
La culminación del proceso de descentralización sanitaria

Rubén F. Moreno Palanqués

*Secretario General de Gestión y Cooperación Sanitaria
del Ministerio de Sanidad y Consumo*

La sanidad en nuestro país se encuentra hoy en un punto de inflexión, resultado de la plena descentralización sanitaria alcanzada tras la finalización del proceso de transferencias de la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las diez Comunidades Autónomas que aún no la habían recibido. Este hecho, unido al nuevo sistema de financiación autonómica adoptado en julio de 2001, de aplicación en todas las Comunidades Autónomas una vez se han producido las transferencias, marca las coordenadas a seguir en el desarrollo del Sistema Nacional de Salud.

La transferencia de las competencias del Estado en materia de sanidad ha constituido, desde el inicio del funcionamiento del Estado Autonómico, una de las aspiraciones fundamentales de los nuevos Entes Territoriales surgidos tras la Constitución Española. Y ese interés por gestionar la sanidad lo han mostrado tanto las Comunidades Autónomas que

desde un primer momento asumieron esta competencia en sus Estatutos de Autonomía como las que constitucionalmente debían esperar el transcurso de cinco años, a partir de la fecha de aprobación de su Estatuto de Autonomía, para asumir nuevas competencias.

Por lo que se refiere a las primeras, el tiempo que transcurrió desde que asumieron las competencias para la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social y la fecha en que recibieron los medios precisos para su ejercicio efectivo, fue muy dispar. Así, vemos que transcurrieron dos años desde la aprobación del Estatuto de Autonomía de Cataluña hasta que esta Comunidad recibió la transferencia, en el año 1981; tres años transcurrieron en la Comunidad Autónoma de Andalucía; cinco en la Comunidad Valenciana; siete en el País Vasco; ocho en Navarra; nueve en Galicia y, finalmente, más de once años mediaron entre la asunción de competencias por

Canarias y el traspaso de medios. En su conjunto, el proceso transferencial a estas Comunidades Autónomas se prolongó a lo largo de trece años.

Por lo que se refiere al segundo grupo de Comunidades, sus reivindicaciones a favor de una modificación estatutaria –que constitucionalmente era ya posible desde el año 1988–, cristalizaría a partir del año 1996. El proceso de reforma estatutaria se inició en dicho año con la reforma del Estatuto de Autonomía de la Comunidad Autónoma de Aragón y concluyó en 1999 con la reforma del de la Comunidad Autónoma de Extremadura. Todos los Estatutos incorporaron las competencias para la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, de acuerdo con lo previsto en el número 17 del apartado 1 del artículo 149 de la Constitución, haciéndose expresa reserva al Estado de las funciones de Alta Inspección.

El siguiente paso para el ejercicio de sus competencias, la transferencia de medios estatales, entró inmediatamente en la agenda política del Gobierno, constituyendo un objetivo a alcanzar durante la actual legislatura 2000-2004. Hoy podemos decir que ese compromiso político ha sido cumplido con la publicación de los correspondientes Reales Decretos de transferencias, en diciembre de 2001, a las Comunidades Autónomas de

Aragón, Asturias, Baleares, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Extremadura, La Rioja, Madrid y Murcia.

A diferencia de la experiencia de las siete transferencias anteriores, en la que el largo espacio de tiempo que medió entre los distintos traspasos dio lugar a evidentes disfunciones y problemas, en el proceso transferencial que acabamos de concluir se ha pretendido, y ahora podemos confirmar que así ha sucedido, que el proceso transferencial fuera un proceso homogéneo y simultáneo en el tiempo, y con unas previsiones de cierre en el corto espacio temporal de un año, lo que sin duda ha supuesto un enorme esfuerzo de sincronización en la negociación con las diez Comunidades Autónomas y una excepcional capacidad de respuesta para su cumplimiento por parte de cuantos han estado inmersos en el mismo, tanto desde el ámbito estatal como desde el autonómico.

Anunciado oficialmente su apertura en enero de 2001, desde esa fecha se ha seguido un ajustado calendario, que se ha cumplido escrupulosamente, con más de cien reuniones de trabajo, incluyendo las convocadas con carácter específico para ciertos temas. Hay que resaltar el excelente clima general de colaboración y lealtad institucional con el que han desarrollado esta actividad las representacio-

nes del Ministerio de Sanidad y Consumo y las de las diez Comunidades Autónomas.

El proceso de transferencias, que en el Ministerio de Sanidad y Consumo ha pivotado sobre la Secretaría General de Gestión y Cooperación Sanitaria, se diseñó con un cronograma de actuaciones que ha discurrido en paralelo a la negociación del modelo de financiación autonómica, en el seno del Consejo de Política Fiscal y Financiera, lo que constituye un hecho que ha resultado decisivo para el éxito de las transferencias y que, por ello, merece ser resaltado. Lo cierto es que esta configuración que hemos adoptado, de transferencias simultáneas en un corto espacio temporal, ha permitido concluir el proceso en diciembre de 2001, quedando definitivamente implantado el modelo de Sistema Nacional de Salud que estableciera en 1986 la Ley General de Sanidad y, al propio tiempo, la aplicación a la totalidad de las Comunidades Autónomas del nuevo modelo de financiación de la sanidad. Ni uno ni otro objetivo se hubiera podido cumplir de haberse planteado una negociación secuencial, es decir, no convocar las Ponencias Técnicas hasta haber dispuesto del nuevo Acuerdo de financiación.

La metodología de trabajo seguida en el proceso de transferencias fue expuesta en el transcurso de las primeras Po-

nencias Técnicas y aceptada por los representantes de cada Comunidad Autónoma. Los foros de negociación sobre los que se ha sustentado dicha metodología han sido: Ponencias Técnicas, Grupos Coordinadores dependientes de éstas y Grupos de Trabajo por áreas funcionales de actuación. Todo ello hasta alcanzar una propuesta de Acuerdo que, finalmente, es objeto de análisis y aprobación por las Comisiones Mixtas de Transferencias existentes en todas las Comunidades Autónomas, contempladas en los Estatutos de Autonomía.

El balance total de reuniones mantenidas a lo largo de los once meses que ha durado el proceso de traspasos se eleva a 107.

El número total de Ponencias Técnicas celebradas se eleva a 30. Cada Ponencia Técnica se ha reunido en tres ocasiones. La primera reunión de la primera ronda de Ponencias Técnicas tuvo lugar el 14 de febrero de 2001. La última Ponencia Técnica correspondiente a la tercera ronda de reuniones, se celebró el 12 de diciembre.

Cada Ponencia Técnica confió a un Grupo Coordinador la dirección y supervisión de los trabajos de recogida y elaboración de la información precisa. El Grupo Coordinador, de carácter paritario y reducido, estuvo integrado por re-

presentantes del Ministerio de Sanidad y Consumo e INSALUD y de la Comunidad Autónoma correspondiente. Las reuniones de los Grupos Coordinadores se iniciaron el 21 de febrero y finalizaron en octubre siguiente. Se han contabilizado un total de 28 reuniones de Grupos Coordinadores.

Los Grupos de Trabajo dependientes se constituyeron en cuatro áreas materiales de actividad: Recursos humanos; Patrimonio y recursos materiales; Actividad asistencial y sistemas de información y Asuntos económicos y presupuestarios. Estos Grupos de trabajo fueron los que canalizaron, de forma exclusiva, el flujo de información entre el Estado y las Comunidades Autónomas, como única fórmula posible para afrontar con garantías una negociación responsable. Las reuniones de estos Grupos dependientes se iniciaron el 29 de marzo de 2001 y finalizaron en junio siguiente, dando lugar a un total de 39 reuniones.

Finalmente, el 26 de diciembre de 2001 se celebraron las diez sesiones plenarias de las Comisiones Mixtas de Transferencias de las distintas Comunidades Autónomas, alcanzándose en ellas la aprobación de los Acuerdos de traspasos propuestos por las respectivas Ponencias Técnicas. Con la aprobación por el Gobierno, el siguiente día 27, de los Acuer-

dos de las Comisiones Mixtas y la adopción de los pertinentes Reales Decretos de transferencias, quedó cerrado el proceso.

El proceso transferencial que ha concluido constituye uno de los traspasos de mayor envergadura de cuantos se han llevado a cabo en las distintas materias de competencia autonómica, tanto en términos estrictamente presupuestarios como de recursos materiales y de gestión de personal. Con él se completa la descentralización sanitaria, cerrándose un ciclo en el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud que se ha caracterizado, fundamentalmente, por los distintos niveles autonómicos de responsabilidad en la gestión y, correlativamente, también en las distintas responsabilidades en el propio ámbito estatal, a consecuencia de tales diferencias competenciales autonómicas.

Estamos, pues, ante una situación hasta ahora inédita, a partir de la cual las Comunidades Autónomas son las responsables directas de la gestión de los servicios y de la asistencia que presten a sus ciudadanos. Situación que, por otra parte, también tiene su traducción en el ámbito competencial del Estado, que dejará de ejercer su papel de gestor para asumir plenamente su posición de vertebrador del Sistema Nacional de Salud, idéntica

ya ante todas las Comunidades Autónomas y con proyección en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, cumpliéndose, con ello, las previsiones que en 1986 estableció la Ley General de Sanidad.

La descentralización sanitaria operada con las transferencias pone de manifiesto, más que nunca, la existencia de un pilar que resulta determinante para garantizar el mantenimiento de un sistema sanitario como tal sistema, preservando su cohesión y coherencia una vez culminado el proceso de traspasos. Este pilar no es otro que el refuerzo y establecimiento de las bases precisas para garantizar el mantenimiento de los principios de cohesión y solidaridad que han de estar presentes en el Sistema Nacional de Salud, y a ello ha dedicado su atención el Ministerio de Sanidad y Consumo, de forma simultánea al desarrollo del proceso de transferencias, de modo que el tránsito hacia una situación sustancialmente diferente de la que ahora se produce, en la medida que la Administración del Estado carecerá del referente constante que supone la gestión de los servicios en buena parte del territorio nacional, no tenga impacto adverso alguno en la atención sanitaria que reciben los ciudadanos.

Procede, pues, incidir en la regulación, a través de una norma con rango legal suficiente, de aquellos aspectos que re-

sulten determinantes para garantizar la interterritorialidad de actuaciones, como mecanismo de garantía de la cohesión y coherencia del Sistema, lo que, en definitiva, redundará y tiene como fin último y principal la garantía del derecho a la protección de la salud de los ciudadanos en condiciones de igualdad efectiva.

Las premisas de las que se parte son las siguientes:

- Oportunidad histórica

La regulación viene a dar respuesta a las necesidades que se suscitan en el momento histórico en que vive la sanidad española a corto plazo, una vez que ha concluido el proceso de las transferencias del Insalud y la descentralización sanitaria es ya un hecho.

- Consolidación del Sistema Nacional de Salud previsto en la Ley General de Sanidad

Asumiendo la bondad y plena vigencia de las características básicas y comunes con que la Ley General de Sanidad configura el Sistema Nacional de Salud, la regulación ha de centrarse en una serie de principios y criterios que se mantienen dentro de la esfera de lo básico, para consolidar los aspectos de aquélla referidos a la atención interterritorial y al funcionamiento integrado de los servicios, sin hacer una formulación que pueda interferir en las competencias autonómicas.

– El ciudadano como eje del Sistema

El ciudadano, núcleo central para el que trabaja el sistema sanitario español, es el eje del Sistema Nacional de Salud y está presente e inspira toda la Ley.

La ley ha de garantizar que éste pueda moverse libremente por el territorio, sin que ello vaya en detrimento del ejercicio de sus derechos constitucionales a la protección de la salud y a la asistencia sanitaria.

– Respeto a las competencias de las Comunidades Autónomas

No se trata de defender o profundizar en parcelas competenciales, sino, por encima de todo, garantizar que el ciudadano, como consecuencia de la descentralización, no vea mermada la atención que recibe. Y esto ha de hacerse de modo que resulte compatible con las competencias de las CC.AA. a establecer su propia organización.

– La colaboración y el interés común como forma de relación entre el Estado y las Comunidades Autónomas

Las Administraciones sanitarias han de profundizar en la búsqueda de elementos comunes y de interés mutuo, que permitan establecer mecanismos e instrumentos de colaboración para una mayor eficacia y eficiencia en el uso de los recur-

sos que el Sistema pone al servicio de los ciudadanos.

– La calidad como seña de identidad del sistema

La calidad constituye hoy objetivo principal a la que se dirige la prestación de todo servicio público. Esta orientación cobra una especial significación cuando se trata de servicios públicos fundamentales, como es la sanidad. Así, la ley asume la realización de las acciones precisas para la creación de un marco integrador y facilitador de las políticas de calidad que garanticen los mínimos que dan cohesión al Sistema Nacional de Salud y la igualdad de los ciudadanos ante la calidad de las prestaciones recibidas.

En definitiva, el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través del impulso de las acciones legislativas que resulten necesarias, ha de poder garantizar la existencia de ese nuevo marco de coordinación y cooperación entre el Estado y las Comunidades Autónomas que la nueva realidad demanda, de modo que nuestro Sistema Nacional de Salud continúe siendo un factor de cohesión social y que los principios de equidad y solidaridad interterritorial sobre los que se asienta resulten reforzados. Y todo ello ha de hacerse con gran sensibilidad y absoluto respeto hacia las competencias y responsabilidades de cuantos actores han de intervenir en el proceso.