

Jornadas Virtuales sobre Coordinación Sanitaria. Marco General (1.^a parte)

Introducción a la jornada virtual sobre Coordinación Sanitaria

Javier Rey del Castillo
Médico Inspector

Coordinar, conforme a la definición del Diccionario de la Real Academia de la Lengua, es “concertar medios, esfuerzos, etc., para una acción común”. Con arreglo a esta definición, el concepto incluye al menos dos cuestiones distintas: en primer lugar, la existencia de una u otra clase de intereses coincidentes que induzcan a la realización de una acción llevada a cabo de manera “común”; y, en segundo lugar, el establecimiento de mecanismos para adoptar la decisión de llevar a cabo la acción y de hacer que, en la práctica, la propia acción llevada a cabo tenga ese carácter “común”. De este último aspecto es fácil deducir que esos mecanismos pueden adoptar

dos formas, opuestas en sus acepciones más extremas: una en la que la realización de la acción depende de la decisión y la capacidad de obligar a su desarrollo por parte de quien ejerce una forma de “autoridad” sobre otros, y otra en la que la acción depende de la voluntad libremente comprometida y llevada a cabo por quienes son o se sienten autónomos de cualquier forma de autoridad “superior”.

Estas consideraciones, aparentemente teóricas, tienen una proyección inmediata sobre las razones y las formas en las que se ha planteado la cuestión de la coordinación en los servicios sanitarios en nuestro país.

Las razones para plantear la cuestión de la coordinación en el sistema sanitario español

La primera cuestión a destacar es que la consideración actual de la coordinación como un problema de nuestro sistema sanitario es una consecuencia del proceso de constitución de las Comunidades Autónomas (CCAA) como nuevas entidades políticas con capacidad de asumir la gestión de diferentes responsabilidades de autoridad y gestión sanitarias y de la descentralización posterior que, como consecuencia, ha tenido lugar en este ámbito, como en otros, desde la aprobación de la Constitución Española (CE) de 1978.

Hasta que tuvo lugar ese proceso y en su marco se adoptaron diferentes decisiones de distribución de esas responsabilidades sanitarias entre los distintos niveles de gobierno (el central, el nuevo nivel autonómico y el local); el sistema sanitario existente funcionaba básicamente como un sistema centralizado, bajo una responsabilidad ejercida principalmente desde el nivel central, con responsabilidades menores por parte de los otros niveles de gobierno entonces existentes, el provincial y el local.

Con esa distribución de responsabilidades, hacer funcionar todo el sistema existente de manera coordinada y al servicio de intereses comunes no constituía un problema relevante, y en su solución eran susceptibles de uso instrumentos de jerarquía organizativa que permitían su ejercicio más o menos fluido. El problema principal de coordinación en esa época podría considerarse la ausencia de relación entre las materias que caben en el campo general de la “salud pública” (calificada más bien como “policía sanitaria”), cuya organización y control, y bajo la responsabilidad de una “Dirección General de Sanidad”, dependían de un Ministerio que bajo unas u otras denominaciones respondía a las competencias del actual de Interior, y la asistencia sanitaria, cuyo desarrollo progresivo bajo la dictadura corrió a cargo del Ministerio de Trabajo, en el ámbito de la Seguridad Social. Por su parte, dentro del campo de la asistencia sanitaria era característica la mala coordinación entre niveles asistenciales, el de la atención primaria y la hospitalaria, que siguieron ritmos de desarrollo muy diferentes.

Una parte de esos problemas se resolvieron de manera aparente con la constitución de un Ministerio de

Sanidad desde los primeros gobiernos democráticos, integrando bajo una misma responsabilidad ministerial los dos ámbitos, el de la Salud Pública y el de la Asistencia Sanitaria, citados antes. Esta situación permanece hasta ahora y se ha transmitido a los gobiernos autonómicos, aunque con respecto a su eficacia en cuanto a la coordinación real de unas y otras políticas (e incluso sobre los grados de relación entre ellas que deberían alcanzarse), como sobre la integración de los diferentes niveles asistenciales, deberían hacerse valoraciones más profundas.

Lo que hay que resaltar en todo caso es que, con el proceso de descentralización sanitaria hacia las CCAA que ha tenido lugar, el centro de la coordinación como problema se desplazó de manera cualitativa hacia otro campo: el de cómo lograr una actuación por parte de aquellas que permitiese mantener las características esenciales de universalidad y equidad de la protección sanitaria, una vez que la responsabilidad de su gestión se les ha ido traspasando de manera progresiva hasta alcanzar la situación actual. Esta última se caracteriza porque las materias sanitarias se consideran de manera gene-

ral y acrítica como una cuestión propia, cuando no exclusiva (y hasta “excluyente”, según la terminología que se intentó sin éxito introducir en alguna de las reformas de los estatutos de autonomía más recientes) de las mismas CCAA.

En contraste con lo anterior, el problema que se plantea es que, definidas las CCAA como los sujetos a coordinar para el fin común de mantener las condiciones universales e igualitarias de la protección sanitaria a todos los ciudadanos españoles con independencia de su CA de residencia, aquellas han optado por enfocar el ejercicio de sus competencias sanitarias de manera principal no tanto como su forma de contribuir a ese fin común, sino ante todo como un instrumento más de reforzar su propia constitución y el poder político autónomo que ejercen en su propio territorio.

Ese enfoque no es exclusivo de las actuaciones autonómicas en el campo sanitario, sino que se ha producido también en cualquiera de las áreas de actuación pública cuyas responsabilidades de su gestión se han traspasado a las CCAA. Tal enfoque puede considerarse, por otra parte, razonable, o al menos comprensible, por parte de unas administraciones

de nueva creación, que precisaban de un sustrato de poder para justificar ante sus ciudadanos respectivos su propia existencia.

La cuestión adicional es que, frente a esa actitud autonómica, no ha habido ninguna posición clara desde ninguno de los gobiernos centrales democráticos que han sido hasta ahora que pusiera el acento en el mantenimiento de las condiciones universales e igualitarias de la protección sanitaria y en la necesidad de, para ello, establecer instrumentos formales y legales para mantener el funcionamiento coordinado del sistema sanitario en su conjunto, más allá de quien ejerza de forma directa su gestión.

Un breve resumen de las disposiciones dictadas en materia de coordinación sanitaria permite comprender mejor en qué se han traducido unas y otras actitudes, así como la situación en que nos encontramos en materia de coordinación sanitaria.

La situación de la coordinación sanitaria en la Constitución Española y su desarrollo legal posterior

1. El concepto de coordinación como título competencial específico

en la CE se encuentra referido a tres terrenos concretos, todos ellos incluidos en el apartado I del artículo 149 del texto constitucional, atribuyéndose en los mismos a la Administración General del Estado (AGE) la competencia correspondiente. Esas tres áreas son las de la “planificación general de la actividad económica” (apartado 13.º del artículo 149.I CE), la “investigación científica y técnica” (apartado 15.º del mismo artículo) y la “sanidad” (apartado 16.º), y figuran en el texto constitucional unidas a la atribución de la competencia a la misma AGE para establecer “bases” en el desarrollo de las materias citadas en los casos de la actividad económica y la sanitaria, y al “fomento” en el terreno de la investigación científica y técnica.

Un aspecto llamativo de esa delimitación competencial es que, sin embargo, la referencia constitucional más específica a la coordinación en los tres ámbitos citados no se ha acompañado a grandes rasgos de instrumentos más desarrollados y específicos de coordinación en los mismos que los que se han producido en otras áreas en las que no se menciona tal facultad como una competencia específica.

Ha ocurrido así en el terreno de los sistemas de información, un instrumento sin el cual no es posible ningún ejercicio efectivo de cualquier forma de coordinación.

Por su parte, los órganos multilaterales de relación (las “conferencias sectoriales”) adolecen todos ellos de las mismas limitaciones, a pesar de que el sanitario (el Consejo Interterritorial) tenga soporte en una ley concreta (la Ley General de Sanidad, y posteriormente la de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud), y de las posteriores sólo la más reciente de Dependencia dé pie legal a la constitución de un órgano específico multilateral de relación (el llamado Consejo Territorial en este caso): todos esos órganos, dispongan o no de reglamento desarrollado propio, no superan el límite de establecer que los acuerdos que se adopten en ellos sólo resultarán de aplicación a cada ámbito territorial si así se considera por la autoridad autonómica correspondiente de cada territorio (limitación, por otra parte, inherente a la interpretación de la distribución de las competencias que se han descentralizado).

De entre las conferencias sectoriales, sólo la financiera, que tiene

un soporte legal específico en la Ley Orgánica sobre Financiación de las Comunidades Autónomas de Régimen Común (LOFCA) y dispone de reglamento propio, parece dotada de un mayor nivel de eficacia, entendida como aplicación de sus acuerdos. Pero esta eficacia no parece derivar de su naturaleza, igual a la de las restantes, sino de que de sus acuerdos se desprenden consecuencias financieras para todas las CCAA, decidan incluirse o no en la aplicación de los acuerdos alcanzados. La experiencia previa negativa por parte de determinadas CCAA (Andalucía, Castilla-La Mancha y Extremadura) resultante de su exclusión voluntaria de algunos de los acuerdos de financiación alcanzados, parece la mejor vacuna para que los acuerdos con consecuencias financieras que puedan ser adoptados resulten generalmente aplicados, con el resultado de la “coordinación” que se derive de ello.

Por el contrario, se pueden observar las mismas carencias en cualquier área en el establecimiento de mecanismos de coordinación tan característicos de sistemas descentralizados como los instrumentos de nivelación,

tanto en el ámbito de los servicios públicos generales, cuestión prevista en la LOFCA, como en el de los servicios educativos o sanitarios. A estos últimos se refería ya la Ley General de Sanidad, en cuyo desarrollo el Consejo Interterritorial hizo un exhaustivo listado de posibles indicadores sin ninguna aplicabilidad real. La Ley de Cohesión, más reciente, como las leyes financieras que establecieron la nueva financiación autonómica, incluyendo en ella la sanitaria, tampoco han dado una respuesta efectiva a esta cuestión.

2. Es poco conocido en general que la primera disposición posconstitucional sobre coordinación sanitaria es un Real Decreto, el 2824/1981, “sobre coordinación y planificación sanitaria”, que se promulgó en un momento en el que ninguna de las CCAA había recibido el traspaso de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social. Sólo Cataluña lo recibió ese mismo año, sin que el procedimiento se atuviera a ningún criterio general establecido previamente (de hecho los siguientes traspasos, el primero el de Andalucía, que no llegó hasta 1984, y sucesivamente los restantes, con el País Vasco y la Comunidad Valenciana a la cabeza en 1987,

siguieron procedimientos de cálculo de los bienes traspasados y mecanismos de traspaso distintos). En esa situación, la norma citada, que recogía algunas disposiciones relativas a la nueva constitución de una denominada “Comisión de Coordinación Hospitalaria” que existía previamente, podría considerarse también como un intento por parte del gobierno de la UCD de que, efectuado un traspaso inédito de la responsabilidad de servicios antes centralizados casi por completo, se mantuvieran algunas garantías de ciertas formas de coordinación al servicio de las condiciones de universalidad e igualdad de una protección sanitaria que, sin embargo y paradójicamente, para aquel entonces no estaba siquiera formalmente universalizada.

El panorama del momento de la promulgación de aquella norma se completa con la descripción de la situación en la que se encontraban entonces los traspasos a las CCAA (o incluso los “entes preautonómicos”) de la “sanidad e higiene” (básicamente la “salud pública” en sentido amplio, en cuyo término no dudó en incluirse desde un principio la “planificación” y “autorización” de centros y servicios sanitarios de cual-

quier dependencia, y de manera también explícita los sistemas de información), una competencia atribuida como “exclusiva” a las CCAA por el apartado 21 del artículo 148 de la CE: en 1981, sólo 9 CCAA habían recibido, y de manera parcial, los trasposos en materia de “sanidad e higiene” (incluidos algunos centros de la antigua Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNA), que participaban originalmente en algunas redes de “luchas” sanitarias específicas, antileprosa, antituberculosa y otras)¹.

La importancia del contenido de esa norma deriva del curso seguido por los recursos contra la misma presentados por las CCAA de Cataluña y el País Vasco. De ese curso, como se explica a continuación, derivan en buena parte el contenido, la extensión y las formas que han adoptado las disposiciones siguientes en materia de coordinación sanitaria, e incluso el ejercicio de hecho de la coordinación que ha tenido lugar hasta ahora en el ámbito sanitario.

Sin entrar en mayores pormenores, las dos sentencias dictadas por el Tribunal Constitucional (TC) en los recursos citados, la 32/83 y la 42/83, declararon la validez de la mayoría de

los preceptos en los que la norma citada preveía el desarrollo de actividades de coordinación, e incluso de la forma en que estaban recogidas éstas en el Decreto. Sin embargo, ambas sentencias declararon también la insuficiencia de rango de la norma para establecer la delimitación de las actuaciones que la AGE podía llevar a cabo en aplicación de su competencia en materia de “coordinación sanitaria” (sería precisa una norma con rango de ley para llevarla a cabo). Con ello, en la práctica, las actuaciones a desarrollar en aquella fase precoz de reconstitución del sistema sanitario bajo bases descentralizadas (incluida la Comisión de Coordinación Hospitalaria prevista, que no llegó nunca a constituirse) se encontraron sin sustrato legal en el que apoyarse y, por tanto, condicionadas hasta que éste se lograra debido a una buena voluntad de las partes que no podía imponerse. A la vez esas partes tenían entonces igual que ahora, como se ha indicado, como prioridad principal no tanto el desarrollo de actuaciones con un objetivo común, sino, por el contrario, el reforzamiento de su personalidad y la capacidad política propias y su estatus diferencial.

Los efectos de las sentencias citadas derivan también de algunas de las consideraciones introducidas en las mismas sobre la coordinación sanitaria. Conforme a ellas, “la competencia de coordinación general (de manera literal de coordinación general sanitaria, que es a la que alude el texto constitucional en el artículo 149 de la CE) presupone que hay algo que debe ser coordinado, esto es, presupone la existencia de competencias de las CCAA en materia de sanidad, competencias que el Estado, al coordinarlas, debe obviamente respetar... Nunca debe llegar a tal grado de desarrollo que deje vacías de contenido las correspondientes competencias de las Comunidades... La coordinación general debe ser entendida como la fijación de medios y de sistemas de relación que hagan posible la información recíproca, la homogeneidad técnica en determinados aspectos y la acción conjunta de las autoridades sanitarias estatales y comunitarias en el ejercicio de sus respectivas competencias, de tal modo que se logre la integración de actos parciales en la globalidad del sistema sanitario...”.

Con independencia de que se puedan hacer lecturas diversas de los textos citados, caben pocas dudas

de que la interpretación de los mismos en la época y el contexto en los que fueron dictados llevó a todas las autoridades políticas, incluidas las de la AGE, a hacer una aplicación sesgada de lo dicho en las sentencias a favor de subrayar la competencia “exclusiva” (que es el término con el que el artículo 148 de la CE califica la competencia de las CCAA en “sanidad e higiene”) de éstas en las materias sanitarias. Y, en la práctica, a no desarrollar instrumento de coordinación sanitaria ninguno en tanto careciese de base legal.

3. Tal desarrollo legal se llevó a cabo tres años después de que se dictasen las sentencias citadas, mediante la Ley General de Sanidad, de 1986.

En esta norma las disposiciones relativas a la coordinación sanitaria están contenidas principalmente en el artículo 40, que se refiere a las actuaciones en las que consistirá la intervención por parte de la AGE en ejercicio de esa competencia de coordinación general sanitaria que le es constitucionalmente propia. Un análisis de la relación de las actuaciones previstas permite comprobar que los términos utilizados en esa definición son una reproducción casi literalmente exacta en cada uno de

sus apartados, y sin ningún añadido, de los utilizados en el Real Decreto del año 1981 que fueron declarados constitucionales en las sentencias. Y que a lo establecido cinco años antes, pese al tiempo transcurrido y la experiencia que pudiera haberse adquirido de los nuevos traspasos efectuados desde entonces y del funcionamiento del sistema sanitario en esas condiciones, no se le añadió ningún nuevo mecanismo ni forma de coordinación, ni una mayor pormenorización de las actuaciones en las que deberían concretarse.

4. Otra característica que debe destacarse es que la aplicación de las normas sobre coordinación sanitaria se extendió a un terreno, el de la asistencia sanitaria (que era “de la Seguridad Social”) que no le era propio.

En efecto, las reglas en materia de coordinación sanitaria están dictadas en desarrollo y aplicación de la distribución de competencias en las materias sanitarias, es decir, la “sanidad e higiene” por parte de las CCAA, y las de la AGE sobre “bases y coordinación general de la sanidad”. Sin embargo, el ejercicio y el traspaso de las competencias en materia de asistencia sanitaria se encuadraron, como era lógico dados la dependencia y el

sistema de financiación de esta prestación, que formaban parte de las de la Seguridad Social, en el ámbito de las competencias sobre ésta. Y en este ámbito la distribución de competencias estaba y está establecida de forma diferente: la competencia, y de manera muy precisa su régimen económico, pertenece a la AGE, “sin perjuicio” de la gestión de los servicios (que con excepción de los sanitarios, y sobre todo en el campo de las prestaciones contributivas, se mantienen bajo la dependencia y la gestión de la AGE, pese a las demandas de diferentes CCAA) por éstas.

Que las cosas eran así desde el punto de vista de la distribución de competencias no resulta muy discutible: para llevar a cabo el traspaso de la gestión de la asistencia sanitaria a las CCAA éste se limitó inicialmente a aquéllas (las que accedieron a la autonomía por la vías del artículo 151 de la CE y las que se homologaron posteriormente a ellas) en cuyos estatutos de autonomía constaba de manera expresa la posibilidad de hacerse cargo de la gestión de los servicios y prestaciones de la Seguridad Social. Esto hizo que hasta 2001, una vez que se produjo la modificación de los estatutos de autonomía

de diez CCAA, el mismo número de ellas no hubiera recibido todavía el traspaso de la gestión de la asistencia sanitaria. De la misma manera, los traspasos en esta materia, con independencia del momento en que se efectuaron a unas u otras CCAA, se realizaron mediante procedimientos independientes (y posteriores en el caso de cada CA tomada de manera individual) a los efectuados para llevar a cabo los traspasos en materia de “sanidad e higiene”.

La importancia de esa consideración, aparentemente inadecuada, de la naturaleza de la competencia ejercida y los traspasos de la responsabilidad efectuados en cada caso sobre la cuestión de la coordinación sanitaria deriva de que las posibilidades e instrumentos de coordinación son diferentes en cada uno de esos terrenos:

- La “sanidad” es una competencia “exclusiva” de las CCAA, en cuyo ámbito la coordinación, conforme a lo establecido en las sentencias antes comentadas, debe ejercerse con las limitaciones y bajo las formas que se han señalado, que excluyen en la práctica cualquier ejercicio “jerárquico” que no sea aceptado y acordado previamente por y con éstas. En la práctica, esto supone vaciar de conteni-

do cualquier actividad autónoma de valoración y control por parte de la AGE respecto a las actividades de las CCAA, incluso en lo que pueda hacer referencia a cuestiones cuyo seguimiento y control se corresponden de manera nítida con el papel propio de la AGE. Un papel, consistente, como se reconoce por todos, en el mantenimiento y control de las condiciones universales e igualitarias de la protección sanitaria en el conjunto y cada uno de los territorios del Estado. La coordinación, entendida de la manera que lo es en el campo de la “sanidad e higiene”, se concibe en la práctica, de manera limitada, como la participación de las CCAA en cualquier valoración o actuación sanitaria (establecida mediante los “acuerdos de conferencia sectorial correspondientes”, cuya aplicación, como se han indicado antes, depende de la voluntad de hacerlo en su territorio por cada CA) y su aplicación posterior.

- Por el contrario, en el campo de la Seguridad Social la competencia es propia de la AGE, y aunque la gestión de determinadas cuestiones se haya cedido a las CCAA, de esa competencia propia deriva la posibilidad de revocar actos autonómicos (como ha ocurrido de hecho en algún caso con-

firmado por el TC con actuaciones en determinadas prestaciones económicas). La coordinación puede tener así un carácter jerárquico, que parece mucho más propicio para mantener condiciones homogéneas en la prestación de lo que es un servicio público que contribuye a la cohesión social, y no tanto que la prestación sea principalmente la expresión de la autonomía política por parte de las CCAA, como se ha planteado por algunos autores de manera muy expresa. La distribución de competencias en este caso incluye además como un elemento característico la posibilidad de utilización de instrumentos de condicionamiento de la financiación, que resultan imposibles en una situación de financiación incondicionada de competencias “exclusivas” de las CCAA.

Esas consecuencias no se han tenido nunca en cuenta a la hora de valorar el cambio de consideración de la asistencia sanitaria como una materia que ha pasado a incluirse en la “sanidad” de manera inmediata tras el traspaso efectuado como gestión de servicios de la Seguridad Social. Pirueta doctrinal que, con escasas excepciones², ha sido apoyada por la mayoría de los juristas que se han acercado a la consideración del pro-

blema^{3,4}, que carece de comparación en cualquier otro campo competencial, pero que en la práctica ha dejado de tener relevancia en el momento actual: aunque se han propuesto de manera razonada bases constitucionales diferentes para la intervención de la AGE en la preservación de la protección sanitaria universal⁵, no existe en el momento actual ninguna posición política por parte de los partidos con posibilidades de gobierno que se planteen el establecimiento de mecanismos que permitan corregir en sentido distinto lo que se ha desarrollado hasta ahora, menos aún si esto supone modificar con el acuerdo de éstas la posición alcanzada por las CCAA, cuya actitud esencial sigue siendo la de primar su reforzamiento como entidades con capacidad política propia y su poder ejercido a nivel territorial.

Lo que resulta importante en todo caso es que a la situación actual y a las posibilidades de coordinación sanitaria y su extensión a la asistencia sanitaria derivadas de una aplicación de los criterios competenciales se ha llegado por una interpretación más que discutible de éstos, que, sin embargo, no parece posible modificar por la misma vía.

5. Desde el punto de vista legal, la única referencia que queda por hacer es la que hace a la coordinación sanitaria la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, aprobada por el gobierno del Partido Popular.

De las condiciones de su aprobación, que se han mencionado en otros análisis^{6,7}, merecen destacarse algunos aspectos:

- El apoyo para la aprobación de la mayoría de sus preceptos por parte de la práctica totalidad de los partidos políticos, incluido el Partido Socialista, que parece expresar criterios unánimes, o al menos la inexistencia de criterios positivamente diferentes, en las materias propias de la ley, incluida la coordinación sanitaria.

- La inexistencia de previsiones sustancialmente distintas⁽¹⁾ en esta

⁽¹⁾ No puede considerarse una modificación sustancial el cambio establecido en la ley en la composición de la representación estatal en el Consejo Interterritorial, que se reduce teóricamente a la figura del ministro de Sanidad y Consumo. Además de que esa disposición ha carecido de efectos reales en la participación en las reuniones del Consejo, en las que el ministro se acompaña de quien estima oportuno en cada reunión, la medida carece de otros efectos porque no se ha acompañado de ninguna modificación del sistema de votaciones en el propio Consejo, donde los acuerdos, además del carácter limitado que tienen ya comentado, se siguen adoptando “por consenso” y como recomendación.

ley respecto a las modalidades de coordinación sanitaria posibles y los instrumentos de coordinación (de manera destacada en cuanto al funcionamiento del Consejo Interterritorial como órgano principal de coordinación) con respecto a las disposiciones anteriores, singularmente la Ley General de Sanidad de 1986, promulgada en una situación muy distinta en cuanto a los trasposos realizados a las CCAA, cuyas actuaciones son precisamente los sujetos de la coordinación necesaria.

Cabe recordar a este respecto que a la promulgación de la Ley General de Sanidad sólo dos CCAA, Cataluña y Andalucía, había recibido los trasposos en materia de asistencia sanitaria, mientras que cuando se promulgó la Ley de cohesión en 2003 todas las CCAA llevaban más de un año como responsables de la gestión de la totalidad de las competencias sanitarias, incluida la asistencia sanitaria (de la Seguridad Social), concebida ya como una competencia sanitaria más en virtud del proceso interpretativo al que se ha aludido antes. En la Ley de cohesión se dio, en consecuencia, un tratamiento homogéneo desde el pun-

to de vista de la coordinación sanitaria a situaciones por completo distintas. Lo que cabe poner en relación con la falta de operatividad de la ley a los efectos de lograr la “cohesión” del sistema, una cuestión que ha sido reconocida implícitamente por la propia responsable política de la promulgación de esa ley, la ministra del Partido Popular bajo cuya gestión se aprobó. Ésta, en declaraciones recientes demandaba la adopción de medidas que permitiesen un funcionamiento coordinado del sistema en distintas materias, atribuyendo, eso sí, esa necesidad a la mala gestión del Ministerio regido por el partido actualmente en el gobierno (cuyo desinterés por el funcionamiento cohesionado del sistema sanitario no se puede negar), y sin reconocer en ello culpa alguna atribuible a su responsabilidad en la promulgación de una norma cuya ineficacia a esos efectos fue denunciada desde su promulgación.

– Otro elemento característico de la Ley de cohesión es la ausencia de perspectiva alguna del uso de la financiación como instrumento al servicio de la coordinación sanitaria⁸. Como se ha observado, esta ley, por el contrario, subordina el fun-

cionamiento coordinado del sistema, e incluso el ejercicio y la extensión de la protección sanitaria, a las condiciones de su financiación, establecida casi dos años antes de la promulgación de la Ley de Cohesión: el papel de las CCAA en el mantenimiento de la protección universal se limita a la población por cuya cobertura reciben financiación, y respecto de esa población, pero sólo de ésta, pueden ampliar la cobertura material siempre con cargo a sus propios fondos, algo en la práctica imposible de demostrar en las condiciones actuales de seguimiento y control del gasto sanitario realizado por las CCAA. Tales disposiciones, que no sólo están contenidas en la Ley de Cohesión, pero que en todo caso no resultan contradichas sino reafirmadas en ésta, suponen una perspectiva abierta de ruptura de las economías de escala y el funcionamiento coordinado del sistema en materias que son esenciales para garantizar la sostenibilidad financiera del sistema sanitario en su conjunto y el mantenimiento de las condiciones universales y equitativas de la protección de la salud para todos los ciudadanos españoles en todo el territorio español.

Situación actual y perspectivas de la coordinación sanitaria en el futuro

Sin necesidad de recurrir a descripciones más amplias, cabe decir que la situación actual del sistema sanitario español es contemplada con inquietud desde ángulos muy diferentes, al menos en cuanto a una cuestión: la perspectiva de que en la práctica esté ya funcionando no como un sistema integrado, sino como una suma de diecisiete sistemas cada vez más distintos, con tendencia incluso a una mayor desintegración posterior. Esta inquietud se ha puesto de manifiesto en relación con diferentes políticas, desde el ámbito de la salud pública al de la gestión del personal y su distribución entre las diferentes CCAA en una situación de escasez, la incorporación de nuevas prestaciones diferentes por distintas CCAA, la financiación de un gasto sanitario difícil de controlar, la relación con los proveedores del sistema como responsables de una parte importante del crecimiento del gasto, y otras muchas cuestiones que ocupan a diario los medios de comunicación. En último término, lo que se está poniendo en cuestión es si en

esa situación lo que está en peligro es el mantenimiento de la protección sanitaria en condiciones de igualdad para toda la población española.

Al plantearse la búsqueda de soluciones para esa situación la respuesta más común e inmediata es la de invocar el mecanismo de la coordinación en nuestro sistema sanitario, mediante el que evitar el riesgo de su desintegración como tal.

La larga introducción previa a este punto pretende servir de base para justificar en qué términos tiene que plantearse la cuestión de la coordinación en nuestro Sistema Nacional de Salud en el momento actual. De la exposición anterior se derivan según este análisis las siguientes cuestiones:

I. Debe en primer lugar definirse de manera más precisa de lo que lo está en el momento actual cuál es el fin “común” que se pretende alcanzar con la coordinación invocada.

Por parte de las CCAA, actualmente las gestoras únicas del sistema sanitario, se han demandado medidas de coordinación de ciertas políticas (han sido especialmente expresas en materia de personal, como instrumento de solución de la escasez de éste de determinadas

titulaciones ya existente, escasez y problemas de distribución que es previsible que aumenten en el futuro). Se trata, sin embargo, de demandas imprecisas que no van más allá del terreno limitado en el que se plantean para resolver problemas muy concretos de su gestión, sin poner en cuestión qué cabida y qué profundidad pueden y deben tener los instrumentos y medidas de coordinación en el terreno preciso en el que se demandan en el contexto de un sistema sanitario en el que se sigue subrayando como valor principal la autonomía de su gestión por parte de las CCAA.

En este sentido parece claro que la perspectiva de un sistema sanitario público concebido como un órgano autónomo e independiente (semejante a un ente público como Radiotelevisión Española, como se ha dicho en algunas ocasiones⁹, es un horizonte imposible. Un sistema sanitario así dejó de ser factible al no estar constituido de esa manera antes de los traspasos y hacerse éstos bajo fórmulas diferentes a las que se hubieran podido establecer de ser otra la situación.

Cualquier fórmula de coordinación propuesta, sea de carácter ge-

neral o parcial, tiene que partir de la realidad de diecisiete servicios de salud diferentes, sin ninguna dependencia jerárquica que no sea la de sus propias autoridades autonómicas. Éstas, por otra parte, parecen seguir teniendo como valor superior el de la autonomía y discrecionalidad de su gestión y, sin incentivos externos específicos para ello, no parecen en ninguno de los casos comprometidas por sí mismas en el mantenimiento de la protección sanitaria universal e igualitaria para todos los ciudadanos españoles en todo el territorio como interés “común” que justifique una mayor coordinación de sus actuaciones.

Por su parte, tampoco desde el gobierno central se ha planteado ni teórica ni prácticamente (basta ver el lánguido e inoperante funcionamiento del Consejo Interterritorial, o el desarrollo de los sistemas de información) la necesidad de un funcionamiento más coordinado del sistema, ni se ha precisado la extensión ni el ámbito en el que se debería plantear, ni cuando el gobierno central ha sido desempeñado por el Partido Popular (si admitimos el nulo valor de la Ley de cohesión a esos efectos), ni cuando lo ha sido, como

lo es ahora, por el Partido Socialista. Esas actitudes parecen sustentadas en el desinterés de ambos partidos, que son los que tienen posibilidades de acceder al gobierno del Estado, por el mantenimiento de la protección sanitaria universal como servicio común, situación cuyas diversas raíces se han analizado en otros trabajos.

Pero sin la existencia de un fin común, siquiera sea parcial y para un ámbito más limitado, como se indicaba al principio, el propio concepto de coordinación pierde su fundamento.

2. En segundo lugar, y conforme a la descripción realizada de la evolución constitucional y legal de la coordinación sanitaria, el planteamiento de medidas de coordinación en este ámbito debe evitar el enfoque “competencial” de sustentar las medidas que pudieran plantearse como el resultado de la distribución de competencias entre las diferentes administraciones. Ese debate está completo y cerrado, y aunque, como se ha explicado, la situación resulta discutible y probablemente contradictoria, en ese terreno se ha llegado a una situación de hecho que no resulta reversible por la vía de su replanteamiento legal.

Por el contrario, el planteamiento de medidas de coordinación generales o parciales debe seguir un enfoque “funcional”, de instrumentación de aquellas fórmulas que estén al servicio de la mejora del funcionamiento general del sistema, o de determinadas actividades o funciones del mismo, en cuya consecución estén interesados unos u otros agentes del sistema por encontrar dificultades en su gestión en ausencia de mecanismos de coordinación en cada caso.

El enfoque “competencial” ha derivado en una situación de hecho que parece más confederal que federal. El actual gobierno de la nación parece querer insistir en ese mismo camino al haber planteado como vía para la mejor integración de nuestro sistema político la reforma de los estatutos de autonomía, ampliando en ellos las competencias de las CCAA en asuntos como la gestión de las aguas, que parecen de interés común, o al abrir en ellos el campo a la garantía de dotaciones económicas y restricciones a la solidaridad financiera, incluso en la financiación de los servicios públicos universales, para determinadas CCAA, y el debate bilateral gobierno central-CA en

el reparto de los fondos que sustentan la financiación autonómica, incluida la sanitaria.

El necesario desarrollo federal de nuestro Estado, como el que se ha producido en otros países al constituir una federación (un movimiento de sentido contrario al que ha tenido lugar en España con la descentralización), parecería orientarse más bien al establecimiento de acuerdos “funcionales” que permitan crear instrumentos comunes de intervención (también del gobierno central si es lo más adecuado al fin) en aquellas áreas que resulten de interés común.

En España, y en el ámbito sanitario, disponemos de algún ejemplo concreto, como la Organización Nacional de Trasplantes. Como tal, carece de una base jurídica específica, y en todo caso de personalidad jurídica propia. Otra característica peculiar es que se sustenta en un soporte económico específico de incentivos a los profesionales que se ha establecido de común acuerdo y con la participación de todas las administraciones, y en el establecimiento de un sistema propio de información de cuya eficacia, equidad y fiabilidad nadie duda, a la vez que se gestiona también con la participación de todas las admi-

nistraciones. Sus peculiaridades no permiten una extensión automática a otras áreas de la gestión sanitaria, ni menos al sistema sanitario en su conjunto. En todo caso, parece un buen ejemplo de cómo, a semejanza de lo que ocurre en los organismos biológicos, también en la organización de los servicios sanitarios “la función (puede) crea(r) el órgano”, y de cómo si se hace así se abren las mejores perspectivas para su funcionamiento posterior.

3. En tercer lugar, debe valorarse que cualquier medida de coordinación prevista resulta ineficaz si no se acompaña de un condicionante económico de su cumplimiento y, en ese sentido, que cualquier medida de coordinación que se adopte debe llevar un mecanismo económico aparejado que actúe como garantía de su aplicación por parte de todas las administraciones comprometidas en el acuerdo de su adopción.

Esta perspectiva se deduce de la propia experiencia del funcionamiento de nuestro Estado autonómico que se ha descrito más arriba. Pero se deriva también del análisis del funcionamiento y la financiación de otros sistemas sanitarios federales o de gestión descentralizada⁸.

Insistir en propuestas y mecanismos de coordinación que no conlleven un condicionante económico por su aplicación, mediante las modificaciones que sean precisas en el sistema de financiación sanitaria, aboca a

la ineficacia previsible de tales medidas, sean cuales sean éstas, y, en consecuencia, a la misma frustración que se da en estos momentos por parte de quienes las demandan, aunque sea en ámbitos limitados de actuación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rey del Castillo J. Descentralización de los servicios sanitarios. Aspectos generales y análisis del caso español. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1998. p. 34.
2. Mercader JR. La consideración constitucional de los servicios sanitarios. En: Rey J, coordinador. Jornadas sobre descentralización y transferencias sanitarias. Madrid: Confederación Sindical de Comisiones Obreras, Colección Documentos, n.º 3; 2001. p. 29-39.
3. Tornos J. La consideración constitucional de los servicios sanitarios. En: Rey J, coordinador. Jornadas sobre descentralización y transferencias sanitarias. Madrid: Confederación Sindical de Comisiones Obreras, Colección Documentos, n.º 3; 2001. p. 21-8.
4. Vaquer M. La consideración constitucional de los servicios sanitarios. En: Rey J, coordinador. Jornadas sobre descentralización y transferencias sanitarias. Madrid: Confederación Sindical de Comisiones Obreras, Colección Documentos, n.º 3; 2001. p. 41-62.
5. Solozábal JJ. Bases constitucionales de una posible política sanitaria en el Estado autonómico. Madrid: Fundación Alternativas-Laboratorio de Alternativas. Documento de Trabajo n.º 89; 2006. Disponible en: www.fundacionalternativas.com
6. Rey del Castillo J. Algunos comentarios para el análisis de la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI. 2003;1(3):365-402. Disponible en: www.administracionsanitaria.com
7. Rey del Castillo J. Una propuesta alternativa para la Coordinación del Sistema Nacional de Salud español. Madrid: Fundación Alternativas-Laboratorio de Alternativas. Documento de Trabajo n.º 9; 2003. Disponible en: www.fundacionalternativas.com
8. Rey Biel P, Rey del Castillo J. La financiación sanitaria autonómica: un problema sin resolver. Madrid: Fundación Alternativas-Laboratorio de Alternativas. Documento de Trabajo n.º 100; 2006. Disponible en: www.fundacionalternativas.com
9. Freire JM. Así en el SNS como en RTVE. Economía y Salud. 2005;18(54):1-2.