

Fronteras en el contexto español. ¿Barreras o puentes para la cooperación sanitaria?

Xavier Oliveras González

Colegio de la Frontera Norte. Departamento de Estudios Urbanos y Medio Ambiente
xoliveras@colef.mx

Juan Manuel Trillo Santamaría

Universidade de Santiago de Compostela. Departamento de Xeografía
juanmanuel.trillo@usc.es



Recepción: noviembre de 2012
Aceptación: enero de 2013

Resumen

Las fronteras delimitan sistemas político-administrativos con normas y prácticas propias en diversas materias. En relación con la asistencia sanitaria transfronteriza, en el presente artículo, se muestra que, en algunos contextos, como el de un estado semifederal como el español, los problemas y las soluciones en las fronteras externas (entre estados) y las internas (entre comunidades autónomas) se asemejan. En primer lugar, se analiza la cooperación en las exteriores y, para ello, se repasa el marco normativo comunitario y español, para después abordar un estudio de caso, el de la Cerdeña (frontera entre España y Francia). A continuación, se vuelve la mirada a la cooperación horizontal de las comunidades autónomas, el Sistema Nacional de Salud y los fondos destinados a equilibrar el gasto entre las administraciones regionales. Dos estudios de caso (las relaciones, desde el punto de vista sanitario, entre Cataluña y Aragón, así como entre la Rioja y el País Vasco) ilustrarán las tensiones y las negociaciones entre gobiernos regionales, que llevaron a proponer una solución en el marco general del Estado.

Palabras clave: fronteras externas; fronteras internas; sanidad; cooperación transfronteriza; península Ibérica.

Resum. *Fronteres dins el context espanyol. Barreres o ponts per a la cooperació sanitària?*

Les fronteres delimiten sistemes politicoadministratius amb normes i pràctiques pròpies en diverses matèries. En relació amb l'assistència sanitària transfronterera, en el present article, s'hi mostra que, en certs contextos, com ara el d'un estat semifederal com l'espanyol, els problemes i les solucions a les fronteres externes (entre estats) i les internes (entre comunitats autònomes) són semblants. En primer lloc, s'hi analitza la cooperació a les exteriors; després de repassar el marc normatiu comunitari i espanyol, s'hi aborda un estudi de cas, el de la Cerdeña (frontera entre Espanya i França). A continuació, s'hi analitza la cooperació horitzontal de les comunitats autònomes, el Sistema Nacional de Salut i els fons destinats a equilibrar la despesa entre les administracions regionals. Dos estudis de cas (les relacions, des del punt de vista sanitari, entre Catalunya i Aragó, així com entre la Rioja i el País

Basç) il·lustraran les tensions i les negociacions entre governs autonòmics, que conduïren a la recerca d'una solució en el marc general de l'Estat.

Paraules clau: fronteres externes; fronteres internes; sanitat; cooperació transfronterera; península Ibèrica.

Résumé. *Frontières dans le contexte espagnol. Barrières ou ponts pour la coopération sanitaire?*

Les frontières délimitent de systèmes politique-administratives avec leurs propres règles et pratiques dans de nombreux domaines. En ce qui concerne l'assistance sanitaire transfrontalière se prouve que, dans certains contextes, comme c'est le cas de l'Espagne, un état semi-fédéral, les problèmes et les solutions en ce qui regarde les frontières externes (entre états) et les internes (entre les communautés autonomes) sont similaires. Tout d'abord, nous analysons la coopération aux frontières externes; une fois décrits les cadres réglementaires communautaire et espagnole, nous analysons une étude de cas, celle de la Cerdagne (frontière Espagne-France). Ensuite, l'attention est viré vers la coopération horizontale entre les régions espagnoles, le Système National de Santé et les fonds pour équilibrer les dépenses entre les administrations régionales. Deux études de cas (Catalogne-Aragon et La Rioja-Pays Basque) illustrent les tensions et les négociations entre les gouvernements régionaux, qui ont conduit à la recherche d'une solution dans le cadre général de l'état.

Mots clé: frontières externes; frontières internes; santé; coopération transfrontalière; Espagne.

Abstract. *Borders in the Spanish context. Barriers or bridges for healthcare cooperation?*

Borders delimitate political-administrative systems that adopt different sets of rules and procedures dealing with different matters. Regarding cross-border health care, our analysis shows that in some contexts, as is the case in a semi-federal state as Spain, problems and solutions can be applied to external borders (between states) and also to internal borders (between autonomous regions). First, we treat cooperation at the external ones. Once described European and Spanish legal frameworks, a case study is analysed, that of Cerdanya (Spain-France border). Then, we turn our attention to horizontal cooperation between Spanish regions, the National Health System and the funds to balance spending between regional administrations. Two cases studies (Catalonia-Aragon and La Rioja-Euskadi) will show the tensions and negotiations between regional governments, which have driven to search a solution within the state framework.

Keywords: external borders; internal borders; healthcare; cross-border cooperation; Spain.

Sumario

Introducción	Referencias bibliográficas
Cooperación transfronteriza sanitaria en las fronteras exteriores españolas	Anexo 1. Protocolos y convenios de cooperación entre comunidades autónomas en materia de salud
Cooperación transfronteriza sanitaria en las fronteras interiores españolas	Anexo 2. Protocolos generales de cooperación entre comunidades autónomas
Conclusiones	

Introducción

La sanidad es una de las materias que más preocupa a la ciudadanía, y más aún en tiempos de crisis como los que vivimos, en los que el estado de bienestar parece tambalearse. En el momento en que la sanidad, especialmente cuando se trata de la movilidad de pacientes y de personal sanitario y el transporte de urgencias, se encuentra con una frontera, la relación entre dos territorios puede verse desde una doble perspectiva: la frontera como barrera o la frontera como puente hacia la cooperación (Ricq, 2006; Glinos y Baeten, 2006). Además, dichas fronteras pueden ser tanto externas, esto es, aquéllas que separan dos estados soberanos, como internas, las que dividen los territorios de estados federados o, en el caso de España, de comunidades autónomas.

En este texto, pretendemos poner en paralelo los problemas y las soluciones que se plantean cuando nos enfrentamos a la cooperación transfronteriza en materia de salud, tanto si se trata de fronteras externas como internas. Deseamos hacer visibles tanto las oportunidades como los retos que suponen las divisiones territoriales en relación con la sanidad, remarcando que, en contextos de estados semifederales como el español, puede que lo que ocurra en las fronteras externas no sea tan diferente de lo que sucede en las internas. De hecho, como veremos en el caso de la Cerdeña, en la frontera entre España y Francia, algunas políticas sanitarias transfronterizas entre estados vecinos presentan mayores cotas de cooperación en comparación con tensiones existentes entre comunidades autónomas adyacentes.

La estructura de la presente contribución se divide en dos grandes apartados, que buscan aunar la explicación teórica y normativa de la cooperación transfronteriza externa e interna en materia de salud con estudios de caso. El primero de ellos versa sobre la cooperación sanitaria transfronteriza externa. Se repasa, en primer lugar, el marco comunitario en la materia, para adentrarse, posteriormente, en el contexto específicamente español. De los distintos ejemplos que podrían tratarse, se ha escogido el de la Cerdeña, por su actualidad e innovación en las políticas desarrolladas hasta ahora. El hospital de la Cerdeña, junto con el Proyecto Europeo de Sanidad de la Cerdeña, conforman una política sanitaria transfronteriza que supera las prácticas tradicionales en este campo.

El segundo de los apartados aborda la cooperación transfronteriza sanitaria entre comunidades autónomas. Tras un breve repaso a las vías legales españolas para firmar acuerdos, convenios o protocolos de cooperación por parte de las comunidades autónomas, el texto gira hacia la explicación del Sistema Nacional de Salud y las implicaciones que tiene en un estado descentralizado, donde la competencia sanitaria está en manos de los poderes regionales. La necesidad de revisar el Fondo de Cohesión Sanitaria y el reciente anuncio del establecimiento del Fondo de Garantía Asistencial, se abordarán a través del análisis de dos conflictos recientes en materia de salud entre comunidades autónomas vecinas (Cataluña y Aragón, y País Vasco y la Rioja).

Por último, un apartado de conclusiones busca establecer los paralelismos entre los problemas y las soluciones expuestos en los apartados anteriores, con

el fin de demostrar que, en último término, las fronteras externas y las internas plantean retos similares.

Cooperación transfronteriza sanitaria en las fronteras exteriores españolas

Como país miembro de la Unión Europea (UE), la legislación española en materia de cooperación sanitaria ha de regularse teniendo en cuenta las disposiciones comunitarias. Se repasará, por ello, en primer lugar, el marco normativo establecido en la UE, para después introducirnos en el contexto peninsular. El estudio de caso de la Cerdeña nos valdrá para conocer cómo las fronteras exteriores son traspasadas: de una escasa movilidad transfronteriza de pacientes se pasa a una intensa cooperación en servicios sanitarios, entre los cuales se encuentra la construcción del primer hospital transfronterizo de Europa.

El marco comunitario de la cooperación sanitaria transfronteriza

Antes de entrar en detalles, es necesario hacer algunas aclaraciones terminológicas. La UE promueve la *asistencia sanitaria transfronteriza*, que posee una dimensión espacial que incluye a todos los ciudadanos de los estados miembros en la totalidad de sus territorios. A diferencia del uso habitual del término *transfronterizo*, aquel concepto no se refiere, por lo tanto, exclusivamente a las áreas limítrofes o cercanas al límite fronterizo. Otras opciones, como *asistencia sanitaria comunitaria*, estarían más acordes con el sentido amplio al que se refiere la UE, de modo que se limitaría la acepción *asistencia sanitaria transfronteriza* a la propiamente transfronteriza. Partiendo de la misma observación, Glinos y Baeten (2006) proponen el calificativo de *regional transfronterizo* para referirse al espacio más estrictamente transfronterizo.

Entrando ya en materia, cabe recordar que, a pesar de la existencia de algunos antecedentes significativos en cooperación sanitaria (los acuerdos entre Suiza y Alemania, así como entre Suiza y Francia de 1884 y 1889, respectivamente, sobre el ejercicio de la profesión médica en las zonas fronterizas), la asistencia y cooperación sanitaria transfronterizas tienen sus orígenes en el contexto socioeconómico de la Europa occidental de la segunda mitad del siglo XX. La movilidad transfronteriza y la emigración laboral en las décadas de 1950 y 1960 condujeron al establecimiento de varios acuerdos bilaterales entre estados vecinos relativos a la sanidad en las zonas fronterizas: asistencia mutua (servicio de ambulancias), ejercicio de la profesión médica, transporte de medicamentos y, sobre todo, regímenes de seguridad social de los trabajadores fronterizos. El creciente interés en el marco de la UE no se debe tanto a la iniciativa propia de la Comisión Europea como a la jurisprudencia del Tribunal de Justicia de la UE sobre el reembolso de gastos por los servicios sanitarios recibidos en otro estado. Se ponen así de manifiesto las incompatibilidades entre las normas de cada estado y la falta de un marco jurídico común transparente y de una estructura europea de cooperación (Rosenmöller, 2006).

Las primeras regulaciones de la actual UE se centran en los regímenes de seguridad social de las personas desplazadas dentro de los estados miembros (reglamentos (CEE) 1408/71 y 574/72, con varias modificaciones y correcciones posteriores), en cuyo marco se puso en funcionamiento, en 2003, por ejemplo, la tarjeta sanitaria europea. Posteriormente, con la finalidad de clarificar esta regulación, el Parlamento y el Consejo europeos adoptaron los reglamentos 883/2004 y 987/2009, con los que se mejora el derecho a la libre circulación en la UE y se refuerzan las obligaciones de cooperación en materia de seguridad social.

Sin embargo, esta regulación no aborda ni aprovecha todo el potencial de la cooperación. Con el objetivo de establecer unas reglas más claras para facilitar el acceso a la asistencia sanitaria, garantizar la movilidad de los pacientes y promover la cooperación, en 2011, se adoptó la *Directiva sobre asistencia sanitaria transfronteriza* (CE 7056/11). En concreto, debería aclarar los derechos de los pacientes a recibir asistencia en otro estado miembro y regular la cobertura financiera prevista para la asistencia sanitaria transfronteriza (el reembolso de los gastos ocasionados al recibir tratamiento, receta y provisión de medicamentos, productos y servicios). Asimismo, se establece un marco para la cooperación sanitaria europea en diferentes ámbitos: el desplazamiento de un estado a otro de pacientes y profesionales de la salud, la creación de estructuras sanitarias más complejas (redes de centros, transferencia de conocimientos especializados, etc.) y la colaboración en las regiones fronterizas. En este último sentido, la Comisión Europea reconoce que el hospital más próximo puede estar localizado en el estado colindante.

En la misma dirección de intensificar la asistencia transfronteriza, los estados han establecido recientemente varios acuerdos bilaterales sobre cooperación transfronteriza: el Reino Unido y Bélgica (2003), Francia y Alemania (2005) o Francia y Bélgica (2007). El objetivo es permitir y facilitar una coordinación de los sistemas y de las autoridades sanitarias en las zonas limítrofes. Por regla general, en estos pactos, se especifican las regiones fronterizas concernidas, los criterios, las modalidades de aplicación (transporte de pacientes, continuidad de los cuidados, personal médico, etc.) y la financiación (en base a regulaciones de la UE o tarifas específicas) (Wismar et al., 2011).

El marco español de la cooperación sanitaria transfronteriza

Siguiendo el contexto general europeo, los primeros acuerdos entre España y sus países vecinos se sellaron a partir de la década de 1950. Contrariamente a otras fronteras europeas, aquéllos tuvieron un alcance menor (Fernández de Casadevante, 1989; Salado, 2008). No se concluyó ningún acuerdo relativo al ejercicio de la profesión médica ni al transporte de medicamentos en las zonas fronterizas, y el convenio hispano-francés de 1959 sobre asistencia mutua y envío rápido de socorro en caso de accidentes era muy limitado (aunque posteriormente se amplió en 1973 y 1978).

La práctica hispano-francesa e hispano-portuguesa sobre los regímenes de la seguridad social fue, en cambio, más abundante. En lo que se refiere a España

y Francia, el primer convenio general se firmó en 1957, y posteriormente fue ampliado y complementado (1974, 1982, 1983, etc.). En lo que concierne a la prestación sanitaria y a la prestación por accidentes laborales y enfermedades profesionales, el convenio de 1974 establece los mecanismos por los cuales los trabajadores transfronterizos (y sus familias) pueden acceder a dichas prestaciones, a los medicamentos y a los análisis médicos, así como al reembolso de los costes. En el caso hispano-portugués, se ha seguido una práctica muy similar, aunque más tardía que en el hispano-francés. El convenio general entre ambos estados es de 1969, y cuenta igualmente con algunas ampliaciones y complementos (1970, 1973, 1982, etc.).

En lo que concierne más específicamente a la cooperación sanitaria transfronteriza, y siguiendo el modelo aplicado en otros estados, se han firmado el Acuerdo Marco entre Francia y España sobre Cooperación Sanitaria Transfronteriza (2008) y el Acuerdo Marco entre España y Portugal sobre Cooperación Sanitaria Transfronteriza (2010), de aplicación en las respectivas regiones (NUTS 2) fronterizas (figura 1). Ambos se acompañan de acuerdos administrativos relativos a las modalidades de aplicación, que precisan el marco jurídico en el que se inscribe la cooperación sanitaria transfronteriza, con el fin de asegurar una mejor atención a la población fronteriza, optimizar la oferta



Figura 1. Área de aplicación de los acuerdos de cooperación sanitaria transfronteriza en España.

Fuente: elaboración propia.

sanitaria (facilitando el reparto de los recursos humanos y materiales) y promover la complementariedad de los conocimientos y las prácticas. Asimismo, buscan simplificar los procedimientos administrativos y financieros.

Las medidas previstas se concretan en convenios de cooperación entre las autoridades sanitarias regionales. Estos convenios versan principalmente sobre las siguientes materias:

- a) Intervención transfronteriza de los profesionales de la salud.
- b) Organización de los auxilios de urgencia y del transporte sanitario de los pacientes.
- c) Garantía de continuidad de los cuidados.
- d) Medidas de política de calidad para el control de riesgos.
- e) Actualización de conocimiento de los profesionales de la salud.
- f) Transmisión de informaciones médicas relativas a los pacientes.
- g) Tratamiento del dolor.

Un ejemplo reciente es el Convenio de Cooperación Transfronteriza en Asistencia Sanitaria Urgente entre el País Vasco y Aquitania, firmado en 2010.

Sin embargo, previamente a dichos acuerdos marco, ya se habían establecido algunos convenios de cooperación a nivel regional, entre los que cabe destacar el protocolo de 2006 para garantizar la asistencia a mujeres embarazadas residentes en Elvas y Campo Maior (Alentejo portugués), en el centro hospitalario de Badajoz (Extremadura), o los referentes a la Cerdaña, que se exponen a continuación.

Caso de estudio: cooperación sanitaria transfronteriza en la Cerdaña (España-Francia)

La Cerdaña es una comarca dividida entre España (Baja Cerdaña, en Cataluña) y Francia (Alta Cerdaña, en Languedoc-Roussillon), que corresponde a la cuenca alta del río Segre. En 2008, contaba con una población de unos 18.500 habitantes en el lado español y unos 15.000 en el francés. Desde la década de 1980, el sector turístico, y los servicios en general, han constituido el pilar básico de su economía (70% de la población activa). Puigcerdá, en España, constituye el principal núcleo habitado y, desde la década de 1970, ejerce una creciente atracción (en servicios y puestos de trabajo) sobre las poblaciones de ambos lados de la frontera. En este municipio, se localiza el hospital de referencia de la Baja Cerdaña, que se halla a 1 kilómetro de la frontera; por el contrario, los hospitales de referencia de la Alta Cerdaña se encuentran en Prades y Perpignan, a 50 y 100 kilómetros, respectivamente, de distancia de la frontera.

El interés por la asistencia sanitaria transfronteriza se evidenció desde fines de la década de 1970, aunque, por entonces, los flujos sanitarios transfronterizos eran prácticamente inexistentes. Fue a partir de la década de 1990 cuando la cooperación se hizo necesaria, debido a los efectos negativos para la Cerdaña y otras áreas de montaña derivados de la reestructuración territorial de los sistemas sanitarios francés y catalán, que concentraron los servicios de salud

en centros urbanos más poblados y alejados (Mancebo, 1999; Séchet y Keerle, 2009 y 2010). No obstante, la población de toda la Cerdaña podía reunir una masa crítica suficiente para justificar servicios e instalaciones médicas. En este sentido, los gobiernos de Cataluña y Languedoc-Roussillon acordaron, en 1989, la realización de un estudio sobre una posible asistencia transfronteriza.

La asistencia y la cooperación han debido superar, sin embargo, fuertes barreras psicológicas, además de las diferencias técnicas, jurídicas o financieras. La población francesa mostraba ciertas reticencias respecto de la calidad de los servicios y de los equipamientos sanitarios del lado español, fruto de la pervivencia de estereotipos sobre la sanidad en España (o sobre España en general) (Mancebo, 1999; Moncusí, 2005). En el cambio de esta percepción, y en el origen de las iniciativas de cooperación, fueron claves dos sucesos fortuitos acaecidos en 1996 y 2001, respectivamente, en la carretera N-116, que une la Cerdaña con Prades y Perpignan. Un desprendimiento de tierras, el primero, y unas continuas nevadas, el segundo, provocaron su cierre durante varios días, lo que obligó a la población francesa a acudir a Puigcerdá. Estos sucesos conllevaron un cambio psicológico importante en la población francesa, que pasó, al menos, a no desconfiar tanto de los servicios ni de las instalaciones del otro lado de la frontera.

Basándose en las recomendaciones del estudio antes mencionado, y tras lo acaecido en 1996, se firmó, aquel mismo año, un primer convenio entre la *Securité Sociale* y el *Servei Català de la Salut*. El convenio establecía la forma de pago de los gastos médicos de los pacientes de la Cerdaña francesa en el hospital de Puigcerdá, de acuerdo con los reglamentos (CEE) 1408/71 y 574/72. Sin embargo, hubo deficiencias técnicas y jurídicas que limitaron su funcionamiento y que fueron resueltas en 2006 con la adecuación al reglamento (CE) 883/2004, con lo que el pago fue asumido desde entonces directamente por la *Securité Sociale* o las compañías de seguros. En 2002, los órganos gestores de los hospitales de Puigcerdá y Perpignan firmaron un segundo convenio, donde se especifican los servicios sanitarios y se amplían las coberturas. El acuerdo abarca tres ejes: 1) asistencial (urgencias generales, obstetricia y hospitalización); 2) profesional y técnico (intercambio de personal médico, formación e integración de la telemedicina), y 3) económico (financiación sanitaria).

Entre tanto, se planteó la construcción de un nuevo hospital que daría servicio a ambas Cerdañas y al Capcir, también en el lado francés (figura 2): el Hospital de la Cerdaña (HC), el primero de sus características en Europa. La propuesta contó rápidamente con el apoyo de los gobiernos regionales y locales¹, así como de las administraciones sanitarias². Después de los estudios de viabilidad (jurídica, económica y de compatibilidad entre los sistemas sanitarios

1. Conseil Général des Pyrénées-Orientales (FR), Conseil Régional de Languedoc-Roussillon (FR), Generalitat de Catalunya (ES), Consell Comarcal de la Cerdanya (ES) y Ayuntamiento de Puigcerdá (ES).
2. Fundació Privada Hospital de Puigcerdá (ES), Departamento de Salud (ES), Servei Català de la Salut (ES), Ministerio de Sanidad y Consumo (ES), Agence Régionale de Santé Languedoc-Roussillon (FR) y Ministère de la Santé et des Sports (FR).



Figura 2. Área de atención del Hospital de la Cerdaña.

Fuente: elaboración propia.

catalán y francés), en 2003, se rubricó su creación y, en 2005, se constituyó su organismo gestor, la Fundación Hospital Transfronterizo de la Cerdaña, en base al Tratado de Bayona³ (en 2010 sustituido por la AECT Hospital de la Cerdaña).

El HC responde a dos grandes objetivos, uno asistencial y otro de desarrollo económico. En cuanto al primero, se trata de dotar al conjunto de la comarca de un equipamiento con capacidad de atención para unos 30.000 habitantes *de iure* y unos 150.000 en periodo turístico. El segundo de ellos se relaciona con la generación de efectos complementarios: fijación de la población, soporte al desarrollo turístico y refuerzo de la economía.

Asimismo, el HC afronta varios retos, de los que cabe destacar dos. El primero, la construcción del nuevo equipamiento, sobre el que Puigcerdá se posicionó como mejor opción y cuyo Ayuntamiento cedió los terrenos donde se ubica. Para esta ciudad, se trata de consolidar urbanísticamente el sector norte del municipio, una zona agrícola fragmentada por áreas residenciales de edificación aislada. El coste total es de 31M €, de los que un 60% proceden del programa Cooperación Territorial Europea de la UE. Las obras de urbanización y construcción se realizaron entre 2009 y 2012, y se prevé su entrada en servicio a mediados de 2013. El proceso ha sido más lento de lo que se previó en 2003, debido a varios retrasos inducidos por los ritmos propios de la administración urbanística y problemas de orden técnico y de financiación.

3. Tratado entre el Reino de España y la República Francesa sobre Cooperación Transfronteriza entre Entidades Territoriales, firmado en Bayona en 1995.

El segundo reto busca alcanzar una mayor conciliación entre los sistemas sanitarios francés y catalán. El HC debe asistir a la población e integrar el personal médico, administrativo y de servicios de ambos países. En este sentido, además de la mejora y la ampliación de los aspectos ya concertados en los anteriores convenios, se han abordado cuestiones como el régimen laboral de los profesionales franceses, la formación y asistencia trilingüe (catalán, castellano y francés), los protocolos de actuación o el régimen de los neonatos y de los difuntos franceses.

Por último, en un paso más hacia la integración sanitaria, las administraciones sanitarias regionales de Cataluña y Languedoc-Roussillon iniciaron, en 2010, el Proyecto Europeo de Sanidad de la Cerdaña. Se persigue la integración de los servicios especializados (urgencias, maternidad, geriatría, rehabilitación, nefrología, radiología, adictología, salud mental y pediatría) mediante la creación de una red transfronteriza que agrupe al HC y a cuatro centros privados de la Alta Cerdaña (en Angoustrine, Err, Bourg-Madame y Osséja).

Cooperación transfronteriza sanitaria en las fronteras interiores españolas

El desarrollo del estado autonómico dotó a las distintas comunidades autónomas de amplios poderes competenciales, entre ellos la gestión sanitaria. La posibilidad de establecer acuerdos de cooperación en esta materia ha de entenderse inserta en un marco más amplio de cooperación horizontal entre poderes regionales, de ahí que se comience este apartado por un epígrafe dedicado al particular. Tras ello, se analiza el Sistema Nacional de Salud en España, haciendo especial hincapié en los instrumentos que persiguen equilibrar el gasto entre comunidades autónomas: el Fondo de Cohesión Sanitaria y el Fondo de Garantía Asistencial. Dos estudios de caso nos ayudan a explicar el porqué de la reciente propuesta de este último, en un contexto de crisis económica que provoca capítulos de confrontación entre comunidades autónomas.

La cooperación horizontal entre las comunidades autónomas

La cooperación territorial en España ha funcionado más en dirección vertical (del Estado central hacia las comunidades autónomas), que en dirección horizontal (entre comunidades). La explicación de este fenómeno se encontraría en el hecho de que, desde la transición, los líderes regionales se han preocupado más de asumir competencias que de cooperar con sus homónimos (González, 2006; Tajadura, 2010).

Si bien existen hasta cuatro vías previstas en la Constitución de 1978 para la colaboración interregional (cfr. González, 2006), una de ellas es la que centra los estudios en la materia por parte de los juristas: la que se recoge en el artículo 145. En su punto primero, se prohíbe la federación de comunidades autónomas, un particular que suele relacionarse con el temor que algunos sectores sentían durante la Transición por la creación de posibles federaciones entre el País

Vasco y Navarra o en el contexto de los denominados Países Catalanes (García Morales, 2009; Tajadura, 2010). Su punto segundo expone lo siguiente:

Los Estatutos podrán prever los supuestos, requisitos y términos en que las comunidades autónomas podrán celebrar convenios entre sí para la gestión y prestación de servicios propios de las mismas, así como el carácter y efectos de la correspondiente comunicación a las Cortes Generales. En los demás supuestos, los acuerdos de cooperación entre las comunidades autónomas necesitarán la autorización de las Cortes Generales.

Se diferencian dos tipos de colaboración: el convenio y el acuerdo. Sin entrar en el debate de interés jurídico sobre en qué difiere la base material entre ellos (cfr. García Morales, 2009), ha de indicarse que, por normal general, la colaboración suele basarse en convenios y no en acuerdos, por tener éstos mayor control del poder central (Tajadura, 2010). A los expertos, les resulta difícil de entender la introducción de cláusulas en los estatutos que permiten recalificar un convenio como acuerdo por parte del Parlamento español, algo que no estaba recogido por la Constitución (cfr. García Morales, 2006). La práctica ha derivado en un control fáctico del Senado, y la mera comunicación de convenios que recogía la Constitución ha conducido a una autorización (González, 2006; Matia, 2011).

Este control por parte del Senado es una de las razones esgrimidas por autores como García Morales (2009) para explicar, por un lado, que la mayor parte de la cooperación horizontal entre comunidades autónomas haya seguido relaciones informales, como la firma de protocolos entre presidentes de varias de ellas, y, por otro lado, que los convenios realmente suscritos sean mucho más numerosos que los que se comunican al Parlamento.

Podría pensarse que, avanzado el modelo autonómico, los poderes regionales buscarían reforzar los cauces de cooperación horizontal. Sin embargo, el análisis de los nuevos estatutos de autonomía arroja un resultado sin grandes novedades: no se ha aprovechado la oportunidad para ahondar en el modelo de concertación interautonómica mediante una tramitación mejorada de los convenios (García Morales, 2009 y 2010; Matia, 2011)⁴.

Por lo tanto, y a diferencia de otros modelos federales que podrían compararse con el autonómico español (García Morales, 2006), en España, la cooperación horizontal ha tenido poco recorrido hasta la fecha. Las posibilidades abiertas recientemente con las reformas de los estatutos de autonomía no han supuesto un nuevo tiempo legal para esta cooperación. Sigue predominando un modelo de autonomismo competitivo frente a uno cooperativo y solidario (González, 2006).

En cuanto a la materia de sanidad, hemos elaborado una tabla con los distintos protocolos y convenios firmados por las distintas comunidades autóno-

4. Pueden señalarse algunas mejoras, como la recogida en algunos nuevos estatutos que obliga a publicar los convenios entre comunidades autónomas en los diarios oficiales de cada una, lo que incrementará su transparencia.

mas (anexo 1)⁵. Como puede observarse, con solo tres pactos firmados en 1988 y uno en 1996, es a partir de la entrada del nuevo siglo cuando se produce una aceleración en la cooperación horizontal. Destaca el año 2008, con diez pactos. En total, contabilizamos veintiséis protocolos y convenios bilaterales y uno multilateral. De entre los primeros, solo dos no están firmados por comunidades autónomas adyacentes, y ocho se refieren explícitamente a las áreas limítrofes. Cabe también mencionar que, en los últimos años, las comunidades autónomas han venido firmando protocolos bilaterales de cooperación, en donde, entre otras materias, se incluye la sanidad (anexo 2).

El Sistema Nacional de Salud

La Ley General de Sanidad de 1986 (Ley 14/1986) asentó las bases del Sistema Nacional de Salud español (SNS), que ha pasado por varias etapas (Martín, 2006; Ruiz-Huerta y Granado, 2003). Dicha ley otorga la responsabilidad exclusiva de los servicios de salud a las comunidades autónomas. Hasta el año 2001, existían dos grupos de comunidades autónomas: aquéllas que tenían competencias en sanidad (las autonomías alcanzadas por el artículo 151 de la CE) y las que no (las que obtienen la autonomía por el artículo 143). El año 2001 abre un nuevo periodo en el sistema sanitario, y no solo porque todas las comunidades autónomas obtuvieran la competencia sanitaria, sino también porque se reordena el sistema de financiación de las comunidades autónomas (cfr. Cabasés et al., 2002)⁶.

Se establece, entonces, un sistema sanitario altamente descentralizado. Diversos autores han apuntado posibles problemas que pueden asociarse a dicho modelo (Martín y López del Amo, 2011; Cabasés, 2010; Martín, 2006; Ruiz-Huerta y Granado, 2003), que se sintetizarían en el riesgo de no alcanzar una verdadera equidad en los servicios ofrecidos a todos los ciudadanos, con independencia del lugar en el que vivan. En este sentido, la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud se promulgó con la intención de garantizar dicho principio de equidad. Se recoge en ella la modificación del Fondo de Cohesión Sanitaria, que se creó mediante la Ley 21/2001. Más de una década después, en abril de 2012, se establece el Fondo de Garantía Asistencial, que viene a complementar al anterior y busca reforzar la tan ansiada equidad.

5. Se han utilizado diversas fuentes para la elaboración de la tabla. No obstante, ya se ha apuntado que la cooperación horizontal en ocasiones está «sumergida» (García Morales, 2006), por lo que es posible que existan más acuerdos que los consignados.
6. En diciembre de 2001, concluyen de manera simultánea los tres grandes sistemas de financiación autonómica hasta la época: competencias comunes, financiación de servicios sanitarios y financiación de servicios sociales (cfr. Urbanos y Utrilla, 2001). Las transferencias se llevaron a cabo a través de los reales decretos 1471/2001 a 1480/2001. La norma que rige los cambios en la financiación autonómica es la Ley 21/2001, modificada por la Ley 22/2009.

El Fondo de Cohesión Sanitaria y el Fondo de Garantía Asistencial

La gestión descentralizada de la sanidad pone sobre la mesa el problema de los desplazados, esto es, pacientes atendidos en comunidades autónomas distintas a aquéllas en las que tienen fijada su residencia. En el sistema anterior a 2001, se preveía la asignación de una cantidad fijada globalmente a priori para las comunidades autónomas, pero sin tener en cuenta el número real de desplazados (Pemán, 2002). Para solucionar este déficit, la Ley 21/2001 creará el Fondo de Cohesión Sanitaria (FCS), que busca compensar de manera equitativa los gastos generados por los pacientes en otras comunidades autónomas. La regulación actual del Fondo se recoge en el RD 207/2006 (modificado por el RD 207/2010) y distingue tres variables:

- a) Asistencia sanitaria a pacientes residentes en España derivados entre comunidades autónomas: son aquéllos que se derivan mediante solicitud expresa de la comunidad autónoma de origen y en coordinación con la de recepción para ser atendidos en determinados procesos recogidos en el anexo del RD 207/2006.
- b) Asistencia sanitaria a asegurados desplazados a España en estancia temporal, con derecho a asistencia a cargo de otro estado con los que se tengan acuerdos.
- c) Asistencia sanitaria a pacientes residentes en España derivados entre comunidades autónomas para su atención en centros, servicios y unidades de referencia del SNS, que atienden determinadas patologías y ofrecen un servicio especializado.

Como puede observarse, el Fondo no cubre los gastos de pacientes que hacen uso de servicios sanitarios en otras comunidades autónomas distintas a la de su residencia sin que exista una autorización previa de las administraciones sanitarias. Podríamos distinguir una doble casuística:

- a) La protagonizada por las personas que se desplazan de manera periódica a centros de salud u hospitales de regiones colindantes por su cercanía⁷. Dentro de ella, podríamos distinguir los casos específicamente transfronterizos, que se producen cuando los desplazamientos se efectúan en entornos afectados por la existencia de una frontera entre comunidades autónomas.
- b) La que podríamos denominar *interautonómica* o *interestatal*, debida al uso de un servicio sanitario de otra región no colindante, ya sea por desplazamientos temporales o por motivos laborales o de ocio.

En términos generales, existía hasta la fecha un acuerdo implícito entre los servicios regionales de salud para tratar estos pacientes, y no es hasta 2012, en plena crisis económica, cuando se articula un mecanismo específico de compensación económica: el Fondo de Garantía Asistencial.

7. Recuérdese que la inmensa mayoría de los acuerdos entre comunidades autónomas se firmaban entre regiones colindantes.

Dentro de un duro paquete de medidas de ajuste del gasto, el Gobierno español introdujo una reforma de calado en el sistema sanitario a través del RD 16/2012. Una de las medidas propuestas para reforzar la «cohesión territorial y la equidad» es el citado fondo, que cubrirá «los desplazamientos entre comunidades autónomas y ciudades de Ceuta y Melilla de personas que gozan de la condición de asegurado del SNS». Esto es, el nuevo fondo busca compensar los gastos que hasta entonces no se incluían en las cuentas del FCS⁸.

Soluciones en tiempos de crisis. De confrontación entre comunidades autónomas a un acuerdo a nivel estatal

Las deficiencias del FCS en cuanto a compensación de gasto entre servicios sanitarios regionales solo supusieron un problema grave a partir de conflictos bilaterales recientes. Es en tiempos de una profunda crisis económica y de duras medidas de contención de gasto cuando se trata con detenimiento el problema de los desplazamientos temporales o de poblaciones limítrofes que, aunque no se cuente con datos fiables, suponen una cuantía mucho mayor que la destinada al FCS⁹. Recogemos a continuación dos conflictos recientes, que analizamos desde perspectivas distintas. El primero, el de la Franja, área aragonesa fronteriza con Cataluña, se estudia desde una perspectiva temporal amplia, con el fin de observar que los flujos transfronterizos se remontan en el tiempo, así como los acuerdos políticos, que se ponen en cuestión por motivos económicos. El segundo, el que protagoniza la Rioja en referencia al País Vasco, se enfoca desde un tiempo corto, con un doble objetivo: por un lado, repasar los planteamientos puestos sobre la mesa por distintos partidos políticos regionales y estatales que llevan a intervenir al Ministerio de Sanidad; por otro, estudiar cómo el conflicto sanitario puede hacer aflorar tensiones no solo políticas, sino también identitarias, en donde las fronteras entre comunidades autónomas acaban por semejarse a verdaderas fronteras externas.

Cooperación sanitaria entre Cataluña y Aragón: la Franja

La Franja abarca la zona oriental de Aragón limítrofe con Cataluña, que coincide con el área de habla catalana en aquella comunidad. Dicha área, que incluye total o parcialmente las comarcas de Ribagorza, Litera, Bajo Cinca, Bajo Aragón-Caspe y Matarraña, no está estructurada internamente por dinámicas intercomarcales, sino que, por el contrario, se vincula con espacios externos

8. Un fondo que, por otra parte, no ha contado con recursos suficientes. Este hecho lo apuntaban ya varios autores en sus primeros años de funcionamiento (Tamayo, 2003; Ruiz-Huerta y Granada, 2003; Ferrándiz, 2004) y quedó refrendado por el propio Ministerio de Sanidad (2012).
9. Por poner solo un ejemplo, una noticia aparecida en la versión digital de *El País* (30 de marzo de 2012) cifraba en 164 M € el gasto del servicio regional de salud de la Comunidad Valenciana en atención a turistas nacionales en 2009, cantidad que supera con mucho el presupuesto total del FCS para dicho año (96 M €).

más o menos cercanos. Los flujos de movilidad se dan tanto hacia Cataluña (especialmente hacia Lleida, Tortosa y el Pont de Suert), como hacia el interior de Aragón (Graus, Barbastro, Caspe y Alcañiz). La movilidad está motivada por varias razones: laborales, familiares, comerciales, de ocio y de uso de servicios públicos (administración, sanidad y educación) (Cebollada y Espluga, 2011; Espluga, 2009; Espluga y Capdevila, 1996; Morell, 2003).

En cuanto a la movilidad sanitaria, ya con anterioridad a la década de 1970, la población se ha dirigido frecuentemente hacia Cataluña. El flujo principal se da hacia el hospital Arnau de Vilanova, de Lleida, donde son atendidos anualmente alrededor de 35.000 pacientes de la Ribagorza, la Litera y el Bajo Cinca, lo que equivale a un 10% del total de pacientes tratados y a un 75% de la población total de estas comarcas. En una escala mayor, aquellos pacientes que requieren una atención más especializada prefieren a menudo ser derivados a los hospitales de Barcelona (Vall d'Hebron o Bellvitge), antes que a Zaragoza. Existen también flujos, aunque menos numerosos, hacia el Pont de Suert, Tremp y Vielha, desde la Ribagorza, y Tortosa, desde el Bajo Aragón-Caspe y Matarranya. Esta movilidad se debe principalmente a la proximidad geográfica y a una mayor accesibilidad, además de otras razones, como la percepción de una mayor calidad del servicio sanitario, la lengua o las relaciones familiares y laborales. Por el contrario, en sentido inverso, de Cataluña a Aragón, el flujo de personas debido a razones sanitarias es pequeño y, de hecho, casi excepcional.

Con el proceso de descentralización autonómica, Cataluña posee desde 1981 la competencia de sanidad, mientras que en Aragón la transferencia no se produjo hasta veinte años después. Con la consolidación del Estado autonómico, la frontera catalano-aragonesa deviene progresivamente cada vez más sólida. En este contexto, a principios de la década de 1980, varios municipios adscritos a Barbastro solicitan un cambio de adscripción sanitaria, que finaliza en 1985 con un convenio vertical entre la Generalitat de Catalunya y el Ministerio de Sanidad para la atención sanitaria de 24 municipios aragoneses en Lleida y el Pont de Suert.

Con el traspaso de sanidad a Aragón, el convenio queda sin efectos, aunque no cesa la asistencia transfronteriza y se mantiene la voluntad de colaboración. En este sentido, en 2005, las consejeras de sanidad de Cataluña, Marina Geli, y Aragón, Luisa María Noeno, ambas socialistas, firman un nuevo convenio marco y dos convenios específicos que lo desarrollan, con los objetivos de mejorar la accesibilidad de los pacientes, la eficacia y capacidad del personal, de los servicios y los equipamientos sanitarios, además de optimizar los recursos. Se consolidan y se amplían las líneas de colaboración (emergencias y transporte sanitario, atención primaria y especializada, salud mental, atención sociosanitaria, formación de personal e investigación) y se define un marco jurídico más claro. Asimismo, se define un área de actuación que, a diferencia de la anterior, intenta mostrar cierta apariencia de reciprocidad, por lo que incluye 37 municipios de Cataluña junto con 45 en Aragón (lo cual representa un total de 82 municipios) (figura 3), que, conjuntamente, sumaban una población de 106.000 habitantes. Por último, dicho convenio se presentó ante los medios

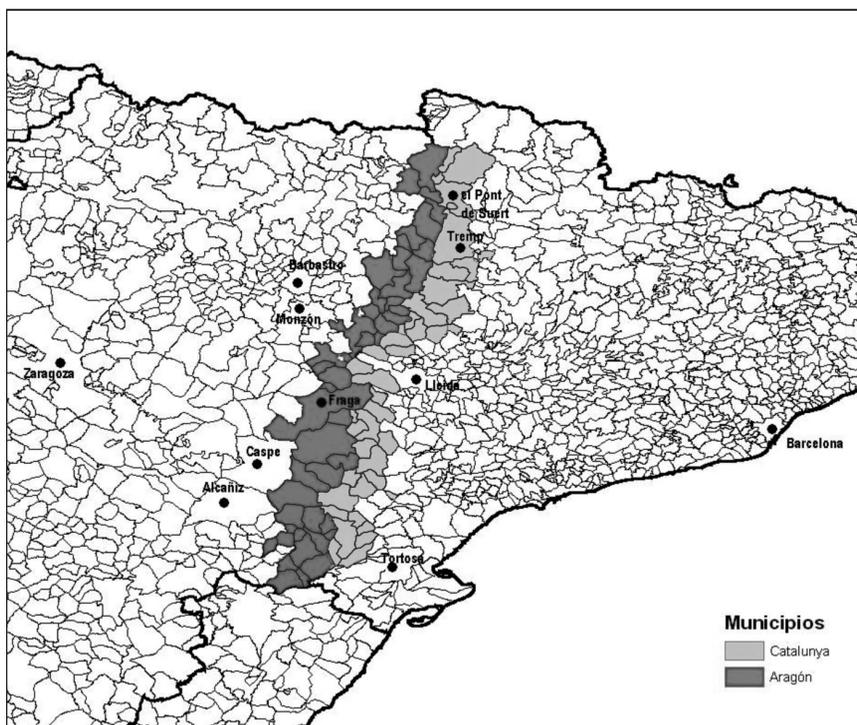


Figura 3. Área de aplicación del convenio de colaboración sanitaria entre Aragón y Cataluña
Fuente: elaboración propia.

de comunicación en un acto conjunto, durante el cual ambas consejeras hicieron uso de la retórica habitual sobre la inexistencia de «fronteras» o «rayas»¹⁰.

El convenio no contempla ninguna dotación ni compensación económica, ya que debe ser asumida por el FCS. Sin embargo, ya desde su firma, ambos gobiernos coinciden en que el fondo es insuficiente. En este sentido, no debe extrañar que, en el contexto de crisis económica, sus deficiencias se hayan puesto de manifiesto a finales de 2008 y, sobre todo, en 2011.

En 2008, la Generalitat de Catalunya manifiesta que la deuda acumulada desde 2005 por la asistencia de pacientes de Aragón asciende a 10 M €. Para presionar al Gobierno del Estado, prohíbe que los pacientes sean derivados a Barcelona, hecho del que se hacen eco algunos medios de comunicación¹¹. El 22 de enero de 2009, se reúnen las consejerías de sanidad de Aragón y Catalunya para tratar la cuestión, que acuerdan reclamar una revisión del FCS y limitar las derivaciones a Barcelona.

10. *Aragón Digital*, 29 de abril de 2005.

11. *El Periódico de Catalunya*, 22 de enero de 2009, y *Aragón Digital*, 22 de enero de 2009.

Posteriormente, en el verano de 2011, de nuevo la Generalitat, inmersa en la aplicación de recortes presupuestarios en el ámbito de la sanidad, señala que el Estado no ha mejorado la compensación económica ni ha pagado la deuda. En esta ocasión, se ordena a los hospitales de Lleida, Tremp y Vielha que no hospitalicen pacientes aragoneses y, por ende, los deriven a centros en Aragón¹². Esto es contestado rápidamente por los municipios y consejos comarcales aragoneses afectados¹³, que, poco después, el 11 de octubre, logran reunir a 35 representantes para analizar la situación. Entre otras resoluciones, se acuerda buscar el apoyo de los municipios catalanes vecinos y presionar a los gobiernos autonómicos y estatal¹⁴. Se reúnen primero con el alcalde de Lleida, Àngel Ros (PSC), quien les da su apoyo¹⁵, y después con el consejero aragonés de Sanidad, Ricardo Oliván (PP), quien les anuncia reuniones con su homólogo catalán, Boi Ruiz (CiU)¹⁶ y con el Ministerio de Sanidad. Finalmente, en noviembre, ambas consejerías ratifican un compromiso para poner fin al conflicto y, además, incrementar la colaboración¹⁷. De nuevo, en cada uno de estos actos se recurre a la retórica de la artificialidad de las fronteras, de las buenas relaciones de vecindad y de la doble identidad aragonesa (regional) y catalana (cultural) de la población de la Franja.

Aún sin resolver la raíz del conflicto, el acuerdo permite restablecer la situación de normalidad anterior. Asimismo, cabe destacar la puesta en marcha de una comisión técnica de estudio, con el encargo de determinar la cantidad de la compensación económica, formular propuestas de revisión del FCS y de mejora del marco de cooperación sanitaria, así como estudiar los casos de incumplimiento del convenio de 2005¹⁸.

Caso de estudio: cooperación sanitaria entre el País Vasco y la Rioja (la Rioja Alavesa)

La Rioja Alavesa es la comarca más meridional del País Vasco, en el límite con la Rioja, y cuenta con una población de cerca de 11.500 habitantes (2012). Por su ubicación —entre la sierra de Cantabria, que la separa del resto del País Vasco, y el río Ebro—, ha tenido históricamente una mayor relación social y económica con esta segunda comunidad, y la ciudad de Logroño en concreto, que con la propia (Ainz, 2002). La movilidad y la asistencia sanitaria transfronterizas han constituido una práctica que se venía

12. *El Periódico de Catalunya*, 9 de septiembre de 2011.

13. *El Periódico de Aragón*, 6 de octubre de 2011.

14. *El Periódico de Aragón*, 12 de octubre de 2011; *El Periódico de Catalunya*, 12 de octubre de 2011, y *El Segre*, 12 de octubre de 2011.

15. *El Punt Avui*, 20 de octubre de 2011, y *El Periódico de Aragón*, 20 de octubre de 2011.

16. *El Periódico de Aragón*, 27 de octubre de 2011 y 28 de octubre de 2011.

17. *La Malla*, 4 de noviembre de 2011 y 7 de noviembre de 2011; *El Segre*, 5 de noviembre de 2011; *La Vanguardia*, 5 de noviembre de 2011, y *El Periódico de Aragón*, 8 de noviembre de 2011.

18. *La Malla*, 12 de diciembre de 2011 y 15 de diciembre de 2011.

desarrollando sin problemas hasta la fecha. Los principales flujos se han orientado hacia el Hospital de San Pedro de Logroño, donde son atendidos anualmente entre 5.000 y 9.000 pacientes vascos. Este flujo se debe, principalmente, a la proximidad geográfica y a una mayor accesibilidad. Asimismo, cabe mencionar otros motivos complementarios de desplazamiento, como las relaciones familiares y laborales. En sentido inverso, unos 11.000 pacientes procedentes de las comunidades autónomas vecinas son tratados en el País Vasco.

Como en el caso anterior, hasta 2001, nos encontramos con una situación de asimetría competencial: desde 1984, el País Vasco posee competencias en materia sanitaria, mientras que para la Rioja las mantuvo el Ministerio de Sanidad. A diferencia de lo expuesto en lo referente a Cataluña y Aragón, en este caso, el flujo se dirigía a la comunidad sin competencias, razón por la cual no se vio necesario establecer un convenio para la asistencia de población vasca en la Rioja. Sí lo hubo, sin embargo, en sentido contrario, cuando, en 1996, se suscribió un acuerdo relativo al trasplante renal para pacientes riojanos en el Hospital de Cruces (en Baracaldo, Vizcaya). Con la nueva realidad sanitaria en la Rioja, a partir de 2001, la asistencia transfronteriza se mantuvo, pero no se formalizó ningún convenio (a excepción de la adecuación del convenio citado relativo al trasplante de riñones, que se produjo con mucho retraso, en 2011). Esta situación contrasta con los acuerdos mantenidos por el País Vasco con Navarra y Cantabria, en vigor desde 1988 y 2008 respectivamente, relativos a la asistencia transfronteriza. En todo caso, la inexistencia de un convenio entre el País Vasco y la Rioja agravó, mucho más que en el caso catalano-aragonés, el conflicto por la financiación.

El 9 de septiembre de 2011, el Gobierno de la Rioja (PP) ordena que el hospital de Logroño cese la citación de primeras visitas con médicos especialistas a los pacientes de la Rioja Alavesa¹⁹. Esta medida no incluye la atención de urgencias, los desplazados temporales o los pacientes cubiertos por el FCS. Ante tal anuncio, el Gobierno Vasco (PSE-EE) protestó, y lo que era un conflicto bilateral acabó convirtiéndose en un debate a escala estatal que, sumado a lo explicado respecto de la Franja, acabó dando como resultado la creación, por parte del Ministerio de Sanidad, del Fondo de Garantía Asistencial.

Desde el inicio, el baile de cifras relativo al número de pacientes vascos atendidos en la Rioja, y viceversa, así como el coste que supone para los respectivos sistemas regionales de salud, demuestra la falta de contabilización de

19. Las mismas medidas tomó el Gobierno de la Rioja respecto de Navarra, de la que se desplaza hacia la región vecina parte de la población de las comarcas limítrofes de Estella Occidental y Ribera del Alto Ebro. La cronología del conflicto y los acuerdos entre los dos gobiernos regionales corre en paralelo con la que aquí trataremos. No entraremos en detalle por falta de espacio, pero consideramos que el conflicto entre la Rioja y el País Vasco, que tuvo mayor trascendencia mediática y política que el anterior, ejemplifica el problema respecto de salud y fronteras internas que estamos tratando.

los mismos²⁰. La razón esgrimida por el Gobierno de la Rioja para dejar de atender a los pacientes vascos era económica y pedía una contrapartida en este sentido al Gobierno Vasco. Éste, por su parte, defenderá que la contraprestación debería buscar complementar los servicios sanitarios existentes en cada región.

Desde el comienzo del conflicto, Rafael Bengoa, consejero vasco de Sanidad, invita al Ministerio de Sanidad y también al Consejo Interterritorial de Salud a que medien en el conflicto. El 14 de noviembre, el Ministerio recuerda que la decisión unilateral del Gobierno de la Rioja incumple el principio de cooperación entre administraciones sanitarias. Cuatro días después, se tiene noticia de la primera reunión entre Bengoa y su homólogo riojano, José Ignacio Nieto. Se pacta elaborar un borrador de acuerdo que se firmaría antes del 1 de diciembre, pero llega esta fecha y no hay firma. Finalmente, y no sin tensiones, se alcanza un acuerdo provisional el día 7 de diciembre, que entraría en vigor el 15 de ese mismo mes y que expiraría el 29 de febrero de 2012 —con posibilidad de prorrogarlo un mes. En él, se detallan las contraprestaciones sanitarias, y no económicas, que deberán regir las relaciones entre sendos servicios regionales de salud. No obstante, Bengoa, en su intención de que intercediera el Ministerio de Sanidad, propone que sea el FCS el que cubra estos gastos.

Desde finales de 2011, éste era un conflicto que se debatía ya a escala estatal, lo que llevó al grupo socialista a presentar, el 23 de febrero de 2012, a la mesa de Diputados del Congreso, una proposición no de ley sobre asistencia sanitaria a pacientes residentes en zonas limítrofes²¹. En ella se menciona de manera explícita el conflicto entre el Gobierno de la Rioja y los gobiernos vasco y navarro, y se insta al Gobierno a impulsar un acuerdo en el seno del Consejo Interterritorial del SNS.

Finalmente, el 27 de marzo, la ministra de Sanidad, Ana Mato, anuncia en el Congreso que propondrá al Ministerio de Hacienda la creación del Fondo de Garantía Asistencial. Sin duda, este anuncio posibilitó la firma definitiva del acuerdo de colaboración entre los gobiernos vasco y riojano tres días después, en el que se cita expresamente la puesta en marcha del nuevo fondo.

Dos reflexiones posteriores nos parecen de interés para enmarcar la cronología del conflicto en el contexto político. Por un lado, se vislumbraron razonamientos ideológicos e identitarios, insertos en la época preelectoral de las elecciones generales del 20 de noviembre de 2011. Emilio Olabarria, cabeza de lista por Álava y miembro del PNV, sostuvo que «ya está bien de utilizar

20. Las cifras de pacientes vascos atendidos en la Rioja aparecidas en los medios de comunicación van de los 4.000 a los 9.000 (30.000 incluso, si se incluye a navarros), pero no siempre se especifica qué servicios sanitarios se emplean y si esos servicios son cubiertos o no por el Fondo de Cohesión. En cuanto a los datos económicos, el Gobierno de la Rioja cifraba en 7 millones de euros los gastos derivados de atender a pacientes vascos, mientras que el Gobierno Vasco los reducía en una cifra que oscilaría entre 2 y 3 millones.

21. Menos de un mes después, el PSE-EE también registra una proposición no de ley en el Parlamento vasco en la que insta a actuar al Gobierno central.

a Euskadi y de realizar reflexiones en contra de Euskadi para obtener réditos electorales en comunidades limítrofes»²². El propio Bengoa tildó la actuación del presidente riojano Pedro Sanz de «fondo antivasco»²³, y el lehendakari Patxi López sostuvo que aquél «ha hecho de su particular guerra a lo vasco, de su sentimiento antivasco, su base electoral»²⁴.

Por otro lado, cabe resaltar las posturas de los políticos que estipulan que los servicios prestados en una comunidad autónoma son exclusivos de los habitantes de la misma. De este modo, se defiende lo propio frente a lo ajeno, y el ciudadano de otra comunidad autónoma es visto como un foráneo. Respecto al hecho de que el Gobierno Vasco trasladara su queja al Gobierno central, Sanz responde: «¿Una queja de qué... De que el sistema riojano es para los riojanos?»²⁵. Posturas como éstas provocan reflexiones que ponen en duda el propio estado autonómico, como las de Gorka Maneiro, portavoz de UPyD del País Vasco: «El Estado de las Autonomías en España está permitiendo que ciudadanos de una comunidad autónoma puedan ser considerados poco menos que extranjeros en la comunidad vecina»²⁶.

Conclusiones

A lo largo de estas páginas, se ha querido exponer que los retos que plantea la existencia de fronteras, sean estas externas o internas, a la hora de establecer políticas de cooperación sanitaria, se asemejan en contextos como los de un estado semifederal, en donde la competencia de sanidad está descentralizada y recae en los gobiernos autonómicos. Los estudios sobre cooperación transfronteriza se han dirigido preferentemente al análisis de las fronteras interestatales, olvidando que, en ciertos casos, el interior de un estado presenta situaciones similares.

La UE sigue buscando fórmulas para garantizar la asistencia sanitaria a todos los ciudadanos comunitarios, bajo el concepto de «cooperación sanitaria transfronteriza». Quizás sea éste un ejemplo del sobreuso del término *transfronterizo*, cuando se desea remarcar que las fronteras estatales no han de ser impedimento para desarrollar unas políticas comunes determinadas. Invitaríamos a ganar en precisión y referirnos a «la cooperación sanitaria comunitaria» cuando se desee aludir al marco normativo en la materia, para limitar la idea de «cooperación sanitaria transfronteriza» cuando se aluda de manera específica a contextos espaciales donde la presencia física de la frontera tenga repercusiones directas.

España ha firmado recientemente sendos acuerdos marco de cooperación sanitaria transfronteriza con sus países vecinos, Francia y Portugal,

22. *Rioja2.com*, 16 de noviembre de 2012.

23. *Rioja2.com*, 1 de diciembre de 2012.

24. *Rioja2.com*, 2 de noviembre de 2012.

25. *Redaccionmedica.es*, 14 de noviembre de 2011.

26. *Rioja2.com*, 16 de noviembre de 2012.

si bien la cooperación en la materia había comenzado en años anteriores. De los distintos casos puestos en marcha por los servicios regionales de salud, que son los que pueden concretar en la práctica dicha competencia, hemos querido destacar el de la Cerdeña. Y ello porque se da un paso más en la cooperación bilateral desarrollada hasta la fecha, como ha sido el caso de las mujeres portuguesas que pueden dar a luz en el hospital de Badajoz. El objetivo no radica ahora en intercambiar servicios, sino en compartirlos, de ahí la inminente inauguración del Hospital de la Cerdeña o la planificación de un sistema sanitario integrado en toda la Cerdeña, ya sea en el lado español, ya sea en el francés.

Esta propuesta de integración de los servicios regionales a escala local parece que sería más fácil y viable en un contexto interno que externo. Sin embargo, como se ha observado, han surgido fricciones desde finales de 2008, pero especialmente en el último año, entre gobiernos autonómicos en relación con el Sistema Nacional de Salud y los respectivos sistemas sanitarios regionales y la cuantificación de ciertos gastos de relevancia, como los de desplazados temporales o los de pacientes que acuden a servicios sanitarios de la comunidad autónoma vecina (de entre estos últimos, la mayoría se definirían como transfronterizos). La crisis ha sacado a la palestra las deficiencias, ya conocidas con anterioridad, del FCS. Asimismo, los conflictos sanitarios entre Cataluña y Aragón, como también los protagonizados por los gobiernos de la Rioja, el País Vasco y Navarra, pasaron de la escala bilateral a la estatal, lo cual provocó la actuación del Ministerio de Sanidad. El anunciado Fondo de Garantía Asistencial ha sido la clave para poner fin, por el momento, a las tensiones entre gobiernos autonómicos. Estos conflictos han sacado a relucir, en último término, el debate acerca del modelo territorial del Estado español, avivado en los tiempos que corren, cuando los recursos son escasos y se buscan los culpables de la crisis. En el fondo, la situación actual responde a la existencia de una alta complejidad y debilidad institucional (segmentación en las políticas públicas, fragmentación de los territorios, etc.) que, en el contexto actual, hace muy difícil la cooperación horizontal y la multinivel (Romero, 2012).

La actual crisis invita a aumentar la eficiencia de los recursos públicos. Para ello, en materia de sanidad, las comunidades autónomas poseen competencias para establecer acuerdos tanto con las comunidades autónomas vecinas, como con las regiones francesas y portuguesas colindantes. Habrán de superarse los prejuicios hacia el otro, las visiones cortoplacistas que buscan ciertos réditos electorales y buscar modelos conjuntos o compartidos que aseguren el servicio público sanitario. ¿Por qué tener dos hospitales cercanos a las líneas divisorias si con uno es suficiente para dos o más territorios? ¿Por qué no pensar más allá de la frontera y concebirla como un recurso, una oportunidad para compartir gastos con el vecino? El Fondo de Garantía Asistencial, en España, y los fondos de cooperación territorial, en la UE, pueden ser los vectores que impulsen más acuerdos, que busquen mejorar y asegurar el derecho a la sanidad de los ciudadanos europeos.

Referencias bibliográficas

- AINZ, M. José (2002). «Población y territorio en la Rioja Alavesa». *Espacio, sociedad y economía: Actas de las Primeras Jornadas de Estudios Históricos de Rioja Alavesa*. Vitoria-Gasteiz: Diputación Foral de Álava, 23-36.
- CABASÉS, Juan M. (coord.) (2010). *La financiación del gasto sanitario en España*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- CABASÉS, Juan M. et al. (2002). «El nuevo modelo de financiación autonómica de la sanidad». En: CABASÉS, Juan M. et al. (eds.). *Invertir para la salud: Prioridades en salud pública. Informe SESPAS 2002*, 239-256.
- CEBOLLADA, Àngel y ESPLUGA, Josep (2011). «La mutilació dels espais fronterers a partir de l'anàlisi de la mobilitat quotidiana de Catalunya i Aragó». En: JANÉ, Òscar y SOLÉ, Queralt (eds.). *Observar les fronteres, veure el món*. Catarroja: Afers, 129-139.
- ESPLUGA, Josep (2005). *Planeta Franja: El trencaclosques del català a l'Aragó*. Lleida: Pagès.
- (2009). «Hi ha tanta gent que travessa fronteres?: Reflexions sobre la mobilitat territorial de la població de la Llitera». *Littera*, 1, 127-146.
- ESPLUGA, Josep y CAPDEVILLA, Arantxa (1996). *Franja, frontera i llengua: Conflictes d'identitat als pobles d'Aragó que parlen català*. Lleida: Pagès.
- FERNÁNDEZ DE CASADEVANTE, Carlos (1989). *La frontière franco-espagnole et les relations de voisinage*. Bayona: Harriet.
- FERRÁNDIZ, Francisco (2004). «Los problemas de suficiencia en la financiación de la asistencia sanitaria transferida a las comunidades autónomas: ¿se valoró adecuadamente el coste de los servicios traspasados?». *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI*, 2 (4), 673-702.
- GARCÍA MORALES, M. Jesús (2006). «La cooperación en los federalismos europeos: significado de la experiencia comparada para el Estado Autonómico». En: CARRASCO, Manuel et al. (coords.). *Derecho constitucional para el siglo XXI: actas del VIII Congreso Iberoamericano de Derecho Constitucional*. Cizur: Aranzadi, 4651-4670.
- (2009). «Los nuevos estatutos de autonomía y las relaciones de colaboración: Un nuevo escenario, ¿una nueva etapa?». *Revista Jurídica de Castilla y León*, 19, 357-426.
- (2010). «Convenios de colaboración entre el Estado y las comunidades autónomas y entre comunidades autónomas». En: TORNOS, Joaquín (dir.). *Informe comunidades autónomas 2009*. Barcelona: Instituto de Derecho Público, 175-190.
- GLINOS, Irene A. y BAETEN, Rita (2006). *A Literature Review of Cross-Border Patient Mobility in the European Union*. Bruselas: Observatoire Social Européen.
- GONZÁLEZ, Ignacio (2006). *Convenios de cooperación entre comunidades autónomas: Una pieza disfuncional de nuestro estado de las autonomías*. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales.
- MANCEBO, François (1999). *La Cerdagne et ses frontières: Conflits et identités transfrontalières*. Perpignan: El Trabucaire.
- MARTÍN, José J. (2006). «Balance crítico de la descentralización territorial de la sanidad». *Mediterráneo Económico*, 10, 385-403.
- MARTÍN, José J. y LÓPEZ DEL AMO, María del Puerto (2011). «La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud en España». *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (6), 2773-2782.
- MATIA, F. Javier (2011). «La cooperación horizontal: un impulso tan necesario como esperado». *Revista Jurídica de Castilla y León*, 23, 105-144.
- MINISTERIO DE SANIDAD (2012). *Informe Anual del SNS, 2010*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Secretaría General Técnica. Centro de Publicaciones.

- MONCUSÍ, Albert (2005). *Fronteres, identitats nacionals i integració europea: El cas de la Cerdanya*. Catarroja / València: Afers / Universitat de València.
- MORELL, Ramon (2003). «Les relacions econòmiques per sobre de les administratives». En: SISTAC, Ramon (ed.). *De fronteres i mil·lennis: La Franja, any 2001*. Barcelona: Institut d'Estudis Catalans, 139-149.
- PEMÁN, Juan (2002). «La culminación del proceso de descentralización de la sanidad española: El Sistema Nacional de Salud tras el cierre de las transferencias y la aplicación del nuevo sistema de financiación». En: TORNOS, Joaquín (dir.). *Informe comunidades autónomas 2001*. Barcelona: Instituto de Derecho Público, 651-696.
- RICQ, Charles (2006). *Handbook on transfrontier cooperation*. Estrasburgo: Council of Europe.
- ROMERO, Joan (2012). «España inacabada: Organización territorial del Estado, autonomía política y reconocimiento de la diversidad nacional». *Documents d'Anàlisi Geogràfica*, 58 (1), 13-49.
- ROSENMÖLLER, Magdalene et al. (eds.) (2006). *Patient mobility in the European Union: Learning from experience*. Ginebra: World Health Organization.
- RUIZ-HUERTA, Jesús y GRANADO, Octavio (2003). *La sanidad en el nuevo modelo de financiación autonómica*. Madrid: Fundación Alternativas.
- SALADO, Ana (2008). «La asistencia sanitaria transfronteriza: Andalucía-Algarve-Alentejo». En: FERNÁNDEZ, Pablo Antonio (dir.). *La asimetría institucional entre España y Portugal en el marco de la cooperación transfronteriza (Andalucía, Algarve y Alentejo)*. Barcelona: Atelier, 263-287.
- SÉCHET, Raymonde y KEERLE, Régis (2009). «Le projet d'hôpital commun transfrontalier de Puigcerdà: Vers l'eupéinisation de la frontière en Cerdagne». *Sud-ouest Européen: Revue Géographique des Pyrénées et du Sud-Ouest*, 28, 65-76.
- (2010). «Le projet d'hôpital commun transfrontalier de Cerdagne: des difficultés de la coopération transfrontalière en matière de santé dans un contexte pourtant favorable». *Annales de Géographie*, 675, 536-558.
- TAJADURA, Javier (2010). «Los convenios de cooperación entre comunidades autónomas: Marco normativo y propuestas de reforma». *Revista d'Estudis Autònoms i Federals*, 11, 206-254.
- URBANOS, Rosa M. y UTRILLA, Alfonso (2001). «El nuevo sistema de financiación sanitaria y sus implicaciones en las comunidades autónomas». *Revista de Administración Sanitaria*, 20, 25-48.
- WISMAR, Matthias et al. (2011). *Cross-border Health Care in the European Union: Mapping and analysing practices and policies*. Observatory Studies Series, 22.

Anexo 1. Protocolos y convenios de cooperación entre comunidades autónomas en materia de salud

Año	Protocolos / Convenios
2012	Convenio de colaboración entre comunidades autónomas en materia de protección civil y gestión de emergencias (Rioja, País Vasco, Cataluña, Galicia, Andalucía, Comunidad Valenciana, Aragón, Islas Baleares, Castilla y León).
2011	Convenio de cooperación entre la Comunidad Autónoma del País Vasco y la Comunidad Autónoma de La Rioja sobre trasplante renal.
2009	<p>Convenio de colaboración entre la Comunidad Autónoma de La Rioja y la Comunidad Autónoma de Cantabria sobre trasplante hepático, cardíaco y pulmonar.</p> <p>Protocolo de colaboración general de Aragón con el Gobierno de Navarra para estrechar relaciones entre ambas comunidades autónomas y mejorar la prestación de servicios a los ciudadanos residentes en municipios limítrofes.</p> <p>Convenio específico de colaboración entre la Consejería de Sanidad de la Xunta de Galicia y la Fundación de Hemoterapia y Hemodonación de la Comunidad Autónoma de Castilla y León, para el establecimiento de un procedimiento de actuación en materia de extracción de sangre de cordón umbilical y su procesamiento.</p> <p>Protocolo de colaboración entre País Vasco y Cantabria en materia de protección civil, infraestructuras, sanidad, biodiversidad y protección del Camino de Santiago.</p>
2008	<p>Convenio entre el País Vasco y Cantabria para la prestación de atención sanitaria en zonas limítrofes.</p> <p>Convenio entre el País Vasco y Cantabria sobre trasplante cardíaco y pulmonar.</p> <p>Convenio marco de colaboración entre la Consejería de Sanidad de la Xunta de Galicia, el Servicio Gallego de Salud y la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León, para regular el ámbito de coordinación en materia de asistencia sanitaria.</p> <p>Convenio específico de colaboración entre la Consejería de Sanidad de la Xunta de Galicia, el Servicio Gallego de Salud y la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, para la atención primaria especializada y la asistencia sanitaria de urgencias y emergencias en determinadas zonas limítrofes de ambas comunidades.</p> <p>Protocolo de colaboración entre la Comunidad Autónoma de Galicia y la Comunidad Autónoma de Castilla y León para asistencia sanitaria en zonas limítrofes.</p> <p>Convenio específico de colaboración entre la Comunidad de Aragón y la Comunidad de Castilla y León para la asistencia sanitaria en urgencias y emergencias en la zona limítrofe entre las dos comunidades.</p> <p>Convenio específico de colaboración entre la Comunidad de Aragón y la Comunidad de Castilla y León para la atención primaria y especializada.</p> <p>Convenio marco de colaboración entre la Comunidad de Aragón y la Comunidad de Castilla y León para la coordinación en materia de asistencia sanitaria.</p> <p>Protocolo entre la Consejería de Sanidad de la Generalitat Valenciana y el Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña.</p> <p>Protocolo de colaboración entre la Consejería de Salud y Consumo de las Islas Baleares y la Consejería de Salud de la Generalitat de Cataluña.</p>
2007	<p>Acuerdo marco de colaboración entre la Consejería de Sanidad de la Generalitat Valenciana y la Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.</p> <p>Convenio específico de colaboración en zonas limítrofes de las comunidades de Castilla-La Mancha y País Valenciano.</p>

Anexo 1. Protocolos y convenios de cooperación entre comunidades autónomas en materia de salud (continuación)

Año	Protocolos / Convenios
2006	Convenio marco de colaboración entre la Generalitat Valenciana y el Gobierno de Aragón en materia de asistencia sanitaria entre poblaciones limítrofes.
2005	Convenio marco de colaboración entre el Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón y el Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña. Convenio específico para la asistencia sanitaria en urgencias y emergencias dentro de la zona limítrofe entre Cataluña y Aragón. Convenio específico para la asistencia sanitaria para la zona de los Pirineos entre Cataluña y Aragón.
2002	Protocolo de coordinación entre las consejerías competentes en materia sanitaria de las comunidades autónomas de Aragón y Cataluña.
1996	Convenio sobre trasplante renal entre las comunidades autónomas del País Vasco y La Rioja y el Ministerio de Sanidad.
1988	Convenio para desarrollar el programa de detección precoz de metabopatías entre las comunidades autónomas de Madrid y Castilla-La Mancha. Convenio para desarrollar el programa de detección precoz de metabopatías entre las comunidades autónomas de Madrid y la Región de Murcia. Convenio de colaboración sanitaria entre la Comunidad Autónoma del País Vasco y la Comunidad Foral de Navarra.

* En gris, los acuerdos específicos en materia de sanidad para áreas limítrofes.

Fuentes: González (2006); Informe comunidades autónomas (1999-2010), y registro de convenios (Galicia, Castilla y León, Navarra, Aragón y Cataluña), web: www.conferenciascomunidadesautonomas.com

Anexo 2. Protocolos generales de cooperación entre comunidades autónomas

2010	Protocolo general de colaboración entre la Comunidad Autónoma de Aragón y la Comunidad Autónoma de La Rioja. Protocolo General de Colaboración entre la Xunta de Galicia y la Junta de Castilla y León.
2009	Protocolo general de colaboración entre la Junta de Extremadura y la Junta de Castilla y León. Protocolo de colaboración entre el País Vasco y Navarra. Protocolo general de colaboración entre la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha y la Junta de Castilla y León.
2008	Protocolo general de colaboración entre la Comunidad Autónoma de La Rioja y la Junta de Castilla y León. Protocolo general de colaboración entre el Gobierno del Principado de Asturias y la Junta de Castilla y León.

Fuentes: González (2006); Informe comunidades autónomas (1999-2010), y registro de convenios (Galicia, Castilla y León, Navarra, Aragón y Cataluña), web: www.conferenciascomunidadesautonomas.com

