

## Transferencias sanitarias: una oportunidad para mejorar

Nos encontramos en un momento histórico para nuestro sistema sanitario; en breve se va a completar el proceso de transferencias sanitarias a las comunidades autónomas (CCAA). La experiencia acumulada en los procesos de transferencia anteriores (desde 1981 hasta 1994: Cataluña, Andalucía, País Vasco, Comunidad Valenciana, Galicia, Navarra y Canarias) y en el funcionamiento de cada uno de los servicios de salud autonómicos debería servir para evitar errores del pasado, aprender de lo mejor y peor y aprovechar para redefinir y mejorar los servicios de salud.

La experiencia nos habla de la riqueza de distintas realidades y nos confirma que no estamos ante una simple descentralización, sino ante una verdadera cesión de autonomía para decisiones muy relevantes. Dentro de unas líneas comunes (establecidas por la Ley General de Sanidad), cada gobierno autónomo deberá dar prioridad a cómo y en qué invierte en el área sanitaria (o incluso si invierte en servicios sanitarios o lo hace en otras áreas).

Se trata de un verdadero reto. Cualquier proceso de cambio puede ser un buen momento para introducir mejoras. La experiencia de los anteriores procesos también nos habla de la dificultad de abordar con posterioridad aquellos cambios que no se introdujeron en el momento transferencial, o de corregir los errores que durante él se produjeron. Es un momento muy importante para las CCAA que van a asumir nuevas competencias, pero también debería serlo para quienes ya las disponen: completando el proceso de transferencias se creará un nuevo marco que debe influir

en todo el conjunto y puede ayudar a corregir errores o déficit que se arrastran.

Pero en esta ocasión el reto es aún mayor. El proceso transferencial actual se distingue de los anteriores no sólo por el mayor número de comunidades implicadas, sino sobre todo por dos cuestiones esenciales:

1. Las transferencias coinciden, temporalmente, con el cambio de modelo de financiación de las CCAA, con importantes repercusiones en el ámbito sanitario. Fundamentalmente cambia el escenario de negociación, pasando de Madrid a las consejerías de Hacienda de cada CCAA: el presupuesto sanitario ya no se negocia en Madrid, sino que rivaliza con otros presupuestos (educación, infraestructuras, bienestar social, etc.) en cada CCAA.

2. Se completa el proceso de transferencias sanitarias a todo el territorio estatal. Ya hemos llegado a la *foto final* prevista, un sistema nacional de salud (SNS) con todos los servicios salud de las CCAA en funcionamiento. Esto implica:

– La redefinición, ahora inaplazable, del papel del Ministerio de Sanidad y del Consejo Interterritorial (CIT) del SNS.

– Un nuevo planteamiento en las relaciones de las CCAA entre sí (desplazados, facturación, etc.), con el ministerio y el CIT (mínimos comunes en información, epidemiología, cartera de servicios, etc.).

– Un cambio de interlocutor para la mayoría de organismos y instituciones (entre ellos la semFYC e sus sociedades federadas): se completa el desplazamiento de las decisiones desde el ministerio a las CCAA.

– La necesidad de reforzar y relanzar el SNS, haciéndolo fuerte y plural, adaptado a los nuevos escenarios.

La transferencia de decisiones sanitarias a las CCAA comporta una serie de fortale-

**La experiencia nos habla de la riqueza de distintas realidades y nos confirma que no estamos ante una simple descentralización, sino ante una verdadera cesión de autonomía para decisiones muy relevantes**

**Se trata de un verdadero reto. Cualquier proceso de cambio puede ser un buen momento para introducir mejoras. La experiencia de los anteriores procesos también nos habla de la dificultad de abordar con posterioridad aquellos cambios que no se introdujeron en el momento transferencial, o de corregir los errores que durante él se produjeron**

**Las transferencias coinciden, temporalmente, con el cambio de modelo de financiación de las CCAA, con importantes repercusiones en el ámbito sanitario**

Reflexiones desarrolladas sobre el tema de las transferencias sanitarias, tratadas en las IX Jornadas de Primavera semFYC. Pamplona, abril 2001.

**La mayor proximidad en las decisiones facilita la adecuación, pero puede degenerar en clientelismo y tendencia a una insana autosuficiencia generadora de duplicidades**

**La propia autonomía es, por definición, una opción por la diferencia (por la capacidad de cada cual para tomar decisiones distintas), pero esas diferencias no deben llegar a ser inaceptables, y lo serían si afectasen a la equidad**

**Para los propios médicos de familia puede ser una buena oportunidad para unificar colectivos profesionales y revisar o ampliar la autonomía de gestión**

**Debería reforzarse el papel de la atención primaria (APS) no sólo como simple primer nivel sino como verdadera puerta de entrada o agente de salud (*gatemanager*) de cada ciudadano**

zas y debilidades. Tenerlas en cuenta puede ayudar a aprovecharlas o minimizarlas. La mayor proximidad en las decisiones facilita la adecuación, pero puede degenerar en clientelismo y tendencia a una insana autosuficiencia generadora de duplicidades. La heterogeneidad de los distintos procesos es creativa (la diversidad de experiencias permite aprender unos de otros), genera desigualdades, pero nunca debiera ser causa de inequidades. La desigualdad no debe ser un concepto peyorativo, implica simplemente diferencia, condición de «no iguales». Queremos hacer hincapié en esta distinción: la propia autonomía es, por definición, una opción por la diferencia (por la capacidad de cada cual para tomar decisiones distintas), pero esas diferencias no deben llegar a ser inaceptables, y lo serían si afectasen a la equidad (a la justicia en el ejercicio del derecho a disfrutar de un buen nivel de salud). El lema debe ser *desigualdad con equidad* o, si se prefiere, *autonomía con equidad*.

Para los propios médicos de familia puede ser una buena oportunidad para unificar colectivos profesionales y revisar o ampliar la autonomía de gestión, que se puede impulsar ofreciendo una mayor colaboración para la definición del marco legal. Las transferencias facilitarán la rapidez y adecuación de la actuación de nuestras sociedades, pero deberemos aprender a ser menos reactivos para ser más proactivos (adelantarnos a los acontecimientos más

que esperar a reaccionar cuando se produzcan).

– Nuestro sistema sanitario dispone de cualidades que deberían salir reforzadas tras el proceso transferencial (tabla 1). Los valores generales del SNS deben mantenerse y, junto a una cartera de servicios amplia y definida como común para todo el Estado, asegurar la debida equidad interterritorial.

Debería reforzarse el papel de la atención primaria (APS) no sólo como simple primer nivel sino como verdadera puerta de entrada o agente de salud (*gatemanager*) de cada ciudadano. La APS no debe actuar como una *simple* puerta de entrada al sistema sanitario; el médico de familia debe actuar como «agente-llave» (capacidad para distribuir los flujos de pacientes a otros especialistas, servicios de urgencias o hospitales) y «agente-gestor» (coordinador y responsable último de la atención sanitaria). Y estas funciones deben asumirse no con un fin de protagonismo, sino en beneficio de una mejor integración de la atención a los ciudadanos. Para que esto sea realidad, será esencial un desarrollo normativo y organizativo que lo facilite: lo que denominamos las bases de cada servicio autonómico (tabla 2). A menudo las relaciones entre la atención primaria de salud (APS) y la salud pública han quedado mal definidas; es conveniente aprovechar este momento transferencial para ser

**TABLA 1**  
**Principios generales comunes que se deben mantener o mejorar**

Valores generales del SNS: universalidad, equidad en el acceso, financiación y aseguramiento público, solidaridad y calidad científico-técnica

Cartera de servicios mínima común

La APS como agente de salud (o puerta de entrada) para el ciudadano

Suficiencia económica (implicará un incremento del PIB)

Equidad en el acceso a los puestos de trabajo

Formación continuada con capacidad de acreditación, delegada por las sociedades científicas

**TABLA 2**  
**Bases de cada servicio autonómico de salud**

Desarrollo normativo y, en especial, la ley de ordenación sanitaria de cada comunidad autónoma

Establecer el nuevo organigrama del servicio autonómico de salud

Plan de salud y de prioridades de actuación

imaginativos y reinventarlas, en beneficio de la eficiencia del SNS.

Cada servicio autonómico tiene la necesidad de diseñar e implantar un modelo sanitario propio (dentro de un marco común), *rompiendo* con el «modelo» del territorio INSALUD no transferido. Esta acción se concreta en tres aspectos clave (tabla 2):

1. Efectuar o completar el correspondiente desarrollo normativo que permita operativizar las nuevas actuaciones de cada CCAA: ley de salud o de ordenación sanitaria, cartas de derechos de los usuarios, decretos de garantías, etc. La ley de ordenación sanitaria deberá definir el papel de la APS y sus relaciones con otros niveles sanitarios y sociosanitarios.

2. Cambiar la estructura orgánica y funcional de las consejerías de sanidad. El organigrama de que se dote el naciente servicio autonómico no será ajeno al papel de cada cual en él; en este momento se debe evitar la dependencia de la APS y los hospitales de una misma gerencia territorial, que podría acrecentar el predominio hospitalario. En el ámbito autonómico, la APS debe estar dirigida al mismo nivel que los centros hospitalarios.

3. Impulsar la actuación de los correspondientes servicios para que afronten sus nuevas responsabilidades. En esta línea, pueden ser útiles los planes de salud que, más allá de simples objetivos de salud, deben recoger verdaderos planes de actuaciones priorizadas que permitan cumplirlos; estos planes de actuación (y presupuestos) deberán definir el papel central de la APS en la consecución de los grandes objetivos de salud.

La financiación será, sin duda, tema de debate. La aprobación del nuevo sistema de financiación autonómica, que engloba el presupuesto sanitario, es un importantísimo cambio. Pero nuestros políticos deberán seguir trabajando en el diseño de un sistema estable, que asegure la suficiencia, sostenibilidad, equidad y solidaridad interterritorial. Sin olvidar las mejoras en la eficiencia, no nos cabe ninguna duda de que ha llegado el momento de abordar, sin dilaciones, el incremento del porcentaje de PIB destinado a servicios sanitarios. A este respecto cabe señalar que la participación de la atención primaria en el gasto sanitario

público no ha aumentado en los 10 últimos años en relación a los nuevos servicios ofertados por este nivel, y que las insuficiencias financieras son especialmente peligrosas para el correcto desarrollo de la APS, ya que el servicio autonómico de salud que presente déficit financieros se verá impulsado no sólo a ralentizar el desarrollo de los equipos de atención primaria (EAP) sino incluso a descapitalizar más la estructura existente, en beneficio del mantenimiento de los altos costes hospitalarios. Los distintos grados de autonomía fiscal generarán desigualdades, y nuevamente deberá evitarse que éstas degeneren en inequidades.

En ocasiones los momentos de cambio se intentan aprovechar para resolver grandes errores del pasado. Actitud loable, pero peligrosa si se intenta hacerlo «de un plumazo». Buen ejemplo de ello lo tenemos en la pretensión del ministerio de «resolver» el «problema de los interinos» en el territorio INSALUD; la mejor solución acaba siendo la preventiva: evitar la presentación del problema con la convocatoria periódica de las plazas; pero nunca deberemos admitir cualquier proceso de selección (que deben mejorar) que no atienda a los principios de igualdad, mérito y capacidad. Se hará un flaco favor a los gobiernos autonómicos si se intenta «resolver» el tema abriendo «falsas vías»: los servicios sanitarios públicos deben escoger entre todos los profesionales (interinos o no) a aquellos mejor capacitados para prestar la atención que los ciudadanos merecen. Abrir ahora una vía, por muy excepcional que sea, para hacer fijos a los interinos, supone condicionar el futuro de la selección de personal de cada servicio autonómico de salud. Deben respetarse los derechos de los interinos, así como los de aquellos que no han tenido la suerte de gozar de esa condición.

Las transferencias constituyen un buen momento para avanzar en una formación continuada cuya calidad quede acreditada con la participación activa de las sociedades científicas. Delegar la capacidad acreditadora a las sociedades científicas y simultáneamente retener y desarrollar un sistema sólido de evaluación de la acreditación por parte de los servicios de salud y, globalmente, por el sistema de formación continuada del SNS constituyen no tanto un reto, sino una actividad lógica exigible

**El organigrama de que se dote el naciente servicio autonómico no será ajeno al papel de cada cual en él; en este momento se debe evitar la dependencia de la APS y los hospitales de una misma gerencia territorial, que podría acrecentar el predominio hospitalario**

**En esta línea, pueden ser útiles los planes de salud que, más allá de simples objetivos de salud, deben recoger verdaderos planes de actuaciones priorizadas que permitan cumplirlos; estos planes de actuación (y presupuestos) deberán definir el papel central de la APS en la consecución de los grandes objetivos de salud**

**La participación de la atención primaria en el gasto sanitario público no ha aumentado en los 10 últimos años en relación a los nuevos servicios ofertados por este nivel**

Nunca deberemos admitir cualquier proceso de selección (que deben mejorar) que no atienda a los principios de igualdad, mérito y capacidad. Se hará un flaco favor a los gobiernos autonómicos si se intenta «resolver» el tema abriendo «falsas vías»

Las transferencias constituyen un buen momento para avanzar en una formación continuada cuya calidad quede acreditada con la participación activa de las sociedades científicas

Es esencial aumentar la capacidad resolutoria de los EAP, dotándolos de los medios adecuados (humanos, materiales y organizativos, incluyendo su autonomía para tomar decisiones) y permitiendo su libre acceso a pruebas complementarias y a interconsultas rápidas y no reiterativas

**TABLA  
3**

**Algunas mejoras a introducir en la APS de cada servicio autonómico (actualmente transferido o de próxima transferencia)**

Autonomía de gestión de cada EAP y redefinición de las gerencias de APS
Aumento de la capacidad resolutoria de la APS
Nuevas relaciones con la atención de segundo nivel
Evitar la creación de unidades de apoyo innecesarias o sustitutivas
Integración con atención sociosanitaria
Mantenimiento del control de la IT por parte del médico de familia
Reinventar la participación ciudadana
Poner las bases para disponer de un solo tipo de médico de familia asistencial
Sistema de evaluación de la acreditación delegada a sociedades científicas
Desarrollo de sistemas de promoción profesional

de esta etapa transferencial. Este es, a su vez, un principio general común y una mejora a introducir por cada CCAA (tabla 3). Habrá llegado también el momento de definir sistemas de promoción profesional adecuados.

Pero cada consejería de sanidad (¿quizás sería mejor denominarla *de salud*!) hará bien en elevar el listón: no conformarse con aplicar bien las buenas cualidades de nuestro SNS, sino aprovechar para introducir cambios o mejoras que en el futuro podrían ser más difíciles o costosos. Algunos de los más importantes, que afectan a la APS, se reflejan en la tabla 3 y se comentan brevemente a continuación.

Es esencial aumentar la capacidad resolutoria de los EAP, dotándolos de los medios adecuados (humanos, materiales y organizativos, incluyendo su autonomía para tomar decisiones) y permitiendo su libre acceso a pruebas complementarias y a interconsultas rápidas y no reiterativas. Cada consejería de salud debe sentar las bases para un cambio cultural en el que el médico de atención primaria y el de asistencia especializada se sientan al servicio del ciudadano, y en consecuencia asuman su papel dentro de la estructura organizativa general del SNS: los primeros como agentes de los pacientes en el sistema sanitario y los segundos como apoyo esencial al servicio de los médicos de familia que les consultan. La capacidad de gestión autónoma de cada EAP y la redefinición del papel de las gerencias (o direcciones) de AP pueden ser motores de estas mejoras. La creación de unidades de apoyo a la APS (para atención domiciliaria, cuidados pa-

liativos, enfermedades psiquiátricas graves, poscirugía, etc.) debe ser una excepción y, en su caso, estar justificada por un análisis minucioso. La experiencia nos enseña que, en muchos casos, suponen un incremento de recursos que bien podría haberse dirigido directamente a los EAP, sin necesidad de crear nuevas estructuras sanitarias. En el caso de que fueran necesarias en alguna situación, deberían crearse siempre como verdaderas unidades de apoyo que actúen a demanda del EAP, coordinados con él y en ningún caso como sustitutos de su tarea asistencial.

La asunción de las transferencias por parte de una consejería de sanidad es un buen momento para abordar las reformas necesarias para crear un único tipo de médico de familia, evitando la dispersión actual (médicos de cupo, médicos de EAP, médicos de urgencias, médicos de APD, etc.).

Dos temas que nos parecen muy importantes no han sido, a nuestro entender, correctamente abordados por ninguna de las CCAA transferidas: la imbricación de la APS con los servicios sociales y la participación ciudadana. El progresivo envejecimiento de la población y los retos de la inmigración harán cada vez más tenue la frontera entre los servicios sanitarios y los sociales; los gobiernos de las CCAA harían bien en legislar y organizar sus servicios contando con una estrecha colaboración entre los EAP y los servicios sociales de base. En demasiadas ocasiones proyectos sanitarios interesantes chocan con las dificultades de coordinación con los servicios sociales que dependen, a menudo, de otra

**TABLA 4**  
**Cambios en el Ministerio de Sanidad**

Refundación del Consejo Interterritorial, con un marco legal que lo haga operativo, participativo y amplíe sus competencias
Una única agencia de farmacia
Evitar la proliferación de agencias de evaluación tecnológica y coordinarlas
Mejora y ampliación de la información sanitaria básica comparada
Formación profesional (pre y posgraduada) con mínimos homogéneos

consejería. La participación ciudadana, establecida en nuestra Ley General de Sanidad, es sin duda la cenicienta de la reforma de la APS; hay que reinventarla, fomentando la cultura de la participación individual en las decisiones sobre la salud de cada persona (más allá del retórico consentimiento informado) y apostando por las alianzas entre los EAP y los protagonistas sociales (ayuntamientos, asociaciones, «fuerzas vivas», etc.).

Y cuando terminen los traspasos... ¿se cierra el Ministerio de Sanidad? En todo caso será inaplazable la refundación del Consejo Interterritorial, convirtiéndolo en un organismo operativo y vinculante para temas como (tabla 4):

- Representante y *embajador* de todo el SNS en el marco de la Unión Europea.
- Liderazgo de las políticas de salud, desarrollando la Ley General de Sanidad en materias como universalización, salud laboral, catálogo de prestaciones básicas comunes o coordinación general.
- Equidad territorial, respetando la heterogeneidad propia de la autonomía, que asegure las mismas condiciones de accesibilidad para las prestaciones comunes, en todo el Estado.
- Establecer las necesarias actuaciones comunes en el ámbito de la salud pública, con especial atención a la actuación ante retos epidemiológicos.
- Promover las sinergias entre los distintos servicios autonómicos, evitando duplicidades innecesarias.
- Funciones de alta inspección, incluyendo el establecimiento de criterios de excelencia.
- Funciones básicas de ordenación profesional: titulaciones y contenidos formativos, bases de promoción profesional comunes, criterios de formación continuada y de

su reconocimiento en la promoción profesional.

- Homogeneidad operativa mínima, que permita la compatibilidad de los sistemas básicos de información: tarjeta sanitaria, información sanitaria básica común, etc.

Cuando terminen los traspasos seguirá siendo necesaria una agencia de fármacos común y única. Deberemos abordar la coordinación de las agencias de evaluación de tecnología (que no deberían prodigarse), evitando duplicidades de esfuerzos. Igualmente deberán mantenerse bases comunes en la formación de pre y posgrado, así como sistemas de acreditación de la formación continuada liderados por las propias sociedades científicas.

El mantenimiento de la equidad, dentro de la diferencia, requiere dotar al propio Consejo Interterritorial, y a la sociedad española en general, de un conjunto de información básica comparable y actualizada, que permita valorar los resultados de cada uno de los 17 servicios. Se deben mejorar los sistemas de información (especialmente en APS), pero es recomendable no prescindir de los actuales (por precarios que sean), en tanto no se pueda disponer de otros mejores.

La semFYC debe desempeñar un importante papel, colaborando y influyendo favorablemente en el proceso, tanto en el ámbito del conjunto del Estado como en cada autonomía. Su estructura federal puede facilitarlo, como ya hemos experimentado; sin embargo, algo cambiará también en las relaciones entre las distintas sociedades federadas y los órganos de la propia federación cuando España cuente con 17 servicios autonómicos de salud.

La semFYC debe, y quiere, participar en el proceso transferencial, ayudando a asegurar

**La creación de unidades de apoyo a la APS (para atención domiciliaria, cuidados paliativos, enfermedades psiquiátricas graves, poscirugía, etc.) debe ser una excepción y, en su caso, estar justificada por un análisis minucioso**

**La asunción de las transferencias por parte de una consejería de sanidad es un buen momento para abordar las reformas necesarias para crear un único tipo de médico de familia, evitando la dispersión actual (médicos de cupo, médicos de EAP, médicos de urgencias, médicos de APD, etc.).**

**Y cuando terminen los traspasos... ¿se cierra el Ministerio de Sanidad? En todo caso será inaplazable la refundación del Consejo Interterritorial, convirtiéndolo en un organismo operativo y vinculante**

**Cuando terminen los trasposos seguirá siendo necesaria una agencia de fármacos común y única. Deberemos abordar la coordinación de las agencias de evaluación de tecnología. Igualmente deberán mantenerse bases comunes en la formación de pre y posgrado, así como sistemas de acreditación de la formación continuada liderados por las propias sociedades científicas**

durante su desarrollo los valores fundamentales de universalidad, equidad y solidaridad, con criterios de calidad científico-técnicos. La participación de la semFYC, como referente de la APS en todo el Estado, es crucial para establecer los puentes de comunicación necesarios entre todos los diferentes actores del proceso transferencial. La semFYC, y sobre todo cada una de las sociedades federadas, deben tomar una postura activa orientada especialmente, en este momento, a algunos aspectos concretos:

- Colaboración con las autoridades sanitarias para facilitar un tránsito armónico hacia el «día después» (asunción de las competencias por cada CCAA).
- Participación activa de cada sociedad federada en la definición de las bases de cada servicio autonómico de salud.
- Adaptación al cambio de interlocutor: desde semFYC con ministerio/INSALUD a Sociedad Federada con Consejería de Sanidad.
- Consecución de un sistema de promoción profesional para los médicos de familia, coherente con el de otros profesionales, en el ámbito autonómico.

– Promover su participación en las estructuras de investigación y formación tanto estatales como autonómicas.

En definitiva, el proceso de transferencias es un reto. Debe ser también una excelente ocasión para multiplicar (por 17) la salud de los ciudadanos a quienes servimos: usar las sanas diferencias, sin inequidad, para aprender unos de otros, con un espíritu de colaboración interterritorial, podría ser una buena receta.

**A. Planes<sup>a</sup>, I. Berraondo<sup>b</sup>, J.M. Pepió<sup>c</sup>,  
A. Prieto<sup>d</sup>, R. Sanz<sup>e</sup>, J.M. Vergeles<sup>f</sup>  
y V. Thomas<sup>g</sup>**

<sup>a</sup>Ex presidente de la semFYC.

<sup>b</sup>Ex presidente de la Sociedad Vasca de Medicina de Familia.

<sup>c</sup>Ex vicepresidente de la Sociedad Catalana de Medicina de Familia.

<sup>d</sup>Ex presidenta de la semFYC.

<sup>e</sup>Vicepresidenta de la Sociedad Andaluza de Medicina de Familia.

<sup>f</sup>Presidente de la Sociedad Extremeña de Medicina de Familia.

<sup>g</sup>Presidente de la semFYC.