

## Los diversos marcos transferenciales de la Sanidad

*Enrique Castellón Leal*

---

Arbor CLXX, 670 (Octubre 2001), 301-307 pp.

*El tema que se aborda en este trabajo es de una vigencia incuestionable. Independientemente de aspectos organizativos, de dotación de recursos a todas luces no homogénea, se plantea el gran reto de la financiación de manera que la misma actúe como elemento armonizador del sistema sanitario español, sin dejar de tener en cuenta otras variables poblacionales, culturales e históricas.*

---

La Constitución, en cuanto a las funciones sanitarias que pueden ser objeto de transferencias, distingue dos grandes campos formados, de una parte, por la sanidad e higiene, es decir lo que comprende la salud pública, y de otra parte, la seguridad social con su gran dispositivo asistencial. La sanidad e higiene podía ser asumida por todas las Comunidades Autónomas, en tanto que la asistencia sanitaria, en un primer momento, sólo podía ser competencia de las Comunidades llamadas de primer grado o asimiladas, aunque en la actualidad ya alcanza a todas las Comunidades Autónomas.

Respecto a esta división y su correspondiente grado de asunción de competencias por parte de las Comunidades Autónomas, debe entenderse que, aunque puede obedecer a razones técnicas, tiene un indudable contenido político, ya que la salud pública es una parcela de gran trascendencia que implica la condición de autoridad sanitaria,

pero que tiene escaso contenido presupuestario, en tanto que la asistencia sanitaria no tiene ese sustrato de autoridad, pero arrastra un gran volumen económico y una destacada carga social.

La sanidad e higiene ha sido ya, desde hace bastante tiempo, transferida a todas las Comunidades Autónomas, por lo que se trata de un proceso cerrado sobre el que no parece oportuno ni de interés profundizar más en él; sin embargo la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, sólo ha sido transferida a siete Comunidades Autónomas, con lo cual todavía se trata de una cuestión pendiente, demasiado dilatada en el tiempo, sobre la que aún es necesario trabajar.

En cualquier traspaso de funciones y servicios a Comunidades Autónomas, independientemente de la gran carga política que conlleva, que es indudable y creo que a nadie escapa, la negociación prácticamente se basa en dos cuestiones fundamentales: la identificación de los recursos humanos y materiales objeto de la transferencia y la financiación correspondiente para afrontar esos recursos, continuar con el servicio que se traspasa y atender a las posibles carencias dentro del propio ámbito territorial correspondiente. No obstante, cuando la referencia es la sanidad, estas dos cuestiones alcanzan una mayor trascendencia, por el gran volumen económico y de recursos que la atención sanitaria requiere y por su rápida evolución, que sin duda supone un constante incremento de presupuestos para atender a las expectativas sociales, que no siempre pueden ser planificadas. Al respecto, recordemos que las transferencias de la asistencia sanitaria a Andalucía han sido las de mayor carga económica y de personal que se han efectuado hasta la fecha en cualquier materia.

Con todo, es sin duda la financiación el gran caballo de batalla de las transferencias de la asistencia sanitaria.

Pues bien, en este marco competencial mínimamente esquematizado en los párrafos anteriores, el proceso de transferencias de la asistencia sanitaria comienza, antes de publicarse la LGS, con Cataluña mediante el Real Decreto 1517/1981, de 8 de julio. El hecho de producirse en el inicio del proceso transferencial, con anterioridad a los Pactos Autonómicos y también a la metodología de valoración del coste de los servicios, aprobada por el Consejo de Política Fiscal y Financiera al año siguiente, condujo a la cesión de créditos presupuestarios asociados a los servicios que se traspasaban, basados en una previsión poco objetiva y a la larga proclive a la discusión, como después hemos podido apreciar.

Posteriormente, en el año 1984, se traspasa a Andalucía la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, con un régimen fi-

nanciero ya más elaborado, en la línea más tarde prevista por la LGS, pero que aplica el coste de los servicios hasta 1993, en que la Comunidad Autónoma presenta una reclamación y, con efectos retroactivos desde el año 1986, se aplica el acercamiento a población protegida según Censo de 1991.

Casi cuatro años después del traspaso a Andalucía, a finales de 1987, se producen las transferencias al País Vasco y a la Comunidad Valenciana, con la asignación de recursos recogida en la LGS, que ya se encontraba en vigor, aunque, lógicamente, es diferente para el País Vasco en virtud de su régimen foral.

Nos encontramos, pues, con que en esos momentos, con cuatro Comunidades transferidas, coexistían, también, cuatro sistemas diferentes de asignación de recursos, lo que, sin duda, podía producir diferentes marcos de actuación. Esta situación tenía consecuencias económicas claras, ya que, por ejemplo, aunque el criterio de reparto de recursos que determina la LGS es el de población protegida, interpretada como población de derecho según censo, Cataluña gozaba de un porcentaje inicial de créditos transferibles del 16,3%, superior al 15,81 que le correspondía según población censal de 1981, y Andalucía obtenía un 17,47%, por encima del 17,09% que hubiera percibido según población protegida.

Más tarde y de nuevo con grandes diferencias temporales, a finales de 1990, se realizan los traspasos a Galicia y a la Comunidad Foral de Navarra y, en 1994, a Canarias utilizando, ya, los criterios de financiación de la LGS, si bien en el caso especial de Navarra, por su régimen foral, el porcentaje de recursos a asignar es el índice de imputación de su Cupo, de acuerdo con su Convenio Económico vigente en cada momento.

En todo este dilatado e inconcluso proceso, la financiación de la asistencia sanitaria transferida a las Comunidades Autónomas fue excluida de la LOFCA, quedando regulada, entonces, por lo previsto en la Ley General de Sanidad, en su artículo 82, que determina que se realizará siguiendo el criterio de población protegida y que la desviación, positiva o negativa, entre el porcentaje del gasto sanitario en el momento inicial y el porcentaje de la población protegida, será anulada en 10 años, a un 10% anual.

Esta última previsión responde al hecho objetivo de que las transferencias se habían iniciado con anterioridad a la LGS y, además, prácticamente en cada caso se había utilizado un procedimiento de financiación diferente, lo que daba lugar a que casi cada Comunidad Autónoma, para gestionar los servicios recibidos, dispusiera de fondos procedentes de parámetros diferentes entre sí.

La solución a esta diversidad de sistemas podría haber estado en la utilización de la financiación básica según la LOFCA, aunque se decidió, de forma fundamentada, excluir a la asistencia sanitaria de este procedimiento común, por diversas causas, entre las que podrían considerarse como principales: la universalidad de los servicios sanitarios públicos; la competencia exclusiva del Estado sobre el régimen económico de la Seguridad Social; la independencia de la Hacienda Pública estatal del sistema financiero de la Seguridad Social, en el cual rige el principio de caja única; y el riesgo de que una partición del Sistema de Seguridad Social, al territorializar los ingresos y pagos, pudiera debilitar el principal instrumento de solidaridad existente entre los ciudadanos, que en modo alguno debe perderse.

Sin embargo, y además del hecho trascendente de que, actualmente, la sanidad se financia vía presupuestos generales del Estado, sin intervención de las cotizaciones a la seguridad social, también existen otros motivos de destacado peso, que podrían oponerse a esa diferenciación en la financiación, tales como:

Los desajustes de las Comunidades Autónomas que poseen servicios transferidos de la Seguridad Social, al recibir los créditos correspondientes de acuerdo con los presupuestos iniciales de la Entidad Gestora transferente, que pueden, como sucedió en muchas ocasiones, producir desviaciones que tardan en repercutirse en su financiación.

La falta de autonomía financiera real que se produce en este campo, lo que dificulta la planificación del gasto y, consecuentemente, la gestión de las competencias, debiendo recurrir, en muchos casos, al endeudamiento interno.

La dificultad de evaluar, en términos de eficiencia económica, el coste de oportunidad de asignar mayores o menores recursos a la asistencia sanitaria respecto a otros servicios.

Las deseconomías de escala producidas por la subsistencia simultánea de una doble estructura financiera y de gestión.

En relación con esta misma cuestión, es oportuno recordar que el Acuerdo Parlamentario para la Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud, en el apartado dedicado a la Financiación, entre sus recomendaciones incluye la de «instar al Consejo de Política Fiscal y Financiera a abordar, durante el período de vigencia del nuevo acuerdo de financiación, la incorporación posterior de la financiación sanitaria en la financiación autonómica sobre la base de criterios de integración progresiva y corresponsabilidad fiscal».

Por otro lado, en términos generales y con la excepción de Navarra y del País Vasco, la financiación proviene de aplicar a cada Comunidad

Autónoma con competencia asistencial, un porcentaje del presupuesto total del INSALUD después de restar los gastos correspondientes a centros nacionales, el Fondo de Investigación Sanitaria y los ingresos propios. Este sistema, que es el que ha venido utilizándose, ha recibido, especialmente desde el ámbito de las propias Comunidades, diversas críticas que, fundamentalmente, se basan en que no reduce las desigualdades existentes en la dotación de servicios en la situación de partida, ni las diferencias en el gasto per cápita, ni los cambios en la estructura social, ni los movimientos poblacionales, tanto interiores como exteriores. Además, puede producir retrasos en la recepción de determinados fondos cuando en el INSALUD se producen desviaciones presupuestarias y requiere también, para su correcta aplicación, de un procedimiento de facturación de servicios entre Comunidades Autónomas, que todavía no ha sido elaborado.

Por ello, en 1994, el Consejo de Política Fiscal y Financiera informó favorablemente el acuerdo sobre el Sistema de Financiación de la Sanidad, con vigencia hasta el 31 de diciembre de 1997. Este acuerdo se instrumentó posteriormente mediante acuerdos bilaterales entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas y, en el contexto de esta revisión del sistema, se adoptaron medidas básicamente en un doble sentido: homogeneización en la asignación de recursos, aproximándola al criterio general de población protegida de la LGS, y evolución de los recursos con arreglo al PIB nominal. Sin duda, este acuerdo supuso un avance importante en la financiación sanitaria, aunque no alcanzó plenamente los objetivos deseados.

En consecuencia, a la finalización de la vigencia de este acuerdo, se formalizó un nuevo modelo de financiación para el período 1998-2001, que aprobado por el Consejo de Política Fiscal y Financiera es el que actualmente se encuentra en vigor. En este nuevo acuerdo se establecen, como principales novedades: que el criterio de distribución de los recursos debe tener validez universal; exigencia de ejecutar planes de control del gasto para eliminar el fraude en las prestaciones sociales, cuyo resultado incrementará la dotación de los servicios sanitarios; establecimiento de determinadas variables de distribución de recursos; y garantía de que esas variables no puedan sobrepasar determinados límites, al objeto de asegurar que la capacidad de financiación no tenga oscilaciones significativas.

Este es el modelo de financiación en el que nos movemos actualmente, pero en el marco de las previsiones del Gobierno, de transferencia de las funciones y servicios del INSALUD a las Comunidades Autónomas que no han recibido los traspasos todavía, cerrándose con ello la des-

centralización del mapa sanitario español, parecería conveniente abrir un debate estricto sobre nuevas formas de asignación de recursos.

Estas formas de asignación tienen, en primer lugar, que atender, ante la plena transferencia de la gestión a todas las Comunidades Autónomas, a determinadas condiciones que abarquen desde la imprescindible infraestructura sanitaria, a consideraciones tales como un fondo de compensación interterritorial o variables como la estructura de la población a atender, el nivel socioeconómico, la accesibilidad a los recursos, la morbimortalidad, la docencia y la investigación.

En relación con la dotación de infraestructura y recursos sanitarios, el esfuerzo que se ha hecho a lo largo de la pasada legislatura ha sido considerable. El INSALUD ha invertido en los últimos cuatro años más de un cuarto de billón de pesetas en la creación de nuevas estructuras sanitarias o renovación de las existentes, lo cual ha supuesto un incremento del 72,4% en los tres primeros años de aplicación del nuevo modelo de financiación, sobre los tres primeros del modelo anterior (1994-1996). Pero, además y esto es lo más importante, gran parte de estas inversiones se han destinado a corregir desequilibrios territoriales en Comunidades Autónomas que históricamente habían tenido un menor gasto por persona. En Extremadura, Castilla y León, Baleares, Murcia y Castilla-La Mancha se ha hecho un esfuerzo inversor especialmente intenso y superior al de la media del INSALUD.

Esta situación y el hecho de que el Acuerdo de Financiación vigente ya recoge un fondo económico cuyo criterio de reparto no es de carácter poblacional, sino que su finalidad es compensar a las distintas Comunidades Autónomas de los costes originados por la existencia de centros acreditados con unidades docentes y la atención a pacientes desplazados, conducen a pensar que las próximas transferencias a realizar se llevarán a cabo en el marco de una asignación de recursos diferente, que deberá reflejarse en un nuevo acuerdo de financiación cuando a finales del año 2001 concluya la vigencia del actual.

No obstante, tanto en ese momento, como incluso antes, seguirá el debate acerca de la idoneidad de incorporar la financiación sanitaria al modelo común. Con este sistema la sanidad estaría integrada en la financiación general de las Comunidades Autónomas, posibilitándose con ello mayores cotas de responsabilidad en el gasto y un mayor grado de planificación del gasto de acuerdo con las necesidades y los recursos dentro de cada Comunidad Autónoma.

Esta idea, como ya ha sucedido en ocasiones anteriores, sin duda estará presente, directa o indirectamente, en las negociaciones que se lleven a cabo para la firma del próximo acuerdo de financiación, que

será de gran trascendencia porque tendrá lugar en un momento de plena transferencia o muy cercano a él y, como hemos dicho al principio, la clave de los procesos transferenciales es la asignación de recursos económicos.