Atención Primaria, transferencias y financiación

Es previsible que el proceso de transferencias sanitarias que se inició en 1981 culmine pronto, tal vez el próximo año, con la delegación de competencias a las diez comunidades autónomas “de vía lenta” pendientes. No es completamente seguro, sin embargo, porque aún no conocemos las implicaciones efectivas del Pacto de Financiación General.

Que las comunidades autónomas asuman, o hayan asumido ya, las competencias de gestión de la asistencia sanitaria de la seguridad social es un asunto político, enmarcado en la filosofía de descentralización del Estado. Su plasmación práctica, por otro lado, tiene un componente financiero esencial que constituye, en último extremo, el determinante final de la decisión política.

Las transferencias realizadas hasta la fecha han sido desiguales en la medida en que el marco financiero y también político en que se llevaron a cabo también lo era. En todas las negociaciones, no obstante, se ha tenido en cuenta un criterio básico –y lógico– que es el “coste efectivo de los servicios”. Esto significaba que como mínimo era preciso transferir los recursos que permitiesen financiar la estructura existente. A partir de ahí las posibilidades de crecimiento venían ligadas, en la primera oleada de transferencias, al referente de población y a las desviaciones presupuestarias del INSALUD.

Cuando se firmó el primer pacto de financiación (1993-97), se introdujeron varios elementos novedosos: por un lado, el reparto se dirigía por el porcentaje de población protegida, pero, además, se consideraba la atención a pacientes “desplazados” y la formación, en la medida en que esta última constituye lo que los economistas definen como una “externalidad” positiva. Es decir, que algunas comunidades se beneficiaban de la formación que sus profesionales reciben en otras, que, a su vez, asumen el coste. El pacto incluía, por último, algo importante: el crecimiento del presupuesto sanitario sería el mismo que el del PIB nominal (PIB más inflación).

La filosofía del pacto 1997-2001 no varió significativamente, aunque en el salto de un pacto a otro se incrementaron los recursos más allá del referente anual citado, debido a los acuerdos de Gobierno tras las elecciones de 1996. Las cuentas fueron más precisas porque las fuentes de información lo eran y se tuvo en cuenta –indirectamente– la estructura demográfica de la población.

En este momento la situación se presenta, *a priori*, bastante diferente. Los recursos presupuestarios de la sanidad han sido históricamente independientes, repartiéndose con un destino específico. Es muy probable que a partir de ahora, sobre la base del pacto de financiación general actualmente negociándose, la sanidad se financie con una parte de los im-

puestos cedidos con carácter finalista. A partir de ahí, la comunidad podría disponer de fondos adicionales de sus propios presupuestos. En otras palabras, la cuantía final la decidirá cada gobierno.

Si esto finalmente es así, la asistencia sanitaria –y la Atención Primaria– funcionará dentro de unas coordenadas distintas a las actuales, lo que será evidente para dos, pero especialmente para los servicios de salud actualmente en territorio INSALUD. Los recursos financieros que se dediquen a los servicios de salud no serán necesariamente equivalentes entre comunidades, ya que, dentro de cada una de ellas, competirán con otros servicios públicos, incluso si se da un carácter finalista a los impuestos transferidos a las comunidades. Por otra parte, una mayor autonomía fiscal implica que algunas comunidades podrían recaudar más que otras con destino a la sanidad. A pesar de que se establezca algún mecanismo de compensación y garantía, todo ello puede traducirse en mayor o menor oferta o mejor o peor remuneración de esa oferta, es decir, de los profesionales, las instituciones y el resto de proveedores públicos y privados.

Dentro de las competencias de las comunidades también se verá afectada, como es lógico, la capacidad organizativa. Sobre esta cuestión ya tenemos experiencia. Ahora mismo, entre los servicios ya transferidos, hay ligeras variantes en la manera de organizarse, en la personalidad jurídica del propio servicio o de alguna de sus instituciones de Atención Especializada y Primaria y en el enfoque de proyectos puntuales novedosos. También se observan planteamientos originales en los borradores de normas en comunidades que han de recibir las transferencias, como es el caso de Madrid. No es posible anticipar, sin embargo, consecuencias prácticas inmediatas o más tardías. Habrá que esperar para ello. La excesiva inestabilidad de las políticas sanitarias hace estéril cualquier ejercicio de adivinación, si bien es cierto que la historia demuestra que no son de esperar grandes cambios.

Existe, de hecho, una pauta de comportamiento suficientemente bien contrastada y que consiste en: a) no experimentar en exceso; b) no hacer –ni gastar– menos que el otro y, c) mantener la estructura de control. De manera que no es previsible que se abran grandes diferencias en financiación y organización entre comunidades. El papel de la Atención Primaria podrá más bien verse afectado, en el medio plazo, por acuerdos de corte “operativo” en el nivel de área. Algunas responsabilidades de índole burocrática en las gerencias de área o incluso en los centros de salud pueden eliminarse si se transfiere la gestión a alguna organización que “compre” servicios por cuenta de los pacientes. Pero esto no sucederá de inmediato en ningún caso, de forma que no resulta sencillo hacer pronósticos: quedan varias leyes autonómicas por ver la luz, queda, se supone, un planteamiento más actualizado de la Ley General de Sanidad y queda, finalmente, un consenso que no acaba de llegar sobre la reforma sanitaria.

L. CARREÑO