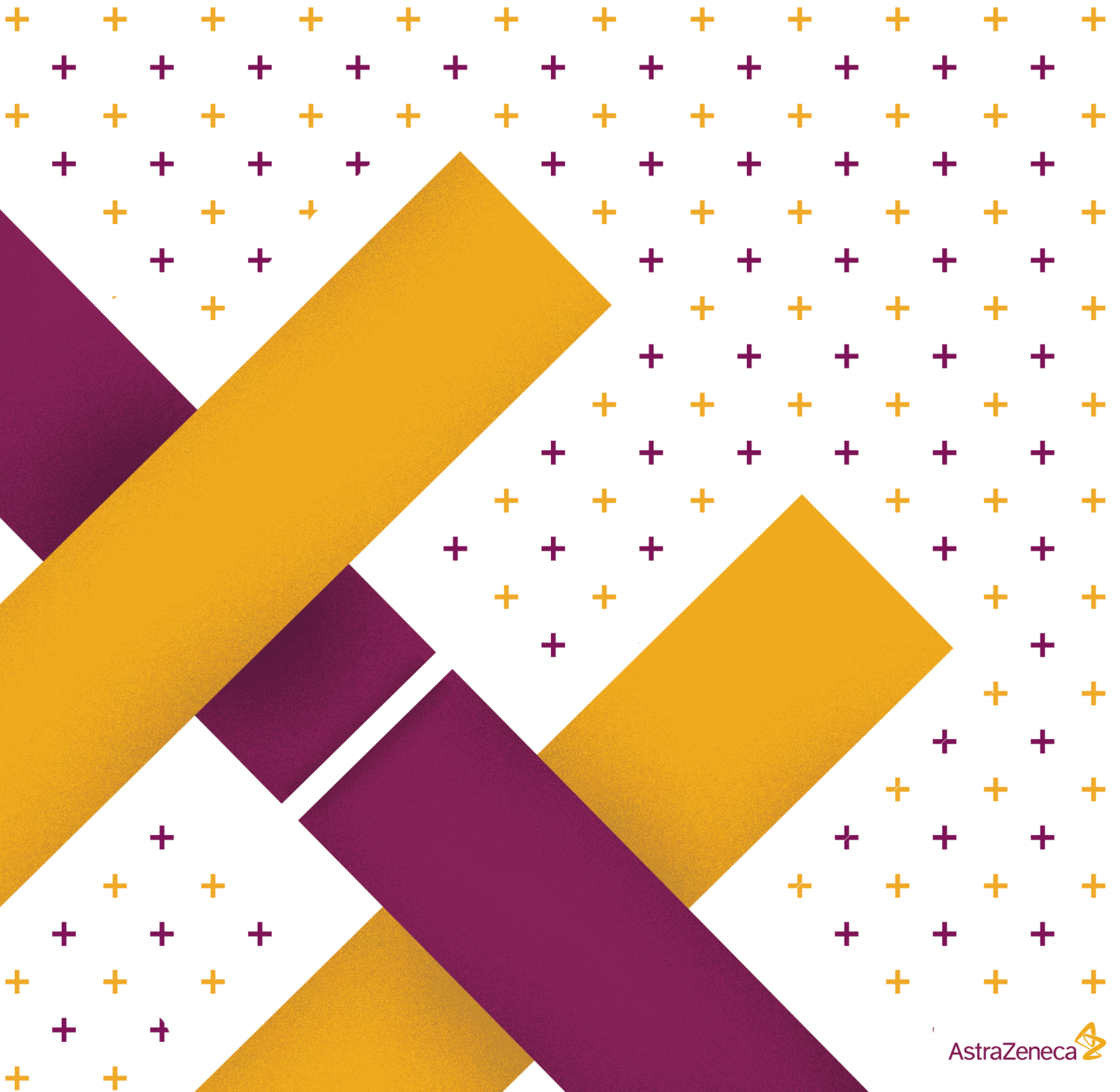
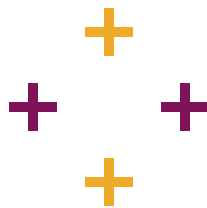


20 AÑOS

*de la culminación del proceso
de las transferencias sanitarias
en España*



*20 AÑOS DE LA CULMINACIÓN DEL PROCESO DE
LAS TRANSFERENCIAS SANITARIAS EN ESPAÑA*



Diseño

Sara Clemm

Edita

BioInnova Consulting

Impresión:

Gráficas Santher, S.L

ISBN: 13-978-84-09-37638-4

Todos los derechos reservados. Esta publicación no puede ser reproducida, ni en todo ni en parte, ni registrada en o transmitida por un sistema de recuperación de información, en ninguna forma ni por ningún medio, sea por fotocopia o cualquier otro, sin el permiso previo por escrito de BioInnova Consulting.

20 AÑOS DE LA CULMINACIÓN DEL PROCESO DE LAS TRANSFERENCIAS SANITARIAS EN ESPAÑA

ÍNDICE DE CONTENIDOS

- PÁGINA 13** **REY, MARÍA**
Prólogo
- PÁGINA 19** **AGUILAR SANTAMARÍA, JESÚS**
La Farmacia, garantía de cohesión y bienestar
- PÁGINA 25** **BAENA PAREJO, ISABEL**
*Una sanidad pública de calidad gracias
a las transferencias sanitarias*
- PÁGINA 31** **BETOLAZA SAN MIGUEL, IÑAKI**
Las transferencias sanitarias en Euskadi
- PÁGINA 39** **BLANCO GONZÁLEZ, FAUSTINO y
RODRÍGUEZ-VIGIL RUBIO**
*Los Servicios Sanitarios Públicos en Asturias
durante su andadura autonómica*
- PÁGINA 57** **BOHIGAS SANTASUSAGNA, LLUIS**
*Las transferencias del INSALUD a las
Comunidades Autónomas desde dos perspectivas*
- PÁGINA 61** **CERVERA SOTO, SANTIAGO**
*Un Sistema Nacional de Salud todavía
en construcción*

COBO CASTRO, TOMÁS <i>El Sistema Nacional de Salud autonómico desde la perspectiva colegial médica</i>	PÁGINA 69
DEL BARRIO SEOANE, JAIME <i>Veinte años antes, lo vivido en Cantabria</i>	PÁGINA 77
ECHÁNIZ SALGADO, JOSÉ IGNACIO <i>Transferencias Sanitarias: desde la sala de máquinas</i>	PÁGINA 85
FERNÁNDEZ VARA, GUILLERMO <i>20 años de transferencias sanitarias en Extremadura</i>	PÁGINA 107
GARCÍA VARGAS, JULIÁN <i>20 años de las transferencias sanitarias en España: lecciones aprendidas</i>	PÁGINA 111
LORENZO GARMENDIA, ANDONI <i>La transferencia de competencias a las comunidades desde el punto de vista del paciente</i>	PÁGINA 117
MARTÍNEZ MARTÍNEZ, JUAN CARLOS <i>La descentralización de la sanidad pública desde la perspectiva del tiempo</i>	PÁGINA 121
MARTÍNEZ OLMOS, JOSÉ <i>Crónica de un proceso espectacular y claves para el futuro</i>	PÁGINA 125

- PÁGINA 131** **MARTÍNEZ SESMERO, JOSÉ MANUEL**
*Una mirada al pasado para la
construcción de un futuro mejor*
- PÁGINA 137** **MORENO PALANQUES, RUBÉN**
Del fin de un gigante al inicio de un mecano
- PÁGINA 151** **NÚÑEZ FEIJOO, ALBERTO**
Las transferencias sanitarias en Galicia
- PÁGINA 157** **PASTOR JULIÁN, ANA**
*Las competencias sanitarias transferidas
a las comunidades autónomas*
- PÁGINA 163** **POVEDA ANDRÉS, JOSÉ LUIS**
El faro que proyecta luces y sombras
- PÁGINA 169** **PRIETO NIETO, ANA**
*Valoración de la situación actual del
traspaso de competencias*
- PÁGINA 175** **RIESGO GONZÁLEZ, IGNACIO**
*Transferencias sanitarias: un problema sin una
gobernanza del Sistema Nacional de Salud*
- PÁGINA 185** **ROMÁN JASANADA, ANTONIO**
Una visión retrospectiva

RUIZ GARCIA, BOI

PÁGINA 193

*Las transferencias al Sistema Nacional
de Salud: asignaturas pendientes*

SÁNCHEZ FIERRO, JULIO

PÁGINA 199

*Cuarenta años de nuestra historia sanitaria: competencias
sanitarias transferidas a las comunidades autónomas y
construcción del Sistema Nacional de Salud*

STEEGMAN OLMEDILLAS, JUAN LUIS

PÁGINA 207

*Sobre las transferencias sanitarias. La visión de un
hematólogo con experiencia, y de un diputado R3*

SUÁREZ GUTIÉRREZ, ALFONSO

PÁGINA 215

*Las transferencias al Sistema Nacional
de Salud: asignaturas pendientes*

*Transferencias sanitarias: un problema sin una
gobernanza del Sistema Nacional de Salud*



IGNACIO RIESGO

Doctor en Medicina. Ex Director Gerente del HUCA (Oviedo) y Ramón y Cajal (Madrid). Ex-Vicepresidente y Presidente de European Hospital and Healthcare Federation. Jefe de Departamento en la Escuela Nacional de Sanidad (Instituto de Salud Carlos III). Managing Director en Arthur Andersen, BearingPoint y PwC, Ex-Miembro de los consejos de administración de Vithas, Ribera (CENTENE) y Dentix. Fundador de VPR Consultores y Senior Advisor de Roland Berger. Autor de varios libros sobre sanidad, el último "Qué está pasando con tu sanidad" (Editorial Profit, 2018).

Las transferencias sanitarias: una larga carrera de fondo con un esprint final

Las primeras transferencias de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social (INSALUD) tuvieron lugar a Cataluña en 1981, por lo tanto en el período de UCD en el gobierno y antes de la Ley General de Sanidad (1986). El proceso global de transferencias duró más de veinte años, aunque hubo dos períodos bien diferenciados, el primero, entre 1981 y 1994, en el que recibieron las transferencias del INSALUD siete comunidades: Cataluña, Andalucía, País Vasco, Comunidad Valenciana, Galicia, Navarra y Canarias, en este orden. La conclusión fue en 2002, con las transferencias a las diez comunidades restantes.

Las siete primeras transferencias se hicieron en un largo espacio de tiempo de trece años, las diez últimas en un esprint final de once meses.

Antes de las transferencias de los servicios del INSALUD, seguramente por ser más fáciles al no tener apenas recursos, se habían realizado las de salud pública, a pesar de ser las más discutibles conceptualmente. La pandemia del coronavirus nos puso de manifiesto las limitaciones de ese proceso improvisado.

Siempre, como posiblemente no podía ser de otra manera en un proceso tan complejo, la motivación y el impulso a las transferencias fue de política general y no tanto razones sanitarias. Pensemos, como ejemplo, en lo importante que fue el referéndum en Andalucía de 1980, que en la práctica, difuminó las diferencias entre el artículo 151 de la Constitución, pensado inicialmente para Cataluña, País Vasco y Galicia, y el 143, para el resto de las autonomías. Ese referéndum activó las transferencias a Andalucía, realizadas inmediatamente después de las iniciales a Cataluña. O la voluntad del Presidente Aznar de cerrar con rapidez el proceso de las trans-

ferencias sanitarias, según ha sido contado por alguno de sus protagonistas [1].

Hay muchas discusiones sobre si las transferencias sanitarias venían obligadas por la Constitución o no. Aunque personalmente creo que no necesariamente (al menos, como se hizo, a las 17 comunidades autónomas), este es un debate que no lleva a ninguna parte.

Seguramente, la razón más importante para las transferencias es que ese planteamiento era más coherente con un Estado de las autonomías tal como se estaba constituyendo, en que es lógico que se transfieran los servicios.

En todo caso, las transferencias son un proceso irreversible. No parece que algunas declaraciones proponiendo devolver las competencias de salud pública tengan la más mínima viabilidad, más allá de la retórica política [2]. Por lo tanto, la aproximación lógica es la de tratar de sacar todo el partido a sus potencialidades, minimizando algunos posibles elementos negativos, de desintegración del Sistema Nacional de Salud.

Las transferencias se hicieron sin definir previamente unos instrumentos de cohesión

¿A qué nos referimos por instrumentos de cohesión? A ciertos organismos (en general con la denominación de Agencias), cuyas características fundamentales son una cierta independencia del poder político, un alto nivel técnico y profesional y una amplia participación en su gobernanza de

agentes clave, todo ello con la voluntad de dar un soporte técnico sólido al enfoque de ciertos problemas del sistema.

Este tipo de instrumentos se han puesto en marcha en muchos países, incluso en algunos con sistemas sanitarios muy descentralizados.

Nos referimos, por ejemplo, a las Agencias para la calidad y actividad clínica [3]; evaluación de medicamentos [4]; salud pública [5]; evaluación de tecnologías médicas [6]; transparencia y difusión de la información [7]; impulso a la e-salud [8]; de los intereses de los pacientes [9]; etc.

La Ley de cohesión y calidad en 2003, tras haber completado el proceso de transferencias, por lo tanto a posteriori, quiso abordar el problema de la cohesión. Pero lo hizo con unos instrumentos (cartera de servicios, planes integrales, Alta Inspección) que se mostraron poco efectivos. Sobre la cartera de servicios, no se añadió una Agencia independiente, para garantizar su actualización; los planes integrales, aunque interesantes, son de efecto limitado; y, en cuanto a la Alta Inspección, desde el principio no resultó un instrumento útil, dado su rechazo desde las comunidades autónomas.

El principal problema: la ausencia de una definición de qué son y qué no son atributos del Sistema Nacional de Salud

Hay que tener en cuenta que las transferencias sanitarias no son solamente una descentralización administrativa, sino una “devolución” [10] política,

lo cual quiere decir que las comunidades deben ser capaces de definir sus propias prioridades y la forma de alcanzarlas.

Esto quiere decir que la uniformidad no es un valor del Sistema Nacional de Salud, más bien lo contrario, la diversidad es un valor.

Ahora bien, para que sea realmente un Sistema, como se define, y no un conjunto de sistemas, el Sistema Nacional de Salud debe tener unos atributos comunes, sobre los que se ha reflexionado poco. Aún sin un riguroso análisis jurídico, consideramos atributos comunes del Sistema Nacional de Salud:

- La cobertura universal
- La financiación pública
- La cartera de servicios común
- La movilidad de los profesionales, lo que implica aspectos de formación comunes
- Algunos elementos (no todos) del modelo asistencial, como el funcionamiento de una atención primaria como puerta de entrada al sistema
- Puesto que los servicios deben estar abiertos para toda la población en todo el territorio, la compartición de cierta información clínica, como la historia clínica, salvo que se quiera hacer “medicina anónima”.
- Igualmente, la implicación en ciertas decisiones comunes de la marcha del Siste-

ma Nacional de Salud, eso que ahora se ha dado en llamar “cogobernanza”.

“La uniformidad no es un valor del Sistema Nacional de Salud, más bien lo contrario: la diversidad es un valor”

Si todo esto es ámbito común, ¿qué se deja a las competencias de las comunidades autónomas? Muchas cosas: el priorizar o no sanidad en el presupuesto público, más allá de un mínimo que garantice el cumplimiento de la cartera de servicios; la propia cartera, añadiendo o no prestaciones a la cartera común; el modelo de gestión (desde esta perspectiva, la pretensión del Ministerio de Sanidad de declarar la gestión pública directa como la “preferente”, incluido en el Anteproyecto de ley de equidad, universalidad y cohesión, en tramitación cuando se escriben estas líneas, nos parece un atentado a las competencias de las comunidades autónomas); muchos aspectos de la política de personal (marco retributivo, incentivos, categorías profesionales, proceso de selección y evaluación, etc.); elementos del propio modelo asistencial; relaciones con el sector privado, etc.

Lo que es importante es tener claras las reglas de juego.

Transferencias y disolución del INSALUD

No es solo que se transfirieran los servicios sanitarios de forma simultánea a las diez comunidades

que todavía no las habían recibido, es que también se disolvió el INSALUD.

Con todos sus posibles defectos, el INSALUD era un importante tampón técnico. Esas funciones no fueron sustituidas por nadie, ya que el Instituto de Salud Carlos III, que podía haber asumido esas funciones, nunca lo hizo, más allá del apoyo a la investigación; y el Ministerio de Sanidad, muy limitado en sus capacidades, nunca fue un órgano técnico, sino político.

Es así que se hicieron las transferencias sin que las comunidades dispusieran de un órgano técnico de referencia, lo cual es tanto más grave por cuanto la mayoría de las comunidades que recibieron las transferencias tenían menos de dos millones de habitantes y estaban con unas administraciones en construcción, con lo que su capacidad para constituir órganos técnicos de alta cualificación estaba más que limitada.

Es así que los servicios de salud transferidos quedaron al albur exclusivo de una dirección política, no siempre conocedora de las complejidades del mundo sanitario, que actuaba sin contrapesos técnicos, caldo de cultivo ideal para toda clase de errores y decisiones equivocadas.

Efectos positivos y negativos de las transferencias

Antes de entrar en estos temas, debemos mencionar lo que no nos parecen problemas de las transferencias. A veces se aducen las grandes diferencias en financiación sanitaria de las comunidades autónomas o las inequidades en recursos, resultados y

acceso como consecuencia de las transferencias. Nada más incierto. Esos problemas ya estaban ahí antes de las transferencias y tampoco parece que estas los hayan agravado [11].

Entre los efectos positivos, seguramente una comprensión más certera de la problemática territorial de la sanidad, muy difícil de entender desde organismos centralizados, que tienden a ver todo desde la perspectiva de una cierta uniformidad. También una incardinación de la sanidad en proyectos regionales, muy importante, por cuanto la sanidad hay que enmarcarla en las políticas de salud, que son por definición intersectoriales.

Pero, junto a estos efectos positivos, los negativos son muy evidentes:

- Ya hemos comentado los problemas derivados de la forma de hacer las transferencias, sin la existencia de un órgano técnico de apoyo, con los consiguientes peligros de esa situación, por excesiva dependencia de decisiones políticas no matizadas por un apoyo técnico solvente.
- Se ha producido un fenómeno claro de centralización en los Servicios Regionales de Salud, con un freno a algunos movimientos en marcha de autonomía de las organizaciones sanitarias (empresas públicas, fundaciones, etc.) que fueron frenados en seco, acentuándose los rasgos más administrativos y burocráticos del sistema. El último lamentable episodio de esas características está teniendo lugar en Andalucía, dónde el gobierno de la Junta está des-

montando las iniciativas de las empresas hospitalarias públicas, con el pretexto de que eran “chiringuitos”, pero que encubre una desconfianza en la más mínima autonomía de las organizaciones sanitarias.

- Un freno a iniciativas reformistas. Una consecuencia no buscada de las transferencias es que hubo un aparcamiento de los grandes temas de reforma pendientes (modelo de gestión, régimen de personal, etc.). Digamos que el Ministerio se inhibió, ya que “todo estaba transferido” y las comunidades veían eso como problemas que no les competían. La consecuencia es que muchos temas claves dejaron de estar en la agenda política.

- Problemas de cohesión, por ausencia de los instrumentos adecuados. La ausencia de la creación de un sistema de información general del Sistema Nacional de Salud; el fracaso de la interoperabilidad de la historia clínica; las importantes diferencias en calidad y resultados en las distintas comunidades autónomas; y, una extrema opacidad del sistema sanitario en su conjunto, son solo algunos ejemplos.

Es bueno conocer estos problemas, no tanto para cuestionar las transferencias, que nos parecen

irreversibles, sino para sentar las bases que nos permita sacar toda la potencialidad del marco transferencial, minimizando sus problemas y garantizando los atributos del Sistema Nacional de Salud.

La “cogobernanza” durante la pandemia, aunque improvisada y mal organizada, ofrece algunas enseñanzas

Durante la pandemia se generalizó la utilización del término “cogobernanza”. Con independencia del uso de este concepto para justificar la inhibición del gobierno central en ciertas decisiones, lo cierto es que el concepto tiene un fondo de verdad: las limitaciones del Ministerio de Sanidad para ejercer un liderazgo en solitario en el Sistema Nacional de Salud, si no es compartiéndolo con otros organismos, instituciones y colectivos.

El error es haber aplicado la “cogobernanza” solo con gobiernos (los de las comunidades autónomas, en el Consejo Interterritorial) y no con el conjunto de agentes del sector. Haciendo un juego de palabras, podríamos decir que ha habido “cogobernanza”, pero no gobernanza, tal y cómo esta se interpreta de participación de los distintos agentes.

Pero hay que reconocer que hay un fondo de verdad en el concepto de “cogobernanza” y que, bien definida, puede ser una solución.

“Entre los efectos positivos, seguramente se encuentre una comprensión más certera de la problemática territorial de la sanidad”

La falsa solución de dar carácter ejecutivo al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud

Ante los problemas de un Sistema de Salud totalmente descentralizado, algunos [12,13] proponen dar competencias ejecutivas al Consejo Interterritorial, algo que nunca tuvo ya que fue siempre fue un órgano de coordinación, no ejecutivo.

Creemos que los problemas del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud no son la falta de ejecutividad de sus decisiones sino la de “alimentar” su actividad con dos “inputs” importantes: los derivados de una participación del conjunto de agentes del sector y las informaciones y posiciones técnicas a partir de órganos técnicos especializados.

El dar competencias ejecutivas al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud seguramente traerá más problemas que soluciones y parece difícil de aceptar por parte de las comunidades autónomas.

Un foro dónde el gobierno comparta con las comunidades autónomas sus decisiones sobre el Sistema Nacional de Salud y dónde tanto el gobierno central como las comunidades autónomas reciban el “input” tanto de la representación de los agentes principales del sistema, como de los órganos técnicos nos parece algo bastante más efectivo que una teórica “ejecutividad de sus decisiones”.

Una propuesta: reforzar la participación y puesta en marcha de instrumentos de cohesión

El elemento clave para sacar todas su potencialidad a las transferencias y neutralizar los problemas que se han detectado es dotar al conjunto del Sistema Nacional de Salud de un modelo de gobernanza bien definido y maduro, basado en una mucha mayor participación de los distintos agentes y dotarse de unos órganos de cohesión.

En cuanto a la participación se trataría de modificar la composición del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, dando entrada en el mismo a una representación ciudadana y de pacientes; así como a los profesionales, representados fundamentalmente por las sociedades científicas.

En cuanto a los órganos de cohesión, habría que constituirlos, mediante un sistema multi-agencias, modelo AIReF (Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal). Por lo menos las siguientes:

- Agencia de Información, Evaluación y Calidad
- Agencia de Salud Pública
- Agencia para la transformación digital

Este planteamiento permitiría retomar una agenda reformista, fundamentalmente en los dos grandes temas olvidados en la Ley General de Sanidad: el modelo de gestión, para que las instituciones sanitarias avancen hacia un funcionamiento más empresarial y menos administrativo; y el régimen de personal, para superar el rígido modelo estatutario e ir montando formas más flexibles de relación de los profesionales con el sistema.

BIBLIOGRAFÍA Y NOTAS

1. **Declaraciones de Rubén Moreno**, “*Luces y sombras de las transferencias: 15 años después*”, El Médico Interactivo, 22/3/2017, <https://elmedicointeractivo.com/luces-sombras-transferencias-sanitarias-15-anos-despues-20170322125517110945/> [Consultado 9 diciembre, 2021]
2. *Vara propone que las regiones devuelvan las competencias de salud pública al Gobierno*. **El Periódico de Extremadura**, 10/17/2014, <https://www.elperiodicoextremadura.com/extremadura/2014/10/10/vara-propone-regiones-devuelvan-competencias-44585804.amp.html> [Consultado 9 diciembre, 2021]
3. Care Quality Commission, en el Reino Unido; Agencia Nacional para la Evaluación de la Calidad en sanidad y organizaciones sociales, en Francia; Instituto para la Calidad y la Eficiencia, en Alemania; Instituto Nacional para la Sanidad, en Holanda; Agencia para la Salud y Servicios Sociales, en Suecia
4. NICE, en el Reino Unido; Consejo de Evaluación de Medicamentos, en Holanda; la Agencia para los Medicamentos, en Noruega; la Agencia para los Medicamentos y Productos Dentales, en Suecia
5. Agencia de Salud Pública, en Francia; el Instituto Nacional de Salud Pública, en Italia; el Instituto Noruego de Salud Pública, en Noruega
6. Agencia para Productos Médicos, en Suecia
7. Agencia para la información en atención hospitalaria, en Francia; el Instituto para la Calidad y la Transparencia, en Alemania
8. ASIP Santé, en Francia; la Agencia Sueca para la e-salud, en Suecia
9. Healthwatch England, en el Reino Unido

10. “Devolución” es el término que se emplea para este tipo de transferencias a entes territoriales con autonomía política.
11. **López-Casasnovas, G, Rico, A.** *La descentralización, ¿parte del problema sanitario o de su solución?* Gac Sanit 2003; 17(4):319-26.
12. **Martínez García, JM.** *Luces y sombras de la actual descentralización sanitaria en España.* Fundación Giménez Abad, 26 junio, 2019.
<https://www.fundacionmgimenezabad.es/es/luces-y-sombras-de-la-actual-descentralizacion-sanitaria-en-espana> [Consultado el 10 diciembre de 2021]
13. **Comparecencia de la Organización Médica Colegial en la Comisión de Reconstrucción Social y Económica del Congreso de los Diputados**, 2/6/2020. https://www.congreso.es/docu/comisiones/reconstruccion/informes_comparecientes/390_20200602_DC_Sr_Romero_Aguit.pdf [Consultado el 10 diciembre de 2021]

