
Algunos comentarios sobre la Conferencia de Presidentes autonómicos y el futuro del Sistema Nacional de Salud

Javier Rey del Castillo

Médico Inspector

Introducción

Las medidas adoptadas por la Conferencia de Presidentes autonómicos de septiembre de 2005 consistieron en una dotación de fondos adicionales para la financiación autonómica, supuestamente justificada por las insuficiencias de la financiación sanitaria que habrían derivado del aumento de la población en algunas Comunidades Autónomas (CCAA), como consecuencia principalmente del aumento de la población inmigrante. Ni el acuerdo, por otra parte parcial, de las CCAA (que en todo caso aceptaron finalmente en su totalidad las cantidades adicionales, cuya distribución sigue siendo objeto de discusión en esos días) justificaba debidamente las insuficiencias financieras citadas, ni la propia distribución prevista garantizaba formalmente siquiera la dedicación de esos fondos adicionales a resolver los déficits finan-

cieros en los que hubieran podido incurrir los servicios sanitarios por las razones expresadas.

Pese a ello, la actuación de la conferencia de presidentes ha sido interpretada desde diferentes puntos de vista^{1,2} como una buena (y casi primera) expresión de la preocupación de los poderes públicos central y autonómicos por el sostenimiento de la protección sanitaria universal, y de su compromiso por la sostenibilidad de los servicios sanitarios como garantía de la misma.

Una segunda característica de muchos de los comentarios surgidos a raíz de las actuaciones citadas ha sido la coincidencia en señalar como problema más relevante para garantizar la sostenibilidad del Sistema Sanitario, como complemento inexcusable y primordial de cualquier otra clase de medidas, el aumentar la financiación sanitaria³, e incluso las medidas de la Conferencia de Presidentes

como una oportunidad perdida para resolver esa situación⁴. Esa posición se acompaña de propuestas más o menos genéricas de control del aumento del gasto sanitario^{1,5}, en cuyas razones y caracterización se han producido, sin embargo, pocos avances, o incluso una ignorancia deliberada sobre algunas de ellas (el aumento progresivo del gasto farmacéutico y tecnológico, y los consumos “intermedios” que hipotecan el crecimiento de cualquier otra partida de gasto, en particular el realizado en el personal del Sistema Nacional de Salud⁶). Esa escasa caracterización permite poner en cuestión la efectividad real de muchas medidas propuestas, sin que siquiera se haya producido una valoración adecuada de las que se llegan a poner en práctica⁽¹⁾.

⁽¹⁾A estos efectos puede citarse la primera de las medidas “complementarias” orientadas al control del gasto sanitario que forman parte de las propuestas de la conferencia de presidentes, en concreto la implantación en cada Comunidad Autónoma de un sistema de compra centralizada para los productos de consumo hospitalario^{1,5}. Conforme a las experiencias no publicadas ni valoradas de algunas de las Comunidades Autónomas que han intentado la implantación de ese tipo de medidas (la Comunidad Valenciana, el País Vasco), la respuesta de los proveedores hospitalarios al intento de lograr la aplicación de precios uniformes al nivel más bajo ha sido dejar desiertos al menos una parte de los concursos. Este tipo de respuestas no parece posible de evitar si la actuación no se plantea de manera coordinada a nivel estatal, algo que parece ajeno al interés de todas las administraciones, que parecen tener otros intereses prioritarios.

Una mera observación de la secuencia en la que se produjo la aportación financiera adicional a las CCAA, y de la forma en que se llevó a cabo ésta permite poner en cuestión que las interpretaciones anteriores respondan a la realidad. Por el contrario, de la observación de los hechos, conforme a la información que de los mismos fueron dando los medios de comunicación, se podrían derivar otras hipótesis sobre el objetivo real de las medidas adoptadas, que resultan menos favorables para el Sistema Nacional de Salud y su sostenibilidad, no sólo financiera, sino como instrumento territorial y social de cohesión.

Conforme a esas hipótesis, el objetivo político general más relevante en la política española actual es un desarrollo del sistema autonómico en el que el poder de las CCAA, sobre la base del incremento de su capacidad económica, sea cada vez mayor. Por el contrario, y pese a las invocaciones al carácter “federal” del modelo, en la perspectiva ofrecida (que se ha hecho patente en algunas de las propuestas que subsisten en la redacción aprobada del Estatuto catalán) no se atisban propuestas que promuevan y garanticen los mecanismos de intervención del Estado y de cohesión que caracterizan a los sistemas federales⁷.

Esta ausencia afecta de manera especial a los servicios públicos universales, entre ellos los sanitarios, cuya gestión, por otra parte, se ha convertido en la fuente principal de financiación de las CCAA⁽²⁾.

Las cesiones realizadas a los agentes responsables de una parte importante del gasto sanitario (oficinas de farmacia e industria farmacéutica) en la tramitación de la nueva Ley del medicamento⁸ sirven también para poner en cuestión que el interés principal de los poderes públicos en el ámbito sanitario estén realmente centrados en el mantenimiento y consolidación del sistema de protección universal. La coincidencia esencial entre el partido del Gobierno y el primer partido de la oposición en los enfoques citados, ya puesta de relieve en la aprobación y el apoyo a las leyes principales que rigen en la actualidad el sistema sanitario (las leyes financieras y la de Cohesión) añade un elemento de inquietud acerca

de las posibilidades de modificar esa situación.

En los apartados siguientes se aporta una descripción de la secuencia de demandas y actuaciones de la conferencia de presidentes que pueden dar lugar a considerar una interpretación de sus repercusiones en términos menos favorables que los usualmente considerados sobre la prioridad política del mantenimiento de la protección sanitaria universal en España.

Las demandas de mayor financiación sanitaria de las Comunidades Autónomas

Las demandas de mayor financiación sanitaria por parte de algunas CCAA comenzaron en diciembre de 2003. En esa fecha un grupo de CCAA gobernadas por el Partido Socialista, con el apoyo del Gobierno Vasco, demandaron del Gobierno Central, entonces en manos del Partido Popular, el pago de “deudas” surgidas por el incumplimiento de pagos que se deberían, en su criterio, haber hecho efectivos en aplicación del sistema de financiación en vigor. En concreto cantidades relacionadas con la gestión de la Incapacidad Temporal, la distribución del Fondo de Cohesión y el pago del gasto farmacéutico^{9,10}.

⁽²⁾Según los informes del Grupo de Trabajo sobre Gasto Sanitario para la conferencia de presidentes autonómicos (cita) el promedio de esa aportación para las Comunidades Autónomas de régimen común era en 2003 del 37,5%. Un informe sobre Recursos Económicos del Sistema Nacional de Salud en 2005, elaborado por el Ministerio de Sanidad, establece esa media en el 32,54%. Las diferencias entre unas y otras apreciaciones ponen de relieve los problemas metodológicos que subyacen a cualquier análisis estadístico en el ámbito, también el económico, del Sistema Nacional de Salud.

El dato a subrayar en este caso es que las demandas se justificaban en la aplicación del sistema de financiación que todavía sigue en vigor. Este hecho es aún más relevante, dado que la iniciativa de estas demandas correspondió a CCAA no afines al partido entonces en el Gobierno.

El cambio de Gobierno que tuvo lugar en marzo de 2004 supuso una variación sustancial en las demandas de mayor financiación sanitaria en dos aspectos principales: su contenido y justificación, basados en razones al margen del sistema de financiación todavía existente, y el apoyo a las demandas, ya no limitado a partidos o CCAA no afines al partido en el gobierno.

En cuanto a la primera cuestión, las primeras demandas posteriores a las elecciones de marzo de 2004 surgieron de Cataluña, donde también se había producido el cambio de gobierno pocos meses antes. A los pocos días de las elecciones generales, la Generalitat Catalana, constituida en torno al Partido de los Socialistas de Cataluña (PSC), hacía públicas unas elevadas cifras de déficit sanitario, atribuidas en este caso a la gestión del gobierno catalán anterior, de CiU¹¹). La defensa de este partido consistió en demandar un acuerdo general “por la sostenibilidad del sistema”, que no pusiera en cuestión su gestión anterior¹².

Unos meses más tarde, tras el debate de esta cuestión en el Parlamento catalán, las fuerzas políticas de aquel territorio, además de constituir una comisión formada por personalidades independientes para analizar las razones de su elevado déficit, atribuían de manera acordada una parte sustancial de ese déficit a decisiones del Gobierno del PP, que habrían incrementado el gasto sanitario sin aumentar los ingresos. Este análisis se complementaba con la solicitud de que, en consonancia con la razón esgrimida para justificar (de manera parcial) el incremento del gasto, el Estado contribuyese de manera proporcional a resolver ese déficit, sin precisar de qué forma se podría hacer esa aportación¹³.

Tal propuesta fue probablemente el resultado de una visión compartida por todos los partidos catalanes de la experiencia anterior: los incrementos de financiación sanitaria obtenidos por la Generalitat catalana con los sistemas de financiación anteriores se habían logrado siempre en el reparto (con frecuencia sesgado a favor de Cataluña por aplicación de coeficientes de distribución *ad-hoc*) de cantidades adicionales a las derivadas del sistema de financiación sanitaria, entonces específico, sin poner en cuestión éste, ni tampoco el funcionamiento del propio sistema sanitario ca-

talán. La situación de déficit de éste era de conocimiento común desde mucho tiempo antes a través de las deudas con proveedores u otros métodos indirectos de estimación.

Poco tiempo después fue la Presidenta de la Comunidad de Madrid la que lanzó su reclamación por el pago de unas deudas supuestas de la AGE con su Comunidad, derivadas en buena parte, según su estimación, de la insuficiencia de su financiación sanitaria. Lo relevante de este caso es que la razón de esa insuficiencia financiera de causa sanitaria se atribuyó por primera vez por la Presidenta madrileña a una causa, el aumento de la población, en especial la inmigrante, en unos términos que, como luego confirmaron las conclusiones de los Grupos de trabajo creados por la conferencia de presidentes autonómicos, no parecían caber en el sistema de financiación en vigor aprobado por el Gobierno de su propio partido, sin que esa circunstancia constituyese freno alguno para su reivindicación.

La Generalitat Catalana tardó poco tiempo en sumarse a esa justificación como razón del crecimiento del gasto sanitario¹⁴. Unos meses después, esa misma razón se constituyó en “doctrina” general del PP, para demandar de la AGE gestionada por el Partido Socialista canti-

dades adicionales para la financiación autonómica. Tales cantidades se justificaban por la supuesta insuficiencia de la financiación sanitaria prevista de resultados del aumento de población, presentando esa demanda, conforme a una interpretación no ajustada a la norma, como una consecuencia del sistema de financiación en vigor que el mismo partido había aprobado en la legislatura anterior. A la demanda basada en esta misma razón se sumaron después representantes políticos del Partido Socialista en algunas CCAA gobernadas por el PP, entre ellos los de la Comunidad de Madrid^{15 (3)}.

Una característica añadida del curso de esas demandas es que, a partir del momento en que empezaron a formularse en su segunda fase, las referencias a la “suficiencia financiera” de las CCAA por razones sanitarias pasó a tener un significado distinto para las CCAA que esgri-

⁽³⁾A lo largo de ese mismo mes de julio de 2004, y por cauces diversos, la casi totalidad de las Comunidades Autónomas hicieron públicas sus cifras de déficit, de manera que con la suma de las diferentes demandas hechas públicas a finales de mes algunos medios estimaban una reclamación global por el conjunto de las Comunidades Autónomas para la financiación sanitaria de alrededor de 6.200 millones de euros. Andalucía, con 1.205 millones de euros, la Comunidad Valenciana con 415 millones, Castilla-La Mancha con 410, más Cataluña, por las cifras indicadas, y Madrid, con una “deuda” supuesta de 835 millones de euros, eran las Comunidades Autónomas con mayor nivel de déficit. Entre ellas (un 30 %) alcanzaban el 86,5 % de la cifra total de déficit estimada¹⁶.

mían sus demandas y para el Ministerio de Economía de Hacienda, que fue modulando la respuesta del Gobierno a las mismas. Para las primeras, la suficiencia o no de la financiación sanitaria se interpretaba en relación con el gasto real en el que incurrían. Por su parte, las posiciones del Ministerio citado sobre esa cuestión han adoptado siempre como referencia el cálculo de los ingresos mínimos de cada CA previstos con el sistema de financiación en vigor y con los ingresos impositivos que lo soportan.

La justificación de las demandas formuladas en los términos indicados hay que buscarla en buena parte en la demanda real de una mayor financiación por parte de todas las CCAA, y singularmente de algunas de ellas, con independencia de quién las gobierne, como expresión más exacta de su tendencia a extender su poder económico. En ese contexto, el aumento de población, que ha sido real, sobre todo en algunos casos, es probablemente el único factor externo no atribuible a la gestión autonómica sobre el que se puede argumentar un aumento de sus necesidades financieras, aunque su cuantificación no alcance los umbrales establecidos en el sistema de financiación para justificar la demanda del incremento de la financiación recibida. A su vez, dentro de ese marco ge-

neral, el incremento del gasto sanitario, por mucho que tenga otras razones principales, se ha convertido en un lugar común que no requiere de mayor precisión, a la vez que es un argumento al que la población es más sensible que al incremento del gasto en otros factores. Todo ello configura un ámbito de justificación en el que la posición de cualquier gobierno no está más condicionada en su posible respuesta. Esta respuesta es la que se analiza en el apartado siguiente.

La respuesta del gobierno a las demandas de mayor financiación

La respuesta del Gobierno (ya del PSOE) a la extensión de las demandas de mayor financiación justificadas por la supuesta insuficiencia de las partidas obtenidas en función de la cobertura de la asistencia sanitaria consistió inicialmente en sugerir la cesión de mayores grados de capacidad normativa, en particular en impuestos especiales, a las CCAA, de manera que éstas pudieran incrementar sus ingresos fiscales, posición que resulta coherente con el sistema de financiación en vigor¹⁷. Pero el rechazo, tanto por parte del PP como partido como de diferentes CCAA a esta propuesta (que se ha mantenido como complementaria hasta después de celebrada la Conferen-

cia de Presidentes autonómicos) dio lugar en poco tiempo a que, tanto desde el Partido Socialista como desde las áreas económicas del Gobierno, se barajase muy pronto la idea de liberar desde el Gobierno partidas “extraordinarias” como vía más importante para resolver una situación caracterizada, sin mayores precisiones, como de insuficiencia en la financiación sanitaria.

La aportación de cantidades “extraordinarias” supone la repetición de otras operaciones anteriores en las que se produjo la aportación puntual de cantidades adicionales al sistema de financiación vigente en cada momento, con criterios justificativos específicos en cada caso. Tales aportaciones, más aún en tanto se pueden considerar por repetidas como una actuación igualmente previsible en el futuro, suponen una contribución a la puesta en cuestión de los criterios de corresponsabilidad fiscal que orientaron la consecución del acuerdo y la aplicación del sistema de financiación en vigor. Sobre todo si, como en el caso de las operaciones similares anteriores, las aportaciones adicionales al sistema regular de financiación se hacen sin justificar las razones del aumento del gasto o atribuyéndolo, como se ha hecho ahora sin ninguna confirmación, al aumento de población en términos no previstos

en el propio sistema de financiación en vigor⁽⁴⁾.

La única explicación posible de este cambio de posición deriva de la combinación de una circunstancia concreta, el incremento de los ingresos fiscales en el último año, con el mantenimiento de unos objetivos prioritarios (y compartidos por los dos partidos de ámbito estatal con posibilidades de gobierno) en el diseño del sistema de financiación y, en concreto, con el traspaso de las responsabilidades financieras fundamentales en las materias sanitarias a las CCAA.

El aumento de los ingresos fiscales en los impuestos propios del Estado permite a éste disponer de ciertos márgenes de liberalidad presupuestaria en este momento concreto. Por el contrario, para el futuro se dan algunas circunstancias que pueden reducir esa perspectiva

⁽⁴⁾Este aspecto de la cuestión no se tiene en cuenta por quienes proporcionaron apoyo al sistema de financiación en vigor y proponen ahora medidas para la mejora de su diseño y aplicación: en una publicación reciente de uno de los autores que goza de mayor autoridad en este campo se señala que, ante los déficits sanitarios alegados, “una posibilidad razonable que puede sugerirse consiste en distribuir el déficit entre la hacienda central y la correspondiente hacienda autonómica en igual proporción en que una y otra hacienda nutren los ingresos de la hacienda regional” (Sevilla Segura JV¹⁸). Tal posición, que supone en todo caso un avance respecto a una forma de distribución que, como se ha indicado, ha sido hasta ahora por completo discrecional, elude considerar la responsabilidad en la generación de los déficits correspondientes, algo que sólo podría establecerse con sistemas de información adecuados.

fiscal favorable⁽⁵⁾. Por ello, conforme a los análisis de los sectores económicos del Gobierno (que fueron los que definieron la respuesta a las demandas autonómicas sin intervención conocida alguna por parte del Ministerio de Sanidad, salvo el apoyo a las propuestas del Ministerio económico) algunas aportaciones adicionales puntuales en el momento actual no deberían suponer el compromiso de otras aportaciones futuras.

La desvinculación entre el aumento del gasto sanitario y las responsabilidades financieras del Estado fue una de las características y objetivos más importantes del diseño del nuevo sistema de financiación autonómica. Éste fue uno de los puntos principales de acuerdo entre los dos partidos que se han sucedido en el Gobierno que permitieron la aprobación del nuevo sistema, como instrumento al servicio del cumplimiento de la reducción al mínimo del déficit incluido entre los criterios de convergencia europeos.

La facilidad con la que se dio una respuesta favorable por parte del Gobierno

⁽⁵⁾En el documento elaborado por el Ministerio de Economía y Hacienda presentado a la Conferencia de Presidentes autonómicos se citan de manera expresa la reducción de los fondos procedentes de la UE y unos mayores pagos a la misma, la posible elevación de los tipos de interés, hoy en sus niveles más bajos, y un menor crecimiento mundial que pudiera afectar a la economía española.

a la demanda de una partida presupuestaria “extraordinaria, transitoria y no consolidable, que resuelva el problema planteado de manera coyuntural” (sin aducir ninguna razón que permita calificar de esa forma, y no como estructurales, los déficits que pudieran existir) podría considerarse como la mejor expresión del acuerdo esencial entre los dos partidos en el sentido indicado. Pero también podría estimarse como una manifestación de la coincidencia de ambos partidos en su desinterés por los efectos que tal sistema puede tener sobre el mantenimiento de las condiciones universales y equitativas de la prestación sanitaria si ésta se deja bajo la responsabilidad financiera casi exclusiva de las CCAA y las circunstancias económicas no permiten ninguna aportación “extraordinaria”.

La situación descrita permite prever que lograr un acuerdo por la sostenibilidad financiera del sistema, como se ha comenzado a demandar desde diversos ámbitos³, incluidos los proveedores del sistema sanitario que reciben una parte importante de su gasto, no resultaría imposible, o incluso muy difícil, pese a algunas opiniones en sentido contrario¹⁹, siempre que se mantenga en los mismos límites financieros que hasta ahora han caracterizado a los acuerdos en esta ma-

teria. Pero la consecución de un nuevo acuerdo en esa línea, en contra de lo expresado por otros autores, que plantean como solución principal de los problemas del sistema sanitario el aumento de su financiación^{20,21} no supondría necesariamente alcanzar mejores resultados en términos de defensa del mantenimiento de la protección sanitaria universal que los obtenidos en ocasiones anteriores con pautas semejantes de actuación.

Los acuerdos de la Conferencia de Presidentes

La Conferencia de Presidentes autonómicos de septiembre de 2004 propuso la creación de dos grupos de trabajo, uno sobre gasto sanitario público y otro sobre población, cuyos informes debían servir de base a las decisiones a adoptar en materia de financiación sanitaria por la nueva conferencia prevista desde el año anterior.

Las conclusiones de esos grupos de trabajo que se presentaron a la Conferencia de Presidentes celebrada finalmente el 10 de septiembre de 2005 se recogieron en un documento, "El gasto sanitario y su financiación", del que se extraen de manera resumida algunas de las más relevantes. Puesto que las demandas de mayor financiación con justificación

sanitaria por parte de las CCAA utilizaban como razón de las mismas el aumento de población, se consideran entre ellas las relacionadas con esta cuestión. De manera resumida son las siguientes:

1. En primer lugar, que tras el estudio de la evolución de la población realizado "los datos muestran que en ninguna CA se ha producido entre los años 2002 y 2003 (último del que se disponía de datos útiles) un crecimiento superior en tres puntos a la media nacional". Tal afirmación suponía, como era de esperar, que en ningún caso resultaran de aplicación las previsiones contenidas en el artículo 67.1 de la Ley 21/2001 para examinar la posibilidad de incrementar la financiación autonómica en razón del aumento de necesidades sanitarias que pudieran estar en relación con el aumento de población de alguna CA.

2. En segundo lugar, que "conforme se explica en el documento del grupo de trabajo de análisis del gasto sanitario, la población sólo explicaría un 20% del total del crecimiento del gasto sanitario, lo que indica la importancia relativa de este segundo componente del crecimiento del gasto" (siendo el primero el crecimiento del gasto sanitario por habitante, esto es, independiente del crecimiento de la población, provocado por múltiples causas, entre otras la introducción de nuevos

tratamientos médicos, o las políticas salariales, conforme al criterio del Grupo de trabajo anterior).

3. En tercer lugar, que si se toman la evolución de la población por CCAA entre 1999 y 2003 y la evolución del incremento de la financiación por habitante en el mismo plazo, “el orden resultante del crecimiento de los recursos por habitante en el mismo período resulta decreciente, salvo alguna excepción, en relación con el crecimiento del número de habitantes. Este crecimiento viene en gran medida determinado por un crecimiento relativamente homogéneo de los recursos entre las CCAA y un crecimiento bastante heterogéneo de la población en los diferentes territorios. Sin embargo, el comportamiento anteriormente expuesto no parece haber afectado a la suficiencia dinámica del Sistema establecida en términos estrictos de incrementos de población y de precios [...]. Los recursos proporcionados por el Sistema, evaluando los tributos tradicionalmente cedidos con criterio normativo, han excedido con carácter global en un 10,35 % a las necesidades de financiación hipotéticas del 2003, teniendo en cuenta la población de este año [...]. En el ejercicio realizado para el año 2003 ninguna CCAA presenta unos recursos proporcionados por el Siste-

ma inferiores a sus necesidades hipotéticas. Por otro lado, si se comparan las necesidades de financiación hipotéticas con los recursos proporcionados por el Sistema incorporando la recaudación real de los tributos cedidos, las CCAA obtienen de forma global un 19,37 % más de recursos que tales necesidades de financiación”.

Las conclusiones citadas habrían dado pie, de desearse así, al rechazo del aumento de la financiación autonómica demandado. Sin embargo, los acuerdos de la Conferencia de Presidentes apuntaron en el sentido ya conocido, estableciendo una “aportación extraordinaria” compuesta por varias medidas, que se resumen en la tabla I, en la que se especifican las distintas formas de aportación.

Que el acuerdo formal debiera adoptarse en la reunión celebrada por el Consejo de Política Fiscal y Financiera fue una imposición, con razones formales a su favor, de los presidentes de las CCAA gobernadas por el PP, para evitar que los réditos políticos que pudieran derivarse de la presentación de unas medidas que suponen la aportación adicional y discrecional del Gobierno de cantidades supe-

stamente dirigidas al sostenimiento de un servicio público fundamental pudieran capitalizarse por el Presidente del Gobierno.

Concepto	Cuantía (en millones de euros)
Transferencia directa a las Comunidades Autónomas	500
Plan de Calidad e Igualdad del Sistema Nacional de Salud, a través del Ministerio de Sanidad (incluye mejoras Ceuta y Melilla)	50
Fondo de Cohesión (dotación añadida a 50 millones de euros previstos)	45
Insularidad	55
Fondo presupuestario anual específico para el mantenimiento de la garantía sanitaria a partir de 2005, a pagar en 2007	500
Convenios de asistencia a residentes extranjeros	200
Atención de accidentes laborales no cubiertos por mutuas	100
Incremento de la imposición (indirecta) a los impuestos sobre alcohol y tabaco	227
Total aportación directa estatal	1.677
Anticipos a cuenta de impuestos cedidos y del Fondo de Suficiencia	1.365,4
Total aportación estatal	3.042,4
Capacidad normativa Comunidades Autónomas	
Existente	696,9
Nueva (aumento del "céntimo sanitario" y posibilidad de incrementar 2% impuesto de electricidad)	1.141,2
Total posible aportación Comunidades Autónomas	1.838,1
Total medidas	4.880,5

Tabla 1. Aportaciones extraordinarias del Estado acordadas en el Consejo de Política Social y Financiera, conforme a la propuesta de la Conferencia de Presidentes, para cubrir el déficit sanitario

Las medidas financieras adoptadas recibieron el apoyo de los representantes de todas las CCAA presentes en el Consejo de Política Fiscal y Financiera, con la excepción de las gobernadas por el PP. Éstas, ante la imposibilidad política de oponerse a unas medidas que suponían en todo caso la aportación de recursos adicionales para sus territorios, optaron por una abstención que no pusiera en

cuestión el "regalo" recibido, pese al intento de que así fuera por parte de la dirección del partido en Madrid²².

El acuerdo no aclaraba los criterios de distribución de algunas de las partidas incluidas en el mismo, por lo que algunos de los presidentes autonómicos populares advirtieron de la posibilidad de que la abstención se tradujera en un voto negativo una vez conocidos esos criterios

de distribución²². Igualmente pusieron en cuestión la inclusión en el acuerdo de determinadas partidas computadas como cantidades adicionales. Es el caso de la correspondiente a la atención de pacientes extranjeros, cuyo reparto debería producirse en todo caso con una adecuada aplicación del sistema de financiación en vigor²³. Por el contrario, plantearon y consiguieron la introducción del mantenimiento de la garantía sanitaria en relación con el PIB a partir de 2005²⁴.

Las CCAA gobernadas por el PSOE, en especial Cataluña y Andalucía, dos de las que estaban más afectadas por las deudas sanitarias, centraron también su interés en la obtención de mejoras financieras que les permitieran al menos reducir aquéllas, y en todo caso conseguir mejores niveles de financiación²⁵. En este sentido, la previsión del aumento de los anticipos a cuenta de los impuestos cedidos y del Fondo de Suficiencia debe considerarse como una aportación sustancial, cuya cuantía casi iguala por sí misma la suma de la totalidad de las aportaciones restantes.

Los detalles del acuerdo no son, sin embargo, lo más relevante. Lo importante de ese acuerdo y de sus términos es que confirmaron la línea de utilización instrumental de la financiación sanitaria como un medio al servicio del aumento de la financiación autonómica. Por el

contrario, quedaron al margen una vez más las medidas (todas ellas relacionadas con el funcionamiento integrado del sistema) que sería necesario adoptar para someter a control el crecimiento del gasto sanitario con el fin de garantizar su sostenibilidad y con ella la protección sanitaria igualitaria y universal.

En el caso del acuerdo comentado (cuyas disposiciones en materia fiscal se llevaron al Real Decreto-Ley 12/2005, de 16 de septiembre) al incentivo perverso y al incremento del gasto que supone la dotación de cantidades “extraordinarias” no previstas en el sistema, habría que añadirle que la aportación de dichas cantidades por parte de la AGE no ha requerido ningún compromiso por parte de las CCAA de incrementar también la aportación de recursos financieros con medidas adoptadas por ellas, como los recargos sobre los impuestos propios o cedidos. Esas medidas están previstas en el sistema de financiación en vigor, y se incluyeron entre las propuestas inicialmente formuladas por la AGE. El acuerdo no introduce ningún compromiso en ese sentido, y las CCAA se apresuraron a manifestar que no tenían intención de aumentar por esa vía su propia financiación²⁶⁻³⁰.

La utilización del aumento de la financiación justificado con fines sanitarios

para otros fines legítimos, pero diferentes, queda también de relieve con la decisión del Gobierno de distribuir cantidades adicionales a las CCAA de Navarra y el País Vasco en proporción a las cantidades repartidas a las CCAA de régimen común en función de las insuficiencias financieras sanitarias^{31,32}.

En los casos de las dos CCAA forales citadas, las cantidades adicionales se traducen en la reducción del “cupo” con el que las citadas CCAA contribuyen a los gastos comunes del Estado. Su sistema específico de financiación supone en la práctica que la financiación en función del ejercicio de las competencias sanitarias que esas dos CCAA perciben (con independencia de que esa financiación se dedique o no al gasto sanitario) es más de un 30% superior a la que reciben el resto de las CCAA. Por otra parte, las insuficiencias financieras que se han alegado por parte de estas últimas lo han sido en función de su régimen propio de financiación. Por ello, extender los efectos de la ampliación presupuestaria a esas dos CCAA, que disponen de un sistema de financiación diferente (que muchos ahora, como ha puesto de relieve la propuesta de Estatuto catalán emanada del Parlamento de aquel territorio, consideran privilegiado) no tiene fundamento legal razonable. Más aún porque

el hacerlo así, desde un punto de vista financiero, supone excluir a dichas CCAA de la contribución general de los ciudadanos del resto de las CCAA, a través de los impuestos estatales, al mantenimiento de unos servicios que se pretenden igualitarios y universales. Las aportaciones adicionales a los gobiernos vasco y navarro, en especial al primero de ellos, han servido ante todo de instrumento para resolver el conflicto que en relación con la determinación del “cupo” mantenía aquel gobierno con el central desde hace años, que se ha resuelto con esa concesión ajena a sus fines sanitarios primitivos.

Por otra parte, fue precisamente el Consejero de Sanidad vasco el primero que puso en cuestión que las aportaciones adicionales, por mucho que se hubiesen justificado por supuestas insuficiencias en la financiación sanitaria, debieran ir necesariamente destinadas a esos fines³³. En su interpretación, el consejero vasco vinculaba la discrecionalidad en el uso de esos fondos por parte de su gobierno a su peculiar y específico sistema de financiación.

Sin embargo, tal discrecionalidad en el uso de los fondos está también en la base del sistema de financiación de las CCAA de régimen común en vigor, cuya financiación constituye en cada caso un

fondo general de reparto discrecional por cada gobierno autonómico, por mucho que su cuantía se calcule a partir de tres componentes, uno de ellos el sanitario. Por el contrario, con el sistema actual de financiación, que comparte criterios de reparto con el de los fondos adicionales acordados, carece de base la posibilidad de condicionar el reparto de esos fondos a fines sanitarios específicos, como poco después del acuerdo se sugirió por la Ministra de Sanidad^{34,35}. Esa imposibilidad es mayor aún si, como sugería la Ministra, los fines propuestos fueran añadidos a la resolución de las insuficiencias financieras que pudieran existir con el funcionamiento ordinario del sistema, que fue la justificación formal para su dotación^{29,30,36,37}.

Esa dificultad de control del uso de los fondos adicionales subsiste, pese a que se hayan hecho públicos compromisos calificados por el propio Ministerio de Hacienda como “políticos pero sin base legal alguna”³⁸ para el uso sanitario de esos fondos. Ese uso ha sido también motivo de un pacto entre el Partido Socialista y el PP en la reunión del Consejo de Polí-

tica Fiscal y Financiera del 22 de noviembre pasado³⁹, en la que se acordó encargar al Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario, que elaboró su informe para la Conferencia de Presidentes, el seguimiento del destino de la aportación extraordinaria⁴⁰. Un acuerdo cuyos efectos habrá que valorar más adelante.

Conclusión

La descripción y los razonamientos expuestos permiten concluir que quienes consideran el mantenimiento de la protección sanitaria universal en España como un instrumento esencial de cohesión social y territorial deben seguir exigiendo medidas específicas orientadas a ello. Por el contrario, la dotación inespecífica de fondos adicionales a la financiación autonómica cuyo destino a fines sanitarios resulta imposible de controlar, puede constituir, más allá de las apariencias, una contribución a la eliminación de las características universales y solidarias que han caracterizado hasta ahora, más allá de sus imperfecciones, al Sistema Nacional de Salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández Ordóñez MA. Acuerdo para la mejora de la financiación del gasto sanitario. *Rev Admin Sanit.* 2005;3(4):539-45.
2. Geli i Fábrega M. Hacia un sistema sanitario absolutamente sostenible. *Rev Admin Sanit.* 2005;3(4):547-8.
3. Julios Reyes MM. Propuestas para un pacto social por la sanidad en España: financiación y algo más. *Rev Admin Sanit.* 2005;3(4):549-51.
4. Rambla Momplet V. La oportunidad perdida: la financiación sanitaria. *Rev Admin Sanit.* 2005;3(4):553-65.
5. Blanco Moreno A. El análisis del gasto sanitario en el ámbito de la Conferencia de Presidentes: el Grupo de Análisis del Gasto Sanitario. *Rev Admin Sanit.* 2005;3(4):591-615.
6. Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario 2005. Informe. Disponible en: igaegastossanitarios@igae.minhac.es
7. De la Fuente A. La financiación en el preacuerdo estatutario. *El País*, 2 marzo; 2006. p. 17.
8. De Benito E. El Parlamento rebaja de los laboratorios en la ley del medicamento. *El País*, viernes 7 de abril; 2006. p. 42.
9. Sierra R. Ocho regiones reclaman 1.800 millones al Estado. *Diario Médico*, 17 febrero; 2004. p. 6.
10. De Beato E. Las autonomías gobernadas por PSOE y PNV exigen a Pastor 1.800 millones. *El País*, 17 febrero; 2004. p. 28.
11. Trillas A, del Arco S. El Gobierno de CiU dejó a la Generalitat pagos pendientes de 3.000 millones de euros. *El País*, 19 mayo; 2004. p. 53.
12. Martín G. CiU propone un pacto de estado para la financiación de la sanidad pública. *El Global*, 24-30 mayo; 2004. p. 1.
13. Redacción Cataluña. El Parlamento catalán pide al Estado que compense el deficit. *Diario Médico*, 21 Junio; 2004. p. 3.
14. Fernández C. Geli pedirá que se tenga en cuenta la población atendida real. *Diario Médico*, 28 julio; 2004. p. 3.
15. M C. Simancas pedirá a Zapatero más dinero para Madrid por el aumento de población. *El País Madrid*, 15 marzo; 2005. p. 3.
16. Redacción. Las regiones reclaman al Ministerio de Sanidad una deuda del 0,9 % del PIB. *Gaceta de los Negocios*, 29 Julio; 2004.

17. Díez A. El Gobierno pedirá a las autonomías que suban impuestos para financiar la Sanidad. *El País*, 24 marzo; 2005. p. 1 col 1-2 y p. 13, col. 1-5.
18. Sevilla Segura JV. Financiación autonómica: Problemas y propuestas. Madrid: Fundación Alternativas-Ex Libris Ediciones; 2005.
19. JA, GM. El PSOE dice que es muy difícil lograr un acuerdo en financiación. *Cinco Días*, 2 diciembre 2005; p. 20.
20. Navarro V. La financiación de la Sanidad española y catalana. Cuestionando la sabiduría convencional. *Salud* 2000. 2004;XVI(99):5-8.
21. Prieto M. El Nuevo modelo de financiación marcará “reglas de juego” en Sanidad. *El Médico-Informes*. Disponible en: www.elmedicointeractivo.com/informes_ext.php?idreg=131.
22. Marcos P. Herrera se negó a votar contra la financiación como quería Rajoy. Castilla y León y Baleares pusieron trabas a la dirección del PP. *El País*, 16 septiembre; 2005. p. 21.
23. Álvarez RJ. PP: Las CCAA van a tener menos dinero que antes para la Sanidad. *El Mundo*, 20 septiembre; 2005. p. 17.
24. de la Hoz C, Lorente JL. El PP exige que el Gobierno aporte 1.800 millones para la sanidad sin subir impuestos. *ABC*, 8 septiembre; 2005. p. 15.
25. De la Hoz C, Lorente JL. Las autonomías socialistas también piden más dinero. *ABC*, 8 septiembre 2005; p. 15.
26. Junta de Castilla y León. El Presidente de Castilla y León, Juan Vicente Herrera, asegura que no aplicará la normativa que le permitiría subir impuestos en la Comunidad para financiar el gasto sanitario. *Comunicado de Prensa*, 15 septiembre 2005.
27. Fernández C. El Gobierno catalán renuncia a utilizar de inmediato toda la nueva capacidad normativa cedida por el Estado. *Diario Médico*, 16 septiembre; 2005. p. 6.
28. Castaño F, Díaz B. Las autonomías del PP retrasan la subida de impuestos hasta después de 2007. *Cinco Días*, 12 septiembre 2005, p. 1 col. 1; 34-5.
29. Ricart M. El acuerdo sanitario reduce sólo el 60 % del déficit anual de Cataluña. *Castells* asegura que no se aplicará la mayor capacidad impositiva. *La Vanguardia*, 16 septiembre; 2005. p. 16.
30. Gallardo A. El acuerdo sanitario cubrirá un 60 % del déficit anual de Salud. El sistema catalán recibirá 421 millones de euros aportados por el Gobierno central. La Generalitat descarta cambiar el pago por los fármacos y subir los impuestos. *El Periódico*, 16 septiembre; 2005. p. 38.

31. Aizpeolea LR. El lehendakari predispuerto a que el PNV apoye los Presupuestos del Estado. *El País*, 8 septiembre; 2005. p. 19.
32. RA. El PNV da por zanjado el litigio sobre el cupo y habla de apoyar los Presupuestos. *La Razón*, 12 septiembre; 2005. p. 20.
33. Inclán G. (Nota de Prensa de La Consejería de Sanidad del Gobierno Vasco) Declaraciones del Consejero de Sanidad vasco, Gabriel Inclán, a Radio Euzkadi el 16 y 20 de septiembre de 2005.
34. Nota de Prensa MSC. Elena Salgado destaca el compromiso del Gobierno para mejorar la financiación de la sanidad, y subraya las importantes mejoras que supondrá para el Sistema y para los ciudadanos. Ministerio de Sanidad y Consumo. 14 septiembre 2005.
35. Gallego-Díaz S. 15.000 médicos y 20.000 enfermeros. *El País*, 16 septiembre; 2005. p. 26.
36. Sierra R. Fernández Vara, Consejero extremeño: Los fondos son para paliar el déficit, no para cosas nuevas. *Diario Médico*, 13 septiembre; 2005. p. 3.
37. XG. Castells cifra en 420 millones la aportación para sanidad. *La Gaceta del Viernes*, 16 septiembre; 2005. p. 49.
38. Europa Press 17/11/2005. Solbes: las regiones del PP no destinan a sanidad los nuevos fondos. Disponible en: www.diariomedico.com/edicion/diario_medico/mi_dm/politica_sanitaria/es/desarrollo
39. Segovia C. Gobierno y PP pactan que “el dinero para la Sanidad sea usado en Sanidad”. *El Mundo*, 23 noviembre; 2005. p. 14.
40. Europa Press. El Grupo de Gasto Sanitario encargado del seguimiento de la aportación del Estado. *Diario Médico*, 24 noviembre; 2005. p. 3.

