
La coordinación territorial, la identificación de los problemas y las propuestas para superarlos

Juan José Rodríguez Sendin

Secretario Organización Médica Colegial

Introducción

Antes de la generalización de la transferencia a las Comunidades Autónomas (CCAA) no se conocía este problema, pero teníamos otros muchos más graves como la clamorosa falta de equidad interna entre los diferentes territorios. La discrecionalidad sanitaria convivía con la imposibilidad de hacer comprender a un Estado central, que no entendía bien aquello de las igualdades en el acceso a las soluciones. Antes de las transferencias no había problema para coordinarse consigo mismo —el Estado con el Estado— lo que ocurría era que unos pocos decidían por todos los demás, concentraban y distribuían recursos y servicios.

Con las transferencias las cosas han cambiado al acercar recursos, servicios y toda la responsabilidad de su

gestión a los ciudadanos. Es más, probablemente buena parte de los resultados y avances actuales del Sistema Nacional de Salud (SNS) español se deban a la descentralización del mismo. Pero también hay sombras, como los mediocres resultados en cuestiones relativas a la salud pública. Las cosas deben hacerse mejor y de forma más completa para subsanar la descoordinación sanitaria que sufrimos, y que descaradamente produce daños sanitarios.

Inmediatamente surge la pregunta ¿es compatible la descentralización sanitaria con un SNS cohesionado? Yo creo que necesariamente sí, porque responder no es tanto como decir que como el Estado autonómico presenta problemas no es compatible con la idea de España como Estado. Ambas descentralizaciones son parte de las soluciones a las que se deben incorporar mejoras para

articular el funcionamiento más justo y moderno de España.

Ante la rapidez con la que se realizaron las transferencias probablemente será necesario repasar el proceso realizado, especialmente en lo referente a las condiciones de las mismas, a los acuerdos alcanzados “para ir tirando”,—tan frecuente en España— y el marco legal que debería ajustarse a las necesidades sanitarias previstas y previsibles más que a la oportunidad política. Una de las necesidades previstas es precisamente la coordinación en materia sanitaria entre los gobiernos autónomos entre sí y con el gobierno central, así como el desarrollo de normas básicas, porque tal y como se realizaron las transferencias es difícil corregir en el momento político actual un uso inadecuado de las mismas.

Identificación de problemas

Bien con tecnología, bien con prestaciones de dudosa justificación y rentabilidad sociosanitaria, los responsables políticos autonómicos nos sorprenden con nuevas inversiones en el sector especializado no presupuestadas, con escasa o nula coordinación entre ellas para salvaguar-

dar la equidad en el acceso a una cartera de servicios para todo el Estado. Todo lo cual provoca insuficiencia presupuestaria.

Ni es posible ni conveniente la uniformidad como objetivo, pero sí el establecer para todo el Estado una cartera de servicios considerada obligatoria, así como las condiciones y garantías con las que se ofrece que se puede considerar.

Es preciso resolver las diferencias interterritoriales, no razonables o desproporcionadas o aquellas que determinen la salud y calidad de vida de los ciudadanos.

Los servicios de salud pública son marginales en el sistema, y sus funciones no responden a ninguna estrategia de desarrollo de la salud pública ni adaptación alguna a los cambios sociales y sanitarios. La salud pública no es una prioridad, salvo en casos de gestión de crisis sanitarias (brote de meningitis, encefalopatía espongiforme bovina, etc.) y es precisamente cuando la improvisación y la falta de coordinación sanitaria son evidentes y se pone de manifiesto el déficit de sus dispositivos para mejorar y proteger la salud de la población, así como la profunda incapacidad de los gobiernos central y autonómicos para obligarse

a tomar acuerdos y actuar conjuntamente en materias de interés para la salud de los ciudadanos. El profesional médico percibe con cierta dosis de escepticismo progresivo las situaciones mencionadas, que no son el mejor ejemplo para disponer del crédito y prestigio que permitan posteriormente exigir o recomendar acciones o medidas correctoras.

Pero quizás destaca sobremanera la falta de voluntad política para decidir conjuntamente —coordinarse— y abandonar la sanidad como campo de confrontación política. Luego el déficit es sanitario, pero la causa es política y ética en tanto que se utilizan los problemas sanitarios para luchar contra el contrario, no mediante la búsqueda de las mejores soluciones para abordarlos, sino mediante la búsqueda primorosa de razones para dificultar su solución.

La base de la coordinación sanitaria en España es la buena voluntad que se le supone a las partes más que los recursos y mecanismos para promocionarla, facilitarla y cuidarla.

Propuestas

Ya se ha mencionado que la solución es no desandar el camino, sino

buscar soluciones que permitan seguir avanzando. No es cuestionar la descentralización, sino reforzarla, ofrecerle garantías de mayor éxito, introducir elementos de disciplina sanitaria para todas las partes que eviten la mala utilización de los poderes transferidos y que refuercen la utilización correcta y el buen gobierno de los mismos.

Es muy difícil hacer propuestas que tienen que realizar otros, que precisamente conocen perfectamente la necesidad de las mismas, pero carecen de la suficiente voluntad para hacerlo. Es difícil imaginar un profesional de libre designación o político sanitario en activo, que siendo sólo un iniciado en las cuestiones sanitarias no perciba la necesidad de coordinación dentro del SNS.

En consecuencia, no hay más que una propuesta sustancial: la coordinación entre los 17 Gobiernos autónomos, las administraciones que los representan con el Gobierno central debe ser obligatoria, es decir, ponerse de acuerdo, actuar conjuntamente en la defensa del bien común y no utilizar el desacuerdo como arma arrojada en la lucha política.

Dice la Ley General de Sanidad que la coordinación sanitaria debe esta-

blecer los “criterios mínimos básicos y comunes” del SNS. Pero no es suficiente, es necesario dejar claro lo que supone para las partes el término coordinación, qué atributos incluye y la penetración de los mismos.

Se debe entender por coordinación el ordenar, regular y decidir juntos sobre medios, sistemas y procedimientos, hacerlo con lealtad, mediante información recíproca y acciones conjuntas. Y lo debe hacer un órgano formado y gobernado por todas las partes implicadas – Gobierno central y autonómico – que permita desterrar definitivamente aquello de “nos coordinamos pero yo te digo lo que tienes que hacer”, o el “yo te invito y tú pagas” o aquello “dime lo que quieras que no te escucho”.

Una vez tomada la decisión es preciso establecer los mecanismos que controlarán los compromisos de cada una de las partes.

Hay otras propuestas complementarias que contribuirían a mejorar la situación:

1. Aportación de nuevos recursos financieros finalistas con relación a las actuaciones consideradas por el Gobierno central como estratégicas, ejerciendo un control riguro-

so de las mismas, de sus aplicaciones y resultados.

2. Participación ciudadana y democratización sanitaria: la participación de los ciudadanos permitirá aumentar su sensibilización para que ejerzan las exigencias y controles democráticos pertinentes a sus gobiernos en relación con la calidad, coste de los servicios que les prestan y especialmente pedir explicaciones, rendir cuentas, es decir, mecanismos de transparencia sanitaria.

3. Vertebración social intermedia mediante una sociedad civil progresivamente más articulada, con organizaciones profesionales y de otros agentes que permitan recoger, ordenar y transmitir la información adecuada y precisa al resto de los ciudadanos con independencia, autonomía y responsabilidad plena.

4. La administración sanitaria, tanto la que procede de la libre designación como la que responde a convocatorias públicas, debe constituir una garantía de servicio a los intereses de los ciudadanos y de la salud. La administración sanitaria actual más que una relación íntima con el poder político es un apéndice del mismo, servidores incondicionales al servicio de las “circunstancias políticas”,

de forma que no hay “distancia terapéutica necesaria” cuando es preciso tomar decisiones desde la racionalidad sanitaria, lo que dificulta extraordinariamente el cumplimiento del deber sanitario. En este sentido es

preciso preservar unas condiciones mínimas para garantizar autonomía y buen gobierno de los servicios sanitarios, que no son incompatibles con la lealtad debida a los gobiernos responsables de los mismos.

