
La coordinación sanitaria en España, ¿qué se puede hacer?

Marciano Sánchez Bayle

Portavoz de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública

Abordar los problemas de la coordinación sanitaria en España es muy complicado por varios motivos; el primero y más evidente es que debe definirse de entrada si existe o no el nivel conveniente ¿para quienes? de coordinación en el Sistema Nacional de Salud, y si esta coordinación puede considerarse como un valor añadido a nuestro sistema de salud. Por otro lado, hay que definir si las desigualdades existentes en la salud y en los sistemas sanitarios entre las 17 Comunidades Autónomas (CCAA) y las dos ciudades autónomas son el resultado de estas transferencias, en todo o en parte, y si las diferencias concretas en las políticas que desarrollan las CCAA van en la línea de incrementar o disminuir las desigualdades existentes. Finalmente parece que deberían buscarse propuestas de mejora de la situación, teniendo en cuenta no sólo lo que sería deseable que se hiciera,

sino también lo que parece razonable pensar que pueda hacerse. En la medida de mis posibilidades intentaré dar algunas pinceladas a todos estos temas.

La coordinación realmente existente y sus motivos

El proceso de transferencias de la sanidad, como ya señalan otros de los autores, se hizo de una manera poco meditada y desde luego bastante “a tirones”, mediados por cuestiones políticas y con una falta de responsabilidad bastante clara por las partes: la Administración central subfinanciando los recursos que transfería y las CCAA aceptándolos a cualquier precio en el entendido de que, a medio plazo, el tema económico se acabaría solucionando. La finalización del traspaso en 2001 fue claramente una “liquidación por derribo” de un Ministerio de Sanidad que a toda costa

quería deshacerse de lo que entendía como un problema, y un tira y afloja de las CCAA para obtener una mejor posición relativa, renegociando los fondos iniciales. Es decir, las transferencias se hicieron sin un plan previo meditado y sin delimitar claramente las competencias de las partes, por lo que quedó abierto el problema que con el tiempo no ha hecho más que empeorar, por motivos obvios, ya que cada CCAA ha ido generando su propio camino, en ocasiones bastante divergente, y ahora resulta más que difícil conseguir que rebobinen.

Siempre está en el trasfondo del debate si la sanidad mejoró o no con las transferencias. La teoría es bien conocida: se acercan las decisiones a los ciudadanos y los que toman las decisiones con mejor conocimiento del terreno. No obstante, el asunto no deja de estar poco claro y convendría fundamentar con resultados lo anterior. La contraparte también se conoce: la cercanía favorece las presiones de grupos de interés (políticos, empresariales, etc.) y se ha multiplicado la burocracia por 17, y ya se sabe que cuando a alguien se le da un cargo, en general, intenta dejar su impronta en el tema (es decir, llevar a la práctica sus

ocurrencias, lo que a veces es positivo y a veces nefasto).

Las desigualdades

¿Son las desigualdades en salud y en los servicios sanitarios el resultado de las transferencias?, ¿o son simplemente inevitables?, porque no se puede olvidar que se trata de territorios con notables diferencias en otros aspectos muy importantes, como la demografía o la renta per cápita, que indudablemente influyen en la situación de salud de la población.

Desde la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública hemos intentado hacer varias aproximaciones a este tema, y desde luego siempre hemos chocado con un serio problema a la hora del acceso a indicadores e información sanitaria básica que se ha hecho cada vez más difícil de conseguir en la medida en que las CCAA han ido generando sistemas propios y diferenciados, y en que algunos temas como las listas de espera se han convertido en alto secreto (las reales por supuesto, porque las oficiales son, en algunos casos como el de Madrid, mera propaganda sin aproximación alguna a la realidad).

Es obvio, por otro lado, que algunos gobiernos autonómicos, especialmente el de Madrid, tienen un empeño especial en buscar todo tipo de motivos de fricción con el Ministerio de Sanidad (sistema de contabilidad de las listas de espera, vacunación del neumococo y papilomavirus, decreto sobre tabaquismo, bancos de cordón, etc.) y que de ello se derivan situaciones absurdas como diferencias en los calendarios vacunales. Está todavía por determinar cuáles serán las consecuencias a medio y largo plazo sobre la atención sanitaria y la salud de la población.

¿Qué se puede hacer?

Lo primero es asumir que, para bien o para mal, la situación actual es bastante difícil de cambiar y que ha generado multitud de intereses creados y de rutinas de trabajo cuya modificación generará muchas resistencias, aunque sólo sean inerciales. Hay que tener en cuenta que, como ya se ha señalado, el hecho de que la asistencia sanitaria siga perteneciendo, en teoría, al ámbito de la Seguridad Social (a pesar de la contradicción que crea el hecho de su *cuasi*-universalización) permite algunas

garantías jurídicas, no sólo para el patrimonio, sino también para el control de la Administración central sobre la misma.

En teoría habría que asegurar:

1. Sistemas de información homogéneos para todas las CCAA y publicidad de los mismos de una manera actualizada.

2. Estudios en profundidad sobre la evolución de los sistemas autonómicos de salud y las desigualdades y diferencias que existen entre los mismos.

3. Transferencias de MUFACE a las CCAA como primer paso para su integración en el régimen general.

4. Objetivos de salud del Sistema Nacional de Salud. Sólo recordemos que el Plan Integrado de Salud sigue estando pendiente desde 1986.

5. Recursos sanitarios suficientes para una atención sanitaria de calidad.

6. Dotar al Consejo Interterritorial de Salud de capacidad real de gobierno del Sistema Nacional de Salud.

Los puntos 1 y 2 están incluidos entre los Objetivos del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud, aunque está por ver si se consiguen, sobre todo por la falta de capacidad actual del Consejo Interterritorial para lograr que se cumplan sus

acuerdos. En el apartado 4 parece que se ha optado por hacer grandes planes sectoriales por problemas o patologías que tienen la ventaja de ser muy vistosos, pero a su vez tienen el inconveniente de que parecen olvidar que los recursos del sistema sanitario son los que son, y que hay que priorizar actuaciones e integrarlas en la práctica concreta.

Los apartados 5 y 6, por supuesto, están atascados en la delimitación de competencias entre el Ministerio y las CCAA y no tienen visos de avanzar.

El apartado 3 tiene a su favor en su primer aspecto una buena acogida por las CCAA, ávidas por conseguir más recursos, pero quedando menos claro el segundo, porque podría generar una nueva desigualdad en la medida en que algunas CCAA probablemente optarían por una profundización del modelo MUFACE (Madrid, por ejemplo, ha reforzado el sistema de colaboradoras de los trabajadores laborales de la Comunidad).

En este contexto, parece que los avances sólo pueden ir por una vía, que es precisamente la única en la que existe un consenso autonómico: la necesidad de incrementar la financiación. Por supuesto si este

incremento se produce en el contexto actual (financiación general y no finalista), los aumentos irán destinados a los apartados que los gobiernos de turno consideren más oportunos, y fácilmente no al sistema sanitario (lo que ha pasado en Madrid y Valencia con las aportaciones acordadas en la conferencia de presidentes), por eso las aportaciones adicionales deberían ir destinadas específicamente a sanidad, con objetivos concretos, porque ello permitiría: a) controlar el destino de los fondos sanitarios; b) otorgar al Consejo Interterritorial una categoría más técnico/operativa, confiándole la determinación del reparto de fondos y de los objetivos a cubrir, y c) permitir al Ministerio un liderazgo que supere el aspecto poético-declarativo.

Es evidente que el asunto presentara muchas reticencias porque las CCAA en general (unas por unos motivos y otras por otros muy diferentes) no desean un modelo que les obligue a comprometer parte de sus fondos a la sanidad, pero es obvio que si se colocan en la mesa de debate aportaciones sustanciales, ninguna de ellas podrá permitirse el lujo de negarse a un acuerdo de este

tipo. Por supuesto, se trata de una propuesta que no parece inviable, y en la que todos los actores obtendrían alguna ventaja. Sería deseable que los sectores sociales y profe-

sionales profundizaran en una alternativa viable que asegure a la vez la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y los mecanismos de coordinación interterritoriales.

