
La coordinación sanitaria. Lo que se preveía y lo que resultó

Regina Múzquiz Vicente-Arche

Directora de Relaciones Institucionales Sanofi Aventis

La Ley General de Sanidad de 1986 (Ley 14/86) supuso un hito sin precedentes para la sanidad española. Efectivamente, como se reconoce en su propia exposición de motivos logra, por fin, ver la luz una norma que había sido un propósito reiteradamente ensayado y con contumacia frustrado, el de la reforma sanitaria, desde la Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 1944.

La Ley pivota sobre dos ejes fundamentales:

I. De un lado la creación de un Sistema Nacional de Salud (SNS) adaptado a la nueva organización territorial del Estado, desarrollada a partir de lo dispuesto en el título VIII de la Constitución Española (CE) de 1978, y concebido como el conjunto de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas (CCAA) convenientemente coordinados.

2. De otro, la reforma de la Atención Primaria, iniciada a partir del Real Decreto sobre Estructuras Básicas de Salud, en 1984 (RD 137/84).

Respecto al primero, en el que nos centraremos, la Ley contemplaba la asunción de amplias competencias por parte de las CCAA en materia sanitaria, tanto de salud pública, amparándose en el artículo 148 de la CE (sanidad e higiene), como de gestión sanitaria (Instituto Nacional de la Salud [INSALUD]), de acuerdo con el artículo 149 de la CE y dedicaba el título III a definir la estructura del sistema abordándose los mecanismos e instrumentos necesarios para garantizar el cumplimiento del mandato constitucional, que atribuye en exclusiva al Estado la competencia sobre las bases y coordinación general de la sanidad.

A destacar en este título la creación del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS),

artículo 47, como órgano permanente de comunicación, información y coordinación y la función de Alta Inspección, artículo 43, como función de garantía y verificación de las competencias estatales y autonómicas en materia de sanidad.

Un tercer elemento de cohesión lo constituía el Plan Integrado de Salud, artículos 74 y 75 de la Ley, que sin embargo, tras los más de 21 años transcurridos desde la promulgación de la Ley, nunca llegó a elaborarse.

De lo que se preveía que sería el CISNS a lo que resultó ser existe un abismo. Dos han sido las razones fundamentales para que las expectativas en cuanto a la función de coordinación de este órgano no se hayan cumplido. Una de orden técnico, referida a la interpretación que el Tribunal Constitucional hizo de la naturaleza y el papel que le corresponde: sentencias 32 y 42/83 “que 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 estatales y comunitarias en el ejercicio de sus respectivas competencias, de tal modo que se logre la integra-

ción de actos parciales en la globalidad del sistema sanitario”.

Esto se traduce en que el CISNS ya nació limitado, porque ni tuvo ni podría tener nunca capacidad ejecutiva, puesto que no es un órgano colegiado, y no pueden aplicársele las reglas de las mayorías. Las competencias autonómicas son irrenunciables.

La segunda, de orden político. El CISNS ha sido utilizado, especialmente en los últimos años y con independencia del signo político, más como un foro de confrontación política que como un órgano de consenso y colaboración. Su nivel de actividad ha sido muy desigual desde su constitución en 1987, tanto en lo que se refiere a las reuniones y temas tratados por el pleno, como por las comisiones y grupos de trabajo de segundo nivel. Pero lo que es aún más significativo es que los acuerdos adoptados en su seno han sido incumplidos en numerosas ocasiones, sin que ello haya tenido repercusión alguna. Hasta 2002 el Ministerio de Sanidad y Consumo asumía un difícil doble papel. Por un lado representaba al INSALUD y simultáneamente había de ejercer la coordinación del SNS en su conjunto.

Aquel año, en el que se culminaron las transferencias completándose el mapa sanitario español, hubiera sido el momento idóneo para realizar un pacto que reforzara el papel del Consejo Interterritorial. No se hizo a pesar de que sí se alcanzaron dos buenos ejemplos de acuerdos, vitales para el sistema, como son el nuevo modelo de financiación y la culminación de los traspasos de la gestión de la asistencia sanitaria a las diez CCAA que aún no la tenían.

La Ley de cohesión y calidad del SNS abordó de nuevo la regulación de este órgano, redefiniendo su composición y estableciendo pormenorizadamente sus funciones (antes recogidas en su reglamento de régimen interior), pero este loable ejercicio tampoco tuvo una traducción

práctica en el impulso de la cohesión del sistema sanitario español.

Y es que son la voluntad política de todas las CCAA y un fuerte liderazgo por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo los dos elementos clave para que la coordinación sanitaria a través del CISNS se materialice realmente, evitando la situación actual de deriva del sistema hacia 17 subsistemas que se consolidan como tales, aplicando políticas muy dispares en materias tan importantes como recursos humanos, farmacia o salud pública.

Tras veintiún años de experiencia la coordinación sanitaria sigue siendo una asignatura pendiente que será necesario aprobar con urgencia si queremos vertebrar una sanidad pública de la que todos nos sintamos orgullosos.

