

LA FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS REGIONALES DE SALUD. PROBLEMAS Y POSIBLES SOLUCIONES

Norberto Sanfrutos Velázquez
Consejería de Salud. Junta de Andalucía

Resumen

El objeto de este artículo es poner de manifiesto que el actual sistema de financiación de los Servicios Regionales de Salud no sólo está limitando las posibilidades de gestión y desarrollo de estos servicios y, por tanto, del Sistema diseñado por la Ley General de Sanidad sino el propio desarrollo de las CC.AA. dado el peso que la financiación de estos servicios supone en la financiación de las CC.AA.

Se pretende demostrar, asimismo, que no hay razón alguna que justifique el modo actual de financiar los Servicios Sanitarios Transferidos a las CC.AA., que es necesario cambiar dicho modelo para hacer efectivos los principios de suficiencia, autonomía y solidaridad interterritorial y que el momento adecuado es éste porque hay que renegociar la aplicación para el quinquenio 1992-1996 de los principios recogidos en la Ley Orgánica de financiación de las Comunidades Autónomas (LOFCA).

Palabras clave: Financiación. Regionalización. Transferencias. Coste efectivo. Seguridad Social. Gestión sanitaria.

Introducción

La preocupación por la estructura de financiación del gasto sanitario así como las vías alternativas para una racionalización y mejora de la misma, es una constante en los últimos años no sólo en nuestro país sino prácticamente en todos los países de nuestro entorno.

Esta preocupación es consecuencia de que la financiación constituye uno de los elementos esenciales del Sistema Sanitario junto al conocimiento del estado de salud de la población y a la estructura de provisión y prestación del servicio, pero también porque la forma que tome ésta, condiciona muchos elementos del sistema, sobre todo los relacionados con la tasa de crecimiento de los gastos, la accesibilidad a los servicios y la equidad.

La territorialización de los servicios sanitarios de la Seguridad Social iniciada en

1981 ha complicado el proceso. En España había poca experiencia, no ya en los temas de distribución de recursos, sino en la propia presupuestación sanitaria, por cuanto que la obligatoriedad de presentar presupuestos para las entidades gestoras de la Seguridad Social era muy relativa hasta 1977.

Se pretende demostrar que el actual sistema de financiación de los servicios regionales de salud, está limitando las posibilidades de desarrollo de la territorialización de servicios iniciada en nuestro país y, por tanto, del propio Estado de las Autonomías.

Hemos reducido el alcance del estudio a las Comunidades Autónomas de régimen común y excluido conscientemente al País Vasco por cuanto que su régimen Foral añade tantas particularidades al proceso que afectan no sólo a la sanidad si-

FINANCING ON THE REGIONAL HEALTH SERVICES. PROBLEMS AND POSSIBLE SOLUTIONS

Summary

The purpose of this paper is to highlight the fact that the present financial system of the Health Regional Services is constraining their management and development possibilities and thus, the System designed in the General Law of Health (Ley General de Salud); moreover, it is, hindering the development of the Autonomous Communities themselves, as the financing of these services is a hard weight to carry, within the own financing process of the Autonomous Communities. We just try to demonstrate there is no reason whatsoever that may justify the present financing procedure of the Health Services already Transferred to Government of the Autonomous Communities.

We deem it is necessary to change such model, in order that principles of sufficiency, autonomy and interterritorial solidarity become effective. We are also of the opinion that we are now living the adequate moment to overcome these problems, as it is our must to renegotiate the application, for the five-year period 1992-1995, of the principles under the Organic Law for the financing of the Autonomous Communities. (Spanish, LOFCA).

Key words: Financing. Regionalization. Transfers. Effective Cost. Social Security. Health Management.

no al resto de los servicios públicos y, por tanto, escapan de los objetivos un estudio relacionado tan sólo con la financiación sanitaria.

Efectos del actual sistema de financiación de los Servicios Regionales de Salud

Actualmente, la financiación de las Comunidades Autónomas (CC.AA.) proviene de las siguientes fuentes: *financiación básica*, que representa un volumen superior al 75% del total de los recursos que una Comunidad Autónoma (C.A.) gestiona y cuyo objetivo principal es garantizar la suficiencia para mantener y reponer los servicios transferidos de la Administración Central del Estado; *financiación complementaria*, cuyo volumen está entre un 12% y un 14% del total y que se justifica en base a la deseada u obligada colabo-

ración interadministraciones para el logro de determinados objetivos comunes; *financiación de la solidaridad*, que representa un escaso 7% y que tiene por objetivo la solidaridad entre las diferentes zonas del Estado (Fondo de Compensación Interterritorial, (FCI) o de la Comunidad Económica Europea (Fondo Social Europeo (FSE), Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER), etc.; y *financiación propia*, cuyo objetivo sería garantizar la autonomía financiera de la C.A. pero que ha sido escasamente desarrollada, no llegando a representar ni siquiera el 3% del total de los recursos disponibles por las CC.AA.¹.

En la tabla 1 puede verse la evolución de la *financiación básica* en el periodo 1986-1989 dividida en sus cuatro componentes principales: *tributos cedidos* (alrededor del 20%); *tasas* (un escaso 2%); porcentaje de participación en los Ingresos del Estado (38,82%) y Financiación para Servicios procedentes de la Seguridad Social (38,72%).

Podemos observar como, en el periodo 86-89, el último componente alcanza prácticamente a los que debería ser la base del sistema: la participación en los ingresos del Estado. Este salto se produce como consecuencia de la transferencia de los servicios sanitarios de Instituto Nacional de la Salud (Insalud) a las CC.AA. que no lo tenían transferido en 1986 y en concreto a Valencia ya que el País Vasco no entra en este sistema general de financiación, tal como se ha explicado anteriormente, por sus propias peculiaridades forales.

Hay que tener en cuenta que el com-

ponente «financiación de la Seguridad Social», es prácticamente en su totalidad para sanidad, pues los Servicios Sociales que gestiona el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO) cuyas competencias también han sido transferidas, representa un porcentaje relativamente pequeño. Ello significa que si el INSALUD hubiese sido transferido a las CC.AA. que por sus normas estatutarias pueden tenerlo, es decir, Andalucía, Cataluña, Canarias, Galicia y Valencia (además del País Vasco y Navarra que no entrarían en el modelo común dada las peculiaridades forales de su Hacienda), este componente hubiese ya superado al teóricamente componente base: la participación en los ingresos del Estado.

Si a esto añadimos que la tasa de crecimiento de los gastos sanitarios reales, no los presupuestados, va muy por encima del resto y que las CC.AA. se están especializando en la gestión de Servicios Sociales y Sanitarios, podemos llegar a la primera de las conclusiones: la financiación procedente de la Seguridad Social para los servicios sanitarios constituye el primer componente de la financiación básica de las CC.AA. Los problemas que éste componente tiene actualmente, están condicionando no sólo el sistema sanitario sino a la totalidad de la financiación de las CC.AA. y, por tanto, a su propia capacidad de gestión y desarrollo.

La razón de un proceso peculiar

Hasta 1988 la principal fuente de financiación del gasto sanitario público está

constituída por la aportación de la Seguridad Social, que prácticamente monopoliza este sector dejándole un papel meramente testimonial al resto de los agentes financieros: Administración central, Comunidades Autónomas y corporaciones locales.

Si incluimos dentro del Sector Seguridad Social no sólo lo que financia directamente ella a través de sus propios servicios, sino indirectamente vía aportación a las Comunidades Autónomas con INSALUD transferido (Cataluña y Andalucía hasta 1988) y vía conciertos tanto con las Instituciones dependientes de la Administración central (hospitales universitarios y de la Administración institucional de la sanidad nacional) como con los hospitales de las corporaciones locales, podemos hablar de un porcentaje superior al 80%.

La Ley General de Sanidad aprobada en 1986 perdió la oportunidad de resolver este problema unificando todas las fuentes financieras en una sola y traspasando al Estado, vía impuestos y no cotizaciones sociales, la financiación de este servicio público fundamental. Ello no fue así y, quizás debido al respeto por el volumen, estructura y tasa de crecimiento de dicho gasto, se opta por el mantenimiento del «statu quo» que consiste en que cada agente financiero soporte la parte que le corresponde en dicho momento del gasto sanitario (existen otras explicaciones a esa. Véase en concreto Coll² y Costas³). En este sentido se expresan tanto los artículos 78 y 79 de la Ley 14/1986 General de Sanidad que regula la financiación del sistema como el artículo 82 dedicado a la financiación de los servicios sanitarios transferidos a las Comunidades Autónomas.

Así pues, en los momentos en los que se producen las normas de transferencias de los servicios sanitarios, es decir, en 1981 (Cataluña), 1984 (Andalucía) y 1988 (Valencia y el País Vasco), la Seguridad Social monopoliza prácticamente la financiación del servicio sanitario a transferir.

Esta es la razón fundamental de las peculiaridades que hoy tienen la financiación de los servicios sanitarios traspasados a las Comunidades Autónomas.

Desde mi particular punto de vista, dichas peculiaridades responden más a

Tabla 1. Estructura de la financiación básica de las Comunidades Autónomas. 1986-1989

Concepto	1986		1987		1988		1989	
	Millones de ptas.	%						
Tributos cedidos	212.085,80	19,43	254.183,00	17,50	384.349,00	19,04	456.475,00	20,62
Tasas	28.258,80	2,59	31.540,10	2,17	35.819,80	1,77	40.827,80	1,84
Porcentaje de partic. en ingresos del Estado	456.371,60	41,82	713.980,10	49,16	779.198,50	38,59	859.326,10	38,82
Financiación compet. de Seguridad Social	394.577,60	36,16	452.786,30	31,17	819.762,80	40,60	857.159,80	38,72
Total Financiación Básica	1.091.293,80		1.452.489,50		2.019.130,10		2.213.788,70	

Se excluyen: el Fondo de Compensación Interterritorial (FCI), la financiación complementaria (contratos-programas, subvenciones gestionadas, convenios de inversión, recursos locales) y la financiación propia (recargos sobre Tributos, emisión de deuda, operaciones de Crédito, etc.).

FUENTE: Dirección General de Coordinación con las Haciendas Territoriales.

una determinada interpretación de varios preceptos constitucionales, recogidos en todos los estatutos de autonomía que reserva al Estado no sólo la «legislación básica de la Seguridad Social» sino «el régimen económico de la misma», dejando sólo a las Comunidades Autónomas la «gestión de dicho régimen económico».

En cualquier caso, dicha interpretación —que identificaremos como «interpretación Barea»⁴— consiste, básicamente, en diferenciar «régimen económico» con un gran contenido funcional y reservado competencialmente a la Administración Central y «gestión del régimen económico» con un contenido reducido a la «aprobación del presupuesto dentro del techo de recursos aprobados por el Estado» y a la «gestión de dicho presupuesto». Esto sería lo transferible. Lógicamente detrás del concepto podría verse la idea de no transferir las competencias sanitarias nada más que a las CC.AA. reguladas por el art. 151 de la Constitución y asimiladas). Esta interpretación es la oficialmente mantenida por los responsables de la Administración central y ha condicionado las respuestas a las claves fundamentales de todo sistema de financiación, ¿quién decide?, ¿cuánto y cómo se reparte?, ¿cómo se participa en las insuficiencias derivadas de todo proceso de gestión y muy especialmente en el sanitario?

Dejando aparte el caso vasco cuyas peculiaridades no son sólo éstas sino su régimen de financiación foral, las respuestas para el resto de las Comunidades Autónomas, son prácticamente similares ya estén explicitadas en sus decretos de traspasos (Andalucía y Valencia) o por la vía de los hechos (Cataluña).

¿Quién decide?

La Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas (LOFCA en adelante) crea en su artículo tercero del Consejo de Política Fiscal y Financiera compuesto por los representantes de la Administración central y todos los consejeros de hacienda de las Comunidades Autónomas. Entre sus funciones se encuentran, aparte de la coordinación de la política presupuestaria, el estudio y valoración de los criterios de distribución del fondo de compensación, y el estudio, elaboración y revisión de los métodos de cálculo del costo de los servicios transferidos.

En definitiva, este órgano consultivo y de deliberación, se ha convertido en el foro de decisión de los temas que afectan a la financiación general de las Comunidades Autónomas con participación activa de las mismas.

Aunque la Ley General de Sanidad crea en su artículo 47 el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, a éste no se le encomienda ninguna función en la política presupuestaria del mismo. La decisión sobre estas materias esta reservada a los órganos competentes de la Administración central sin ningún tipo de participación en el proceso de las Comunidades Autónomas afectadas.

¿Cuánto y cómo se reparte?

En el sistema previsto en la LOFCA, la base del «quantum» viene determinada por el coste efectivo del servicio transfe-

rido considerado éste como la suma de los costes directos e indirectos, centrales y periféricos del servicio traspasado más los gastos de inversión necesarios para la conservación, mejora y sustitución del mismo.

Una vez determinado el coste efectivo —cuyo procedimiento, fijado en el Acuerdo 1/1982 del Consejo de Política Fiscal y Financiera es bastante complejo— de cada servicio transferido, este se «expresará en forma de porcentaje sobre los ingresos del Estado y la suma de todos ellos será el porcentaje de participación que en tales ingresos corresponda a la Comunidad Autónoma».

A partir, pues, de la determinación del coste efectivo, el presupuesto de la unidad de origen que gestionaba el servicio no cuenta para nada en la financiación del servicio transferido. Esta aseveración hay que matizarla en el modelo definitivo para el quinquenio 1987-1991 al aparecer el concepto de «gasto equivalente del Estado» como uno de los índices de evolución del porcentaje de participación.

Por contra, en los servicios sanitarios transferidos de la Seguridad Social el «quantum» viene determinado año a año por lo que presupuesta el órgano de la Administración central encargado de gestionar dicho servicio. Esta fijación presupuestaria, no se hace en función de ninguna variable que recoja el gasto necesario para el mantenimiento de los servicios existentes o los servicios nuevos propuestos, sino en función de los incrementos que Hacienda fije para cada departamento. En cualquier caso no existe ninguna participación de las Comunidades Autónomas con dicho servicio transferido a la hora de fijar el presupuesto de ese órgano de la Administración central que servirá de base para el cálculo de los ingresos que han de financiar los servicios sanitarios transferidos a las Comunidades Autónomas.

Participación en el gasto presupuestado en el caso de los servicios sanitarios procedente de la Seguridad Social frente a la participación en los ingresos para el resto de los servicios transferidos, es una de las diferencias fundamentales y que —dada la estructura presupuestaria con recursos cada vez más insuficientes— han provocado uno de los más graves problemas que hoy tienen los Servicios de

Tabla 2. Las fuentes de financiación del gasto sanitario público (1986-1989)

Concepto	1980		1987		1988	
	Millones de ptas.	%	Millones de ptas.	%	Millones de ptas.	%
Administración Central	50.119	7,35	53.263	3,00	46.344	2,36
Seguridad Social	564.378	82,82	1.366.051	77,64	1.539.534	78,40
Otras administraciones de						
Previsión Social	17.102	25,51	70.969	4,04	74.791	3,81
Comunidades Autónomas	—	—	176.906	10,06	203.341	10,36
Corporaciones Locales	49.845	7,32	92.536	5,26	99.667	5,07
Total	681.444		1.759.725		1.963.677	

FUENTE: 1980: Memoria Económica del Proyecto de Ley General de Sanidad. Mimeografiado. Madrid. 1987 y 1988: Elaboración propia sobre los datos del Presupuesto.

Salud de todas las CC.AA. con este servicio transferido.

Esta forma de fijar el «quantum» determina el cómo se reparte entre las CC.AA. En el caso general cada C.A tiene un Porcentaje que va evolucionando año a año en función de unas normas que están establecidas previamente. El crecimiento mínimo anual será igual al crecimiento del gasto equivalente del Estado considerado éste como el correspondiente al gasto en capítulo I, II y VI de algunos departamentos y organismos autónomos de la Administración del Estado, generalmente aquellos con materias transferidos a las CC.AA.

Salvado este mínimo, los índices de evolución vienen determinados por el incremento experimentado por los Ingresos del Estado Ajustados Estructuralmente (ITAE) (los ITAE incluyen los Impuestos Directos, los Indirectos, las cotizaciones a la Seguridad Social y el Seguro de Desempleo. Se trata de ajustar los ingresos de las CC.AA. a todos los ingresos del Estado y no sólo a los impuestos cuya Tasa de crecimiento es mayor que la de las cotizaciones sociales generando el llamado «efecto financiero» muy contestado). Si el incremento del ITAE es superior al

del PIB, prevalece este último. En todos los años del quinquenio ha prevalecido como índice de evolución el crecimiento de los gastos equivalentes del Estado.

En Sanidad —servicios transferidos de Seguridad Social— no se puede hablar de un solo método de reparto sino de 4, uno por cada C.A. con este servicio transferido aunque con una tendencia a la homologación si se excluye el País Vasco por su peculiar forma de financiación. En la tabla 3 pueden verse las diferencias entre los tres modelos de régimen general. Estas diferencias se encuentran fundamentalmente en la base de cálculo del Porcentaje de Participación Provisional y en la existencia o no del periodo de ajuste para llegar al porcentaje de participación definitivo.

Este periodo de ajuste no se está cumpliendo para ninguna, dada la falta de acuerdo respecto a qué se entiende por «población protegida».

Cómo se participa en las insuficiencias

Viene siendo una característica del sector público, el presupuestar unas cantidades y posteriormente liquidar otras ge-

neralmente superiores a las iniciales. Si esto es cierto para la mayor parte de los Gastos Públicos, lo es mucho más para el gasto público sanitario.

En concreto, en el INSALUD Gestión Directa (que administra un 50,58% del total del sistema sanitario) la evolución de este desfase ha pasado del 4,54% en 1984 al 18,70% en 1989 (tabla 4).

El problema, pues, es evidente. En el sistema general, esto viene recogido en el propio modelo a través del concepto de Gasto Equivalente del Estado y ser éste el índice de evolución mínimo, es decir, prevalece sobre el ITAE. En sanidad, sin embargo, estas diferencias no se recogen. Más aún, en los decretos de transferencias se especifica que el mayor gasto —salvo que sean consecuencias de medidas tomadas por la Administración central— serán financiadas por la propia Comunidad Autónoma.

Después de un largo proceso de negociación (en la monografía sobre el caso de Andalucía⁵ se describe ampliamente este proceso), se consigue participar en liquidación aunque con un proceso de demora que puede llegar hasta los dos años con las consecuencias financieras subsiguientes para la hacienda autonómica.

Tabla 3. Los distintos modelos de transferencia de los servicios de Seguridad Social

	Cataluña	Andalucía	Valencia
Fecha de Traspaso	1981	1-1-1984	1-1-1988
Fecha de la Norma	R.D. 1517/81 de 23-12	R.D. 400/84 de 22-2	R.D. 1612/87 de 27-11
Presupuesto de Base	Presupuesto Total de cada año	Presupuesto Total de cada año	Presupuesto Total de cada año
Minoraciones	Servicios Centrales hasta 1988 Centros Especiales Fondos Investigación Seguridad Social Instituto Medicina y Seguridad en el Trabajo	Servicios Centrales hasta 1988 Centros Especiales Fondos Investigación Seguridad Social Instituto Medicina y Seguridad en el Trabajo	Servicios Centrales hasta 1988 Centros Especiales Fondos Investigación Seguridad Social Instituto Medicina y Seguridad en el Trabajo
Porcentaje de Participación	16,25	a) 17,47 b) 17,09	10,18
Cálculo de Porcentaje de Participación Provisional	Población de Derecho	a) Liquidación de los Centros de Gastos de 1983 sobre Presupuesto total del INSALUD. b) Coeficiente Población de Derecho	Liquidación de los Centros de Gastos de 1988 sobre el Presupuesto Total del Insalud 1988.
Porcentaje de Participación Definitivo	Población Protegida	Población Protegida	Población Protegida
Ajuste	10 años	10 años	10 años
Carácter de los Créditos	Limitativos	Limitativos	Limitativos
Participación en Liquidación	Porcentaje de desviación del INSALUD (no recogidos en el Decreto, pero sí en Acuerdos de Liquidación).	Porcentaje de desviación del INSALUD (no recogidos en el Decreto, pero sí en Acuerdos de Liquidación).	Porcentaje de desviación del INSALUD

Tabla 4. Desviación entre el presupuesto inicial y el liquidado. Gestión directa del INSALUD (1983-1990*)

Año	Porcentaje de Gestión	Presupu. Inicial	Presupu. liquidado	Porcentaje de desvia.
1983	86,20	—	—	—
1984	66,36	580.774	607.173	4,54
1985	66,36	649.250	685.949	5,65
1986	66,36	697.184	763.785	9,55
1987	66,36	766.221	888.594	15,97
1988	50,58	695.515	765.166	10,01
1989	50,58	803.325	949.000	18,70
1990*	50,58	947.692	1.084.000	11,43

* Previsión de liquidación.

FUENTE: Elaboración propia en base a los Acuerdos de liquidación.

Motivos para el cambio

Esta situación que he pretendido describir y que ha obligado a esas respuestas particulares a las claves fundamentales de la financiación de un servicio transferido como la sanidad, no tienen ya explicación justificativa de ningún tipo. Dejando, pues, al margen el debate constitucional y estatutario —¿qué hubiera pasado de tener una interpretación no tan restrictiva?—, creemos que se han dado un conjunto de hechos que permiten introducir algunos cambios en el modelo de financiación de los servicios sanitarios transferidos de la Seguridad Social. Básicamente estos hechos son consecuencia de las modificaciones introducidas por la Ley 37/1988 de Presupuestos Generales del Estado para 1989, la cual ha de ser considerada como la base fundamental que posibilitarán estos cambios.

Así, el artículo 9 de la citada Ley modifica sustancialmente el sistema de financiación de la prestación sanitaria de la Seguridad Social al hacerla depender fundamentalmente de la aportación del Estado y dejando una aportación menor —en torno al 25%— a la Seguridad Social. Aunque este primer paso no ha continuado en la Ley de Presupuestos para 1990 y el porcentaje de participación de la Seguridad Social ha aumentado ligeramente, sí se puede decir que la asistencia sanitaria ha comenzado a ser financiada como cualquier otro de los servicios públicos fundamentales, con cargo a los Presupuestos Generales del

Estado y no con cargo a las cotizaciones sociales.

Igualmente el artículo 109 de la precitada Ley modifica el sistema de financiación de las Diputaciones Provinciales al dotar unas cantidades condicionadas a la financiación de sus servicios hospitalarios, excluidos los psiquiátricos, en concurrencia con los de la Seguridad Social y previendo su traspaso a las Comunidades Autónomas cuando éstas integren los Hospitales Provinciales en sus respectivos servicios regionales de salud.

Por último, y no por ser lo menos importante, la universalización. El derecho a la asistencia sanitaria ya no es privativo de los que cotizan a la S.S. y sus beneficiarios. Es un derecho general de todos los ciudadanos. Este derecho, reconocido en la Constitución y desarrollado por la Ley General de Sanidad, ha sido hecho efectivo por la Ley de P.G.E. para 1989 y el Real Decreto 1088/1989 de 8 de septiembre por el que se extiende la cobertura de asistencia sanitaria de la S.S. a las personas sin recursos económicos suficientes.

Si las diversas fuentes financieras de antaño: Seguridad Social, Estado, Comunidades Autónomas y corporaciones locales, se han convertido prácticamente en una única fuente, el Estado, y si la asistencia sanitaria ha dejado de ser un derecho privativo de los afiliados a la S.S., convirtiéndose en un derecho fundamental del ciudadano como la educación y otros servicios básicos, no existen, ya motivos para diferenciar el proceso de financiación de este derecho con respecto a los otros. Creemos que el procedimiento de financiación ha de ser básicamente el mismo que el del resto de las competencias transferidas.

Necesidad de un nuevo modelo

Hemos intentado demostrar en el punto anterior que ya no hay razones legales —constitucionales o estatutarias— que imposibiliten un modelo alternativo a la financiación actual de los servicios sanitarios transferidos procedentes de la Seguridad Social. Pensamos, además, que es necesario cambiarlo porque este modelo no cumple ninguno de los princi-

pios de cualquier sistema de financiación —suficiencia, solidaridad, colaboración, autonomía y corresponsabilidad fiscal.— Fundamentalmente no garantiza la suficiencia ni es equitativo y solidario entre los diversos territorios del Estado. No garantiza la suficiencia financiera de los servicios traspasados debido fundamentalmente al peculiar modo de presupuestación de los servicios sanitarios—. El INSALUD —no entramos en las causas de esta forma de presupuestación, que pueden estar hasta justificadas en base a los intereses generales del Estado— presupuesta de forma insuficiente. En 1989 ha liquidado 949.000 millones y ha presupuestado para 1990 la cantidad de 947.000 millones que si bien representa casi un 16% de aumento respecto al presupuesto inicial del 89, también es cierto que, sobre lo liquidado en dicho ejercicio, el presupuesto del 90 no es más que la crónica de una insuficiencia anunciada.

Para suplir esta insuficiencia con la que inicia sus presupuestos, el INSALUD utiliza varios instrumentos. Por una parte, el recurso a las ampliaciones y suplementos de créditos para aquellos conceptos que son ampliables, fundamentalmente para los gastos de farmacia. Por otra, cada vez utiliza más el «deslizamiento» a ejercicios posteriores. Esta técnica consiste en no contabilizar determinados conceptos del capítulo primero (seguros sociales fundamentalmente) hasta el ejercicio siguiente o mantener facturas en los cajones (proveedores y conciertos) hasta el presupuesto siguiente.

Si con el primer procedimiento —al estar contabilizado— las Comunidades Autónomas participan al año siguiente, con el segundo no se participa hasta dos o tres ejercicios después. Esta es la razón fundamental de la situación de quiebra por lo que atraviesa en estos momentos los Servicios de Salud de las CC.AA. sobre todo las que tienen estos servicios transferidos desde hace más tiempo.

Igualmente no garantiza la equidad y solidaridad territorial por cuanto que el criterio de asignación de los recursos —porcentaje de gasto en el periodo provisional y población en el periodo definitivo— no es un indicador suficiente para medir la necesidad de un determinado territorio.

Para modificar esta situación creemos necesario un conjunto de medidas que pasan por:

a) Modificar el «quantum» a repartir, acabando con la falacia del presupuesto inicial insuficiente completado a posteriori con las modificaciones presupuestarias o con el recurso del deslizamiento. No es posible ninguna disciplina presupuestaria ni la aplicación de ninguna técnica moderna de control de gestión si el presupuesto es insuficiente desde el principio. De esta forma, el presupuesto se convierte en infinito y el gasto incontrolable. Las ampliaciones presupuestarias deben ser tan sólo la excepción por causas debidamente justificadas y no la norma.

b) Cambiar el sistema de reparto entre las distintas CC.AA. combinando el principio de garantía del coste transferido con el de equidad y solidaridad para lo que creemos necesario utilizar un sistema de distribución de los recursos que combine criterios de población y de necesidad.

c) En definitiva, se trata de definir claramente el modelo de financiación del Sistema Nacional de Salud integrado por el conjunto de Servicios de Salud de las distintas CC.AA.

Somos conscientes de las complicaciones del tema. Expertos hay y la LOFCA —con las modificaciones que tengan que hacerse debido a la complejidad del tema sanitario— tiene mecanismos suficientes para solucionar los problemas que hoy tienen planteados los sistemas de financiación de los servicios de salud sobre todo en lo que se refiere a la nivelación de servicios y la solidaridad interterritorial.

El momento no puede ser más apropiado por cuanto que el Consejo de Política Fiscal y Financiera tiene que estudiar y proponer la concreción del modelo para el próximo quinquenio que comienza en 1992.

Sirva esto de llamada para que se comiencen a resolver los ya viejos problemas que aquejan a la sanidad en una de sus vertientes no menos importantes: su

financiación. Sin la resolución de este problema, es difícil plantear un servicio sanitario eficaz y eficiente.

Bibliografía

1. Durán A. La Financiación de los gastos de salud I.C.E. Julio-agosto, 1981.
2. Coll P. Demografía y gasto sanitario: el criterio de financiación de la Ley General de Sanidad. En: *Salud y Equidad*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989.
3. Costas JC. Equidad territorial en España. Condicionantes económicos e institucionales. En: *Salud y Equidad*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989.
4. Tejero B (1984). El régimen económico de la Seguridad Social y el Estado de las Autonomías. En: *Jornadas Técnicas sobre Sanidad y Seguridad Social en el Estado de las Autonomías*. Barcelona, 1984. Generalitat de Cataluña.
5. Sanfrutos Velázquez N. La financiación de los Servicios Transferidos procedentes de la Seguridad Social. El caso de Andalucía. *Cuadernos de Trabajo. Consejería de Hacienda*. Sevilla: Junta de Andalucía, 1989.
6. Antoñanzas F. Una aproximación econométrica al sector sanitario. Financiado por el INSALUD. En: *Seguridad Social* 1984; 21.
7. OCDE. Financiación y Producción de Servicios Sanitarios. París: OCDE; 1987.
8. López G. La financiación de los Servicios Sanitarios en España. *CIRIEC, Rev. Debate Economía Pública, Social, Cooperativa*. Junio-septiembre, 1981.

