

III. SERVICIOS SANITARIOS

CAPÍTULO 9

LA COORDINACIÓN GENERAL SANITARIA

Enrique Castellón Leal
Diego José Martínez Martín
Javier Sánchez Mariana

1. Introducción

La coordinación general sanitaria es una de las funciones que caracteriza la intervención del Estado en el sistema sanitario público español, definido por la Constitución y desarrollado por la Ley General de Sanidad de 1986. La reserva al Estado por una parte, y a las Comunidades Autónomas por otra, de ámbitos específicos de competencia sanitaria hace patente la necesidad de establecer mecanismos de coordinación que hagan posible la mayor eficacia de las intervenciones públicas.

Con la Ley General de Sanidad se produce un cambio legal de nuestro modelo sanitario, que pasará de un sistema cuya principal característica era la multiplicidad de redes públicas, con predominio de la red estatal de la Seguridad Social, a un Sistema Nacional de Salud, configurado como el conjunto de Servicios de Salud, coordinados entre sí, que descansa en la integración de la salud pública y la asistencia sanitaria, y la consolidación de las distintas redes sanitarias públicas bajo la responsabilidad principal de las Comunidades Autónomas que están llamadas a asumir esa asistencia sanitaria integral. No obstante, desde su promulgación han pasado once años y el modelo sanitario territorial sigue pendiente de culminación.

En función de la futura y deseable plena transferencia, resulta necesario revisar las funciones sanitarias del Estado, dar una nueva dimensión a la coordinación general de la sanidad, como una de las principales funciones estatales según le reserva el artículo 148.1.16ª de la Constitución, promover la cooperación entre el Estado y las Comunidades Autónomas, y de éstas entre sí, y, especialmente, potenciar el papel del Consejo Interterritorial, que se debe constituir como el órgano fundamental de participación y actuación en común.

En esos objetivos se insertan las propuestas que debate actualmente la Subcomisión del Congreso de los Diputados para la consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud, que en este artículo se explican y desarrollan.

2. La coordinación sanitaria en la Constitución y en la Ley General de Sanidad

En diferentes ámbitos y acepciones, la Constitución utiliza el término "coordinación"; en el art. 103.1 ("la Administración Pública... actúa de acuerdo con los principios de...coordinación..."); en el art. 149.1 ("El Estado tiene competencia exclusiva sobre las siguientes materias"), apartado 13 (coordinación de la planificación general de la actividad económica), apartado 15 (coordinación general de la investigación científica y técnica) y apartado 16 (coordinación general de la sanidad); y en el 156.1, que establece la autonomía financiera de las Comunidades Autónomas con arreglo al principio de coordinación con la hacienda estatal.

Así, entre las competencias propias del Estado se encuentra la citada de "coordinación general sanitaria". En materia sanitaria, la Constitución reserva a la competencia exclusiva del Estado una serie de importantes funciones (art. 149), fundamentalmente de naturaleza normativa, trasladando la tarea de desarrollo y ejecución de esa legislación a las Comunidades Autónomas.

Por su parte, la Ley General de Sanidad dedica todo el Capítulo cuarto del Título III a la Coordinación General Sanitaria, con la idea de que las competencias compartidas, como resulta de las sanitarias, no pueden ejercerse eficazmente si no hay entendimiento entre los diversos entes públicos responsables en las mismas.

Además de ello, a lo largo de todo su texto hay continuas referencias a la colaboración entre las distintas Administraciones implicadas en el sistema sanitario, aunque específicamente es en los artículos 47 y 48 donde nos encontramos con órganos cuya función primordial es la de coordinar las actividades de las Administraciones Sanitarias del Estado y de las Comunidades Autónomas. El art. 47 crea el Consejo Interterritorial de Sistema Nacional de Salud, al que, como veremos más adelante se le asigna, esencialmente, funciones de coordinación, y el art. 48 establece que "el Estado y las Comunidades Autónomas podrán constituir comisiones y comités técnicos, celebrar convenios y elaborar los programas en común que se requieran para la mayor eficacia y rentabilidad de los servicios sanitarios.

3. El proceso transferencial en sanidad

Todos los Estatutos de Autonomía atribuyeron a las Comunidades Autónomas competencias en materia de "sanidad e higiene" y las de Andalucía, Cataluña, Galicia, País Vasco y Navarra asumieron, también, competencias de "desarrollo legislativo y ejecución en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad social". Posteriormente, a este segundo grupo se unen la Comunidad Valenciana y Canarias, mediante Ley Orgánica de ampliación de competencias. Estas siete Comunidades son las que han recibido, hasta el momento, las transferencias correspondientes al INSALUD.

Hay que recordar que en la Constitución, por razones de orden histórico, se consideran separadamente, de una parte, las funciones tradicionales de sanidad interior e higiene, y, de otra, las instituciones de la Seguridad Social; las primeras se consideraron del ámbito propio de las Comunidades Autónomas (146.1, 2.1ª) y la Seguridad Social básicamente de competencia estatal sin perjuicio de la prestación de sus servicios por las Comunidades Autónomas (149.1.17ª). La Ley General de Sanidad promueve la fusión de ambos componentes y su integración en el denominado Sistema Nacional de Salud.

Desde el primer momento, el proceso de transferencias en materia sanitaria se dividió en tres bloques. Por un lado, las funciones tradicionales de sanidad e higiene, por otro, la denominada Administración Institucional de la Sanidad Nacional (Aisna), que agrupaba un conjunto de instituciones asistenciales de diverso origen histórico en manos del Estado, y, como tercer bloque, la asistencia sanitaria de la Seguridad Social que gestiona desde 1978 INSALUD. Actualmente y desde hace ya bastante tiempo, los dos primeros bloques han concluido su proceso de transferencias a todas las Comunidades Autónomas.

En cuanto al proceso transferencial de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, lo primero que llama la atención es su secuencia temporal. El primero de estos traspasos fue el efectuado, en 1981, a Cataluña, antes de que transcurrieran dos años desde la aprobación de su Estatuto de Autonomía; casi tres años después se realizarían los de Andalucía; en el año 1987 se negociarían los traspasos al País Vasco y la Comunidad Valenciana; y ya en 1990 tiene lugar la aprobación de las transferencias a Galicia y Navarra. El último de los traspasos hasta el momento, prácticamente trece años más tarde que el primero, fue el de Canarias, realizado en 1994.

Razones de tipo técnico, y sin duda de oportunidad política, podrían justificar el que Comunidades Autónomas con Estatutos de Autonomía y competencia para

la gestión de los servicios sanitarios de la Seguridad Social, asumida estatutariamente en fechas prácticamente simultáneas, reciban los traspasos con una significativa diferencia temporal.

Así, Andalucía y Galicia, que tienen asumida la competencia desde el año 1981, recibirán los traspasos del INSALUD con una diferencia de seis años entre uno y otro: en 1984 Andalucía y en 1990 Galicia, habiendo ésta incluso acudido al Tribunal Constitucional en 1990. Idéntica situación se produce con los traspasos a la Comunidad Valenciana, Navarra y Canarias; la posibilidad de asumirlos, en los tres casos, arranca de 1982, sin embargo la Comunidad Valenciana los recibe en 1987, Navarra en 1990 y Canarias en 1994.

Estas diferencias se producen, igualmente, en la valoración de los medios y en las condiciones en que éstos se reciben. La Administración del Estado se reserva determinadas competencias, servicios y funciones, las cuales eran detalladas de forma ciertamente prolija en los primeros Reales Decretos de transferencia, quedando en los últimos (Galicia, Navarra y Canarias) sintetizados en cuatro áreas: el ejercicio de la alta inspección, la coordinación general sanitaria, las relaciones y acuerdos sanitarios internacionales y las actuaciones estatales recogidas en el artículo 40 de la Ley General de Sanidad.

Todo esto, indudablemente, crea una dificultad de coordinación y una disfuncionalidad, provocada por la lentitud de la descentralización, por la existencia de diferentes sistemas organizativos y por el mantenimiento, de la estructura de INSALUD en una gran parte del territorio nacional.

El desarrollo autonómico de la sanidad se ha venido aplicando de forma muy lenta, máxime teniendo en cuenta que la propia Ley General de Sanidad, que ya ha cumplido más de una década, prevé que el INSALUD continuará existiendo y ejerciendo las funciones que tiene atribuidas, en tanto no se haya culminado el proceso de transferencias a las Comunidades Autónomas con competencias en la materia.

Debe entenderse en una interpretación realista de la Ley General de Sanidad, que no es la usual, que nuestro modelo sanitario fue realmente concebido como un modelo dual, esto es, con unas competencias de asistencia sanitaria compartidas, según las Comunidades Autónomas, entre el Estado y las Autonomías. Esta situación se ha dado de hecho en el sector sanitario en los últimos diez años en términos similares a la distribución de competencias en materia educativa.

No obstante, esta situación no es deseable que se prolongue más, ni para las Comunidades Autónomas con competencias estatutarias y transferencias de los ser-

vicios, ni para las que no las tienen. De igual manera, esta situación dificulta al Gobierno central avanzar en las redefiniciones de su papel en un Estado descentralizado y organizar adecuadamente los mecanismos de coordinación, que es la principal función que le corresponde.

Por ello, resulta patente la necesidad de dar continuidad histórica al proceso de descentralización del Sistema Nacional de Salud de una forma armónica, valorando que en su proyección futura, este proceso debe ser acorde con los principios de solidaridad y equidad que garanticen la igualdad de todos los españoles en su derecho a la protección de la salud, como responsabilidad concurrente de los poderes públicos, tanto a nivel central como autonómico.

El cierre del proceso de descentralización requiere traspasar a las Comunidades Autónomas los medios y servicios que el Estado dedica al ejercicio de las competencias asumidas por las Comunidades relativas a:

- Ejecución de la legislación de productos farmacéuticos: a todas las Comunidades Autónomas, salvo Canarias, que es la única que ha recibido el correspondiente traspaso (Real Decreto 2468/96, de 2 de diciembre).
- Sanidad e higiene: a las ciudades de Ceuta y Melilla.
- Gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social: sólo Aragón tiene hoy habilitación estatutaria para recibir el traspaso de medios y servicios del INSALUD. Mediante Ley Orgánica 5/96, de 30 de diciembre se produjo una modificación de su Estatuto de Autonomía que le permite recibir los traspasos del INSALUD. El resto de Comunidades Autónomas precisan reformar su Estatuto de Autonomía o bien recibir atribución competencial en dicha materia a través de Ley Orgánica de transferencia o delegación.

4. La descentralización territorial de la sanidad

El proceso de descentralización sanitaria no debe terminar con la transferencia de la red de la Seguridad Social del Estado a las Comunidades Autónomas, es preciso que los fenómenos de la descentralización administrativa y de la autonomía de gestión se lleven a cabo también en el ámbito de cada una de las Comunidades Autónomas, es por ello por lo que es necesario seguir avanzando en los procesos de descentralización, y en concreto, por lo que se refiere a las Administraciones Públicas, dar nuevo impulso a la participación de las corporaciones locales en la asistencia sanitaria.

Una vez se finalice el proceso transferencial de las Comunidades Autónomas, el siguiente paso adelante en la descentralización puede ser lograr una mayor implicación de la Administración local en la asistencia, a fin de que puedan desplegar todo el potencial que ésta tiene como Administración más cercana al ciudadano.

En la Ley Reguladora de las Bases de Régimen Local se admite la posibilidad de que los municipios puedan realizar actividades complementarias de otras Administraciones públicas en materia de asistencia, así como recibir delegación de competencias, del Estado o de las Comunidades Autónomas, en materias que afectan a sus intereses propios.

En esa línea parece necesario hacer efectiva la participación de las corporaciones locales en la asistencia sanitaria, que sería posible mediante un impulso de acciones que favorezcan esa actuación complementaria o a través de un proceso de delegación de competencias, dentro de los límites competenciales de las respectivas Administraciones Públicas.

5. Las funciones de la autoridad central

La dirección del sistema sanitario se basa en dos elementos: de una parte, el ejercicio de las funciones de autoridad sanitaria central, y, de otra, la coordinación territorial, que se ejerce a través del Consejo Interterritorial.

La culminación del proceso de transferencias debe permitir una reconsideración a fondo de las funciones de la autoridad sanitaria central y del ejercicio efectivo de las mismas por el Ministerio de Sanidad y Consumo, que actualmente viene dedicando una parte muy importante de sus esfuerzos a la dirección del INSALUD.

Sin perjuicio de las cuatro competencias constitucionales del Estado, (sanidad exterior, bases, coordinación general de la sanidad, y legislación de productos farmacéuticos), el papel del Ministerio, como autoridad central del sistema, pudiera desglosarse, de acuerdo con criterios funcionales, en siete apartados: financiación; regulación (incluida la ordenación de prestaciones); planificación; información; acreditación; control (alta inspección); y coordinación.

Estas funciones estratégicas deberán de ser redefinidas a la luz de la experiencia de los últimos once años de vigencia de la Ley General de Sanidad, e impulsadas con el consenso y la participación de las Comunidades Autónomas, agentes centrales en la gestión del Sistema Nacional de Salud.

Además, podría abordarse la necesidad de articular nuevas funciones ministeriales (instrumentos de gestión del aseguramiento) y de reactivar e impulsar algunos contenidos tradicionales de la coordinación general sanitaria (información sanitaria, investigación científica y técnica, coordinación de las políticas de personal, y, especialmente, la coordinación en materia de salud pública), sobre los que más adelante incidiremos.

En un escenario de plena descentralización la dirección del Sistema Nacional de Salud por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo ha de desarrollarse fundamentalmente en la búsqueda del consenso y la participación de las Comunidades Autónomas, que han de contribuir, a su vez, al mantenimiento de la identidad común del sistema de acuerdo a los principios de lealtad institucional y cooperación recíproca.

Con ese objetivo, el Ministerio deberá potenciar el desarrollo de sus funciones de coordinación fundamentalmente a través del Consejo Interterritorial, más por la vía de generación de valor como unidad central y arbitral del sistema, que a través del ejercicio unilateral de su posición jerárquica o de sus competencias privativas.

El cierre del modelo territorial obliga no sólo al Estado sino a todos los agentes a avanzar en la configuración del Sistema Nacional de Salud como tal sistema, que, sin perjuicio de la autonomía de gestión de las Comunidades Autónomas, garantiza unos elementos básicos comunes.

6. La coordinación financiera

El Ministerio de Sanidad y Consumo, en ejercicio de la función estatal de financiación del sistema, debe llevar a cabo una evaluación de las necesidades de recursos y la planificación interanual precisa.

Cualquier modificación del actual esquema de prestaciones, o de provisión de servicios, así como cualquier modificación del marco financiero o la adopción de medidas en el ámbito constitucional de competencias del Estado, implica la necesidad de una evaluación económica y prever su repercusión en cada uno de los agentes del sistema, a medio y largo plazo; ésta debe ser una función de la autoridad central sanitaria.

En un horizonte de culminación de las transferencias de asistencia sanitaria a todas las Comunidades Autónomas, sería necesario institucionalizar mecanismos

específicos de coordinación financiera, tanto con las Comunidades Autónomas -a través del Consejo Interterritorial que debe ampliar sus funciones en la materia-, como con el Ministerio de Economía y Hacienda.

En este contexto cobra especial importancia la realización, por la autoridad central sanitaria, de un sistema de estadísticas en materia económica de alcance supra-comunitario, que permita conocer la evolución del gasto sanitario público, facilitar un cuadro de mandos financieros al Consejo Interterritorial, y articular una correcta programación interanual.

Además de la función de planificación financiera interanual, de información y estadísticas económico-sanitarias, y de interlocución con el Ministerio de Economía y Hacienda y con las Autonomías, el Ministerio de Sanidad y Consumo ha de tener un papel relevante en la asignación de los recursos económicos objeto de programación intercomunitaria.

7. La coordinación en la función de regulación

El sistema sanitario público y su adaptación sucesiva a las necesidades sociales requiere el apoyo y el impulso de un marco normativo adecuado. Esta regulación -sin perjuicio del papel propio que pueda asumir en el futuro el Consejo Interterritorial u otras instancias asistenciales- corresponde, básicamente, al Estado y a las Comunidades Autónomas, mediante el ejercicio de sus competencias respectivas de establecimiento de normativa básica y normativa de desarrollo, en los términos previstos en el artículo 149.1.16^a de la Constitución.

La adaptación de estas normativas a la realidad asistencial y organizativa de la sanidad es un reto que ha de impulsarse con intensidad en el inmediato futuro, si se desea promover una modernización efectiva del sistema sanitario. Se puede afirmar que uno de los déficits más importantes en la implantación del modelo sanitario que estableció la Ley General de Sanidad, fue la falta de una política de desarrollo normativo por parte del Estado y la ausencia de una auténtica acción de coordinación, en cuanto a normación entre el Estado y las Comunidades Autónomas; en muchos ámbitos ambos niveles institucionales se han mantenido de espaldas, habiéndose limitado la función coordinadora a la intervención de la Alta Inspección.

El déficit de desarrollo normativo de la Ley General de Sanidad sigue siendo aún muy importante; si a ello unimos, en el inmediato futuro, los cambios institu-

cionales que debieran de producirse para permitir una mejora cualitativa en la organización y gestión de los servicios, algunos de los cuales ya se han iniciado, es ineludible constatar el importante panorama regulatorio que ha de abordarse.

Para ello, en este ámbito, como en otros, habrá de fomentarse la puesta en común de objetivos y programas normativos, posibilitando la participación de las Comunidades Autónomas en la definición normativa del interés general y, en consecuencia, en las líneas maestras de la regulación sanitaria básica del Estado. En contrapartida, deberá institucionalizarse una vía permanente de comunicación recíproca de las iniciativas normativas de las Comunidades Autónomas, tanto hacia el Estado como hacia las restantes autonomías.

Se trataría, en definitiva, de abrir cauces que permitan superar, también en lo normativo, la dicotomía Estado-interés general frente a Comunidades Autónomas-interés local. Debe, en esta línea, fomentarse un espíritu de colaboración y de coordinación mediante el establecimiento de instrumentos, en el seno del Consejo Interterritorial, de puesta en común de un programa normativo de desarrollo del Sistema Nacional de Salud, fijándose objetivos de priorización y coordinación, que garanticen unas reglas comunes en pro de la estabilidad y seguridad jurídica y de un desarrollo institucional armónico del sistema sanitario en su conjunto, sin que ello pueda suponer, en ningún momento, merma de las respectivas competencias.

8. El Plan Integrado de Salud y los programas sectoriales conjuntos

La Ley General de Sanidad concibe al sistema sanitario como organización asistencial ordenada, entre otros principios, por la planificación. La función de planificación corresponde, básicamente, a las Comunidades Autónomas y se cierra, a nivel estatal, en el Plan Integrado de Salud.

El Plan Integrado se ha de concebir como el instrumento que fija la política sanitaria para el conjunto de España, en base a las prioridades derivadas de la situación sanitaria de todo el territorio. Como tal, debe ser un instrumento fuertemente ligado a los valores de solidaridad e igualdad de todos los ciudadanos y a las necesidades de equilibrar las capacidades sanitarias disponibles en las distintas partes del territorio. También debe constituir el mecanismo idóneo para incorporar prioridades y obligaciones de política sanitaria asumidas por el Estado ante la Unión Europea y las instituciones internacionales.

No se tratará, por tanto, de una mera adición de las políticas y prioridades fijadas en los planes autonómicos. Se tratará, más bien, de complementar los planes autonómicos, dado su alcance parcial y la limitación de recursos de cada autoridad sanitaria. El Plan Integrado de Salud debería, entre otros contenidos, fijar un catálogo de servicios de alta tecnología, que por razones estructurales de gestión deban proveerse por centros de referencia. Sólo buscando una lógica de alcance supraautonómico, el Plan Integrado de Salud sería capaz de proporcionar valor añadido y proporcionar una mayor integración al conjunto del sistema sanitario. Que la lógica del Plan Integrado de Salud sea supraautonómica no quiere decir que haya de situarse al margen de los planes autonómicos y que las Comunidades Autónomas estén excluidas de su proceso de elaboración y aprobación. En tal circunstancia difícilmente podría alcanzar sus objetivos, dado que sus previsiones deben ejecutarse mayoritariamente a través de las propias autoridades y servicios autonómicos de salud. La participación de las Comunidades Autónomas debería canalizarse en el marco del Consejo Interterritorial antes de adaptarse formalmente a propuesta del Ministerio de Sanidad.

Coordinados dentro de los Planes Integrados, aunque con autonomía propia, debe promoverse la programación conjunta en todos aquellos sectores en que la puesta en común de información y la toma solidaria de decisiones permita una gestión más eficaz de los recursos. Esta programación puede ser especialmente eficaz en aquellos servicios, y frente a aquellas patologías, de especial incidencia económica o social, de especial complejidad o sofisticación tecnológica; la técnica de los Planes o Programas sectoriales (lucha contra el Sida, coordinación de trasplantes, hemoterapia, gerontología, etc.), debidamente dotados, puede ser una fórmula útil de coordinación intercomunitaria en el futuro.

9. La necesidad de un sistema compartido de información

La existencia de sistemas de información que aporten datos fiables y comparables sobre el conjunto del sistema es un requisito básico para asegurar el buen funcionamiento del sistema. Varios son los argumentos que nos permiten sostener esta afirmación:

- En primer lugar, los datos de carácter sociosanitario y epidemiológico son cruciales, tanto para la fijación de prioridades, como para la evaluación de los resultados de las políticas sanitarias, tanto en el ámbito autonómico como estatal.

- En segundo lugar, la asignación eficiente y solidaria de los recursos es imposible sin la existencia de una información transparente y fiable.
- En tercer lugar, el avance hacia una medicina basada en la evidencia depende del desarrollo y la difusión de las pruebas sobre la utilización de tecnologías y productos farmacéuticos.
- En cuarto lugar, el desarrollo de los derechos del ciudadano y, en particular, de su capacidad de acceso, elección y reclamación dependen de condiciones mínimas de identificación y de la existencia de información sobre la actuación de los centros y los profesionales.
- Y por último, el estímulo a la mejora de la gestión de profesionales, centros y autoridades sanitarias depende de la existencia de indicadores de costes y resultados que puedan ser objeto de información relevante.

Todas estas condiciones en cuanto a la disponibilidad de información, no pueden ser cumplidas por las Comunidades Autónomas en solitario. Tampoco el Ministerio puede hacerlo sin el concurso de las Comunidades Autónomas. Además, buena parte de la información relevante hoy en día a los efectos citados desborda ampliamente las fronteras estatales, lo que supone la necesidad de participar en sistemas de información sanitaria de ámbito internacional.

Todo lo expuesto justifica la necesidad de superar la actual fragmentación de la información sanitaria en España, creando las bases para un mayor intercambio de información entre las distintas partes del sistema. Con esta finalidad, podría crearse una unidad central de información, conectado al Consejo Interterritorial, en la que se integrara el recién creado Centro Nacional de Información Sanitaria (CNIS) del Instituto de Salud Carlos III.

10. Los instrumentos de coordinación del aseguramiento

El establecimiento de un derecho a la asistencia sanitaria único y universal, que ha de ser garantizado por las Comunidades Autónomas, como responsables de que los servicios sanitarios se presten a los respectivos residentes, y para lo cual reciben una financiación específica del Estado, obliga a establecer unos mecanismos de coordinación entre el Estado y las Comunidades que permitan mantener la igualdad en el ejercicio de esos derechos por los ciudadanos, cualquiera que sea el lugar donde se encuentren. Es necesario mantener un referente común con capacidad

para resolver los conflictos interpretativos que se planteen respecto del contenido del derecho garantizado por el sistema público sanitario, a fin de que la prestación pública, sea igual para todos en todo el territorio del Estado.

Paralelo a ello y como cuestión clave, el sistema de financiación capitativa obliga a mantener el principio de que cada Comunidad Autónoma soporte el gasto de aseguramiento de la asistencia sanitaria de los beneficiarios por los que ha recibido la financiación, siendo necesario establecer un sistema de compensación por los gastos que los desplazados puedan originar fuera de sus respectivos territorios de residencia.

11. La coordinación efectiva de las políticas de personal

Las funciones que se han de desarrollar a nivel central, en lo relativo a la coordinación general de los profesionales de la salud, han de enfocarse desde un doble aspecto, la política global respecto a los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud, por una parte, y la ordenación de las profesiones sanitarias, por otra.

Por lo que se refiere a la política global sobre los recursos humanos, la actuación coordinadora de la Administración del Estado debe estar presidida por el objetivo de mantener unos criterios mínimos de homogeneidad del personal de todo el Sistema Nacional de Salud, criterios que aseguren aspectos tan esenciales como un nivel de calidad uniforme en las prestaciones sanitarias en todo el territorio nacional, como la posibilidad de que todos los profesionales puedan prestar servicios en cualquier centro de cualquier Servicio de Salud o como mantener el coste de los recursos humanos en relación con el gasto sanitario total en niveles equivalentes en todos los servicios del Sistema Nacional de Salud.

Por lo que se refiere a la ordenación de las profesiones sanitarias, la actuación de la Administración del Estado no debe limitarse a actividades meramente coordinadoras, pues la necesaria uniformidad de la estructura profesional en todo el territorio del Estado ha llevado a que tanto la Constitución como los Estatutos de Autonomía mantengan centralizadas estas competencias.

En este ámbito, también cabe resaltar las competencias que la Comunidad Europea ha asumido en orden a determinar los principios generales que se aplican en todo el territorio de la Unión en lo relativo al ejercicio de las profesiones sanitarias.

Por todo ello, la Administración del Estado deberá:

- Contribuir a la elaboración de las normas de la Unión Europea que aseguren una formación de calidad de los profesionales sanitarios en todo el territorio europeo.
- Regular las profesiones sanitarias, delimitando el ámbito del ejercicio profesional.
- Mejorar y actualizar permanentemente los programas y los currícula formativos de las distintas profesiones sanitarias.
- Planificar el acceso a la formación de profesionales, en función de las necesidades del Sistema Sanitario.
- Potenciar, acreditar y evaluar la formación continuada en el ámbito sanitario, como medio de asegurar la constante actualización de los conocimientos y habilidades de los profesionales.
- Establecer mecanismos de carrera profesional para incentivar a todos y cada uno de los profesionales de la sanidad para alcanzar el máximo desarrollo científico, técnico y profesional a lo largo de su vida activa.

12. La coordinación en salud pública

La Constitución de 1978 no incluyó las competencias de salud pública entre las exclusivas del Estado. Consecuentemente con ello, los Estatutos de Autonomía las incluyeron entre aquéllas de su competencia, sin perjuicio del ordenamiento de carácter básico que seguía reservado a favor de la autoridad estatal.

Sin entrar a analizar las causas que propiciaron esta decisión constitucional, la realidad es que, al iniciarse la década de los años ochenta, en España se inició la transferencia generalizada de una función con discreto contenido presupuestario pero muy alto de autoridad (la salud pública), mientras que no se consideró adecuado transferir, salvo en algunos pocos casos, una función con discreto contenido de autoridad pero muy alto contenido presupuestario (la asistencia sanitaria). Paralelo a ello, el mayor esfuerzo organizativo y la atención institucional en los últimos quince años se ha centrado en la asistencia sanitaria, con un escaso desarrollo de la salud pública en España.

Las posibilidades de coordinar las competencias de salud pública de las Comunidades Autónomas están centradas fundamentalmente en el Consejo Interterrito-

rial que, sin embargo, hasta el año 1992 no creó una Comisión dedicada específicamente a ello, que ha servido para la creación de la red nacional de vigilancia epidemiológica (con una relación única de enfermedades de declaración obligatoria), el establecimiento de un calendario único de vacunaciones, la aplicación de las Directivas comunitarias en materia de seguridad de los alimentos y de riesgos medio ambientales, el funcionamiento de una red de alerta para riesgos imprevistos y otros muchos temas.

No obstante, el Consejo Interterritorial, tanto su Pleno como las Comisiones, tienen una limitación concreta: sus consensos no son lo suficientemente ágiles, especialmente ante situaciones de emergencia en salud pública. Por desgracia, conseguir consensos en la situación actual, requiere períodos de tiempo incompatibles con una situación de urgencia.

Dar un salto cualitativo en la política de este sector requiere una profunda reflexión sobre la necesidad de redefinir las funciones de salud pública, y conferir al Consejo Interterritorial facultades específicas de coordinación al objeto de potenciar los programas conjuntos, fomentando aquellas actuaciones que aporten mayor valor de salud, conferir capacidad de decisión urgente al Consejo, ante situaciones previamente definidas y tasadas.

13. El papel coordinador del Consejo Interterritorial

La función coordinadora del Consejo Interterritorial es fundamental, por ello, la reforma del sistema sanitario, que promueve el Parlamento, y la revisión de las funciones de la autoridad central, obligan a una reconsideración de su papel en el futuro.

En esta línea de actuación es necesario impulsar, mediante la iniciativa normativa y, sobre todo, la acción política, un importante cambio en la configuración, las funciones y la capacidad de aunar voluntades que ha de corresponder al Consejo Interterritorial, cuya utilidad, como instrumento de coordinación, de intercambio, de consulta y de puesta en común entre las Comunidades Autónomas y el Estado, ha de incrementarse por la vía de reformas institucionales. Aunque, hasta ahora, la valoración de la existencia y del funcionamiento del Consejo Interterritorial, y del papel del Ministerio en él, ha sido esencialmente positiva, y desde esta base han de entenderse los posibles cambios.

En este entendimiento, los objetivos fundamentales que deberán abordarse en una eventual reforma del Consejo habrán de orientarse a: reforzar su capacidad de

coordinación, ampliar sus campos de acción, modificar su composición, impulsar la participación social, y dotarle de una estructura, medios e instrumentos efectivos para optimizar sus funciones.

A pesar del carácter coordinador que le confirió la Ley General de Sanidad, desde su creación el Consejo ha sido, mayoritariamente, un órgano de comunicación e información del Estado hacia las Comunidades Autónomas, en menor medida de éstas hacia el Estado, y, escasamente, de los Servicios de Salud entre sí. El Consejo Interterritorial debe llegar a ser un foro que posibilite la transferencia de información entre las Comunidades Autónomas en función de las experiencias de gestión que ellas desarrollen.

Para alcanzar este objetivo, sería necesario dotarle de una mayor capacidad de actuación, potenciando su carácter esencial de órgano coordinador. El Consejo ha de concebirse, en el futuro, como una conferencia sectorial muy avanzada, en función de la dinámica específica del sector que está llamado a coordinar.

La potenciación como órgano coordinador no implica que el Consejo se haya de limitar a esta faceta, sino que, además, deberá asumir otras como órgano de carácter consultivo o participativo, en función del ámbito competencial al que corresponde la materia a tratar.

- Consultivo: Para el intercambio de puntos de vista y examen en común de los problemas del sector, así como propuesta de acciones para afrontarlos y resolverlos.
- Participativo: Para que el Estado vehicule la participación de las Comunidades Autónomas en aquellos temas que corresponden al ámbito de la competencia estatal.
- Coordinador: Para el tratamiento de aquellos asuntos de interés común que sean considerados como actuaciones imprescindibles o de eficacia y operatividad necesarias, en cuyo caso actuará como órgano decisorio. Así, se someterían al Pleno del Consejo, cuando actúe en esta faceta, aquellos asuntos que afecten a dos o más Comunidades Autónomas y al Estado (en cuanto a su competencia de coordinación) y se consideren como imprescindibles para no comprometer la realidad misma del sistema.

Reforzar el Consejo Interterritorial debe suponer una apuesta firme por potenciar su faceta de órgano de coordinación en ámbitos fundamentales que caracteri-

zan el sistema sanitario y condicionan su evolución. A esos efectos se propondría que el Consejo abarque, entre otros, los siguientes ámbitos:

- La regulación sanitaria básica (programa normativo del sistema).
- La financiación sanitaria.
- El aseguramiento (derechos y deberes de los usuarios, igualdad de acceso y desplazamientos, identificación y tarjeta sanitaria, entidades colaboradoras).
- La ordenación de prestaciones (contenido, prioridades, financiación selectiva).
- La organización general del sistema (criterios comunes de compra y provisión de servicios, formas organizativas, criterios de acreditación y homologación de centros y servicios, centros de referencia, unidad central de calidad).
- La planificación integrada y los planes y programas estatales sectoriales (Sida, hemoterapia, salud mental, trasplantes, atención sociosanitaria, etc.).
- La información sanitaria (unidad de información).
- La investigación sanitaria (prioridades de investigación aplicada, fondos de investigación sanitaria, evaluación de tecnologías).
- La política de personal del sistema (regulación básica, régimen estatutario, planificación de personal, retribuciones, negociación básica, ordenación profesional, formación profesional, unidad central de personal, etc.).
- La política de compra y suministros (criterios e instrumentos comunes).
- Las actuaciones de salud pública (vigilancia epidemiológica, red de alerta, vacunaciones, etc.).
- La política farmacéutica (criterios comunes de ordenación farmacéutica, inspección farmacéutica, control de calidad, ensayos clínicos, suministro de medicamentos, y, en general, régimen de la prestación farmacéutica).
- La reforma y modernización sanitaria (coordinación de los instrumentos de

innovación y de inteligencia del sistema).

Aumentar la capacidad del Consejo de intervenir en todas las materias antes señaladas supondrá aumentar extraordinariamente el número y complejidad de sus decisiones, lo que no aconseja, como se ha indicado antes, delimitar la responsabilidad respectiva del Ministerio y del Consejo de forma unívoca; la normativa legal que aborde la ampliación de funciones deberá fijar los criterios generales de actuación del Consejo con uno y otro carácter.

La debilidad de la que adolece el actual sistema de adopción de acuerdos, la carencia de compromisos vinculantes contraídos formalmente y la ausencia de una disciplina de seguimiento de los acuerdos, incumplidos en algunos casos sin repercusión, genera un cierto descrédito en las decisiones del Consejo y en su capacidad para realizar una coordinación efectiva. De ahí la necesidad de que el reforzamiento del Consejo lo sea, entre otros ámbitos fundamentales, en lo relativo al carácter de sus acuerdos y a la necesidad de establecer un régimen de seguimiento de los mismos.

Se trata de impulsar la presencia y actividad de los órganos técnicos como auténticas plataformas de coordinación, preferentemente estables en el tiempo, con fines y objetivos bien definidos y rigor en su metodología de trabajo, todo ello sin prescindir de la necesaria flexibilidad. Ello contribuirá de manera decisiva a la coordinación y, como consecuencia, ayudaría a cimentar el principio de equidad, pilar básico de nuestro sistema.

Este esfuerzo organizativo que se pretende para el Consejo Interterritorial, no se puede concebir con la sola actividad del Estado, sino que será precisa la colaboración activa de las Comunidades Autónomas; en esa línea no es descartable que la estructura interna de los órganos dependientes del Consejo permita que las diferentes Comunidades puedan asumir, coordinadas por los órganos centrales del Departamento, las tareas de dirección e impulso de diferentes Comisiones, Ponencias y Grupos de Trabajo.

14. Conclusiones

- La coordinación general sanitaria es una competencia propia del Estado en la que el Consejo Interterritorial tiene un papel fundamental.
- El desarrollo autonómico de la sanidad se ha venido produciendo de forma muy lenta, lo que ha creado dificultades de coordinación y disfuncionali-

dad que no son deseables ni para las Comunidades Autónomas con competencias estatutarias en materia de asistencia sanitaria, ni para las que no la tienen, ni para el Estado.

- En la proyección futura de las transferencias deben respetarse los principios esenciales de solidaridad y equidad.
- La coordinación financiera y la asignación de recursos son funciones de la autoridad central sanitaria. Para dar mayor dimensión a la función coordinadora, debe tenerse en cuenta el marco político actual, las condiciones del entorno socioeconómico y los cambios operados en el sector sanitario y debe garantizarse la solidaridad y nivelación de desigualdades, la suficiencia y la equidad para la financiación de los servicios y el mantenimiento de su carácter de servicio público.
- Existe falta de desarrollo normativo de la Ley General de Sanidad por parte del Estado.
- La existencia de sistemas de información es un requisito básico para el buen funcionamiento del sistema.
- Los consensos del Consejo Interterritorial no son suficientemente ágiles, especialmente en cuestiones puntuales de salud pública.
- Desde su creación, el Consejo Interterritorial ha sido, principalmente, un órgano de comunicación e información del Estado hacia las Comunidades Autónomas, lo que no se corresponde con su carácter coordinador, aunque su funcionamiento, hasta el momento, puede considerarse positivo.

15. Recomendaciones

- Concluir el proceso transferencial de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social.
- En la nueva situación de descentralización que se producirá, será preciso revisar y definir las funciones sanitarias de la Administración de Estado, dando una nueva dimensión a la coordinación general de la sanidad, como una de las principales funciones estatales.
- Promover una mayor cooperación entre el Estado y las Comunidades Auto-

nomas y de éstas entre sí.

- Potenciar el papel del Consejo Interterritorial, mediante reformas institucionales y dotándole de mayor capacidad de actuación, para garantizar unos elementos básicos comunes.
- La descentralización sanitaria debe incorporar en una ulterior fase a las Corporaciones Locales de forma complementaria.
- Para instrumentalizar mecanismos específicos de coordinación financiera, debe desarrollar un sistema de estadísticas supracomunitarias en materia económica. Podría crearse una Unidad Central de Información, vinculada al Consejo Interterritorial.
- Las Comunidades Autónomas deben participar en las líneas maestras de la regulación sanitaria básica del Estado.
- Deben mantenerse unos criterios mínimos de homogeneidad del personal de todo el Sistema Nacional de Salud, así como de nivel prestacional y de equidad en el acceso.