

## Jornadas Virtuales sobre Coordinación Sanitaria (2.ª parte)

### Marco General (2.ª parte)

#### La coordinación sanitaria en otros países descentralizados\*

---

*José-Manuel Freire Campo*

*Departamento de Salud Internacional. Escuela Nacional de Sanidad*

#### Introducción

---

El sistema sanitario español ha pasado en 20 años –de 1981 a 2002, cierre de las últimas transferencias del Instituto Nacional de Salud (INSA-LUD)– de una centralización extrema a ser uno de los más descentralizados del mundo. La secuencia temporal de esta descentralización a las Comunidades Autónomas (CCAA) refleja que fundamentalmente ha sido el resultado de la dinámica política de creación de un modelo de Estado com-

puesto, todavía en evolución. Este modelo, interpretado polémicamente por Maragall con el oxímoron “federalismo asimétrico” tiene características competitivas muy específicas en nuestro país. Por su parte, la pulsión de diferenciación de algunas CCAA genera una tensión permanente de igualación-diferenciación entre las demás. Por otro lado, el sistema electoral da un gran peso en la conformación de las mayorías parlamentarias del gobierno de España a la representación de los partidos (nacionalistas) de las CCAA más diferenciadas, lo cual a su vez ha condicionado el proceso de conformación del Estado de las Autonomías, una de cuyas competencias claves es la sanidad.

---

\* Este trabajo refleja únicamente las opiniones y puntos de vista del autor, y en absoluto comprometen la institución en la que trabaja u otras organizaciones con las que tiene relación. El autor agradece comentarios y aportaciones: [jmfreire@isciii.es](mailto:jmfreire@isciii.es).

La dinámica centro-periferia (nacionalista) ha sido tan determinante en los equilibrios políticos de las últimas décadas que los grandes servicios públicos, competencia compartida del Gobierno Central y las CCAA, como sanidad y educación, han sido más bien sujetos pasivos de la dinámica que ha ido configurando el Estado de las Autonomías. Sin embargo, el impacto en el desarrollo de éste de la exigencia de eficiencia y equidad en los grandes servicios públicos ha sido mucho menos evidente.

La Constitución en sus artículos 148.21 y 149.16 y 17 establece el marco general de competencias de las CCAA y del Estado en relación con la sanidad, pero ha sido la praxis político-sanitaria de los últimos años, más que las leyes, la que ha ido configurando el mapa competencial de la sanidad en España. Este proceso en lo que respecta a la rectoría y coordinación del conjunto del sistema sanitario está muy acertadamente reflejado por J. Rey en su trabajo de este número<sup>1</sup>. En efecto: la Ley General de Sanidad (LGS) creó el Sistema Nacional de Salud (SNS) como el conjunto de los servicios de salud de las CCAA convenientemente

coordinados (*sic*: Preámbulo de la Ley), pero no abordó eficazmente la coordinación. Uno de los factores que sin duda influyó en este olvido fue que dos grandes CCAA (Cataluña 1981, Andalucía 1984) llevaban ya varios años con la gestión de la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social (INSALUD) transferida cuando, en 1986, se aprobó la Ley. Por otro lado, la LGS no preveía la transferencia del INSALUD a todas las CCAA, por lo que el Ministerio de Sanidad retenía un papel de coordinador de facto del SNS. Más tarde, en 2002, la improvisada finalización en bloque de las transferencias del INSALUD a las 10 CCAA pendientes de ellas fue seguida —que no precedida como hubiera sido más lógico— de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS de 2003. Consumado el cierre de las transferencias, y trasladada la confrontación partidaria a las instituciones, no cabía esperar un gran impacto de esta ley en los aspectos sistémicos del SNS (coordinación, cohesión y calidad) en los que nominalmente pretendía incidir.

El derecho a la protección de la salud (cobertura sanitaria pública) y la equidad en el acceso a sus servicios es una de las dimensiones más

importante, objetiva y subjetivamente, de la ciudadanía social y democrática, lo cual implica la existencia de una responsabilidad correlativa del Estado en garantizar y responder eficazmente a esta obligación. Ello, en un sistema sanitario público descentralizado como el de España, se realiza a través de las CCAA y sus servicios de salud, pero en la medida de la ciudadanía social (y sanitaria) es común para todo el Estado y no puede estar territorializada; el Gobierno Central tiene un papel irrenunciable a la hora de garantizar la coordinación que sea precisa para el buen funcionamiento del sistema sanitario.

Es constatable que la coordinación actualmente existente en el SNS es más consecuencia de la inercia del conjunto del sistema que de la efectividad de ningún mecanismo intencionadamente puesto en marcha para ello. Es fácil de comprobar que en la práctica los servicios de salud de las 17 CCAA funcionan con total independencia unos de los otros, que no existe un referente y que el SNS es una entidad mucho más virtual<sup>2</sup> que real. De no cambiar las cosas es sólo cuestión de tiempo la aparición de importantes diferencias inter-autonómicas, con des-

igualdades injustas en la atención al derecho a la salud, que constituye un elemento clave de la ciudadanía social común de todos los españoles. Igualmente, es de prever que de no cambiar las condiciones actuales se resentirá la eficiencia del conjunto del sistema, así como la calidad de unos servicios que exigen sistemas compartidos de información, mecanismos de planificación coordinada y economías de escala difícilmente logrables sin la existencia de servicios comunes, posible y deseablemente de carácter cooperativo, para todo el SNS.

Para contribuir a encontrar fórmulas de coordinación del SNS que eviten disfuncionalidades, molestias innecesarias para la población, ineficiencias y desigualdades en un derecho común y compartido por todos los ciudadanos, es siempre bueno mirar qué sucede en países similares y tratar de aprender de su experiencia. Ello es el objetivo de este trabajo.

Las comparaciones internacionales han sido siempre de gran utilidad para analizar la realidad propia desde otra óptica y aprender de otros, pero hoy en el contexto de la Unión Europea y de un mundo globalizado

son una necesidad ineludible. Conocer cómo funcionan las cosas en otros contextos, sus esquemas organizativos, valores y resultados es tan importante para las políticas públicas como lo es para la competitividad de cualquier sector de la economía. Y es que las experiencias de otros países son un valiosísimo experimento natural del que sería insensato no sacar lecciones. Ello es cierto a pesar de las diferencias de contextos políticos, económicos y culturales, tan determinantes, y de la gran complejidad de los sistemas sanitarios. No obstante, es necesario advertir tanto contra la ignorancia de lo que sucede en otros sistemas sanitarios, como de los peligros de incorporar acríticamente reformas de otros países, transplantándolas aisladamente de su contexto.

Teniendo todo ello en cuenta, este trabajo tiene como objetivo revisar desde una perspectiva internacional comparada los mecanismos de coordinación sanitaria existentes en países con sistemas sanitarios y políticos comparables en algún aspecto relevante al nuestro. Para ello, sin ánimo alguno de exhaustividad ni de realizar un ejercicio meramente académico, se revisan en su contexto los ele-

mentos de los sistemas sanitarios de otros países que tienen que ver directa o indirectamente con la coordinación sanitaria entre Gobierno Central y gobiernos subestatales, y de éstos entre sí. El objetivo es presentar escueta y claramente los mecanismos de la coordinación sanitaria –o que contribuyen a ella– en los países estudiados, de modo que su experiencia sea útil para SNS español, especialmente para conciliar descentralización de la gestión sanitaria con la necesaria coordinación del conjunto del sistema, teniendo siempre en cuenta que el acceso a la sanidad pública es una dimensión esencial de la ciudadanía social, común a todos los españoles, y que es la organización del sistema (político y sanitario) la que debe adaptarse con eficiencia y calidad al servicio de los ciudadanos y no al revés.

Para responder al objetivo de este trabajo –la coordinación sanitaria en otros países–, en relación con el SNS español, en primer lugar se presentan las características de éste en una perspectiva internacional comparada. En segundo lugar se realiza una aproximación a los mecanismos de coordinación en un Estado compuesto con sistema sanitario público inte-

---

**Cobertura universal de facto, pero no derecho cívico igual para todos**

**Financiación**

100% por impuestos; 70,94% del gasto sanitario total público (2004)  
90% gestionada por las CCAA, sin asignación finalista desde el Estado (a partir de 2002)  
No copagos, sólo 40% medicinas (pensionistas exentos)

**Producción de servicios mayoritaria pública (sistema integrado)**

100% Atención Primaria (MG/Familia empleados del SNS)  
70% camas hospitalarias públicas  
Organización dentro/similar a la Administración Pública general

**Prestaciones: amplias, excepto servicios sociosanitarios y Odontología**

**Organización: planificación territorial y poblacional, con:**

Áreas de Salud (Hospital General)  
Zonas Básicas (Centro de Salud) para Atención Primaria

**Servicios organizados por complejidad en dos grandes niveles:**

Atención Primaria, con Médico General –de Familia como puerta de entrada  
Atención Especializada - Hospitales

**SNS formado por los Servicios Autonómicos de Salud de las 17 CCAA. Gestión responsabilidad de todas las CCAA desde 2002, en un sistema formalmente parte de la Seguridad Social**

---

CCAA: Comunidades Autónomas; MG: médicos generales; SNS: Sistema Nacional de Salud.

---

**Tabla I.** Características básicas del Sistema Nacional de Salud español.

---

grado y descentralizado, con referencias al uso que de los mismos se hace en España y otros países. En tercer lugar se presentan dos ejemplos de organizaciones que desempeñan un papel relevante en el sistema sanitario de Suecia y de Canadá respectivamente. Por último, se introduce la propuesta en curso de elaboración de crear en España una Agencia del SNS, en el contexto de otras reformas estructurales que precisa el SNS español.

### **Caracterización del sistema sanitario español en perspectiva internacional comparada**

---

En la tabla I se muestran las principales características del sistema sanitario español. Son características que corresponden a un sistema público financiado por impuestos e integrado, descentralizado en entidades políticas subnacionales (las CCAA). En esta definición sucinta la palabra integrado describe una situación en la que

	<b>Públicos integrados</b>	<b>Públicos no-integrados</b>
Impuestos	España, Reino Unido e Italia (hospitales), Países nórdicos (Suecia, Finlandia, Dinamarca, Noruega), Portugal	Canadá, Reino Unido e Italia (médico general/ familia)
Seguridad Social (contribuciones sociales)	Iberoamérica (México, Costa Rica, etc.)	Francia, Alemania, Austria, Japón, EE.UU. (Medicare)

**Tabla 2.** *Sistemas sanitarios: financiación y relación entre aseguramiento-proveedores.*

los proveedores de servicios sanitarios (hospitales, centros, profesionales, etc.) forman mayoritariamente parte de la misma organización que financia y asegura el riesgo de enfermar, es decir, de la Administración pública (sistema público integrado).

La tabla 2 muestra aquellos países con los que el SNS español comparte sus tres rasgos principales:

1. Financiación pública por impuestos.
2. Producción pública de servicios –sistemas integrados–.
3. Estado políticamente descentralizado, en el cual la sanidad depende de entidades políticas sub-estatales autónomas.

Teniendo en cuenta estas características los países desarrollados con sistemas sanitarios más próximos al español serían: el *National Health Service* (NHS) del Reino Unido (con des-

centralización política de la sanidad –*devolution*– a Escocia, Gales e Irlanda del Norte, dejando a Inglaterra con sus 50 millones de habitantes como el referente indiscutible del NHS); todos los países nórdicos, de modo especial Suecia, donde sus 21 regiones (*Landsting*) tienen responsabilidades sanitarias similares a nuestras CCAA, aunque agrupadas en 6 regiones sanitarias y el *Servizio Sanitario Nazionale de Italia*, cuya sanidad es también responsabilidad de sus 20 regiones.

Por su parte, Canadá es un importante referente sanitario para nuestro país por ser: a) un sistema sanitario universal financiado por impuestos y b) un sistema político federal con una larga historia en el que la sanidad es responsabilidad de las provincias, equivalentes a las CCAA en España. No obstante estas similitudes existe una

importante diferencia: en Canadá el estado federal es anterior a la creación del sistema sanitario canadiense (*Medical Care Act* de 1966), mientras que en España el proceso fue al revés: primero fue el sistema sanitario público unitario y posteriormente la descentralización política y sanitaria.

Aunque estos rasgos compartidos con otros sistemas sanitarios son importantes, también lo son las diferencias de todo tipo, tanto sanitarias como, sobre todo, de culturas políticas, administrativas y sociales. Estas diferencias hacen que sea preciso matizar mucho al analizar los distintos elementos de los sistemas sanitarios y el papel relativo que en ellas corresponde a las autoridades centrales y regionales, a otros agentes y a los diferentes mecanismos existentes en cada país con funciones de coordinación.

Entre las características diferenciales del sistema sanitario español respecto de los sistemas de los países citados arriba, es de interés comentar las siguientes:

**1. El derecho a la salud y cobertura poblacional no es universal ni igual para todos.** Aunque la cobertura poblacional del SNS es prácticamente universal, España es un caso

único de país desarrollado que con un sistema sanitario público financiado por impuestos no cubre a toda la población por igual, y en el que no toda la población cubierta públicamente tiene el mismo título de derecho<sup>3,4</sup>. En contra de una idea muy generalizada, la cobertura del SNS no es todavía un derecho cívico universal, igual para todos, ligado a la condición de ciudadanía o residencia. Todavía no es una realidad que el título de derecho a la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social (que no es otra cosa que legal y formalmente el SNS) sea el de una prestación no contributiva de carácter universal. Continúa vigente la distinción entre titulares (el asegurado) y beneficiarios (los dependientes de un asegurado titular). Perviven varios sistemas de Seguridad Social —el Régimen General común a más del 95% de la población y los Regímenes especiales de los funcionarios del Estado, que cubren cerca de tres millones de personas (funcionarios civiles-MUFACE, judiciales-MUGEJU y fuerzas armadas-ISFAS). Aquellos que no tienen cobertura de asistencia sanitaria de Seguridad Social y carecen de medios deben acogerse al Real Decreto 1088/89 para su cobertura sanitaria pública, pero

si no pueden demostrar carencia de medios legalmente no tienen derecho la cobertura del SNS.

La dualización oficial del sistema sanitario español que muestra esta situación tiene una gran importancia política y social y marca una diferencia crítica con los países citados arriba, cuya sanidad es también financiada por impuestos. Por otro lado, esta situación de la cobertura sanitaria pública en España afecta a la misma naturaleza del SNS, y es consecuencia y causa de no pocos de los problemas estructurales más importantes del SNS español. En lo que afecta a la coordinación del SNS, la incongruencia de la situación ha llevado a que distintas CCAA arbitren diferentes sistemas de acceso a la cobertura del SNS, con distintos criterios de reconocimiento y modelo de tarjeta acreditativa, un caso flagrante de descoordinación en un sistema sanitario común.

**2. Un sistema público poco o nada diferenciado de la Administración pública general.** La sanidad del Reino Unido, los países nórdicos e Italia comparten con España tener sistemas públicos integrados (en el sentido indicado arriba), pero esta característica aparentemente similar

esconde diferencias de gran trascendencia. Por ejemplo, en Italia y el Reino Unido los médicos generales no son empleados públicos, sino profesionales autónomos concertados. Igualmente, en ninguno de estos países el sistema sanitario público forma parte tan indiferenciada de la Administración pública común como en España, donde, por ejemplo, su personal tiene un estatuto similar al de funcionariado, incluido su “contrato” con el sistema y no con las instituciones en las que se presta servicio. Por el contrario, el personal sanitario del Reino Unido y países nórdicos es contratado localmente por su centro, y aunque es empleado del sector público, su estatus laboral es totalmente diferente del de los funcionarios, y casi totalmente similar al resto de los trabajadores. Este dato añade grandes diferencias a una característica tan aparentemente homogénea entre España y estos países como es el carácter público de los hospitales. Estas diferencias se hacen mayores cuando se comparan los sistemas de gobierno y gestión.

La integración de la sanidad en la Administración pública común española implica la adopción de su cultura política y pautas de comporta-

miento. Éstas en España –contrariamente a los países citados– implican por ejemplo el nombramiento político discrecional todos los directivos públicos hasta escalones más inferiores. De ahí que España sea el único de estos países europeos en cuyos hospitales públicos y organizaciones sanitarias territoriales carecen de un órgano colegiado de gobierno –Consejo de Administración– y cuyos directivos lo son por un nombramiento político directo, mimetizando una Administración pública plagada, hasta sus escalones más distales, de “puestos de confianza<sup>(1)</sup>”

Estas peculiaridades contrastan vivamente con la situación en los países citados arriba (especialmente el Reino Unido y los países nórdicos): su administración pública tiene un carácter apartidario, técnico y estable, al servicio del político elegido en cada momento; sus sistemas sanitarios públicos son gobernados –a todos los niveles: regiones, áreas y

hospitales– por Consejos de Administración (*Boards*) ante los cuales responden gestores profesionales, cuyo proceso transparente de selección diluye el carácter discrecional y político propio de todo nombramiento. Es evidente que este escenario es muy diferente al de nuestro país. En él los temas de debate, y el papel de las administraciones públicas, tanto regionales como nacionales, y de sus políticos, es muy distinto al que se da en España.

**3. Baja prioridad política de la sanidad, temor a cambiar.** El sistema sanitario de un país es el resultado de su contexto social, cultural, económico y político que lo condiciona, y del que a su vez es parte. Esto es más así, si cabe, en los sistemas públicos integrados en los que la sanidad es parte del sector público (aunque no por ello necesariamente de su aparato de Administración pública). En España la cultura política y las características de la administración española se proyectan en la sanidad pública de forma poco positiva, en discrecionalidad sin el control de órganos colegiados de gobierno, inestabilidad y politización de directivos y gestores y alto nivel de tolerancia a las disfuncionalidades.

---

<sup>(1)</sup> Recientemente algunas CCAA (Madrid y Andalucía) han incluido en la categoría de “puestos de confianza” a los médicos Jefes de Servicio, puestos atribuidos tradicionalmente por concurso de méritos. Es de temer que esta medida (Jefes de Servicio políticos) tenga consecuencias mucho más desastrosas para la Medicina pública que los gerentes políticos.

Frente a los problemas existentes —y al consenso sobre la necesidad de abordarlos— es llamativa la ausencia de reformas y la escasa presencia de la sanidad en el debate político. Todo lo cual indicaría que en España la sanidad tiene una muy baja prioridad en la agenda política, en vivo contraste con los países que comentamos (Canadá, Reino Unido, Países Nórdicos e incluso Italia y Portugal). En este sentido, no es un detalle menor que en estos países la sanidad esté en las páginas de política de los periódicos, mientras que en España está en las de “sociedad”. En nuestro país el número y calidad de iniciativas políticas sobre sanidad (debates parlamentarios, declaraciones de líderes políticos, informes, libros blancos, legislación, etc.) están muy por debajo de lo que sucede en países con más años de democracia, o si se quiere, con una democracia de más calidad y, ciertamente, tampoco se corresponden con la prioridad social que tiene la sanidad.

Las causas de esta situación son múltiples y complejas y no pueden ser abordadas en detalle aquí. No obstante, es de interés apuntar tres de ellas por ser relativamente específicas de nuestro país: a) en primer

lugar, como se ha comentado, en España existen sectores relativamente privilegiados que tienen cobertura sanitaria pública diferente del resto de la población; son los sectores con más acceso a los medios de comunicación, peso e influencia política y no están directamente afectados por los problemas del sistema sanitario público común; b) tensiones Gobierno central-CCAA: los escasos incentivos y los altos costes políticos potenciales de abordar reformas en un SNS de competencias transferidas a las CCAA y terreno de conflicto entre una visión con perspectiva de ciudadanía y de Estado y otra soberanista local y de blindaje de competencias; c) temor a conflictos laborales, dada una cultura sindical más adversarial que cooperativa en el sector público, en un contexto de fuerte competencia intersindical (inexistente en el Reino Unido y países nórdicos). Estos tres elementos, que tanto peso tienen a la hora de definir la realidad sanitaria de nuestro país, no se dan, o se dan muy amortiguados en los sistemas sanitarios comparables, donde la cobertura sanitaria pública es un derecho de ciudadanía igual para todos, los conflictos territoriales competenciales están

menos tensionados y las relaciones laborales en el sector sanitario –y en general en el sector público– carecen de la competencia intersindical existente en España, y en parte por ello tienen un carácter generalmente cooperativo.

Las especificidades del SNS que reflejan los párrafos precedentes matizan extraordinariamente la comparabilidad y la transferibilidad a España de la experiencia relacionada con la coordinación sanitaria en aquellos países con los que, por lo demás, compartimos las características sanitarias más importantes. No obstante, todos estos países tienen importantes elementos de articulación suprarregional de sus sistemas sanitarios, de los cuales se derivan lecciones muy útiles para el SNS español.

### **Aproximación a los mecanismos de coordinación en un Estado compuesto con sistema sanitario público integrado y descentralizado**

---

Coordinación es un término cuyo significado general (hacer que diferentes entes o individuos actúen conjuntamente para lograr objetivos comunes) se concreta de forma espe-

cífica para cada situación. Es decir, los mecanismos por los cuales se coordina en distintas situaciones varían según los entes que intervienen, sus circunstancias y los objetivos a lograr. La coordinación sanitaria en el contexto del SNS español tendría como objetivo lograr que los Servicios Autonómicos de Salud y la Administración central actuaran de tal modo que la sanidad pública española responda con eficiencia, calidad y equidad a las necesidades, demandas y expectativas de la población española, en todo el territorio nacional por igual. Esta formulación aparentemente sencilla entraña una gran complejidad conceptual y dificultad de concreción práctica para todas y cada una de las funciones, componentes y dimensiones del sistema sanitario: aseguramiento-financiación, provisión, *inputs*-recursos, acceso y utilización, resultados, etc. Un aspecto crítico es la dificultad derivada de que algunos de los actores claves en la coordinación sanitaria no compartan o tengan reticencias respecto de la idea de una ciudadanía sanitaria común española, compartida por igual por toda la población, con independencia de la CCAA de residencia, negando de este modo de raíz la base argumental que

más justifica la necesidad de coordinación en el SNS.

La literatura de administración pública y teoría de la organización ofrece un listado de mecanismos posibles de coordinación que enumera Karsten Vrangbæk en su capítulo del libro *Decentralization in Health Care* citando a Mintzberg y a Harmon y Mayer<sup>5</sup>. El listado incluye:

1. Leyes y normas.
2. Acuerdos.
3. Estandarización de resultados, de procesos, de la formación/conocimiento y de las normas-pautas culturales.
4. Información compartida. Estos mecanismos a su vez admiten múltiples formas y configuraciones, en función del contexto político, social, histórico, etc. El libro *Decentralization in Health Care*, editado por el *European Observatory on Health Systems and Policies*<sup>6</sup> ofrece la revisión más completa y reciente sobre la descentralización sanitaria. En él se abordan tanto aspectos conceptuales relacionados con la descentralización y la sanidad como las experiencias prácticas de los países más significativos. De este estudio cabe destacar la gran riqueza y diversidad de aproximaciones posibles al tema de la des-

centralización sanitaria. Esta diversidad no es sólo conceptual y analítica, sino que refleja una realidad internacional que muestra una gran variedad de situaciones de las que, aunque no es fácil extraer conclusiones generalizables, es sin embargo posible –necesario más bien– aprender.

En un esquema general la coordinación requiere: a) la existencia de varios actores (individuos, instituciones, entes, etc.); b) que éstos posean capacidad autónoma de actuar; c) que existan objetivos sólo alcanzables por la contribución de las partes y d) mecanismos por los cuales las partes puedan actuar en sinergia, colaboración o cooperación.

Todos los elementos de este esquema conceptual son importantes, y sus variaciones y combinaciones dan lugar a un tipo u otro de coordinación, y a que ésta sea más o menos factible, costosa, estable o episódica. La característica y “personalidad”, grado de autonomía, dependencia e interdependencia de los actores que intervienen en un proceso de coordinación determinan en gran medida los instrumentos y resultados de ésta. Así, es obvio que la coordinación se hace más compleja en situaciones en las que uno o varios actores se sientan ajenos

o diferentes al resto del grupo, tengan reticencias a entrar en un juego cooperativo, cuestionen las reglas del mismo o la existencia y legitimidad del actor “coordinador”. En el Estado de las Autonomías en España se da en mayor o menor grado alguna de estas circunstancias, que será necesario tener en cuenta en sanidad.

Cuando todos los actores son iguales y con la misma capacidad de actuar, y no existe un poder coercitivo o de otro tipo de uno o varios actores sobre los demás, estamos ante un escenario de colaboración-cooperación, en el que la coordinación sólo será posible por consenso, tanto sobre los objetivos a lograr como sobre los instrumentos necesarios para ello. En la medida en la que estas circunstancias son muy aplicables al escenario autonómico-sanitario español es de gran interés explorar las posibilidades que existen para avanzar en un tipo de coordinación basado en el consenso y en la cooperación entre los servicios de salud autonómicos, impulsando la creación de mecanismos e incluso de organizaciones cooperativas para la prestación de servicios comunes a los sistemas sanitarios de las CCAA, y que sean percibidos como propiedad de las mismas. Dado el inte-

rés y potencialidades de estas fórmulas las exploraremos más adelante.

Cuando los actores son entes políticos territoriales dentro de Estados compuestos, le corresponde al Gobierno central el papel clave de “coordinador”, al ser un actor cuya responsabilidad se extiende al conjunto del país o sistema, para lo cual goza de una cierta preeminencia, poder o autoridad sobre los demás actores que le legitima para coordinar, así como de diferentes instrumentos para ello. Entre estos instrumentos están en primer lugar los mecanismos constitucionales, legales o contractuales, que obligan a los entes políticos territoriales de la federación a actuar de una determinada forma y que dotan de autoridad o posición jerárquica preeminente al “coordinador” –Gobierno Central– para exigir su cumplimiento y de los instrumentos correspondientes para ello.

En un Estado de derecho las leyes son la base de toda coordinación inter-institucional, pero la autonomía de los entes territoriales que componen el Estado, con su naturaleza política, hace que sea (y deba ser) excepcional recurrir al poder coercitivo de la norma federal-estatal para garantizar actuaciones coordinadas. Por lo

demás, la cultura política, el respeto a las leyes, el papel de los tribunales y su politización, la existencia de tensiones o consenso institucional, las prioridades y los equilibrios de poder de cada momento, y en no pequeña medida la política de hechos consumados (praxis), determinan el papel concreto de la fuerza coercitiva de las leyes en lograr una actuación más o menos coordinada de los entes políticos del Estado. En España existe una abundante jurisprudencia constitucional sobre temas competenciales Estado-CCAA, así como una buena relación de normativa legal, por lo demás escasamente operativa para la coordinación sanitaria. Entre ella disposiciones específicas como los Artículos 70 y 71 de la LGS de 1986 (de la Coordinación Sanitaria); también las disposiciones de la LGS relativas a la llamada Alta Inspección o al Consejo Interterritorial del SNS, reformadas por la Ley de Calidad y Cohesión del SNS (2003). Parece claro que en un país que cuenta entre sus tradiciones políticas con el “pase foral” los mecanismos meramente legales tienen un papel relativo en la coordinación política de las instituciones.

Dentro de los instrumentos de coordinación por normativa no cabe

incluir aquellos que reservan ciertas competencias al nivel central, pues lo que hace es quitar a los entes subestatales capacidad de actuación en estos campos, por lo cual propiamente hablando no se trata tanto de coordinación como del ejercicio directo de competencias que afectan a todos por parte del Gobierno Central. En cualquier caso, no cabe desconocer la importancia para el funcionamiento coordinado del sistema sanitario de aspectos tales como la regulación de las profesiones sanitarias –formación, especialización, registro, recertificación, etc.–, la admisión en el mercado de bienes y productos tales como medicamentos y aparatos médicos.

Otro instrumento clave e importante de coordinación es el económico-presupuestario, la financiación condicionada a la realización de determinadas actividades, programas o al logro de ciertos objetivos. Pocas cosas son más eficaces para alinear intereses y comportamientos que el argumento del dinero, quizá el mayor instrumento de coordinación (y de muchas otras cosas), y por ello frecuentemente utilizado en la coordinación interinstitucional en distintos países (Canadá y EE.UU.). En Canadá<sup>7</sup> la Conferencia de Presiden-

tes de 2004 comprometió 5.500 millones de dólares canadienses durante 10 años para reducir las listas de espera (*Wait List Reduction Fund*) en 5 áreas claves: cáncer, cardiología, diagnóstico por imagen, prótesis ortopédicas y oftalmología.

En España el grueso de los presupuestos de las CCAA –en los que están incluidos los del SNS– están fijados legalmente<sup>8</sup> (Ley 21/2001). En el sistema español actual no se puede hablar con propiedad de financiación sanitaria, al estar ésta integrada en la financiación común de cada CA, y el Gobierno Central no dispone de presupuesto para asistencia sanitaria que pueda utilizar como fondos finalistas para asignar a las CCAA actividades o programas sanitarios concretos. La presencia “federal” o estatal en el sistema sanitario público español se basa en disposiciones legales (Constitución, Ley de Seguridad Social, Ley General de Sanidad) pero se hace realidad eficaz a través del presupuesto, de modo que cuando el Gobierno Central deja de tener capacidad significativa de gasto en la sanidad pública no sólo está perdiendo el mecanismo vertical quizá más eficaz de coordinación, sino que al tiempo está debilitando la idea de la cobertura

sanitaria pública como derecho cívico, común e igual para todos los ciudadanos españoles<sup>9</sup>.

Un tercer instrumento de coordinación son las instancias inter-institucionales específicamente diseñadas para este fin. Son escenarios políticos en los cuales los entes territoriales y el Gobierno Central debaten temas de interés mutuo y pueden alcanzar acuerdos. Ejemplo de estos instrumentos de coordinación sería en España el Consejo Interterritorial (CI) del SNS y en Canadá<sup>10</sup> la Conferencia de Presidentes, recientemente incorporada a la práctica política española por el Gobierno de Rodríguez Zapatero y que, no casualmente, comenzó con la financiación de la sanidad como punto central de la agenda y luego ha abordado otras políticas. El fracaso del CI del SNS en España como instrumento de coordinación y de encuentro dentro del SNS responde a múltiples factores, entre los cuales destacarían el escaso peso político y liderazgo del Ministerio de Sanidad, un mal diseño institucional y organizativo del CI y, sobre todo, un clima político ferozmente adversarial (y contagioso) introducido a principios de los años noventa por el Partido Popular como elemento central de su estra-

tegia de oposición y retomado de nuevo a partir del 2004.

Una variante interesante de los instrumentos institucionales de coordinación son organizaciones con entidad propia, cuya constitución y gobierno responden a mecanismos de consenso cooperativo, tanto del parlamento nacional como de los entes territoriales, de modo que gozan de una cierta neutralidad política. Su objetivo es servir al país, prestando servicios a los entes políticos territoriales que gestionan la sanidad, estableciendo y monitorizando normas y estándares técnicos, recogiendo y procesando todo tipo de información sanitaria, etc. El ejemplo más interesante e importante de este tipo de organismo es sin duda el *Socialstyrelsen* (Consejo Nacional de Salud y Bienestar) de Suecia, del existen organismos similares en otros países nórdicos. Canadá cuenta con el CIHI (*Canadian Institute for Health Information*). Por el interés que estas dos organizaciones tienen para España serán analizadas con algún detalle más adelante.

Un cuarto instrumento de gran importancia para la coordinación de un sistema sanitario es un buen sistema de información. Disponer de datos sobre cada uno de los compo-

ponentes del sistema, *inputs*, *outputs*, actividades, resultados, etc., es un instrumento imprescindible para la coordinación, y en una sociedad abierta y democrática es un revulsivo poderoso contra la ineficiencia comparativa, las desigualdades injustas, la falta de calidad en los servicios, etc. Veremos más adelante cómo en Canadá y en Suecia la información compartida es un elemento central de sus políticas sanitarias.

Aunque formalmente no puede ser considerado instrumento de coordinación, no es posible ignorar el papel crítico que para la eficacia de papel coordinador del Gobierno Central tiene, en un sector tan técnico-profesional como la sanidad, el liderazgo técnico-científico y político del Ministerio de Sanidad. Este liderazgo se expresa y ejerce de múltiples formas: prestigio profesional de los cuadros técnicos y políticos del Ministerio, calidad de sus políticas, eficacia en el desempeño de sus funciones, servicios prestados al conjunto del sistema, etc. Varios factores han condicionado desfavorablemente el liderazgo sanitario del Gobierno Central en España. Dejando a un lado aspectos políticos específicos de la trayectoria del Ministerio de Sanidad, existe un hecho diferencial

español con gran impacto negativo en la capacidad de los ministerios (y consejerías de las CCAA) y que ha afectado al Ministerio de Sanidad de un modo especial por razones que sería largo explicar: la cultura política y administrativa que hace que todos los altos cargos de la Administración pública (subsecretarios, directores generales, sub-directores y otros) sean de nombramiento político discrecional. No cabe la posibilidad de subestimar los costes de todo tipo que esto supone. Como es bien sabido la Administración pública de otros países desarrollados no descabeza periódicamente a sus directivos, ni los nombra por mecanismos políticos tan discrecionales. Aunque este problema afecta por igual a las Administraciones Central y autonómicas, éstas más jóvenes y en proceso de construcción, han tenido en algunos casos políticas ágiles de reclutamiento de cuadros técnicos, con desventaja comparativa para el Ministerio de Sanidad del Gobierno Central. Todo ello es relevante en la medida en la que uno de los aspectos críticos del papel del Gobierno Central en el SNS es tener la iniciativa, dar servicio y promover consensos más que el ejercicio de autoridad o exigir el cumplimiento de las normas.

La coordinación interinstitucional sanitaria entre entidades políticas territoriales autónomas y el Gobierno Central en un sector tan complejo como la sanidad, requiere diferentes combinaciones de los mecanismos mencionados arriba (constitucionales-legales, económicos-presupuestarios y organizativo-institucionales) e incentivos y habilidades políticas, incluyendo en ellas ciertas características positivas parte de todos los actores, pero especialmente del actor central. De ellas, son especialmente críticas intangibles, como una sólida cultura política democrática (en todo su amplio significado), de respecto a las normas y a los acuerdos, clima de lealtad institucional, de cooperación interinstitucional y no en último lugar que la sanidad tenga en la agenda política de todos los actores la prioridad que tiene la salud para los ciudadanos.

### **Ejemplos de instrumentos de coordinación sanitaria**

---

Cada país responde a claves históricas, culturales y políticas muy específicas y su sistema sanitario añade capas adicionales de complejidad y particularismos que hacen más complejo si cabe encontrar temas y esquemas

compartidos. No obstante es posible encontrar ejemplos interesantes y relevantes para nuestro país de instrumentos organizativos o de otro tipo útiles en aspectos importantes de la coordinación y política sanitaria. Por ello en este apartado se han seleccionados 4 ejemplos: uno de Suecia, el *Socialstyrelsen* o Consejo Nacional de Salud y tres de Canadá, relacionados con tres aspectos clave: la salud pública con la creación de la *Federal Public Health Agency*, del *Chief Public Health Officer for Canada*, y del *Pan-Canadian Public Health Network*, el sistema de información sanitaria del país (*Canadian Institute for Health Information-CIHI*).

### **Suecia: El Consejo Nacional de Salud y Bienestar Social (Socialstyrelsen)**

---

El Consejo Nacional de Salud y Bienestar<sup>11,12,(2)</sup> es una agencia estatal, adscrita al Ministerio de la Salud y Asuntos Sociales, con un gran campo de actividades y responsabilidades en: servicios sanitarios, medicina, servicios sociales, salud ambiental, pre-

vención y control de enfermedades transmisibles, sistema de información y epidemiología, etc. El Consejo está formado miembros del Parlamento, líderes sindicales y representantes de otras instancias, siendo su director general designado por el gobierno. Su sede está en Estocolmo, donde sus servicios se organizan en 4 departamentos responsables de: servicios sanitarios, servicios sociales, supervisión de servicios sanitarios, centro de Epidemiología. Cuenta además con 6 oficinas regionales en Göteborg, Jönköping, Malmö, Estocolmo, Umeå y Orebro, responsables de supervisar los servicios sanitarios.

Las actividades del *Socialstyrelsen* en relación con la sanidad son muy amplias<sup>(3)</sup>. Incluyen: a) la recogida, elaboración y difusión de información sanitaria, científico-medica y epidemiológica; b) el desarrollo de estándares, normas técnicas y recomendaciones para el sistema sanitario, así como su monitorización; c) supervisión e inspección del cumplimiento de

---

(2) El *Socialstyrelsen* tenía en 1999 casi 500 empleados y un presupuesto de 364 millones de coronas.

(3) Ver la enumeración detallada de todas las actividades desarrolladas por el *Socialstyrelsen*, especialmente importantes en relación con las profesiones sanitarias y la información y estadísticas sanitarias. Para más detalles: <http://www.socialstyrelsen.se/en/about/Activities/index.htm>

normas y estándares de calidad en los servicios médicos y su personal. El campo de actividades del *Socialstyrelsen* en cada una de las áreas indicadas constituye una larga lista cuyos detalles incluyen, entre otros: el registro nacional del cáncer (desde 1958), las altas hospitalarias de todos los hospitales de Suecia desde 1987 (equivalente al CMBD [Conjunto Mínimo Básico de Datos] español). Estos sistemas de información constituyen una herramienta valiosísima para la investigación sanitaria. Además el *Socialstyrelsen* es el organismo responsable del registro de todas las profesiones sanitarias (Medicina, Enfermería, etc.).

El *Socialstyrelsen* es una agencia que cumple múltiples funciones para el sistema sanitario y de servicios sociales de Suecia. Desde el punto de vista político y administrativo es un organismo autónomo, regido por un consejo nombrado por el Parlamento y adscrito al Ministerio de Salud políticamente.

### **Canadá. El Instituto Canadiense de Información Sanitaria (CIHI, *Canadian Institute for Health Information*)**

---

El CIHI<sup>13</sup> ofrece todo el espectro de un completo sistema de información,

estadísticas y análisis sobre la salud en el sistema sanitario canadiense, respondiendo a las necesidades del conjunto de la sociedad: políticos, gestores, analistas e investigadores, profesionales y público en general. Con ello presta un servicio único al conjunto del sistema de salud canadiense y a cada una de sus provincias. La enumeración de sus actividades da una idea de su importancia: salud de la población, indicadores sanitarios, investigación en servicios de salud, bases de datos de recursos humanos sanitarios (Medicina, Enfermería, etc.), gasto sanitario (nivel macro, hospitales, médicos), servicios sanitarios (registros de prótesis de cadera, órganos, altas hospitalarias, morbilidad hospitalaria, prescripción y utilización de medicamentos, abortos, etc.), calidad de la información, estándares, sistemas de clasificación de enfermedades y procedimientos (ICD-10-CA/CCI), directrices para los sistemas de gestión de la información, etc.

El CIHI es una organización autónoma, dirigida por un consejo de directores formado por 16 miembros, que representan diferentes regiones y sectores de la sanidad canadiense. Tiene sedes por todo el país y se financia por acuerdos bila-

terales con los gobiernos federal y provinciales. Su presupuesto en 2007 fue de más de 84 millones de dólares, contando con más de 450 personas en su plantilla.

### **Canadá. Aprendiendo de las crisis: una salud pública más coordinada**

---

Canadá ha puesto en marcha recientemente tres iniciativas de reorganización de la salud pública<sup>14,15</sup> muy relacionadas entre sí, con la creación de la *Federal Public Health Agency*<sup>16</sup>, del puesto de *Chief Public Health Officer*, responsable de la Agencia y del *Pan-Canadian Public Health Network*<sup>17</sup>. Estas iniciativas responden a la percepción tras la crisis del SARS de que el sistema canadiense de salud pública precisaba una mayor coordinación entre los niveles federal y provincial-territorial<sup>18</sup>. La Agencia Federal de Salud Pública es un organismo diferenciado del Ministerio federal de Salud, pero responsable ante él; su misión es trabajar con sus homólogas de las provincias y territorios para hacer frente a las amenazas para la salud pública y desarrollar programas de prevención. El *Chief Public Health Officer* (CPHO) de Canadá es el responsable de la Agencia, el asesor del

Ministro de Salud en temas de salud pública y el encargado de coordinar las respuestas en caso de crisis nacionales de salud pública. El *Pan-Canadian Public Health Network* forma parte del plan de la Conferencia de Presidentes (*First Ministres*) para fortalecer el sistema sanitario de Canadá (*10-Year Plan to Strengthen Health Care*) y establece mecanismos de colaboración de todas las instituciones públicas relacionadas con la protección de la salud.

### **Canadá. Una historia clínica electrónica común para todo el país**

---

El Gobierno Federal canadiense, en colaboración con las provincias ha sido muy activo en el desarrollo de la informática sanitaria<sup>19-21</sup> común para todo el país. Este tema ha sido tratado en varias Conferencias de Presidentes y Ministros de Salud. Así, en el 2003 en el *First Ministers Health Accord on Health Care Renewal*, los presidentes acordaron invertir en el desarrollo de un sistema de historia clínica electrónica, que consideraron vital para la seguridad y calidad de la atención sanitaria. Por ello este tema fue incluido en el *10-Year Plan to Strengthen*

*Health Care*. Este interés se remonta a 1997, cuando el Ministro federal de salud creó el *Advisory Council on Health Infrastructure* (ACHI), con el mandato de desarrollar una infraestructura canadiense de información sanitaria (*infostructure*). Este Consejo emitió su informe final en 1999 (*Canada Health Infoway*). Como consecuencia de todo ello el Gobierno federal de Canadá en 2000 creó y financió *Infoway*, una empresa sin ánimo de lucro con el objetivo fundamental de desarrollar y poner en marcha la historia clínica electrónica (EHR) para el conjunto de Canadá. Esta empresa y sus proyectos han recibido importantes inversiones tanto federales como provinciales.

Una evaluación realizada en 2006 (*A Mid-Term Performance Evaluation of Canada Health Infoway Inc.*) concluyó que *Infoway* había logrado resultados importantes en todos los aspectos (alcance pan-canadiense, proyectos funcionantes, etc.).

### **Una propuesta para el debate: la Agencia del Sistema Nacional de Salud**

---

El análisis comparativo internacional tiene en este caso como objetivo

sacar lecciones útiles para nuestro sistema sanitario. Existe un notable consenso en el diagnóstico de lo que no funciona en el SNS y en la necesidad de cambios estructurales en el mismo. El SNS español es más el resultado de la inercia histórica y de impulsos políticos aislados, que de un diseño político basado en la consideración del sistema sanitario público como una dimensión esencial de la ciudadanía y un derecho cívico básico. Para adaptarlos a los valores que se derivan de esta perspectiva compartida por la inmensa mayoría de la ciudadanía, mejorar su eficiencia, sostenibilidad, calidad y equidad son precisos cambios estructurales.

Estos cambios estructurales deberían incluir la creación de una organización nueva, una Agencia del Sistema Nacional de Salud<sup>(4)</sup> como instrumento horizontal con la misión de dotar al sistema sanitario público de una entidad corporativa de referencia, que preste servicios a los sistemas de salud de las CCAA para mejorar su eficiencia

---

<sup>(4)</sup> Esta propuesta se avanza y argumenta con más detalle en: Repullo JR, Freire JM. Gobernabilidad del SNS: mejorando el balance entre los beneficios y los costes de la descentralización. Cap 3.5. Informe SESPAS 2008 (en prensa).

y calidad. Obviamente, una iniciativa de este tipo debería estar enmarcada en un paquete amplio de reformas del SNS que incluyeran, en primer lugar, hacer explícito, real y eficaz la cobertura sanitaria pública como derecho cívico, culminando de *iure* y de *facto* la universalización definitiva de la sanidad. En segundo lugar la revisión del sistema de financiación de la sanidad, pero también la redefinición y revitalización del papel del Ministerio de Sanidad en el SNS, así como otras reformas relativas al gobierno y gestión de los servicios sanitarios públicos.

El nuevo organismo Agencia del SNS debería tener un papel clave en el fortalecimiento del sistema sanitario público español del siglo XXI, realizando una serie de funciones imprescindibles para el buen funcionamiento del conjunto del sistema y de cada uno de los Servicios de Salud de las CCAA. El objetivo de esta propuesta de una Agencia del SNS no es tanto definir en detalle un nuevo organismo como abrir un debate sobre la necesidad de contar con las importantes mejoras que su existencia reportaría al SNS, contribuyendo con ello a construir consensos sobre las reformas que serían útiles para for-

talear el SNS. En este sentido, los referentes internacionales vistos arriba y las reflexiones derivadas de ellos son de una indudable utilidad.

La nueva Agencia del SNS tendría como misión principal ser el órgano horizontal proveedor de servicios comunes a todo el SNS y de coordinación del conjunto del sistema. Cumpliría todas aquellas funciones esenciales al SNS que tienen características inter o supra-autonómicas, ofreciendo los servicios comunes que en la actualidad echan de menos las CCAA, posibilitando economías de escala y de costes, capacidad analítica y de evaluación, etc. Debería facilitar la colaboración mutua entre Servicios de Salud de las CCAA que no dejan de ser interdependientes en aspectos fundamentales (personal, insumos, servicios, etc.) y que en cualquier caso comparten la misión común de asegurar un alto nivel de equidad, calidad y eficiencia en servicios sanitarios a sus ciudadanos.

La nueva Agencia del SNS sólo será posible con un amplio consenso político en el Congreso que venga avalado por el consenso de abajo arriba, que se derivaría de su condición de Cooperativa de los Servicios Autonómicos de Salud. En efecto, la

nueva entidad tendría que nacer; como el nuevo ente RTVE, el estatuto del Banco de España, la Comisión Nacional del Mercado de Valores, etc.; del Parlamento y responder a un amplio consenso político para despolitizar el gobierno del SNS. Idealmente ello sería posible por la confluencia de: a) el interés de las CCAA por crear un ente cooperativo que provea de servicios comunes de valor añadido, con eficacia y garantías de institucionalidad y neutralidad partidaria a sus servicios de salud; b) un impulso político para fortalecer el SNS con un instrumento eficaz para su regulación y gobierno, reconociendo y reforzando el carácter de la sanidad como derecho cívico igual para todos los españoles, para lo que se precisan nuevos instrumentos—ágiles, eficaces y autónomos— que le permitan ganar en equidad, eficiencia y sostenibilidad.

Esta propuesta de Agencia del SNS está parcialmente inspirada en la existencia del *Socialstyrelsen* (Consejo Nacional de Salud y Bienestar) de Suecia que hemos visto arriba, del que tomaría muchas de sus funciones, así como el mandato parlamentario para su creación y gobierno. Igualmente toma elementos y funciones del CIHI.

Del debate político británico<sup>(5)</sup> sobre la conveniencia de separar la elaboración de políticas públicas de la administración cotidiana, que afecta a la sanidad y a otros sectores, la propuesta de una Agencia del SNS toma la idea de construir un organismo cuyo gobierno y gestión tenga autonomía respecto de los intereses de la competencia política partidaria, dotado de estabilidad y de las condiciones necesarias para una buena gestión. Un planteamiento éste al que responden un número creciente de organismos reguladores y de prestación de servicios también en España, como se ha citado arriba.

Este último apartado no pretende presentar la propuesta de Agencia del SNS en detalle, ni siquiera en su esquema. Simplemente trata de esbozar la idea de la misma para despertar curiosidad intelectual y suscitar debate sobre las reformas estructurales que precisa el SNS y crear el ambiente político, social y profesional que las facilite.

---

<sup>(5)</sup> En el Reino Unido el actual Primer Ministro británico, Gordon Brown, el líder del Partido Conservador, David Cameron y una institución prestigiosa como el *King's Fund* se han expresado en el sentido de dar al *National Health Service* una organización alejada, cuya gestión día a día esté diferenciada de la elaboración de las políticas. Ver: Dewar S. *Government and the NHS—time for a new relationship?* King's Fund. 2003.

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. Rey J. Introducción a la Jornada virtual sobre Coordinación de la Revista de Administración Sanitaria. Disponible en: [www.debatesanitario.com](http://www.debatesanitario.com) (último acceso: mayo de 2007).
2. Freire JM. Así en el SNS como en RTVE. Boletín Economía y Salud. 2005;18(54):1-2. Disponible en: [www.aes.es](http://www.aes.es) (último acceso: mayo de 2007).
3. Freire Campo JM. La cobertura poblacional del Sistema Nacional de Salud: importancia y retos de la universalización y la equidad en el aseguramiento. En: Repullo Labrador JR, Oteo Ochoa LA, editores. Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible. Ariel; 2005. p. 61-99.
4. Sevilla F. La universalización de la atención sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social. Documento de trabajo 86/2006. Laboratorio de Alternativas. Fundación Alternativas. Disponible en: [www.fundacionalternativas.com](http://www.fundacionalternativas.com).
5. Vrangbæk K. Towards a typology for decentralization in health care. En: Saltman RB, Bankauskaite V, Vrangbæk K, editors. Decentralization in Health Care. European Observatory on Health Systems and Policies series. London: Open University Press/McGraw-Hill Education; 2006. Chapter 3.
6. Saltman RB, Bankauskaite V, Vrangbæk K, editors. Decentralization in Health Care. European Observatory on Health Systems and Policies series. London: Open University Press/McGraw-Hill Education; 2006. Disponible en: [www.observatory.dk](http://www.observatory.dk).
7. Torgerson RC. Wait List Management. Health Policy Monitor, April 2005. Disponible en: <http://www.hpm.org/survey/ca/a5/1> (último acceso: 15 de junio de 2007).
8. Rey Biel P, Rey del Castillo J. La financiación sanitaria autonómica: un problema sin resolver. Documento de trabajo 100/2006. Laboratorio de Alternativas Fundación Alternativas. Disponible en: [www.fundacionalternativas.com](http://www.fundacionalternativas.com).
9. Maioni A. The Citizenship-Building Effects Of Canada's Universal Health Care Regime. Rev Mex Estudios Canadienses. 2002(5). Disponible en: [revista.amec.com.mx/num\\_5\\_2002/Maioni\\_Antonia.html](http://revista.amec.com.mx/num_5_2002/Maioni_Antonia.html) (último acceso: 14 de junio de 2007).
10. First Ministers' Meeting on the Future of Health Care (2004). A Ten-Year Plan to Strengthen Health Care. Dis-

- ponible en: [www.hc-sc.ca/english/hca2003/fmm/index.html](http://www.hc-sc.ca/english/hca2003/fmm/index.html)
11. <http://www.socialstyrelsen.se/en/>.
  12. Socialstyrelsen. This is The National Board of Health and Welfare. Disponible en: <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/067C1106-7FD6-4194-B923-D40E0B257191/6817/200611813.pdf>
  13. [www.cihi.org](http://www.cihi.org)
  14. Fooks C, Maslove L. A Public Health Wake-Up Call for Canada. Health Policy Monitor, 24/10/2003. Disponible en: <http://www.hpm.org/survey/ca/a2/1>.
  15. Fooks C, Maslove L. Strengthening Canada's Public Health System. Health Policy Monitor, 15/04/2004. Disponible en: <http://www.hpm.org/survey/ca/a3/4>.
  16. [http://www.phac-aspc.gc.ca/new\\_e.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/new_e.html).
  17. [http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/2005/2005\\_26\\_e.html](http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/2005/2005_26_e.html)
  18. Moloughney B, Frank J, Di Ruggiero Revamp E. Canada's public health system –and do it quickly: think-tank. Can Med Assoc J. 2003;169:325.
  19. Canada Health Infoway. Disponible en: [www.infoway-inforoute.ca/en/WhoWeAre/Overview.aspx](http://www.infoway-inforoute.ca/en/WhoWeAre/Overview.aspx)
  20. Canada Health Infoway and the Health Council of Canada (2006). Beyond Good Intentions: Accelerating the Electronic Health Record in Canada. Summary of a Policy Conference Health in Montebello, Quebec, June 11-13, 2006. Disponible en: [www.infoway-inforoute.ca/Admin/Upload/Dev/Document/Conference%20Executive%20Summary\\_EN.pdf](http://www.infoway-inforoute.ca/Admin/Upload/Dev/Document/Conference%20Executive%20Summary_EN.pdf)
  21. Canada Health Infoway (2006). Fulfilling the Promise: Canada Health Infoway Inc. Annual Report. Disponible en: [www.infoway-inforoute.ca/Admin/Upload/Dev/Document/Annual%20Report%2005-06%20EN.pdf](http://www.infoway-inforoute.ca/Admin/Upload/Dev/Document/Annual%20Report%2005-06%20EN.pdf).

