

LA COMPENSACIÓN POR DESPLAZADOS EN LA FINANCIACIÓN DE LA SANIDAD DESCENTRALIZADA: VALORACIÓN DEL NUEVO FONDO DE COHESIÓN SANITARIA

Pedro A. Tamayo Lorenzo(*)

1. Introducción

A comienzos de 2002 entró en vigor el nuevo sistema de financiación para las Comunidades Autónomas de régimen común, aprobado en 2001. Este nuevo sistema, nacido con vocación de permanencia al no haberse establecido su vigencia para un periodo plurianual concreto, ha introducido cambios significativos en la financiación de la sanidad descentralizada, coincidiendo con el cierre de los traspasos de las competencias de gestión de la asistencia sanitaria procedente de la Seguridad Social a todas las Comunidades Autónomas.

Una de las principales novedades del nuevo sistema es la incorporación, como instrumento de financiación complementaria, de un Fondo de Cohesión Sanitaria destinado a compensar a las Comunidades Autónomas por los costes que puedan suponerles los flujos de pacientes desplazados desde otros territorios para recibir asistencia sanitaria. Si bien en la Ley General de Sanidad ya se contemplaba la posibilidad de compensación entre Comunidades por tales costes, el sistema diseñado en el Real Decreto de desarrollo de dicho Fondo atribuye al Ministerio de Sanidad y Consumo la responsabilidad en la definición y gestión de dicha compensación.

A continuación se repasa brevemente el nuevo sistema de financiación en el que se enmarca el Fondo de Cohesión, así como la situación previa en cuanto a la compensación por desplazados, para pasar posteriormente a describir y valorar los aspectos más significativos del diseño de dicho Fondo.

2. Breve descripción de la financiación de la asistencia sanitaria en el nuevo modelo de financiación autonómica

El actual sistema de financiación de la sanidad descentralizada, aprobado al tiempo que se cerraban los traspasos sanitarios, se puede caracterizar fundamentalmente como un sistema estable, nacido con vocación de permanencia (no está prevista su revisión quinquenal, como venía ocurriendo hasta entonces), e integrado de forma definitiva en el esquema general de financiación de las Comunidades Autónomas(1). Esta integración de sistemas supone el paso desde un modelo basado en recursos condicionados a uno centrado en recursos de naturaleza incondicionada, lo que en principio puede significar una notable ganancia en autonomía para los gobiernos regionales(2). Son varias las novedades del actual sistema respecto de los anteriores(3), apuntándose a continuación las más destacadas(4).

El nuevo modelo ha incorporado nuevas variables para el reparto de los recursos financieros. Tomando como punto de partida el cálculo de los recursos mínimos garantizados a cada Comunidad (Masa Homogénea, para el caso de la sanidad igual a los gastos liquidados en servicios sanitarios en el ejercicio de 1999), la agregación de las diferentes Masas Homogéneas sirve para calcular el montante de recursos a repartir entre las Comunidades Autónomas, cantidad que se distribuye en dos sub-fondos: Fondo General y Fondo de Ahorro en Incapacidad Temporal.

Otra de las novedades del nuevo sistema, objeto de análisis en este trabajo, es la creación de un Fondo de Cohesión destinado a compensar a las Comunidades Autónomas por la atención sanitaria prestada a pacientes desplaza-

dos. Con todo, no puede decirse que su incorporación al sistema sea una absoluta novedad, como tampoco lo es el que su diseño y puesta en marcha se haya dejado en manos del Ministerio de Sanidad y Consumo, como órgano coordinador de las distintas políticas sanitarias.

Una última novedad destinada a garantizar la suficiencia dinámica del sistema es la concreción de las Asignaciones de Nivelación, previstas en el artículo 15 de la L.O.F.C.A. El objetivo de este instrumento, inédito hasta la fecha, es el de garantizar la provisión de un nivel equivalente de aquellos servicios públicos considerados fundamentales en todo el territorio nacional. Por primera vez, y con motivo de la aprobación del actual sistema, se delimitan tales servicios públicos fundamentales: la sanidad y la educación(5).

3. Valoración retrospectiva de la compensación por desplazados en la financiación de la sanidad descentralizada

Hasta la aprobación del actual sistema de financiación, la compensación por los costes generados por pacientes desplazados o bien ha permanecido en el terreno de las buenas intenciones, o bien se ha utilizado como instrumento de financiación adicional sin que en este último caso se hicieran explícitos los criterios de asignación. La Ley General de Sanidad (1986), en su redacción original, establecía en su artículo 82 que tal compensación debía realizarse *entre Comunidades*, en función del pago por proceso o, en su defecto, por las tarifas establecidas con otros criterios. Esta previsión permaneció inédita hasta su definitiva supresión tras la modificación de dicho artículo por la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las Medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común.

La falta de desarrollo de esta previsión puede explicarse por las dificultades para determinar los costes implícitos en cada uno de los procesos, y también por razones de equidad territorial, si bien la ausencia de algún tipo de ajuste por este motivo sobre la cantidad de recursos a percibir por cada una de las Comunidades ha podido incidir en el grado de suficiencia logrado por el sistema. En la mayoría de los trabajos dedicados al análisis de este tema (Ló-

pez i Casanovas, *et al.*, 1992; Sanfrutos, 1991) se ha apuntado que la no compensación por desplazados podía contribuir a explicar parcialmente las insuficiencias presupuestarias de algunas Comunidades, especialmente aquellas que reciben flujos estacionales por motivo del turismo, o aquellas que disponen de centros especializados o de excelencia y que se han convertido en centros de referencia para habitantes de regiones limítrofes.

En el Acuerdo de Financiación de la Asistencia Sanitaria aprobado en 1994, y con vigencia hasta 1997, el Estado asumió en sus Presupuestos el coste estimado de la asistencia a desplazados generado desde el momento en que las Comunidades Autónomas asumieron las competencias de gestión. Tales costes fueron abonados al sistema Insalud en los ejercicios de 1995, 1996 y 1997. La distribución de esta partida se hizo en función del tiempo transcurrido desde que las Comunidades Autónomas asumieron las funciones del Insalud. Según el Acuerdo, a partir del 1 de enero de 1996 debía aplicarse un sistema de compensación por asistencia sanitaria a pacientes desplazados, elaborado y aprobado en el seno de una Comisión creada al efecto dentro del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud durante 1995(6). A pesar de esa recomendación, nunca se concretó tal sistema, quedando en el terreno de las buenas intenciones. Pero además, la asunción por parte del Estado de lo que se consideró -aunque sin especificar el origen de los datos manejados para estimar el montante asumido- como el coste acumulado hasta la fecha por razón de los flujos entre regiones, con el consenso de las Comunidades interesadas, podía haber servido para dar cumplimiento a lo previsto en la Ley General de Sanidad diseñando definitivamente un mecanismo de facturación por los servicios prestados en Comunidades distintas de la de residencia.

El Acuerdo alcanzado en 1997, con vigencia hasta 2001, incorporó un fondo vinculado a la cobertura de las "necesidades financieras originadas por docencia y por asistencia hospitalaria a no residentes" (Sub-fondo de Asistencia Hospitalaria). Los criterios para su distribución (al igual que ocurría con el cálculo de la cifra global a distribuir) no se hicieron explícitos en el documento del Acuerdo, indicándose que se aplicaría "(...) con base en los criterios o índices que, según los estudios realizados, reflejan el

CAJAMURCIA vocación de servicio

En CAJAMURCIA,
nuestra vocación es
la dedicación a nuestros clientes,
tanto particulares como
empresas.

Escuchamos con atención sus
proyectos, ponemos en marcha
sus ideas. Somos valientes
en la búsqueda de soluciones
y en el apoyo a su desarrollo.
Y todo ello a través
de una gestión sólida y segura,
para mañana seguir poniendo
a su servicio toda nuestra
experiencia y atención.



CM

 **CAJAMURCIA**

CUANDO PIENSES
EN **AHORRO**,
VEN A LA CAM.



Ahorrar es ganar para los tuyos. Ahorrar es ilusión y esfuerzo. Ahorrar es proteger. En la CAM sabemos cómo proteger tus ahorros y hacerlos crecer con la mejor y más completa gama de productos para tu dinero.

CIVF 27.06.2002

CUENTAS DE AHORRO - DEPÓSITOS A PLAZO - DEPÓSITOS COMBINADOS
PLANES DE AHORRO - FONDOS DE INVERSIÓN - PLANES DE PENSIONES - UNIT LINKED

902 100 112
www.cam.es



Caja de Ahorros
del Mediterráneo

SIEMPRE CONTIGO

saldo financiero de cada administración gestora, a los gastos por docencia y asistencia hospitalaria. En el supuesto de saldo deudor se le asigna valor cero", ofreciéndose las cantidades correspondientes al ejercicio de 1998 para las Comunidades a las que se les reconocen gastos de docencia y de atención a desplazados.

En definitiva, la crónica de la financiación de la sanidad muestra cómo, a pesar de que la legislación sanitaria básica contemplaba la compensación entre Comunidades por los gastos originados por los pacientes desplazados, en ningún momento se llegó a concretar tal previsión. Ha sido el Estado el que, de diferentes formas, ha terminado asumiendo tales costes, si bien los criterios para su estimación y para la distribución de los recursos asociados nunca se han hecho explícitos.

4. Descripción del Fondo de Cohesión Sanitaria

El Real Decreto 1247/2002, de 3 de diciembre, viene a concretar y a desarrollar el contenido del artículo 4.B. c) de la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, de Medidas Fiscales y Administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común, en el que se establece el Fondo de Cohesión Sanitaria, cuya gestión se atribuye al Ministerio de Sanidad y Consumo. De acuerdo con el artículo 2 del citado Real Decreto, la finalidad de este Fondo es la de garantizar la igualdad de acceso a los servicios sanitarios públicos en todo el territorio, así como la atención a ciudadanos procedentes de países de la Unión Europea (o con los que España tenga suscritos Convenios de Asistencia Sanitaria recíproca).

Sin entrar aquí en los detalles de la previsión relativa a los pacientes procedentes de países de la Unión Europea, el contenido sustantivo del Real Decreto se concreta en el establecimiento de los requisitos y el procedimiento a seguir para que pueda compensarse a una Comunidad receptora por los gastos (según la estimación hecha por el Ministerio de Sanidad y Consumo) que pueda originar la atención sanitaria a pacientes con residencia en una Comunidad distinta. En concreto, viene a establecer los siguientes criterios(7):

— *Participación de la Comunidad Autónoma de origen*: Autorización previa de la Comunidad

de origen para que el tratamiento recibido en la Comunidad receptora pueda ser económicamente compensado con cargo al Fondo. Ésta es la única participación que se atribuye a las Comunidades "exportadoras", sin que en ningún momento se plantee su co-participación en el coste de los tratamientos.

— *Coordinación entre Comunidades Autónomas*: Para que el coste asociado al tratamiento a desplazados pueda ser compensado, junto a la autorización previa de la Comunidad de origen, será necesaria la coordinación de ésta con la Comunidad receptora, exigiéndose que en la primera no se disponga de los servicios hospitalarios requeridos o sean manifiestamente insuficientes para atender a la población.

— *Procesos compensables*: Los procesos asistenciales susceptibles de ser compensados son los recogidos de forma taxativa en el Real Decreto. Se trata de una lista cerrada de tratamientos e intervenciones, reunidas en Grupos de Diagnósticos Relacionados(8), susceptible de ampliación periódica.

— *Cuantificación del coste de los procesos*: Corresponde al Ministerio de Sanidad y Consumo la cuantificación económica de la compensación, cuantificación que se realizará en función de la información sobre flujos interterritoriales de pacientes y sobre los costes por procesos, costes que vienen establecidos en los Anexos del Real Decreto para los procesos hospitalarios, y que han sido establecidos en función de Grupos de Diagnósticos Relacionados (GDR), así como para las técnicas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios (véase cuadro 1) que vienen establecidos en el propio Real Decreto.

Asimismo, se establece que, anualmente, y previo informe del Ministerio de Hacienda, el Ministerio de Sanidad y Consumo actualizará el coste de los procesos contemplados en el Real Decreto (o de los que se incluyan, según el procedimiento establecido), a euros del año corriente "a partir de la última información disponible del coste por proceso (GDR)".

5. Valoración del fondo de cohesión

El diseño final del Fondo de Cohesión despeja las dudas que planteó en el momento de la aprobación del actual sistema de financiación

CUADRO 1
FONDO DE COHESIÓN SANITARIA: RESUMEN DE LAS PREVISIONES POR DESPLAZADOS RESIDENTES EN ESPAÑA

PROCESOS HOSPITALARIOS			
ACTIVIDADES A COMPENSAR CON CARGO AL FONDO	Asistencia sanitaria programada, en coordinación con la C.A. receptora (Anexo I a) R.D.)	Asistencia sanitaria a ciudadanos residentes en provincias limítrofes de distintas CC.AA. (Anexo II R.D.)	OTRAS TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS (Anexo I b) R.D.)
COSTE COMPENSABLE	40% coste total(20% coste fijo en hospitales + 100% coste variable)	40% coste total(20% coste fijo + 100% coste variable)	80% coste total
REQUISITOS	Asistencia programada.Autorización expresa de la C.A. de origen.Coordinación con la C.A. de recepción.Que en la C.A. de residencia no se disponga de los servicios hospitalarios requeridos, o sean manifiestamente insuficientes.	Residencia en provincias limítrofes de diferentes CC.AA.	Asistencia programada.Autorización expresa de la C.A. de origen.Coordinación con la C.A. de recepción.Que en la C.A. de residencia no se disponga de los servicios hospitalarios requeridos, o sean manifiestamente insuficientes.
ASIGNACIÓN A CADA C.A.(*)	— Saldo neto del coste compensable, establecido de acuerdo con: a) el coste recogido en los Anexos I y II del R.D. b) el sistema de información sobre desplazados desarrollado por el Ministerio		
PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN	A cargo del Ministerio de Sanidad y Consumo. En el último cuatrimestre de cada año se realizará una liquidación separada para cada una de las actividades contempladas, tomando como referencia el año anterior.		
ACTUALIZACIÓN DEL COSTE DE LOS PROCESOS	— Actualización anual, por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo, previo informe del Ministerio de Hacienda. — Límite del crecimiento anual del coste: no superará el crecimiento anual del IPC publicado por el INE o, en su defecto, el deflactor del consumo final de los hogares contemplado en "las últimas previsiones macroeconómicas disponibles de los Presupuestos Generales del Estado".		
COMISIÓN DE SEGUIMIENTO DEL FONDO	— Grupo de trabajo en el seno del Consejo Interterritorial del SNS. Integrado por representantes de todas las CC.AA., del Ministerio de Sanidad y Consumo, del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, y del Ministerio de Hacienda. — Funciones: a) Informe previo a las propuestas de modificación de los procesos contemplados en el R.D. b) Seguimiento del sistema de información sobre flujos de pacientes. c) Aquellas relacionadas con el Fondo, y que el Consejo Interterritorial le encomiende.		

(*). Para los años 2002 y 2003 el cálculo de las asignaciones tomará como referencia a los pacientes hospitalizados de acuerdo con los últimos datos disponibles en el conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria. Estas asignaciones tendrán carácter provisional, y deberán ser objeto de regularización en el plazo máximo de un año desde el momento en que se hagan efectivas, de acuerdo con los criterios generales establecidos en el Real Decreto.

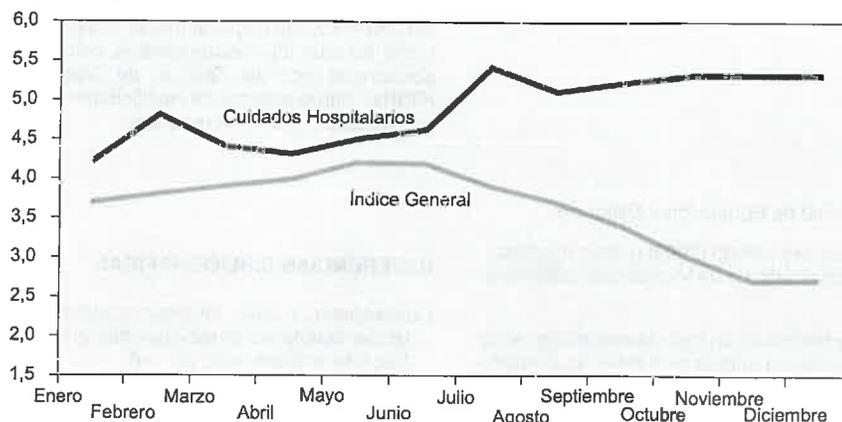
de las Comunidades Autónomas. La forma finalmente adoptada (posiblemente de ahí la inclusión del término "cohesión") implica abandonar la posibilidad de acudir a una "cámara de compensación" entre Comunidades, en la línea de lo recogido en la redacción original del artículo 82 de la L.G.S. (redacción modificada por la Ley 21/2001, y que supone la desaparición de cualquier referencia a la compensación *entre* Comunidades). Resulta por otro lado significativo el papel asignado al Ministerio de Sanidad y Consumo en la concreción de los procesos a compensar, así como en la determinación de los costes, precisamente en un momento en que su participación en el Sistema Nacional de Salud debe redefinirse una vez finalizados los traspasos sanitarios.

En todo caso, el Fondo de Cohesión, como elemento de financiación de las competencias sanitarias, no deja de ser una pieza menor (60 millones de euros es su dotación inicial). Y a pesar de su denominación, no parece que pueda ser un adecuado sustitutivo de la que debería haber sido la previa y necesaria nivelación en

las dotaciones sanitarias de las Comunidades Autónomas, que hubiera reducido las desigualdades en la distribución de recursos, especialmente los de alta tecnología. Por tanto, el papel que puede desempeñar el Fondo de Cohesión como garante de los principios de igualdad en el acceso es muy reducido.

Por otro lado, el sistema elegido para compensar por los gastos asociados a pacientes desplazados lleva implícita la asunción de costes homogéneos entre Comunidades, cuando es posible pensar en la existencia de diferencias interterritoriales significativas en los costes, tanto fijos como variables, de producción de asistencia sanitaria. Esto llevaría a manejar la hipótesis de uno o de varios procesos para los que el coste estimado por el Ministerio esté por debajo del coste real de producción en una o varias Comunidades Autónomas, en cuyo caso se estaría penalizando, por medio de un mayor riesgo financiero, a los territorios que sean importadores netos y que, a su vez, estén soportando mayores costes de producción.

GRÁFICO 1
EVOLUCIÓN DE PRECIOS: TASA ANUAL IPC, BASE 1992. 2001



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INEBase).

El hecho de que sólo se contemplen las actividades hospitalarias programadas deja fuera del sistema de compensación a las no programadas, otro motivo para considerar que el alcance del Fondo es muy limitado. Las intervenciones contempladas son menos frecuentes que los desplazamientos de pacientes por motivos no sanitarios y que suelen afectar a los servicios de atención primaria o producirse con carácter urgente. A falta de datos disponibles, puede pensarse en aquellas Comunidades con mayor flujo estacional de potenciales usuarios como las más perjudicadas por esa ausencia (en otros momentos del proceso de reforma del sistema de financiación, la Comunidad Valenciana acudió a este argumento para reclamar el establecimiento de alguna compensación por los desplazados tratados en su servicio de salud).

En definitiva, la principal objeción que puede plantearse al diseño del mecanismo de compensación es que no se ha proporcionado ningún tipo de información sobre los criterios empleados para el cálculo de la cuantía del Fondo, para la elección de los procesos seleccionados, ni sobre las previsiones de gasto vinculadas a la frecuencia estimada de este tipo de servicios. Este es un problema ya endémico a los procesos de reforma de la sanidad en nuestro país, especialmente cuando afectan a las decisiones de gasto de las Comunidades Autónomas.

Por otro lado, el establecer como límite al crecimiento anual de dicho coste el incremento anual del Índice de Precios de Consumo (IPC)

o, en su defecto, el deflactor del consumo final de los hogares que se recoja en las últimas previsiones macroeconómicas disponibles de los Presupuestos Generales del Estado, plantea un problema elemental. Algo bien establecido en la literatura de la Economía de la Salud es que la inflación sanitaria, y en especial la hospitalaria, suele ir por delante de la inflación general (véase gráfico 1, para el año 2001 en España). De esta forma, la actualización que se aplique puede significar que las Comunidades receptoras de pacientes tengan que asumir el diferencial entre esas dos categorías de inflación, con lo que esto puede suponer de riesgo financiero adicional para ellas.

Por último, cabe esperar que el procedimiento administrativo regulador de los desplazamientos, así como el de liquidación, se doten de la suficiente agilidad, de modo que no se desincentive la solicitud y la aceptación de los desplazamientos.

No obstante, y a pesar de las objeciones apuntadas, el diseño del Fondo supone algún avance respecto de la que ha sido la situación previa. Por primera vez se establecen ciertos criterios objetivos para la compensación (o subvención) del coste generado por desplazados, lo que otorgará cierta capacidad de planificación a las Comunidades tradicionalmente receptoras. Y, además, el Fondo se ha constituido en torno a un principio de solidaridad interterritorial, por el cual las Comunidades mejor dotadas en términos de recursos han de compartir solidariamente parte de los costes que, en úl-

tima instancia, se derivan de una desigual capacidad territorial para garantizar el principio de igual posibilidad de acceso a los servicios para necesidades iguales.

NOTAS

(*) Universidad Nacional de Educación a Distancia.

(1) En Ruiz-Huerta, Herrero y Vizán (2002) puede encontrarse una descripción del nuevo sistema de financiación autonómica.

(2) Esta afirmación admitiría algún tipo de matización si se tiene en cuenta que los nuevos recursos cedidos a las Comunidades Autónomas han de destinarse necesariamente al gasto sanitario.

(3) Un análisis de los sistemas previos de financiación de la sanidad descentralizada se encuentra en Tamayo (2001).

(4) Otros trabajos se han dedicado a la exposición detallada del nuevo sistema, por ejemplo Urbanos y Utrilla (2002).

(5) Un análisis crítico del diseño y de los requisitos establecidos para una eventual aplicación de estas asignaciones se lleva a cabo en Tamayo (2002).

(6) Esta previsión de establecer un sistema de compensación entre Comunidades fue inmediatamente calificada como improbable. Además de los problemas que podría plantear la facturación de cada uno de los servicios, así como las dificultades prácticas de coordinación entre entes gestores, se señaló que "(...) las Comunidades con menos infraestructura sanitaria van a necesitar todo el dinero de que puedan disponer para invertirlo en su propio territorio. No se les puede pedir que (...) envíen una parte de sus magros presupuestos a las Comunidades más ricas" (Guía sanitaria, 1994: 5-6).

(7) En el cuadro 1 se ha intentado sintetizar el contenido del Real Decreto.

(8) Tradicionalmente se ha argumentado la dificultad práctica existente para articular un sistema de compensación entre Comunidades, fundamentalmente por la complejidad de esti-

mar los costes asociados a cada uno de los tratamientos recibidos por los desplazados, complejidad que aumenta cuando la mayor parte de esos tratamientos responden a complicados *case mix*. Sin embargo, en el terreno de la gestión hospitalaria –en el que se supone que se generan la mayor parte de los desplazamientos– se dispone desde la década de los 80 de un instrumento muy útil a estos efectos, como es la experiencia proporcionada por los *Grupos de Diagnósticos Relacionados* (GDRs), como sistema de clasificación de los pacientes en grupos de isoconsumo de recursos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Guía sanitaria (1994): "Nuevo modelo de financiación de la Asistencia Sanitaria: la racionalidad y la realidad enfrentadas", Sección Análisis, 324, pp. 1-6.
- López i Casasnovas, G.; Corona, J.F., y Figueres, J. (1992): *Estudio del sistema de financiación autonómica de la sanidad*. Fulls Economics-Llibres, nº 3, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya.
- Ruiz-Huerta, J.; Herrero, A., y Vizán, C. (2002): "La Reforma del Sistema de Financiación Autonómica", en Varios Autores, *Informe de Comunidades Autónomas 2001*, Instituto de Derecho Público, Barcelona, pp. 485-511.
- Sanfrutos, N. (1991): "La financiación de los servicios regionales de salud. Problemas y posibles soluciones". *Gaceta Sanitaria*, vol. 5, 26 septiembre/octubre, pp. 219-224.
- Tamayo Lorenzo, P.A. (2001): *Descentralización y Financiación de la Asistencia Sanitaria Pública en España. Un estudio desde la perspectiva de la equidad*. Colección Estudios, Consejo Económico y Social, Madrid.
- Tamayo Lorenzo, P.A. (2002): "Descentralización sanitaria y garantía de servicios en España: una comparación con Canadá e Italia", en *La Organización Territorial de la Sanidad*, XXII Jornadas de Economía de la Salud, Pamplona 29-31 de mayo de 2002, Libro de Ponencias, pp. 87-105.
- Urbanos, R., y Utrilla, A. (2002): "Implicaciones del nuevo sistema de financiación sanitaria sobre la equidad y la suficiencia". IX Encuentro de Economía Pública, Vigo 7 y 8 de febrero de 2002.