

TRANSFERENCIAS DE SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES: ACTITUDES, INNOVACIONES Y PELIGROS

Por RICARDO MORAGAS MORAGAS

Sumario: I. PRINCIPIOS CONSTITUCIONALES APLICABLES A SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES.—II. CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO AUTONÓMICO ESPAÑOL.—III. ACTITUDES COLECTIVAS.—IV. INNOVACIONES EN SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES EN CATALUÑA.—V. PELIGROS DE LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS.

El presente trabajo continúa varios anteriores que versan sobre temas conexos iniciados hace tres años antes de que comenzara el proceso de transferencia de competencias (1); desde entonces es justo reconocer que el establecimiento del estado de las autonomías en España ha sido más rápido de lo que cabía prever, esperemos que siga la misma dirección en el futuro, a cuyo éxito desearíamos contribuir con nuestras observaciones. Las líneas que siguen se estructuran en cinco partes: Principios reconocidos en la Constitución, Estatutos de Autonomía y disposiciones conexas, características del proceso autonómico español, actitudes colectivas, innovaciones y peligros en la transferen-

(1) MORAGAS, R.: «Descentralización Territorial. Previsiones de Transferencia de los Servicios Sociales a los Gobiernos Autonómicos», en A. DESDENTADO, y otros: *Descentralización de los Servicios Sociales*, Marsiega, Madrid, 1979, pp. 87-108; *Bases per una Política sobre l'Alcoholisme a Catalunya*, Generalitat de Catalunya, Barcelona, 1980, p. 25; *Prevenció Sanitària Social en las Comunidades Autónomas*, Associació Catalana de Sociologia, Barcelona, 1981.

cia de los servicios sanitarios y sociales. Se cubre de esta forma un amplio panorama que se considera útil para tener la perspectiva general necesaria que facilite un análisis detallado de cada punto en concreto. En nuestra experiencia muchos individuos implicados en temas autonómicos pierden esta visión general, imprescindible para la efectividad del proceso y a la que la sociología debe contribuir por tradición y responsabilidad profesional.

I. Principios constitucionales aplicables a servicios sanitarios y sociales

Aunque sean conocidos, es útil recordar estos principios constitucionales, marco básico del que debe partir la organización de los Servicios Sanitarios y Sociales, en especial en los momentos actuales, en que la producción legislativa en estas materias es elevada y están finalizando las transferencias al País Vasco y Cataluña.

1. Solidaridad

Parte del artículo 2.º de la Constitución (2) (Solidaridad entre las nacionalidades y regiones) para concretarse en el 138 (Solidaridad a través de un equilibrio económico adecuado y justo en el territorio español). En «l'Estatut» de Catalunya se reconoce en el preámbulo. La solidaridad se materializa en el 158,2 (Fondo de Compensación Interterritorial para corregir desequilibrios económicos). Se reconoce también en la Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas (LOFCA, artículo 16) y en el Anteproyecto de Ley del Fondo de Compensación Interterritorial, artículo 1.º Se acepta que existen diferencias entre los territorios y se articula un mecanismo para corregirlas y hacer efectivo el principio. La continua referencia a los aspectos económicos se supone que engloba el coste económico de los Servicios Sanitarios y Sociales.

(2) Las referencias a fuentes jurídicas se detallan a continuación: Constitución Española 1978; Estatut de Catalunya 1979; Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas, 1980; Anteproyecto de Ley del Fondo de Compensación Interterritorial, 1981.

2. *Nivel mínimo Servicios Públicos Fundamentales (art. 158,1, entre los cuales figuran obviamente los Servicios Sanitarios y Sociales)*

«L'Estatut» trata de la igualdad en la vida colectiva, preámbulo y artículo 8.º, 2. La definición de este nivel mínimo se concreta en la Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas (LOFCA), artículo 15,3 donde se establece que será el nivel medio de los mismos en el territorio nacional, lo cual deja el interrogante sobre qué considera el legislador nivel medio.

3. *Equilibrio Económico y Desarrollo Armónico*

Estos principios se reconocen en «l'Estatut», «remover los obstáculos que impidan o dificulten la plenitud» (de la igualdad), artículo 8.º, 2 y la LOFCA, artículo 2.º, 1, b donde se establece que el Estado adoptará las medidas oportunas para conseguir estos fines entre las diferentes partes del territorio español. Este principio se complementa en el apartado a) del mismo artículo que establece que los ingresos de las Comunidades Autónomas no implicarán en ningún caso privilegios económicos o sociales.

Cada Comunidad Autónoma, según el artículo 2.º, 2 de la LOFCA «está obligada a velar por su propio equilibrio territorial y por la realización interna del principio de solidaridad». De lo anterior surge un margen normativo útil para interpretar las transferencias en Servicios Sanitarios y Sociales. El Anteproyecto de Ley del Fondo de Compensación Interterritorial, artículo 6.º, establece el destino de dicho fondo no refiriéndose específicamente a Sanidad y Servicios Sociales; no obstante menciona «equipamiento colectivo» en cuyo apartado puede incluirse. Por tanto, solidaridad, nivel mínimo y equilibrio económico son principios que han de regir el funcionamiento de Servicios Sanitarios y Sociales en el estado de las autonomías, Cómo conseguirlo es más tema de planificación social que de análisis de las normas.

II. Características del proceso autonómico español

En este punto debe reconocerse que España es una vez más diferente, sin suponer ello una crítica negativa a nuestro desarrollo autonómico; pero es evidente que éste posee unas peculiaridades que lo hacen más sorprendente al tener en cuenta que procede de una Administración centralizada y autoritaria existente durante cuatro décadas. Los tratadistas se encuentran perplejos (3) frente a nuestro proceso, tanto en sus aspectos políticos como de técnica jurídica, pero todo ello carece de importancia frente a la realidad del Estado de las Autonomías que se está construyendo y que nuestra proximidad impide valorar debidamente. El proceso autonómico español no constituye la formación de un Estado federal, por no existir estados autónomos previamente, pero tampoco consiste en una mera descentralización, sino que supone un desplazamiento real de poder a las Comunidades Autónomas. Las razones para interpretar la peculiaridad del proceso autonómico español se sitúan en el método y en los propios actores del proceso, es decir, en los representantes de los partidos políticos que redactaron la Constitución en base al consenso. Se destacan esquemáticamente algunas de las características fundamentales del proceso autonómico español y que ayudarán a comprender mejor el proceso de transferencias de Servicios Sanitarios y Sociales.

1. Crisis del Estado nacional

Tanto a nivel nacional como internacional, se vive una crisis de los Estados tradicionales, originados con las revoluciones políticas democráticas y que ha influenciado diferentes formas la redacción de nuestra Constitución. La afirmación de la nacionalidad (territorio con identidad cultural, lingüística, histórica) o de la región (entorno humano, físico y económico) como generador de la identidad personal y social, es un tema constante en la ciencia política y social de las últimas décadas.

(3) COSCULLUELA, L.: «En torno a las Transferencias de Funciones», en *Autonomías Regionales en España: Traspaso de Funciones y Servicios*, Instituto de Estudios de Administración Local, Madrid, 1978, pp. 13-15.

El desarrollo de las comunicaciones personales y de la información y necesidad de identificarse con un ámbito psicosocial más próximo, han propiciado el poner menos énfasis en la nación unitaria políticamente, cuya existencia se da por supuesta. Por otra parte, las uniones supranacionales para la cooperación económica, social o militar, CEE, Consejo de Europa, OTAN, etcétera, reflejan la polarización del mundo y el agrupamiento de las naciones en bloques. Regionalización a nivel psicosocial y uniones supranacionales a nivel político, han sido dos factores, cada uno en un extremo del escenario, que han contribuido a rebajar el concepto de estado nación, al clásico de las revoluciones políticas y que han influenciado la redacción de la Constitución.

2. *Diversas clases de autonomía*

El diverso grado de la intensidad de las realidades regionales y nacionales de España, ha motivado que la Constitución reconociera, y la práctica demostrará, que el Estado de las Autonomías se establece de dispares formas, con variada secuencia, por diferentes vías de acceso y por diversos Estatutos de Autonomía (4). La estratificación también entra en la realidad autonómica, aunque se establezcan como en los derechos individuales unos mínimos garantizados y obligatorios para todas las Comunidades, sea cual sea su forma de acceso a la autonomía y las peculiaridades de los Estatutos.

3. *Preeminencia de lo político sobre lo técnico*

Esta parece ser una constante histórica, ya que en el pasado se habían reconocido autonomías antes de su sanción constitucional como en el reconocimiento de la Generalitat de Catalunya en 1931 y en otras latitudes las autonomías de Cuba y Puerto Rico. Se trata como en tantas ocasiones de que la vida ha ido por delante del Derecho y la norma ha sido un Decreto-ley de urgencia y en último lugar, se ha dejado la materia de transferencias a lo que se disponga en cada Estatuto de Auto-

(4) DE SIMÓN, J. L.: *El Estado Autonómico y sus Matices Federales*, Instituto de Estudios de Administración Local, Madrid, 1981.

nomía. No se trata de criticar el proceso, probablemente el único posible, dada la situación del país, pero sí hay que reconocer las dificultades que plantea para su correcta aplicación. Al producirse la descentralización política antes que la administrativa, supone que se tienen órganos de gobierno antes que normas básicas como la Constitución y los Estatutos que regulen sus competencias. En Cataluña, la Generalidad provisional nació más de un año antes que la Constitución y más de dos años con anterioridad al referéndum del «Estatut»; ello supuso la existencia de un Gobierno y de sus máximos puestos, directores generales y secretarios generales técnicos sin competencias efectivas, lo cual era frustrante pero facilitó la labor de preparación de las diversas consejerías para el momento de establecerse la Generalidad definitiva. Aunque muchos altos cargos cambiaron por pasarse de un gobierno de unidad con representación de los partidos mayoritarios, época Tarradellas, a un gobierno de partido único, época actual, se mantuvieron y aprovecharon los proyectos anteriores facilitando la estabilidad de los departamentos para la recepción de competencias.

III. Actitudes colectivas

En el análisis de cualquier situación social, interesa conocer las actitudes de sus principales grupos para prever la posible evolución. En el establecimiento de las Comunidades Autónomas, el saber la opinión de los actores es una exigencia práctica, si se desea conseguir efectivamente un proceso de cambio social tan básico para España como es el pasar de un Estado autoritario, altamente centralizado, a un Estado de las Autonomías genuinamente democrático. Actualmente, es evidente que subsisten elementos autoritarios en diferentes grupos sociales, los cuales ven con temor el cambio, como ya reconocía en 1977 uno de los primeros estudios contemporáneos sobre la cuestión regional (5) y que este cambio se contempla con mayor temor por parte de los grupos marginados, generaciones

(5) DEL CAMPO, S.; NAVARRO, M., y TEZANOS, J. F.: *La Cuestión Regional Española*, Edicusa, Madrid, 1977, pp. 3-123.

más viejas, mujeres, campesinos, inactivos, clientes importantísimos de los Servicios Sanitarios y Sociales. Para analizar mejor estas actitudes, se han dividido los grupos en tres, según la relación o interés que mantienen con la organización de Servicios Sanitarios y Sociales: Políticos, cuyo interés es la adquisición o mantenimiento de la mayor área de poder, técnicos y funcionarios entre los que se hallan profesionales de los Servicios Sanitarios y Sociales cuyo interés básico consiste en la realización de su trabajo, y ciudadanos en general, no incluidos en los anteriores grupos, constituidos básicamente por los usuarios o clientes de los servicios. La actitud de cada grupo respecto a la transferencia de los Servicios Sanitarios y Sociales es diferente, pero de la suma de todas ellas puede inferirse cuál va a ser su resultado o intentar planificarlo para que sea el más adecuado. Una observación fundamental al respecto es que los Servicios Sanitarios y Sociales existen solamente como servicio para sus clientes, los ciudadanos, políticos y técnicos, solamente existen en función de las necesidades de los clientes, como es obvio en cualquier servicio público en un régimen democrático. Lo anterior, que parece lógico, se contradice en la realidad de todos los países, como demuestra la sociología de la organización y a través de la cual se descubre que muchas organizaciones públicas sirven más a los intereses de sus beneficiarios y clientes que a los ciudadanos.

1. *Políticos*

Debe diferenciarse claramente entre los pertenecientes a partidos nacionales con implantación en todo el Estado, incluida la Comunidad Autónoma (PSOE, UCD) o los nacionalistas de cada Comunidad Autónoma (CDC, PNV). Entre los primeros existen actitudes diversas, tanto en el centro como en las propias Comunidades Autónomas, pero en conjunto aceptan como positiva la forma en que se ha desarrollado, en especial a partir de la LOFCA y pactos autonómicos, el proceso autonómico, aunque con lógicas diferencias entre el partido en el Gobierno y el partido en la oposición. Entre los partidos nacionalistas en el poder en Cataluña y País Vasco, se ha superado la

fase de demanda de competencias y ya no se da la frase repetida durante dos años por sus líderes: «cuando tengamos competencias»; se trata actualmente de asumir la responsabilidad plena no sólo política sino administrativa. La situación bien estudiada en sociología política y de la asistencia social es de limitación personal, organizativa y económica, frente a las amplias responsabilidades que se deben asumir totalmente. No se trata de incompetencia o limitaciones estructurales, sino del reconocimiento de que no se pueden transferir los medios que no se poseen, a saber, que el Estado central transfiere unas competencias sobre Servicios Sanitarios y Sociales cuya demanda crece constantemente por parte de los ciudadanos, la cual debe atenderse con unos recursos limitados, por lo que es prácticamente imposible alcanzar los objetivos que la población espera de la Administración Pública, sea centralizada o autonómica.

En último, pero no menos importante lugar, se halla la actitud de los políticos con sus respectivos electorados. En el caso de los partidos nacionales, destacará su influencia en el Estado central para la efectividad de las transferencias sanitarias y sociales, en el de los partidos nacionalistas, la lentitud y las dificultades con que aún se enfrentan para conseguirlas en plenitud, siendo esta dialéctica la lógica entre partidos con objetivos diferentes.

2. *Funcionarios-Técnicos*

En este grupo se incluyen las personas cuyo trabajo profesional diario se basa en la realización de las competencias de los servicios sanitarios y sociales transferidos. Ante todo hay que diferenciar entre funcionarios transferidos o contratados por la Comunidad Autónoma. Entre los transferidos, la mayoría sigue desempeñando su cometido con expectativas de que las transferencias mejoren el contenido de su trabajo colaborando efectivamente con la Administración Autónoma, como han reconocido recientemente los presidentes de la Generalidad y del Gobierno Vasco. Los problemas podrían surgir si existieran influencias o intereses de tipo político por ambas partes en el desempeño de sus puestos, pero ello no parece que haya su-

cedido normalmente hasta el presente. Dada la naturaleza técnico-profesional de la relación del funcionario transferido, a poco que se le facilite el desempeño de su trabajo, lo cual se puede conseguir con mayor racionalidad en sus funciones y proximidad de las decisiones directivas, colaborará positivamente con la Administración autonómica, ya que su situación anterior sirviendo en la periferia de una Administración muy centralizada no era muy interesante, ya que el auténtico poder y máximos puestos profesionales se hallaban en el centro.

Algo diferente puede resultar la actitud del funcionario de la Administración central en la capital, el cual ve vaciarse de contenido el objeto de su trabajo, por traslado de las competencias a la Administración autonómica. Es evidente que se produce una rebaja en el contenido de su tarea y que no puede mantenerse la misma infraestructura central, en el Estado de las Autonomías que en el anterior Estado rígidamente centralizado. El problema es real, pero hay que instrumentar soluciones para evitar que se extienda un incipiente síndrome antiautonómico entre los altos funcionarios en Madrid, debido a la disminución de contenido de sus puestos directivos, por la transferencia de competencias a las Comunidades Autónomas. En cualquier caso, se trata de un problema temporal y de transición y que debe resolverse teniendo en cuenta las necesidades futuras en los distintos cuerpos, para realizar las convocatorias de ingresos de acuerdo con las exigencias del nuevo Estado de las Autonomías, informando debidamente al futuro funcionario sobre las alternativas profesionales que se le ofrecen en el centro o en las Comunidades Autónomas. Respecto a los funcionarios contratados por la Comunidad Autónoma, la actitud de los mismos es muy positiva en los que aportan experiencia para la competencia transferida, aunque pueda faltarles la experiencia de la Administración Pública. En estas fases iniciales del asentamiento de las Administraciones autónomas, es evidente que la falta de experiencia, puede suplirse suficientemente con la dedicación y motivación que todo grupo, iniciador de una organización, aporta a las primeras etapas de su establecimiento. La Administración autónoma debe buscar un equilibrio en-

tre la continuidad de unas competencias transferidas y que debe seguir prestando, utilizando los funcionarios y medios materiales transferidos y la iniciativa y creatividad que tienen que aportar los funcionarios contratados, para establecer una Administración de los Servicios Sanitarios y Sociales más efectiva y de mayor calidad, que la que se prestaba bajo la Administración centralizada. La armonización de las actitudes de ambos tipos de funcionarios es una pieza clave para el éxito de la Administración autónoma.

3. *Ciudadanos*

Este grupo comprende a los clientes potenciales y actuales de los Servicios Sanitarios y Sociales. Ante todo, debe reconocerse la incapacidad de cualquier Estado, para satisfacer absolutamente las crecientes demandas basadas en el reconocimiento constitucional de que todos los ciudadanos tienen derecho a una asistencia sanitaria y prestaciones sociales suficientes, artículo 41 de la Constitución. La naturaleza progresiva de tales derechos y las limitaciones económicas, hacen que ningún Estado cumpla absolutamente el mandato constitucional reconocido asimismo en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y a que se refiere expresamente el artículo 12,2 de la Constitución. Esta imposibilidad de cumplimiento a un nivel absoluto, es captada por los ciudadanos, quienes esperan por lo menos un cumplimiento relativo, de lo que se considera Asistencia Sanitaria Social mínima en un país desarrollado en la segunda mitad del siglo xx. Dada la financiación de la Seguridad Social, básicamente por cotizaciones de empresarios y beneficiarios, es evidente que lo que el ciudadano considera servicio mínimo sea superior al que recibe en la práctica. Si a ello se añade la propagación de cifras sobre coste de asistencia sanitaria en establecimientos privados, tres veces más económica que en la Seguridad Social (siendo la calidad inferior, en especial en la asistencia primaria), se tendrán algunos de los ingredientes explosivos que maneja el ciudadano medio y que tiene en general una actitud negativa sobre los Servicios Sanitarios y Sociales, prestados a través de una Administración centrali-

zada. En este contexto organizativo y económico es lógico que el administrado espere cierta mejora de una Administración autónoma; la dificultad está en poder ofrecer soluciones a corto plazo, ya que la magnitud de la situación exige un proceso de reorganización que necesariamente debe consumir más que meses, años. Este razonamiento, no es ni política ni humanamente aceptable y los ciudadanos de las Comunidades Autónomas esperan una mejora de su asistencia que no puede producirse con la velocidad que desean. Ello tiene un peligroso efecto *bumerang* que se vuelve sobre la credibilidad de la Comunidad Autónoma y su capacidad de autogobierno. Esto lo han percibido con claridad los responsables de Sanidad y Servicios Sociales de Cataluña y País Vasco, quienes han pedido paciencia a sus respectivos ciudadanos para que puedan comprobar mejoras en tales servicios, luego de un plazo prudencial de reorganización de los mismos. La actitud de los ciudadanos es, pues, positiva para las transferencias, pero desean efectividad y resultados rápidos, incompatibles con la complejidad de los servicios sanitarios sociales a reorganizar.

IV. Innovaciones en servicios sanitarios y sociales en Cataluña

Las observaciones que siguen son personales y se basan en el análisis de lo que la Generalidad ha realizado en Servicios Sanitarios y Sociales y que ha supuesto una innovación respecto a la Administración centralizada. En cualquier caso, estas observaciones deberían complementarse con la opinión de los clientes de los servicios sobre las que aún no existen datos, ya que una administración autónoma no puede restringirse a reproducir la organización centralizada a menor escala.

1. Reorganización

Esta ha sido un hecho y debe seguir en el futuro. Debido a la falta de conocimiento de los criterios de organización de los servicios y a la lejanía geográfica de la Administración centralizada, los criterios del *Boletín Oficial* se debían complemen-

tar con un conocimiento de la organización de las disponibilidades presupuestarias reales en cada partida, y que sólo se podía adquirir en el propio departamento ministerial. En Cataluña el deseo real de organizar los servicios sanitarios sociales con mayor efectividad se ha reflejado en la realización de estudios y planificaciones previos a la acción, al existir antes los órganos de gobierno que las competencias efectivas. Ejemplo de estos estudios fue la publicación de «La Sanitat a Catalunya» (6) que constituye un análisis y una serie de propuestas que el departamento competente realizó. Este trabajo se apoyó en el llevado a cabo anteriormente por entidades comunitarias representativas por lo que tiene una raíz más amplia que un mero estudio, *ad hoc*. También se han definido los «Principis inspiradors d'una Política Social per a Disminuïts Psíquics» (7) y que detallan la gama y naturaleza de los servicios a establecer para este colectivo y organización de los mismos. Asimismo, se han publicado las ponencias del simpósium que sobre alcoholismo organizó la Generalidad y en el que aparte de los trabajos científicos se proporcionan «Bases per a una política sobre l'Alcoholisme a Catalunya» y «Conclusions per a una política de Reinserció Social dels Alcohòlics» (8). Asimismo, se han publicado numerosos documentos de trabajo sobre Sanidad y Servicios Sociales entre los que destaca «Bases de Planificació dels Serveis Socials a Catalunya» (9). Del examen de todo el material disponible surge claro el interés reorganizador de la Comunidad Autónoma Catalana, destacando en todos los documentos temas como la prevención, formación e innovación, típicos en cualquier intento reorganizador. La formación, por ejemplo, se ha iniciado regularmente con cursos dirigidos a profesionales de la Asistencia Social en conexión con la Escuela de Administración Pública de la Generalidad. Lo importante, en cualquier organización, es conseguir que este ímpetu innovador se

(6) GENERALITAT DE CATALUNYA: *La Sanitat a Catalunya*, Servei Central de Publicacions de la Generalitat de Catalunya, Barcelona, 1980.

(7) GENERALITAT DE CATALUNYA: *Principis Inspiradors d'una Política Social per a Disminuïts Psíquics*, Publicació de documentació social núm. 36, agost-octubre 1979.

(8) GENERALITAT DE CATALUNYA: *Reinserció Social dels Alcohòlics*, Direcció General de Promoció Social, Barcelona, 1980.

(9) GENERALITAT DE CATALUNYA: *Bases de Planificació dels Serveis Socials a Catalunya*, Direcció General d'Assistència Social, Barcelona, 1980.

mantenga en el futuro, evitando las rutinas y anquilosamientos burocráticos tan frecuentes en las administraciones públicas.

2. *Descentralización*

Esta necesidad es reconocida ampliamente en Cataluña aunque sólo sea para defenderse del dicho tan repetido, sea para obtener votos electorales o para frenar las transferencias autonómicas de que un «centralismo de Barcelona puede ser más perjudicial para muchas localidades que el centralismo de Madrid». Existe una conciencia clara de que hay que evitar cualquier orientación en esta dirección y para ello nada mejor que conocer la infraestructura de servicios y el propio territorio: «El Mapa Sanitari de Catalunya» era una parte fundamental del informe sobre «La Sanitat a Catalunya» (10) y está en víspera de publicarse el «Mapa de Serveis Socials a Catalunya». Ambos mapas son reflejo de la realidad que debidamente analizada a la luz de los factores demográficos, geográficos, laborales y del territorio, llevará a una propuesta de reorganización o implantación de nuevos servicios. Un punto básico a este respecto, es la falta de decisión sobre la futura división territorial de Catalunya y en qué medida quedarán o no subsistentes las actuales provincias; hasta que no se decida esta nueva ordenación del territorio, subsisten los servicios territoriales con base en las capitales de provincia. La proximidad de las mismas a Barcelona, centro de las decisiones administrativas, es evidente, no sólo en kilómetros sino en tiempo de comunicación, ya que todas las capitales catalanas se hallan por autopista a menos de dos horas de viaje de la capital. Esto ya se ha reflejado en el aumento de los contactos que mantienen servicios sanitarios y sociales con la sede del Departamento Autónomo en relación a los que tenían anteriormente con la Administración central. Una estimación, sobre la administración en Catalunya de ayudas del FNAS de 1980 por la Generalidad, indica que el número de contactos mantenidos por los solicitantes, se ha más que triplicado, respecto a los que se mantuvieron con la Administración central en 1979.

(10) Anexos en la *Sanitat a Catalunya*, op. cit.

3. Participación de los afectados (11)

Este principio de toda Administración democrática, posee asimismo un amplio reconocimiento en Ciencia Social, afirmando la ineficacia de las medidas en las que no hayan participado los destinatarios de una actividad. En servicios sanitarios y sociales, el problema de la participación, no es tanto su forma, como el contenido y destino de la participación. En muchos casos, los beneficiarios de un servicio pueden llegar a planteamientos en el seno de los órganos de participación, contrarios a la realidad científica y a las exigencias técnicas. Por ejemplo, en un hospital mental los pacientes pueden pedir la supresión de obstáculos cuando existen pacientes potencialmente peligrosos para sus semejantes y público en general. La respuesta lógica sería referirse a lo que decidan los técnicos responsables, médicos y directores de la institución, pero ello nos introduce al posible conflicto entre los objetivos de los clientes de un servicio sanitario o social y los objetivos de los profesionales. La contestación obvia consistiría en identificar a los receptores de un servicio y ver de qué manera sus necesidades quedan mejor atendidas. El problema estriba en que en muchas de estas situaciones, el sujeto atendido no se halla en pleno uso de sus aptitudes y no puede por tanto ejercer plenamente sus derechos de ciudadano. Por ejemplo, los enfermos, los toxicómanos, los deficientes mentales son todos ellos grupos cuyo cuidado, tratamiento y los juicios sobre la calidad del mismo, se hallan controlados más por los profesionales de la medicina y de la asistencia social, que por los propios interesados. El problema ha existido antes en otros países y una respuesta parcial consiste en el establecimiento de asociaciones, promovidas por familiares o interesados, que defiendan los derechos de los sujetos dependientes, dirigidas por profesionales, los cuales deben encontrarse con los profesionales al frente de las instituciones asistenciales. La innovación que ha surgido en Cataluña, es que miembros de dichas asociaciones o técnicos al servicio de las mismas, han planteado sus obje-

(11) GENERALITAT DE CATALUNYA: *Diari Oficial*, Decret 120/1981, del 22 de maig 1981. Barcelona, 1981.

tivos, ámbito del servicio, niveles esperados del mismo e incluso han realizado planes de organización de acuerdo con sus criterios, que han ofrecido a la Administración. Esto que supone un comportamiento habitual en países democráticos, es decir, que los afectados por determinada medida de gobierno se unan en diversidad de organizaciones: asociaciones, fundaciones, cooperativas, sociedades, etc., para plantear su alternativa al ejecutivo, constituye en España una novedad en el vacío de participación al que nos había acostumbrado una Administración centralizada.

Es evidente que los administrados se sentirán más propensos a participar con una Administración Autónoma próxima físicamente y a la que saben que pueden influenciar, si plantean razonablemente sus aspiraciones, que con una Administración centralizada para todo el Estado en la que por su tamaño y complejidad sus objetivos quedan necesariamente diluidos. Dadas las dimensiones de los servicios sanitarios y sociales en los modernos Estados nacionales, la Administración autonómica, por una mera cuestión de tamaño, entre otras, puede hacer más efectivo el funcionamiento de dichos servicios y esto lo han captado rápidamente los ciudadanos, participando y exigiendo servicios de una mayor calidad a la Administración Autónoma catalana.

4. *Coordinación de iniciativas y competencias*

Los servicios sanitarios y sociales no pueden restringirse al Departamento de Sanidad y Asistencia Social, dado que su objetivo es la atención de la persona en su globalidad y ésta no puede quedar limitada por unas competencias administrativas. Es evidente que la salud y el bienestar social se extienden a la escuela, al lugar de trabajo y ocio, y a casi todas las actividades humanas. La toxicomanía, el emplazamiento laboral de los deficientes, la higiene escolar, son todas ellas materias por las que será responsable el Departamento de Sanidad y Asistencia Social pero que tendrán su origen o destino en otros departamento de la Comunidad Autónoma. Se impone, por tanto, una coordinación estricta entre los diversos depar-

tamentos para resolver temas que por su propia naturaleza son complejos y requieren un enfoque interdepartamental y multidisciplinario. Legalmente, se ha reconocido la necesidad de la coordinación interdepartamental con la creación del «Secretariat d'Afers Interdepartamentals» dependiente del «Secretari General de la Presidència». Ejemplo de dicha colaboración en Cataluña lo constituye la «Comissió per l'Any Internacional del Minusvàlid» con representación de cinco departamentos y programa de actuación concreto (12). Otro aspecto de la coordinación que hace falta aclarar en los servicios sanitarios y sociales, que han de coordinar las Comunidades Autónomas, es el de la compatibilidad entre la iniciativa pública y privada. La tradición catalana en asistencia sanitaria, asistencia a deficientes físicos, psíquicos y sensoriales, atención a la tercera edad, voluntariado, etc., es importante y se ha reconocido, pero hace falta definir con claridad el principio de subsidiariedad, es decir, cuando la Administración debe entrar en aquellas áreas asistidas indebidamente o no atendidas por la iniciativa privada y los niveles mínimos de servicio aceptables, según el mandato constitucional para los ciudadanos de la Comunidad Autónoma. La Administración Pública, sea del Estado central o de la Comunidad Autónoma, no puede actualmente prestar todos los servicios sanitarios o sociales, ni es conveniente, social y económicamente que lo haga. Lo aconsejable, parece ser el establecer un sistema público que defina niveles de atención universales, pero que acepte los servicios que de acuerdo con dichos niveles de asistencia y de coste, preste voluntariamente la iniciativa privada. El hacer públicos todos los servicios sanitarios y sociales, no sería democrático, según la preferencia de los afectados voluntariamente asociados, ni sería económico. Sin embargo, este es un tema que se presta a manipulaciones ideológicas que deben quedar al margen de la exigencia de prestación de unos servicios con determinados niveles de calidad, siendo la titularidad de los mismos una cuestión menor, si se cumplen los objetivos primarios de la asistencia.

(12) Documentos diversos sobre la Comissió de l'Any Internacional del Minusvàlid.

5. Integración, normalización

Superada la etapa institucionalizadora en asistencia social en la que el hospital, la residencia, el centro podía resolver mejor los problemas de las personas con necesidades asistenciales, actualmente se reconoce que la institucionalización sólo debe afectar a una pequeña parte de la población con dichas necesidades. Por una parte, el nivel de vida ha mejorado para la mayor parte de la población y las viviendas pueden tener unas comodidades y adaptaciones imposibles de soñar en etapas de asistencia social benéfica. Por otra parte, el elevado coste de las mismas, y, sobre todo, la preferencia de los asistidos han motivado que antes que institucionalizar, se contemplen otras alternativas preferidas por los asistidos, de mayor calidad asistencial y asimismo más económicas. El apoyo a estas iniciativas locales es mucho más fácil de conseguir por una Administración autonómica que por una del Estado central, y en Cataluña se han iniciado experiencias, por ejemplo, con enfermos mentales y deficientes mentales, quienes temporal o permanentemente se incorporan a la comunidad de la que proceden, sea para residir, trabajar o participar en el ocio. De esta forma, se evita la masificación de las instituciones en los niveles de asistencia y, por otra parte, se facilita la integración del asistido en la comunidad.

V. Peligros de la organización de los servicios sociales en las Comunidades Autónomas

Luego de examinar las innovaciones, resulta útil mencionar los peligros con que se enfrentan las Comunidades Autónomas, al recibir las transferencias de los servicios sanitarios y sociales. Estos peligros están en el ánimo de los ciudadanos y lo necesario es identificarlos claramente para evitarlos y que su acción no interfiera con la efectividad de los servicios asumidos.

1. *Incremento de la presión fiscal*

Sea a través de una duplicación en la Administración, por contratación de nuevos funcionarios, meros gastos adicionales de los servicios o por no transferencia de todas las partidas económicas de la Administración central a la autonómica, el administrado teme acabar pagando más con esta última que con la central. Este hecho se reproduce en encuestas de toda clase (13) y hay que instrumentar los medios para que no se materialice. Se habla a este respecto del «síndrome de doble imposición» que experimenta el ciudadano y que por razones instintivas considera que una nueva Administración va a resultar más costosa por duplicación de organismos. Si a ello se añade la inflación que eleva el coste del servicio, será muy difícil que el ciudadano acepte, que el incremento del coste no se debe al establecimiento de la Administración autonómica.

2. *Politización de los criterios de distribución de los servicios*

En una democracia, los criterios de distribución no pueden ser fruto de la imposición del criterio único del Gobierno, sino el resultado de criterios políticos mayoritarios, de acuerdo con el modelo de sociedad que se desea construir. La asignación de recursos a determinados colectivos de clientes o territorios debe basarse en la necesidad de los mismos, lo cual puede objetivarse de diversas formas y no en criterios políticos favorecedores de una u otra ideología en el poder o en la oposición. De ahí la importancia de la tecnificación, al mayor nivel posible, de los puestos directivos en la Administración autonómica. Ello parece que también se desea realizar en la Administración central con el nuevo Proyecto de Ley de la Función Pública, que prevé que hasta el nivel de director general lo ocupen funcionarios de carrera.

3. *Dominio de los profesionales sobre los clientes*

Aunque en teoría sus intereses coinciden, en la práctica pueden resultar contradictorios. Mientras al cliente de un ser-

(13) Encuesta SOFEMASA sobre las Autonomías. Madrid, 1981.

vicio sanitario o social lo que le interesa es la mayor calidad de atención individualizada y a un coste mínimo o a poder ser gratuito, el profesional está interesado en conseguir sus objetivos en el propio contenido de su trabajo, lo cual puede ser el tener el mayor número de casos determinados para completar una investigación. La oposición entre intereses del cliente e intereses del profesional constituye un fenómeno que se produce en todos los sistemas democráticos y que debe resolverse. Las organizaciones que proporcionan servicios sanitarios y sociales existen porque hay personas, clientes o beneficiarios, los cuales necesitan dicha asistencia y no para proporcionar oportunidades profesionales a los técnicos que en ellas trabajan. Los hospitales existen para poder curar enfermos y no para que los médicos tengan un puesto de trabajo interesante, los talleres protegidos para deficientes existen porque sus clientes no pueden encontrar un puesto de trabajo competitivo y no para que los directivos puedan dirigirlos, las residencias geriátricas se crean para que sean atendidos los ancianos y no para que científicos sociales estudien las peculiaridades de las personas de la tercera edad. Así planteado, el tema no admite discusión, el servicio existe para el cliente y no para el profesional. No obstante en la práctica, cualquiera conoce instituciones en que las demandas técnicas o laborales de su personal van por delante de las necesidades de los clientes. Por ejemplo, las huelgas por reclamaciones laborales en hospitales de la Seguridad Social se producen con perjuicio del servicio a clientes, cuyas condiciones de trabajo son, en general, tremendamente inferiores a las de los reclamantes. ¿Para el beneficio de quién existe el hospital en este caso? ¿Para el cliente que necesita atención y no se le proporciona o para el personal a quien este cliente paga cotizaciones y cuyas condiciones de trabajo son mucho mejores?

Las Comunidades Autónomas tienen una oportunidad única, en los momentos de recepción de transferencias de servicios sanitarios y sociales, de reorganizarlos con criterios que tengan en cuenta al cliente y no permitir que el autoritarismo del personal, aumente unos privilegios que le fueron tolerados por la lejana Administración centralizada.

4. *Reproducción de criterios de la Administración central*

Los servicios sanitarios y sociales deben reorganizarse, dada la falta de satisfacción de sus clientes; lo que no puede hacer la Administración Autónoma es reproducir los criterios de la central, ya que es necesario conocer, planificar y actuar, según las necesidades de los clientes, pero es necesario innovar, pues los servicios deben funcionar mejor en calidad y coste. El administrado espera mucho del cambio de titularidad y hay que informarle sobre la lentitud y limitaciones de la reorganización ofreciéndole resultados concretos, número de casos atendidos antes y ahora, calidad de asistencia mejorada, reducción de tiempo en la tramitación de expedientes, economía en la utilización de recursos, etc. La claridad en la información al ciudadano y los medios que se utilizan para reorganizar los servicios son exigencias básicas de la asunción de competencias en servicios sanitarios y sociales, ya que esta información se le ha negado al ciudadano en el pasado y la Administración Autónoma no puede mantener el estilo de la anterior centralizada.