

Todos transferidos

J.A. Martínez Pérez

CS Guadalajara-Sur (Guadalajara).

Casi 11 meses de difícil negociación entre la administración del Estado y las autonomías de la llamada vía lenta finalizaron el pasado mes de diciembre con la aprobación, por parte del Consejo de Ministros, de las transferencias de las competencias sanitarias a las mismas. Desde el 1 de enero de 2002, diez autonomías –Aragón, Asturias, Baleares, Cantabria, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Extremadura, Madrid, Murcia y La Rioja– ya pueden gestionar sus servicios de salud.

Este traspaso estuvo rodeado de grandes dificultades, no sólo debido a la complejidad del traspaso de competencias y financiación de una administración a otra, sino también a otros aspectos, como que se trataba de una negociación en bloque con diez autonomías, cada una de ellas con diferentes necesidades y, además, siguiendo un calendario cerrado, en el que se había establecido previamente que la negociación no podía durar más de un año.

A pesar de todo, las negociaciones comenzaron allá por el mes de febrero con buen pie. Había voluntad por parte de la administración del Estado y de las autonomías de llegar a buen puerto. La discusión en las primeras ponencias técnicas, aunque en ocasiones pecaban de excesivamente técnicas y a veces espesas, reflejaban una buena sintonía entre las dos partes.

Pero todo se complicó después del verano, con la incorporación al proceso negociador del Ministerio de Hacienda. Los responsables de las autonomías acudieron a la última ronda de ponencias técnicas con el objeto de ajustar sus valoraciones económicas con el gobierno central, pero se encontraron con ofertas cerradas, con poco margen para la negociación, con el agravante de que quedaba poco tiempo si se quería cumplir el calendario previamente establecido.

Ante el peligro que corría el proceso, se entró en una dinámica vertiginosa de ofertas y contraofertas que logró acercar posturas y más tarde llegar a un acuerdo definitivo. De este modo concluye, 20 años después de iniciarse en Cataluña, la descentralización sanitaria de nuestro país, cumpliéndose el modelo de un sistema nacional y diecisiete servicios de salud.

Pese a este acuerdo, en estas últimas autonomías transferidas, el Insalud no desaparece. Seguirá funcionando al menos 3 meses, ampliables a 6, para ayudar a aquellas con menor capacidad para asumir su autogestión sanitaria. Además, el Insalud debe asegurar la asistencia en Ceuta y Melilla.

Después de estos 3 meses, la competencia sobre sanidad ya será del consejero de cada comunidad autónoma, aunque el servicio lo seguirán prestando los trabajadores del Insalud, temporalmente a sus órdenes. Murcia es la única comunidad que ha renunciado a ese período transitorio, mientras que Madrid ha pactado 2 meses de transición y las restantes aceptaron el trimestre de prórroga.

El traspaso de la sanidad, según los datos ofrecidos por las propias comunidades, supondrá que éstas pasarán a gestionar algo más de dos billones de pesetas adicionales de presupuesto, así como 140.000 empleados públicos, 83 hospitales y 35.000 camas hospitalarias. Por otra parte, las autonomías traspasadas tendrán que ceder con el nuevo sistema de financiación (ligado al traspaso de la sanidad), el 33% del IRPF, el 35% del IVA, el 40% del impuesto especial sobre hidrocarburos, tabaco, alcoholes y cerveza, y los impuestos sobre electricidad y matriculaciones.

El traspaso de la sanidad deja al Ministerio sin competencia sobre asistencia sanitaria, lo que le obliga a partir de ahora a redefinir su papel. Sus responsables anunciaron que en esta nueva etapa sus cometidos estarán orientados principalmente a la salud pública, la investigación, el sector privado y la equidad de la asistencia. En este sentido, piensan poner en marcha una tarjeta sanitaria “única e igual” para todas las comunidades autónomas que contenga, además de los datos personales del ciudadano, un historial médico básico; así como un “fondo de desplazados” que garantice la equidad del sistema; y además, el Ministerio realizará tareas de inspección y ejercerá una vigilancia más estrecha a la sanidad privada con el fin de asegurar unos niveles de calidad por parte de ésta.

Al margen de todas estas buenas intenciones apuntadas por los responsables del Ministerio, pensamos que una de las principales labores de este organismo a partir de ahora es garantizar la total equidad para los ciudadanos en la prestación de los servicios sanitarios en todas las comunidades autónomas. Será necesario pactar con todas ellas esa célebre Ley de Coordinación del Sistema Nacional de Salud tantas veces anunciada por el Ministerio, pero que no acaba de ponerse en marcha.

¿Cómo repercutirán las transferencias en atención primaria? Opinamos que lo razonable es que cada comunidad organice este nivel adecuándolo a las características poblacionales, epidemiológicas y culturales de su territorio. Esto dará lugar a que coexistan distintos modelos organizativos en el territorio nacional, que en principio no

parece que sea negativo, siempre que haya una buena vertebración entre todos. Sin embargo, la experiencia que tenemos todos con la administración nos hace pensar que esto no va a ser así y que se producirán desigualdades sanitarias entre las diversas comunidades.

Por otra parte, como cada administración autonómica tendrá competencia para llegar a diversos acuerdos laborales y retributivos se producirán, además, desigualdades salariales entre los distintos profesionales dependiendo del lugar donde trabajen.

También nos tememos que la movilidad del personal, que es un derecho elemental que tiene todo ciudadano, se verá recortada por las políticas proteccionistas que tanto gustan a los gestores locales. Puede llegar a darse la paradoja de que sea más fácil trasladarse a trabajar a un

país de la Comunidad Europea que a otra ciudad del propio país.

Y aunque es cierto que los profesionales vamos a tener la administración más cerca y que con ello aumentará nuestra capacidad de presión, no es menos cierto que al ser los problemas de tipo local y las soluciones diferentes en cada comunidad, esta capacidad reivindicativa se pueda ver mermada por la atomización del colectivo.

Pensamos que más que nunca va a ser importante que los profesionales nos mantengamos unidos y potenciamos nuestros vínculos asociativos. Estamos de acuerdo en que con las transferencias se intente mejorar la atención social y sanitaria de cada comunidad, pero no a costa de crear diferencias entre la población y entre los profesionales de las diferentes autonomías.