

LA DESCENTRALIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

*Por Juan Luis Rodríguez-Vigil Rubio
Ex Consejero de Sanidad del Principado de Asturias*

Buena parte de los problemas que aquejan al S.N.S. español son iguales a los que tienen otros sistemas sanitarios públicos europeos: recurrente insuficiencia financiera, serias dificultades para afrontar los problemas del envejecimiento de la población; medicalización de la sociedad; dificultad para sostener financieramente el vertiginoso ritmo de innovación tecnológica característico de la sanidad moderna, o los efectos de los enormes cambios culturales y familiares que han experimentado las sociedades europeas.

También se sufre aquí una creciente judicialización de la medicina que induce una carísima práctica defensiva, ante el riesgo cada vez más frecuente de petición de responsabilidades civiles, e incluso penales, por parte de ciudadanos que se creen perjudicados por la actuación del personal facultativo dependiente del servicio público sanitario.

Otros problemas sin embargo, son específicos de España y no aparecen en ningún otro lugar de Europa porque tienen estrecha relación con la situación institucional, cultural y económica española y en la mayor parte de los casos son los que traen causa de las características de nuestro sistema autonómico.

Esos caracteres estaban ya presentes en 1986, en el momento de configuración del modelo sanitario vigente, pero con el paso del tiempo y los cambios políticos e institucionales que se han sucedido desde entonces se han agravado y a veces, cronificado los defectos de partida del S.N.S., haciéndole discurrir por derroteros que en aquel momento no se previeron, o que aún habiendo sido tenidos en cuenta, no se consideraron relevantes, ni susceptibles de poner en riesgo la estabilidad del sistema nacional de salud.

La mayor parte de los problemas del SNS, y sobremanera los de índole económica van a sufrir, están sufriendo ya un serio agravamiento, que será mayor cuando más profunda sea la crisis fiscal de las administraciones españolas, que a mi juicio no ha hecho más que empezar.-

Hasta ahora los usuarios y los trabajadores de la sanidad pública apenas han notado efectos de esa crisis: las plantillas son las que son, las prestaciones se siguen realizando y los ciudadanos aun no sienten que las cosas han cambiado negativamente en este terreno, pero obviamente las cosas van a cambiar en muy breve plazo de tiempo y previsiblemente habrá que hacer ajustes y cambios en nuestra sanidad pública, algunos seguramente muy profundos.

Entre otros efectos, la crisis económica ha puesto de manifiesto descarnadamente los límites y las dificultades que plantea la arquitectura institucional del estado autonómico para la resolución de grandes problemas, algo que la sostenida bonanza económica anterior y el no menos sostenido crecimiento de los ingresos fiscales de los últimos veinte años había ocultado.

Nuestro sistema autonómico nació y se desarrolló cuando la practica totalidad de los españoles creía a pie juntillas que el futuro necesariamente iba a ser, tenía que ser, mejor que el pasado y que el presente, algo que hoy la crisis pone en cuestión con brutalidad.

La verdad es que resulta preocupante y sorprendente que tengamos que enterarnos ahora de que nuestro sistema solo funciona bien en las maduras y que difícilmente soporta las duras. La verdad es que ello demuestra que no estábamos preparados para asumir en su tremenda dimensión esa nueva realidad, y además revela una tendencia hacia la autocomplacencia y un respeto por lo llamado políticamente correcto que resultan excesivos en una sociedad democrática, en la que el espíritu crítico debería ser excitado por encima de todo por instituciones y gobiernos, aunque les dolieran las especulaciones heterodoxas.

La sanidad pública, es uno de los paradigmas de la descentralización autonómica, además de ser el servicio público que más recursos públicos consume en cada autonomía y el que, en general, suscita mayor aprecio ciudadano. Por ello, en muchas zonas de España el test más efectivo sobre la legitimidad del sistema autonómico lo va a proporcionar el resultado que este obtenga en la gestión de la sanidad pública durante la crisis, y también, en como quede esta después de ella.

La descentralización de la sanidad pública española no se pensó, ni se realizó porque se hubiera llegado a la generalizada convicción de que una acción pública es tanto más eficaz cuanto mejor se conoce y se inserta en el ámbito local de la misma, como ocurrió en Inglaterra, algo que la justificaría por la búsqueda de la mayor racionalidad económica posible.

El proceso descentralizador de la sanidad española solo secundariamente ha buscado amparo en la racionalidad y en conseguir el mejor funcionamiento de las instituciones públicas, por más que al tiempo de redacción de la constitución y de promulgación de los estatutos de autonomía y de la ley general de sanidad fuese mayoritaria la idea de que un sistema de gestión sanitaria descentralizado favorecería *per se* la gestión de los intereses

generales y los particulares de los usuarios, a los que se pensaba que afectaba en negativo la centralización en Madrid de las decisiones del Insalud.

Efectivamente, la descentralización sanitaria ha supuesto indudables mejoras en muchos campos, aunque sea escasa la evidencia empírica de sus efectos sobre los resultados en salud.

En la mayor parte de las comunidades autónomas ha sido importante el incremento de servicios y medios asistenciales, siendo especialmente perceptible el cambio en las regiones, zonas urbanas y comarcas rurales que anteriormente tenían más deficiente infraestructura sanitaria.

No obstante, tal y como se ha hecho, de la descentralización traen causa muchos problemas sanitarios. Unos eran viejos y no se han resuelto o se han agravado y otros son nuevos.

La descentralización ha determinado, por ejemplo, redundancias y duplicaciones, y también ha dificultado el establecimiento de nuevos centros sanitarios de referencia supracomunitaria, cuya necesidad resulta evidente dadas las diferencias de tamaño y de medios sanitarios que existen entre las comunidades autónomas españolas, varias de las cuales se sitúan por debajo del millón de habitantes, pese a lo cual ha resultado difícil resistir la opción de *ofertar todo para todos en todas partes*.

Hasta cierto punto esas consecuencias podían ser objeto de fácil rectificación, si no fuera porque la sanidad ha sido y es uno de los terrenos de la acción pública donde todas las comunidades han tratado de reflejar con mayor contundencia los avances y los logros obtenidos por la gestión descentralizada, exaltándose al máximo las virtudes y las capacidades autonómicas por

comparación con el anterior estadio sanitario centralizado, reputado como peor y menos brillante.

De hecho, el papel del servicio público sanitario como factor de cohesión social nacional se ha difuminado, en paralelo a la creciente importancia que tiene como instrumento para conseguir mayores cotas de identidad y de poder autonómico, siendo evidente que, al contrario de lo que ocurre en el resto de Europa, la sanidad pública española tiene mayor significación para la política territorial que para la cohesión social.

En ese sentido nuestra sanidad pública no “*hace país*” en la dirección que lo hacen los servicios sanitarios europeos, ya que se limita a hacer región, nacionalidad o “nación”, según sea en cada caso la terminología estatutaria.

Eso no ocurre ni siquiera en los países que, junto a España, son los más descentralizados de Europa occidental, como Alemania y Bélgica.

Hay que decir que en buena medida y en los últimos tiempos esa visión se ha desvanecido en la mayor parte de las comunidades, a partir del momento en que por huelgas, insuficiencias inherentes a la acción sanitaria y crecientes demandas financieras, se advirtió lo grande y avieso que era el toro y sobre todo la dificultad que tenía su toreo y lo difícil que resultaba obtener resultados políticos partidarios a corto plazo en este terreno, pasada la inauguración y el fasto.

Pese a ello, cualquier observador imparcial del mundo sanitario puede constatar que los sistemas de salud de las comunidades autónomas se han convertido de forma mayoritaria en espacios acotados para la capitalización política partidista, y que los datos sobre la salud y la sanidad han quedado *de facto* de propiedad de los políticos autonómicos, que pueden manejarlos en

ventaja propia, lo que resulta especialmente útil si se tiene en cuenta que en muchas comunidades la valoración ciudadana de la sanidad pública es uno de los principales argumentos de legitimación política.

El aprecio popular que suscita la sanidad pública dificulta en paralelo y el análisis riguroso de sus problemas, incluso de aquellos que requerirían de urgente corrección, y en ausencia de análisis rigurosos por parte de las instancias políticas autonómicas, suele privar en ellas un criterio adversarial a la hora de tratar los temas sanitarios, de forma que las cosas siempre están bien sin matices para quienes gobiernan y muy mal. También sin matices, para quienes se encuentran en la oposición, algo que suele dejar las cosas como estaban. O, en todo, sembrándose una mayor confusión entre los ciudadanos hartos, normalmente de los debates primarios, toscos, y carentes de argumentación lógica y sentido constructivo.

A partir de ello puede entenderse cómo y porqué ha resultado tan rápido, tan natural y sencillo llegar a la actual situación de separación entre las redes sanitarias de las distintas CCAA y la disociación de los sistemas de información y de estadística sanitaria de sus servicios de, todos los cuales partían, por cierto, de un sistema de información imperfecto, pero unificado, sobremanera en las CCAA que las asumieron las competencias del Insalud en el 2002.

En muy poco tiempo se ha conseguido que el ministerio de sanidad, esto es, el gobierno de España, se vea obligado a remitir a las 17 administraciones sanitarias de las autonomías a quien quiera recabar datos precisos sobre el funcionamiento del sistema nacional de salud, algo sumamente engorroso, y en lo que normalmente se fracasa cuando se intenta compulsar datos obtenidos a través de indicadores y redes informáticas autonómicas, ya que estas hasta ahora no son homogéneas, ni homologables.

La prolongada provisionalidad que ha caracterizado la configuración descentralizada del sistema sanitario autonómico, que se demoró hasta el año 2002 cuando todas las CCAA recibieron las competencias asistenciales del Insalud, ha determinado que existan notables diferencias legales, administrativas y asistenciales entre los distintos servicios de salud autonómicos, algo que plantea dificultades para ahormar adecuadamente el Sistema Nacional de Salud, cuya configuración legal se hizo en 1986 con la promulgación de la ley general de sanidad, que creó el Sistema Nacional de Salud (S.N.S.) como el “*conjunto de los servicios de salud de la administración del estado y de los servicios de salud de las comunidades autónomas*” (art. 44.2 lgs.

Ese “conjunto” se articula en la práctica como una especie de foro para el encuentro y para la puesta en común con afán integrador de las ideas, de las normas o de los procedimientos de cada una de las partes que integran el conjunto, que son autónomas e independientes entre sí, hasta el punto de que la existencia del sistema nacional de salud desde el punto de vista institucional es puramente virtual, carece de personalidad jurídica, de sede y ningún ciudadano ni institución podría dirigirse a él pues carece de dirección postal conocida, teléfono, e-mail y ni tan siquiera página web propia

Las normas que regulan la cohesión del sus son ambiguas y en todo caso escasamente operativas, hasta tal punto que ni siquiera garantizan la más básica calidad informativa y estadística de su funcionamiento.

Desde el año 2002 los sistemas de información y de estadística de la mayoría de los servicios de salud autonómicos se han conformado como compartimentos prácticamente estancos entre sí, que raramente permiten comparaciones, ni favorecen una visión global del sistema, hasta el punto de

que el observatorio del Sistema Nacional de Salud, en definitiva, el Ministerio de Sanidad se ve obligado a trabajar mediante encuestas del INE.

Desde la culminación del proceso de trasferencias la información del funcionamiento del Sistema Nacional de Salud se produce fragmentada por comunidades y es propiedad de los respectivos servicios autonómicos. Como resultado en la sanidad pública en su concepto de sistema nadie sabe con la debida certeza cuánto se hace, cómo se hace ni cuánto cuesta.

Dicho de otro modo, con la descentralización que se ha hecho el sistema nacional de salud ha perdido su representación estadística y hoy por hoy es imposible analizar o evaluar técnicamente y económicamente su funcionamiento. Con el agravante de que ese problema tiene difícil solución a corto y medio plazo, al haber establecido cada una de las comunidades autónomas distintos sistemas informáticos para tratar internamente esa información que tienen dificultosa compatibilidad entre sí y que al ser muy costosos son difíciles de sustituir de manera inmediata, aunque ahora se haya llegado a la conclusión de que eso es algo que necesariamente hay que hacer, y con urgencia, con lo que al menos se reconoce el error cometido que es la condición necesaria para corregirlo.

Pero para ello habrá que deshacer lo mal hecho antes, y eso no es fácil, exige invertir coordinadamente en nuevos sistemas informáticos en tiempos de crisis y escasez, cuando los vigentes aun no están ni siquiera pagados en la mayor parte de los casos.

La verdad es que hablar es más fácil que hacer.

Ello permite vaticinar que, por ejemplo, habrá que esperar mucho tiempo para que se ponga en marcha la denominada “sanidad en línea”, pese a la

existencia del real decreto 183/2004, de 30 de enero, que regula la tarjeta sanitaria individual, susceptible de ser utilizada en todo el territorio nacional, cuya implantación fue anunciada en el año 2005 dentro del plan de calidad del S.N.S, que ha sido reafirmado ahora, cinco años después, en el año 2010, en unas optimistas declaraciones realizadas a la salida del consejo interterritorial celebrado hace tres meses.

Ilustra bien la situación la caótica información que las distintas comunidades ofrecen sobre listas de espera, que no permiten una comparación entre si, al ser distintos los métodos de cómputo y también la orientación que se pretende dar a la información, que muchas veces únicamente pretende evitar que la oposición política conozca la realidad.

Todo ello dificulta la sana competencia en busca de la mayor eficacia entre las distintas administraciones territoriales y también la mayor eficiencia en el manejo y asignación de los recursos presupuestarios, algo debería ser el efectos más beneficioso de un régimen sanitario descentralizado, en el que los factores técnicos, de calidad y de sana y leal emulación deberían primar claramente sobre los identitarios o de poder local, que en el estricto campo sanitario tienen poco lugar y tradición.

A mi juicio, ha existido una acción consciente y suficientemente extendida encaminada a evitar comparaciones estadísticas, por ejemplo, eludiendo utilizar sistemas informáticos compatibles.

En realidad, la opacidad informativa y estadística que hoy existe en la sanidad pública autonómica no es un fenómeno excepcional, sino que refleja una actitud que es común otras áreas de actividad de los servicios de salud autonómicos que tienen relación con el ámbito institucional supracomunitario, y

que por ello, deberían proporcionar al S.N.S. la cohesión y solidaridad que precisa para mantenerse vivo como “conjunto integrado”.

Esta es una situación que trae causa de ambiguo y débil régimen legal de coordinación y de cohesión del S.N.S. configurado en la ley general de sanidad de 1986 y en la posterior de cohesión y calidad sin una clara definición institucional a lo que se ha sumado posteriormente la sacralización del paradigma autonómico.

Esa conjunción ha determinado una carencia de poder y de efectividad de los órganos y de los mecanismos de coordinación y de cohesión general propios del Sistema Nacional de Salud.

Cuando se compara nuestro sistema sanitario con el inglés o con el canadiense se obvia la diferencia institucional que existe entre ellos. Lo que allí es un “servicio nacional de salud”, es en nuestro caso un “sistema nacional de salud”.

Un servicio nacional de salud habría exigido la creación de un ente con personalidad jurídica propia, dotado de órganos rectores también propios, con facultades ejecutivas en las concretas y contadas materias que son esenciales para el funcionamiento del sistema sanitario, además de tener un régimen de actuación, de gobierno y de representación claramente imbricado con los servicios de salud de las comunidades autónomas.

Esa era la configuración que se mantenía en el primer borrador de LGS, que atribuía el papel coordinador dentro del Servicio Nacional de Salud al Instituto de Salud Carlos III, cuya gestión y dirección habrían de compartir las CCAA y la Administración General del Estado y que habría permitido configurar un conjunto sanitario homogéneo, estable y equitativo en sus medios y prestaciones, sin perjuicio de la autonomía de gestión y de organización propia

de cada uno de los servicios de salud de las autonomías, dado que se habría encargado de desarrollar funciones que, por su importancia científica, técnica, tecnológica, formativa y económica son decisivas en el ámbito de la salud, como las de investigación; de evaluación y homologación clínica, económica y tecnológica; las de integración y difusión de la información y de la estadística sanitaria, así como las de investigación epidemiológica.

Pero eso no fue.

Nuestro sistema tiene que poco ver con esa formulación, y no es sino un “conjunto” organizado de ideas, de normas, de procedimientos, o de elementos que pretenden contribuir a un mismo objetivo, en este caso, la gestión “integrada” de todos los instrumentos y medios de la sanidad pública orientados a la promoción y la protección de la salud, los cuales son, básicamente, de titularidad autonómica.

Nuestro “conjunto” se articula en la práctica como una especie de foro para el encuentro y para la puesta en común con afán integrador de las ideas, de las normas o de los procedimientos de cada una de las partes que integran el conjunto, que son autónomas e independientes entre sí, hasta el punto de que la existencia del Sistema Nacional de Salud desde el punto de vista institucional es puramente virtual.

Un sistema sanitario “integrado” por servicios de muy distinta dependencia, dirigidos por autoridades que sustentan, o que pueden sustentar criterios políticos, sociales y económicos que tienen, o que pueden tener grandes diferencias entre sí, y en el que, además, pueden ser relativamente dispares los objetivos políticos y sanitarios que se buscan a corto, a medio y a largo plazo, solo puede mantenerse cohesionado si las normas que lo configuran son muy precisas y definen un marco estable, homogéneo y operativo que, por

decisión explícita e incondicional de los diversos elementos que lo configuran, tenga una inspiración organizativa común, orientada en todo caso y circunstancia a mantener el carácter integrado, igualitario y solidario del conjunto por encima de políticas coyunturales y zonales.

Desde el punto de vista normativo, y desde la experiencia de su funcionamiento, esas características son difíciles de visualizar hoy en el Sistema Nacional de Salud.

Y por ello, su futuro es cuanto menos problemático.

Para el funcionamiento integrado de un “sistema” es decisivo que se pueda mantener un grado adecuado y eficaz de coordinación entre las distintas partes que lo integran y ciertamente ninguna coordinación puede ejercerse de forma eficaz y permanente si no se configuran unos órganos o unas estructuras donde residenciarla, dado que la clave para el funcionamiento coordinado del sistema se encuentra en la mejor o peor, o la más o menos adecuada definición organizativa y funcional que tengan los órganos o estructuras donde se “residencia” la coordinación.

El desarrollo que dentro del S.N.S. han tenido esos órganos desde 1986 al presente explica la precaria situación de la coordinación del sistema sanitario español y sus insuficiencias, así como el riesgo de disgregación que lo amenaza.

Para valorar la situación conviene tener en cuenta el art. 149.1. 16ª ce, que se refiere a las competencias del estado en relación con la “*sanidad exterior, bases y coordinación general de la sanidad y legislación farmacéutica*”, la sentencia del Tribunal Constitucional de 28 de abril de 1983 había establecido con claridad que *esa coordinación general debía de ser entendida como la fijación de medios y sistemas de relación que hagan posible la información*

reciproca, la homogeneidad técnica en determinados aspectos, y la acción conjunta de las autoridades sanitarias estatales y comunitarias en ejercicio de sus respectivas competencias, de tal manera que se logre la integración de actos parciales en la globalidad del sistema sanitario .

El carácter imperativo que tienen los términos *hagan posible* contenidos en esa sentencia determinaría la necesidad de *un régimen* integrado de información y de acción sanitaria, que en modo alguno podría quedar sometido al arbitrio de una parte, o de unas partes del conjunto, en la medida que afecta al interés general de los ciudadanos, además de que la sanidad es un sector importante de la política interior que corresponde dirigir al Gobierno de la Nación, por mandato del artículo 97 de la constitución española, que implica una competencia general, que legitima un especial protagonismo del Gobierno en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Pese a que la anterior doctrina legal constituía una *hoja de ruta* precisa que habría permitido regular con pleno amparo constitucional la coordinación general sanitaria y ordenar con racionalidad un sistema sanitario descentralizado y a la par armónico, los avatares de la negociación de la ley general de sanidad con los partidos nacionalistas llevaron una redacción legal de esta cuestión claramente ambigua.

Así, el artículo art. 47. De la lgs estableció al respecto únicamente que:

1. Se crea el consejo interterritorial del sistema nacional de salud, que estará integrado por un representante de cada una de las comunidades autónomas y por igual número de miembros de la administración del estado.
2. El consejo interterritorial del sistema nacional de salud será el órgano permanente de comunicación e información de los distintos servicios de salud, entre ellos y con la administración estatal, y coordinará, entre otros

aspectos, las líneas básicas de la política de adquisiciones, contrataciones de productos farmacéuticos, sanitarios y de otros bienes y servicios, así como los principios básicos de la política de personal.

3. El consejo interterritorial del sistema nacional de salud ejercerá también las funciones en materia de planificación que esta ley le atribuye.

Asimismo ejercerá las funciones que le puedan ser confiadas para la debida coordinación de los servicios sanitarios

La composición paritaria del órgano permitía la presencia en el mismo de representaciones de los departamentos de la administración del estado más afectados por la política sanitaria.

Justamente por la calculada ausencia de precisión con la que este órgano se reguló en la lgs y pese a su proclamada importancia, el detalle de sus funciones y competencias se relegó a un reglamento de régimen interior.

Desde 1986 hasta el año 2002 el ministerio de sanidad mantuvo una clara supremacía en el seno del consejo interterritorial. Ello se debió, en primer lugar a la situación de paridad existente entre la representación de la administración general del estado que, unida a la fuerte cohesión que mantuvieron en cada momento los distintos gobiernos de la nación y los de las autonomías que le fueron políticamente afines, permitió establecer claras mayorías en el consejo, aunque en este las resoluciones nunca se llegaban a votar y sobre todo, porque existió la hegemonía presupuestaria y organizativa que tuvo el ministerio de sanidad que gestionaba directamente algo más del 40% del total de la sanidad española a través del Insalud.

Sobre esas bases, el funcionamiento de la coordinación en el seno del consejo interterritorial dependió principalmente del talante y de los criterios que en cada caso tuviera el gobierno de la nación y, en particular, el ministro o la ministra de sanidad correspondiente.

La inteligencia y el criterio dialogante de algunos de esos ministros facilitó la consolidación del consejo con unas características que se mantuvieron hasta bien avanzada la década de 1990, hasta el punto de que se llegó a pensar que el modelo de la descentralización sanitaria podía llegar a ser ejemplar y trasladable a otros ámbitos de la acción pública.

No obstante a finales de esa década el órgano y su configuración entraron en crisis, produciéndose el rechazo de su composición paritaria y de las medidas adoptadas en su seno por parte de las comunidades gobernadas por partidos o por coaliciones que en la Cortes Generales estaban en oposición al Gobierno de la nación.

En todo caso, en parte por esas razones, y en parte por la dinámica institucional sanitaria generada por la culminación de las transferencias sanitarias a todas las comunidades autónomas, en el año 2002 era imprescindible adaptar la composición y el funcionamiento del consejo a la nueva realidad creada. La ley de cohesión y calidad del sistema nacional de salud (LCYC.S.N.S.) reformó por completo su composición, régimen de funcionamiento, así como sus competencias y funciones.

El artículo 60 de esa ley definió al consejo interterritorial como

El órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información de los servicios de salud entre ellos y con la administración del estado, que tiene como finalidad promover la cohesión del sistema nacional de

salud a través de la garantía efectiva y equitativa de los derechos de los ciudadanos en todo el territorio del Estado., estableciendo, también, una inconcreta relación del mismo con la cámara alta, rompiendo con la fórmula paritaria establecida en la LGS, el artículo 70 de la ley de cohesión y calidad del S.N.S. suprimió la anterior paridad entre la administración general del Estado y las comunidades, de forma que componen el órgano el Ministro de Sanidad y Consumo, que ostentará su presidencia, y los consejeros competentes en materia de sanidad de las comunidades autónomas.

Por otro lado, en la LCYC le otorgó un amplísimo elenco de competencias, las cuales exceden, con mucho, de las denominadas explícitamente de coordinación recogidas en el apartado 3 del artículo 71.

Entre ellas se encuentran algunas que por su naturaleza primordial tienen especial relevancia para el funcionamiento, la estabilidad y el futuro del Sistema Nacional de Salud sin menoscabo, obviamente, de las competencias legislativas de las Cortes generales y, en su caso, de las normativas de la Administración General del estado, y también de las competencias de desarrollo normativo, ejecutivas y organizativas de las comunidades autónomas.

En su mayor parte, esas funciones proceden del completo vaciamiento y traslación que se le ha hecho de las anteriormente correspondientes al ministerio de sanidad y al Insalud.

Por ello la función del C.I. en el sistema sanitario español tendría que ser nodal y determinante.

No obstante, al establecerse la regla de la unanimidad como regla para la toma de decisiones en su seno se ha condenado a este órgano a una tan fatigosa mecánica para decidir que las más de las veces el resultado, si llega a existir, nace estéril y vacío de contenido práctico, por más que vaya acompañado de amplia literatura explicativa, de manera que cuando en el consejo interterritorial se llega a un acuerdo operativo es porque la evidencia del asunto, su necesidad o su urgencia son tan abrumadores que resultaría imposible a cualquier persona no ponerse de acuerdo, por irrazonable que esta fuese.

Pero eso es difícil que ocurra en relación con cuestiones que puedan suscitar problemas de fondo entre la Administración General del Estado y las comunidades, o entre estas, tanto sean de índole competencial como de otra naturaleza, y sobre todo si el asunto tiene implicaciones financieras donde el interés común no sea tan evidente

La demostración de lo inútil e insustancial que es la exigencia de unanimidad para la adopción de decisiones en cualquier sistema de gobierno que se pretenda mínimamente coherente se pone de manifiesto en los enormes esfuerzos que se han realizado en el seno de la comunidad europea para librarse del lastre que ese sistema suponía para las instituciones comunitarias.

No parece sensato, ni lógico que lo que era reconocidamente malo para la CEE pueda ser bueno para España, por mucha peculiaridad que el sistema autonómico otorgue a nuestro régimen institucional, y por mucho que deban de respetarse los factores identitarios de cada territorio, los cuales, en todo caso, difícilmente pueden extenderse al campo de la protección de la salud.

La unanimidad como basamento del régimen de adopción de acuerdos en el consejo interterritorial es consecuencia lógica del equívoco enfoque que tuvieron las negociaciones que hicieron posible la ley de cohesión y calidad del

Sistema nacional de Salud, una ley que para gozar del apoyo de todo el mundo ha incluido lo que todo el mundo quería, aunque las posiciones de partida y las demandas que los distintos partidos hicieron fuesen objetivamente incompatibles entre sí.

Entre esas medidas están, por ejemplo, las que ha determinado la inexistencia de cualquier responsabilidad directa por parte de la administración general del estado en el control de la financiación sanitaria autonómica, salvo para afrontar los déficits que se generan, por otro lado, perfectamente previsibles a corto y medio plazo, y ello pese a que el instituto de estudios fiscales ha realizado un espléndido y ejemplar análisis de la situación económica y financiera de los sistemas sanitarios de las comunidades de la filosofía de consenso fácil, pero improductivo deriva la indefinición con que la LCYC.S.N.S. sitúa al Ministerio de Sanidad en el sistema nacional de salud, que dificulta la corrección de las desviaciones que pueda realizar alguna comunidad autónoma, ya que por la exigencia de acuerdo unánime en el C.I, no ha sido posible crear aún un sistema de información sanitaria unificado e integrado, cuya ausencia constituye cada vez más una anomalía que debería resolverse con urgencia , y de los que ante los gravedad de la crisis se ha manifestado en tal sentido, aunque la buena voluntad pe no basta pues se exigen acuerdos con estables y por tanto con plasmación normativa

Conformado de esa manera, el consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud arriesga convertirse a su vez en un problema, o en un simple escenario para la escenificación de los problemas y de las discrepancias existentes en la política sanitaria o en la política general motivados tanto por razones partidistas, como de índole territorial.

Ahora, en el año 2010, la situación es mejor , seguramente porque la crisis obliga graduar y jerarquizar los problemas, situando los verdaderos en primer lugar, y orillando aquellos que tienen menor Inmediatez O pertenecen al espectro estrictamente ideológico partidista, pero no cabe olvidar la retirada de los consejeros de los gobiernos autonómicos dirigidos por el PSOE en 2002, cuando gobernaba el partido popular, ni los pleitos promovidos ante la Audiencia Nacional por consejeros de gobiernos autonómicos del Partido Popular, en relación hasta con cuestiones relativas al orden del día porque todas ellas son situaciones que, de no modificarse el régimen legal del CI, pueden repetirse en cualquier momento

Ahora parece que ante la gravedad de los problemas financieros sanitarios, ante las dificultades para completar plantillas, etc. se esta teniendo más prudencia en la gestión de las discrepancias en el seno de CIS, pero el problema de fondo sigue siendo el mismo y ninguna razón existe para que vuelva a producirse situaciones como las señaladas

En ese marco, no resulta extraña o la fragilidad de las políticas comunes en sectores claves del sistema sanitario público, como las que afectan al personal sanitario,

La negociación de las condiciones retributivas del personal transferido se realiza en condiciones de manifiesta debilidad, pues el sistema descentralizado de negociación colectiva de los salarios de médicos y enfermeras, aumenta el coste político de los negociadores públicos y habitualmente los coloca en una situación más débil tanto política y mediáticamente que en un marco centralizado, siendo este uno de los ejemplos más evidentes de que la proximidad a los centros de decisión no siempre tiene efectos favorables para el interés público.

La experiencia demuestra que en el ámbito autonómico las demandas salariales, si van acompañadas de convocatorias de huelga sanitaria resultan muy difíciles de resistir, e incluso que se trasladan al ámbito parlamentario donde la oposición de turno suele apoyar todo cuando debilita al gobierno de turno y, por ello la ruptura de la disciplina presupuestaria suele tener un significativo menor coste político que el no incremento de las plantillas, o que el acceder fácilmente a los incrementos salariales.

La realidad es que las transferencias del año 2002 dieron lugar a una espiral inflacionista de los salarios causada por el efecto emulación, que se rige por lo que se ha dado en llamar “la carrera hacia la cima”, en la cual el objetivo de los negociadores sindicales es estar siempre por encima de la media nacional, lo que contradice el propio principio de media aritmética estable y genera una continua, imparable y nunca satisfecha oleada de alzas en los salarios, que empieza siempre por los médicos, y que al final, cuando por el citado efecto emulación llega hasta los celadores, vuelve a empezar por la cúspide profesional y así sucesivamente, y que tiene similar cadencia entre comunidades autónomas, de forma que empieza la rueda negociadora por una, la v empiezan a denunciarse agravios comparativos y se sigue la misma cadencia antes señalada.

Sobremano las relativas a los salarios y condiciones de trabajo de los médicos y personal de enfermería como la carrera profesional, o las referidas a la política farmacéutica. Y tampoco sorprende que un sistema al que le es connatural la insuficiencia y la escasez financiera haya sido incapaz hasta hace prácticamente dos meses de articular medidas que permitan obtener economías de escala entre los distintos servicios autonómicos de salud a la hora de realizar compras que son comunes e igualmente importantes para todos ellos, como las de tecnología de vanguardia, o las de determinados fármacos, en las que la mayor cantidad y la interlocución única con los

proveedores permitirían obtener precios y contraprestaciones de todo tipo significadamente mejores que las que aisladamente consigue cada autonomía, por importante que sea su volumen de adquisiciones.

De todas formas aún esta por ver en que queda el acuerdo adoptado en tal sentido, que requiere normas y acuerdos ulteriores de las comunidades, que ya se verá si van todas en la misma dirección.

Es muy larga la relación que puede hacerse de las insuficiencias, disfunciones y oportunidades perdidas que traen causa de la fórmula de unanimidad que se ha elegido de forma manifiestamente extravagante para garantizar la cohesión y la coordinación del S.N.S.

En ella, además de las dichas deberían incluirse cuestiones tan diferentes como las referidas a los sistemas de planificación y de formación del personal titulado sanitario; la investigación sanitaria; las de formación, la evaluación y acreditación de las tecnología de aplicación medica, e, incluso las medidas que permitirían la repatriación y la ubicación en el sistema sanitario público de los muchos médicos españoles que han emigrado en los últimos años etcétera.

En todo caso, parece evidente que como consecuencia de la exigencia de unanimidad a la hora la adopción de acuerdos en el ámbito sanitario aparecen con cierta frecuencia importantes diferencias entre la realidad y las declaraciones programáticas, incluso en relación con materias amparadas por normas cuya aplicación, en principio, no debería ser especialmente problemática.

Los ejemplos son desalentadores así ocurre con el régimen de designación de centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud, cuya regulación se contiene en el Real Decreto 1302/2006, en el cual se

establece un prolijo y detenido procedimiento a tal fin, que concluye con que la designación ha de hacerse *mediante resolución del Ministerio de Sanidad y Consumo*, pero disponiendo también que el Ministerio actúe únicamente de forma vicaria, dado que se exige *previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema*, sin el cual no cabe designación de centro alguno de referencia. Consecuentemente, exceptuados los que ya tenían tal carácter, por haber sido designados con anterioridad al año 2002, (el centro de atención a enfermos parapléjicos de Toledo, o el Instituto Nacional de Silicosis de Oviedo) en la práctica solamente se han creado unos, muy pocos, nuevos centros, servicios y unidades de referencia meramente zonal, y seguramente serán muy raros los que en el futuro se creen con apoyo en ese real decreto.

De hecho, es constatable que en algunos de esos establecimientos se ponen trabas burocráticas más o menos rigurosas para intentar dificultar el acceso de los pacientes no residentes.

La imposición de esas trabas responde a una lógica difícilmente objetable desde el punto de vista de los administradores de los centros, servicios y unidades de referencia. Esos directivos consideran que su principal y primaria responsabilidad política es ofrecer atención sanitaria preferente a los electores de su demarcación territorial que son quienes votan en futuras elecciones a sus jefes políticos.

En paralelo a esa situación, existen CCAA que no tienen población suficiente para disponer de algunos servicios sanitarios que requieren de cierta dimensión poblacional para su normal funcionamiento, al menos con la calidad requerida por los estándares de referencia. Intervenciones de gran complejidad que son habituales y muy frecuentes, casi rutinarias en algunos grandes hospitales suponen, por el contrario, proezas raras y contadas que conllevan riesgos

importantes por falta de entrenamiento de los cirujanos en los hospitales de comunidades pequeñas.

La realidad es que después de la ley de cohesión y de las últimas transferencias, el Sistema Nacional de Salud tiende a configurarse como un sistema, poco armónico, y de creciente heterogeneidad que, además, carece de instrumentos eficaces para fortalecer su cohesión, y para funcionar depende casi en exclusiva de la mejor o peor voluntad que en cada caso y momento tengan los gobiernos autonómicos:

Cierto es que hay lugar para la esperanza, pues en el momento actual, parece que la crisis esta obligando a buscar acuerdos de amplio espectro entre los distintos servicios autonómicos de salud, pero no esos acuerdos hasta el presente no han resuelto ni eliminado las reglas-barrera que están en la base de la manifiesta descoordinación de los distintos integrantes del SNS y que favorecen claramente la fragmentación del conjunto aunque algunos ejemplos de descoordinación flagrante como los relacionados con el calendario vacunal, ahora, en 2010 parece ser que se van corregir ya

También parece que se pretende articular una política común a la hora de controlar y reducir el gasto farmacéutico, aunque sin llegar a normas comunes, por lo que no será infrecuente que los medicamentos que en una zona se restringen, se receten sin traba alguna en la comunidad vecina,

En todo caso, y al margen de la situación sanitaria singular de los territorios forales o amparados por el cupo vasco, cuyos servicios son notablemente mejores y más caros que los del resto de España, es evidente el incumplimiento del precepto del art.1 de la Ley de Cohesión y Calidad (LCYC.SNS.): “todos los usuarios del sistema nacional de salud tendrán acceso a las prestaciones sanitarias reconocidas en esta ley en condiciones de

igualdad efectiva”, pues son manifiestas ya las diferencias que existen entre comunidades, por ejemplo, en relación con las listas de espera, con la salud buco dental y con los servicios de salud mental , o con el acceso a determinadas especialidades y súper especialidades, y también son cada más evidentes las dificultades que tienen los usuarios de las regiones periféricas a la hora de acceder a los servicios y unidades de mayor calidad asistencial que deberían ser o son de referencia zonal en condiciones de plena equidad en relación con los residentes de las comunidades donde esas instalaciones radican, dado que desde la culminación del proceso de transferencias sanitarias no se ha logrado cerrar acuerdo alguno para la configuración de nuevos centros de referencia nacionales del S.N.S. y mucho menos sobre su funcionamiento y financiación.

La no corrección de los elementos que provocan esos síntomas de disociación, arriesga generar a medio plazo un nuevo marco de relaciones institucionales en el ámbito sanitario entre el estado y las CCAA, y también entre estas, que podría determinar la dilución del actual S.N.S. como conjunto integrado por los 17 servicios de salud de las comunidades autónomas más los correspondientes servicios de la aceleradamente hacia diecisiete sistemas sanitarios diferentes, levemente conectados entre si, y posiblemente enfrascados en interactivas carreras de emulación identitaria, reduciéndose la búsqueda de la equidad al concreto ámbito local o autonómico.

Es opinión común que la historia es más compleja que la física, y por ello a los resultados de la actividad política no se les puede exigir más que un elevado índice de probabilidad que, en definitiva, es la verdadera guía de la vida. En ese caso, la probabilidad de que se produzca una descomposición del S.N.S. es tan grande, como negativos serían sus efectos, por lo que más valiera no tener que jugar con ella.

No obstante, el Estado español tiene suficientes títulos de intervención en materia sanitaria para impedir desvíos inmoderados y negativos del sistema porque la protección equitativa de la salud por parte de los poderes públicos de la nación pertenece al capítulo de los principios fundamentales que según la Constitución inspiran y determinan la acción del Estado, y que por ello no derivan, ni deben de estar condicionados por ninguno de los estatutos de autonomía. Y no obstante, algunas señales que en tal sentido se han emitido en los últimos tiempos desde el seno del Sistema Nacional de Salud resultan contradictorias

Por ejemplo es contradictoria con la buena voluntad y el deseo de integración que últimamente manifiestan los distintos responsables autonómicos, seguramente angustiados financieramente por la crisis, con la imposibilidad que ha tenido el ministerio de sanidad a la hora de llevar a buen puerto la anunciada “iniciativa estratégica de listas de espera”, que *quedó en agua de borrajas, y lo mismo ocurre con las dificultades para crear un registro “nacional” “federal” “estratégico” con datos sobre los casos de cáncer que se registran anualmente y cuya existencia sería conveniente para mejorar la prevención, o el diagnóstico precoz.*

Toda minoración de las tasadas, pero esenciales funciones del gobierno de la nación en este terreno debería de generar seria preocupación, incluso entre quienes defendiendo el estado del bienestar son partidarios de un nuevo y mayor incremento de la descentralización pues esa merma favorece objetivamente la alteración, a veces imperceptible a corto plazo, de la homogeneidad de la acción del S.N.S. frente a los ciudadanos, poniendo en riesgo los principios de equidad e igualdad prestacional que son consubstanciales al sistema español de protección de la salud y, en general, a los fundamentos básicos del modelo de estado que determinan la cohesión

política y social que en líneas generales mantiene unida y en paz a nuestra sociedad.

De hecho, incluso en el área de la salud pública se han manifestado dificultades de coordinación y de cohesión pese a que, en principio, esta debería ser materia poco conflictiva en términos competenciales, pues el establecimiento de “bases generales” en este terreno corresponde al estado de forma inequívoca y sin discusión posible, pero es evidente que se ha tratado de minimizar el papel predominante del Ministerio de Sanidad en esta materia, como han puesto de manifiesto recientemente, a propósito de la aplicación de la normativa contra el tabaquismo.

La culminación de las transferencias sanitarias en el año 2002 seguramente habría constituido la ocasión idónea para proceder a la consolidación y al reforzamiento legal de las características cooperativas e integradoras del Sistema Nacional de Salud, superando las indefiniciones propias de los tránsitos competenciales excesivamente largos.

Una vez que todas las comunidades alcanzaron el máximo techo competencial en materia sanitaria debería haber sido tarea prioritaria acometer las actuaciones precisas para “arreglar” las innegables carencias previas del S.N.S. y, sobre todo, las disfunciones generadas durante el largo periodo de funcionamiento provisional del mismo.

En todo lugar y tiempo los diseños provisionales exigen corrección y mejora cuando dejan de serlo y tienen ya la pretensión de permanecer en el tiempo de forma estable.

Por ello el final de la provisionalidad debería haber coincidido con el impulso de las modificaciones o adaptaciones legales adecuadas para conseguir en adelante un funcionamiento estable, integrado y coordinado del sistema nacional de salud en un marco de descentralización armónica, equitativa y susceptible de dar resultado en términos de mayor eficacia.

Esa necesaria reflexión quedó arrinconada, por el proceso de reforma de los estatutos de autonomía, explícitamente orientado a profundizar aún más y sin cortapisas en la descentralización de todas las estructuras del estado, siguiendo la estela del Estatut de Catalunya.

El incremento de la descentralización tiende a una nueva organización del Estado basada, en buena medida, en la asimetría y en el carácter paccionado de las relaciones entre este y algunas de las comunidades autónomas que “para sentirse cómodas en España” reclaman un trato diferencial respecto del resto, lo que implícitamente puede llevar, circunloquios aparte, a que el mismo no solo sea diferente y sino que previsiblemente sea mejor, o más satisfactorio que el destinado a las demás autonomías.

El problema surge porque donde hay un mejor, siempre aparece un correlativo peor que, tanto en el más lejano pasado, como en el presente, ha sido y es muy difícil, sino imposible de soportar pues, aún respetando las diferencias, nadie ni admite de buen grado que por el hecho de residir en uno u otro territorio español se disfrute de mejores o de peores servicios públicos, o se tengan derechos de calidad dispar.

Las reformas de los estatutos de autonomía se están llevando a cabo mediante compromisos aislados, pactados entre las fuerzas políticas dominantes en cada territorio y la mayoría parlamentaria de las cortes que entrañan componendas

puntuales difícilmente conciliables entre sí, como ocurre, por ejemplo, con las relativas a las competencias sobre las aguas y los ríos.

A cualquier observador que haya perdido la inocencia le resultará evidente que ese método de trabajo puede dar lugar a algo más que un simple galimatías legal, aprensión que impregna el sentido del desatendido y también arrinconado excelente y prudente dictamen del consejo de estado “*sobre modificaciones de la Constitución Española*” emitido en enero de 2006, el cual, recomendaba fijar clara y definitivamente las competencias estatales con carácter previo a dicha reforma, de modo que el núcleo esencial del estado no dependiera de pactos, ni de consensos futuros que cualquier puntual coyuntura electoral puede colocar en el vaporoso mundo de las incertidumbres y de la volatilidad.

Me temo que el proceso de profundización autonómica dificulte notablemente la configuración de un diseño final claro y generalmente aceptado del papel central de la Administración General del Estado y, en definitiva, del Gobierno de España en el Sistema Nacional de Salud y en sus órganos de coordinación, de forma que este tenga la operatividad adecuada, pueda adoptar las medidas necesarias para solventar la crisis y salvar al propio Servicio Nacional de Salud y a los principios que lo gobiernan, pues medias de ajuste del mismo, como los copagos o repagos, difícilmente se pueden adoptar sin más y sin apoyo de una decisión nacional por la comunidades autónomas, tanto por su mayor debilidad institucional como por los problemas que planta el gobierno autonómico, donde la fuerza de los *lobyys* de todo tipo, sindicales, corporativos mediáticos, municipales etcétera es muy grande.

Pero además el Estado debe garantizar el igual y normal acceso de todos los ciudadanos a los servicios y medidas sanitarias disponibles en todo el territorio del Estado, garantizándose igualmente el acceso sin discriminación por razón

de renta, ni de residencia a todas las técnicas y adelantos tecnológicos-sanitarios de que se pueda disponer.

La cohesión que proporcionaría la existencia de un adecuado y eficaz régimen de coordinación sanitaria no puede convertirse en un *mantra sagrado* situado al margen de cualquier tiempo y lugar, que se exalta e invoca teóricamente, pero que resulta inalcanzable por su excelsitud y magnífica, pero inalcanzable bondad.

Conseguir con urgencia un grado aceptable de cohesión en el sistema sanitario público español es la primera de las obligaciones que en el marco de la crisis económica hoy tienen los poderes públicos en este terreno

De ahí que el gobierno del estado deba de hacer uso sin ambigüedad ni melindres de las facultades que la constitución y las leyes sanitarias le conceden para articular de forma operativa y real la cohesión sanitaria y, con ella, la equidad efectiva del sistema que es uno de los objetivos que mejor y más contundente explicita la necesidad de un estado fuerte, amparo del que solo los poderosos y los más ricos pueden prescindir buscando para ello los consensos necesarios, que en tiempo *dec reisis* son o deberían ser más fáciles de conseguir .

En España, la experiencia de los últimos años en materia sanitaria demuestra que no todos los problemas se resuelven mediante más descentralización.

De ahí que también sea necesario discutir y establecer mecanismos de solidaridad interregional adecuados que cooperen mejor a esa función que aquellos que claramente han fracasado, o que se advierte ya que están en la senda del fracaso. Y consecuentemente es obligado sustituir lo que pública y

notoriamente no funciona, o que funciona deficientemente, por algo que sea, o que pueda ser más operativo y eficaz.

Este es el caso del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, cuya configuración se ha convertido en un lastre y en un peligro.

Con la reforma de ese órgano no se trataría en absoluto de favorecer posiciones neocentralistas, porque en su actual composición las mayorías y las minorías del consejo interterritorial se establecen por las propias comunidades autónomas, que son indiscutiblemente mayoritarias en el mismo, y no se trataría tanto de cambiar su composición cuando de poner punto final a la indefinición, a la ausencia de cualquier mando sobre el conjunto y, en definitiva, a la inanidad inherentes a la regla de la unanimidad, que no sirve para nada en un sistema federalizado, y aún menos para la adopción de medidas complejas, muchas de las cuales tienen un contenido principalmente técnico o científico.

Algunas de las reformas que el Sistema Nacional de Salud precisa en materia de coordinación seguramente podrían concretarse en fórmulas de gestión nuevas y específicas, dotadas de competencias propias, cuyos órganos de gobierno sean representativos de las comunidades autónomas y de la Administración General del Estado pero, sobre todo, que cuenten con procedimientos precisos y pautados para la toma de decisiones que se articulen, en todo caso, conforme al criterio de la mayoría, sin perjuicio de lo cualificada que esta deba de ser en función de cada decisión, y también de las cautelas y salvaguardas que proceda establecer en garantía de los intereses que resulten minoritarios .

Para ello resulta imprescindible que se disponga de capacidad ejecutiva bastante para convertir en realidad acuerdos adoptados en todos los territorios del Estado.

En la literatura jurídica existe un amplio repertorio de fórmulas que pueden servir de guía para la reforma de las instituciones que deben asegurar la coherencia, la equidad y la cohesión del Sistema Nacional de Salud, y algunos de las cuales seguramente podrían conformarse con carácter independiente, de forma que su actuación se oriente casi en exclusiva al cumplimiento de la ley, al margen de criterios coyunturales de oportunidad política, o de interés partidista, y que, además, permitan respetar aquellos elementos diferenciales de todo tipo, clase y función que no impliquen ventaja o privilegio.

En otros países también existen ejemplos interesantes que pueden servir de inspiración a tal fin sin despertar recelo alguno de ninguna CCAA. Algunos proceden justamente de estados marcadamente descentralizados como Canadá, donde la Conferencia de Presidentes de las provincias canadienses creó en el año 2003 el Consejo de Salud de Canadá que garantiza la transparencia del sistema sanitario y a la par una información fiable sobre el mismo, promoviendo su responsabilidad y cohesión, informando anualmente de ello a la población sobre tales cuestiones.

En todo caso, para superar los problemas señalados que, hasta hace dos años atrás, habían amenazado con crear una situación cacofónica y convirtiendo el concierto en un total desbarajuste, lo verdaderamente importante es que la Administración General del Estado y en concreto el Ministerio de Sanidad recupere su papel de director de orquesta en estos asuntos, algo que ahora, parece, por fin, que pretende asumir, para armonizar la labor del conjunto, integrando y garantizando el funcionamiento eficaz y equitativo del sistema, y con él, la igualdad de todos los ciudadanos españoles frente a los servicios sanitarios públicos.

La buena voluntad, reitero, es claramente insuficiente, requiere normas. Estables y pactadas entre los grandes partidos que gobiernan pueden gobernar el estado y las autonomías.

Uno de los ámbitos donde podría dar resultados positivos una fórmula dotada de incontestable autonomía e independencia funcional y técnica, es en el campo de la acreditación de nuevas tecnologías, técnicas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos susceptibles de ser incorporados a los centros sanitarios públicos, que una entidad independiente de cualquier CCAA podría evaluar con carácter general para todo el S.N.S. con carácter previo a su autorización, con fijación y difusión de los criterios que permitan, o que determinen su utilización en cada situación o caso.

Además, esa figura podría asumir también la encomienda de fijar los sistemas de acreditación de centros sanitarios similares para todas las administraciones sanitarias integradas en el S.N.S., así como realizar la acreditación de los centros, servicios y unidades de referencia para el todo conjunto, o para una parte del Sistema Nacional de Salud.

Asimismo sería factible articular específicamente la centralización, tratamiento y distribución con criterios objetivos de los datos y estadísticas esenciales de la actividad sanitaria, estableciendo protocolos para su obtención e indicadores que resulten homogéneos y que permitan ofrecer un reflejo fiel de la capacidad científico técnica y de la calidad del Sistema Nacional de Salud, realizando, además, su análisis y valoración a todos los efectos (implementación de protocolos de actuación, listas de espera, índices de morbilidad, análisis de costes por proceso, parámetros de calidad. Etc.).

Es obvio se podría garantizar también que la información epidemiológica de todos los servicios autonómicos de salud fuese distribuida sin traba alguna, e igualmente difundidas por todo el S.N.S. las experiencias de buenas prácticas que puedan irse produciendo, promoviendo su implantación generalizada.

En todos los casos resultaría esencial para el funcionamiento y para el futuro del Sistema Nacional de Salud la supresión de la regla de la unanimidad para la adopción de las decisiones que deben de adoptarse en el Consejo Interterritorial sobre un listado de materias tan relevantes como las que se contienen en el artículo 71 de la LCYC.S.N.S. Junto a esa medida, y por elemental respeto a la lealtad que debe de presidir el hacer de las administraciones territoriales en sus relaciones con sus partes y con la Administración General del Estado, debería regularse adecuadamente el procedimiento, o los procedimientos de ejecución de los acuerdos de ese órgano, de forma que se destierre la arbitrariedad que en la actualidad existe a la hora de cumplir las medidas acordadas.

Es verdad que las comunidades autónomas han ido promulgando con diversas denominaciones leyes de ordenación sanitaria, y adoptando en ellas medidas que son ya difícilmente reversibles, y que pueden dificultar la coordinación y cooperación en el conjunto del Sistema Nacional de Salud. No obstante, en bastantes casos aún no se hayan desarrollado reglamentariamente dichas normas, y ello debería ser aliciente para impulsar de manera urgente un nuevo marco normativo de cooperación y de coordinación en esta materia, que resulta especialmente urgente en relación con las políticas destinadas a promover la racionalidad del gasto farmacéutico; la garantía de plena movilidad de que tienen los ciudadanos españoles sin sufrir menoscabo de su derecho a la atención sanitaria.

Igualmente es urgente articular un régimen de coordinación adecuado entre la Administración General del Estado y las administraciones autonómicas con nítida definición de procedimientos y designación de responsables para cuanto se refiere a los programas de formación de postgrado, o para impulsar y financiar el perfeccionamiento y la especialización del personal sanitario, así como para realizar una homologación general de los puestos de trabajo de los distintos servicios autonómicos de salud que permita la igualdad de oportunidades y la libre circulación de los profesionales y trabajadores sanitarios por todo el S.N.S., lo que a la par, podría impulsar de forma cooperativa las funciones del instituto Carlos III en las distintas CCAA.

Dentro del estruendo que caracteriza a la política española en la actualidad y a los debates que tienen lugar en su seno, temas como el la descentralización sanitaria apenas están presentes, y espero que no por alejados de la discusión diaria dejen de tenerse en cuenta a la hora de las necesarias reformas estructurales que en España se deben acometer.

En todo caso, creo que es conveniente que estas cuestiones dejen de ser asuntos raros y excepcionales y que se traten en los ámbitos y los medios que llegan al gran público, pues aunque es muy intenso el debate intramuros del mundo sanitario y entre los expertos que se ocupan profesionalmente del mismo, sus reflexiones se producen habitualmente en círculos y en medios relativamente herméticos, lejanos por ello para la mayor parte de la población, la cual para asumir la necesidad de los cambios y de los ajustes que todo indica que será necesario acometer en el ámbito de la sanidad pública, incluidos los copagos o repagos, necesita conocer el estado de las cosas para ser convencida y no se considere vencida y amargada.