Medicina General

EDITORIAL

Transferencias sanitarias: la cuadratura del círculo

El acuerdo parlamentario para la consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud, que, entre otras recomendaciones, establecía la necesidad de finalizar el proceso de transferencia, los cambios en los distintos Estatutos de Autonomía de las Comunidades Autónomas del artículo 143 de la Constitución para asumir las competencias de asistencia sanitaria y la decisión política del Gobierno de España, hace previsible la finalización del proceso de transferencias durante la presente legislatura.

Decimos previsible por las dificultades, más que complejidad, que supone cuadrar el círculo: las aspiraciones sociales, económicas, políticas, profesionales de una Comunidad se ven enfrentadas a aspiraciones y necesidades de otras Comunidades y del Estado.

La primera y fundamental es la financiera, escollo en el que todos los analistas, técnicos y políticos están de acuerdo. Este año finaliza el actual marco de financiación de las Comunidades Autónomas, así como el Acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera sobre financiación de la Sanidad. La primera decisión a tomar es si la financiación sanitaria se va a realizar vía financiación general de las Comunidades Autónomas (LOFCA), que implica una mayor corresponsabilidad fiscal de las mismas (como pretenden algunos Altos Cargos de la Administración Central, pues supone una mayor exigencia de la gestión y una menor "alegría" en el gasto). Sin embargo, esta vía causa reparos serios en la mayoría de las Autonomías que deben recibir las transferencias, pues exigiría la cesión de determinados impuestos, así como la posibilidad de normativa sobre los mismos; supondría que otros servicios, también esenciales para los ciudadanos, pudieran verse afectados por el tirón sanitario, y el cambio de varias leyes, junto con el riesgo de crear diferencias asistenciales entre Comunidades. La financiación por esta vía guardaría relación con el PIB de la Comunidad, con lo que las desigualdades en la financiación a medio y largo plazo serían más que preocupantes.

La financiación específica y finalista para Sanidad podría no tener su razón de ser por las razones arriba descritas y por provenir, mayoritariamente ya, vía Presupuestos Generales del Estado. Los acuerdos del Consejo de Política Fiscal y Financiera, tanto del 94 como del 98, establecieron que el crecimiento financiero de la Sanidad sería el del PIB nominal, si bien el de 1998 permitió una inyección presupuestaria extra, debido principalmente a ingresos por gestión de incapacidad temporal y ahorro en gastos de farmacia. Es, pues, el PIB nominal el corsé y la garantía del crecimiento económico del Sistema Nacional de Salud.

Hasta ahora las transferencias sanitarias realizadas han exigido exclusivamente una negociación bilateral entre Estado y Autonomías, y, aunque en puridad así tiene que ser, ninguno de los interlocutores perderá de vista las negociaciones que se realicen con el resto de Comunidades, pues la tarta a transferir es una y el objetivo de balance cero entre ingresos y gastos prioridad del Gobierno. Parece evidente que cada Autonomía intentará arrimar el ascua a su sardina y la tarta difícilmente será más grande: los criterios de distribución serán primordiales. Pero, ¿cuáles?

Las Comunidades que gozan de una infraestructura mejor y mayor, y por tanto más cara, no quieren ni oír hablar de financiación capitativa ciega, es de-

cir, por persona protegida sin tener en cuenta otros condicionantes, método actualmente en vigor de acuerdo con lo previsto en el artículo 82 de la Ley General de Sanidad; les asiste la razón de la suficiencia presupuestaria, es decir, el derecho a no percibir menor cantidad en la transferencia que el coste real del servicio transferido. Pero si esto sucede, implica que el resto de Autonomías recibirán un trozo de tarta menor que el que les correspondería por la financiación capitativa y hay al menos cinco de las 10 por transferir que perciben menos de un 10% de las que más recibirían, distancia insalvable para el desarrollo de ese Sistema Regional de Salud, para la equidad y para el sentido común; el paradigma es Baleares. Con esa menor financiación deberían acometer el déficit de infraestructuras y de personal (impensable), o mandar a sus pacientes a ser tratados fuera de esa Comunidad y pagar su tratamiento (insultante).

De otro lado, Autonomías como Castilla y León y Aragón, que tienen más de un 20% de personas mayores de 65 años (5% más que la media nacional y, en el caso de Castilla y León, con la mayor longevidad de España y la segunda del mundo), se verían seriamente perjudicadas para prestar los mismos servicios que las Comunidades sanitariamente ricas. Si se persigue la equidad, resulta que por coeficiente capitativo ciego, sin considerar la población protegida ajustada por pirámide poblacional, la equidad se desmorona. Si se introduce el factor edad el coste de la transferencia exigiría una financiación adicional de 330.000 millones... ¿Con el objetivo de déficit cero?

Todas las Autonomías pretenden gestionar mejor por la sensibilidad hacia la especificidad de su territorio. La mayoría ha desarrollado Leyes de Ordenación Sanitaria o está en vías de hacerlo. Siendo un objetivo sin duda esencial, la especificidad y la capacidad de autogobierno reconocidos en todos los Estatutos de Autonomía van a dar lugar a diecisiete Servicios Regionales de Salud: ¿a diecisiete sistemas de Salud diferentes? El Real Decreto 63/95 de Ordenaciones de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud ha supuesto un marco de referencia razonable durante estos años; entre tanto, casi todas las Autonomías, con la asistencia sanitaria transferida o no, se han esforzado en diferenciarse de las demás en busca de la satisfacción de las necesidades legítimas de sus ciudadanos, pero también con un clientelismo político evidente. Aunque en la mayoría de las Consejerías autonómicas se habla de lealtad institucional (también en el Ministerio de Sanidad), el futuro está por ver sin una redefinición del Consejo Interterritorial de Salud y de la Alta Inspección.

Ya vimos lo que pasó con el intento de armonización del proceso autonómico hace 20 años: "Santa Rita, lo que se da no se quita". Durante este proceso los médicos hemos visto cómo año tras año se retrasaba el Estatuto Marco, la carrera profesional, las pruebas de acceso para superar una endemia como la de las interinidades (¿endemias en un Ministerio como el de Sanidad?), los concursos de traslado (bloqueados por las interinidades y por la visión pacata de que sólo son los que están y que a ellos hay que "proteger"), la formación continuada, las demandas sindicales (ancestrales ya algunas)... Alguna Autonomía pretende crear dos *sistemas* en el Servicio Regional de Salud: uno para los ya transferidos, otro para los que provendrán del INSALUD (como China: una Nación, dos sistemas), con el *loable* objetivo de no tener que equiparar salarialmente a los otros con los unos.

Algunos campanarios de iglesias españolas tienen base octogonal, frente a la cuadrangular habitual; es una planta que se acerca al círculo y, según los entendidos, simboliza la unión del cielo (el círculo) y la tierra (el polígono). Mucho nos tememos que, o cada uno de nosotros (personas e instituciones) emplea su inteligencia y sus influencias, o los médicos nos convertiremos en el relleno necesario para adaptar el cuadrado de las Autonomías al círculo de las transferencias sanitarias del Estado.