

Las últimas transferencias sanitarias del INSALUD. Una valoración de urgencia

En enero de 2002, se han producido las transferencias sanitarias del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) a las 10 últimas Comunidades Autónomas (CCAA) cuya asistencia sanitaria pública dependía mayoritariamente de él. Aunque es muy pronto para realizar valoraciones en profundidad del proceso y de los resultados (y aún más apenas finalizado el periodo transitorio de tres meses acordado con la mayoría de ellas), existen suficientes datos que merecen algunas reflexiones sobre el proceso y el estado actual de las transferencias sanitarias.

Aunque se llevaba varios años hablando de la necesidad de completar el proceso transferencial a las CCAA, se decidió por parte de los responsables políticos que debían producirse en la legislatura actual. Entre finales del año 2000 y principios del 2001 se empezaron a concretar plazos, estableciéndose como adecuado que se produjeran en 2002 o a lo sumo al iniciarse el 2003. Más allá, podría solaparse con los calendarios electorales de las elecciones municipales y autonómicas (mayo de 2003) o las generales de 2004.

La posición de las CCAA en este momento no era uniforme en cuanto a plazos y actitudes. Unas se definían, desde el primer momento, favorables al día uno de enero de 2002, mientras otras preferían posponerlo al 2003 e incluso alguna se proponía esperar sin fecha concreta.

Durante el año 2001 se constituyeron grupos técnicos mixtos con el objeto de definir y elaborar la información que iban a precisar las CCAA, así como los ámbitos a transferir y condiciones. Asimismo se fue aclarando paulatinamente el cronograma y se fue concretando la fecha de uno de enero de 2002 para todas las CCAA. Simultáneamente existían negociaciones con cada una de ellas y posicionamientos para reclamar más recursos, acuerdos con sus intereses y las necesidades que se juzgaban como más prioritarias.

No es hasta el pasado verano que se aprobó, después de muchas negociaciones, el nuevo modelo de financiación autonómica, incluida la sanitaria, y se concretó definitivamente la fecha del traspaso de las competencias, con las reticencias de alguna Comunidad Autónoma manifestadas hasta última hora. En el modelo financiero, además de las transferencias corrientes del Estado, se incluía una financiación adicional a base de impuestos indirectos e IRPF recaudados por la propia Comunidad.

Todo ello condicionó un ritmo lento de los trabajos pretransferenciales hasta final de verano. Se llegó pues al momento de las transferencias sanitarias con una buena dosis de improvisación y una escasa preparación tanto de las materias a transferir como de los procesos, contenidos

y metodologías. A ello habría que añadir que varias de las CCAA no tenían suficientemente desarrolladas las respectivas leyes de Ordenación Sanitaria. Los equipos humanos de las CCAA que preparaban la recepción de las competencias, aunque realizaron un esfuerzo meritorio, lo hicieron en muchas ocasiones con recursos escasos y a menudo sin un horizonte nítido.

Las consecuencias inmediatas de todo este proceso son muchas y de variada índole. La primera es una definición demasiado apresurada de los objetivos asistenciales prioritarios y de la nueva estructura sanitaria con consecuencias que pueden afectar negativamente al conjunto del SNS.

El INSALUD, a base de una experiencia de varios años, había conseguido un alto nivel de gestión de los recursos sanitarios, apoyándose en equipos humanos altamente formados y en la implicación de la mayoría de sus profesionales. La transmisión de este conocimiento y saber hacer es importante para garantizar un nivel de prestaciones, como mínimo, igual al que venía dándose hasta el momento. Para ello es necesario llevar a cabo un trabajo conjunto entre administraciones y plantear mejoras a partir de lo conseguido, evitando actitudes de “borrón y cuenta nueva” y de negación de los avances alcanzados.

El gasto sanitario puede incrementarse notablemente, en parte al traspasarse la economía de escala (no es lo mismo, por ejemplo, comprar o contratar para diez CCAA en su conjunto que hacerlo cada una por separado), así como por la multiplicación de estructuras de gestión, mayores gastos administrativos en general y también por marcarse objetivos dirigidos a conseguir resultados visibles a corto plazo condicionados por el calendario electoral.

Aspectos como la política de personal, motivación e incentiación, equiparación salarial, carrera profesional, y a otro nivel, sistemas de información, base de datos única de población, etc., apenas han sido abordadas o al menos no han sido resueltos como habría sido de esperar antes de abordarse el proceso de transferencias. La facturación entre CCAA, así como la contabilización de pacientes desplazados y los flujos económicos que ello conlleva, tampoco están claramente definidos.

A esto hay que añadir la desaparición en la práctica del INSALUD y de las competencias en materia de asistencia sanitaria que a través de él ejercía el Ministerio, así como la necesidad de redefinir el papel de éste último en el marco de un Sistema Nacional de Salud descentralizado.

Pero si todo ello puede ser importante para mantener los a veces sutiles equilibrios dentro del sistema sanitario, el riesgo más grave es el de fragmentación del Sistema Nacional de Salud en varios servicios autonómicos, escasamente coordinados y con niveles y tipos de servicios desiguales. El modelo de financiación pactado en el que la Comunidad que recaude más impuestos indirectos y especiales podrá proporcionar más y mejores servicios, puede romper la equidad y la solidaridad base

del sistema actual, perjudicando a las CCAA más pobres que lógicamente tienen menor capacidad de recaudación, a pesar del todavía poco definido “fondo de compensación”.

Aunque la Ley General de Sanidad recoge en su articulado el papel del Estado a través del Ministerio de Sanidad y Consumo, la Alta Inspección y el Consejo Interterritorial en materia de coordinación del Sistema Nacional de Salud, no está suficientemente desarrollado. Es necesaria y urgente la existencia de un órgano con capacidad ejecutiva (y una ley que lo defina y le dé atribuciones), capaz de armonizar a los distintos servicios autonómicos de salud. Aspectos como la carrera profesional, la homologación de puestos de trabajo, la libre circulación de profesionales, el MIR único, la homologación de programas de formación postgraduada, sistemas de información compatibles, centralización de indicadores sanitarios, bases de datos de población únicas, niveles homogéneos de prestaciones sanitarias, son algunos ejemplos de materias que deberían abordarse de forma conjunta.

Pero para ello es imprescindible un amplio consenso entre CCAA y una buena dosis de generosidad que puede implicar renunciar a cierto nivel de autonomía, en algunos casos consolidada a través de muchos años de gestión propia y en otros recientemente conseguida.

Han existido fallos y se han generado demasiadas incertidumbres por un proceso demasiado rápido en una materia tan delicada como la asistencia sanitaria y que requiere un análisis reposado y sobre todo un amplio consenso social. Pero existe aún un amplio margen de maniobra y sobre todo la capacidad de aprender de los fallos y de tomar medidas correctoras. Si nuestro Sistema Nacional de Salud está considerado como uno de los mejores del mundo, no es por casualidad. Es fruto de Leyes y del consenso político (a veces sobrenido), pero también del esfuerzo de los profesionales y de la población que lo exige y tiene derecho a ello. De un diálogo serio y constructivo entre todos podremos conseguir lo que puede parecer paradójico: un Sistema Nacional de Salud más sólido, justo y solidario, precisamente convirtiendo en fortaleza lo que hoy puede vivirse como disgregación. Ello sólo será posible si somos capaces de aprovechar la diversidad de experiencias que pueden aportar las distintas CCAA sin perder la visión de conjunto del Sistema Nacional de Salud.

CONSEJO EDITORIAL DE MEDIFAM