquesta previsió no va ser executada i l'ICS es va mantenir en una situació d'indefinió legal. Si bé l'ICS havia perdut les seves funcions com a comprador a partir de la implementació de la LOSC (cosa que va reduir la desconfiança per part de la resta de proveïdors davant el fet que comprador i proveïdor fossin el mateix), l'ICS encara mantenia una regulació pública diferenciada (especialment pel que fa a l'estatut funcional i les relacions laborals) i funcionava amb mecanismes de finançament diferents.

La Consellera socialista de salut del govern tripartit, tot partint d'una nova visió de l'ICS, va fer pública la seva voluntat de modernitzar l'ICS a través de la seva figura jurídica però també amb canvis en les eines de gestió i autonomia. Aquesta modernització havia d'apropar el proveïdor públic al funcionament dels contractats, tot assegurant la seva sostenibilitat com a peça central del sistema de salut.

La consellera era conscient que per tal de seguir aquesta ruta necessitava guanyar-se la credibilitat del Departament d'Economia. Bona part dels responsables polítics i de gestió entrevistats per a aquest estudi han argumentat que una raó clau per la manca de suport a la reforma de l'ICS fins a aquell moment es trobava en l'oposició de la Conselleria d'Economia i Finances del Govern català –i de la seva Intervenció General– davant la possibilitat de perdre el control financer *ex ante*. L'ICS tenia un pressupost diferenciat en el marc del pressupost del Govern, amb una estructura centralitzada i un estricte control *ex ante*, fet que era considerat essencial per assegurar el control de la despesa i del dèficit per part de la Intervenció, de manera que les opcions de descentralització o controls *ex post* eren vistos com a mecanismes de reducció d'aquesta capacitat d'inspecció. Els responsables de la Conselleria d'Economia havien mostrat la seva oposició a aquesta possibilitat, fonamentant el seu posicionament en la idea que el pressupost sanitari és, per raons estructurals (costos tecnològics, estructura d'edat de la població...), potencialment incontenible.

Geli estava decidida a comptar amb la Conselleria d'Economia com a col·laboradora en la reforma i no com a oponent, de forma que era conscient de la necessitat de guanyar-se la seva credibilitat. Des de l'inici dels seus mandats, a partir d'una iniciativa de Geli, tant la consellera de Salut com el conseller d'Economia i Finances, Antoni Castells, van acordar la necessitat que els seus màxims càrrecs de confiança tinguessin reunions mensuals, de forma que Economia pogués seguir

de prop com l'ICS millorava els seus objectius gerencials. A més, també van arribar a un acord per tal de sanejar el deute públic de sanitat, cosa que significava que bona part del creixement pressupostari previst al pressupost sanitari aniria al sanejament de la despesa diferida, és a dir, la despesa que s'ha generat en anys anteriors però en base a un pagament diferit. Finalment, Geli i Castells van crear una Comissió per a la Reforma del Finançament en Salut l'any 2005, integrada per experts amb diferents punts de vista i a la qual s'encarregà l'elaboració de propostes concretes amb l'objectiu de garantir la sostenibilitat del sistema sanitari.³³

Especificant les alternatives: la transformació de l'ICS en una empresa pública

Per part de l'ICS, Belenes era coneixedor que la majoria dels informes i estudis encarregats pels equips gerents de l'ICS anteriors havien estat elaborats sense la participació de la Conselleria d'Economia. Per aquesta raó, es va reunir en dues ocasions amb el conseller d'Economia i amb el cap de la Intervenció General amb l'objectiu d'explicar-los el seu projecte. Belenes es va comprometre a aportar proves sobre la capacitat de l'ICS per dur a terme una gestió eficient que reduiria el dèficit durant els anys següents. Va revisar els estudis elaborats en anys previs, entre els quals hi havia diversos informes encarregats a la consultora McKinsey, així com les diferents iniciatives de millora en la gestió i modernització que havien estat desenvolupades pels equips gerents anteriors sota l'últim govern de CiU. Aquestes iniciatives incloïen informes sobre estratègia, comunicació, formació i la implementació d'un nou model de carrera professional i remuneració, així com dos decrets del 2001 sobre desburocratització. Amb l'excepció d'un informe legal que Belenes va encarregar a un professor de dret administratiu, la resta de treballs van ser elaborats dins dels departaments jurídics de l'ICS i la Conselleria de Salut. Belenes va preparar un primer esborrany del

33 L'informe d'aquesta Comissió (Grup de Treball per a la Racionalització i Finançament de la Despesa Sanitària), del 3 de febrer del 2005, està disponible a <http://www.metgesdecatalunya.cat/uploaded/File/Documentacio/Informes/General/document_savis_sanitat.pdf> [última consulta, 22 de febrer del 2013].

projecte, que va obtenir el vistiplau de Marina Geli. Aleshores es va iniciar una etapa de gairebé dos anys de discussions de les diferents opcions de formes legals possibles per al nou marc de l'ICS, discussions amb altres conselleries del govern, partits polítics i els sindicats, encapçalades pel director de l'ICS.

Les negociacions es van centrar en quatre temes: la personalitat jurídica, el grau d'autonomia financera, el règim laboral dels treballadors sanitaris (funcionarial o laboral) i el grau d'unitat organitzativa o de desagregació. Les negociacions relatives a la personalitat jurídica de l'ICS van avançar de forma relativament ràpida. La consellera Geli pretenia mantenir la titularitat pública de l'ICS i va suggerir transformar-lo en empresa pública. Belenes i l'equip gerencial de l'ICS, després d'estudiar diferents alternatives, van donar suport a aquesta opció. Altres alternatives van ser descartades per diferents motius. A tall d'exemple, la idea d'una societat pública va ser abandonada per la necessitat de vinculació amb la legislació del Govern central i l'alternativa de crear una societat anònima amb capital públic va ser rebutjada per tal d'evitar el debat sobre la privatització. Per la majoria dels actors entrevistats, es tractava d'un debat de tarannà tècnic sobre el qual hi havia acord. Des de l'inici del procés de negociació els responsables polítics havien considerat la possibilitat de crear una empresa pública *sui generis*, en tant que es volia limitar el grau d'autonomia financera i es pensava en un règim únic de contractació.

La negociació del segon tema, el grau d'autonomia financera del futur ICS, estava condicionada per la històrica oposició de la Intervenció General del Departament d'Economia i Finances. L'ICS operava amb un control financer *ex ante* (baix nivell d'autonomia) però gradualment havia anat incorporant (en certs aspectes) l'auditoria financera permanent (nivell mitjà d'autonomia) amb auditories mensuals o trimestrals. Hi havia una tercera alternativa: el control *ex post* (nivell més alt d'autonomia), habitual en les empreses públiques. Segons els responsables implicats, la col·laboració entre les conselleries de Salut i Economia en base a unes reunions de control mensuals havia construït un cert nivell de confiança en la capacitat de l'ICS d'implementar una gestió eficient. El posicionament dels caps d'Economia i de la Intervenció General va ser afavorir l'augment d'autonomia alhora que exigien responsabilitat directa: l'auditoria permanent va ser preferida al control *ex post*, fins i tot quan aquest últim es mostrava més àgil. Els sindicats preferien

que l'ICS es mantingués dins del marc de control administratiu previ: «Era qüestió d'ideologia.» (Entrevista amb un exrepresentant sindical.) D'acord amb alguns membres de l'equip gestor de l'ICS, dins d'aquest organisme també es preferia el model existent, en tant que delegava la responsabilitat en el controlador (la Inspecció de la Conselleria d'Economia). El resultat de la negociació va desembocar en la tria d'una auditoria permanent i semestral, que implicava un increment en l'autonomia contable i financera de l'ICS però menys d'allò que és habitual en les empreses públiques.

Mentre que el procés de negociació va ser relativament ràpid pels dos primers temes tractats, la negociació en relació amb els règims laborals de la plantilla i el grau d'unitat organitzativa o desagregació del futur ICS va ser més lenta i complexa. Aquest procés va implicar no només la Conselleria d'Economia i Finances i els sindicats, sinó també la Conselleria de Governació (responsable de la regulació de la funció pública), la qual estava en mans d'un altre dels socis de govern: ERC. Els alts càrrecs entrevistats coincideixen a afirmar que aquesta negociació va estar marcada per posicions ideològiques i un context turbulent dins la professió mèdica. De fet, nou dies abans que la llei fos enviada al Parlament, la Unió de Metges de Catalunya, el sindicat més gran de la professió mèdica, va anunciar una vaga de cinc dies per a finals de març del 2006 i dos mesos després van convocar una nova vaga que finalment va ser cancel·lada. Els professionals protestaven contra el que consideraven unes condicions laborals insostenibles i contra les diferències existents pel que fa a aquestes condicions entre els proveïdors contractats i l'ICS.

En aquest context la llei va ser enviada al Parlament a principis d'abril del 2006. Tot i que els primers acords van avançar de forma positiva, com els referents a la conservació de l'estatut de treballadors públics, la llei es va aturar el juliol del 2006, com a conseqüència de la convocatòria d'eleccions anticipades. La raó se situava en l'escenari de la política macro: després que el nou Estatut d'Autonomia fos aprovat el setembre del 2005 pel Parlament de Catalunya, va ser enviat al Parlament espanyol, que el va aprovar definitivament el març del 2006, després de reduir notablement les peticions identitàries i de finançament. ERC considerarà aquesta revisió com a inacceptable i va demanar el *no* al referèndum que havia de suposar la fase final d'aprovació del nou text estatutari. El president Maragall va expulsar ERC de la coalició

de govern i va convocar eleccions per després del referèndum. Les eleccions van tenir lloc al novembre i van donar la victòria a CiU, tant en percentatge de vots com en nombre d'escons,³⁴ però els tres partits del govern anterior (PSC, ERC i ICV) van acordar la reedició del pacte i la formació del govern de centreesquerra (govern d'entesa).³⁵

La presa de decisió: l'aprovació de la llei de l'ICS l'any 2007

El nou president del Govern català, José Montilla, va donar suport a la continuïtat del procés de negociació de la llei de l'ICS: «El President volia que la [nova] llei comptés amb pau social i amb el màxim consens polític» (en paraules d'un exalt càrrec polític del govern entrevistat). Per la seva part, Geli i Castells van ser reelegits com a consellers de Salut i Economia i Finances, respectivament. A l'ICS es va produir, però, un canvi important amb la substitució de Raimon Belenes per Francesc José María com a director. José María era un advocat i secretari del Consorci d'Hospitals de Catalunya, una associació que havia representat els interessos dels governs locals en el sector sanitari durant els 20 anys previs (Gallego 2001). El seu perfil s'associava amb un model de gestió pública descentralitzada i ell mateix va explicitar la seva voluntat d'introduir canvis significatius en l'ICS, tals com la desagregació en diferents unitats sobre el territori i la progressiva incorporació de personal no funcional. Així que, amb el suport de Geli, la llei va ser ràpidament enviada de nou al Parlament, i José María va iniciar la tasca de negociar amb els partits polítics i sindicats per accelerar-ne el procés.³⁶

Amb la resolució dels temes sobre la personalitat i el grau d'autonomia financera del futur ICS definits en la legislatura anterior, les

34 CiU va obtenir el 31,5% dels vots (amb 48 diputats) i el PSC, el 26,8% (37 diputats).

35 Aquesta situació va causar una forta tensió en l'arena política entre aquells que consideraven que CiU era el guanyador legítim i aquells que consideraven que la coalició tripartita havia guanyat les eleccions. A més a més, CIU va interpretar aquella legislatura com l'última a l'oposició i va començar a preparar el retorn al poder.

36 «Era necessari aprovar ràpidament la llei perquè un cop entres en la segona part de la legislatura, tothom comença a pensar en les eleccions i tot plegat es complica.» (en paraules d'un exalt càrrec polític del govern).

negociacions de la segona legislatura es van centrar en el grau d'unitat organitzativa o desagregació del futur ICS i en l'estatut laboral (funcionarial o laboral) de la seva plantilla. Respecte a aquest darrer assumpte, hi havia dues alternatives. CiU i el PP apostaven per una reducció progressiva del nombre de funcionaris; els sindicats, juntament amb ERC i ICV, donaven suport, en canvi, al manteniment del règim de funció pública. Dins del PSC hi havia diversitat d'opinions. Finalment, es va assolir un acord amb els sindicats, en el qual el govern es comprometia a no alterar el règim funcionarial de la plantilla de l'ICS, amb l'excepció d'algunes circumstàncies molt concretes. Els actors implicats destaquen com a punts clau de la negociació d'aquest tema la voluntat de mantenir la «pau social», la posició inicial de Geli, la dificultat de gestionar una empresa pública amb plantilla contractada sota dos règims diferents (laboral i funcionarial) i, finalment, la crida a la vaga dels professionals mèdics del 2006.

El tema de la unitat organitzativa o la desagregació del futur ICS enfrontava diferents alternatives: la desagregació de l'ICS en diferents empreses públiques, la creació d'un hòlding d'empreses públiques (organitzacions amb diferents personalitats jurídiques) o el manteniment de la unitat legal existent. Dins del Govern, fins i tot dins del PSC, hi havia diversitat d'opinions. Alguns líders (incloent-hi el director de l'ICS, José María) es mostraven favorables a la desagregació, mentre que d'altres (com la mateixa Geli) preferien la descentralització (territorial i de presa de decisions) però eren menys proclius a la creació d'un hòlding d'empreses. Els caps de la Conselleria d'Economia i Finances (i la Intervenció General) no confiaven en l'opció de la desagregació, en tant que consideraven que era perillós per la possibilitat d'un increment de la despesa pública sense control previ. Per la seva banda, la Conselleria de Governació (en mans d'ERC) s'oposava a la desagregació però en aquest cas a causa del posicionament del mateix partit (i els seus assessors en qüestions sanitàries) que apostaven per la unitat legal per assegurar una provisió directa i clarament pública dels serveis sanitaris.

Entre l'oposició parlamentària, CiU també expressà opinions diverses respecte a aquest aspecte. Un sector significatiu defensava l'opció de la desagregació, una posició que era compartida pel Col·legi de Metges de Barcelona, que animava a l'establiment de companyies gestionades pels mateixos professionals sanitaris. L'alternativa d'introduir

la col·laboració publicoprivada per tal que les instal·lacions de l'ICS poguessin ser aprofitades per companyies privades també va ser contemplada. Malgrat això, un altre sector rellevant de CiU s'oposava a aquestes propostes, interpretant-les com un possible escenari per a la competència entre sectors públics i privats que no se sabia a qui podria beneficiar. Paradoxalment, i per diferents raons ideològiques, ICV i ERC compartien el seu posicionament amb aquest sector de CiU en la seva oposició a la desagregació i a l'ús per empreses privades dels recursos de l'ICS. És per això que l'alternativa escollida va ser transformar l'ICS en una única empresa pública, de forma que les seves unitats de provisió (hospitals i centres d'atenció primària) no tindrien legalitat jurídica independent. Alhora, quedava prohibit l'ús dels serveis i instal·lacions de l'ICS per part de la sanitat privada.

La llei per a la creació de l'empresa pública de l'ICS va ser aprovada per unanimitat el juliol del 2007, amb els vots favorables del principal partit de l'oposició (CiU), entre d'altres. Els actors entrevistats afirmaven que hauria estat difícil per a CiU aprovar una llei similar si haguessin estat en el poder, especialment en un context econòmic de recessió. Les característiques de la llei no satisfia CiU, que hauria preferit apostar per la introducció del règim laboral per a la plantilla i la desagregació organitzativa. Però els líders del partit (així com els seus assessors en matèria sanitària) veien la llei com una oportunitat i un primer pas que obria la porta a una posterior reforma de l'ICS –una reforma que podria ser engegada en un futur a curt termini, un cop que CiU tornés a governar, si les enquestes eren correctes.³⁷

L'aprovació de la llei per unanimitat va ser també interpretada, des d'un punt de vista contrari, com el tancament a canvis més profunds. Per la gran majoria dels actors entrevistats, la llei tenia un impacte limitat sobre l'activitat concreta de gestió de l'ICS, de forma que era vista més aviat com la formalització de pressions de canvi que venien des de la mateixa organització. La llei demostrava, així, que era possible eliminar algunes de les inèrcies d'oposició a la reforma a través de millores graduals i, sobretot, que es legitimava el lloc que l'ICS havia d'ocupar en el marc del model sanitari català.

A partir de l'any 2010 el mapa polític de Catalunya i d'Espanya va canviar significativament. Primer, CIU va guanyar l'any 2010 les

³⁷ Vegeu CEO 2013.

eleccions i va tornar a governar en minoria. Uns anys després CiU va ser també la força guanyadora a les eleccions municipals del 2011, i va assolir els governs de molts municipis que històricament havien estat governats pel PSC (entre els quals la ciutat de Barcelona). Finalment, a finals de l'any 2011, el Partit Popular va guanyar les eleccions generals amb majoria absoluta, després de dues legislatures (des del 2004) de govern socialista (PSOE). I tot això es va produir en un context de recessió econòmica i profund descontentament polític.³⁸

Entre les primeres mesures polítiques del govern convergent hi havia la llei òmnibus del 2011, una llei que implicava la modificació simultània d'un gran nombre de lleis prèvies, com ara la llei de l'ICS. Amb l'únic suport parlamentari del PP, CiU en va modificar aspectes rellevants, com que les unitats de provisió de l'ICS podrien optar a tenir personalitat jurídica pròpia, cosa que obria la porta a la desagregació; que les instal·lacions de l'ICS podrien ser emprades per la sanitat privada, i que la possibilitat de contractar personal laboral i no estatutari deixés d'estar limitada a circumstàncies excepcionals.

Aquestes mesures van ser preses en un context de crisi econòmica i conflicte social, amb una reducció del pressupost sanitari català d'aproximadament un 7% l'any 2011 i un 5% el 2012 (MSSSI 2012). En aquest escenari, la majoria dels actors entrevistats veien una ruptura ideològica del consens polític i social (especialment entre CiU i el PSC) que havia caracteritzat el model sanitari català: un model valorat per la seva aparent flexibilitat, però qüestionat per la seva «manca d'oxigenació» (en paraules d'un exalt càrrec polític del govern entrevistat).

L'explicació de la reforma de la política de gestió pública en el sector sanitari català

Com es pot explicar la inclusió en l'agenda de la reforma de l'ICS? Com hem vist, hi havia aparent acord respecte a les raons estructurals que havien dissuadit de la seva inclusió en l'agenda durant les dues dècades i mitja prèvies. La falta de suport polític a les successives iniciatives de l'equip directiu de l'ICS per a la modernització de la gestió havia

³⁸ Vegeu, per exemple, Rico 2012.

estat justificada en base a factors estables de context: la complexitat jurídica, l'oposició dels sindicats als canvis en l'estatut dels treballadors públics, l'oposició per part de la Conselleria d'Economia i Finances a un control *ex post* i la manca de recursos per al sanejament del deute abans de convertir l'ICS en empresa pública. No obstant això, en el discurs polític de CiU aquests factors eren relacionats explícitament amb la imatge del tema de l'ICS com a organització obsoleta i de gestió impossible, que representava el model de provisió oposat al que s'havia desenvolupat i consolidat durant dècades a Catalunya. CiU estava convençuda que els esforços per reformar o modernitzar l'ICS estaven condemnats al fracàs. A més, en el seu discurs, la gestió de l'ICS es considerava una reminiscència de les polítiques centralistes del franquisme. CiU es decantava per la desagregació de l'ICS i que s'inclogués en una xarxa variada de proveïdors autònoms amb diferents personalitats jurídiques. En resum, la imatge del tema de la reforma de l'ICS era definida en l'àmbit de la política de gestió pública i dins d'una arena política confrontada perquè es vinculava directament a la controvèrsia sobre l'organització territorial del poder a Espanya.

El canvi ideològic en el govern de Catalunya després de les eleccions del 2003 va ajudar a activar el mecanisme d'atribució d'oportunitat en diferents fronts i va portar nombrosos actors a creure que els seus esforços podien provocar canvis polítics. L'impacte d'aquest mecanisme va ser fortament reforçat per diversos factors. En primer lloc, un esdeveniment focalitzador en el corrent polític –la victòria d'un «partit germà» del PSC, el PSOE, al Govern central– va crear expectatives positives sobre la relació entre Espanya i Catalunya. En segon lloc, un increment significatiu del pressupost regional va tenir efectes vessament sobre diferents àmbits polítics, incloent-t'hi la política sanitària. L'increment pressupostari va ser el resultat d'un canvi en l'àmbit de la política macroeconòmica amb l'aprovació l'any 2001 d'un nou model de finançament territorial i la millora del cicle econòmic. Com a líder d'esquerres del moviment municipalista i amb una prospectiva pressupostària generosa, les prioritats de la consellera de Salut Marina Geli poden ser interpretades sota la lògica de l'adequació: havia de promoure la modernització i sostenibilitat del sistema sanitari públic, però havia de fer-ho a través del reforçament del paper polític dels governs locals en l'elaboració i gestió de la política sanitària. La consellera havia explicitat a l'inici del mandat uns objectius polítics de

poca confrontació: la consolidació de les característiques estructurals del sistema sanitari de Catalunya, la promoció d'una millor regulació de la salut pública, la promoció de serveis de qualitat i la modernització de la gestió de l'ICS; tot plegat sota el paraigua de la territorialització.

Amb el nomenament de Belenes com a director de l'ICS, Geli el certificava com a actor, en base a la seva reputació en l'àmbit de la gestió. En clar contrast amb els consellers anteriors, el suport polític a la reforma legal i de gestió va ser explícit des del moment en què va encarregar el projecte a Belenes. El missatge era clar i implicava una redefinició de la imatge del tema: els canvis legals podien ser definits i promoguts dins del mateix ICS i la modernització era necessària –i viable– per tal d'assegurar la sostenibilitat de l'ICS dins del sistema sanitari català. Tant Geli com Belenes defensaven la modernització de l'ICS com un tema de gestió pública, conceptualment i processualment diferent d'altres temes o iniciatives promogudes per la Conselleria de Salut que afectaven altres àmbits polítics. Per tant, l'elaboració i aprovació del decret dels governs territorials de Salut del 2006 i l'elaboració de la Llei de Salut Pública del 2009 en l'àmbit de la política sanitària podrien tenir efectes vessament positius sobre el cicle de la política de gestió pública de la llei de l'ICS. Si la llei de l'ICS era finalment aprovada, podria ser interpretada com un reforçament del programa de govern però el seu desenvolupament no havia d'interferir en les altres dues peces de la regulació.

Com podem explicar que el procés d'especificació d'alternatives impliqués la consideració d'opcions que fins a aquell moment havien estat descartades com a inviables i massa complexes? Tant la consellera de Salut, Geli, com el director de l'ICS, Belenes, eren conscients que el subsistema de política de gestió pública sanitària estaven altament fragmentats entre els departaments de Salut, Economia i Finances i la seva unitat d'Intervenció, Governació i el mateix ICS. El mecanisme d'aprenentatge de política pública (*policy learning*) els va fer interpretar aquesta fragmentació com un dels principals obstacles per a la negociació en anys anteriors. Per això, tant Geli com Belenes van iniciar accions conscients per tal d'apropar els posicionaments i promoure la cooperació per a la construcció de la confiança; per exemple, a través de les reunions d'informació i de control regular entre els alts càrrecs d'Economia i Salut, a més de l'acord per sanejar gradualment el deute sanitari. Un

efecte interferència positiu per permetre aquest acord va derivar de l'increment pressupostari autònom.

L'esforç per tal d'aportar evidència sobre la millora de la gestió es va deslligar inicialment de les tasques de disseny de la llei per part de l'equip directiu de l'ICS, en un intent de mostrar una voluntat política de canvi real i no només un acte simbòlic de cara a l'aprovació de la llei. Aquest treball va permetre una retroalimentació de rendiment (*performance feedback*) permanent sobre la millora en la gestió financera, fet que va ajudar que la Conselleria d'Economia i Finances acceptés l'alternativa d'un increment en el grau d'autonomia financera. En aquest punt, la lògica de l'adequació (*logic of appropriateness*) no va conduir al biaix institucional dels anys anteriors que justificava l'oposició d'Economia a qualsevol increment en el control *ex post*.

El ritme de l'especificació d'alternatives va ser ràpid, parcialment pel compromís professional d'un actor qualificat per proposar alternatives –el director de l'ICS– i pel contacte freqüent entre la consellera de Salut i el director de l'ICS, cosa que proporcionava suport polític als actors qualificats. Aquest fet ajuda a entendre per què, tot i que la legislació sobre l'ICS no era una prioritat política per a la consellera de Salut, l'estatus del tema de la iniciativa pujava posicions en la seva agenda i el subsistema de política pública donava impuls a la presa de decisió.

Com podem explicar que la decisió fos aprovada per unanimitat al Parlament després d'un procés relativament ràpid, quan durant dues dècades i mitja s'havia considerat impossible a causa de la seva complexitat? La llei s'havia aturat com a resultat del final avançat de la legislatura l'any 2006, de forma que el mecanisme de certificació d'actor a través del qual els consellers d'Economia i Salut van ser ratificats en els seus càrrecs va implicar l'aprovació de les seves iniciatives prèvies i va facilitar l'acceleració del procés. El nomenament per part de Geli d'un nou director de l'ICS, amb un perfil més municipalista i més favorable a la gestió privada, va activar el mecanisme de certificació d'actor: el canvi assenyalava un compromís polític més clar amb la reforma.

No obstant això, el nou president del Govern va demanar concessions i negociacions per tal de preservar la pau social. L'alternativa escollida de convertir l'ICS en una empresa sui generis de personalitat jurídica pròpia i amb una estructura única va aplegar un ampli consens

sobre la base de la inclusió d'algunes excepcions legals: evitar connexions amb la legislació del Govern central, evitar el controvertit debat sobre la privatització i protegir l'estatus funcional dels treballadors. El mecanisme activat aquí va ser el d'atribució d'oportunitat per part de tots els actors implicats: alguns van interpretar aquest disseny com un mecanisme de protecció i consolidació de la força de l'ICS dins del sistema sanitari català, mentre que d'altres consideraren que es tractava d'un primer pas cap a futurs canvis.

Conclusions

La natura i abast de l'autonomia política regional a Espanya és un tema permanent en el discurs polític i l'anàlisi política sobre presa de decisions, amb especial èmfasi sobre els factors que condicionen l'elaboració de polítiques per part dels governs autonòmics, particularment en àmbits polítics com la salut, que van ser transferits com a competències exclusives a les comunitats autònomes. El cas exploratori aquí presentat mostra que els decisors polítics dels governs autonòmics es refereixen a aquests factors a l'hora de justificar les seves preferències, (in)accions i eleccions polítiques. Malgrat això, també mostra que aquests factors (sistema de finançament autonòmic, estructures heretades en l'àmbit polític, els papers institucionals o les coincidències d'un partit polític als governs autonòmic i central) no sempre exerceixen la mateixa influència sobre la seva capacitat de presa de decisions. Contràriament, la influència de factors contextuals estables i dinàmics canvien al llarg del temps, en funció de com els actors els interpreten i actuen consegüentment.

Aquest estudi de cas reforça alguns dels arguments formulats anteriorment per la recerca comparada sobre la formulació de polítiques de gestió pública, particularment en el marc de l'institucionalisme processual (Barzelay 2003; Barzelay, Gallego 2010b).

En primer lloc, en un estat descentralitzat com Espanya, la reforma de la gestió pública pot entrellagar-se amb la controvèrsia política sobre la governança pública, com és el cas de l'organització territorial i la consegüent relació entre el Govern central i l'autonòmic. Per tant, si bé el marc de múltiples fluxos permet pensar que els factors polítics que influeixen en la reforma de la gestió pública són l'opinió pública,

les bases de la competició partidista i els canvis de govern, aquest enfocament inclou també la contenció política sobre les característiques dels sistemes polítics i de govern al país.

En segon lloc, aquesta influència pot ser canalitzada a través de la formulació de qüestions de gestió pública i de les alternatives observades per a la negociació i la tria final. Tal com mostra el cas analitzat aquí, les percepcions dels actors de les dinàmiques de govern multi-nivell els porta a elaborar arguments explícits a favor o en contra de la reforma general, o de les alternatives concretes, sobre les bases de vinculacions potencials amb la política espanyola i les estructures de poder.

En tercer lloc, els actors que fixen l'agenda tendeixen a formar part del nivell executiu i la seva voluntat política i les seves accions són d'especial importància per a la inclusió dels temes en l'agenda. No obstant això, aquest estudi mostra que quan la reforma de la gestió pública se circumscriu a un àmbit concret de política, com el de la salut, l'impulsor de la inclusió d'un tema en l'agenda es troba més probablement dins la cúpula política de la corresponent conselleria. L'èxit en la inclusió del tema en l'agenda global del govern depèn de com l'enquadrament del tema reflecteixi el discurs governamental sobre la governança multinivell.

En quart lloc, com en casos de política de gestió pública del conjunt del govern, la inclusió d'un tema en l'agenda i els processos de generació d'alternatives per a la reforma de la gestió pública d'un sector concret semblen estar estretament acoblats, fet que escurça la durada de les fases predecisòries del cicle polític.

En cinquè lloc, tal com mostren altres investigacions, l'especificació d'alternatives està influïda per les prerrogatives dels actors institucionals en el subsistema polític, el seu perfil i trajectòria i les condicions heretades del corrent polític.

En sisè lloc, les polítiques d'elaboració de gestió pública en un sector específic, com el de la salut, estan influïdes per la manera com els actors del subsistema polític interpreten els esdeveniments passats i futurs en les seves relacions amb altres actors afectats per les alternatives polítiques sota consideració.

Finalment, les polítiques de la gestió pública del sector concret són altament sensibles als efectes vessament i als efectes interferència que deriven de les condicions i esdeveniments que tenen lloc en àmbits polítics veïns. Malgrat això, mentre que la recerca comparada ha

aportat una àmplia evidència de com la crisi econòmica ha conduït a una accelerada reforma en la gestió pública, aquest estudi mostra que els cicles econòmics de creixement també poden aplanar el camí per a la reforma. Això és especialment rellevant per a l'extensió del coneixement de la recerca en l'anàlisi de la política de reforma de la gestió pública. La literatura comparada ha plantejat insistentment qüestions sobre per què, en resposta a crisis econòmiques, molts països es van endinsar en reformes de la gestió pública durant la dècada dels 80, 90 i posteriorment, mentre que d'altres se'n mantenien al marge. Entre aquests últims, figuren aquells de tradició administrativa napoleònica, i la recerca ja ha demostrat com identificar i entendre millor les polítiques de gestió pública en aquests països (Ongaro 2008, 2010; Barzelay, Gallego 2010b). En canvi, queden encara sense explorar temes com el de com els cicles econòmics expansius influeixen en la formulació de polítiques de gestió pública i com, en estats descentralitzats, aquesta influència divergeix entre el Govern central i el regional.

Capítol 5

GIR EN LA POLÍTICA SANITÀRIA A ANDALUSIA? EL MODEL DE GESTIÓ A DEBAT

En aquest capítol continuarem amb l'anàlisi de l'exercici de l'autonomia política per part de governs subcentrals en el marc d'un estat descentralitzat. En aquest cas, però, no ens centrarem en l'observació d'un procés de presa de decisió concret, com hem fet per al cas de Catalunya, sinó que analitzarem una trajectòria de política pública al llarg d'una dècada. És a dir, en lloc d'estudiar un cicle de política pública específic, delimitat temporalment per l'emergència i entrada en l'agenda governamental d'un tema i l'eventual presa d'una decisió, ens centrarem en com i per què es manté (o no) el contingut i rumb de la política sanitària a Andalusia durant la dècada del 2000.

Els estudis sobre l'evolució del model sanitari andalús des de mitjans dels anys 80 identifiquen una construcció de discurs que vincula exercici d'autonomia política i materialització efectiva del dret a la salut, sota cobertura universal. En aquest marc, evidencien també com els governs andalusos han pres opcions de política pública que han acabat configurant un model sanitari de prestació pública directa, jeràrquicament integrat (Gallego, Subirats 2011 a i b). De fet, en l'argumentari polític andalús hi predomina l'associació entre autonomia política, protecció del dret a la salut i model de gestió: es considera que el model de gestió desplegat va ser clau per assolir els objectius de la política sanitària autonòmica. Aleshores, per què durant la primera dècada del 2000 es van desplegar sobre el territori proveïdors públics amb model de gestió empresarial? Fins a quin punt això ha implicat un gir en la trajectòria del model sanitari andalús o, per contra, ha suposat el seu reforçament? Aquestes actuacions van precedir la irrupció de la crisi a finals del 2008. Va influir el nou model de finançament autonòmic en aquestes iniciatives? I quin va ser l'impacte de la crisi en aquesta trajectòria?

Com en el cas català analitzat en el capítol anterior, la intersecció d'arguments polítics i econòmics en el cas andalús ens permet ubicar la seva anàlisi en el marc de la literatura sobre federalisme fiscal. Segons

aquesta literatura, el Govern andalús, com a govern subcentral, pren les seves decisions condicionat, en primer lloc, pels recursos econòmics disponibles (provinents del model de finançament territorial i altres fonts de finançament). Tanmateix, en aquesta recerca assumim que factors polítics, com la ideologia del partit en el govern, influeixen també de manera rellevant les opcions de política pública que es despleguen. En el cas d'Andalusia la ideologia hi juga un paper destacat. D'una banda, el partit governant (PSOE) no ha canviat en aquest període i els decisors públics han apel·lat a un posicionament d'esquerres de manera explícita a l'hora d'argumentar les seves decisions. De l'altra, hi ha hagut un procés conscient, per part del Govern andalús, de construcció d'una identitat política en el marc de l'estat autonòmic (Grau 2000). L'anàlisi que aquí presentem, integrarà, per tant, factors econòmics i polítics en la interpretació de les decisions que han marcat la trajectòria de la política sanitària andalusa en la darrera dècada.

Per a aquesta anàlisi de trajectòria de política pública utilitzarem el model de l'equilibri puntuat (*punctuated equilibrium*) de Baumgartner i Jones (1993), un dels més contrastats en la recerca comparada sobre continuïtat i canvi en les polítiques públiques. Segons aquests autors, la probabilitat que es produeixi un gir en les polítiques d'un àmbit sectorial concret és baixa, mentre les decisions es continuïn prenent dins del mateix nucli d'actors i institucions (subsistema de política pública). Un canvi de trajectòria (*policy shift*) s'inicia amb un desafiament de la imatge prevalent de temes (*issue image*) centrals del sector per part, normalment, d'actors externs al subsistema. Això comporta una reorganització conceptual de l'estructura del sector (*policy domain*), és a dir, de les creences i els discursos sobre les interrelacions entre els temes que es consideren rellevants dins del sector de política pública. Aquest procés acaba desacreditant les estructures institucionals i el nucli d'actors que habitualment elaboren la política pública en aquell sector (*policy subsystem*).

En el cas andalús, explorarem fins a quin punt les actuacions de canvi de model de gestió sanitària representen un gir en la trajectòria precedent i en farem una interpretació en base als conceptes i al model de l'equilibri puntuat. Les dades empíriques utilitzades en aquest estudi inclouen entrevistes semiestructurades a nou informadors clau que han estat directament implicats en els processos de decisió i gestió analitzats o bé que tenen coneixement privilegiat sobre aquests, així

com dades qualitatives i quantitatives sobre els factors rellevants segons el model teòric presentat.

El capítol resumeix, en primer lloc, el model teòric que guiarà l'estudi de cas, identificant crítiques i fent propostes que el complementen. A continuació es presenten els antecedents del cas, és a dir, les característiques del model sanitari andalús consolidat entre mitjan anys 80 i el 2000, centrant-nos en els elements del model d'equilibri puntuat. En la següent secció es fa la interpretació del cas –el gir (o no) del model de gestió sanitària durant la primera dècada del 2000– segons la proposta analítica de Baumgartner i Jones. El capítol conclou amb les preguntes plantejades sobre el gir en la política sanitària andalusa i identificant les limitacions del model interpretatiu.

Enfocament analític

La recerca comparada sobre l'estabilitat i el canvi en les polítiques públiques analitza els factors que expliquen el manteniment o canvi de direcció en les seves trajectòries, en diferents àmbits sectorials. Al llibre *Agendas and Instability in American Politics* (1993), de Baumgartner i Jones, i en revisions posteriors (Baumgartner, Jones 2002; True, Jones, Baumgartner 2007) les trajectòries de les polítiques públiques es representen com un procés acumulatiu de decisions i actuacions que, al llarg del temps, consoliden discursos, determinades visions dels principals temes del sector, xarxes d'actors amb influència preeminent en els processos d'elaboració de les polítiques i dinàmiques d'interacció que acaben configurant trets d'una certa estabilitat en els diferents sectors de polítiques públiques. En aquest marc, observen que un mateix sistema institucional de govern pot produir tant un ampli conjunt de petits ajustos en l'estatus quo com girs radicals que s'aparten del camí precedent, i es plantegen explicar ambdues coses: per què es manté o canvia la direcció de la trajectòria de polítiques públiques.

Aquests autors parteixen de supòsit que la racionalitat és limitada: els sistemes polítics, com les persones, no poden processar de manera simultània tots els temes que pugnen per entrar a l'agenda de les institucions. Per això, els subsistemes de polítiques públiques s'utilitzen com a mecanismes que permeten al sistema polític implicar-se en processos paral·lels de diferents temes. Milers de temes poden ser

tractats simultàniament en paral·lel en els seus subsistemes respectius. Un subsistema inclou l'estructura institucional responsable de l'elaboració de polítiques en un determinat àmbit, juntament amb pautes relativament estables, formals i informals de relació que influeixen la participació en les instàncies en què es prenen les decisions. En un subsistema³⁹ hi poden participar, segons el cas, directius públics de diversos rangs, càrrecs polítics i decisors públics, experts interns i/o externs a les estructures d'autoritat formal grups d'interès, etc.

Dins d'un subsistema, els monopolis de política pública (*policy monopolies*) tenen una estructura institucional que es defineix com a responsable de l'elaboració de polítiques sobre temes o àmbits concrets, i la seva responsabilitat es recolza en una imatge o idea amb ampli reconeixement, connectada amb valors polítics predominants. Tal com argumenta Stone (2002), la definició dels problemes no implica només la definició d'objectius i la mesura de la distància a què ens trobem d'ells. Es tracta més aviat de la representació estratègica de situacions. Les imatges dels temes o definicions dels problemes són representacions perquè cada descripció d'una situació és només un retrat des d'un dels punts de vista possibles. Aquestes representacions són estratègiques perquè els grups, els individus i els governs construeixen deliberadament i conscientment retrats per promoure les alternatives d'actuació que prefereixen. Les representacions dels problemes, les imatges dels temes, es construeixen per aconseguir suport enfront dels oponents.

Segons Baumgartner i Jones (1993), el monopoli sobre una determinada imatge del tema (*issue image*) fonamenta, d'una banda, l'estabilitat de l'estructura del sector de la política pública (*domain structure*), és a dir, les creences sobre les interrelacions entre els diversos temes que es considera que formen part del sector i, per tant, els àmbits institucionals legitimats per implicar-s'hi. De l'altra, el processament dels temes dins de subsistemes de polítiques facilitaria un política d'ajustos, amb canvis incrementals que resulten de negociacions entre interessos i moviments marginals en resposta a les circumstàncies.

Però els temes no poden tractar-se sempre dins dels límits dels subsistemes. De vegades, el processament paral·lel es trenca i aquests temes

39 «Whatever the name one gives to these communities of specialists operating out of the political spotlight, most issues most of the time are treated within such community of experts.» (True, Jones, Baumgartner 2007, pàg. 158).

s'han de tractar en sèrie, seqüencialment. Això succeeix a través d'un procés d'expansió de conflicte: la mobilització política i la pressió de nous actors, basada en un desafiament de la imatge predominant d'un tema, poden provocar el col·lapse dels monopolis de polítiques i la deslegitimació del subsistema de polítiques. En redefinir-se el tema, prenen rellevància noves dimensions de debat, cosa que comporta l'emergència de nous actors i canvis en els equilibris de poder. Això fa que el tema pugi en els nivells de prioritat en l'agenda i és aleshores quan ha de ser abordat en el nivell d'institucions macropolítiques (parlaments, presidència...). S'obre així l'escenari a la consideració del tema per part de forces externes al subsistema i a la possibilitat d'iniciar canvis substancials o girs (*policy shift*) en la trajectòria de la política pública.

Aquest procés pot portar els decisors públics a promoure una imatge del tema diferent, reordenar el domini de la política pública i reestructurar el subsistema de política pública. Un subsistema pot estar dominat per un únic interès, pot representar competició entre interessos diferents, pot desintegrar-se o pot ser dependent d'altres subsistemes. En aquest procés de canvi de política pública, el model de Baumgartner i Jones (1993) distingeix entre desequilibri i equilibri parcial. Una situació de desequilibri succeeix quan el potencial de canvi en la direcció d'una política pública és alt, mentre que una situació d'equilibri parcial té lloc quan aquest potencial és baix. Un escenari de canvi de política pública substancial és aquell en què després d'una situació de desequilibri, que canvia la direcció de la política pública, ve un equilibri parcial, en què té lloc un flux de decisions consistent amb aquella nova direcció.

Quins elements d'aquest model ens resulten útils per a l'anàlisi que plantegem i quins no? D'una banda, aquest model ens permet estudiar tant el canvi com la continuïtat de les polítiques públiques a partir d'un conjunt limitat d'elements. Malgrat que és limitat, aquest conjunt incorpora factors ideacionals, institucionals i d'agència dels actors, en base a interessos i preferències. Reflecteix el paper que tenen els monopolis de polítiques en la continuïtat de trajectòries, així com l'efecte desestabilitzador que pot tenir la generació d'imatges noves dels temes o definicions alternatives dels problemes que portin a la reestructuració dels subsistemes. Per tant, l'explicació del canvi en les polítiques públiques va més enllà de la suposada dependència dels cicles electorals.

De l'altra, aquest model incorpora la qüestió de la distribució del poder en l'anàlisi del canvi. Per fer-ho, els autors parteixen del treball de Schattschneider (1967) i les teories sobre el conflicte i l'agenda, que van identificar les dificultats dels grups desfavorits i de les noves idees per desafiar els sistemes d'elaboració de polítiques i presa de decisions. Si bé l'expansió del conflicte i el debat estan en el nucli del sistema democràtic, i poden ajudar a comprendre el canvi en les polítiques, poques vegades aquests moviments afavoreixen els desavantatjats. Ara bé, com observarem en el nostre estudi de cas, aquells que podem considerar com a no avantatjats no necessàriament són actors sense envergadura i sense poder significatiu –el poder es juga en diferents arenes i, en un context de govern multinivell, no es pot circumscriure l'anàlisi a espais polítics desconnectats.

La incorporació del context polític, social i econòmic a l'anàlisi ens porta a parlar les dificultats i limitacions del model de l'equilibri puntuat. Aquest model se centra en determinades variables que expliquen patrons en la presa de decisions, mentre que l'agència dels actors i el funcionament de les institucions queda explicada per la racionalitat limitada. Estableix una narrativa on el canvi en les polítiques és sempre de caràcter evolutiu i unidireccional: la mobilització de nous interessos externs al subsistema afecta la imatge de les polítiques i finalment les estructures institucionals, fet que derivarà en canvis en els continguts i formes de les polítiques. Però, no podria iniciar-se el procés de redefinició dels problemes i de les imatges dels temes a l'interior dels subsistemes? Podria donar-se un procés de canvi impulsat des de dins dels subsistemes, independentment de quins siguin els interessos que es persegueixin amb aquest procés? Quins factors de context poden influir en el fet que la pressió pel canvi s'origini dins o fora del subsistema?

A més a més, aquest model ofereix una perspectiva excessivament jeràrquica dels processos de canvi i no permet construir de manera més holística el paper que poden tenir els subsistemes en la promoció del canvi. El canvi no ha de passar necessàriament per un moviment cap a les institucions de la macropolítica; de fet, no ha de ser la principal estratègia adoptada pels actors del subsistema ni tampoc pels actors externs al subsistema. Ara bé, que un subsistema vulgui mantenir el control sobre una determinada política amb distància de l'agenda macropolítica no significa que no s'estableixin contactes amb altres nivells de govern o busquin suports o recursos fora del subsistema.

Entenem també que la perspectiva de la racionalitat limitada simplifica en excés el paper que tenen per als actors les idees i els valors. En el model d'equilibri puntuat els interessos presents a l'interior del subsistema es consideren estables i les preferències, exògenament fixades, és a dir, no incorpora una explicació a possibles interaccions amb factors externs i les consegüents adaptacions o reformulació degut a canvis en l'entorn. En aquest sentit, recuperem la reflexió de Schattschneider (1967) sobre la naturalesa del conflicte. Segons aquest autor, el canvi es fa possible quan és necessari per conservar l'equilibri. Però com que aquest tipus d'equilibri és dinàmic –implícit en els conflictes insolubles– pot ser que el canvi resulti imperceptible. En primer lloc, perquè normalment el canvi es porta a terme en nom de la preservació de l'status quo, és a dir, ningú objecta als canvis significatius generals. I en segon lloc, perquè analitzem el tipus equivocat de conflicte (conflicte dins del govern), i subestimem el grau en què el govern, com un tot, ha estat en conflicte amb altres sistemes de poder (per exemple, la indústria o un altre nivell de govern). En el cas de la trajectòria del model de gestió del sistema sanitari a Andalusia, la construcció i manteniment de la legitimitat institucional del govern autonòmic per regular i gestionar l'espai de la política sanitària és un exemple d'aquest tipus de conflicte.

El model de l'equilibri puntuat i les aportacions conceptuals que entenem que el complementen ens permetran analitzar fins a quin punt s'ha produït un gir en el model sanitari andalús o se n'ha mantingut la trajectòria, així com interpretar i explicar el resultat d'aquest procés.

Antecedents: la construcció del model de gestió sanitària a Andalusia

Preguntar-se per la trajectòria i la continuïtat o el canvi de les polítiques de sanitat a Andalusia en la dècada del 2000 requereix una anàlisi sobre els seus antecedents més significatius. A continuació observarem tant els aspectes concrets sobre l'evolució del model de gestió de la sanitat com el seu encaix en el context polític i social en què es desplega.

La distribució de funcions i el model de provisió sanitària

Andalusia és, conjuntament amb Catalunya i el País Basc, una de les comunitats autònomes que va rebre més aviat la transferència de competències en assistència sanitària per part del Govern central de l'Estat (1984). Aquest fet va obrir la porta al desenvolupament significatiu de l'acció del govern autonòmic en aquest sector de polítiques públiques. Alhora, això va implicar que l'estructura d'atenció sanitària desenvolupada durant el franquisme i els primers anys de democràcia resultés un factor clau en la configuració del sistema a l'inici. Es tractava d'una xarxa de serveis escassa, infradotada i fragmentada entre administracions, amb una orientació marcadament assistencialista (Gavira 2003). El sector privat amb ànim de lucre era aleshores inexistent en l'àmbit sanitari i, pel que fa al sector no lucratiu, algunes entitats religioses oferien atenció de caràcter primari. «Tot això condiciona l'opció inicial per un sistema públic i també condiciona la seva continuïtat» (en paraules d'un exalt càrrec del Govern d'Andalusia entrevistat).

Així doncs, la segona meitat de la dècada del 1980 és la de la configuració d'un model de gestió sanitària a Andalusia, amb l'extensió i integració de l'oferta assistencial. L'any 1986 es crea el Servei Andalús de Salut (SAS), organisme autònom de caràcter administratiu que manté els trets essencials de l'estructura heretada de l'Institut Nacional de Salut (INSALUD). El SAS no només es desenvolupa com a proveïdor d'assistència sanitària gairebé únic, sinó que també assumeix funcions de planificació i contractació tant en l'àmbit de l'atenció primària com hospitalària. Si bé existia en el Govern d'Andalusia un Departament de Salut, el seu paper era limitat i les seves funcions no estaven clarament diferenciades de les d'alguns departaments del SAS.

Després d'aquesta primera fase de configuració, la dècada del 1990 és la de la consolidació a Andalusia d'un model de prestacions basat en l'accés universal i gratuït, el caràcter comunitari i la voluntat de reconeixement de drets d'autonomia del pacient. Pel que fa, en concret, al model de gestió, el Govern introdueix determinades modificacions organitzatives. D'una banda, s'avança en la separació, almenys en part, de les funcions que assumeixen el Departament de Salut (ordenació) i el SAS (gestor i proveïdor), encara que aquest procés es desenvolupa més en l'ordre legislatiu que no pas en la realitat operativa de les polítiques. Si la Llei de Salut d'Andalusia (1998) fixa les bases per a una possible

separació de funcions, resulta evident que ho fa «sense crear un nivell mitjà com a Catalunya [entre el Departament i l'ICS, el Servei Català de la Salut]» (en paraules d'un exalt càrrec del Govern d'Andalusia entrevistat).

De l'altra, la posició adoptada en relació amb el model de provisió és introduir la personificació jurídica individual (Martín, López del Amo 2011). Així doncs, es creen determinades empreses públiques que no depenen orgànicament del SAS sinó del Departament de Salut. Es tracta dels casos de l'Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (1994), l'Hospital de la Costa del Sol (1993), l'Hospital de Poniente (1997) i l'Hospital Alto Guadalquivir (1999). A més, es desenvolupa, encara que també de forma puntual, la concertació de la provisió en l'àmbit hospitalari amb entitats privades (amb ànim de lucre i sense). La concertació adopta un paper complementari, ja que es tracta més aviat d'activitat assistencial puntual i en pocs casos de la concertació de l'atenció de la població d'un territori.

Finalment, pel que fa als instruments de gestió, l'elaboració del Pla Estratègic del SAS l'any 1999 (*Una propuesta de gestión pública diferenciada*) postula la introducció de la gestió clínica i mecanismes de gerencialisme, com ara el contracte programa. Si aquests instruments plantegen delimitar responsabilitats i atribucions, però també oferir autonomia als diferents actors, el seu desplegament resulta limitat en termes efectius.

En definitiva, les modificacions en el sistema sanitari d'Andalusia de la dècada del 1990 són d'abast instrumental, «i resta inalterat en la seva essència l'esquema organitzatiu» (Gavira 2003:119). Per valorar si es produeix o no un gir en la trajectòria de la gestió de la sanitat andalusa, caldrà tenir en compte aquests antecedents en l'anàlisi de la dècada del 2000. Abans, però, analitzem la configuració del sector sanitari pel que fa als seus actors principals, així com el context polític i social.

Els actors i el context

Com es configura, doncs, en les dècades del 1980 i el 1990, el subsistema de polítiques de gestió de la sanitat a Andalusia? Quins són els seus

actors centrals? Quins són els elements del context polític i social que cal tenir en compte?

En relació amb el subsistema de polítiques, cal esmentar l'existència d'un nombre limitat d'actors, encara que alguns d'ells concentren un poder significatiu. Tal com hem presentat, aquesta estructura del sector correspon en part a les característiques prèvies a la transferència de competències, però també al context dinàmic. Pel que fa a les relacions interterritorials i intergovernamentals, cal esmentar que la transferència de competències en l'àmbit sanitari es desenvolupa sense conflictes significatius entre el Govern central i el govern d'Andalusia (Gavira 2003). Aquest element marca l'àmplia trajectòria de l'exercici de l'autonomia política per part del Govern d'Andalusia en aquest àmbit, fet que es tradueix en la configuració d'un subsistema de polítiques amb una elit directiva vinculada al govern regional.

La configuració del subsistema també està vinculada amb les característiques del sistema polític andalús. Aquest sistema ha estat caracteritzat pel bipartidisme, amb el Partit Socialista Obrer Espanyol (PSOE) i el Partit Popular (PP) com a forces majoritàries, i la presència d'Izquierda Unida (IU) amb un cert pes en les legislatures de governs en minoria. La continuïtat del PSOE en el govern des de les primeres eleccions autonòmiques del 1982 –i en ocasions amb majoria absoluta– condiciona almenys dos elements pel que fa al subsistema de polítiques de sanitat. D'una banda, la continuïtat d'una elit directiva al capdavant del Departament de Salut i el SAS, vinculada al partit socialista. Així doncs, José Luís García de Arboleya és director del SAS entre el 1990 i el 1992 i conseller de salut entre el 1992 i el 2000. En definitiva, el subsector es construeix sobre unes regles estables, on la mobilitat dels actors és limitada i interna al sector públic (sanitari).⁴⁰ I, de l'altra, cal esmentar que la continuïtat del PSOE al capdavant del Govern andalús comporta decisions de política sanitària basades, entre d'altres factors, en majories de govern (i no tant en la negociació parlamentària), així com en un determinat posicionament ideològic.

40 José Antonio Griñán va ser conseller de Salut del Govern d'Andalusia (1990-1992), ministre de Sanitat i Consum al Govern d'Espanya (1992-1993) i en tornar a Andalusia va ocupar diferents càrrecs fins a arribar a la presidència (2009-2013). Carmen Martínez Aguayo va ser directora general de l'INSALUD (1994-1996), directora del SAS (1996-2000) i directora de la Fundación Progreso y Salud (2000-2004).

Altres actors de rellevància en el subsistema de polítiques són els sindicats, amb un pes significatiu pel que fa no només a les relacions laborals, sinó també a la configuració del sistema sanitari. La tensió entre continuïtat i canvi en el model de gestió de la sanitat a Andalusia està vinculada també amb el paper d'aquest col·lectiu. Al llarg de la dècada del 1990, i davant el poder dels sindicats, la voluntat d'explorar reformes globals en el SAS (com ara la seva conversió en empresa pública) queden ràpidament descartades. Per la seva banda, en relació amb l'àmbit professional, cal esmentar el paper alhora estabilitzador i desenvolupador del sistema sanitari que ha tingut l'Escola Andalus de Salut Pública. Considerat un espai de formació i reflexió de referència, aquest organisme contribueix a la consolidació d'un cos professional amb criteris compartits i alhora resulta protagonista en la introducció de modificacions organitzatives com ara la gestió clínica. Així mateix, en la dècada del 1990 es consoliden com a actors significatius les societats científiques.

Per acabar l'anàlisi del subsistema de polítiques, cal assenyalar el limitat desenvolupament que té el sector privat sanitari a Andalusia, tant pel que fa a l'activitat concertada com a l'assegurament privat. En relació amb la concertació, el seu paper és secundari, però puntualment cal destacar el cas de determinades entitats religioses (Creu Roja, Orden Hospitalaria San Juan de Dios) o de determinats territoris (Cadis, amb l'empresa José Manuel Pascual Pascual). En aquest sentit, una dada significativa és la baixa taxa de cobertura sanitària mixta de la població a Andalusia. Només el 6% de les persones amb accés als serveis públics contractaven el 1999 una pòlissa privada (Sánchez-Cruz et al. 1999).

A banda del subsistema, cal analitzar la construcció tant de la imatge (*issue image*) com de l'estructura del domini (*domain structure*) de les polítiques sanitàries fins a finals de la dècada del 1990. Aquests aspectes tampoc es desenvolupen aïllats, sinó en relació amb un determinat context polític i social. I formen part de l'explicació de l'estabilitat en el model de gestió de la sanitat a Andalusia.

Durant la dècada del 1990, les polítiques sanitàries a Andalusia no estan al marge de les pressions que experimenta l'estat del benestar (en el seu conjunt i en l'àmbit europeu) i tampoc ho estan dels corrents d'alternatives de reformes. En el cas sanitari, l'*Informe Abril*, publicat l'any 1991 per iniciativa del Govern central, analitza el sistema espanyol en

el seu conjunt i dona compte d'aquests reptes i reformes. A Andalusia, la percepció dels responsables polítics és aleshores la de «sensació de necessitat de canvi» (en paraules d'un alt càrrec del Govern d'Andalusia entrevistat). Tanmateix, les polítiques sanitàries a Andalusia ja estaven estructurades en base a un model, amb normes i valors estables. Com assenyala Gavira (2003), el model sanitari a Andalusia està construït a partir d'un model social i uns principis determinats: solidaritat social, equitat i eficiència.

Per la seva banda, la imatge de la política sanitària també està vinculada a l'activitat econòmica. En un territori extens, amb una notable dispersió de la població i davant un desenvolupament econòmic menor que en el conjunt de l'Estat, el sistema sanitari està considerat un factor clau en l'economia local i alhora un element de redistribució de riquesa. Les unitats del SAS són en moltes ciutats i pobles les organitzacions econòmiques de més envergadura. Aquest procés també genera la construcció d'un domini de la política pública (*policy domain*) on existeix un biaix institucional de control (i continuïtat) per part d'altres departaments del Govern d'Andalusia. En concret, del departament corresponent en l'àmbit d'hisenda (pel que fa a la despesa i l'autonomia de gestió) i en l'àmbit d'administració pública (pel que fa a l'estatus del personal).

Finalment, el sector sanitari públic s'entén a Andalusia com a factor positiu de desenvolupament territorial que alhora cohesiona la societat i legitima l'acció pública. El sistema sanitari és a finals de la dècada del 1990 una de les institucions que més confiança genera entre la població (Gavira 2003). És a dir, existeix un lligam entre imatge de la política pública i context social, en aquest cas en relació amb l'opinió pública. Una opinió que aleshores a Andalusia no només dona suport al sistema sanitari públic, sinó també a l'autonomia política i l'autogovern.⁴¹ La sanitat es configura com a àmbit d'acció pública global i pròpia del govern autonòmic i com a clau de la institucionalització de l'autonomia política. La governança territorial resulta ja a finals del 1990 un element central per entendre la configuració del sistema sanitari a Andalusia.

41 Segons Gavira (2003), el suport al model autonòmic de govern passa a Andalusia del 71% l'any 1994 al 85% l'any 2000.

Reformes sense gir? El model de gestió sanitària a debat

Durant la dècada del 2000 es van produir a Andalusia actuacions que, de manera limitada, introduïen diversitat en les formes de gestió dels serveis sanitaris. Hi ha diferents interpretacions sobre si això ha representat un desviament o no del model de gestió predominant fins llavors –el de prestació pública directa, amb estructures jeràrquicament integrades al SAS–. En aquest marc, analitzarem primer l'evolució del model de gestió sanitària a Andalusia durant la dècada del 2000 i a continuació explicarem el com i el perquè d'aquesta evolució, segons el model teòric de l'equilibri puntuat.

L'evolució del model de gestió de la sanitat en la dècada del 2000

El desenvolupament del sistema sanitari andalús s'ha fonamentat, en gran part, en l'expansió i consolidació del seu model de gestió. És a dir, l'estructura de la provisió d'assistència (incloent-hi la distribució de funcions) i els instruments de gestió. Des del discurs polític, les modificacions organitzatives introduïdes en aquest nou període no suposen un gir de polítiques; més aviat es conceben i operen com a elements relegitimadors del model i la seva continuïtat.

El primer gran aspecte a considerar és l'estructura de provisió. El Govern d'Andalusia conserva al llarg de la dècada del 2000 els trets essencials del tipus de provisió: caràcter públic, directe i amb un paper preponderant del SAS. Aquest fet és evident en l'àmbit de l'atenció primària però també en l'hospitalària. Tanmateix, es desenvolupa de forma gradual (i al llarg de la dècada) una xarxa de nous hospitals amb característiques singulars. Es tracta d'una xarxa descentralitzada de centres hospitalaris d'alta resolució (CHARE), que adopten la personalitat jurídica d'empresa pública. La creació d'aquests centres, de menor dimensió que els hospitals del SAS, es justifica per la necessitat de millorar l'accessibilitat així com l'eficiència del sistema sanitari. Cal, doncs, analitzar els efectes d'aquesta iniciativa en termes de continuïtat o canvi del model de gestió sanitària.

D'una banda, el govern decideix que els CHARE depenguin orgànicament del Departament de Salut (com les empreses públiques

existents des de la dècada anterior) i no del SAS. Aquesta decisió té com a efecte una separació (almenys en part) de les funcions del departament i el SAS, un objectiu formulat en algunes iniciatives al llarg de la dècada anterior, com ara la Llei de Salut d'Andalusia (1998). Tanmateix, això no suposa un gir estructural en la política pública. Certament, el Departament de Salut adquireix més visibilitat política en la governança general del sistema sanitari, amb les funcions de planificació i contractació, mentre que la provisió es concentra en el SAS, les empreses públiques i determinats centres concertats. Però, alhora, el Govern d'Andalusia continua desenvolupant hospitals d'altres tipologies jurídiques que depenen orgànicament del SAS. En definitiva, s'introdueixen modificacions, però de forma equilibrada, repartida, i amb intensitats similars.

De l'altra, la construcció de la xarxa dels CHARE comporta aprofundir l'estratègia de personificació jurídica iniciada la dècada anterior. Com hem explicat, aquests nous hospitals adopten la personalitat jurídica d'empresa pública. Tanmateix, l'efecte estructural (en termes de canvi en l'autonomia dels centres) és limitat, ja que els nous hospitals no adquireixen personalitat jurídica pròpia i separada, sinó que s'adjunten a les empreses públiques ja existents.⁴²

A més, la decisió de desenvolupar aquest tipus d'hospitals es presenta com a alternativa a la concertació amb el sector privat. És a dir, els responsables polítics entenen la fórmula CHARE com a opció per a la gestió pública directa en comptes de concertar l'assistència sanitària. «Hem fet els CHARE, no hem concertat, hem demostrat que la gestió privada no és més eficient que la pública» (en paraules d'un alt càrrec del Govern d'Andalusia entrevistat). Així doncs, si bé es concerta l'activitat de determinats hospitals (com l'Hospital San Juan de Dios del Aljarafe), la posició del Departament de Salut és mantenir el caràcter puntual d'aquesta forma de contractació, fins i tot limitant el paper del sector privat lucratiu en el conjunt del sistema. En aquest darrer sentit, les opcions de polítiques a Andalusia es diferencien de les decisions

⁴² Fins i tot, cal tenir en compte que l'any 2011 la figura d'empresa pública que adopten els CHARE es transforma en agència pública empresarial (mitjançant la Llei 1/2011, de reordenació del sector públic d'Andalusia). Aquest fet implica un control més gran per part del Govern i, per tant, ambigüitat pel que fa als efectes reals en l'agilitat en la gestió.

d'altres comunitats autònomes on el sector privat adquireix un paper de centralitat en l'estructura de provisió.

En definitiva, el desenvolupament de la xarxa dels CHARE no implica transformació estructural de les regles institucionals del sistema. El procés no comporta la laboralització del personal sanitari antic sinó la creació de nous llocs de treball. A més, es tracta d'un canvi gradual, que preveu la construcció de la xarxa d'hospitals al llarg de la dècada i que encara actualment està en desenvolupament –fins i tot amb alguns projectes paralitzats–. En aquest sentit, es pot interpretar el seu desenvolupament sense oposició significativa. De fet, com s'apunta en el capítol 3 d'aquest llibre, el percentatge de despesa pública en sanitat a Andalusia dedicat a concertació amb proveïdors externs es manté en el 5% durant tot el període analitzat.

Un segon gran aspecte per analitzar en el desenvolupament del sistema sanitari en la dècada del 2000 a Andalusia és el dels instruments de gestió. Quatre qüestions apareixen com a indicadors per valorar el canvi o la continuïtat en el model. En primer lloc, el Govern desplega iniciatives recollides en el Pla Estratègic del SAS del 1999, com ara l'instrument del contracte programa (contracte de la conselleria amb el SAS i amb les agències públiques empresarials i entitats de dret públic adscrites), així com entre la Direcció Gerència del SAS i les àrees d'atenció primària, àrees de gestió, hospitals, etc. Novament, els alts càrrecs entrevistats, tant polítics com directius, coincideixen a dir que es tracta d'un element que reforça el model de gestió i que alhora continua tenint un caràcter limitat, sobretot pel que fa a l'autonomia de les parts en la negociació del contracte.

Un altre tipus de tècnica de gestió que es consolida en aquesta dècada és la gestió clínica. Aquesta aproximació, també iniciada a finals de la dècada del 1990 en el SAS, implica un grau de fragmentació del sistema, a més de la regulació i acreditació de les unitats de gestió clínica. Ara bé, un altre cop la valoració d'aquestes modificacions es fa en termes de consolidació del model present. Per Torrubia i de la Higuera (2011:27), membres de l'Hospital Virgen del Rocío, «la gestió clínica a Andalusia és l'intent més seriós del costat dels proveïdors sanitaris d'aconseguir l'equilibri entre eficiència, qualitat, equitat i satisfacció sense tocar l'estructura del sistema.»

Per la seva banda, cal esmentar també l'èmfasi en la gestió dels processos del sistema sanitari, amb programes centrats en la qualitat.

De fet, es desenvolupen en aquest període els plans de qualitat i es treballa en el marc de l'anomenada «continuitat assistencial». En l'àmbit de l'atenció primària aquest model s'ha denominat de qualitat total, amb la recerca de la millora de l'assistència sanitària individual (Palomo et al. 2012). Tots aquests aspectes es perceben per part dels actors entrevistats com a modificacions organitzatives que pretenen enfortir el model de gestió pública.

Finalment, un altre àmbit on els responsables polítics sanitaris actuen significativament durant la dècada del 2000 és el de la política laboral, en particular en el SAS. Es desenvolupen dues vies per a la introducció de tècniques gerencialistes. D'una banda, la flexibilització del model estatutari, que regeix l'estatus laboral del personal (aspecte que depèn de la normativa estatal). I, de l'altra, el desenvolupament d'instruments de gestió empresarial. No es busca la transformació del SAS en empresa pública, sinó «treballar com si el SAS fos una empresa pública i aprofitar les febleses jurídiques que ens permetessin avançar» (en paraules d'un alt càrrec del Govern d'Andalusia entrevistat). Així doncs, es desenvolupa la gestió per competències, la carrera professional i l'increment de la retribució variable per rendiment. Tot això es percep pels actors entrevistats com a part necessària del model vigent: «Aquestes mesures serien impossibles d'introduir si el proveïdor no fos netament públic» (en paraules d'un alt càrrec del Govern d'Andalusia entrevistat). I també aquesta estratègia s'entén com a element de continuïtat respecte a la dècada anterior: «Aquestes mesures es fan en continuïtat amb l'estratègia de crear empreses públiques durant els anys 90» (en paraules d'un alt càrrec del Govern d'Andalusia entrevistat).

En definitiva, cal esmentar el fet que aquest conjunt de decisions es prenen prèviament a la crisi econòmica i el període d'ajustament fiscal. Un indicador del manteniment del compromís amb el finançament de la sanitat és l'evolució de l'esforç pressupostari en sanitat entre el 2002 i el 2010. Com s'indica en el capítol 3, la despesa sanitària a Andalusia sobre la despesa total es va mantenir prop del 30% fins al 2006, mentre que entre el 2007 i el 2010, en context de crisi, va pujar fins a una mitjana del 35%. Com a percentatge sobre el PIB, la despesa sanitària consolidada es va mantenir prop del 6,5% fins al 2007 i es va situar en el 7% entre els anys 2008 i 2010, en el context de crisi.

Des de l'inici de la crisi no hi ha a Andalusia una estratègia explícita d'aprofundiment de l'externalització de serveis sanitaris o deriva

de despesa cap al sector privat. Les modificacions organitzatives analitzades es conceben i s'apliquen com a mesures d'aprofundiment d'un model de gestió desenvolupat des de la transferència de competències. Això implica la continuïtat del model de gestió de la sanitat però també tensió respecte al canvi. La propera secció es dedica a analitzar el com i el perquè d'aquesta evolució.

Els actors i el context: una explicació de l'estatu quo

El model teòric del *punctuated equilibrium* (Baumgartner, Jones 1993) resulta d'utilitat per explicar la continuïtat, però també la tensió respecte al canvi, en el model de gestió de la sanitat a Andalusia. De l'evolució analitzada es desprèn que no es produeix un canvi significatiu en l'estructura, composició i funcionament del subsistema de polítiques ni tampoc en relació amb la imatge prevalent del tema i la política pública. Així doncs, la continuïtat del model de gestió s'explica per l'existència d'un monopoli de polítiques, és a dir, un subsistema caracteritzat per dos elements: una estructura institucional clarament definida com a responsable del *policy-making* i una poderosa imatge de la política pública associada a aquesta estructura.

El subsistema de polítiques públiques en l'àmbit de la gestió sanitària a Andalusia es caracteritza per la continuïtat en l'estructura i en les pautes de relacions entre els actors responsables de l'elaboració de la política: durant la dècada del 2000 continua integrat per un conjunt limitat d'actors, que concentren en alguns casos un poder de decisió significatiu. Pel que fa a l'elit regional vinculada al govern del PSOE, alguns dels màxims càrrecs del sector sanitari de la dècada anterior assumeixen llocs tan significatius com la Conselleria d'Economia (Carmen Martínez Aguayo) o la mateixa Presidència (José Antonio Griñán). D'altra banda, l'arribada de Francisco Vallejo com a conseller de Salut l'any 2000 implica un perfil diferent per al càrrec, tenint en compte la seva experiència gestora fora de l'àmbit sanitari. Ara bé, l'any 2002 entra com a viceconsellera María Jesús Montero, llicenciada en medicina, fet que reforçarà l'estabilitat del subsistema, ja que a partir de l'any 2004 es converteix en consellera, càrrec que ocupa fins a l'actualitat.

La continuïtat també s'evidencia en el poder significatiu que conserven els sindicats i en la consolidació d'altres actors com les societats

científiques (més que no pas els col·legis mèdics), que havien anat adquirint pes al llarg de la dècada del 1990. Per la seva banda, el sector privat manté un lloc secundari en el conjunt del sistema, tant pel que fa a l'àmbit de la concertació com el de la doble cobertura sanitària, que es manté durant la dècada del 2000 en el 6% de la població (Junta de Andalucía, 2012).

Un dels elements clau per entendre la continuïtat en el subsistema de polítiques és la no proliferació de conflictes a gran escala al llarg d'aquesta dècada. És a dir, no es produeix el que Schattschneider (1967) i Baumgartner i Jones (1993) entenen com a procés clau per explicar el trencament de l'estatu quo: l'expansió o socialització del conflicte. Ja hem esmentat que la xarxa dels CHARE es desenvolupa sense una oposició significativa. Aquesta política no implica transformació estructural de les regles institucionals del sistema, ni en el paper dels grans actors (públics i privats) ni en les normes internes de l'organització pública. Fins i tot, el desenvolupament d'aquesta xarxa redueix la visibilitat i l'efecte d'un conflicte potencial: el de la voluntat de determinats agents del sector privat perquè l'administració pública concertés més activitat assistencial. Davant aquesta situació, l'opció del Govern d'Andalusia va ser limitar el paper del sector privat en el conjunt del sistema. Un dels casos més significatius va ser la construcció a principis de la dècada del 2000 de l'Hospital de Montilla (públic) i l'Hospital Virgen de las Viñas (per l'empresa privada Clínicas Pascual) en aquesta localitat. L'empresa va decidir construir un hospital i demanar al Govern d'Andalusia que concertés la seva activitat, encara que sense planificació ni acord previ amb el Govern. Al cap d'un temps d'entrar en funcionament, l'hospital privat va decidir tancar i el Govern va construir un hospital públic.

«L'empresa obria hospitals en aquelles zones on no existia una oferta propera, oferia el servei de forma gratuïta i deia que havia de tancar-los si el Govern d'Andalusia no els concertava. Nosaltres vam aguantar la pressió i es va construir un hospital públic a la mateixa ciutat. La situació econòmica ens permetia fer-ho [...]. Una empresa privada no pot fer la planificació hospitalària d'Andalusia» (en paraules d'un exalt càrrec del Govern d'Andalusia entrevistat).

«Aquests fets van suposar la reafirmació que la provisió seria majoritàriament pública [...]. Va marcar la frontera dels elements de valors del sistema, en un moment en què a la resta de l'Estat estaven sorgint

fórmules de concessió administrativa (externalització de la gestió), com la de l'Hospital d'Alzira a València» (en paraules d'un alt càrrec del Govern d'Andalusia entrevistat).

Per la seva banda, la gestió dels possibles conflictes està relacionada també amb el context dinàmic i, en particular, el sistema polític d'Andalusia i les relacions entre el govern regional i el Govern central. Pel que fa al sistema polític andalús, cal esmentar la continuïtat en les seves característiques principals. El partit socialista va governar durant tota la dècada i en bona part del període amb majoria absoluta. «Això implica continuïtat política i continuïtat de projecte sanitari.» (en paraules d'un alt càrrec del Govern d'Andalusia entrevistat).

Pel que fa a les relacions intergovernamentals, el color polític dels partits de govern és diferent en el període 2000-2004 (el PP en el Govern central, el PSOE en el d'Andalusia) i el mateix entre els anys 2004 i 2011 (ambdós amb el PSOE). En qualsevol cas, la posició del Govern d'Andalusia evidència l'exercici de la seva autonomia política en funció d'objectius propis. En aquest sentit, es pot analitzar la política de contenció de la despesa farmacèutica desenvolupada a Andalusia durant tota la dècada. Aquesta posició ha estat contestada pel Govern central (tant del PP com del PSOE), sobretot pel que fa a la centralització de la compra, la subhasta de medicaments i l'impuls de la prescripció per principi actiu. La continuïtat d'aquesta política fins a l'actualitat ha implicat que Andalusia hagi estat la comunitat amb menor creixement de la factura farmacèutica des de meitat de la dècada del 1990 (Martín 2011) i també la diferenciació de la posició del seu Govern en relació amb la del Govern central i dels governs d'altres comunitats autònomes.

També en relació amb la governança territorial i l'exercici de l'autonomia política cal esmentar que, durant els primers anys de la dècada (i amb un Govern central del PP), els gestors sanitaris participen activament en l'elaboració de lleis estatals que permeten més flexibilitat en la gestió pública: Llei de l'estatut marc del personal estatutari dels serveis de salut (2003), Llei d'ordenació de les professions sanitàries (2003) i Llei de cohesió i qualitat del sistema nacional de salut (2003). Aquesta posició del Govern d'Andalusia forma part del procés esmentat prèviament de modernització dels instruments de gestió en el sistema de provisió pública i directa.

En definitiva, pel que fa a l'estructura i les pautes de relacions entre els actors responsables del subsistema de polítiques, el cas d'Andalusia il·lustra un procés clau per entendre la continuïtat. Els temes sanitaris no surten del control dels actors del subsistema, de manera que tampoc arriben a l'agenda macropolítica i, d'aquesta manera, no es produeix la legitimació de nous actors, la consolidació de noves regles i, en definitiva, el trencament de l'estatu quo.

Fins aquí hem analitzat el primer element clau que ajuda a entendre la continuïtat en la trajectòria d'una política –és a dir, el subsistema de polítiques–. Ens queda abordar el segon, que és la presència d'una poderosa imatge de la política pública associada a l'estructura del *policy-making*. L'evidència indica que durant la dècada del 2000 no es produeix a Andalusia el que Baumgartner i Jones (1993) descriuen com un desafiament a la imatge prevalent del tema o definició del problema. Fins i tot podem argumentar que aquesta imatge es veu reforçada.

Aquest procés està vinculat amb el pes que té el factor ideològic en les polítiques de sanitat a Andalusia, plantejat en termes de model de gestió i fonamentalment de provisió de l'assistència sanitària. Es reafirma la imatge de la provisió pública i directa com a nucli del sistema.⁴³ Però la fortalesa de la imatge de la política sanitària no s'explica estrictament per una posició ideològica, sinó per la combinació d'aquest factor amb dos més: la qualitat del sistema sanitari i l'autonomia política. És a dir, la política sanitària és percebuda com a element revitalitzador del territori, promotor d'un model de desenvolupament modern (basat en la tecnologia, la recerca, etc.) que té a veure amb el sentit de pertinença i d'identificació de la població.

«Davant tot el que s'ha dit d'Andalusia des del nord, la gent se sent molt orgullosa quan en certes coses es col·loca la sanitat andalusa entre les primeres i més innovadores. Així es recupera una part de l'orgull que històricament s'ha negat a aquesta terra» (en paraules d'un exalt càrrec del Govern d'Andalusia entrevistat).

⁴³ Luís Gavira, actual coordinador d'avaluació i planificació del Servei Andalus de Salut, escrivia en un article a finals de l'any 2001: «Tots els esquemes de canvi en el seu disseny últim obeeixen i han obeït a posició estratègica de valors [...]. Les mesures obeeixen fonamentalment al redisseny del marc sanitari des de la perspectiva de la generació de valor en allò públic.» (Gavira 2003: 131)

Alhora, la política sanitària és percebuda com a veritable política autonòmica, mirall del desenvolupament de l'Estat de les autonomies i frontera de competències entre el Govern d'Andalusia i el Govern central. També en aquest sentit la imatge de la política pública excedeix el seu caràcter sectorial i es reforça a partir de la connexió amb el sentiment d'autonomia i identitat territorial. La governança territorial és també a Andalusia un factor clau per explicar el desenvolupament del model de gestió sanitària.

«La política sanitària ha estat la que més ha identificat les competències autonòmiques d'Andalusia. És la política que ens va posar amb el Govern de la nació en el límit, marcant les competències de l'un i de l'altre» (en paraules d'un exalt càrrec del Govern d'Andalusia entrevistat).

«A Andalusia el desenvolupament autonòmic està molt lligat a la política sanitària. Ha dotat de contingut autonòmic la percepció del valor d'una autonomia» (en paraules d'un alt càrrec del Govern d'Andalusia entrevistat).

Relacionat amb aquests elements d'estabilitat d'una imatge poderosa de la política sanitària trobem també una darrera percepció. Els màxims responsables de les polítiques sanitàries identifiquen aquesta política com una de les intervencions públiques que més influència ha tingut en l'electorat. Una política que ha permès identificar la posició política del govern socialista i que ha propiciat el suport de la ciutadania en termes electorals i d'opinió pública.

Per acabar, cal analitzar la construcció i estabilitat de la imatge de la política sanitària en relació amb el domini de la política en qüestió (*policy domain structure*). No s'identifica en la dècada del 2000 una reorganització significativa de les creences sobre les interrelacions entre temes vinculats a la política sanitària. Un dels aspectes clau en aquest sentit és el del finançament del sistema sanitari, que està relacionat amb el model general de finançament autonòmic. L'any 2001 es produeixen canvis significatius en aquest aspecte, que a més de condicionar la quantitat de recursos de què disposa cada comunitat autònoma afecta particularment el finançament sanitari. Fins a l'any 2001, els recursos per a la sanitat procedeixen d'una subvenció específica de l'Estat que no forma part del model general de finançament autonòmic. A partir d'aquell any, i amb la transferència de les competències en sanitat a les darreres deu comunitats autònomes que encara no les exercien, el

nou acord de finançament inclou la sanitat dins del model general. És a dir, desapareix el finançament finalista per a salut i les comunitats autònomes reben un finançament conjunt. Són aleshores els parlaments autonòmics els que decideixen els recursos que destinaran a polítiques com les de sanitat. Aquest canvi és interpretat pels decisors polítics d'Andalusia com un repte a la legitimitat del sistema.

«Si el sistema públic volia legitimar-se havia d'oferir uns criteris amb els quals la classe mitjana es trobés satisfeta, perquè és la classe mitjana qui bàsicament manté el sistema amb els seus impostos. Un d'aquests criteris és la qüestió de la qualitat del sistema públic» (en paraules d'un alt càrrec del Govern d'Andalusia entrevistat).

Com s'ha analitzat en el capítol 2, durant els anys 2002-2008, quan estava vigent el model de finançament aprovat el 2001, els recursos per habitant rebuts per Andalusia van ser superiors als de Catalunya. El 2002, Andalusia va rebre 1.679 euros per habitant, just la mitjana de les comunitats autònomes (mentre que Catalunya en va rebre un 3% per sota la mitjana). Això significava que Andalusia va obtenir 51 euros per habitant més que Catalunya. El 2008, darrer any de vigència del model del 2001, aquesta diferència s'havia incrementat fins a 81 euros per habitant. Cal remarcar, però, que durant aquests anys el pes dels recursos procedents del model de finançament sobre el total d'ingressos del govern autonòmic va ser del 62% en el cas d'Andalusia, i del 59% en el de Catalunya, cosa que indica el diferent grau de dependència del model de finançament i l'esforç realitzat per complementar-lo via tributs. Amb la modificació del model el 2009, els recursos per habitant que rep Catalunya passen a superar el que rep Andalusia, i el pes del model de finançament en els ingressos autonòmics decreix 10 punts percentuals a Catalunya i 7 a Andalusia.

Tanmateix, els canvis en el model de finançament autonòmic del conjunt de l'Estat s'interpreten menys com un canvi estructural en les relacions establertes en el domini de la política sanitària i més com a prova per a la consolidació del model de gestió sanitària. Fins i tot, les persones entrevistades coincideixen que les decisions de polítiques sanitàries sobre el model de sistema sanitari no es prenen en relació amb la millora o empitjorament del finançament autonòmic, però reconeixen que la disposició de determinats recursos influeix en la fase d'implementació de les polítiques: pot influir sobre la intensitat i l'extensió de la cobertura, però no sobre el model del sistema.

Conclusions

L'evolució del model de gestió del sistema sanitari a Andalusia durant la darrera dècada ha registrat una diversificació gradual de les formes jurídiques de provisió de serveis, sobretot hospitalaris. Segons ens permet analitzar el model d'equilibri puntuat de Baumgartner i Jones (1993) i True, Jones i Baumgartner (2007), aquestes modificacions es van produir en un escenari d'estabilitat de la imatge del tema, estabilitat en l'estructura del domini de la política pública i estabilitat en el subsistema (monopoli) de política pública.

Seguint el model teòric, si no es produeix un qüestionament de la imatge del tema construïda i avalada pel subsistema que monopolitza l'elaboració de la política sanitària i els processos de presa de decisions, hi ha una baixa probabilitat que es produeixi un gir, és a dir, un canvi el model de gestió sanitària. Aleshores, hauríem de concloure que durant la primera dècada del 2000 es van desplegar sobre el territori proveïdors públics amb model de gestió empresarial perquè el subsistema va ser capaç d'integrar aquestes actuacions en el discurs que fonamenta la imatge del tema, de manera que s'interpretés no com un gir, sinó com un element de fonamentació del mateix sistema.

Aquesta anàlisi també ens mostra que la relació entre imatge del tema, estructura del domini i subsistema de política no es pot concebre com una dinàmica aïllada del procés polític, com sembla desprendre's del model de l'equilibri puntuat: els resultats electorals i les correlacions de forces entre diferents nivells de govern tenen una influència important en la composició del subsistema. És a dir, la classe política determina en gran part la composició del subsistema, que, per tant, pot canviar no només per una mobilització externa, tal com apunta el model de l'equilibri puntuat. El canvi des de dalt, impulsat per la competència política, pot també perseguir un canvi en la definició de la imatge del tema, dels discurs i de les eventuais decisions i actuacions. En el cas andalús, observem que no es va produir conflicte o qüestionament sobre la política ni des de fora ni des de dins o des de la política.

Aquest consens discursiu i de desplegament de les noves actuacions al sistema sanitari andalús no es va veure modificat pels canvis en el model de finançament ni per la crisi econòmica. Les variacions en els recursos disponibles han afectat el volum i ritme de les actuacions, però no la seva trajectòria.

Tanmateix, el model de l'equilibri puntuat no ens permet analitzar un dels factors explicatius que poden ser més rellevants a l'hora d'entendre no només les trajectòries de les polítiques sinó també els tipus de canvis institucionals que es produeixen. Els canvis poden ser estructurals o incrementals, poden suposar la desaparició i substitució d'una institució o poden consistir a afegir noves estructures i la desatenció de les existents. En el cas andalús hem observat els canvis, però no hem analitzat de quin tipus de canvi es tractava, més enllà d'apuntar que els diferents actors poden justificar tant una naturalesa de ruptura com de continuïtat, segons el discurs que construeixin. En el capítol següent presentem una tipologia de canvis institucionals i un model teòric per explicar perquè es produeixen (Mahoney, Thelen 2010). El model requerirà definir i integrar en l'anàlisi els papers que juguen els diferents actors en el procés i com interactuen amb els elements del context.

Capítol 6

PER QUÈ CATALUNYA I ANDALUSIA HAN OPTAT PER MODELS DE GESTIÓ SANITÀRIA DIFERENTS?

Gran part de la recerca comparada sobre polítiques públiques analitza els factors que influeixen en els processos de decisió, és a dir, intenten explicar per què els decisors públics prenen unes decisions i no unes altres. Això permet interpretar per què els governs prenen opcions de política pública diferents, i entendre la diversitat territorial que se'n deriva i que es plasma en diferents models d'intervenció en la societat. Aquest interès està molt present en l'estudi de les polítiques de reforma de l'administració i la gestió pública, que analitza la variabilitat en el contingut de les reformes entre països, així com els factors que explicarien aquesta diversitat (Campbell, Halligan 1992; Hood 2000; James 2003; Knill 1999; Pollitt, Bouckaert 2000; Sahlin-Andersson 2002; Zifcak 1994). Aquesta literatura proporciona diferents interpretacions, tot i que sovint complementàries, del sorgiment, desenvolupament i resultat de reformes, en funció de la branca del neoinstitucionalisme adoptada –institucionalisme de l'elecció racional, institucionalisme sociològic i institucionalisme històric (Barzelay, Gallego 2006).

El desenvolupament d'aquesta recerca implica, almenys, dos reptes. El primer, tal com Radaelli et al. (2012) han posat recentment de manifest, l'existència d'una trampa explicativa que deriva del fet d'assumir que existeix una relació de causalitat entre els factors institucionals i les polítiques resultants només pel fet que apareixen associats repetidament. Aquests autors argumenten que el vincle explicatiu que falta ha d'estar basat, necessàriament, en proves que derivin de variables polítiques. Prenent això com a punt de partida, aquest capítol analitza com la presa de decisions per part de governs autonòmics, amb un context institucional similar, condueix a diferents resultats polítics en el mateix sector –gestió pública en l'àmbit sanitari–. Els estudis de cas inclouen l'anàlisi de la trajectòria en la política de gestió sanitària a Andalusia i a Catalunya. Ambdues regions han seguit diferents models de gestió sanitària des de començament dels anys 80 però aquest estudi se centra en la dècada passada, quan importants

esdeveniments externs comporten nous reptes i creen nous escenaris per al disseny de polítiques, tot i que les diferents opcions polítiques encara persisteixen.

El segon repte deriva de la necessitat de millorar la comprensió de l'anomenat «canvi incremental», tant polític com institucional. Les tres branques del nou institucionalisme es fonamenten en supòsits que, malgrat ser diferents, reforcen la idea d'estabilitat i no acaben de donar resposta a l'explicació. El canvi no és explicat com un procés incremental i endogen, sinó com un xoc abrupte causat per factors externs. Contribucions més recents aporten eines teòriques útils que poden ajudar a avançar en aquesta línia. Hacker (2004) i Streeck i Thelen (2005) han elaborat unes tipologies del canvi institucional que, malgrat algunes variacions, es basen en la identificació de barreres internes i externes al canvi. Malgrat ser útil per a les finalitats analítiques, aquest tipus de contribucions només aporten ajuda per a una classificació d'exemples empírics del canvi institucional. Tal com Radaelli et al. (2012) destaquen, podríem caure en una trampa explicativa si assignéssim un valor causal a l'ús d'aquestes tipologies. Mahoney i Thelen (2010) desenvolupen un model teòric que pretén construir arguments de causalitat a través de la vinculació de les característiques organitzatives i contextuals als tipus de canvis institucionals esperats. Aquests autors defineixen una combinació de variables –característiques del context polític, de les institucions objecte del canvi i de la tipologia d'actors i llurs estratègies–. A partir d'això, argumenten que característiques institucionals i de context concretes faciliten l'emergència de determinats tipus d'actors –amb les seves respectives estratègies– en la persecució de determinats tipus de canvi institucional.

Aquest capítol parteix de l'interès explicatiu de trobar un vincle de causalitat. En primer lloc, apliquem el model teòric de Mahoney i Thelen (2010) a l'anàlisi del canvi polític i institucional desenvolupat en la gestió pública dels sectors sanitaris de Catalunya i Andalusia. En un segon apartat, argumentarem que aquest model ofereix una interpretació estàtica del canvi en comptes d'una explicació dinàmica de per què i com els actors es relacionen amb el context i l'organització. Tot i que els autors reconeixen que els tipus d'actors que defineixen no responen a identitats fixes sinó a rols (Mahoney, Thelen, 2010, nota a peu de pàgina 7:23), es necessita una explicació a com i per què els actors es mouen entre rols.

Aquest capítol aporta idees, com ara que aquest model teòric pot ser complementat amb una aproximació integradora elaborada per Barzelay i Gallego (2006) sota la denominació de processualisme institucional. Aquesta aproximació s'ha desenvolupat a partir dels estudis analítics i empírics de la dècada passada que proporcionen explicacions alternatives i complementàries a la reforma de la gestió pública en casos que no eren de referència (vegeu el número especial del 2003 de l'*International Public Management Journal* 6[3]; i el *Symposium Issue de Governance* 23[2] de 2010). Aquesta aproximació explica el canvi polític i institucional a través de la integració dels factors d'estructura, agència i context en una mirada centrada en la causalitat dels esdeveniments a través de l'ús dels mecanismes socials.

L'apartat conclusiu posa en relleu les principals contribucions d'aquest estudi. Documents oficials, fonts d'informació rellevant per a les nostres hipòtesis (model de finançament, resultats electorals, etc) i més de 30 entrevistes semiestructurades a informants clau –directament implicats en els processos analitzats o amb coneixement privilegiat sobre ell– formen el conjunt de dades empíriques d'aquest estudi. Ens basarem en la connexió entre la teoria i les dades empíriques amb l'objectiu d'elaborar una interpretació consistent dels dos processos de canvi institucional i polític seleccionat.

L'aproximació teòrica: context, institucions i actors del canvi

D'acord amb Radaelli et al (2012), les explicacions de les variacions en el disseny de les polítiques entre països i de la continuïtat i canvi polític dins d'un mateix país sovint es fonamenten en arguments analíticament qüestionables. Més concretament, aquests autors identifiquen quatre trames explicatives en l'ús de les interpretacions del nou institucionalisme: considerar les característiques institucionals com a determinants dels resultats empírics, atribuir poder explicatiu a les tipologies, no incloure les variables polítiques en els arguments explicatius de la variació de la política i no identificar els mecanismes a través dels quals determinats contextos institucionals condueixen als resultats polítics observats. Com a resultat de tot plegat, segons els autors, una part de la investigació comparada sobre política pública tendeix a reunir evidències de la variació institucional associada a la

variació en les polítiques però no aborda amb retrospectiva la relació causal entre les variables de l'àmbit institucional i les de l'àmbit polític.

No obstant això, la inclusió de les variables de l'àmbit polític en la relació causal implica identificar-les i justificar la seva selecció en el marc d'un model teòric. Aquesta tasca és complexa almenys per dos motius. En primer lloc, les característiques analíticament rellevants de l'àmbit polític poden variar entre diferents sectors polítics: per exemple, la provisió publicoprivada o el mercat laboral dels professionals pot ser molt rellevant per a l'explicació de la política sanitària però no per a la política de transport; o d'igual forma, el grau de concentració del finançament privat pot ser rellevant per als resultats de la política de telecomunicacions però no per a la política educativa. En segon lloc, les característiques de l'àmbit polític poden variar considerablement entre països i dins d'un mateix país: per exemple, les regulacions del mercat laboral dels professionals pot diferir notablement entre Espanya i el Regne Unit però no tant la provisió publicoprivada; o bé, hi podria haver més variació en aquests dos aspectes entre diferents regions d'Espanya que entre Espanya i el Regne Unit.

Els casos exploratoris d'estudi poden ajudar a identificar les característiques del sector polític que són rellevants per a l'explicació dels resultats de les polítiques. En aquesta línia, aquest capítol busca construir arguments explicatius per a la variació en la política de gestió pública en el sector sanitari en dues comunitats autònomes espanyoles: Catalunya i Andalusia.

Mentre que el disseny formal de les institucions de govern autonòmic és semblant, les polítiques de gestió sanitària que han implementat són marcadament diferents. Algunes característiques del sector polític són similars en l'àmbit autonòmic, com, per exemple, la regulació del mercat laboral dels professionals. Altres, però, divergeixen com el model de provisió publicoprivat, el nombre i la natura dels grups d'interès o els models de relació entre aquests i l'elit política.

Malgrat això, quan els resultats polítics són mostra d'un canvi institucional i/o polític, és necessari anar més enllà de la identificació de les característiques rellevants del sector polític i entendre per què són rellevants. Les característiques del sector polític són, per definició, variables estructurals amb un considerable grau d'estabilitat. Per això, explicar el canvi a través d'aquestes variables institucionals/polítiques

pot requerir endogeneïtzar el paper d'altres factors, potser externs però més dinàmics, com l'evolució en l'arena política. A tall d'exemple, els canvis de govern (un factor dinàmic de context) pot comportar la redefinició de la interacció de l'elit política amb el grup de professionals (un factor de l'àmbit polític relativament estable). En aquest sentit, aquest capítol compara la política de gestió pública sanitària en dos casos contrastants. A Andalusia, el mateix partit polític (PSOE) ha estat al govern des del 1983, data de les primeres eleccions autonòmiques andaluses, fins a l'actualitat. En aquest cas, la trajectòria de la gestió pública sanitària mostra característiques d'un canvi institucional incremental. A Catalunya, la mateixa coalició política nacionalista (CiU) ha governar des del 1981, moment en què hi va haver les primeres eleccions democràtiques, fins a l'any 2003, quan un canvi en el govern va portar al poder a la coalició catalanista i d'esquerres (PSC, ERC i ICV). Després de més de dues dècades de canvi institucional incremental, el nou govern va impulsar una reforma institucional que havia estat considerada com a impossible de dur a terme fins a aquell moment i que va ser aprovada a través d'una llei l'any 2007, sota el segon mandat del tripartit.

Recents contribucions teòriques aporten eines analítiques útils per a la identificació de factors rellevants en la caracterització del canvi institucional incremental. Hacker (2004) assenyala la natura dels obstacles que poden limitar el canvi: barreres a la conversió interna de la política pública (*internal policy conversion*) i barreres al canvi de la política pública des de l'autoritat externa (*authoritative policy change*). Les primeres es troben dins de la mateixa organització, mentre que aquestes darreres es refereixen a actors externs. En tant que cada tipus de limitació pot ser alta o baixa, la seva combinació provoca quatre possibles escenaris: deriva (*drift*), conversió (*conversion*), revisió (*revision*) i reemplaçament (*replacement*). A partir d'aquestes idees, Streeck i Thelen (2005) conceptualitzen cinc tipus de canvi institucional gradual amb resultats transformadors: desplaçament (*displacement*), estratificació (*layering*), deriva, conversió i exhauriment (*exhaustion*), i aporten una detallada caracterització del canvi que comporta cadascun d'aquests resultats, així com dels mecanismes subjacents en cada procés (deserció, creixement diferencial, negligència deliberada, redirecció o reinterpretació i esgotament).

Aquestes tipologies ajuden a la classificació del canvi incremental tant polític com institucional però no l'expliquen. Per tal d'aportar força explicativa a la tipologia de models de canvi institucional, Mahoney i Thelen (2010) identifiquen dos components variables (i no fixos) de les institucions: la distribució del poder entre els actors i les institucions i el grau de marge d'acció en l'aplicació de la normativa. Aquests autors argumenten que el canvi institucional té lloc quan hi ha problemes d'interpretació i aplicació de les normes que proporcionen als actors suficient marge de maniobra per tal d'aplicar les normes existents de diferent forma. Tal com mostra el quadre 15, Mahoney i Thelen (2010) construeixen una tipologia en la qual el canvi institucional és influït per la combinació de dos factors: les possibilitats de veto d'aquells actors que defensen l'status quo i el nivell d'acompliment o discreció en la interpretació i aplicació de l'status quo. Grans possibilitats de veto poden conduir a l'estratificació quan el nivell de discreció és alt i a la deriva quan aquest és baix. Per la seva banda, les dèbils possibilitats de veto poden provocar un desplaçament quan el nivell de discreció és alt o conversió si és baix. Per tant, la seva teoria del canvi institucional gradual es fonamenta en la interacció entre les característiques del context polític i les de les institucions. Però ells van un pas més enllà de la tipologia i argumenten que el vincle de causalitat entre ambdues variables es troba en el comportament dels actors. Els autors parteixen de la hipòtesi que diferents tipus d'agents del canvi –subversius (*subversives*), simbiotes (*sybionts*), insurrectes (*insurrectionaries*) i oportunistes (*opportunists*)– i les seves estratègies tendeixen a prosperar en contextos institucionals determinats. Per tant, la identificació dels agents del canvi tenen diferents propòsits explicatius: diferents contextos institucionals faciliten o constreixen el sorgiment de diferents tipus d'agents del canvi, els quals tindran diferents interessos en relació amb l'estabilitat o canvi institucional i, per tant, desenvoluparan estratègies diferents que portaran a un tipus determinat de canvi institucional (Mahoney, Thelen 2010).

Quadre 15. Fonts contextuals i institucionals dels agents del canvi

		Característiques de les institucions	
		Nivell baix de discrecionalitat en interpretació/aplicació	Nivell alt de discrecionalitat en interpretació/aplicació
Característiques del context polític	Fortes possibilitats de veto	Subversius (Estratificació)	Simbionts Parasitaris (Deriva)
	Dèbils possibilitats de veto	Insurrectes (Desplaçament)	Oportunistes (Conversió)

Font: Mahoney i Thelen 2010:28.

Aquest model no defineix els tipus d'actors com a identitats fixes sinó com a rols (Mahoney i Thelen 2010:23, nota peu de pàgina 7) i preveu les potencials dinàmiques de coalició entre els actors que les protagonitzen. Aquesta previsió no converteix tots els actors en oportunistes, sinó que endogeneïtza les seves preferències, objectius i estratègiques en el marc dels processos de canvi. Malgrat això, aquest model no aprofundeix en com i per què els actors poden canviar de paper en un punt determinat del temps i treballar per a diferents tipus de canvi institucional. El model considera les possibilitats de veto i el nivell de discreció com a variables –és a dir, que poden canviar en el temps per a diferents actors– però no aporta evidència sobre els mecanismes que expliquen els canvis en els papers dels actors com a resposta a aquestes modificacions.

En aquest capítol sostenim que l'argument causal per al paper canviant es troba en la interacció entre els actors i els elements contextuais, és a dir, en l'ús dels mecanismes socials com a eina explicativa (Elster 1989). El mecanisme causal és definit com a «*delimited class of events that alter relations between specified sets of elements in identical or closely similar way over a variety of situations*» (McAdam et al. 2001:24). Els mecanismes, com a construcció teòrica, suggereixen l'existència d'una relació causal entre el context i la situació, és a dir, d'interaccions entre els participants en el procés analitzats, amb independència de si implica un canvi institucional o polític d'alta o baixa visibilitat. Per tant, sostenim que les observacions empíriques sobre determinats episodis empírics d'un canvi institucional i polític incremental poden identificar el paper i tipus dels actors com a part de l'explicació del tipus de canvi produït. No obstant això, l'activació del paper i les estratègies dels actors pot ser explicada per processos i mecanismes causals i per factors contextuais del mateix procés analitzat.

Interpretant el canvi en la política de gestió pública en el sector sanitari català

Són molts i diversos els estudis que han abordat la trajectòria de la política sanitària a Catalunya durant les últimes dues dècades del segle xx (Gallego 2000, 2001). Entre els diversos aspectes tractats, ha estat especialment destacada la configuració d'un model de provisió i gestió dels serveis sanitaris finançats públicament que es diferencia tant del Sistema Nacional de Salut dissenyat pel Govern espanyol a mitjan anys 80 com dels sistemes regionals de salut implantats a la resta de comunitats autònomes a partir dels processos de descentralització de la competència en salut (Gallego 2003; Gallego, Subirats 2011, 2012; Gallego, Gomà, Subirats 2005). De forma molt resumida, podríem dir que mentre que els serveis sanitaris espanyols i de la resta de comunitats autònomes estan principalment organitzats en base a un model públic de provisió directa (amb una integració jeràrquica del comprador i els proveïdors), el sistema de salut català ha optat per un model de provisió indirecta finançat públicament però on comprador i proveïdors són figures independents, fet que ha generat una xarxa complexa de proveïdors de diferents fórmules de titularitat pública i privada.

Els proveïdors públics transferits pel Govern espanyol al Govern català el 1981 suposaven més del 90% del conjunt de l'atenció primària a Catalunya, però només un terç del total de llits hospitalaris en aquell moment. Mantenint el model heretat, tots els proveïdors transferits es van mantenir com a unitats d'una mateixa organització, l'Institut Català de la Salut (ICS), el qual jugava els papers de proveïdor i comprador al mateix temps –és a dir, era responsable de la contractació amb la xarxa de proveïdors externs a l'ICS–. Des d'aleshores, la xarxa de contractació ha estat substancialment ampliada i reforçada com a opció política explícita de desenvolupament del model sanitari català. Per contra, l'ICS no va experimentar canvis formals en la seva naturalesa legal però les seves condicions externes (particularment les relacions entre proveïdors contractats però també la introducció de la lògica de la «nova gestió pública» en el sistema) van canviar la situació de l'ICS en el conjunt del sistema sanitari i el van marginar de les regles de joc existents. La evolució de l'ICS s'ajusta al que Mahoney i Thelen (2010) categoritzen com a deriva, petits canvis que són principalment causats per la manca de decisions per part dels decisors polítics.

La LOSC del 1990 va debilitar el paper de l'ICS: l'ICS va perdre la seva capacitat de contractació d'altres proveïdors complementaris i va quedar limitat a les seves funcions com a proveïdor, mentre que les funcions de contractació/compra van ser assignades a un nou organisme que actuaria sota regulacions de gestió privada: el Servei Català de Salut (SCS). La LOSC també contenia un mandat ambigu, segons el qual l'ICS s'hauria de desagregar en les seves unitats de provisió i ser contractat per l'SCS. No obstant això, mentre que l'SCS va ser ràpidament posat en marxa, l'ICS no es va arribar a extingir, i va mantenir la seva condició legal com a cos de gestió de la seguretat social i va actuar plenament sota la gestió d'un marc de dret administratiu. D'aquesta forma, l'ICS va quedar com l'únic proveïdor directe dins del sistema català de salut, amb una única personalitat legal i que es constituïa com l'empresa més gran de Catalunya –més de 35.000 treballadors–, la majoria d'ells amb vinculació funcionarial.

L'estratègia de reforçament d'un model de gestió diferent i paral·lel a l'ICS podria ser interpretada com a estratificació, en termes de Mahoney i Thelen (2010). L'ICS va perdre les seves funcions com a comprador després de la LOSC, cosa que va mitigar la desconfiança per part de la resta de proveïdors davant el fet que comprador i proveïdor fossin el mateix. Però l'ICS encara mantenia una regulació pública diferenciada, en general, i pel que fa a l'estatut funcionarial i les relacions laborals, en participar, amb mecanismes de finançament diferents, fet que encara era vist com reminiscències opaques d'un privilegi obsolet. La recerca ha facilitat mostres que, durant pràcticament tres dècades, l'elit política i de gestió catalana en el sector sanitari ha criticat insistentment el model de gestió de l'ICS com a profundament ineficient. Alguns alts càrrecs entrevistats argumentaven que les eines del dret administratiu, com són les de la funció pública i de les regulacions contractuals, en limitaven una gestió que fos eficient i rendible. Per aquesta raó, alguns d'ells haurien preferit un canvi radical que apropés l'ICS al marc de gestió privada –és que el seria un desplaçament en la tipologia de Mahoney i Thelen (2010)–. D'acord amb nombrosos responsables polítics i executius entrevistats, diversos directors de l'ICS havien abordat aquest tema amb canvis legals o sense, però durant dues dècades no havien trobat suport polític. Una interpretació coincident d'aquesta manca de suport recau en el fet que CiU identificués l'ICS com un exemple de les polítiques centralistes espanyoles, d'una banda, i d'un model burocrà-

tic i obsolet, de l'altra. Les persones entrevistades argumentaven que CiU no només estava convençut de la impossibilitat de modernitzar o reformar l'ICS en una organització eficient, sinó que, a més, no havien percebut interès a intentar-ho.

En aquest context, tant els actors interns com externs a l'ICS consideraven que una reforma global no era factible, perquè era massa difícil, tant des d'un punt de vista polític com jurídic. En aquest sentit, s'observaven elevades possibilitats de veto per part d'actors externs –els sindicats, el Departament d'Economia del Govern català, els proveïdors contractats i els governs locals implicats en la xarxa contractual–. A més, els successius directors de l'ICS havien percebut un elevat grau de discreció per a la millora de la gestió a través de petits canvis de baixa visibilitat en les pràctiques i els instruments organitzatius, sense la necessitat de dur a terme canvis formals. Així doncs, per què finalment, l'any 2007, s'opta per l'aprovació d'una llei que transforma l'ICS d'un organisme administratiu a empresa pública?

Context polític i característiques institucionals

La reformulació de la naturalesa legal de l'ICS i la necessitat de modernitzar els instruments de gestió han estat temes recurrents en el discurs d'una gran part dels actors implicats en el sector català de la política de salut (polítics, gestors i professionals), i han esdevingut més o menys central en funció del moment. No obstant això, la recerca publicada també destaca que aquests mateixos actors consideren que aquests canvis no han estat encarats durant els anys a causa de: *a)* des del punt de vista legal, la dificultat de canviar la regulació per tal que un organisme de la Seguretat Social fos transformat en una empresa pública o en una altra forma d'organisme autònom; *b)* l'oposició del conseller d'Economia i Finances del Govern català i, particularment, dels serveis d'Intervenció, per les tendències institucionals derivades de la funció de control, que temien que el canvi de model de gestió impliqués un control econòmic i financer *ex post*; i *c)* l'oposició dels sindicats contra un canvi en les relacionals laborals. Alguns arguments també posaven de manifest que una redefinició legal de l'ICS requeria una injecció de recursos econòmics (per tal d'equilibrar els pressupostos) que no era factible en el marc pressupostari del Govern català. Prenent

en consideració que tots aquests arguments es basen en factors que s'espera que siguin estables en el temps, atès que es refereixen a papers institucionals, la pregunta és: per què aquests factors no van ser un obstacle per a l'aprovació de la llei de l'ICS del 2007?

El novembre del 2003 van tenir lloc les eleccions autonòmiques que van comportar, des de finals dels anys 70, el primer canvi ideològic en el Govern català. Després de 23 anys de govern consecutiu de Convergència i Unió, les eleccions catalanes del 2003 van suposar l'accés al Govern d'una coalició postelectoral que es va autodefinir com a catalanista i d'esquerres, que assolí la majoria absoluta del Parlament de Catalunya. La coalició estava integrada pel Partit Socialista de Catalunya (PSC), amb vuit conselleries; l'independentista Esquerra Republicana de Catalunya (ERC), amb sis conselleries (incloent-hi la vicepresidència) i la coalició ecosocialista Iniciativa per Catalunya-Verds (ICV), amb dues conselleries.

El govern tripartit va promoure una visió diferent de l'ICS. La consellera socialista de Salut del nou Govern català, Marina Geli, va explicitar la seva voluntat de dur a terme una modernització de l'ICS a través d'un canvi en la seva condició legal i la millora de les eines de gestió i la seva autonomia, amb l'objectiu d'apropar-lo al funcionament dels proveïdors contractats, alhora que s'assegurava així la seva sostenibilitat com a peça central del sistema de salut.

La consellera era conscient que per tal de seguir aquesta ruta necessitava guanyar-se la credibilitat de la Conselleria d'Economia i de la unitat d'Intervenció. L'ICS tenia un pressupost diferenciats en el marc del pressupost del Govern, amb una estructura centralitzada i un estricte control *ex ante*; fet que era considerat essencial per assegurar el control de la despesa i del dèficit per part de la Intervenció General. En altres paraules, aquestes rutines asseguraven un baix nivell de discreció en l'aplicació de les normes de despesa i en la gestió financera. Els alts càrrecs d'Economia coincidien a afirmar que la descentralització o el control *ex post* implicarien un debilitament de la seva capacitat d'inspecció i aquesta opció havia de ser evitada en tant que la despesa sanitària era, per raons estructurals (costos tecnològics, estructura d'edat de la població, etc.) potencialment incontenible. És per tot això que Geli va haver de dur a terme una estratègia que li permetés reduir les possibilitats de veto de la Conselleria d'Economia, tot influïnt en la percepció que des d'Economia tenien sobre el grau de compliment de les regles de gestió financera i de despesa.

Geli també va debilitar les possibilitats de veto per part dels directius de l'ICS, a partir del nomenament d'un director amb un perfil favorable. El primer director,⁴⁴ Raimon Belenes, va ser un metge que prèviament havia estat un alt càrrec dels serveis de salut d'Andalusia. Belenes tenia reputació de ser un gestor experimentat, pragmàtic i estricte, compromès amb la sostenibilitat del sector públic a través del desenvolupament d'estratègies de modernització de la gestió, la qualitat i l'eficiència. El segon director, Francesc José María, era un jurista i secretari del Consorci d'Hospitals de Catalunya, una associació que havia representat els interessos dels govern locals en el sector sanitari durant els vint anys anteriors. El seu perfil s'associava amb un model de gestió pública descentralitzada i ell mateix va explicitar la seva voluntat d'introduir canvis significatius en l'ICS, tals com la desagregació en diferents unitats sobre el territori i la progressiva incorporació de personal no funcional.

Marina Geli, que havia estat una activa defensora del discurs «municipalista» a Catalunya, va expressar de forma explícita la seva opció per involucrar els governs locals en les polítiques de salut i en la seva gestió, alhora que apostava també per l'obertura de nous canals per a la participació ciutadana. Aquesta estratègia podria ajudar a la debilitació de les possibilitats de veto per part dels governs locals i la xarxa de proveïdors contractats. La raó és que el disseny del sistema de salut català es basa en el suport de dos grans grups de pressió: la Unió Catalana d'Hospitals (que representa els interessos dels proveïdors privats contractats) i el Consorci d'Hospitals de Catalunya (que representa els interessos dels governs locals que tenen responsabilitats de gestió sobre proveïdors contractats). Tots dos grups es mostren partidaris que l'ICS «jugui amb les mateixes regles que ells», cosa que implica la necessitat de desagregar-lo i ubicar-lo sota el paraigua del marc legislatiu privat. A més, tots dos grups tenen connexions fortes i explícites amb partits polítics del Parlament de Catalunya, fet que el converteix en un espai important de veto.

⁴⁴ Raimon Belenes havia estat director general del Servei Andalús de Salut –autoritat sanitària i principal proveïdor a Andalusia–, director de l'Institut Municipal d'Assistència Sanitària –principal proveïdor dependent de l'Ajuntament de Barcelona– i director dels diversos hospitals de l'ICS.

Les possibilitats de veto més fortes venien dels sindicats, els quals haurien lluitat contra qualsevol intent de transformació dels drets laborals adquirits per part dels treballadors públics de l'ICS. La funció pública i les relacions laborals eren competència de la Conselleria de Governació, en mans d'ERC, fet que va comportar l'obertura d'una línia paral·lela de negociació dins del mateix executiu.

Explicant el canvi institucional: entre estratificació i desplaçament... o conversió?

La llei de l'ICS del 2007 buscava formalment un canvi en l'autoritat institucional i un canvi en la política de gestió pública: va transformar l'ICS d'un cos administratiu a una empresa pública amb el corresponent canvi en el model de gestió pública. A primera vista, es podria argumentar que aquest canvi va ser un desplaçament, i que derivava d'un xoc extern o una conjuntura crítica conseqüència del viratge ideològic del Govern de la Generalitat, combinat amb un escenari pressupostari propici sense precedents. En les dècades anteriors, les fortes possibilitats de veto d'una multitud d'actors havien convergit en una situació de bloqueig que combinava deriva i estratificació. Els responsables polítics i els actors del sector sanitari, tots externs a l'ICS, adoptaren el paper de subversius. Estaven interessats a expandir i reforçar la xarxa de contractes i, eventualment, a forçar la modernització de l'ICS. Dins de l'ICS, els nivells executius estaven interessats, de forma genèrica, en un canvi institucional però els seus posicionaments variaven entre els rols del Quadre 15 en funció de la seva percepció sobre el grau de discreció en l'aplicació de les normes. Els sindicats i professionals han tendit a ajustar-se al paper de sionista, defensant l'status quo per la desconfiança davant una possible pèrdua de drets vinculada al canvi. Malgrat això, les adaptacions de baixa visibilitat que van portar a una deriva i estratificació no havien estat suficients per facilitar a l'ICS les eines necessàries perquè es modernitzés. El canvi ideològic del Govern va impulsar un nou context de baixes possibilitats de veto, on els actors interns de l'ICS, tant els directius com els sindicats i els professionals, podien desenvolupar estratègies oportunistes. A més, aquest nou context hauria facilitat l'emergència d'actors jugant papers insurrectes, fet que hauria conduït a un desplaçament.

No obstant això, una anàlisi més aprofundida del contingut i la regulació de la nova llei de l'ICS situa els canvis institucionals i polítics com a pròxims a la conversió. En principi, la transformació de l'ICS en empresa pública implica un nivell més elevat de discreció en la interpretació i aplicació de la normativa, fet que està en consonància amb les reivindicacions d'aquells que confrontaven l'estatus quo. Malgrat això, l'existència de nombrosos actors amb possibilitat de veto i la necessitat d'un consens parlamentari com a punt de veto dificultava als decisors polítics i els directius forçar un desplaçament. Al mateix temps, els defensors de l'estatus quo, malgrat tenir el poder per pressionar a favor del manteniment de les regles existents, no podien evitar-hi la introducció de petites modificacions.

Les negociacions es van centrar en quatre temes: la personalitat jurídica, el grau d'autonomia financera, la figura contractual dels treballadors sanitaris (funcionarial o laboral) i el grau d'unitat organitzativa o de desagregació. Cada tema tenia els seus propis actors amb capacitat de veto. En primer lloc, la Conselleria d'Economia i Finances del Govern català –i la seva unitat d'Intervenció– s'oposaven a la pèrdua del control financer *ex ante*, així que el resultat de la negociació va conduir a l'elecció de l'auditoria permanent trimestral, cosa que incrementava l'autonomia financera i comptable de l'ICS però menys del que és habitual en altres empreses públiques. En segon lloc, la negociació respecte als règims de contractació de la plantilla i el grau d'unitat organitzativa o desagregació del futur ICS va ser més complexa. Aquest procés no només afectava el Departament d'Economia i Finances i els sindicats, sinó també el Departament de Governació (responsable de la regulació de la funció pública). Es va assolir un acord amb els sindicats que blindava l'estatus funcionarial de la plantilla de l'ICS. Es mantenia, però, la possibilitat de contractar nous treballadors sota el règim laboral, però només en certs casos i circumstàncies excepcionals. El tema de la unitat organitzativa o la desagregació del futur ICS plantejava diverses alternatives: desagregació de l'ICS en diferents empreses públiques, la creació d'un hòlding públic (organitzacions amb diferents formes jurídiques) o el manteniment de la unitat jurídica present. L'alternativa escollida va ser la transformació de l'ICS en una única empresa pública, de forma que les unitats de provisió (hospitals i centres d'atenció primària) no tindrien personalitat legal i es prohibia alhora l'ús de les instal·lacions i serveis de l'ICS per a l'oferta de serveis privats.

Per a la gran majoria d'actors entrevistats, la llei ha tingut un impacte limitat en la gestió específica de l'activitat de l'ICS. Aquesta llei és vista més com una formalització de les pressions per a la millora de pràctiques de gestió específiques que provenien de la mateixa organització, però sense tenir com a objectiu modernitzar-la. Pels defensors de l'status quo, la llei demostraria que és possible aturar algunes de les inèrcies oposades a la reforma, a través de millores graduals i que, al mateix temps, aquesta llei ha legitimitat el paper de l'ICS en el marc del sistema català de salut. En altres paraules, la llei de l'ICS ha introduït modificacions de normes ja existents per tal d'assegurar que les principals estructures es mantenen estables. I per aquells que qüestionen l'status quo, la llei ha estat el primer pas per a reformes més profundes en el futur.

Interpretant el canvi en la política de gestió pública en el sector sanitari andalús

El punt de partida per a l'anàlisi d'aquest cas se situa en l'any 2000, més de quinze anys després de les transferències de les competències en sanitat a la Comunitat Autònoma d'Andalusia. En aquells dies, el sistema d'atenció sanitària del Govern andalús s'havia consolidat en base a un model de provisió de caràcter públic, directe i centralitzat gairebé amb exclusivitat en un organisme: el Servei Andalus de Salut (SAS) (MSPSI 2010). Aquest organisme autònom de caràcter administratiu desenvolupava funcions de planificació, contractació i provisió de serveis sanitaris, tant en l'àmbit de l'atenció primària com en l'hospitalària. Si bé en el Govern andalús hi havia una Conselleria de Salut, el seu paper era limitat i les seves funcions no estaven clarament diferenciades de les d'alguns departaments del SAS.

Ara bé, la consolidació d'aquest model no havia impedit que, cap a finals de la dècada dels 90, el Govern explorés de manera incipient la introducció d'innovacions organitzatives (Martín 2003; Palomo et al. 2012). D'una banda, la personificació jurídica individual, a través de la creació de determinades empreses públiques per fora del SAS; de l'altra, la concertació puntual amb entitats privades –amb ànim de lucre i sense– per a la provisió d'atenció en l'àmbit hospitalari. En aquest sentit, la llei de Salut d'Andalusia (1998) establia les bases per a

una possible (i futura) separació de funcions entre el Departament de Salut i el SAS. El 1999 s'elaborà el Pla Estratègic del SAS, titulat *Una proposta de gestió pública diferenciada* (Torrubia, Higuera 2011), que postula la introducció d'estratègies de gestió clínica i gerencialisme.

En definitiva, cap d'aquests processos va implicar en aquells temps canvis estructurals en la gestió del sistema sanitari, però sí les bases per als canvis institucionals que es van produir a l'inici de la dècada del 2000. Però abans d'entrar en l'anàlisi d'aquest procés, cal presentar les característiques del context polític i de les regles institucionals del model sanitari a Andalusia cap a finals de la dècada del 2000.

El context polític i les característiques institucionals

En relació amb el context polític, el cas d'Andalusia està caracteritzat per la presència de pocs punts de veto i un nombre limitat d'actors amb capacitat de veto, encara que alguns d'ells concentren un poder significatiu. D'una banda, la primerenca transferència de les competències en sanitat des del Govern central (1984) va implicar el desenvolupament significatiu de l'acció de govern autonòmic en aquest sector de polítiques. Així, el Congrés espanyol no ha resultat un punt de veto d'especial rellevància. No obstant això, com analitzarem, això no implica que les dinàmiques interterritorials no hagin de ser preses en consideració com a factor explicatiu del canvi institucional. De l'altra, en un sistema polític andalús caracteritzat pel bipartidisme⁴⁵, el Parlament d'Andalusia tampoc ha resultat un punt de veto significatiu per a l'elaboració de polítiques sanitàries. La continuïtat del PSOE al govern des de les primeres eleccions autonòmiques del 1982 –de vegades amb majoria absoluta– va comportar la presa de decisions de política sanitària basades en majories de govern –i menys en el consens parlamentari–, així com en opcions ideològiques.

Tampoc són nombrosos els actors amb capacitats de veto, encara que alguns acumulen recursos de poder significatius. L'estructura del sector

⁴⁵ Les principals forces al Parlament andalús són el Partit Socialista Obrer Espanyol (PSOE) i el Partit Popular (PP). La coalició d'Izquierda Unida (IU) ha tendit a consolidar-se com a tercera força, i ha jugat un paper important en les legislatures de govern en minoria.

sanitari respon, en part, als antecedents històrics previs a la transferència de competències del 1984. Tant durant el franquisme com en els primers anys de la democràcia, l'estructura d'atenció sanitària va experimentar un desenvolupament limitat a Andalusia, basat en un model integrat de provisió directa. Tampoc hi ha en aquells anys actors privats i només algunes entitats religioses oferien serveis sanitaris de caràcter assistencialista. Tal com afirma un exalt càrrec del Govern andalús, «tot això condiciona l'opció per un sistema públic i la seva continuïtat».

Aquest desenvolupament del sector públic sanitari va comportar també l'establiment d'alguns *veto players* que concentren recursos de poder, com els sindicats i una elit directiva vinculada al govern regional i no als governs locals. Per la seva banda, la Conselleria d'Hisenda i la d'Administracions Públiques exerceixen cert poder de veto basat en els seus papers de control institucional.

Per acabar, en relació amb el grau amb què les institucions resten obertes a interpretacions i variacions en la seva regulació (Mahoney, Thelen 2010), responsables de les polítiques de salut a Andalusia perceben un alt nivell de discreció. Particularment –encara que no exclusivament– en termes de despesa pública del sector sanitari, atès que són els professionals els que prescriuen la medicació, les proves mèdiques o els tractaments.

Llavors, què passa amb el model de gestió sanitària a Andalusia en la dècada del 2000? És possible parlar de canvi institucional? De quin tipus? Quins són els factors explicatius i quins efectes tenen?

Canvi institucional: entre conversió i estratificació

El cas d'Andalusia il·lustra un procés de canvi institucional on les innovacions organitzatives es conceben a la vegada com a mesures d'aprofundiment i millora del model de gestió pública del SAS. Els canvis en la gestió pública del sistema sanitari durant la dècada del 2000 són nombrosos i diversos.⁴⁶ En aquest cas, ens centrarem en l'àmbit de l'estructura de la provisió.

46 Destaquen el desenvolupament de l'estratègia de qualitat, la gestió clínica i el canvi de política laboral dins del SAS.

Durant la dècada del 2000, el govern d'Andalusia va mantenir el model de provisió de caràcter públic, directe i amb un paper central del SAS, però de forma gradual –i al llarg de la dècada– es va anar desenvolupant una xarxa de nous hospitals amb característiques singulars. Es tractava d'una xarxa descentralitzada de centres hospitalaris d'alta resolució (CHARE), que van adoptar la personalitat jurídica d'empresa pública. Amb aquests centres, més petits que els hospitals del SAS, es buscava millorar l'accessibilitat i l'eficiència del sistema sanitari.

Quin tipus de canvi institucional suposa aquest procés? La resposta requereix d'alguns matisos. D'una banda, es tracta d'un procés de *conversió* en termes de Mahoney i Thelen (2010). La forma jurídica de l'empresa pública (i la regulació que això comporta) havia estat introduïda originalment durant la dècada del 1990. Formalment aquesta regulació es va mantenir intacta però va ser interpretada i aplicada de forma diferent. Es va decidir que els CHARE depenguessin orgànicament de la Conselleria de Salut –com les empreses públiques existents– i no del SAS. Una decisió que reforçava l'objectiu general del Govern de separar –almenys en part– les funcions entre aquests dos organismes.

La conselleria va adquirir més visibilitat política en la governança general del sistema sanitari, amb les funcions de planificació i contractació, mentre que la provisió es concentrava al SAS, les empreses públiques i determinats centres concertats. Al seu torn, la decisió de desenvolupar la xarxa dels CHARE sota la fórmula jurídica d'empresa pública responia a la necessitat de millorar l'eficiència del sistema públic. Els decisors polítics concebien i justificaven aquesta opció com a alternativa a la concertació amb centres privats. Tal com expressa un expolític del govern d'Andalusia, «hem desenvolupat els CHARE, hem demostrat que la gestió privada no és més eficient que la gestió pública».

Ara bé, el desenvolupament d'aquesta xarxa d'hospitals amb característiques singulars es pot explicar també per les condicions del mateix sector, interpretades com a problemes a resoldre: l'extensió i dispersió territorial de la població amb les consegüents dificultats en l'accessibilitat a l'assistència especialitzada, els elevats costos de l'hospitalització i la necessitat d'agilitzar el diagnòstic i l'atenció. La creació dels CHARE respon, des d'aquesta perspectiva, a un procés d'*estratificació* (Mahoney, Thelen 2010): un nou tipus d'hospital que complementa el sistema sanitari existent. Noves regles s'uneixen a les

ja existents, que comporten un canvi substancial a la institució, però sense implicar l'eliminació de les velles regles. De fet, el govern d'Andalusia continua desenvolupant hospitals de diferents tipus i que depenen orgànicament del SAS.

Explicant el canvi institucional: context polític, institucions i agents

Com hem avançat, el context polític d'Andalusia, on s'identifiquen pocs punts de veto i on la institució ofereix als actors un grau significatiu de discreció per a interpretar i implementar la normativa, va condicionar el desenvolupament de la xarxa dels CHARE. Des d'aquesta perspectiva, estem davant d'un procés de conversió, on la interpretació d'unes regles institucionals ja existents –la figura d'empresa pública– implicava un canvi en l'ordenació del conjunt del sistema sanitari. De fet, cal destacar que els nous hospitals no adquireixen personalitat jurídica pròpia i separada, sinó que s'adjunten a les empreses públiques ja existents.

Ara bé, qui són els agents que desencadenen el canvi? Principalment, es tracta d'alts càrrecs del govern d'Andalusia, tant el president com els màxims responsables de la Conselleria de Salut. Es tracta un perfil d'actors que Mahoney i Thelen (2010) denominen «oportunistes», principalment perquè mostren preferències ambigües sobre la continuïtat institucional. La xarxa dels CHARE és al mateix temps una oportunitat per reforçar –i completar– el model de provisió pública directa, així com d'impulsar canvis en la governança global del sistema sanitari. Tot això tenint en compte que la figura de l'empresa pública resulta cada vegada més ambigua des de la seva introducció a Andalusia en la dècada del 1990: implica una flexibilitat més gran en la gestió però també permet un cert nivell de control polític.

Així, aquells actors disconformes amb la institució no necessiten desenvolupar estratègies d'insurrecció. En aquest sentit, la creació d'aquests nous hospitals no va trobar gran oposició. Això es deu, d'una banda, al fet que determinats actors que podrien veure desplaçats seus interessos –com el sector privat– no tenien prou poder de veto. De l'altra, perquè en un context d'expansió de l'economia i la despesa pública –«una època d'implementació de noves prestacions», segons un expolític d'alt nivell del govern d'Andalusia– resulta difícil oposar-se

obertament a la creació de nous hospitals.⁴⁷ Per la seva banda, un dels pocs actors amb significatiu poder de veto en el sistema sanitari, els sindicats, varen ser uns defensors de l'estatus quo i un potencial simbiot, però no s'oposaren al projecte sota la condició que aquest no impliqués cap canvi en les regles institucionals. El procés no va comportar la laboraltització del personal sanitari sinó la creació de nous llocs de treball. A més, es va tractar d'un canvi gradual, diluït, que preveia la construcció de la xarxa d'hospitals a la llarg de la dècada i que encara en l'actualitat està en desenvolupament, fins i tot amb alguns projectes paralitzats.

Finalment, cal considerar que aquest procés de canvi institucional no es produeix de forma aïllada d'altres modificacions. Tampoc els alts càrrecs del govern d'Andalusia varen ser els únics agents implicats en aquests canvis. Durant la dècada del 1990, i davant el significatiu poder de veto dels sindicats, es van explorar i descartar transformacions globals del SAS –com ara, la seva conversió en empresa pública–. En aquell context, agents d'àmplia trajectòria en l'àmbit sanitari –alts càrrecs de perfil polític però sobretot gestors– van ocultar la seva preferència per un canvi, tot adoptant el paper de subversius (Mahoney, Thelen 2010). Aquests actors van acceptar el desenvolupament de la xarxa dels CHARE, al mateix temps que van impulsar canvis institucionals en el conjunt del sistema sanitari i, particularment, en el SAS. Entre aquests canvis, destaquen la introducció de l'estratègia de qualitat, del model de gestió clínica i d'una nova política laboral.⁴⁸

En definitiva, el canvi institucional a Andalusia és percebut pels seus actors com a procés de re-legitimació del sistema sanitari públic davant d'un context particular. Fins a l'any 2001, els recursos econòmics per a la sanitat procedien d'una subvenció específica de l'Estat

47 És important tenir present que la població d'Andalusia es troba dispersa en un territori molt extens. En aquest context, l'objectiu dels CHARE va ser presentat sota el lema de «cap persona a més de 30 minuts d'un hospital».

48 “Treballar com si el SAS fos una empresa pública i aprofitant les debilitats jurídiques que ens permetessin avançar» (en paraules d'un expolític del Govern d'Andalusia entrevistat). A més, els gestors sanitaris del govern andalús participen activament en l'elaboració de lleis estatals que permeten més flexibilitat en la gestió pública: la Llei de l'estatut marc del personal estatutari dels serveis de salut (2003), la Llei d'ordenació de les professions sanitàries i la Llei de cohesió i qualitat del sistema nacional de salut (2003).

que no formava part del model general de finançament autonòmic. A partir d'aquell any, i amb la transferència de les competències en sanitat a les comunitats autònomes que encara no les tenien i desapareix el finançament específic per a la sanitat (finançament finalista), de forma que els corresponents recursos s'integren en el finançament general de les comunitats autònomes. Com a resultat, són els parlaments de cada comunitat autònoma els que decideixen el percentatge de recursos que es destinaran a polítiques com les de sanitat.⁴⁹

En aquest context, durant la dècada del 2000, la imatge del tema (*issue image*) del canvi institucional en la gestió pública sanitària a Andalusia combina la promoció de la qualitat del sistema públic de provisió directa amb la defensa de l'autonomia política. És a dir, innovació organitzativa, posicionament ideològic i separació de competències amb el Govern central. Sense oblidar que la política sanitària és percebuda pels decisors polítics com una de les polítiques que ha tingut més influència en l'electorat i com a element de reivindicació d'una identitat territorial associada històricament a la manca d'innovació i desenvolupament econòmic.

Explicant les estratègies dels actors: procés, mecanismes socials i causació per esdeveniments

El model de Mahoney i Thelen (2010) ens ha ajudat a interpretar el paper jugat pels actors del canvi, les seves estratègies i el tipus de canvi institucional que es va produir en les dues experiències analitzades. No obstant això, hi ha qüestions que requereixen un marc conceptual més ampli per tal de ser resoltes: com influeixen les preferències en el rol institucional que presumiblement encarnen? Els portarà el seu perfil –experiències passades, trajectòria formativa, ideologia...– a jugar papers diferents en una posició institucional particular o en una situació determinada? Per què i com podrien els actors moure's (o no) entre els seus papers? Com es relacionen les seves idees i accions amb els factors contextuais i viceversa? El grau de discreció és una variable

49 «En aquell moment si es volia legitimar el sistema, s'havia de satisfer la classe mitjana, que és la que sosté el sistema amb els seus impostos» (en paraules d'un expolític del Govern d'Andalusia entrevistat).

objectiva i estable o podria variar en funció de la percepció dels actors? En resum, aquest model aporta poca base teòrica per analitzar les estratègies dels actors.

A més a més, els casos empírics analitzats aquí són exemples de diferents tipus de canvis institucionals. L'experiència catalana se centra en un procés clarament visible que culmina en una decisió concreta, mentre que en el cas andalús es tracta d'un canvi dins d'una trajectòria política. Malgrat tots dos, són mostres d'un canvi institucional incremental, el procés a través del qual es produeix aquest canvi divergeix entre ambdós casos. Mahoney i Thelen (2010) defineixen les categories conceptuals que ens permeten oferir una imatge estàtica de processos que són per definició dinàmics, motiu pel qual aquestes preguntes no poden ser resoltes en base només a aquest marc teòric. En el cas català, és necessari conèixer una cosa: per què la reforma de l'ICS entra en l'agenda quan durant més de dues dècades s'havia afirmat que no era possible donada la seva complexitat? Com es pot explicar que durant el procés d'especificació d'alternatives es prenguin en consideració alternatives qualificades d'inviabls fins a aquell moment? Com podem explicar que la decisió fos aprovada per consens al Parlament després d'un procés de negociació relativament ràpid? En el cas andalús, podríem plantejar les següents preguntes: per què els CHARE no van suscitar cap oposició quan la proposta (encara que limitada) de la introducció de les empreses públiques en l'assistència sanitària havia provocat un debat una dècada abans? Sense un canvi aparent en les opcions de veto per part dels actors ni del grau de discreció en l'aplicació de la normativa, com podem explicar l'acceptació de nous papers dels agents del canvi? Com es va construir el problema polític i com es va desenvolupar el procés d'especificació d'alternatives?

Defensem que el model de Mahoney i Thelen (2010) podria ser complementat i enriquit a través de la incorporació de l'enfocament de l'institucionalisme processual. En aquest sentit, les preguntes abans formulades podrien ser contestades a partir de l'ús dels mecanismes socials com a eines analítiques. Seguint la classificació ja apuntada de Barzelay (2003) sobre el tipus de mecanismes d'agència i els mecanismes de processos podrien implicar atribució d'oportunitat (*attribution of opportunity*), certificació d'actor (*actor certification*), emprenedoria de política pública (*policy entrepreneurship*) o retroalimentació sobre l'acompliment (*performance feedback*); i els mecanismes que apunten

a processos causals entre el procés i el context poden incloure esdeveniments focalitzadors (*focusing events*), efectes vessament (*spillover effects*), efectes interferència (*interference effects*) o difusió de política pública (*policy diffusion*). Fer ús dels mecanismes requereix parar atenció al flux dels esdeveniments i, per tant, ajuda a integrar els factors institucionals i processals en l'estratègia explicativa (Barzelay, Gallego 2006, 2010a, 2010b). Emfasitzar el procés implica centrar l'atenció en la interacció entre actors, en la interrelació entre els seus posicionaments i les seves accions, i la seva connexió amb el context temporal (Abbott 2001; Elster 1989). Emfasitzar les institucions, per la seva banda, implica parar atenció a com la interacció situacional (l'acció humana en circumstàncies particulars) està influïda per factors contextuais estables (Thelen, Steinmo 1992). A partir de la integració d'ambdós enfocaments, l'anàlisi pot abordar com la interacció situacional es retroalimenta amb el context (Tendler 1997)

Donar resposta a les preguntes de recerca plantejades des de l'enfocament de l'institucionalisme processual implicaria una definició dels episodis com a casos, analitzant exemples empírics de categories relacionades amb el cicle de la política pública (Kingdon 1984; Baumgartner, Jones 1993), tot buscant una estratègia explicativa basada en les narracions analítiques més que en la definició de variables (Abell 2004).

Conclusions

L'anàlisi de la trajectòria de la política de gestió pública en el sector sanitari de dues regions espanyoles mostra com, dins de marcs institucionals similars, els governs poden optar per opcions polítiques divergents. Els resultats dels casos són parcialment explicats per les variables polítiques específiques del sector que aquests casos exploratoris han mostrat com a analíticament rellevants: el pes relatiu de la provisió pública i privada, el nombre i característiques dels grups de pressió i la seva relació amb l'elit política. Tant Catalunya com Andalusia mostren característiques oposades pel que fa a aquestes variables i han desenvolupat opcions polítiques diferents, fet que reforçaria la teoria de Radaelli et al. (2012).

No obstant això, aquestes dades no impliquen per si soles que les característiques de la política del sector siguin el nexa causal entre

les variables de l'àmbit institucional i les de l'àmbit polític. És important remarcar que la (in)acció dels diferents governs i altres actors ha contribuït a modificar o intensificar les característiques d'algunes d'aquestes variables. Així, el principal factor explicatiu del tipus de canvi és el tipus d'estratègia que els actors posen en marxa. Aquest estudi confirma la teoria de Mahoney i Thelen (2010), segons la qual el tipus de paper que els actors juguen i les seves estratègies estan condicionades per les possibilitats de veto existents en el context i pel grau de discreció en l'aplicació de la normativa. Aquesta anàlisi mostra també, però, que la percepció que els agents del canvi tenen sobre aquestes dues variables influeix en la majoria de les seves accions.

En base a això, els papers institucionals no poden ser donats per descomptat, atès que actors en una mateixa posició institucional poden adoptar diferents estratègies en funció de la seva percepció dels factors rellevants. Per exemple, un actor podria intentar debilitar o enfortir les possibilitats de veto d'altres actors en funció de la forma en què perceben que són, o podria optar per una estratègia de canvi diferent en funció de la percepció del grau de discreció existent dins la institució. Això és especialment rellevant en els estats descentralitzats, com Espanya, on els actors amb capacitat de veto poden ser externs al sistema polític regional on s'està produint el canvi. El Govern central, per exemple, pot no influir directament en el procés de canvi regional però els agents de canvi regionals poden construir els seus propis discursos i estratègies en base a referències explícites a les característiques estables i circumstàncies contingents dels sistemes polítics i de govern del país.

Finalment, aquest estudi també ha mostrat com els actors del canvi podrien (des)intencionadament debilitar o enfortir les possibilitats de veto d'altres actors, i aplanar el camí per al desenvolupament d'estratègies de canvi. En aquest sentit, el model teòric de Mahoney i Thelen (2010) podria millorar les relacions de causalitat, tot incorporant l'enfocament processual a l'anàlisi i interpretació dels casos de canvi institucional i de política pública incremental. Aquest enfocament podria ajudar a entendre com i per què els actors interactuen amb factors contextuais rellevants en un model dinàmic d'estratègia per a la continuïtat institucional o el canvi. Al mateix temps, permetria endogeneïtzar l'evolució dinàmica de les característiques contextuais i institucionals, en lloc d'oferir una imatge estàtica i no realista.

Capítol 7

CONCLUSIONS. MODELS SANITARIS AUTONÒMICS: ENTRE LA IDEOLOGIA I EL FINANÇAMENT TERRITORIAL, NOMÉS?

En aquest estudi hem explorat com s'exerceix l'autonomia política en un marc de govern multinivell com el de l'Estat espanyol. Concretament, ens hem centrat en l'àmbit de la política sanitària autonòmica, en el qual partiem d'evidències contrastades: d'una banda, Catalunya i Andalusia han desenvolupat i consolidat models sanitaris diferents des dels anys 80, i, de l'altra, tots dos governs han introduït canvis en aquestes trajectòries durant la primera dècada del segle XXI. Aquests darrers canvis tampoc han estat coincidents. Per tant, la pregunta és: per què Catalunya i Andalusia han desenvolupat models sanitaris diferents? I darrerament, com podem explicar els canvis de direcció en la política pública de gestió del sistema sanitari a Catalunya i Andalusia?

El debat acadèmic i polític en què s'ubiquen aquestes preguntes és el de quins són els condicionants de la capacitat de decisió dels governs subcentrals. Les aproximacions més habituals plantegen una disjuntiva entre ideologia i finançament, és a dir, si aquestes decisions estan altament condicionades pel sistema de finançament territorial, o si, per contra, reflecteixen les opcions ideològiques dels partits en els governs respectius. En aquest estudi hi hem afegit un tercer factor que, segons la literatura comparada, també condiciona el contingut de les decisions governamentals: les característiques estructurals de l'àmbit sectorial en qüestió; en aquest cas, el sanitari.

Per tal de contrastar la influència d'aquests tres factors en la capacitat de decisió dels governs català i andalús hem seleccionat i definit dos casos dins de la dècada del 2000: el procés d'elaboració i aprovació de la llei de l'ICS a Catalunya i el del desplegament dels CHARE a Andalusia.

El primer cas presenta una reforma si més no inesperada, en la mesura que durant més de 20 anys no s'havia abordat, segons un ampli consens, a causa de la seva extrema complexitat. Si bé a finals del 2003

es va produir un canvi de govern i el tripartit PSC-ERC-ICV va substituir Convergència i Unió després de 23 anys de mandat, els motius argumentats per a la dificultat per a la reforma eren estructurals i no havien canviat. Aleshores, s'escau preguntar-se per què es va abordar la reforma a finals del 2003? El cas dels CHARE planteja un seguit de canvis graduals i acumulatius en el model de gestió i prestació dels serveis sanitaris. En la mesura que aquests canvis impliquen una opció per fórmules que s'aparten del model anterior, que tenia un ampli consens, s'escau preguntar-se què ho ha fet possible, més encara quan a Andalusia no hi ha hagut canvi de partit en el govern.

L'anàlisi de l'evolució del finançament territorial ens ha aportat evidència d'un increment substancial en els pressupostos autonòmics d'ambdues comunitats autònomes a partir del 2001. Aquest increment, però, no es va ser degut només als canvis en el model de finançament territorial, sinó en part als ingressos derivats del creixement econòmic. En aquest marc, les dades ens han mostrat que tant la disponibilitat com l'ús dels recursos pressupostaris dels governs autonòmics de Catalunya i Andalusia han estat diferents durant la primera dècada del 2000. Fins al 2009, Andalusia ha rebut més recursos per càpita que Catalunya via model de finançament, i menys que Catalunya a partir del 2009. Tanmateix, el pes pressupostari dels ingressos procedents de tributs en lloc de subvencions intergovernamentals ha estat més gran a Catalunya que a Andalusia. En aquest període, la despesa sanitària per càpita ha estat sostingudament superior a Catalunya, i s'ha incrementat la distància a partir del 2008, tot i que l'esforç pressupostari s'ha mantingut similar. Finalment, l'ús dels recursos totals disponibles en els pressupostos respectius reflecteix opcions de política pública diferents, que encaixen amb els diferents sistemes sanitaris desplegats a Andalusia i Catalunya.

Aquest marc de disponibilitat pressupostària, així com la composició ideològica dels governs autonòmics, els hem pres com a factors a tenir presents en la nostra anàlisi empírica dels dos casos seleccionats. Tanmateix, no donem per fet l'abast i naturalesa de la seva influència en la capacitat d'autogovern, en general, ni en els processos de decisió en què aquesta es concreta, en particular. La influència del factor pressupostari i del factor ideològic pot dependre de la seva interacció amb altres factors, com ara el moment polític, el moment econòmic,

la relació amb altres nivells de govern o la generació de discurs, entre d'altres.

En aquest sentit, l'anàlisi dels dos casos i la seva comparació s'ha fonamentat en l'aplicació de models teòrics sobre presa de decisions governamentals que permeten estructurar la relació entre aquests factors i concloure com s'ha produït. En el cas del procés decisonal que culmina amb l'aprovació de la llei de l'ICS a Catalunya, les connexions entre els processos de definició del tema, formació de l'agenda i presa de decisió ens han permès donar una explicació en termes de mecanismes socials i extreure conclusions en la línia de causació per esdeveniments. En el cas de la introducció dels CHARE a Andalusia, hem pogut explicar els resultats com a canvi de trajectòria en base a les interaccions entre la imatge del tema, l'evolució del subsistema de política pública i l'estructura del domini de política pública. La comparació d'ambdós casos ens ha permès evidenciar la rellevància de les estratègies i papers dels agents que promouen o s'oposen als diferents tipus de canvi institucional.

Les conclusions que traïem en aquest estudi són generalitzacions històriques limitades (Ragin 1987), en la mesura que es fonamenten en estudis de cas exploratoris però amb característiques analítiques de rellevància definida des d'un punt de vista comparat. La triangulació de la informació provinent de les nombroses fonts consultades ens permet concloure que les característiques estructurals del sector de política pública en qüestió –en aquest cas, la sanitat– és un dels principals condicionants de la capacitat de govern i de la presa de decisions. Aquestes característiques delimiten el ventall d'opcions econòmicament viables (cost de canviar models de provisió sanitària) i políticament viables (discursos, grups d'interès, etc.).

D'altra banda, l'estudi confirma que la disponibilitat de recursos pressupostaris condiciona l'abast de les actuacions governamentals, però no la seva naturalesa –direcció o contingut–. Tampoc no hem trobat evidència que aquesta naturalesa de les decisions es vegi influenciada per la procedència dels recursos (transferència governamental o tributs). En canvi, aquesta diferent procedència sí que té influència en el discurs que es construeix per fonamentar les decisions governamentals, en la mesura que els decisors públics en fan referència. Quan aquest recurs discursiu i d'argumentació es fa servir, s'incorporen al procés factors relacionats amb el caràcter de govern multinivell de l'estructura

de l'Estat. Tanmateix, l'impacte d'aquest factor contextual depèn de l'ús que els agents en facin.

En aquest marc, l'estudi també confirma que el contingut i direcció de les decisions públiques i, per tant, de les polítiques públiques desplegades (per exemple, consolidar o modificar un determinat model de sistema sanitari) està principalment influenciada per l'opció ideològica no només dels decisors públics, sinó dels diferents agents que participen en tot el procés. El contingut de les decisions són resultat de la interacció entre múltiples actors que defensen diferents opcions. En aquest estudi hem donat per suposat que les opcions defensades pels diferents actors s'expressen en les preferències que manifesten, i que aquestes preferències, per tant, reflecteixen tant la seva ideologia com els seus interessos. Entenem que, analíticament, ideologia i interessos són conceptes diferents, però deixem per a altres estudis la tasca d'explorar-ne la diferència.

I quin paper tenen les preferències dels ciutadans?

L'anàlisi en profunditat dels dos casos no ens ha aportat evidència de quina és la influència de l'opinió pública en els processos de decisió. De fet, els vint informadors clau entrevistats en profunditat no han identificat aquest factor com a rellevant en els processos estudiats. A l'hora de narrar i argumentar el perquè de les seves propostes, actuacions i decisions al llarg d'aquests processos, el factor opinió pública no va ser esmentat pels entrevistats en cap moment. Tanmateix, la literatura politològica comparada pren les preferències dels ciutadans com un factor que pot incidir en les decisions públiques almenys de dues formes. Unes teories apunten que els partits polítics i els decisors públics intentarien satisfer les preferències majoritàries de la ciutadania, adequant-hi les seves decisions (*preference-accommodating strategy*), per tal d'assegurar-se la reelecció. Altres teories plantegen que els partits polítics i els decisors públics intentarien influir i modificar les preferències de la ciutadania (*preference-shaping strategy*) a través de diferents mecanismes per fer-les més afins a les seves (Dunleavy 1991).

En aquest sentit, una mirada temptativa a l'opinió pública sobre els sistemes sanitaris al conjunt de l'Estat, i en particular a Catalunya i Andalusia, ens planteja noves preguntes per a noves recerques que

puguin analitzar la influència d'aquest factor sobre les decisions de les autoritats públiques i enriquir així aquestes conclusions.

Si Vostè o algun membre de la seva llar haguessin de fer servir un servei sanitari i vostè pogués escollir, ¿optaria per un centre públic o privat quan es tractés de...?

Quadre 16. Percentatge d'enquestats que optarien per la provisió pública en atenció primària

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Andalusia	62,71	60,30	—	56,36	64,74	60,50	59,70	57,73	57,40	57,61
Aragó	75,00	66,55	—	59,63	72,70	72,01	64,30	77,49	65,78	77,23
Astúries	87,29	77,41	—	66,66	72,07	67,34	83,50	77,92	75,32	74,89
Balears	61,31	50,20	—	47,43	60,85	41,07	52,30	54,44	63,74	63,43
Canàries	55,65	51,13	—	41,88	47,10	56,29	41,10	48,03	55,32	56,25
Cantàbria	67,31	54,33	—	60,87	63,30	56,05	47,60	65,43	65,62	63,88
Castella-la Manxa	70,79	70,07	—	66,78	74,48	64,65	60,80	63,26	71,62	63,77
Castella i Lleó	81,83	73,48	—	76,38	73,33	78,53	77,30	76,09	71,90	73,09
Catalunya	47,20	52,49	—	47,92	49,12	55,65	53,40	59,22	59,24	56,68
C. Valenciana	66,43	58,67	—	61,19	63,81	67,63	68,10	65,80	61,00	66,49
Extremadura	64,56	59,25	—	56,86	71,76	61,59	61,10	69,13	64,49	68,23
Galícia	75,97	70,10	—	64,51	68,02	76,07	73,40	70,91	75,50	78,92
Madrid	60,26	48,75	—	62,37	56,92	62,59	66,90	61,59	66,15	62,97
Múrcia	64,07	51,57	—	50,36	54,11	57,11	65,80	73,30	71,93	68,68
Navarra	92,26	80,95	—	55,56	51,86	69,24	64,20	75,80	75,76	79,81
País Basc	77,52	62,17	—	67,20	68,50	60,92	70,70	73,05	73,41	70,46
Rioja	75,76	66,82	—	56,54	65,26	52,14	52,10	62,33	66,18	75,80
Ceuta	—	—	—	—	—	40,80	33,30	41,50	41,18	47,08
Melilla	—	—	—	—	—	41,30	40,30	39,22	43,53	42,53
TOTAL	65,10	59,60	—	58,69	61,74	62,94	62,80	63,86	63,44	64,36

Font: Barómetro sanitario 1995-2012 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013)

Els quadres 16 i 17 indiquen les preferències hipotètiques de la ciutadania en relació amb l'ús de serveis sanitaris públics. En concret, el percentatge de persones enquestades que optarien per la provisió pública.

Quadre 17. Percentatge d'enquestats que optarien per la provisió pública en consultes d'atenció especialitzada

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Andalusia	51,90	48,10	—	45,82	52,48	47,23	49,60	48,25	45,17	48,70
Aragó	64,44	52,46	—	53,24	66,33	64,13	52,20	55,84	56,05	58,59
Astúries	75,66	71,28	—	64,12	63,38	55,12	68,50	61,34	63,27	60,03
Balears	48,26	32,00	—	39,61	50,85	33,08	43,80	44,63	54,05	53,81
Canàries	36,34	34,62	—	28,25	35,09	39,15	30,50	37,01	43,12	43,77
Cantàbria	49,52	29,33	—	45,90	42,98	33,34	30,90	38,22	39,58	42,35
Castella-la Manxa	57,83	58,89	—	49,86	61,56	49,25	48,70	53,30	55,47	53,02
Castella i Lleó	68,26	56,72	—	59,48	58,85	61,50	53,20	54,93	50,95	59,25
Catalunya	40,37	40,83	—	35,15	41,09	43,38	41,30	44,08	45,18	45,64
C. Valenciana	52,14	47,94	—	48,37	45,72	44,17	46,80	47,66	47,26	50,00
Extremadura	49,48	38,88	—	44,31	50,22	38,84	44,10	45,36	38,01	41,74
Galícia	58,72	52,19	—	48,60	56,32	57,20	46,80	49,09	60,99	64,17
Madrid	53,22	43,62	—	49,94	48,15	51,58	48,50	49,48	52,72	51,38
Múrcia	45,53	40,32	—	42,15	41,41	37,32	40,60	47,77	49,41	45,60
Navarra	78,32	64,75	—	45,91	41,40	60,09	55,80	50,18	57,44	67,02
País Basc	68,21	55,18	—	50,81	54,55	47,25	51,60	47,35	53,41	52,28
Rioja	54,04	41,22	—	43,03	45,95	30,39	39,60	43,37	50,20	65,88
Ceuta	—	—	—	—	—	27,30	22,00	16,88	23,92	36,04
Melilla	—	—	—	—	—	26,40	30,90	30,59	20,39	34,15
TOTAL	53,49	47,50	—	46,19	49,75	47,92	46,80	47,97	49,48	51,09

Font: Barómetro sanitario 1995-2012 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013)

En termes generals per al conjunt de l'Estat, la preferència pels serveis públics en el període 2003-2012 supera el 60% en el cas de l'atenció primària i s'ubica en relació al 50% pel que fa a l'atenció especialitzada. En tots dos casos, s'observa una relativa estabilitat, encara que caldria analitzar en detall possibles casos de variació en les preferències, sobretot en relació amb el període de crisi econòmica i contenció de la despesa sanitària.

Pel que fa a les diferències entre comunitats autònomes en el període 2003-2012, podem identificar tres subconjunts. D'una banda, aquelles comunitats autònomes on la preferència per la provisió pública és més alta. Integrarien aquest grup Aragó, Astúries, Castella i Lleó, Galícia, Navarra, el País Basc i La Rioja. De l'altra, un subconjunt ampli i heterogeni on la preferència s'ubica en nivells de la mitjana de l'Estat.

Aquest subconjunt estaria integrat per comunitats com Andalusia o Madrid. Finalment, identifiquem un grup de comunitats autònomes on les preferències per la provisió pública estan per sota de la mitjana de l'Estat, on el cas més significatiu és el de Catalunya, però també on trobem (en concret pel que fa a l'atenció especialitzada) les Canàries, Cantàbria, Múrcia o Extremadura.

Lògicament, aquestes diferències en l'opinió pública ens permeten obrir preguntes per a noves i futures recerques, com ara: quina és la relació entre decisions clau en la construcció de models sanitaris (i, en concret, del pes de la provisió pública) i les preferències de la ciutadania? Fins a quin punt la ciutadania diferencia entre models de provisió pública o simplement distingeix entre finançament públic o privat? Quina és la relació entre les decisions preses en el període de crisi i contenció de despesa i les preferències manifestades per la ciutadania? Preguntes com aquesta poden resultar rellevants no només per aprofundir l'anàlisi comparada entre Catalunya i Andalusia que desenvolupa aquesta recerca, sinó que també poden resultar d'utilitat per ampliar l'abast de la nostra recerca.

Per la seva banda, els quadres 18 i 19 indiquen la valoració de la ciutadania en l'atenció rebuda en els serveis sanitaris públics. En concret, el percentatge de persones enquestades que consideren que han rebut una atenció bona o molt bona, d'una banda en atenció primària i, de l'altra, en hospitalització.

En general, l'atenció que he rebut a les consultes de medicina general (metge de capçalera) de la sanitat pública ha estat...

Quadre 18. Percentatge d'enquestats que consideren que han rebut una atenció bona o molt bona en atenció primària

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Andalusia	79,48	86,68	83,10	85,71	—	84,37	85,70	85,84	87,50	86,90
Aragó	93,42	92,48	89,10	90,38	—	88,70	91,30	62,62	90,58	88,58
Astúries	93,94	89,84	92,00	88,94	—	88,32	89,00	92,22	92,75	90,12
Balears	83,45	83,57	77,30	87,68	—	80,84	85,40	87,88	90,05	92,12
Canàries	71,29	75,82	72,50	77,12	—	77,66	82,20	77,65	78,96	82,21
Cantàbria	87,67	88,89	83,30	90,39	—	87,78	87,20	88,22	89,85	90,81
Castella-la Manxa	87,00	85,14	90,40	85,87	—	87,47	87,10	89,22	88,12	89,73
Castella i Lleó	87,50	87,13	89,70	85,47	—	91,95	91,30	89,16	85,36	91,45
Catalunya	79,54	82,86	84,00	80,67	—	83,91	86,80	86,49	86,47	89,20
C. Valenciana	83,37	82,39	81,50	79,25	—	80,78	84,30	84,12	84,37	82,40
Extremadura	83,51	82,72	85,80	84,42	—	86,30	85,60	84,71	82,71	90,01
Galícia	79,48	86,42	82,40	85,14	—	87,70	84,00	83,58	86,55	90,85
Madrid	78,82	77,85	80,10	83,74	—	83,58	83,60	83,72	84,88	84,41
Múrcia	83,77	85,42	84,60	89,14	—	85,94	88,20	91,09	88,88	89,39
Navarra	89,99	92,15	89,30	82,49	—	91,79	92,50	90,23	93,79	91,94
País Basc	92,95	91,96	85,80	87,87	—	86,84	87,80	92,33	91,38	91,80
Rioja	85,84	86,19	87,00	86,16	—	89,22	82,50	92,93	95,68	92,79
Ceuta	—	—	—	—	—	86,30	87,60	80,56	76,86	87,97
Melilla	—	—	—	—	—	81,10	80,30	81,88	77,63	73,12
TOTAL	82,57	84,40	83,60	84,01	—	84,92	86,10	86,27	86,63	87,56

Font: Barómetro sanitario 1995-2012 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013)

En general, l'atenció que ha rebut a l'hospital públic ha estat...

Quadre 19. Percentatge d'enquestats que consideren que han rebut una atenció bona o molt bona en hospitalització

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Andalusia	84,15	87,70	81,70	83,78	82,21	81,03	93,40	90,62	86,32	94,45
Aragó	87,04	93,33	90,90	95,94	88,90	100,00	86,60	96,76	94,88	93,74
Astúries	95,31	75,99	87,50	78,29	90,26	90,31	85,30	83,78	76,66	92,32
Balears	78,38	93,71	76,30	86,66	91,71	80,95	89,30	80,02	96,80	100,00
Canàries	61,24	82,74	71,50	75,05	77,75	75,87	73,50	89,66	90,48	75,84
Cantàbria	90,24	100,00	100,00	68,72	92,91	100,00	88,70	89,35	93,75	100,00
Castella-la Manxa	77,42	88,25	86,70	96,29	79,30	90,30	88,20	79,31	85,71	91,34
Castella i Lleó	86,24	93,32	93,20	90,01	90,68	92,68	87,50	94,32	86,20	87,88
Catalunya	79,98	82,26	89,50	91,11	82,74	85,46	85,70	74,48	86,89	79,37
C. Valenciana	85,04	93,61	83,30	77,77	87,63	85,46	87,50	76,05	83,87	80,77
Extremadura	77,45	80,90	86,30	66,68	82,74	88,44	86,70	81,25	88,88	89,18
Galícia	75,97	84,38	85,80	82,05	86,45	85,23	91,20	91,88	93,34	88,24
Madrid	82,92	90,55	83,20	76,21	82,22	84,03	81,30	87,72	87,71	80,32
Múrcia	77,35	90,48	100,00	74,88	79,11	76,38	92,60	88,47	93,75	97,24
Navarra	95,03	100,00	93,90	85,67	100,00	88,90	95,10	100,00	94,40	94,92
País Basc	79,67	88,89	82,50	83,30	88,20	96,02	97,00	89,44	92,86	96,30
Rioja	72,73	80,04	86,70	79,96	70,19	82,13	88,50	94,62	86,87	64,76
Ceuta	—	—	—	—	—	90,50	76,00	87,10	67,74	84,17
Melilla	—	—	—	—	—	84,60	66,60	92,31	78,95	78,91
TOTAL	81,87	87,90	85,80	83,45	84,56	85,60	87,50	85,72	87,79	86,70

Font: Baròmetre sanitari 1995-2012 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013)

En termes generals per al conjunt de l'Estat, la valoració positiva dels serveis públics en el període 2003-2012 supera el 85% del total. Aquest percentatge representa les persones que consideren que han rebut una atenció bona o molt bona. En tots dos casos, l'evolució és creixent.

Tot i la valoració positiva generalitzada en el període 2003-2012, podem identificar diferències entre comunitats autònomes. D'una banda, en determinades comunitats autònomes el percentatge de persones que consideren que han rebut una atenció bona o molt bona està per sota de la mitjana per al conjunt de l'Estat. Casos com els de les Canàries o la Comunitat Valenciana apareixen en aquest subconjunt, tant pel que fa a l'atenció primària com a l'hospitalització. De l'altra, comunitats com Astúries, les Balears, Cantàbria, Navarra o el País Basc s'ubiquen en percentatges superiors a la mitjana.

Pel que fa als casos particulars de la nostra recerca, Andalusia i Catalunya, les dades assenyalen similituds però també contrastos significatius. En el cas de la valoració de l'atenció rebuda en atenció primària, les dues comunitats autònomes presenten una evolució semblant: el percentatge de persones que consideren que han rebut una atenció bona o molt bona augmenta significativament entre els anys 2003 i 2012. Cal esmentar, però, que les evolucions han estat diferents: d'una banda, a Catalunya aquesta dada creix de forma sostinguda i progressiva fins a arribar a superar la mitjana de l'Estat, i, de l'altra, a Andalusia s'observa un increment sobtat els anys 2003 i 2004 i un posterior manteniment sense grans oscil·lacions. Pel que fa a la valoració de l'atenció rebuda en instàncies d'hospitalització, s'observen diferències entre les dues comunitats. Mentre que l'evolució en el cas d'Andalusia és creixent al llarg del període 2003-2012, i arriba a superar la mitjana de l'Estat, en el cas de Catalunya l'evolució presenta daltabaixos que en alguns anys situen la valoració per sota de la mitjana.

Novament aquestes diferències en l'opinió pública ens permeten obrir preguntes per a noves i futures recerques: Quina és la relació entre decisions clau en la construcció de models sanitaris i les valoracions de la ciutadania en relació amb l'atenció rebuda? Com influeixen les decisions substantives en les valoracions dels serveis públics? I com poden haver condicionat aquelles decisions polítiques les preferències de la ciutadania? Quina és la influència del context estable i quina la

del context dinàmic, com ara el període de crisi i la contenció de la despesa?

Segons la seva opinió, ¿els següents serveis assistencials de la sanitat han millorat, han empitjorat o segueixen igual respecte als últims cinc anys?

Quadre 20. Percentatge d'enquestats que creuen que l'atenció primària ha millorat

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Andalusia	48,27	48,68	56,04	48,70	50,64	54,71	51,14	48,10	48,90	47,10	37,61
Aragó	55,00	50,71	53,17	40,60	46,70	42,54	35,50	32,50	38,01	35,98	34,63
Astúries	74,99	68,00	53,71	43,10	56,88	56,54	49,63	48,30	41,11	41,68	39,94
Balears	46,27	45,65	54,98	48,70	50,38	57,84	41,10	45,00	45,55	51,90	25,48
Canàries	50,67	48,54	57,62	45,70	45,11	37,02	27,83	49,50	43,04	43,38	30,19
Cantàbria	63,99	64,90	55,77	56,40	55,54	47,35	44,45	45,50	43,86	41,67	37,15
Castella-la Manxa	51,06	51,81	54,69	47,50	52,86	57,66	42,91	46,30	53,03	48,70	23,88
Castella i Lleó	54,71	55,86	55,14	56,50	49,08	57,00	49,66	50,10	48,21	48,12	41,15
Catalunya	47,08	49,49	50,06	44,40	48,33	42,21	41,51	39,40	42,83	32,89	21,26
C. Valenciana	60,68	52,14	50,63	50,50	48,38	47,94	39,55	41,10	39,37	45,36	26,45
Extremadura	56,22	50,54	59,24	68,30	44,32	42,02	46,26	42,60	48,15	42,36	38,01
Galícia	39,77	42,96	44,74	46,30	39,61	41,35	39,34	35,80	38,18	43,30	36,05
Madrid	45,16	45,04	43,50	43,50	50,36	44,77	32,30	35,50	36,77	34,02	27,28
Múrcia	63,72	46,71	52,28	40,80	41,00	49,99	35,08	46,50	45,45	42,39	36,19
Navarra	60,61	56,06	49,51	37,30	38,66	37,11	42,32	41,70	41,53	46,37	44,68
País Basc	62,19	64,87	54,92	51,20	46,45	38,90	44,01	41,40	33,52	32,15	25,49
Rioja	46,71	51,01	45,23	41,30	42,50	49,43	49,04	36,90	37,83	43,36	25,33
Ceuta	—	—	—	—	—	—	35,30	39,60	49,67	31,76	41,54
Melilla	—	—	—	—	—	—	45,80	37,70	25,49	49,02	22,70
TOTAL	51,65	50,67	51,70	47,60	48,28	47,44	41,79	42,30	42,73	41,14	30,62

Font: Barómetro sanitario 1995-2012 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013)

Per la seva banda, els quadres 20 i 21 indiquen la percepció de la ciutadania en relació amb l'assistència pública sanitària, en concret, l'atenció primària. Mentre que el quadre 20 indica el percentatge de persones enquestades que creuen que l'atenció primària ha millorat respecte als darrers cinc anys, el quadre 21 assenyalava el percentatge de persones que creuen que aquest servei ha empitjorat. Cal assenyalar que, a diferència dels quadres 18 i 19 (referides a la valoració de les

persones que han rebut atenció), en aquest cas es tracta d'allò que la ciutadania creu sobre l'evolució dels serveis.

Quadre 21. Percentatge d'enquestats que creuen que l'atenció primària ha empitjorat

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Andalusia	2,42	3,34	2,88	4,50	3,66	3,87	3,58	5,50	3,63	5,92	14,20
Aragó	4,23	5,28	6,34	5,70	4,37	9,56	8,23	10,00	6,44	7,08	7,39
Astúries	0,73	1,46	1,52	0,40	1,09	1,81	4,45	2,80	6,75	4,32	13,32
Balears	5,68	6,52	3,04	5,30	2,61	3,05	13,15	4,10	4,75	8,11	22,93
Canàries	4,20	11,57	6,79	7,10	8,77	7,47	16,51	8,30	11,54	12,98	21,66
Cantàbria	4,31	3,85	1,92	3,90	2,90	6,27	4,83	5,90	4,91	7,63	12,85
Castella-la Manxa	3,63	2,41	2,72	2,10	3,62	3,60	5,74	5,80	4,99	8,32	22,58
Castella i Lleó	4,14	3,91	2,78	3,00	4,86	4,44	5,83	4,00	5,42	6,42	12,67
Catalunya	3,65	4,27	6,20	4,60	4,84	6,40	8,92	10,20	10,46	19,15	32,02
C. Valenciana	7,00	5,36	3,94	5,90	6,83	6,37	9,24	10,20	9,32	10,14	22,00
Extremadura	3,02	5,29	1,51	1,50	1,96	4,33	4,31	3,10	3,08	6,54	9,66
Galícia	7,17	6,27	3,93	5,40	4,14	7,13	7,65	3,60	6,59	4,77	9,08
Madrid	9,45	9,68	7,04	7,20	6,13	6,92	16,73	16,20	12,08	14,82	25,18
Múrcia	3,09	3,47	5,84	11,10	6,36	7,10	8,96	1,50	5,89	10,23	11,49
Navarra	4,81	9,64	5,91	10,20	22,67	15,82	16,82	15,40	16,97	17,61	24,09
País Basc	2,37	2,32	3,89	2,80	6,01	6,57	8,47	8,80	7,81	11,39	16,92
Rioja	7,54	5,56	8,56	6,00	6,01	1,55	4,05	9,80	6,97	4,19	17,22
Ceuta	—	—	—	—	—	—	7,90	12,50	10,92	7,45	18,14
Melilla	—	—	—	—	—	—	8,50	5,90	10,20	12,16	16,01
TOTAL	4,73	5,21	4,50	5,00	5,18	5,86	8,79	8,30	7,87	10,71	19,76

Font: Barómetro Sanitario 1995-2012 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013)

En termes generals per al conjunt de l'Estat i en el període 2002-2012, la percepció de la ciutadania sobre el funcionament de l'atenció primària és encara positiva, però amb una evolució en termes decreixents. D'una banda, disminueix notablement el percentatge de persones que creuen que l'atenció primària ha millorat en els darrers cinc anys. De l'altra, creix significativament el percentatge d'aquelles que consideren que aquest servei ha empitjorat. Cal esmentar que el baròmetre sanitari mesura també el percentatge de persones que creuen que els serveis sanitaris s'han mantingut igual.

Pel que fa a les diferències entre comunitats autònomes en el període 2002-2012, cal tenir en compte que l'any 2012 representa un moment

de canvi molt important en la percepció, i que per tant caldrà corroborar si es tracta d'una tendència consolidada en els anys posteriors. Tot i així, d'una banda, podem identificar aquelles comunitats autònomes que no només s'ubiquen per sota de la mitjana de l'Estat en el percentatge de persones que creuen que l'atenció primària ha millorat, sinó que també estan per sobre en el percentatge de persones que consideren que aquest servei ha empitjorat. Hi trobaríem comunitats autònomes com les Balears, Castella-la Manxa, Catalunya, la Comunitat Valenciana, Madrid o Navarra. D'altra banda, comunitats autònomes com Astúries, Cantàbria, Castella i Lleó, Extremadura o Múrcia presenten percentatges per sobre de la mitjana de l'Estat entre les persones que creuen que l'atenció primària ha millorat i alhora per sota en el percentatge de persones que creuen que ha empitjorat.

Una altra vegada aquestes diferències en l'opinió pública ens permeten obrir preguntes per a noves i futures recerques. Quina és la relació entre la percepció de la ciutadania i les decisions de política sanitària preses en el període de crisi i contenció de despesa? Una pregunta com aquesta pot resultar d'utilitat per aprofundir en l'anàlisi de com i per què es desenvolupen els processos de presa de decisió.

Per la seva banda, les dades recollides en la taula 7 mostren la percepció de la ciutadania, per comunitats autònomes, respecte a l'equitat de la sanitat pública entre territoris a partir de l'any 2002, és a dir, de l'any en què totes les comunitats autònomes assumeixen com a pròpies les competències en sanitat.

Segons la seva opinió, ¿la sanitat pública ofereix els mateixos serveis a tots els ciutadans amb independència de...?

Quadre 22. Percentatge d'enquestats que creuen que existeix equitat independentment de la comunitat autònoma on es resideix

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Andalusia	43,20	44,65	52,36	47,90	53,38	49,99	47,57	47,40	49,56	48,52	54,79
Aragó	43,29	32,75	45,07	38,50	33,44	31,91	32,99	40,10	48,82	41,30	45,57
Astúries	54,70	46,22	63,41	56,90	71,37	58,36	56,36	42,20	42,32	41,97	39,31
Balears	45,84	63,05	62,35	55,30	48,70	44,38	43,22	54,50	52,54	58,74	47,49
Canàries	40,68	47,59	61,82	44,00	54,54	44,79	43,04	39,80	45,92	48,05	44,53
Cantàbria	61,55	47,60	36,05	30,00	47,85	38,17	30,40	43,40	43,59	62,14	44,78
Castella-la Manxa	46,47	45,18	61,58	47,80	48,95	49,25	47,70	51,00	51,97	56,51	50,62
Castella i Lleó	42,07	45,76	43,96	51,00	45,37	49,95	40,52	35,00	39,72	46,41	39,79
Catalunya	39,35	42,68	49,70	44,30	46,75	47,02	52,06	44,70	44,65	47,28	42,10
C. Valenciana	35,01	43,39	46,33	38,00	40,85	37,78	36,47	36,40	43,16	37,80	38,66
Extremadura	44,16	52,86	63,40	41,00	49,02	48,99	55,71	54,00	57,09	61,06	48,91
Galícia	36,30	44,04	57,62	47,50	42,63	45,74	40,49	42,30	46,13	41,26	41,26
Madrid	27,87	37,83	42,45	42,40	41,55	41,10	35,80	33,60	37,22	34,94	31,35
Múrcia	32,02	30,10	49,96	39,00	32,88	43,28	41,07	47,90	22,88	35,95	39,32
Navarra	42,28	34,28	31,37	22,70	43,92	41,00	31,75	39,70	38,75	39,14	41,73
País Basc	39,98	45,96	32,65	41,60	47,54	46,27	42,63	37,80	33,75	44,03	36,12
Rioja	43,21	57,58	64,79	57,80	59,50	41,34	31,88	41,60	53,63	53,65	53,60
Ceuta	—	—	—	—	—	—	35,90	26,70	45,56	36,08	56,56
Melilla	—	—	—	—	—	—	27,40	16,80	18,82	21,57	14,34
TOTAL	39,47	43,41	49,60	44,50	46,65	45,29	43,33	42,00	43,82	44,66	42,81

Font: Barómetro Sanitario 1995-2012 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013)

Una primera mirada a les dades posa de manifest la variació del percentatge d'enquestats que creuen que no existeixen desigualtats en la prestació dels serveis sanitaris entre comunitats autònomes. Aquesta variació s'ha anat reduint amb el pas del temps: l'any 2002 en un extrem se situava Cantàbria (on més del 60% es decantaven per aquesta opció) i, de l'altre, Madrid, on només el 27% creien que existia equitat amb independència del territori. Deu anys més tard, és Andalusia la comunitat autònoma on més percentatge d'enquestats afirmen que existeix equitat (pràcticament 55%) i Madrid es manté com el territori amb menor percentatge (31%).

S'experimenta, globalment, un increment de la percepció d'equitat interterritorial arran de la descentralització de les competències sanitàries al conjunt de les comunitats autònomes, i observem en el 2004 l'any de més percentatge de creença en aquesta equitat (49,6%). A partir d'aquest any, s'inicia un lleu descens discontinu, que situa entre el 42% i el 45% el percentatge d'enquestats que consideren que no existeixen desigualtats entre territoris. Aquest descens s'accelera a partir del 2008, coincidint amb la crisi econòmica i la contenció de la despesa pública, especialment sanitària. Per tant, malgrat que el sistema sanitari s'ha diversificat a partir del procés de descentralització, amb la creació de 17 sistemes sanitaris autonòmics, la ciutadania expressa actualment una percepció més gran d'equitat interterritorial. En altres paraules, la diversificació de serveis no ha comportat un increment de la percepció de desigualtat sinó a l'inrevés.

Les dades de Catalunya i Andalusia es mostren per sobre de la mitjana espanyola en tota la sèrie des del 2002 fins al 2012, amb l'excepció de l'últim any, on el percentatge de catalans que creuen en l'equitat interterritorial en matèria sanitària se situa lleugerament per sota de la mitjana (42,10% i 42,81%, respectivament). És especialment destacable l'evolució de la percepció dels andalusos, que parteixen d'un 43,2% l'any 2002 (queda al marge de les comunitats autònomes amb més percepció d'equitat) i experimenten un creixement continu fins que un 54,8% consideren que no existeixen diferències interterritorials, i se situa així com la comunitat autònoma amb el percentatge més elevat. En el cas de Catalunya, malgrat observar-se també un increment del percentatge d'enquestats que creuen en l'equitat, aquest és molt més atenuat (amb una diferència de només tres punts percentuals entre el 2002 i el 2012).

Finalment, els quadres 23 i 24 aporten una visió de la percepció de la qualitat dels serveis sanitaris dels ciutadans expressada en termes comparatius respecte als serveis sanitaris d'altres comunitats autònomes. Per tant, en aquest cas, les dades són resultat de la combinatòria de l'avaluació del propi sistema autonòmic i de la valoració (més o menys justificada, en funció de les experiències de cada enquestat) de la resta de sistemes sanitaris.

Comparant amb els serveis sanitaris públics d'altres comunitats, considera que els que rep en la seva Comunitat Autònoma són...

Quadre 23. Percentatge d'enquestats que creuen que els serveis que reben són millors que els d'altres comunitats autònomes

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Andalusia	7,14	5,52	6,40	11,23	10,33	11,09	9,80	12,06	11,97	17,43
Aragó	6,69	3,87	4,60	6,09	3,20	4,24	7,70	7,60	7,38	12,15
Astúries	7,29	6,42	15,90	10,15	16,65	9,63	15,60	9,20	11,73	6,51
Balears	9,57	8,21	8,30	10,87	6,10	4,83	12,00	9,51	6,25	5,11
Canàries	5,79	5,84	3,60	3,57	6,16	6,47	2,30	4,99	8,05	7,29
Cantàbria	4,81	3,85	7,80	5,79	7,24	9,18	7,30	13,53	22,57	13,53
Castella-la Manxa	5,72	9,07	5,40	9,36	9,31	9,35	11,90	15,75	17,44	7,09
Castella i Lleó	7,82	4,41	5,30	9,03	5,38	7,69	8,00	6,70	7,38	6,65
Catalunya	22,05	23,33	21,10	21,26	19,06	18,94	16,70	22,01	21,33	20,85
C. Valenciana	10,71	13,42	10,70	10,43	14,30	9,59	9,00	8,63	9,28	9,11
Extremadura	5,28	4,15	4,60	2,75	9,80	7,07	5,20	6,78	7,16	7,48
Galícia	4,10	5,24	4,30	5,76	6,46	4,19	5,20	5,46	4,76	5,22
Madrid	19,94	21,87	29,90	25,57	28,97	22,40	21,10	21,91	20,90	19,89
Múrcia	2,32	5,83	2,30	4,47	9,31	4,09	9,40	6,44	4,68	4,73
Navarra	68,61	67,71	55,20	59,50	58,83	52,89	61,40	61,24	58,15	54,38
País Basc	56,86	69,17	56,90	56,55	53,16	52,45	59,90	57,92	59,24	60,86
Rioja	4,55	7,52	3,50	7,01	13,28	14,06	8,70	12,54	14,09	11,06
Ceuta	—	—	—	—	—	4,00	8,20	7,05	4,31	6,76
Melilla	—	—	—	—	—	7,00	4,30	7,06	2,75	5,20
TOTAL	14,62	15,70	14,00	16,17	16,62	14,79	14,80	16,06	16,14	16,24

Font: Barómetro Sanitario 1995-2012 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013)

Quadre 24. Percentatge d'enquestats que creuen que els serveis que reben són iguals que els d'altres comunitats autònomes

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Andalusia	33,26	33,60	28,60	36,20	31,13	28,63	31,10	30,49	34,10	33,35
Aragó	40,84	36,97	40,00	33,36	34,04	28,73	32,20	34,80	32,74	32,26
Astúries	38,56	43,05	54,80	47,82	42,75	44,42	47,70	51,54	48,44	48,31
Balears	45,66	37,68	36,90	30,01	36,05	36,13	41,20	43,97	30,35	36,01
Canàries	31,20	38,51	40,70	36,37	38,94	38,16	37,70	34,37	34,29	38,02
Cantàbria	48,08	34,62	32,40	38,17	31,90	32,37	35,50	28,27	28,82	38,53
Castella-la Manxa	51,51	43,79	42,80	43,22	42,64	42,54	35,30	38,04	40,62	39,36
Castella i Lleó	44,38	42,58	41,70	37,72	43,21	34,93	30,30	32,67	31,19	37,87
Catalunya	35,27	35,72	37,50	34,17	40,33	34,97	30,00	30,19	31,12	29,84
C. Valenciana	43,04	39,16	41,70	42,74	40,02	42,98	41,90	39,04	39,17	41,24
Extremadura	39,25	42,63	41,90	37,65	35,70	41,15	37,60	39,51	41,12	40,19
Galícia	42,53	44,10	51,00	41,94	47,83	49,34	50,40	45,90	45,12	48,75
Madrid	31,09	28,93	29,90	24,38	24,02	15,84	20,30	21,60	22,78	31,36
Múrcia	16,61	35,22	27,40	36,60	37,26	28,38	21,90	16,80	27,48	32,25
Navarra	6,27	7,82	11,10	11,56	20,55	13,92	16,20	17,65	13,83	14,54
País Basc	24,52	16,84	21,70	24,32	31,23	24,05	17,30	13,86	17,22	16,67
Rioja	66,67	52,22	51,30	49,03	32,11	36,30	41,90	30,26	39,84	39,81
Ceuta	—	—	—	—	—	18,40	20,80	38,91	29,41	34,08
Melilla	—	—	—	—	—	26,40	16,80	15,29	28,63	15,53
TOTAL	36,26	35,40	36,10	35,06	35,86	32,65	32,10	31,58	32,52	34,63

Font: Barómetro Sanitario 1995-2012 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013)

Les dades del 2003 mostren un gran grup, integrat per 13 comunitats autònomes, on el percentatge d'enquestats que consideren que els seus sistemes sanitaris són millors que els de la resta de comunitats autònomes se situa per sota del 10%. En segon lloc, dues comunitats autònomes (Catalunya i Madrid) presenten uns percentatges superiors als d'aquest primer grup (22% i 20%, respectivament), tot i que encara a molta distància de Navarra i el País Basc, on els enquestats que afirmen que els seus sistemes sanitaris són millors se situen en el 57% i 69%, respectivament.

Una dècada després, l'any 2012, s'observa una modificació en aquests grups. Si bé Navarra i el País Basc continuen sent les comunitats autònomes amb un percentatge més gran d'enquestats que consideren els seus sistemes sanitaris millors que els dels altres territoris, i

Catalunya i Madrid continuen situant-se en posicions mitjanes, podem identificar ara un nou grup, integrat per un conjunt de comunitats autònomes amb percentatges entre el 10% i el 19% d'enquestats que fan aquesta valoració (Andalusia, Aragó, Cantàbria i La Rioja). D'aquesta forma, queda reduït a 9 el nombre de comunitats autònomes amb percentatges inferiors al 10% d'enquestats pels quals seus sistemes sanitaris són millors.

La comparativa entre l'any 2003 i el 2012 mostra algunes evolucions diferenciades per comunitats autònomes. En el grup de millor valoració del sistema sanitari, a Navarra s'observa una reducció entre els que consideren el seu sistema millor, acompanyada d'un notable increment dels que no veuen diferències amb altres territoris (del 6% al 14,5%) i d'aquells que consideren que el seu sistema és pitjor (del 25 al 31%). Al País Basc, en canvi, es produeix un increment del percentatge dels que valoren com a millor el seu sistema sanitari, que es compensa principalment amb una davallada dels que creuen que és igual (del 24,5% al 16,7%) i un lleuger augment dels que afirmen que és pitjor (del 18% al 22%).

Pel que fa a Catalunya i Madrid, aquesta última no experimenta canvis en cap de les categories, de manera que els enquestats es distribueixen entorn del 20% els que valoren el seu sistema com a millor, 31% com a igual i 50% com a pitjor tant l'any 2003 com el 2012. En canvi, a Catalunya s'observa una evolució, tot i que molt lleu: malgrat els percentatges d'aquells que consideren el sistema sanitari català com el millor es mantenen estables (prop del 21%), es produeix una davallada entre els que afirmen que és igual a la resta de sistemes sanitaris (del 35% al 30%) i, consegüentment, un increment dels que creuen que és pitjor.

Les evolucions més destacables s'observen, doncs, dins del grup de comunitats autònomes que l'any 2003 presentaven percentatges inferiors al 10% d'enquestats que valoraven el seu sistema sanitari com a millor que els de les altres comunitats autònomes. Entre aquest grup, s'han produït tres tendències.

D'una banda, aquelles comunitats que l'any 2012 presenten percentatges marcadament elevats de població amb millor opinió del seu sistema sanitari (Andalusia, amb un creixement de 10 punts percentuals; Aragó, que passa del 6,7% al 12%; Cantàbria, que pràcticament triplica el percentatge inicial, i La Rioja, que passa del 4,5% a l'11%).

En aquests territoris, aquest augment ha anat acompanyat d'una reducció també remarcable dels percentatges de població que no veuen diferències entre el seu sistema sanitari i el de la resta de territoris, i es manté estable la taxa d'aquells que creuen que són pitjors. L'exempció la trobem a Andalusia, on les taxes d'aquells que consideren que els seus serveis són iguals que a la resta de territoris s'ha mantingut estable en el temps, de forma que el creixement dels que valoren més positivament el seu sistema sanitari s'ha produït en paral·lel a una reducció dels que consideraven que els seus serveis eren pitjors.

D'altra banda, trobem aquelles comunitats autònomes que han reduït encara més el percentatge de població amb millor valoració del seu sistema sanitari (Astúries, les Balears, Castella i Lleó i la Comunitat Valenciana). En aquest cas, a excepció d'Astúries –en què sembla que ha crescut la població que creu que no hi ha diferències entre el seu sistema sanitari i el de la resta de l'Estat–, s'observa una reducció també de la població que afirma que tots els sistemes són iguals. Per tant, s'ha produït un increment d'aquells que creuen que el seu sistema sanitari és pitjor que el d'altres comunitats autònomes.

I, per acabar, hem de fer esment d'algunes comunitats autònomes que no experimenten grans canvis (Castella-la Manxa, Extremadura i Galícia). En aquestes tres comunitats s'observen també evolucions diferents. D'una banda, a Extremadura i a Galícia les dades apunten a un increment dels que consideren que tots els sistemes sanitaris són iguals i, per tant, una reducció del grup d'enquestats que consideren que el seu sistema és pitjor. De l'altra, Castella-la Manxa, on la categoria dels que consideren que no hi ha diferències entre sistemes sanitaris autonòmics es redueix del 51% al 40%, i creix el nombre d'enquestes que valoren més negativament el seu sistema sanitari en comparació amb el de les altres comunitats autònomes.

Centrant l'atenció en la comparativa entre Catalunya i Andalusia, com hem vist, responen a dues evolucions diferenciades i, en certa mesura, divergents. Totes dues comunitats, com hem repetit al llarg d'aquest estudi, assumeixen les competències en sanitat a principis dels 80 i desenvolupen sistemes sanitaris amb identitat pròpia. L'any 2003, primer any de les dades de la taula, a Catalunya el 22% dels enquestats consideraven que el sistema sanitari propi era millor que el de la resta de comunitats, xifra marcadament inferior (7%) en el cas d'Andalusia. Amb el pas dels anys, Andalusia ha experimentat un marcat increment

dels percentatges de població que considera el sistema sanitari andalús com a millor i una reducció dels que el veien com a pitjor. En el cas de Catalunya, el canvi s'ha centrat en els que consideraven que no hi havia diferències entre el sistema sanitari propi i el de la resta de territoris, que s'han reduït del 35% al 29%, i aquells que consideren que el sistema català és pitjor, que han experimentat un creixement notable.

Com aclaríem més amunt, aquestes dades ens permeten observar l'evolució de la percepció ciutadana en relació amb certs aspectes de funcionament del sistema sanitari, però no ens permeten identificar si existeix alguna relació amb les iniciatives de reforma dels models de gestió sanitària estudiats a Catalunya i Andalusia durant la darrera dècada. Sí que deixen, però, la porta oberta a futures anàlisis en aquest sentit; per exemple, en quines circumstàncies i a través de quins mecanismes l'opinió pública influeix en l'elaboració de les polítiques públiques i en els processos de decisió en els diferents àmbits sectorials.

Consideracions finals

Els governs autonòmics han pres opcions de polítiques públiques diferents en l'exercici de la seva autonomia política: Catalunya i Andalusia han desenvolupat sistemes sanitaris basats en models de gestió diferents. Aquestes opcions han estat explícitament fonamentades en un discurs de voluntat política i, per tant, reflecteixen una ideologia i un programa de partit i de govern que ha estat diferent en cada cas. Tanmateix, els participants en els processos de decisió analitzats reconeixen un paper habilitador/limitador del model de finançament territorial, en el sentit que els recursos disponibles condicionen l'abast de les seves actuacions. Reconeixen, però, que aquests recursos no haurien condicionat la naturalesa de les seves decisions; en aquest cas, l'opció per un determinat model de gestió.

En resum, el finançament condiciona l'extensió i la intensitat de les actuacions en un determinat àmbit social o econòmic, però no la seva direcció. Aquesta direcció ve marcada per la ideologia de les forces polítiques que conflueixen en els processos decisionals. Però, com hem evidenciat en aquest estudi, aquesta ideologia no es correspon necessàriament amb la d'una força política que ocupa un govern, ni tampoc amb una resposta automàtica a l'evolució de l'opinió pública.

Els governs promouen unes propostes ideològiques, però les decisions resultants reflecteixen processos de negociació en què participen altres forces externes a les estructures formals de decisió. Per això, les decisions governamentals recullen també l'empremta ideològica dels actors amb capacitat d'exercir influència en els diferents sectors de política pública, i aquesta fotografia ha estat i és força diferent a Andalusia i a Catalunya.

Bibliografia

- ABBOTT, A. 2001. *Times Matters. On Theory and Method*. Chicago: University of Chicago Press.
- ABELL, P. 2004. «Narrative Explanation: An Alternative to Variable-Centered Explanation?» *Annual Review of Sociology*, 30: 287-310.
- AGRANOFF, R. (ed.) 1999. *Accommodating diversity: Asymmetry in Federal Status*. Baden-Baden: Nomos.
- ALESINA, A. 1987. «Macroeconomic policy in a two party system as a repeated game». *Quarterly Journal of Economics*, 10: 651-678.
- AYALA, L.; MARTÍNEZ, R.; RUÍZ-HUERTA, J. 2013. «Desigualdad y Redistribución en los países de la OCDE». *Informe sobre la desigualdad en España*. Madrid: Fundación Alternativas.
- ANDERSON, G. 2010. *Introducció al federalisme fiscal: una anàlisi comparativa*. Barcelona: Institut d'Estudis Autònoms.
- BARÓMETRO SANITARIO 1995-2012. 2013. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible a: <<https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/informeAnual2012.htm>>
- BARZELAY, M. 2001. *The New Public Management: Improving Research and Policy Dialogue*. Berkeley: University of California Press.
- . 2003. «The process dynamics of public management policy change». *International public management journal*, 6 (3): 251-402.
- BARZELAY, M.; FUECHTNER, N. 2003. «Explaining Public Management Policy Change: Germany in Comparative Perspective». *Journal of Comparative Public Policy Analysis*, 5: 7-27.
- BARZELAY, M.; GALLEGO, R. 2006. «From new institutionalism to institutional processualism: advancing knowledge about public management policy change». *Governance*, 19 (4): 531-557.
- . 2010a. «The Comparative Historical Analysis of Public Management Policy Cycles in France, Italy and Spain: Symposium Introduction». *Governance*, 23 (2): 209-224.
- . 2010b. «The Comparative Historical Analysis of Public Management Policy Cycles in France, Italy and Spain: Symposium Conclusion». *Governance*, 23 (2): 297-308.
- BARZELAY, M.; JACOBSEN, A.S. 2009. «Theorising Implementation of Public Management Policy Reform: A Case Study of Strategic Planning and Programming in the European Commission». *Governance*, 22: 319-334.

- BASSOLS, M.; BOSCH, N.; VILALTA, M. 2010. *El model de finançament autonòmic de 2009: funcionament i valoració*. Monografies, 13. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- BAUMGARTNER, F.; JONES, B. 1993. *Agendas and instability in American politics*. Chicago: University of Chicago Press.
- BAUMGARTNER, F.; JONES, B. (eds.) 2002. *Policy Dynamics*. Chicago: The University of Chicago Press.
- BAYONA, A. 2005 «La delimitació de competències de Catalunya i el traspàs de serveis». *Vint-i-cinc anys d'Estatut d'Autonomia de Catalunya: balanç i perspectives*. Barcelona: IEA.
- BIRD, R.M. 1986. *Federal Finance in Comparative Perspective*. Toronto: Canadian Tax Foundation.
- BOADWAY, R. 1979. *Public Sector Economics*. Boston: Little Brown and Company.
- BOIX, C. 2012. «Sobirania fiscal, eficiència econòmica i equitat distributiva». *Idees*, 34.
- BOSCH, N.; DURÁN, J. M. (eds.) 2008. *Fiscal Federalism and Political Decentralization. Lessons from Spain, Germany and Canada*. Chentelham: Edward Elgar.
- BOSCH, N.; VILALTA, M. 2008 *Informe sobre el finançament de les comunitats autònomes – Any 2006*. Monografies, núm. 1. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament d'Economia i Finances.
- . 2011. «Efectes de la Sentència del Tribunal Constitucional sobre el model de finançament de la Generalitat de Catalunya». *Revista Catalana de Dret Públic*. Especial Sentència 31/2010 del TC sobre l'Estatut d'Autonomia de Catalunya 2006.
- BURGESS, M.; GAGNON, A. G. 1993. *Comparative federalism and federation*. Hertfordshire: Simon & Schuster.
- CAMPBELL, C.; HALLIGAN, J. 1992. *Political Leadership in an Age of Constraint: The Australian Experience*. Pittsburgh, PA: University of Pittsburgh Press.
- CANTARERO, D.; LAGO-PENAS, S. 2010. «The determinants of health care expenditure: a reexamination». *Applied Economics Letters*, 17 (7): 723-726.
- CAPANO, G. 2003. «Administrative Traditions and Policy Change: When Policy Paradigms Matter. The Case of Italian Administrative Reform during the 1990s». *Public Administration*, 81: 781-801.

- CASTELLS, A. 1988. *Hacienda Autonómica: una perspectiva de federalismo fiscal*. Barcelona: Ariel.
- . 1991a. «Sistemas de subvenciones de nivelación: algunos aspectos teóricos». *Hacienda Pública Española*, 118: 9-24.
- . 1991b. «Unas notas sobre la reforma del FCI». *Hacienda Pública Española*, 117: 67-74.
- CASTELLS, A.; SORRIBAS, P.; VILALTA, M. 2004. *Les subvencions d'anivellament en el finançament de les comunitats autònomes*. Barcelona: Institut d'Estudis Autonòmics.
- CEJUDO, G. 2003. «Public Management Policy Change in Mexico, 1982-2000». *International Public Management Journal*, 6 (3): 309-326.
- CENTRE D'ESTUDIS D'OPINIÓ (CEO). 2013. Intenció de vot autonòmiques, [última consulta, 22 de febrer del 2013].
- CORBETT, A. 2010. «Public Management Policymaking in France: Legislating the Organic Law on Laws of Finance (LOLF), 1998-2001». *Governance*, 23 (2): 225-250.
- COSTA-FONT, J.; PONS-NOVELL, J. 2007. «Public health expenditure and spatial interactions in a decentralized national health system». *Health Economics*, 16 (3): 291-306.
- DUNLEAVY, P. 1991. *Democracy, bureaucracy and public choice*. London: Harvester-Wheatsheaf.
- DURÁN, J. M. 2008. *Incentius fiscals a activitats d'interès general en cultura i patrimoni*. Barcelona: Departament de Cultura i Mitjans de Comunicació, Generalitat de Catalunya.
- ELAZAR, D. J. 1987. *Exploring federalism*. Tuscaloosa, Alabama: The University of Alabama Press.
- ELSTER, J. 1989. *Nuts and Bolts for the Social Sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- ESTELLER, A. 2006. «La Administración tributaria en un contexto federal con especial referencia al caso español». Sevilla: Working paper of CENTRA.
- GAETANI, F. 2003. «Public Management Policy Change in Brazil: 1995-1998». *International Public Management Journal*, 6 (3): 327-342.
- GALLEGO, R. 2000. «Introducing Purchaser/Provider Separation in the Catalan Health Administration: A budget analysis». *Public Administration*, 78 (2): 423-442.

- . 2000a. «Introducing purchaser/provider separation in the Catalan Health Administration: A budget analysis». *Public Administration – An international quarterly*, 78 (2): 420-439.
- . 2000b. «La política sanitària catalana: La construcció d'un sistema universal de provisió pluralista». *Govern i Politiques públiques a Catalunya*, editat per Ricard Gomà i Joan Subirats. Barcelona: Tecnos-UAB.
- . 2001. «La Política Sanitària Catalana: La Construcció d'un Sistema de Provisió Pluralista». *Govern i Politiques Públiques a Catalunya (1980-2000)*, coordinat per Ricard Gomà, i Joan Subirats. Barcelona: Edicions Universitat de Barcelona-Servei de Publicacions Universitat Autònoma de Barcelona.
- . 2002. «Actores o instituciones: la política sanitaria catalana». *Enfoques analíticos y políticas sectoriales en España*, editat per M. Grau i A. Mateos. Valencia: Tirant lo Blanch.
- . 2003a. «Public Management Policymaking in Spain, 1982-1996: Policy Entrepreneurship and (In)Opportunity Windows». *International Public Management Journal*, 6 (3): 309-326.
- . 2003b «Las políticas sanitarias de las Comunidades Autónomas». *Estado de Bienestar y Comunidades Autónomas*, editat per Raquel Gallego, Ricard Gomà i Joan Subirats. Madrid: Tecnos-UPF.
- GALLEGO, R.; BARZELAY, M. 2010. «Public Management Policy Making in Spain: The Politics of Legislative Reform of Administrative Structures, 1991-1997». *Governance*, 23 (2): 277-296.
- GALLEGO, R., GOMÀ, R.; SUBIRATS, J. (eds.) 2002. *Els règims autonòmics de benestar*. Barcelona: Institut d'Estudis Autonòmics.
- . 2003. *Estado de Bienestar y Comunidades Autónomas*. Madrid: Tecnos-UPF.
- GALLEGO, R.; GOMÀ, R.; SUBIRATS, J. 2005. «Spain, from State Welfare to Regional Welfare». *The Territorial Politics of Welfare*, editat per N. McEwen i L. Moreno. Londres: Routledge.
- GALLEGO, R.; SUBIRATS, J. (eds.) 2011a. *Autonomies i desigualtats a Espanya: percepcions, evolució social i polítiques de benestar*. Barcelona: Institut d'Estudis Autonòmics.
- GALLEGO, R.; SUBIRATS, J. 2011b. «Regional welfare regimes and multilevel governance». *The Spanish welfare state in the European context*, editat per A.M. Guillén i M. León.

- . 2012. «Spanish Regional and Welfare Systems: Policy Innovation and Multi-level Governance». *Regional and Federal Studies*, 22 (3): 269-288.
- GAVIRA, L. 2003. «Las políticas sanitarias en Andalucía». *El sistema competencial de la Junta de Andalucía y su desarrollo efectivo*, coordinat per A. Porras. Sevilla: Parlamento de Andalucía.
- GENERALITAT DE CATALUNYA. 2014. *Documento de análisis del modelo de financiación de las comunidades autónomas*. Barcelona: Departament d'Economia i Coneixement.
- Governance. 2010. Volum 23, número 2.
- GRAU, M. 2000. *The effects of institutions and political parties upon federalisme: the Channelling and Integration of the Comunidades Autónomas within the central-level policy processes in Spain 1983-1996*. Florenzia: European University Institute.
- GREWAL, B. S. 1981. «Economic criteria for the assignment of functions in a federal system». *Towards Adaptative Federalism*. Advisory Council for Intergovernmental Relations Information Paper 9. Canberra: Australian Government Publishing Service.
- GRUP DE TREBALL PER A LA RACIONALITZACIÓ I EL FINANÇAMENT DE LA DESPESA SANITÀRIA. 2005. *Document de treball*, disponible a : <http://www.metgesdecatalunya.cat/uploaded/File/Documentacio/Informes/General/document_savis_sanitat.pdf> [última consulta, 22 de febrer del 2013]
- GUILLÉN, A. M.; LEÓN, M. (eds.) 2011. *The Spanish welfare state in European context*. Farnham: Ashgate.
- HACKER, J. S. 2004. «Privatizing risk without privatizing the welfare state: The hidden politics of social policy retrenchment in the United States». *American Political Science Review*, 98 (2): 243-60.
- HERRERO, A.; LOSCOS, J.; TRANCHEZ, M.; VILALTA, M. 2014. «Descentralización y el Estado del Bienestar». *Estado del Bienestar y Sistemas Fiscales en Europa*. Madrid: Premio de Investigación del Consejo Económico y Social XVII Convocatoria 2012.
- HIBBS, D. 1977. «Political parties and macroeconomic policy». *American Political Science Review*, 71: 1467-1487.
- HOOD, C. 2000. «Paradoxes of Public-Sector Managerialism, Old Public Management, and Public Service Bargains». *International Public Management Journal*, 3: 1-22.

- INMAN, R.; D. RUBINFELD. 1997. «Rethinking Federalism». *The Journal of Economic Perspectives*, 11 (4): 43-64.
- International Public Management Journal (2003). Volum 6, número 3.
- JAMES, O. 2003. *The Executive Agency Revolution in Whitehall: Public Interest versus Bureau-Shaping Perspectives*. Basingstoke: Palgrave.
- JUNTA DE ANDALUCÍA. 2012. *Cuarta Encuesta Andaluza de Salud*. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
- KINGDON, J. 1984. *Agendas, Alternatives and Public Policies*. Boston: Little Brown.
- . 1995. *Agendas, Alternatives and Public Policies*. 2nd ed. Boston: Little Brown.
- KNILL, C. 1999. «Explaining Cross-National Variance in Administrative Reform: Autonomous v. Instrumental Bureaucracies». *Journal of Public Policy*, 19: 113-39.
- KOLLMAN, K.; MILLER, J; PAGE, S. 2000. «Decentralization, and the Search for Policy Solutions». *Journal of Law, Economics and Organizations*, 16 (1): 102-128.
- LEVITT, B.; MARCH, J. G. 1990. «Chester A. Barnard and the Intelligence of Learning». *Organization Theory: From Chester Barnard to the Present and Beyond*, editat per OE Williamson. New York: Oxford University Press.
- LIBERATI, P; SACCHI, A. 2011. «Tax Decentralization and Local Government Size». Málaga: XVIII Encuentro de Economía Pública (3 i 4 de febrer del 2011).
- MAHONEY, J.; THELEN, K. (eds.) 2010. *Explaining institutional change. Ambiguity, Agency and Power*. New York: Cambridge University Press.
- MALEE, S. 2003. «Reform, routines, and capacity building: civil service policy change in Thailand 1991-1992». *International Public Management Journal*, 6 (3): 343-370.
- MARTÍN, J. J. 1996. *Innovaciones e incentivos en organizaciones sanitarias: Experiencias en la Comunidad Autónoma andaluza*. Málaga: Tesis doctoral, Universidad de Málaga.
- . 2003. *Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias*. Madrid: Fundación Alternativas.
- MARTÍN, J. J.; LÓPEZ DEL AMO GONZÁLEZ, M. 2011. «La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud en España». *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (6): 2773-2782.

- MARTÍN GARCÍA, M. 2011. «Las áreas sanitarias como base para una gestión eficiente, racional y equitativa de los recursos sanitarios». AAVV. *Otra gestión sanitaria es posible*. Madrid: Fundación 1 de Mayo (CCOO).
- McADAM, D.; TARROW, S.; TILLY, C. 2001. *Dynamics of Contention*. Cambridge: Cambridge University Press.
- McEWEN, N.; MORENO, L. (eds.) 2005. *The territorial politics of welfare*. Londres: Routledge.
- MATHEWS, R. L. 1983. «Tax Effectiveness and Tax Equity in Federal Countries». *Tax assignment in federal countries*, editat per CH. McLure. Canberra: The Australian National University (Centre for Research on Federal Financial Relations).
- McRAE, D. 1977. «A political model of businesscycle». *Journal of Political Economy*, 85: 239-263.
- MELE, V. 2010. «Innovation Policy in Italy (1993-2002): Understanding the Invention and Persistence of a Public Management Reform». *Govenance*, 23 (2): 251-276.
- MELE, V.; ONGARO, E. 2014. «Public sector reform in a context of political instability: Italy 1992-2007». *International Public Management Journal*, 17 (1): 111-142.
- MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD (MSPSI). 2010. *Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2009 – Andalucía*. Disponible a: <<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/isns2009.htm>>
- MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (MSSSI). 2012. *Recursos Económicos del Sistema Nacional de Salud*. Disponible a: <<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/recursosEconomicos.htm>>
- . 2013. *Estadística de Gasto Sanitario Público 2011. Principales resultados*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- MOYNIHAN, D. 2003. «Public management policy change in the United States during the Clinton era 2». *International Public Management Journal*, 6 (3): 371-394.
- MUSGRAVE, R. A. 1959. *The Theory of Public Finance: A Study in Political Economy*. Nueva York: McGraw-Hill. [v. c. 1967. Teoría de la Hacienda Pública. Madrid: Aguilar]

- . 1983. «Who should Tax, Where and What?». *Tax assignment in federal countries*, editat per CH. McLure. Canberra: The Australian National University (Centre for Research on Federal Financial Relations).
- MUSGRAVE, R. A.; MUSGRAVE, P. B. 1976. *Public Finance in Theory and Practice*. Nova York: McGraw-Hill.
- NORDHAUS, W. 1975. «The political business cycle». *Review of Economic Studies*, 42: 169-190.
- OATES, W. E. 1972. *Fiscal Federalism*, Nueva York: Harcourt Brace Jovanovich, Inc. [v. c. 1977. *Federalismo Fiscal*. Madrid: Instituto de Estudios de la Administración Local].
- . 1999. «An Essay on Fiscal Federalism». *Journal of Economic Literature*, 37 (3): 1120-1149.
- ONGARO, E. 2008. «The Reform of Public Management in France, Greece, Italy, Portugal, and Spain». *International Journal of Public Sector Management*, 21: 101-117.
- . 2010. *Public Management Reform and Modernization: Trajectories of Administrative Change in Italy, France, Greece, Portugal and Spain*. Cheltenham: Edward Elgar.
- PALOMO, L., GENÉ-BADIA, J.; RODRÍGUEZ-SENDÍN, J. 2012. «La reforma de la atención primaria, entre el refugio del pasado y la aventura de la innovación». *Gaceta Sanitaria*, 26(S): 14-19.
- PARLAMENT DE CATALUNYA. 2000. *Diari de Sessions* (30/1/2000, Sèrie C, núm. 4:30). Barcelona: Parlament de Catalunya.
- PAULY, M. V. 1973. «Income Redistribution as a Local Public Good». *Journal of Public Economics*, 2(1): 35-58.
- POLLITT, C.; BOUCKAERT, G. 2000. *Public Management Reform: a Comparative Analysis*. Oxford: Oxford University Press.
- RAGIN, Ch. 1987. *The Comparative Method: Moving beyond qualitative and quantitative strategies*. Berkeley: University of California Press.
- RADAELLI, C.; DENTE, B.; DOSSI, S. 2012 «Recasting Institutionalism: Institutional Analysis and Public Policy». *European Political Science*, 11: 537-550.
- REQUEJO, F.; NAGEL, K. J. (eds.) 2009. *Descentralització, asimetries i processos de resimetrització a Europa*. Barcelona: Institut d'Estudis Autònoms.

- RICO, G. 2012. «The 2010 Regional Election in Catalonia: A Multilevel Account in an Age of Economic Crisis». *South European Society and Politics*, 17 (2): 217-238.
- RODRÍGUEZ-POSE, A.; BWIRE, A. 2004. «The economic (in)efficiency of devolution». *Environment and Planning A*, 36 (11): 1907-1928.
- RODRÍGUEZ-POSE, A.; GILL, N. 2004. «Is there a global link between regional disparities and devolution?». *Environment and Planning A*, 36: 2097-2117.
- . 2005 «On the economic dividend of devolution». *Regional Studies*, 39: 405-420
- ROGOFF, K.; SIBERT, A. 1988. «Equilibrium political business cycle». *Review of Economic Studies*, 55: 1-16.
- RUIZ-HUERTA, J.; BENYAKHLEF, V. 2010. «Las Comunidades Autónomas ante la crisis económica: impacto territorial de la recesión, políticas autonómicas de reactivación y tensiones en las cuentas públicas». *Informe Comunidades Autónomas 2009*, dirigit per Tornos Mas. Barcelona: Instituto de Derecho Público.
- SAHLIN-ANDERSSON, K. 2002. «National, International, and Transnational Constructions of New Public Management». *New Public Management: The Transformation of Ideas and Practice*, editat per Tom Christensen i Per Lægreid. Aldershot, Eng: Ashgate.
- SÁNCHEZ-CRUZ, J. J.; DAPONTE, A; GARCÍA, M. M. 1999. *Primera Encuesta Andaluza de Salud*. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
- SCHATTSCHEIDER, E. 1960. *The Semisovereign People: A Realist's View of Democracy in America*. New York: Harcourt Brace College Publishers.
- . 1967. *El Pueblo semisoberano: la democracia norteamericana vista por un hombre práctico*. México, DF: Hispano-americana.
- SKOCPOL, T. 1984. *Vision and Method in Historical Sociology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- SPAHN, P. B. 1977. «The Patern of State and Local Taxation in The Federal Republic of Germany». *State and Local Taxation*, editat per RL Mathews. Canberra: Australian National University Press.
- STONE, D. 2002. *Policy paradox*. London: Norton.
- STREECK, W.; THELEN, K. (ed.) 2005. *Beyond continuity: Institutional Change in Advanced Political Economy*. Oxford: Oxford University Press.

- SUBIRATS, J.; GALLEGO, R. (eds.) 2002. *Veinte años de autonomías en España: Leyes, políticas públicas, instituciones y opinión pública*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- TENDLER, J. 1997. *Good Government in the Tropics*. Baltimore MD: Johns Hopkins University Press.
- THELEN, K.; STEINMO, S. 1992. «Historical Institutionalism in Comparative Politics». *Structuring Politics: Historical Institutionalism in Comparative Analysis*, editat per S. Steinmo, K. Thelen i F. Longstreth. Cambridge: Cambridge University Press.
- TIEBOUT, C. M. 1956. «A Pure Theory of Local Expenditures». *Journal of Political Economy*, pp. 416-424.
- TORRUBIA ROMERO, F.; HIGUERA GONZÁLEZ, J. 2011. «Modelos de gestión sanitaria en Andalucía». *Salud y Bienestar Social en Andalucía*. Editat per Óscar David Marcenaro. Sevilla: Fundación Pública Andaluza – Centro de Estudios Andaluces.
- TRUE, J.; JONES, B; BAUMGARTNER, F. 2007. «Punctuated-equilibrium theory: Explaining stability and change in American policymaking». *Theories of the policy process*, editat per P. Sabatier. Oxford: Westview.
- URBANOS, R. 2006. «El gasto sanitario y su financiación: evolución, tendencias y reflexiones para el futuro». *Revista Asturiana de Economía*, 35: 45-65.
- VILALTA, M. 2005. «La reforma del sistema de financiación de las comunidades autónomas». *Estado Autonómico: integración, solidaridad, diversidad*, editat per l'Institut Nacional de Administración Pública.
- . 2007. «Los problemas actuales de la financiación autonómica». *La Financiación del Estado de las Autonomías: Perspectivas de futuro*, dirigit per S. Lago. Madrid: Instituto de Estudios Fiscales.
- . 2013. «Análisis del modelo de financiación autonómica del 2009: revisión o final de ciclo». *Revista del Instituto de Estudios Económicos (Propuestas para la Reforma de la Financiación Autonómica)*, 1 i 2.
- VIVER PI-SUNYER, C. 2007 «Les competències de la Generalitat a l'Estatut de 2005: objectius, tècniques emprades, criteris d'interpretació i comparació amb els altres estatuts reformats». *La distribució de competències en el nou Estatut*, núm. 52, Barcelona: IEA.

- VIVER PI-SUNYER, C.; MARTÍN, G. 2013 «El proceso de recentralización del Estado de las autonomías». *Informe sobre Federalismo Fiscal 2012*. Barcelona: IEB.
- WATTS, RONALD L. 1996. *Comparing federal systems in the 1990s*. Kingston, Ontario: Institute of Intergovernmental Relations, Queen's University.
- WRIGHT, V; MÉNY, Y. 1985. *Centre-periphery relations in western Europe*. Londres: Allen & Unwin.
- ZIFCAK, S. 1994. *New Managerialism: Administrative Reform in Whitehall and Canberra*. Buckingham, UK: Open University Press.

Annex

Capacitat normativa de les CA sobre els tributs cedits totalment

Impost	Elements
Patrimoni	Mínim exempt Tipus de gravamen Deduccions i bonificacions de la quota
Successions i donacions	Reduccions de la base imposable Tarifa Quanties i coeficients de patrimoni preexistent Deduccions i bonificacions de la quota Gestió i liquidació dels tributs
Transmissions patrimonials	Tipus de gravamen sobre: concessions administratives transmissions béns mobles i immobles constituïció i cessió de drets reals, excepte drets reals de garantia arrendament béns mobles i immobles Deduccions i bonificacions de la quota sobre els actes dels quals es disposa de capacitat sobre el tipus de gravamen Gestió i liquidació del tribut
Actes jurídics documentats	Tipus de gravamen dels documents notariaus Deduccions i bonificacions de la quota sobre els documents dels quals es disposa de capacitat sobre el tipus de gravamen Gestió i liquidació del tribut
Tributs sobre el joc	Exempcions Base imposable Tipus de gravamen i quotes fixes Bonificacions Meritació Aplicació dels tributs
Determinats mitjans de transport	Increment dels tipus de gravamen estatals fins a un 15%.
Vendes minoristes e determinats hidrocarburs	Tipus de gravamen amb els intervals següents: Gasolines de 0 a 48 € / 1.000 litres Gasolis ús general de 0 a 48 € / 1.000 litres Gasolis usos especials i calefacció de 0 a 12 € / 1.000 litres Fueloil de 0 a 2 € / tona Querosè ús general de 0 a 48 € / 1.000 litres

Raquel Gallego (dir.)

Doctora (Ph.D.) en *Government* i *Master* en *Public Administration and Public Policy* per la London School of Economics and Political Science, i màster en Ciència Política i llicenciada en Ciències Polítiques i Sociologia per la Universitat Autònoma de Barcelona. És professora agregada (acreditada catedràtica per l'AQU) de Ciència Política i Dret Públic i investigadora de l'Institut de Govern i Polítiques Públiques de la UAB, així com coordinadora del màster interuniversitari de Gestió Pública (UAB-UB-UPF). Ha publicat llibres i articles en revistes acadèmiques sobre anàlisi de polítiques públiques, gestió pública, polítiques de benestar i descentralització. Ha estat consultora internacional per a l'Interamerican Development Bank.

Nicolás Barbieri

Professor del Departament de Ciència Política i Dret Públic, i investigador de l'Institut de Govern i Polítiques Públiques de la Universitat Autònoma de Barcelona. Ha estat investigador visitant a la Université de Montpellier (França) i a la Universidad Nacional de Avellaneda (Argentina). La seva recerca es desenvolupa en l'àmbit del canvi institucional i de les polítiques públiques.

Cristina de Gispert

Doctora en Ciències Econòmiques i Empresarials per la Universitat de Barcelona, és professora titular d'Hisenda Pública al Departament d'Economia Pública, Economia Política i Economia Espanyola d'aquesta universitat. Els seus àmbits principals de docència i recerca són la hisenda pública, la hisenda autonòmica i local, la fiscalitat ambiental, i l'economia de l'aigua. És membre de l'Institut d'Economia de Barcelona i de l'Institut de Recerca de l'Aigua de la UB. Imparteix classes al màster en Hisenda Autonòmica i Local de la UB.

Sheila González

Politòloga, professora del Departament de Ciència Política i Dret Públic, i investigadora de l'Institut de Govern i Polítiques Públiques de la Universitat Autònoma de Barcelona. Ha estat investigadora visitant al Center of Migration, Citizenship and Development de la Hochschule Bremen (Alemanya), al Departamento de Investigaciones Educativas (Cinvestav, Mèxic) i a l'Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM (Mèxic). Ha publicat sobre l'anàlisi de polítiques públiques en l'àmbit de l'educació, la immigració i la sanitat.

Maite Vilalta

Doctora en Ciències Econòmiques de la Universitat de Barcelona, és professora titular del Departament d'Economia Pública, Economia Política i Economia Espanyola de la mateixa universitat. És autora d'estudis sobre el federalisme fiscal i la problemàtica de les hisendes autonòmiques i locals, entre els quals destaquen les que tracten de l'anivellament dels recursos i de la despesa no obligatòria dels ajuntaments. També imparteix docència al màster interuniversitari de Gestió Pública (UAB-UB-UPF). És membre de l'Institut d'Economia de Barcelona. Ha estat vicedegana de la Facultat d'Economia i Empresa, membre del Grup d'Experts nomenat pel Govern de la Generalitat pel càlcul de la balança fiscal de Catalunya i representant de la Generalitat de Catalunya a la Comissió Mixta de Transferències Estat-Generalitat.

Per què Catalunya i Andalusia han desplegat models sanitaris diferents? Es tracta de decisions altament condicionades pel model de finançament territorial, o hi ha marge per a la decisió diferencial en base a la ideologia dels partits en el govern? La sanitat és l'àmbit sectorial de major pes presupostari en mans dels governs autonòmics i és una peça essencial dels seus respectius règims de benestar. Però, fins a quin punt les estructures de provisió heretades i les característiques del sector sanitari en cada territori condicionen les decisions de política pública dels governs respectivament? En aquest llibre ens interessa observar com s'exerceix l'autonomia política en un marc de descentralització competencial; concretament, quins factors influeixen en la

presa de decisions a nivell de govern autonòmic i com es percep i es processa aquesta influència per part dels seus decisors públics. Des de la literatura sobre federalisme fiscal analitzem un dels factors que condiciona a priori la presa de decisions per part dels governs: la disponibilitat dels recursos econòmics i com es decideix utilitzar-los. Des de la literatura sobre l'anàlisi de polítiques públiques integrem el factor finançament en la complexitat del procés polític de la presa de decisions i l'elaboració de les polítiques públiques. Entendre els condicionants del processos de presa de decisió en els nivells de govern subcentrals i, per tant, la naturalesa de la seva autonomia política, pot contribuir al coneixement comparat i al debat sobre el funcionament i la funcionalitat de la descentralització.

ISBN: 978-84-393-9228-6



9 788439 392286