UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

DEPARTAMENTO DE ECONOMÍA FINANCIERA Y CONTABILIDAD

DOCTORADO EN CIENCIAS ECONÓMICAS Y EMPRESARIALES

Programa de Contabilidad

SISTEMAS DE INFORMACIÓN CONTABLE DEL SECTOR SANITARIO PÚBLICO ESPAÑOL

Tesis Doctoral presentada por **Dª Mª del Pino Pérez Castellano**

Dirigida por los Directores **D. Daniel Carrasco Díaz** y **D. Pedro Manuel Balboa La Chica**

Los Directores

D. Daniel Carrasco Díaz

D. Pedro Manuel Balboa La Chica

El Doctorando

Dª Mª del Pino Pérez Castellano

Las Palmas de Gran Canaria, diciembre de 2012

INTRODUCCIÓN

De entre los diversos análisis y estudios efectuados por distintos autores en la materia, podemos afirmar que la sanidad española llegó a las puertas de la Constitución con numerosas deficiencias que, a nuestro modo de entender, se pueden sintetizar en dos problemas principales. Por un lado, la presencia de un ordenamiento jurídico dispar y, por otro lado, la confluencia de un conjunto heterogéneo de redes asistenciales encargado de llevar a cabo la prestación sanitaria.

El principal problema que se le planteó a la sanidad española con anterioridad a la aprobación de la Constitución, consistió en la confluencia de distintas redes asistenciales para llevar a cabo la correspondiente prestación sanitaria. La amplia cobertura de la Seguridad Social en la prestación de la asistencia sanitaria y la escasa organización de otras estructuras hace que Seguridad Social destaque y, así desarrolle una extensa red de centros y servicios tanto para la asistencia de

medicina general y de especialidad, como ambulatoria y hospitalaria por todo el territorio nacional. Esto originó que su cobertura se extendiera del 53,1% en 1966 hasta el 81,7% de la población en el año 1978.

En esencia, el objetivo planteado con esta reforma potencial de la organización de nuestro sistema sanitario público consiste, fundamentalmente, en la búsqueda de una mayor eficiencia y calidad del mismo, para lo cual, se pretende adoptar una serie de medidas encaminadas a lograr una mayor implicación de los profesionales y demás agentes intervinientes del Sistema para con el Sistema. Para el alcance de tal propósito, se apuesta por la constitución de diversas modalidades de gestión en las que la dotación de personalidad jurídica propia adopta un significado relevante en aras de alcanzar un modelo organizativo óptimo dotado con la suficiente autonomía para llevar a cabo su gestión e implicar a los referidos agentes con la realización de la actividad y consecución de los resultados del conjunto del Sistema.

El traspaso de un Sistema de Seguridad Social a un Sistema Nacional de Salud supone un punto de inflexión en la sanidad española y fue preciso llevar a cabo la aprobación de una legislación básica y fundamental para este último ámbito, en la denominada Ley General de Sanidad de 1986.

El proceso de descentralización de las competencias sanitarias a las diversas Comunidades Autónomas constituye, junto a la heterogeneidad de las formas de financiación en el consecuente transcurso de las transferencias competenciales, los elementos fundamentales que han marco la propia realidad sanitaria de dichas Comunidades.

A pesar de que se interprete que la Constitución permite efectuar las distintas alternativas de prestación sanitaria y prestación social por el mismo u organismos independientes, se puede decir que a raíz de las últimas transferencias a las diez Comunidades Autónomas, así como del último acuerdo de financiación adoptado, a través del cual se ha producido una incorporación de la financiación de la asistencia sanitaria en la financiación autonómica general, se ha conseguido

desvincular definitivamente a ambos Sistemas por cuanto las prestaciones de la asistencia sanitaria pública ya no son responsabilidad del ente gestor de la Seguridad Social sino de los correspondientes servicios de salud autonómicos.

El conocido sistema de financiación como *"línea de ingreso"* a partir del cual la financiación de la función de Sanidad ya no se efectúa vía transferencias específicas por parte del Estado sino que son las Comunidades Autónomas las responsables directas de su financiación vía ingresos tributarios propios supone un cambio sustancial, tanto por la responsabilidad sanitaria de las citadas Comunidades como por la propia gestión sanitaria.

La estructura organizativa del Sistema Nacional de Salud español, desde un punto de vista global, puede decirse que en el mismo se aprecia la convivencia paralela de las dos realidades económicas que existían en este entonces, de una parte, el Sistema de la Seguridad Social con la Tesorería General y el Instituto Nacional de Salud y, de otra, los Servicios Regionales de Salud de las C.C.A.A. que asumieron en primer término las competencias en materia de gestión sanitaria.

Para alcanzar los principios de universalidad de la asistencia a toda la población, la financiación pública vía impuestos, la prestación de una atención integral en condiciones de equidad, así como, la coordinación e integración de los agentes partícipes del Sistema han estado condicionados, entre otros factores, a dos hechos de especial relevancia para el sector, estos son, el proceso de descentralización de las competencias en materia de gestión sanitaria, así como, el proceso de financiación al que ha estado sujeto el Sistema.

Ante un marco descentralizador como el que se presenta en el ámbito sanitario actual, y su previsible continuación en el futuro, se demanda la configuración de un Sistema Nacional de Salud integrado, es decir, bajo la concepción de un verdadero Sistema, del cual, no se desea ofrecer como imagen la suma de los diecisiete Servicios de Salud autonómicos por cuanto el primero de ellos abarca un ámbito mucho más amplio que el derivado de la simple agregación de las partes.

En la actualidad, la opinión, casi generalizada, de los agentes sociales y la ciudadanía española es que en nuestro país se continúe con un modelo universal, financiado públicamente y equitativo para el conjunto de la población. Los ciudadanos españoles, con carácter general, consideran que el concepto de Seguridad Social se asocia o al menos se vincula, en cierta forma, con el término "Estado del Bienestar" aunque este último sea más amplio, puesto que incorpora otros aspectos cuanto menos de igual relevancia que el que estamos tratando.

Si ya con anterioridad a su descentralización la gestión del servicio sanitario planteaba grandes dificultades, en la actualidad ha incrementado su relevancia debido, principalmente, a que todas las CCAA asumen la responsabilidad, ya no tan sólo de la gestión y asignación de los recursos, sino, a su vez, de la generación de los mismos para su correspondiente financiación. En consecuencia, todo ello ha traído consigo que se planteen nuevas necesidades en el ámbito de la gestión pública sanitaria española.

La sanidad se enmarca, casi generalizadamente, como bien preferente del ciudadano y, en consecuencia, encaminada a satisfacer en realidad una necesidad privada, planteándose la disyuntiva de llevar a cabo una producción pública o privada en torno a la provisión de la misma. Ante esta alternativa son numerosos los planteamientos que, desde un punto de vista teórico, argumentan que la producción pública de los servicios sanitarios no tiene cabida. Por el contrario, otra parte de la doctrina considera que determinados servicios, entre ellos la sanidad, reclaman necesariamente una producción pública. Finalmente, en nuestro caso nos inclinamos por una producción pública o del Estado que, además, sea acompañada por unos instrumentos de gestión privados.

La preocupación manifiesta por la gestión y financiación del servicio sanitario ha conducido a sus responsables, en su gran mayoría, a la incorporación de

numerosas disposiciones que hacen referencia a las nuevas necesidades de gestión a las que se enfrenta, en la actualidad, la realidad sanitaria específica de cada Comunidad Autónoma. Ello pone de manifiesto que los modelos de gestión tradicionales aplicados con anterioridad no se adecuan, convenientemente, al nuevo contexto financiero y de rigor presupuestario al que se hallan sujetas las diversas Comunidades Autónomas.

Tras analizar el conjunto de las Leyes de Ordenación Sanitaria en cada Comunidad Autónoma, entre otros aspectos, y realizado un diagnóstico de la situación actual de la estructura funcional que pueden adoptar los Sistemas Sanitarios autonómicos que integran el Sistema Nacional de Salud, en síntesis, se puede observar que continúa primando la descentralización en la gestión del servicio, es decir, si ya ésta se había dado a nivel general en el sector, en la que hubo un mayor predominio de la descentralización territorial, apreciamos que este nivel de descentralización se acentúa a nivel autonómico y con carácter funcional.

Como prueba de lo anterior y, entre ellas, destacamos y hacemos especial incidencia en la adopción, en el nivel de la microgestión o provisión del Sistema, de cualquier tipología de las formas de gestión de servicios públicos amparadas en nuestro ordenamiento legal, lo cual implica, entre otros aspectos, disponer de un amplio margen de autonomía para llevar a cabo una importante descentralización en la gestión de estos servicios.

Entre los condicionantes en la gestión de los servicios públicos sanitarios, sin duda, tiene carácter preeminente la dificultad en la medición del producto sanitario y, en tal sentido, debemos poner de relieve dicha dificultad en torno a la definición y medición de la producción de servicios sanitarios lo cual condicionará, evidentemente, la determinación de medidas adecuadas de rendimiento. Así pues, no resultará fácil disponer de una evidencia sobre la eficacia, la efectividad y la eficiencia de los mismos.

Los distintos responsables de la gestión del gasto sanitario se enfrentan, diariamente, al desafío procedente de la evidencia de que los recursos económicos

disponibles crecen en menor proporción de lo que lo hacen las necesidades, y siendo conscientes de que estas últimas no se pueden determinar de forma exacta, ni conceptual ni empíricamente, hace que adquiera mayor protagonismo la idea genérica de que, por muchos recursos económicos que se destinen a la financiación de este tipo de servicios, nunca se terminarán de cubrir las necesidades existentes, y menos aún las potenciales.

En lo referente al ámbito específico de la sanidad, el desconocimiento de los fundamentos económicos que, de una parte, no consideran a la sanidad una función incluida entre aquellas clasificadas como bienes públicos puros y, de otra parte, los que argumentan que tampoco cumple la condición específica de bien privado, conlleva en numerosas ocasiones a establecer erróneamente determinadas hipótesis de comportamiento que no son aplicables a la realidad sanitaria, al menos no específicamente a la española.

Aunque esté enmarcada la sanidad como bien preferente del ciudadano y, por consiguiente, quedar incluida en el conjunto de servicios y prestaciones que el Estado se compromete a garantizar a la sociedad, los poderes públicos deberán decidir si su producción se realizará desde el ámbito público o, por el contrario, permitir que sea el sector privado el que lleve a cabo la misma. En tal sentido, en la actualidad la mayoría de los países desarrollados prefieren un marco en el que predomine un sistema sanitario público con imperfecciones, por cuanto la uniformidad en las prestaciones, así como, las restricciones en la cantidad y/o calidad de los servicios, constituyen las características más sobresalientes del ámbito público frente al mercado como institución.

En los servicios que se producen paralelamente por las Administraciones Públicas y por las empresas privadas, estas últimas emplean técnicas de gestión empresariales para la producción y venta de dichos servicios, mientras que las

Administraciones Públicas utilizan procedimientos meramente administrativos en la producción de los mismos dando lugar a que, en numerosas situaciones similares, los costes unitarios sean bastante más elevados en el sector público que en la empresa privada. Cuando en España dicha producción pública supone en la actualidad el factor principal que incrementa el gasto público, parece inconcebible que la producción, en sentido estricto, de las Administraciones Públicas no se organice con una orientación empresarial. Es decir, a pesar de que en los años transcurridos se ha incrementado la producción de este tipo de servicios, la organización y el sistema de gestión han permanecido, prácticamente, sin modificación alguna en lo que al ámbito público se refiere. Sin embargo, a nuestro juicio, y en línea con otros autores, no somos tan "optimistas" en considerar que la mera transposición de las técnicas de gestión privada a las actividades que desempeña la Administración resulten del todo satisfactorias, sin tener en cuenta características propias de éstas.

La aplicación de mayores cuotas de autonomía de gestión –incluso con personalidad jurídica propia- con que se pretende dotar a las entidades señaladas, lo es sin merma del carácter de servicio público que caracteriza a la prestación sanitaria. Simplemente, se las quiere dotar de una regulación flexible que les permita adaptarse a la realidad social a la que deben responder. Para lograr tal propósito será necesario facilitar la extensión de las posibles modalidades jurídicas que, a la luz de la normativa vigente - El Real Decreto 29/2000, de 14 de enero, sobre nuevas formas de gestión del Instituto Nacional de Salud- , pueden adoptar las organizaciones sanitarias que pertenecen a toda la red de asistencia pública.

A partir del decreto citado en la anterior conclusión se pone de manifiesto la tendencia generalizada de transformar los centros provisores de servicios sanitarios en organizaciones empresariales. A nuestro entender se ha originado un grado de desagregación muy importante de los agentes gestores del gasto sanitario

público, lo cual perjudica y disminuye considerablemente la imagen global y comparación del sistema de la red sanitaria provisora pública de servicios sanitarios en nuestro país.

Esta propuesta de separación de funciones se basa, fundamentalmente, en incorporar el principio de división funcional de competencias en el proceso para la toma de decisiones que concierne a la gestión de los servicios sanitarios. Más concretamente, consiste en la separación de las funciones de financiación y provisión que, hasta el momento, se encuentran integradas en la organización pública sanitaria. En consecuencia, se trata de diferenciar dos de las principales funciones incluidas en cualquier unidad económica permitiendo, para este ámbito específico, convertir los actuales modelos organizativos en los que la financiación y la provisión de los servicios se encuentran integrados jerárquicamente, a un nuevo modelo en el que prevalecerán estructuras desagregadas por funciones. Cuando hacemos alusión a la propuesta de separación de funciones nos referimos a la dicotomía convencional que diferencia, exclusivamente, a las funciones de financiación y provisión de los servicios sanitarios sin la incorporación de mercado y sin la incorporación de una tercera función, concretamente la de compra.

Las CCAA, a nuestro juicio, han optado decididamente por una puesta en práctica de los principales planteamientos de la Nueva Gestión Pública. En esta línea, consideramos que prevalece una medida integral, la separación de funciones, ya que entendemos que es una propuesta de reforma global que abarca a todos los niveles de gestión del Sistema Sanitario de la Comunidad Autónoma en su conjunto. En consecuencia, de esta forma se observa la intención de trasladar riesgo a todos los responsables de la ejecución presupuestaria, con independencia del nivel de decisión vinculante a la respectiva Comunidad Autónoma. De otra parte, también se ponen de relieve propuestas de reforma parciales, entre ellas, adoptar en el nivel de la microgestión o provisión del

Sistema, cualquier tipología de las formas de gestión de servicios públicos amparadas en nuestro ordenamiento jurídico, lo cual implica disponer de un amplio margen de autonomía para llevar a cabo una importante descentralización en la gestión de estos servicios.

Se pone de manifiesto, tras una exhaustiva búsqueda de legislación al respecto que la organización y los criterios de funcionamiento del sector sanitario en una determinada Comunidad Autónoma tienen como guía una normativa dispersa y variada.

CAPÍTULO 1

EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ESPAÑOL

Sin lugar a dudas, en la actualidad el derecho a la protección de la salud se considera uno de los logros fundamentales del Estado del Bienestar configurándose como un derecho social y fundamental en España, al igual que en los países más desarrollados.

Han sido los sistemas sanitarios implantados en cada país la respuesta que se proporciona para dar cumplimiento a tal protección. El conocimiento de tales sistemas presenta rasgos que dificultan su análisis en profundidad por cuanto subyacen, en cada uno de ellos, las raíces tradicionales y propias de cada país, con lo cual, resulta preciso un estudio multidisciplinar para su verdadera comprensión.

En España se ha configurado un sistema sanitario inspirado en la filosofía de los sistemas universales y, al igual que en el resto, ha sido fruto de la historia de nuestro país. En consecuencia, el Sistema Nacional de Salud español finalmente diseñado ha experimentado, y sigue experimentando, numerosas y relevantes transformaciones a raíz del acaecimiento de significativos factores de cambio de diversa índole.

Por lo tanto, la realidad sanitaria española actual inspirada bajo los principios de universalidad en la cobertura, financiación pública e igualdad en el acceso para

toda la población por el simple hecho de ser ciudadanos, dista mucho de la que comenzó siendo, en sus orígenes, caracterizada por su condición de seguro individual ligado necesariamente a la condición laboral de una determinada persona. Precisamente, por esto último, de forma específica para nuestro país el ámbito sanitario ha estado vinculado permanentemente al sistema de la Seguridad Social aunque en la actualidad, finalmente, y tras numerosos intentos se haya conseguido la diferenciación y separación de ambas realidades.

Es por todo ello, por lo que para poder comprender las características que actualmente integran a nuestro Sistema Sanitario, propósito principal de este primer capítulo, convenga previamente prestar atención a los antecedentes más significativos del mismo. Para ello hemos estimado conveniente, en primer lugar, efectuar un breve análisis del desarrollo histórico de la Seguridad Social española hasta la promulgación de nuestra Constitución por cuanto este hecho significó para el conjunto de la sociedad española el reconocimiento, por primera vez, del derecho a la protección de la salud por nuestra condición de ciudadanos fijando, a su vez, a los poderes públicos responsables de su tutela.

Así mismo, para que realmente se produjese el traspaso de un Sistema de Seguridad Social a un Sistema Nacional de Salud, fue preciso llevar a cabo la aprobación de una legislación básica y fundamental para este último ámbito, la denominada Ley General de Sanidad de 1986. A través de la misma, tendremos ocasión de conocer cuáles son los principios que deben inspirar a un sistema sanitario configurado bajo la filosofía propia de los sistemas nacionales de salud. De otra parte, tal legislación se ocupará, al mismo tiempo, de definir cual debe ser la estructura organizativa a adoptar por el conjunto del Sistema respetando siempre el Estado de las Autonomías que diera origen la Constitución y en el que se encontraba inmerso, y aún hoy en día, nuestro país.

Tras analizar en esta primera parte la aprobación de las diversas legislaciones que implicaron para cada período analizado unas características diferenciadoras, con posterioridad hemos abordado el análisis específico de dos hechos de especial

trascendencia para la sanidad española por cuanto han condicionado las directrices de futuro en este ámbito, más concretamente, nos referimos al proceso de descentralización de las competencias sanitarias a las diversas Comunidades Autónomas y al proceso de financiación heterogéneo por el que ha transcurrido nuestro Sistema Nacional de Salud.

Mediante la culminación definitiva de ambos procesos, se inició una etapa novedosa para el conjunto del Sistema, así como para todos los agentes que intervienen en el mismo. La finalización del traspaso, en materia de gestión sanitaria de la Seguridad Social a las diez Comunidades Autónomas que se encontraban pendientes de recibirlas, se inicia el verdadero comienzo de un Sistema Sanitario que fue definido, en lo que a su estructura organizativa se refiere, hace ya casi dos décadas en la Ley General de Sanidad. De otra parte, el nuevo y vigente acuerdo de financiación adoptado para la asistencia sanitaria se constituye como uno de los hechos más relevantes que ha tenido lugar en el Sistema Sanitario público español desde su creación, a través del cual se integra, por primera vez, la financiación sanitaria en el sistema autonómico general de financiación. De esta forma, hemos pasado del tradicional modelo de financiación sanitaria *específico* o también denominado *línea de gasto* a un modelo *generalista* o también conocido como *línea de ingreso* a partir del cual la financiación de la función de Sanidad ya no se efectuará vía transferencias específicas por parte del Estado sino que serán las Comunidades Autónomas las responsables directas de su financiación vía ingresos tributarios propios. Así pues, el propósito principal que se plantea con la introducción de este nuevo modelo financiero consiste en que los distintos gobiernos regionales adquieran mayor autonomía y corresponsabilidad fiscal en el ámbito sanitario.

Derivado de todo cuanto antecede es cierto que resulta una etapa novedosa de la que se esperan nuevos retos para la realidad sanitaria española pero, al mismo tiempo, sujeta también a numerosas incertidumbres que se irán desvelando con el desenlace de los acontecimientos futuros.

Ahora bien, con independencia de las valoraciones procedentes de los distintos grupos de interés, todos afirman que la sociedad española puede sentirse orgullosa del Sistema Sanitario finalmente adoptado a pesar de sus múltiples deficiencias y carencias. Por todo ello, debemos abogar que en nuestro país se continúe con un modelo universal, financiado públicamente y equitativo para el conjunto de la población tratando de que no prosperen aquellas propuestas que se inclinan por un Sistema no inspirado bajo la filosofía de los Sistemas Nacionales de Salud y, en consecuencia, poniendo en peligro la desaparición de este último.

1.1 El concepto de “Seguridad Social"

Plantearnos en la actualidad el significado de este término nos podría llevar a unos a exponer una idea muy genérica de su contenido y, por contra, a otros la posibilidad de ofrecer una descripción muy detallada del mismo. Con ello pretendemos poner de relieve que gran parte de los ciudadanos entienden lo que puede implicar el significado del mismo, aún sin tener un conocimiento específico de lo que verdaderamente implica dicha realidad.

Con carácter general, el concepto de Seguridad Social se asocia o al menos se vincula, en cierta forma, con el término “Estado del Bienestar” aunque este último es más amplio, puesto que incorpora otros aspectos cuanto menos de igual relevancia que el que estamos tratando.

Sin embargo, se debe tener presente que el contenido que representan ambas expresiones no se ha consolidado en un momento determinado, a partir del cual, permanecieran invariables. Todo lo contrario, ya que han surgido a raíz de determinados acontecimientos históricos, a partir de los cuales, han ido evolucionando ante los cambios de las circunstancias y de las necesidades humanas, si bien es verdad que, a lo mejor, no todo lo que se hubiese deseado.

Tal y como ponen de manifiesto Temes y Gil (1996: 2) la denominación Seguridad Social tiene su origen en 1819 al escribir Simón Bolívar que “el

sistema de gobierno más perfecto es el que engendra la mayor suma de *seguridad social* y de seguridad política". Sin embargo, parece ser que dicha expresión no fue acuñada hasta 1935 por la *Social Security Act* norteamericana, siendo posteriormente definida por Sir Willian Beveridge en 1942 como "el conjunto de medidas adoptadas por el Estado contra aquellos riesgos de concreción individual que jamás dejarán de presentarse por óptima que sea la situación de conjunto de la sociedad en que vivan".

A partir de estos primeros pronunciamientos más bien genéricos en torno al concepto de Seguridad Social, se sucederán a lo largo del tiempo una serie de acontecimientos que, poco a poco, irán dando forma y contenido al mismo.

En relación con ello, a raíz de la finalización de la Segunda Guerra Mundial, en torno a 1945 se pusieron de manifiesto en Europa unas circunstancias muy singulares en lo que a los ámbitos económico, político y social se refiere, los cuales dieron fruto al nacimiento de una fórmula política de convivencia que se denominó Estado del Bienestar[1].

Será a partir de esta fecha cuando tome fuerza el mismo y no se considere, como expresa Alarcón (1999, 14), "[...] un simple eslogan sino una realidad política basada en un gran pacto social que se formaliza, a nivel constitucional, en el *Estado Social* o *Estado Social y democrático de Derecho* [...].

Ello tiene una enorme importancia, en cuanto aleja a dicho pacto social de todo riesgo de coyunturalismo al convertirlo en un elemento estructural del sistema, en un pilar básico de su Constitución". Derivado de ello, en la inmediata posguerra, dicho término se irá incluyendo en todos los textos constitucionales aprobados, tales como, la Constitución francesa de 1946, la italiana de 1947 y la alemana de 1949. En lo concerniente a Portugal y España habrá que esperar hasta 1976 y

[1] Tal y como manifiesta Alarcón (1999, 13), la expresión "Estado del Bienestar" había sido utilizada previamente en 1934, si bien, también se hace alusión al referido término mediante las expresiones "sistema de economía mixta", "tercera vía", "capitalismo de rostro humano", etc...

1978, respectivamente, con motivo del régimen político dictatorial que existía previamente.

También, a nivel internacional comenzarán a surgir múltiples declaraciones, pactos y legislación encaminados a difundir y consolidar el referido término. En este sentido, la Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptada y proclamada por la 183 Asamblea General de la ONU el 10 de diciembre de 1948 establece en su artículo 22:

> *"Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad [...]."*

De otra parte, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 19 de diciembre de 1966, ratificado por Instrumento de 13 de abril de 1977 dispone en sus artículos 9 y 11 respectivamente:

> *"Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a la seguridad social, incluso al seguro social [...]".*

> *"Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso alimentación, vestido y viviendas adecuados, y a una mejora continua de las condiciones de existencia. Los Estados Partes tomarán medidas apropiadas para asegurar la efectividad de este derecho, reconociendo a este efecto la importancia esencial de la cooperación internacional fundada en el libre consentimiento [...]".*

Por otro lado, la Organización Internacional del Trabajo, en la Declaración relativa a sus fines y objetivos, como Anexo al texto de la Constitución de la

Organización Internacional del Trabajo, de septiembre de 1982, manifiesta la siguiente declaración:

> *"La Conferencia, convencida de que la experiencia ha demostrado plenamente cuán verídica es la declaración contenida en la Constitución de la Organización Internacional del Trabajo, según la cual la paz permanente sólo puede basarse en la justicia social, afirma que:*
>
> *a) Todos los seres humanos, sin distinción de raza, credo o sexo, tienen derecho a perseguir su bienestar material y su desarrollo espiritual en condiciones de libertad y dignidad, de seguridad económica y en igualdad de oportunidades.*
>
> *b) El logro de las condiciones que permitan llegar a este resultado debe constituir el propósito central de la política nacional e internacional.*
>
> *c) Cualquier política y medida de índole nacional e internacional; particularmente de carácter económico y financiero deben juzgarse desde este punto de vista y aceptarse solamente cuando favorezcan, y no entorpezcan, el cumplimiento de este objetivo fundamental.*
>
> d) *[...]*.

Así mismo, existen otras[2] numerosas normas que emanan del Consejo de Europa y de la Unión Europea que giran en torno al derecho que tienen los ciudadanos a la Seguridad Social. Sin embargo, se debe poner de manifiesto que en las diversas

[2] Entre las Normas del Consejo de Europa se encuentran: La Carta Social Europea, hecha en Turín en 1961; El Código Europeo de Seguridad Social, hecho en Estrasburgo en 1964; El Protocolo adicional de la Carta Social Europea, hecho en Estrasburgo en 1988; El Código Europeo de Seguridad Social (revisado) en 1990, etc...

Entre las Normas de la Unión Europea, figuran las siguientes: Recomendación del Consejo de 24 de junio de 1992, sobre los criterios comunes relativos a los recursos y prestaciones suficientes en los sistemas de protección social; Recomendación del Consejo de 27 de julio de 1992, relativas a la convergencia de los objetivos y de las políticas de protección social; Directiva del Consejo de 19 de diciembre de 1978, relativa a la aplicación progresiva del principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres en materia de Seguridad Social, etc...

disposiciones que a nivel internacional se ha hecho referencia, no se efectúa una definición precisa del término que estamos tratando. En esta línea, diversos autores coinciden en afirmar que en nuestra propia Constitución, más concretamente en su artículo 9.2, expresa lo que pudiera considerarse como "el espíritu" del mismo, este es, el siguiente:

> *"Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social."*

De este precepto constitucional no sólo se deriva que el Estado debe reconocer hacia las personas los tres pilares básicos de la democracia, éstos son, libertad, igualdad y participación de lo público, sino que como todo Estado Social, también tiene que reconocer al conjunto de los ciudadanos una serie de derechos económicos y sociales tales como, la educación, el trabajo, la salud, la Seguridad Social, la cultura, etc., procurando, además, hacerlos efectivos.

Como es lógico, el simple reconocimiento de ese conjunto de derechos no resulta tan complejo como su aplicación definitiva por parte del Estado, tal y como viene recogido en los diversos preceptos constitucionales. Por otra parte, hasta qué punto se debe implicar la intervención estatal para que todos los ciudadanos podamos disfrutar de los derechos que nos amparan, entre ellos, el de la seguridad social.

Evidentemente, nuestro propósito no consiste en efectuar un análisis en torno a ello, puesto que ya existe la suficiente doctrina que se ha pronunciado específicamente en relación al contenido de los mismos. Ahora bien, si expondremos a continuación un sencillo ejemplo de Alarcón, al considerarlo ilustrativo para comprender, en cierta forma, cual es el alcance de la intervención del Estado en esta materia.

Este autor nos pone de manifiesto que de entre los supuestos ideológicos que integran el buen funcionamiento de un Estado Social se encuentra ampliamente reconocido el *"sistema de economía de mercado"* al considerarse, hasta el momento, como el más eficaz para generar riqueza lo cual ha conllevado, inevitablemente, a generar competencia y esta última la creación de una gran desigualdad social, o lo que es lo mismo, un reparto desigual de la riqueza. En consecuencia, el Estado debe intervenir para eliminar o, al menos, paliar dicha desigualdad, utilizando para ello dos instrumentos básicos, el sistema fiscal y el gasto social. Dejando al margen al primero de ellos[3] y centrándonos en el gasto social, el Estado cumplirá su finalidad redistributiva mediante el empleo de dos vías fundamentales, éstas son, la promoción social y la protección social, aspectos que con frecuencia se interpretan de la misma forma y que el autor diferencia a través de un sencillo ejemplo que denomina *"metáfora utilitarista"*.

En el mismo, se considera que la "economía de mercado" es una *"gran carrera"* una *"gran competición"*, en la que cada persona busca la satisfacción de sus propios intereses individuales. Y se plantea, ¿cuál debería ser el papel a desempeñar por el Estado en esta gran competición?, argumentando para ello dos clases de intervenciones distintas.

La primera intervención consiste en contribuir a que todos los ciudadanos estén en igualdad de condiciones *"en la línea de salida"* de la carrera, lo que el autor identifica con los mecanismos de la "*promoción social*" y, la segunda intervención, trata de tomar las medidas dirigidas a *"poner de nuevo en la carrera"* a quienes han quedado, circunstancialmente al margen de ella, asemejando esto último a la *"protección social"*.

Entre las medidas de *promoción social* incluidas en nuestra Constitución, figuran la obligación del Estado a proporcionarnos enseñanza gratuita a nivel de

[3] Se parte de la idea de que quien más tiene debe pagar más impuestos al Estado, para que de esta forma, el Estado se gaste lo así recaudado en proveer de ciertos bienes y servicios a todos los ciudadanos y, especialmente, a quienes más lo necesitan con el objetivo de hacer realidad los derechos económicos y sociales a los que anteriormente se hizo referencia.

enseñanza básica, el derecho a la formación y readaptación de profesionales, el derecho al trabajo, al acceso a la cultura, etc.

Sin embargo, en lo que a las medidas de *protección social* se refiere, y siguiendo con la metáfora utilitarista planteada por el referido autor, *"una vez en la carrera"*, es decir, en la carrera por conseguir la satisfacción de las propias necesidades, todas las personas estamos expuestas al riesgo de no poder conseguir nuestro propósito, es decir, ganarnos el sustento con nuestros medios propios debido al acaecimiento de ciertas contingencias tales como, la enfermedad, invalidez, pérdida del puesto de trabajo, etc.

Bajo estas circunstancias, es cuando el Estado está obligado a intervenir y a ofrecernos protección mediante un conjunto de medidas. Es decir, a través de un conjunto de prestaciones, con el propósito de "asegurar" a los ciudadanos contra los riesgos enumerados mediante el mecanismo de la Seguridad Social. Es por ello, por lo que a esta última se la considera el "núcleo duro"[4] de la protección social.

En esta misma línea se pronuncian Temes y Gil (1996: 2) al considerar que "[...]la Seguridad Social puede entenderse como «un sistema general y homogéneo de prestaciones de derecho público para el aumento del bienestar social de los ciudadanos»; y en una definición más completa y descriptiva, como «un sistema general y homogéneo de prestaciones de derecho público para el aumento del bienestar social de quienes se encuentran en determinadas situaciones jurídicas, mediante la redistribución de la riqueza nacional, especialmente dirigida a corregir supuestos de infortunio".

[4] Se apuntan diversas razones por las cuales se atribuye a la Seguridad Social como el "núcleo duro" de la protección social, éstas son: la gran cantidad de recursos económicos destinada a pagar las prestaciones que cubre; el volumen del presupuesto asignado; la amplitud del catálogo de situaciones de necesidad cubiertas por el mismo; se le considera como un mecanismo prestacional maduro puesto que está dotado de una estructura organizativa desarrollada, así como, de una regulación jurídica compleja; etc...

Tras el panorama conceptual descrito en torno a la Seguridad Social debería quedarnos presente, al menos, la esencia fundamental de la misma, y concebirlo como un Sistema que se encuentra ampliamente reconocido y extendido a nivel internacional a pesar de las diferencias que, lógicamente, surjan a raíz de las peculiaridades de cada país.

En este sentido, son múltiples los autores, políticos, profesionales, y ciudadanos que afirman que la forma de establecer si en un determinado país existe o no un *"Estado del Bienestar"* gira fundamentalmente en torno a si posee o no, y con qué grado de perfeccionamiento, un Sistema de Seguridad Social.

1.2 Desarrollo histórico de la Seguridad Social. Especial referencia al caso español hasta la promulgación de la Constitución de 1978

En el epígrafe anterior se puso de manifiesto como el transcurso del tiempo ha determinado una expansión generalizada de Sistemas de Seguridad Social en distintos países.

La estructura que finalmente haya adoptado un determinado Sistema de Seguridad Social en un país, resulta de la combinación de una serie de factores que emanan de los dos modelos clásicos o teóricos de Sistemas de Seguridad Social que surgieron en Alemania, el denominado *sistema profesional o bismarkiano* y, el que nació en Gran Bretaña, el denominado modelo universal derivado del conocido *Informe Beveridge*.

Por lo tanto, en principio se puede decir que los actuales Sistemas de Seguridad Social son mixtos por cuanto se han configurado nutriéndose de las características básicas que definen a estos dos modelos teóricos y, adicionalmente, atendiendo a las peculiaridades del ordenamiento jurídico propio de cada país.

En consecuencia, antes de analizar los rasgos que caracterizan a un determinado Sistema de Seguridad Social conviene repasar, aunque sea de forma muy somera, los fundamentos principales que definen a estos dos modelos teóricos.

1.2.1. Modelo *profesional* versus modelo *universal* de Seguridad Social

En relación al sistema profesional o bismarkiano, también denominado "sistema de seguros sociales", Otto von Bismarck, cancillier alemán y entonces líder del partido conservador, estimó la necesidad de comenzar en su país la implantación de un ambicioso programa de reformas sociales en favor, principalmente, de los trabajadores de la industria económicamente más débiles, con el propósito de prestar cobertura a los diversos riesgos sociales que se estaban manifestando por entonces. En consecuencia, se llevó a cabo la instauración de una serie de Seguros Sociales, comenzando por el de enfermedad en 1883, el de accidentes de trabajo en 1884, el de invalidez y vejez en 1889 y el de supervivencia en 1911.

Entre las características que describen a este tipo de sistema bismarkiano, se puede indicar que la población protegida se determina exclusivamente atendiendo a la población laboral asalariada, de ahí su carácter profesional, con la posibilidad de ampliarse, aunque con muchas restricciones, a otros grupos de la población que, por no cumplir este requisito básico, no se incluyen en la referida población protegida.

Derivado de ello, como la aportación al trabajo se convierte en condición necesaria para acceder al Sistema, esta misma se convertirá a su vez en el patrón de medida de los derechos de la Seguridad Social. Es decir, tal y como describen López y Utrilla (: 231) "[...] apoyándose en la relación salarios-cotizaciones-prestaciones, se establecen tanto el tipo de prestación como la cuantía de la misma."

En lo que al sistema de financiación se refiere, se caracteriza fundamentalmente por el pago de cuotas obligatorias a cargo de los empresarios y de los trabajadores

que irán destinadas a lo que se denominaban “los fondos”, instituciones no gubernamentales encargadas de gestionar los referidos recursos. Aquellos ciudadanos que, por su propia consideración laboral, no tenían derecho a participar de los referidos fondos, éstos serían cubiertos mediante impuestos o, en su caso, a través de seguros privados.

En relación al segundo de los modelos teóricos de Seguridad Social enumerados, el denominado modelo universal “Beveridge”, surge en Gran Bretaña a raíz de la situación que se contemplaba en este país a principios de los años cuarenta.

Por este entonces, en Gran Bretaña ya se había asumido e implantado el conjunto de seguros sociales propuesto por el modelo alemán de Bismarck. Paralelamente, y de forma adicional, en este país se mantenía una amplia red de beneficiencia pública para la protección de aquellos colectivos más desprotegidos que no se incluían en el modelo profesional.

Sin embargo, ante esta situación, es decir, con el mantenimiento simultáneo de dos redes de protección diferenciadas, el gobierno británico decide constituir una comisión presidida por Sir William Beveridge, con el propósito de elaborar un informe en el que se detallaran y expusieran nuevas propuestas para diseñar un nuevo sistema de protección social en el país.

La redacción de dicho informe finalizó en 1942 y recibió la denominación de “Social Insurance and Allied Services”, aunque popularmente es más conocido como “Informe Beveridge”. Mediante la implantación de este novedoso sistema de protección, se consiguió pasar de una situación en la que predominaba la coexistencia de un conjunto de seguros sociales individuales a otra muy diferente, esta fue, la configuración, por primera vez, de un Sistema de Seguridad Social[5] a través del cual se unificarían los mismos.

[5] Es por este motivo por el que se considera al Sir William Beveridge el padre de la Seguridad Social.

En relación al contenido específico del referido informe, conviene poner de relieve que se consiguió refundir, en una sola, la protección social ofrecida a la población asalariada, es decir, la de carácter profesional, así como, aquella otra población más pobre, que precisaba de ayuda económica y asistencia sanitaria gratuita para poder subsistir. De ahí su denominación de modelo universal, por cuanto a través del mismo se pretende proporcionar protección a todas las personas y necesidades.

En este sentido, Alarcón (1999: 42) detalla los cuatro pilares fundamentales que integran la acción protectora de este nuevo Sistema, éstos son: "[...] unos Seguros Sociales unificados encargados de suministrar las rentas de sustitución a los trabajadores que perdieran sus rentas profesionales; un Servicio Nacional de Salud que dispensara asistencia sanitaria gratuita a todos los ciudadanos; un mecanismo de Ayuda familiar (la importancia dada a este aspecto se explica por las circunstancias de la guerra, que ponían en el centro de las prioridades la política natalista); y una institución denominada Asistencia nacional (lo que hoy conocemos como Asistencia Social) para proveer a la subsistencia de quienes demostraran una grave situación de carencia de recursos".

En lo referente a su sistema de financiación, es lógico deducir que debido a la cobertura universal que lo caracteriza deba ser de carácter público, es decir, vía impuestos y, por consiguiente, sujeta al respectivo control parlamentario. Así mismo, su gestión y provisión también se llevó a cabo mediante organismos públicos.

1.2.2. La Seguridad Social en España hasta la aprobación de la Constitución

Una vez descritos los dos modelos teóricos, en los cuales se fundamentan los principios rectores de cualquier Sistema de Seguridad Social, a continuación expondremos cual ha sido la evolución seguida en nuestro país hasta la aprobación de la Constitución, por cuanto la promulgación de esta última, en

1978, supuso un importante punto de inflexión en la configuración de nuestro actual Sistema.

Para ello, siguiendo a Alarcón (1999, 21) en *"la formación histórica de la Seguridad Social en Europa y en España"* hemos querido diferenciar, a su vez, seis períodos principales, los cuáles permitirán tener una visión aproximada de lo que comenzaron siendo nuestros primeros seguros sociales hasta que, finalmente, se consiguieran integrar en un único Sistema.

a) Período previo al siglo XX

El origen de la Seguridad Social se produjo en los comienzos de la Revolución Industrial a finales del siglo XVIII, debido principalmente a la nueva situación histórica que se puso de manifiesto con la implantación de la forma de producción capitalista, la cual trajo consigo nuevas contingencias insospechadas hasta el momento, tales como, accidentes de trabajo, nuevas enfermedades a raíz de las largas y duras jornadas laborales, de la fuerte inmigración procedente del campo hacia los núcleos urbanos y, la aparición de lo que algunos señalan como un "nuevo fantasma", éste fué el "paro" originado con motivo del cierre de las fábricas.

Ante la presencia de este escenario dotado de numerosos riesgos y, lo que es más significativo, acompañado por la falta de medios de protección para poder hacer frente a los mismos, la clase obrera intentó paliar esta situación, en un primer intento, mediante la constitución de dos mecanismos principales, éstos fueron, el denominado "mutualismo obrero" y "las leyes de accidentes de trabajo".

En relación a estas dos figuras, se establece que "el mutualismo obrero" surgió como consecuencia de la desaparición de los antiguos gremios que se habían constituido, previamente, como mecanismos de solidaridad profesional para hacer frente a las situaciones de desamparo descritas anteriormente, es decir, ante las enfermedades, la vejez, el paro, así como, los accidentes.

Entre las características básicas que describieron al mutualismo, señalamos las siguientes:

- Se trataba de una base asociativa de carácter profesional, es decir, integrada por personas que pertenecían a distintos gremios profesionales, por ejemplo, tejedores, hiladores, etc.
- Son entidades sin ánimo de lucro cuyo principio fundante es la solidaridad.
- El propósito principal consiste en poner de forma conjunta una pequeña parte del salario que sería ingresada en una "caja común".
- De la "caja común" saldría el "subsidio" a pagar a aquel asociado que lo necesite, es decir, cuando pierda su jornal por las causas citadas y según las reglas establecidas en sus propios Estatutos.
- En la mayoría de los casos, las cuotas sólo podían cubrir una parte muy reducida de la necesidad que se pretendía paliar.

En España, la primera asociación mutualista que se creó fue en 1840 en Barcelona, y su denominación fue "Sociedad Mutua de Tejedores de Algodón".

Por lo que respecta al segundo de los mecanismos constituidos ante este escenario de contingencias, lo formaron las denominadas "leyes de accidentes de trabajo".

Con posterioridad a la formación de los mutualismos descritos anteriormente, la clase obrera comenzó a plantearse mejoras ante su situación, ya que la misma no lograba hacer frente a los citados riesgos sociales por sí sola. En consecuencia, decidieron unirse configurando movimientos obreros con el propósito de alcanzar un objetivo fundamental, éste fué, exigir a los poderes públicos que obligasen a los empresarios a soportar las consecuencias económicas, e indemnizar a los sujetos que estaban padeciendo las situaciones dañosas originadas a raíz de los sistemas de producción implantados.

En aras a dar cumplimiento a esta nueva demanda social, en 1883 se constituye en nuestro país la "Comisión de Reformas Sociales" para la mejora de la clase obrera, de cuyo trabajo resultó la formulación de un conjunto de propuestas de ley, de entre las cuales, surgirá la que se ha calificado como nuestra primera ley de Seguridad Social[6], ésta fue, la denominada Ley de Accidentes de Trabajo de 30 de Enero de 1900.

b) Período 1900-1919

A raíz de la aprobación de la citada legislación se estableció, principalmente, que el empresario tenía la responsabilidad derivada de los accidentes de trabajo sufridos por sus trabajadores, lo cual quedó enunciado expresamente de la siguiente forma:

> *"El patrono es responsable de los accidentes ocurridos a sus operarios con motivo y en el ejercicio de la profesión o trabajo que realicen, a menos que el accidente sea debido a fuerza mayor, extraña al trabajo en que se produzca el accidente".*

En lo sucesivo, la Comisión de Reformas Sociales fue sustituida por el "Instituto de Reformas Sociales" el cual promovió la celebración, en 1904, de una "Conferencia sobre Previsión Popular" en la que, según Alarcón (1999: 35) "[...] aún se barajaba la idea un poco vetusta de que el Estado se debía limitar a promover y apoyar las iniciativas que adoptaran los propios trabajadores para su autoaseguramiento".

De entre las decisiones y conclusiones adoptadas en dicha conferencia, surgió la creación del Instituto Nacional de Previsión mediante Ley de 27 de febrero de 1908, atribuyéndole como finalidad principal a desempeñar, la siguiente: "[...] difundir o inculcar la previsión popular, especialmente la realizada en forma de

[6] Aunque como muy bien expresa el citado autor, en estos momentos aún no se puede hablar de la existencia de un sistema de Seguridad Social.

pensiones de retiro", así como "[...] estimular y favorecer dicha práctica de pensiones de retiro, procurando su bonificación de carácter general o especial".

Esto es lo que se conocía, por entonces, como un régimen de "libertad subsidiada", ya que tenía carácter voluntario. En consecuencia, la forma de financiación elegida consistió en el sistema de capitalización individual.

Pocos años después, en 1917 se celebró en Madrid la "Conferencia de Seguros Sociales", a partir de la cual se avanzaría significativamente hacia la consecución de una de las características básicas que define a los Seguros Sociales, esto es, se pasó de la anterior "libertad subsidiada" al "aseguramiento obligatorio".

c) Período 1919-1936

En base a las recomendaciones dictadas en la anterior conferencia, surgieron un conjunto de Reales Decretos que establecieron diversas tipologías de aseguramiento. En síntesis, estos fueron los siguientes:

El Real Decreto de 11 de marzo de 1919 implantó en España el primer seguro obligatorio para la vejez, el cual recibió la denominación de "Seguro Obrero", y en cuya Base Primera se estableció lo siguiente: "[...] *El Seguro obligatorio de vejez alcanzará a la población asalariada comprendida entre las edades de diez y seis y sesenta y cinco años cuyo haber anual por todos los conceptos no exceda de 4.000 pesetas*".

Tal y como pone de manifiesto Alarcón (1999: 36), para la determinación del ámbito subjetivo de este seguro se observa la combinación del criterio profesional, los asalariados, con el criterio de la escasez de recursos, aspectos relevantes a tener en consideración para la futura evolución de los Seguros Sociales hacia la Seguridad Social.

De otra parte, la forma de financiación de este seguro de vejez comenzó siendo bipartita, es decir, por los empresarios y el Estado, pasando posteriormente también a tener participación en su financiación, los propios trabajadores. El

sistema de financiación fue el de capitalización colectiva y su gestión fue llevada a cabo por el Instituto Nacional de Previsión y por una serie de Cajas colaboradoras autónomas.

Días después se promulgó el Real Decreto de 18 de marzo de 1919 en relación al "seguro de paro forzoso" en cuyo Preámbulo, y en opinión del referido autor, se puso de relieve que, por entonces la "cuestión social" estaba ocupando el centro de la vida política española, al igual que estaba sucediendo en toda Europa, por lo que en nuestro país se estaban siguiendo muy de cerca las experiencias de nuestros países vecinos.

Sin embargo, a pesar de esa preocupación manifiesta por los aspectos sociales, desde las propias instituciones públicas se puso en conocimiento, que el riesgo social del paro forzoso era el más difícil de asegurar aunque se configurase como uno de los problemas sociales que más preocupaba al conjunto de los ciudadanos y que, en consecuencia, deseaban evitar. Con motivo de ello, solamente fue posible para el Estado mantener, respecto a él, el sistema de libertad subsidiada sin poder pasar a la obligatoriedad del aseguramiento.

De esta forma, en el Preámbulo de la referida legislación se establecía, entre otros aspectos, lo siguiente: "[...] el desarrollo de la idea del seguro del paro forzoso no es cosa fácil ni puede improvisarse si hubiera de establecerse como función del Estado en España", concluyendo que "[...] la experiencia del extranjero demuestra, sin género alguno de duda, que el único sistema práctico y posible es el de subvención a las Sociedades mutuas obreras que practiquen esa clase de seguros".

Mediante la aprobación de la legislación enumerada hasta el momento, se observa el propósito de efectuar un cambio en relación a las circunstancias que, en general, estaban afectando a la situación laboral del conjunto de la población española. Sin embargo, a pesar de las iniciativas del Estado para llevar a cabo su cumplimiento, se puso de relieve la necesidad de dar aún un paso fundamental en

materia de seguros sociales, el cual, consistió en el aseguramiento "obligatorio" de la responsabilidad empresarial.

Ese paso se había efectuado exclusivamente con un colectivo muy reducido y vinculado a los accidentes marítimos mediante el Real Decreto de 15 de octubre de 1919.

Sigue mostrándose la mayor participación e implicación de los poderes públicos en torno a la protección de los riesgos sociales, y prueba de ello se manifestó mediante la aprobación de la Ley de Accidentes de Trabajo de 10 de enero de 1922, la cual, a juicio del referido autor, trajo consigo una innovación relevante, ya que a través de la misma se implantó el origen o "germen de los futuros seguros sociales", puesto que estableció la posibilidad de "asegurar" la responsabilidad empresarial. En relación a ello, en su articulo 25 se expresaba lo siguiente:

> *"Los patronos podrán sustituir las obligaciones definidas en los artículos [...] por el seguro, hecho a su costa, a favor del obrero, de los riesgos a que se refiere cada uno de esos artículos"*

De otra parte, en el artículo 26 de la referida legislación se ofrecían dos posibilidades de aseguramiento, éstas fueron:

> *"Podrá verificarse el seguro de los accidentes del trabajo comprendidos en esta Ley: primero, por Mutualidades patronales; segundo, por Sociedades de seguros constituidas con arreglo al Código de Comercio."*

A finales de esta década, se puede considerar que la novedad más importante que introducirá la aprobación del Real Decreto ley de 22 de marzo de 1929, fué la creación del Seguro obligatorio de maternidad, con asistencia médica y subsidio económico.

Sin embargo, se considera que el proceso de consolidación de los Seguros Sociales en nuestro país pudo haber recibido un empuje importantísimo mediante la instauración de la II República Española, cuya Constitución de 9 de diciembre de 1931, establecía en su artículo 46:

> "*La República asegurará a todo trabajador las condiciones necesarias de una existencia digna. Su legislación social regulará: los casos de seguro de enfermedad, accidente, paro forzoso, vejez, invalidez y muerte (así como) la maternidad*".

Sin embargo, el desenlace de la Guerra Civil española no permitió el desarrollo completo del mismo y solamente se alcanzó mediante la Ley de 4 de julio de 1932, el establecimiento del aseguramiento obligatorio de los accidentes de trabajo. Efectivamente, esta última legislación será la norma que finalmente consiga generalizar hacia todos los colectivos la obligación del aseguramiento por parte del empresario, estableciéndose para ello lo siguiente:

"*Todo obrero de tales Empresas se considerará de derecho asegurado, aunque no lo estuviera su patrono. En el caso de que éste no indemnizare al obrero o a sus derechohabientes en el plazo que se señale, la indemnización será abonada con cargo al fondo de garantía*", fondo que sería administrado por la Caja Nacional de Seguro contra accidentes del trabajo, la cual fue creada en el seno del Instituto Nacional de Previsión.

d) Período 1936-1961

Otra legislación que surge en la década de los treinta la constituye la Ley de Bases de 13 de julio de 1936, que pretendía, por primera vez en nuestro país, regular de forma independiente la enfermedad profesional del accidente de trabajo.

Con posterioridad, y coincidiendo con la finalización de la Guerra Civil española, mediante la Ley de 1 de Septiembre de 1939 se llevó a cabo la transformación del Retiro Obrero en Seguro obligatorio de vejez e invalidez (SOVI), a través del

cual, se sustituyó el régimen de capitalización para el percibo de pensiones propio del Retiro Obrero, por el pago de pensiones fijas en concepto de subsidio de vejez. Además, mediante esta Ley las cajas colaboradoras existentes hasta el momento, se convirtieron en delegaciones del Instituto Nacional de Previsión.

Posteriormente, a comienzos de los años 40, mediante la Ley de 14 de diciembre de 1942, se implantó el primer Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), a partir del cual se considera el origen de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

Sin embargo, entre los aspectos que lo caracterizaron, Tamayo (2001: 32) destaca que la asistencia sanitaria del mismo tiene un marcado carácter técnico de seguro, así como, un campo de aplicación subjetivo muy restrictivo debido, principalmente, a que la población protegida se encontraba integrada por los productores económicamente débiles con motivo de su bajo poder adquisitivo. Aunque, a este respecto, se debe poner de manifiesto que a raíz de la expansión económica que surgió en nuestro país hasta los años 70, los niveles de renta que delimitaban el acceso a este seguro se fueron ampliando, lo que originó, en consecuencia, que se ampliase también a la población protegida.

Por otra parte, y a finales de esta década, mediante el Decreto de 18 de abril de 1947 se integró el Régimen de Subsidio de Vejez, vigente hasta entonces, en el Seguro de Vejez e Invalidez, preparándose, así mismo, un sistema de protección para este último riesgo cuya organización, gestión y administración correspondería, como Entidad aseguradora única, al Instituto Nacional de Previsión.

A través de la enumeración de las anteriores disposiciones a las que se ha hecho referencia, se ha puesto de relieve que en España se configuró una red de Seguros Sociales obligatorios, que fueron incorporando, poco a poco, diversas clases de riesgos, dando lugar a una situación muy diferente a la descrita a principios de siglo, en la cual, no existían prácticamente mecanismos de protección alguno.

Sin embargo, recuérdese que hasta el momento, uno de los problemas sociales más relevante para la opinión pública lo constituía "el paro forzoso", a lo que los poderes públicos habían manifestado que no era sencilla su solución, optándose, en consecuencia, por la asignación de subvenciones a las Mutuas que practicasen dicha clase de seguros. Sin embargo, esta situación finalizó con la aprobación de la Ley de 22 de julio de 1961 a través de la cual se creó, finalmente, el Seguro Nacional de Desempleo.

e) Período 1961-1970

A principios de la década de los sesenta, el escenario que existía en materia de Seguridad Social en nuestro país se corresponde con lo descrito hasta el momento. Sin embargo, en este período se llevó a cabo la aprobación de una importante legislación, la Ley de Bases de Seguridad Social de 28 de diciembre de 1963, mediante la cual, se propuso el objetivo principal de pasar, de la actual situación caracterizada por la integración de un conjunto dispar de seguros sociales, al establecimiento de un auténtico Sistema de Seguridad Social. Este propósito se desprende fielmente de su Preámbulo, en el que se indicó, entre otros aspectos, lo siguiente:

> *"Conseguida ya la cobertura de los riesgos básicos, comunes y profesionales –respecto de los trabajadores por cuenta ajena especialmente-, parece llegado el momento de operar el tránsito de un conjunto de seguros sociales a un sistema de Seguridad Social [...]".*
> Y se añade*: "Con ello se va más allá de la simple sistematización y ajuste de los regímenes ya establecidos [...]".*

Para alcanzar tal propósito, la citada Ley de Bases, insertaría en su texto los siguientes principios, dirigidos hacia la integración: tendencia a la unidad; participación de los interesados en el gobierno de las entidades gestoras; supresión del ánimo de lucro en la gestión; consideración conjunta de las

situaciones y las contingencias protegidas; aumento de las aportaciones estatales en la financiación; preferente preocupación por la prevención y rehabilitación.

Sin embargo, se aprecia que esta legislación sigue manteniendo el carácter profesional, ya que las prestaciones económicas realmente estaban dirigidas a sustituir los ingresos del trabajo.

Ahora bien, el objetivo que se planteó en la misma finalmente no se pudo lograr y, a juicio de Alarcón (1999: 38), aunque el legislador de esta época era muy consciente de la diferencia cualitativa que existía entre un conjunto de seguros sociales y la configuración de un verdadero Sistema de Seguridad Social, el tránsito pretendido no se alcanzó plenamente debido a las siguientes razones**:**

- La propia Ley de Bases rebaja el planteamiento de partida debido a que se habla de "generalizar la protección a la población activa en su conjunto", pero no a toda la población, que es lo que realmente requiere un verdadero Sistema de Seguridad Social para superar el criterio de la actividad profesional como definidor del ámbito subjetivo de aplicación.

- A pesar de que también se produce un avance significativo hacia la protección de cualquier situación de necesidad, condición igualmente implícita a un Sistema de Seguridad Social, la Ley de Bases finalmente no lo consideró, ya que, en su regulación dispuso que necesariamente debía existir la vinculación entre una situación de necesidad determinada, esta fue, la carencia de recursos, y la existencia de una contingencia previamente definida, como por ejemplo, una enfermedad, el paro, etc.

- De otra parte, la Ley seguía manteniendo la existencia de distintos regímenes, uno general y varios regímenes especiales, con diferente acción protectora. Así mismo también se siguieron manteniendo a las

Mutuas Patronales de Accidentes de Trabajo y las diversas Mutualidades Laborales por sectores productivos.

f) Período 1970-1978

En este período se llevará a cabo la aprobación, entre otras, de la Ley 24/1972 de Financiación y Perfeccionamiento de la Acción Protectora del Régimen General de la Seguridad Social.

Tal y como se deriva de su propia denominación, se pretende actualizar la normativa vigente ampliando los niveles de protección, así como, reformar el sistema de cotizaciones en consonancia a la situación económica que existía por entonces. Sin embargo, en realidad resultó que finalmente no fueron tan significativas las novedades incorporadas, consiguiendo exclusivamente sentar las bases para incrementar las cotizaciones y las prestaciones.

Será realmente a partir de la segunda mitad de la década de los años 70, cuando se empiecen a poner de manifiesto ciertas inquietudes, entre la sociedad española, y que dieron lugar a una modificación más sustantiva de la acción protectora seguida hasta entonces. En este sentido, Temes y Gil (1996,11) atribuyen a dos hechos específicos el cambio y la evolución efectiva que se iba a producir en el ámbito de la Seguridad Social. Estos fueron, por un lado, la llegada de la democracia mediante la aprobación de nuestra Constitución, lo cual originó que los ciudadanos reivindicasen un conjunto de prestaciones con motivo de la existencia de determinadas necesidades que aún no estaban cubiertas, y por otro, la crisis económica que se avecinaba se estaba haciendo notar en cierta forma. Estas dos circunstancias motivaron la aparición de importantes desequilibrios económicos y de gestión de las prestaciones, por lo que, en consecuencia, hubo que llevar a cabo una reorganización considerable de la estructura organizativa. Fruto de ello, resultó la aprobación del Real Decreto-ley 36/1978, de 16 de noviembre, sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la Salud y el Empleo, a través del cual se extinguió el Instituto Nacional de Previsión. La

principal función de este último, la gestión del Sistema, fue atribuida a un conjunto de organismos de nueva creación, éstos fueron, la Tesorería General de la Seguridad Social, el Instituto Nacional de la Seguridad Social, el Instituto Nacional de Servicios Sociales y el Instituto Nacional de la Salud.

Mediante la constitución de los mismos se consiguió, fundamentalmente, reducir el gran número de entidades individuales que, hasta el momento, se encontraban involucradas en la gestión del Sistema. En la actualidad, los organismos citados siguen vigentes, el primero de ellos actúa como Servicio Común del Sistema y las restantes como Entidades Gestoras de las prestaciones específicamente asignadas, a excepción del Instituto Nacional de la Salud que mediante RD 840/2002 de 2 de agosto ha pasado a denominarse Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

Ya situados en las puertas de nuestro Sistema Constitucional, Alarcón afirma (1999: 40) que "[...] pese a estas reformas, lo cierto es que nuestro sistema de Seguridad Social preexistente a la Constitución era, no obstante las buenas intenciones mostradas por la Ley de Bases de 1963, más bien un conjunto de "Seguros Sociales sistematizados" que un verdadero "Sistema de Seguridad Social" [...]".

1.2.3. El modelo constitucional de Seguridad Social

En diciembre de 1978 se aprobaría la Constitución española y fruto de ella fue el nacimiento de un Estado democrático en nuestro país que tuvo enormes repercusiones en todos los ámbitos, evidentemente también en el que estamos tratando.

Efectivamente, con motivo de tal aprobación se encuentra universalmente reconocido que se llevó a cabo el nacimiento de nuestro vigente Sistema de Seguridad Social. Por lo tanto, se consideran como fuente reguladora principal, y que diera origen a nuestro actual Sistema, los preceptos contenidos en la

Constitución Española, a partir de los cuales se han derivado las numerosas disposiciones legislativas que, relativas a la materia, rigen en la actualidad.

En relación a ello, la primera y principal referencia constitucional respecto a la Seguridad Social la establece el artículo 41, que expresa textualmente lo siguiente:

> *"Los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo. La asistencia y prestaciones complementarias serán libres"*.

Sin embargo, a pesar de la importancia que se deriva del hecho de que constitucionalmente se encuentre reconocido, y de manera expresa el derecho de todos los ciudadanos de un régimen público de Seguridad Social, son diversos los autores que afirman que el contenido de esta disposición no expresa qué debe entenderse por Seguridad Social, por lo que, en consecuencia, plantea diversas cuestiones que convendrían tener en consideración al objeto de comprender el alcance de dicha realidad.

En relación a ello, se argumenta que el artículo 41 al que se ha hecho referencia se encuentra ubicado en el Capítulo III del Título I de la Constitución relativo a "los principios rectores de la política social y económica", principios que, según Navarro (1999, 378) "[...] a tenor de lo establecido en el artículo 53 de aquélla informarán la legislación positiva, la práctica judicial y la actuación de los poderes públicos, y que sólo podrán ser alegados ante la Jurisdicción ordinaria de acuerdo con lo que dispongan las leyes que los desarrollen". Ello significa, según Alarcón (1999, 47) que en base al artículo 53, la Constitución "[...] no otorga directamente a los ciudadanos un derecho a la Seguridad Social sino que ese derecho –o, más exactamente, el conjunto de derechos que dimanan de la efectiva existencia de un sistema de Seguridad Social- solamente existirá a partir del momento en que el legislador ordinario haya creado dicho sistema". Es decir, que

el contenido, extensión y límites de la Seguridad Social vendrán dados por lo que establezcan las leyes ordinarias en cada momento. (Navarro; 1999, 378)

Así pues, en base a lo establecido hasta el momento nos podríamos cuestionar que, si la Seguridad Social está incluida en el Capítulo III y no en el Capítulo II de la Constitución, que hace referencia a los "derechos y libertades " de los ciudadanos, no debiéramos considerarla como un derecho "fundamental".

Sin embargo, este planteamiento ya ha sido objeto de discusión e interpretación por parte de la propia doctrina, así como por el Tribunal Constitucional. En relación a ello, Alarcón (1999, 48) nos clarifica que "[...] no es, ni mucho menos, inútil que la Seguridad Social esté contemplada en la Constitución, aunque sea en ese Capítulo de "principios rectores" y no en el Capítulo II," ya que del mismo se derivan una serie de consecuencias, entre ellas las siguientes:

En primer lugar, indica que el legislador no puede crear una ley con el propósito de hacer desaparecer al Sistema de la Seguridad Social, por cuanto esta acción sería declarada anticonstitucional por no respetar el citado principio rector. De otra parte, el legislador no sólo no puede eliminar el Sistema sino que, por el contrario, está obligado a organizarlo en base a los principios básicos constitucionales, a los cuales se hará referencia posteriormente. Y, en último término, el Tribunal Constitucional, en su Sentencia 19/1982, de 5 de mayo, ratifica lo dispuesto por el artículo 53.3, esto es "impide considerar a tales principios como normas sin contenido y obliga a tenerlos presentes en la interpretación tanto de las restantes normas constitucionales como de las Leyes".

En consecuencia, a pesar del planteamiento expuesto con anterioridad, nuestra Constitución ampara la creación de un verdadero Sistema de Seguridad Social que pretende desligarse y rectificar la evolución seguida hasta el momento, tratando para ello de establecer las bases fundamentales al objeto de conseguir un Sistema integrado, dejando a un lado la errónea visión seguida hasta el momento de un conjunto de seguros sociales de base profesional.

Para ello, el modelo constitucional de Seguridad Social se ha configurado en base al cumplimiento de cuatro principios que se consideran fundamentales para alcanzar un Sistema consolidado, éstos son, el principio de "*publificación institucional*", a través del cual se garantiza que la Seguridad Social es una función del Estado por lo que este último deberá llevar a cabo su organización, gestión y financiación; el principio de "*universalidad subjetiva*", por el que cualquier ciudadano, por el mero hecho de serlo, tendrá derecho a la Seguridad Social cuando se encuentre afectado por una situación de necesidad determinada; el principio de "*generalidad objetiva*", implica que nuestro Sistema debe proteger "situaciones de necesidad" con total independencia de cual fuera la causa u origen que la motivase; y, por último, el principio de "*suficiencia prestacional*", a partir del cual, se establece que las prestaciones de la Seguridad Social han de ser suficientes.

Sin embargo, a pesar del establecimiento constitucional de estos cuatro principios fundamentales, su consecución no se ha producido de forma inmediata, sino que han tenido que transcurrir un número de años considerable, en los cuáles, ha sido preciso dictar normativa adicional a los preceptos constitucionales para dar cumplimiento a los mismos.

En base a lo expuesto hasta el momento, la estructura organizativa adoptada por el Sistema de la Seguridad a las *puertas* de la Constitución, quedaría reflejada desde un punto de vista global tal y como se muestra en el cuadro nº X.

Como se puede apreciar, en lo que a la estructura organizativa se refiere, ésta se encuentra condicionada por la finalidad genérica que se le atribuyó al conjunto del Sistema en el artículo número 2 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, concretándose la misma en "la protección adecuada de las contingencias y situaciones que la ley defina a las personas comprendidas en su campo de aplicación". Ahora bien, para la consecución de la citada finalidad y con motivo de las numerosas y diversas contingencias que debía afrontar el mismo, se tuvo que adoptar una estructura organizativa descentralizada que

permitiese la creación de determinadas entidades que, individualmente consideradas, pudieran ejercer su actuación en la respectiva contingencia asignada por el Sistema. A este respecto, las instituciones con personalidad jurídica propia que integran al Sistema de la Seguridad Social, son las siguientes:

A. Cuatro entidades gestoras:

A.1 El Instituto Nacional de la Seguridad Social (I.N.S.S.), adscrito al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, el cual tiene atribuida la *gestión y administración de las prestaciones económicas* del Sistema de la Seguridad Social con algunas excepciones que han sido delegadas a otras Entidades Gestoras.

A.2 El Instituto Nacional de la Salud (I.N.S.A.L.U.D.), adscrito al Ministerio de Sanidad y Consumo, responsable directa de la *cobertura de los servicios de atención sanitaria.*

A.3 El Instituto Nacional de Servicios Sociales (I.N.S.E.R.S.O.), adscrito al Ministerio de Asuntos Sociales, responsable *del desarrollo y ejecución de los servicios sociales.*

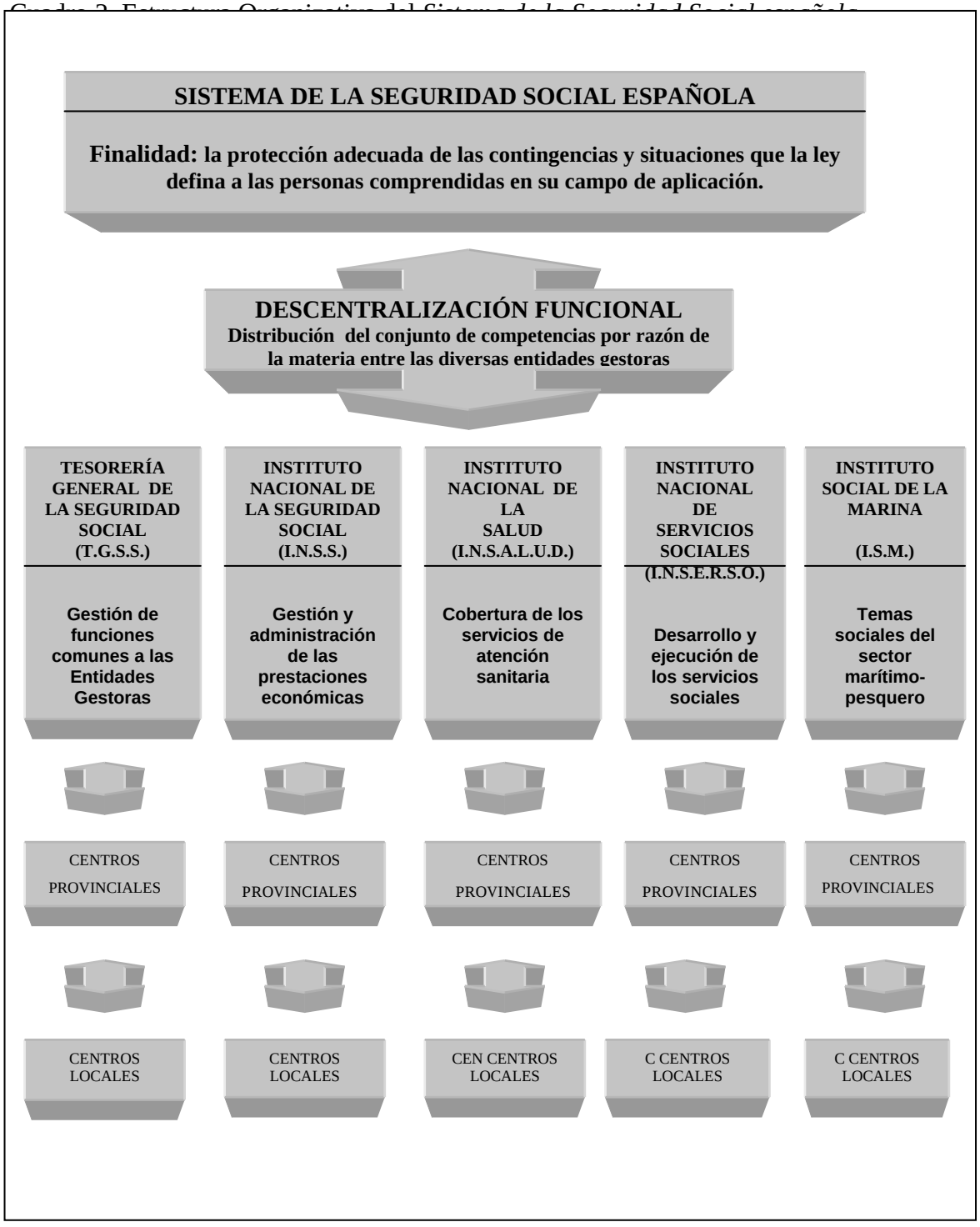
A.4 El Instituto Social de la Marina (I.S.M.), adscrito al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, con una doble dimensión en sus competencias: organismo encargado de los *temas sociales del sector marítimo-pesquero* y entidad gestora del *Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores del Mar (REM).*

B. Un servicio común:

La Tesorería General de la Seguridad Social (T.G.S.S.), tutelada por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, donde por aplicación de los principios de solidaridad financiera y caja única, se *unifican todos los recursos económicos y la administración financiera del Sistema de la Seguridad Social.* Su denominación de servicio común obedece a que es un organismo encargado de la gestión de

determinadas *funciones comunes* a las distintas Entidades Gestoras que configuran el Sistema de la Seguridad Social.

Cuadro 2. Estructura Organizativa del *Sistema de la Seguridad Social* española



Teniendo presente lo anteriormente descrito, en una primera aproximación al conocimiento de su estructura organizativa se pone de relieve que nos encontramos ante un sistema estructurado en diversas entidades a las que se les ha dotado de personalidad jurídica propia, por lo que, *jurídicamente* son independientes, pero desde un punto de vista *económico* a nivel de Sistema, *son dependientes entre sí a*l objeto de alcanzar la citada finalidad de conjunto.

Para completar la estructura organizativa, así mismo resulta preciso considerar que al objeto de hacer posible que cada una de las entidades[7] individualmente consideradas, pueda llevar a cabo el ejercicio de su actividad en las diferentes áreas geográficas de actuación, necesitan a su vez adoptar una estructura organizativa propia, concretándose ésta en la constitución de determinados organismos a los cuales no se les ha dotado de personalidad jurídica pero, sin embargo, tienen delegadas ciertas funciones ya que existen circunstancias de índole territorial que así lo aconsejan.

Siguiendo en esta línea, la estructura organizativa adoptada por estas últimas entidades responde a una organización ramificada. De esta manera, estos nuevos componentes que participan de la estructura organizativa, pasarán a depender directamente de la entidad gestora a la cual pertenecen, recibiendo la denominación de "Centros de Gestión Provinciales" y "Centros de Gestión Locales"[8].

1.3 De un Sistema de Seguridad Social a un Sistema Nacional de Salud

[7] Entidades gestoras y Tesorería General de la Seguridad Social.

[8] Mediante la incorporación de estos nuevos centros de gestión, quedaría descrita la estructura organizativa que rige en el Sistema de la Seguridad Social española, pero considerándola desde un punto de vista general, ya que no hemos planteado la descripción de los diferentes niveles en que se organizan a su vez los servicios que presta cada una de las entidades gestoras.

Tal y como adelantamos en la introducción del presente capítulo, el Sistema de la Seguridad Social y el Sistema sanitario español son dos realidades diferentes pero, de forma específica en nuestro país, se han desarrollado de forma conjunta fruto de la evolución experimentada por el seguro obligatorio de enfermedad que surgió a principios de los años cuarenta.

En consecuencia, el Sistema Nacional de Salud español vigente en la actualidad ha experimentado, desde sus comienzos, una evolución significativa a raíz de importantes acontecimientos propios de esta realidad. Con motivo de ello, en este epígrafe tendremos ocasión de hacer una breve referencia a los antecedentes más relevantes de nuestro Sistema sanitario, así como a dos legislaciones de especial trascendencia para este ámbito, como fueron la Constitución española de 1978 y la Ley General de Sanidad de 1986 con el propósito de poder comprender, en mayor medida, los principios en los que se inspira el mismo.

1.3.1. El Sistema sanitario español previo al período constitucional

Con anterioridad al reconocimiento en nuestra Constitución a la protección de la salud como un derecho fundamental de todo ciudadano, la situación en la que se encontraba el sistema sanitario público español era muy diferente a la que rige en la actualidad.

De entre los diversos análisis y estudios efectuados por distintos autores en la materia, se llega a la misma conclusión o, por lo menos, coinciden en afirmar que la sanidad española llegó a las puertas de la Constitución con numerosas deficiencias que, a nuestro modo de entender, se pueden sintetizar en dos problemas principales. Por un lado, la presencia de un ordenamiento jurídico dispar y, por otro lado, la confluencia de un conjunto heterogéneo de redes asistenciales encargado de llevar a cabo la prestación sanitaria.

En lo referente a la primera cuestión planteada, Muñoz (1993, 37) manifiesta que la legislación sanitaria existente por entonces, se caracterizó “[...] por una masa

enorme e inabarcable de normas, de rango mínimo la mayoría de las veces. De esta manera los principios rectores del sistema sanitario eran prácticamente inencontrables por entre una legislación de apariencia selvática".

A modo de resumen, en la tabla 1.1 hemos querido sintetizar parte de la referida legislación sanitaria que estuvo vigente en España hasta la promulgación de nuestra Constitución.

Tabla 1.1 Legislación sanitaria previa a la aprobación de la Constitución española

1855	***Ley Orgánica de Sanidad*** crea por primera vez un marco organizativo sanitario dependiente del Ministerio de la Gobernación. Se constituye la Beneficencia, dependiente de las diputaciones provinciales.
1900	***Ley sobre Accidentes de Trabajo***, inicio del sistema de previsión social.
1908	Se crea el ***Instituto Nacional de Previsión***, encargado de la gestión de la protección contra diversos riesgos, entre ellos el de la necesidad de asistencia sanitaria.
1929	Establecimiento del ***Seguro Obligatorio de Maternidad.***
1942	Ley que implanta el ***Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE).***
1944	Aprobación de la ***Ley de Bases de Sanidad*** en la que se atribuye al Estado el ejercicio de la función pública de Sanidad.
1963	Aprobación de la ***Ley de Bases de Sanidad,*** que supone la superación de los esquemas propios del SOE y la introducción de un concepto moderno de Seguridad Social**.**
1977	Se crea el ***Ministerio de Sanidad y Seguridad Social***.
1978	Se aprueba la ***Constitución Española***

Fuente: Elaboración propia a partir de Temes y Parra

No haremos alusión al contenido específico de cada una de las disposiciones enumeradas, por cuanto a muchas de ellas ya se hizo referencia en el epígrafe

dedicado al desarrollo histórico de la Seguridad Social. Sin embargo, en relación a la citada evolución normativa sanitaria resulta conveniente destacar dos momentos de especial relevancia en esta primera fase de desarrollo del sistema sanitario público, éstos fueron, el año 1942, en el que se implantaría el Seguro Obligatorio de enfermedad y, el año 1963, en el que se llevó a cabo la aprobación de la Ley de Bases de Sanidad.

En primer lugar, existe un amplio consenso por parte de la doctrina en considerar que el origen de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social coincide con la creación del Seguro Obligatorio de Enfermedad mediante Ley de 14 de diciembre de 1942. Tal y como expone Tamayo (2001, 32) entre las principales características a destacar en relación a la asistencia sanitaria prestada por el mismo resulta su marcado carácter técnico de seguro lo que originó, en consecuencia, que su aplicación se dirigiese principalmente a la población integrada por los productores económicamente débiles debido a su bajo poder adquisitivo. Sin embargo, se debe advertir que a raíz de la expansión económica que surgió en nuestro país, aproximadamente hasta los años 70, los niveles de renta que delimitaban el acceso a este seguro se fueron ampliando, lo que originó que se ampliase también la población protegida aumentando, de esta forma, tanto el número de asegurados como el de beneficiarios.

De otra parte, y por lo que respecta al segundo de los momentos de especial relevancia a destacar en esta primera fase de desarrollo de nuestro sistema sanitario lo ocuparía la entrada en vigor de la Ley de Bases de la Seguridad Social aprobada en 1963, a través de la cual, recuérdese, se planteó la posibilidad de pasar de un Sistema caracterizado por un conjunto diverso de seguros sociales a uno de Seguridad Social.

Sin embargo, a pesar de la presencia de este ordenamiento jurídico disperso, el principal problema que se le planteó a la sanidad española con anterioridad a la aprobación de la Constitución, consistió en la confluencia de distintas redes asistenciales para llevar a cabo la correspondiente prestación sanitaria.

Precisamente será este aspecto, el vinculado con la organización del sistema sanitario, el más criticado de la época. En relación al mismo, se observó la coexistencia de tres subsistemas organizativos diferenciados, uno dependiente del Estado, otro dependiente de las Corporaciones Locales y, otro, dependiente de la red propia de la Seguridad Social.

Tal y como afirman Temes y Parra (2000, 2) los objetivos de los subsistemas enumerados no eran diferentes, pero tampoco fueron complementarios, lo que motivó que de forma progresiva se originasen solapamientos entre los mismos sin ningún tipo de coordinación.

En relación a ello, la responsabilidad de las competencias de Salud Pública consideradas desde su perspectiva más amplia, se atribuyeron al Estado, por lo que, en consecuencia, este último llevó a cabo la organización de una red de hospitales dirigida al tratamiento de enfermedades consideradas de trascendencia social en el sentido de que pudieran afectar al conjunto de la sociedad, tales como, la tuberculosis, lepra, vacunaciones, etc.

En relación a la asistencia de Beneficencia, en principio se encontraba dirigida a dar cobertura a la población marginada caracterizada por no disponer de suficientes recursos económicos, así como, por no tener acceso al mercado de trabajo. La responsabilidad organizativa de este tipo de asistencia recaía principalmente en las Corporaciones Locales. Debido a ello, estas últimas desarrollaron una red de hospitales generales, psiquiátricos, maternidades y demás hospitales de carácter monográfico, así como, una red de consultorios locales en los municipios en los que se ejerció, principalmente, actividades dirigidas a la salud y a la medicina general.

Por lo que respecta a la última de las redes organizativas, la asistencia sanitaria proporcionada a través de la Seguridad Social, que dependía por entonces del Ministerio de Trabajo, disponía de su propia red de hospitales, la cual, como se observará posteriormente, se consolidó como la red de centros y servicios más amplia y desarrollada.

De otra parte, también se integrarán en este diverso entramado de redes asistenciales aquellas relativas a la sanidad militar, hospitales universitarios, sanidad penitenciaria, etc., cuya competencia se encontraba distribuida entre distintos departamentos del Gobierno.

Como cabe deducir, los esfuerzos de coordinación en el sistema sanitario español tan dispar descrito hasta el momento eran imposibles de llevar a cabo. En este mismo sentido se pronuncia Muñoz (1993, 38) indicando "[...] la imposibilidad, dado el entrecruzamiento de responsabilidades sanitarias entre organizaciones que han nacido separadas y que responden a inspiraciones diferentes, de someter a gestión unitaria los aspectos asistenciales de la protección de la salud".

Además, de manera adicional, diversos profesionales vinculados directamente con el sector, manifiestan que en estas fechas la organización sanitaria española ya contenía algunas formas de descentralización de naturaleza funcional con distinto grado de desarrollo. (Rey del Castillo; 1998, 75). En consecuencia, nos situamos ante un complejo organizativo difícilmente de encauzar hacia planteamientos conjuntos.

Anteriormente, se hizo referencia que de las tres tipologías de redes asistenciales existentes en esta época preconstitucional, fue precisamente la red dependiente de la Seguridad Social la que obtuvo un mayor desarrollo debido, principalmente, a la aprobación de la Ley de Bases de la Seguridad Social mediante la cual, según afirma Tamayo (2001, 34) la cobertura de la asistencia sanitaria se extenderá casi por completo a la totalidad de los trabajadores.

También es cierto que el papel decisivo que adopta la Seguridad Social en la prestación de la asistencia sanitaria no se puede atribuir exclusivamente a la amplia cobertura que representa, sino que también, en opinión de Temes y Parra (2000, 3) ésta vino motivada por el escaso desarrollo del resto de redes asistenciales que paralelamente formaban parte del sector. Por lo tanto, serán ambos factores, la amplia cobertura y la escasa organización de otras estructuras, los decisivos para que la estructura de la Seguridad Social destaque y, así

desarrolle una extensa red de centros y servicios tanto para la asistencia de medicina general y de especialidad, como ambulatoria y hospitalaria por todo el territorio nacional. Esto originó que su cobertura se extendiera del 53,1% en 1966 hasta el 81,7% de la población en el año 1978.

Sin embargo, a pesar de la participación relevante adoptada por la Seguridad Social en la prestación de la asistencia sanitaria, lo cual supuso un condicionamiento para el desarrollo posterior del sector en lo referente a su configuración, organización y financiación, paralelamente a ella, sigue coexistiendo el conjunto de redes asistenciales descritas con anterioridad, lo que supuso que, en las puertas hacia la aprobación de nuestra Constitución, se dejase sentir la necesidad de reformar el sistema sanitario que se había ido configurando hasta entonces.

A este respecto cabría resaltar lo que, en opinión de Muñoz (1993, 38), constituirían complejidades organizativas adicionales en el sector, esta fue, la ampliación de las fórmulas de cobertura de la Seguridad Social. En este sentido, indica que esta última no se limitó exclusivamente a cumplir la función de aseguramiento y financiar las necesidades de prevención y curación, sino que, al haber construido una organización propia para el cumplimiento de las prestaciones comprometidas con los asegurados, en este momento unió, por primera vez, la obligación de financiación a la de gestión de los servicios sanitarios bajo su única dependencia, cuestión esta que ha sido muy debatida a lo largo del tiempo en los temas vinculados con la gestión.

En consecuencia, a raíz de todas las deficiencias, sobre todo de carácter organizativo, que planteaba nuestro sistema sanitario, en 1978 los acuerdos adoptados en los Pactos de la Moncloa hacia al tránsito a la democracia española, convienen el llevar a cabo una futura reforma sanitaria. En respuesta a ello, un primer paso lo constituiría, tal y como se vio en el epígrafe dedicado a la evolución de la Seguridad Social, la promulgación del Real Decreto Ley 36/1978 de gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo, a través del

cual se extinguió el Instituto Nacional de Previsión, del que dependía exclusivamente la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, siendo sus funciones asumidas, como comentamos previamente, por la Tesorería General de la Seguridad Social y las cuatro Entidades Gestoras. Será más concretamente, el Instituto Nacional de la Salud el que asumiría las competencias de gestión en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, dependiendo para ello del entonces Ministerio de Sanidad y Seguridad Social.

Sin embargo, a pesar de la incorporación de las citadas entidades se llegó a las puertas de la aprobación de nuestra Constitución con idéntica situación organizativa a la descrita previamente, es decir, con un sistema sanitario en el que aún convivían múltiples redes asistenciales.

1.3.2. La protección de la salud en la Constitución de 1978

Como quedó expuesto en el epígrafe anterior, a pesar de la reforma ya planteada para el sector, no será hasta el momento en que se lleve a cabo la aprobación de nuestra Constitución cuando se comience a realizar un planteamiento realista en torno a la reforma del sistema sanitario.

Será en el artículo 43 de la Constitución Española donde se reconozca el derecho a la protección de la salud. Textualmente, el referido precepto expresa lo siguiente:

1. *Se reconoce el derecho a la protección de la salud*
2. *Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.*

Mediante la proclamación de este artículo se entenderá, tal y como expresa Muñoz (1993, 39), que resulta el momento de establecer las bases legales

fundamentales del reconocimiento del derecho a la salud, así como, la oportunidad para llevar a término la ordenación del sistema sanitario.

Sin embargo, a pesar de las ventajas que ello supone, al igual que sucedió con el reconocimiento constitucional del derecho de la Seguridad Social, tanto la localización, extensión y contenido del referido precepto no han estado exentos de críticas y, por consiguiente, del oportuno análisis y reflexión por parte de la doctrina.

En relación a esto último, vamos a observar, en primer lugar, qué planteamientos se han efectuado en torno a la localización del mismo. En este sentido, el artículo 43 de nuestra Constitución, reconocedor del derecho a la protección de la salud, se encuentra localizado en el Capítulo III del titulo I relativo a "los principios rectores de la política social y económica". En consecuencia, ello quiere decir que, vuelve a plantearse nuevamente, si el derecho que ahora estamos tratando no se encuentra recogido en el Título I, relativo a los derechos básicos de los ciudadanos, no debería ser considerarlo como un derecho "fundamental" de los mismos.

Sin embargo, este planteamiento también ha sido ya objeto de interpretación y, en relación a ello, Temes y Gil (1996: 12) indican que a pesar de que la Constitución no otorga un lugar destacado a la salud, se trata del derecho más importante del que puede gozar cualquier ser humano, ya que, sin la salud difícilmente se podrían ejercer el resto de los derechos que tiene cualquier persona. Con motivo de ello, aunque no esté incluido en el Título I sí que existen más preceptos constitucionales que siguen haciendo alusión a la salud, lo cual, se entiende, ratifica la preocupación manifiesta por la misma en el texto constitucional.

Así mismo, Alarcón (1999, 76) afirma que de los cuatro principios que caracterizan a un verdadero Sistema de Seguridad Social, recuérdese que eran el de publificación institucional, generalidad objetiva, universalidad subjetiva y suficiencia prestacional, los dos últimos se cumplen en mayor medida, aunque no de manera absoluta, en el ámbito sanitario.

Aclarado el aspecto vinculado con la localización del precepto que estamos tratando, seguidamente plantearemos lo relativo a su extensión. En relación a ello, resulta evidente que el artículo que la Constitución dedica a la protección de la salud es el anteriormente señalado, es decir, el artículo 43. Sin embargo, también se considera que el artículo 41 relativo al mantenimiento "*de un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos*", se encuentra también directamente relacionado con el contenido y organización de los servicios sanitarios.

Derivado de ello, se suscitó el planteamiento acerca de la vinculación de ambos artículos. Concretamente, la cuestión debatida gira en torno a si la asistencia sanitaria pública debe considerarse o no independiente del Sistema de Seguridad Social, es decir, tal y como explica Muñoz (1993, 40), el problema que se debate consiste en determinar si los servicios sanitarios tienen que organizarse dentro del régimen de la Seguridad Social y serían, por tanto, una prestación más de la misma o, por el contrario, si deben establecerse al margen de la Seguridad Social.

En relación a ello, plantea las tres opciones disponibles y que, en principio, se podrían dar, estas son:

- Un primer modelo consistiría en que el Sistema de la Seguridad Social organice las prestaciones estrictamente económicas y, el Sistema Sanitario, se estructure de forma independiente teniendo por objeto la promoción, defensa y mejora de la salud.

- La segunda opción que plantea se deriva de los propios principios constitucionales, ya que, supondría el establecimiento de un sistema sanitario que separara las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social y los servicios de sanidad pública, siendo administrados por organizaciones separadas.

- La tercera solución posible consistiría en que la Seguridad Social englobase la totalidad de las prestaciones económicas y las distintas

> medidas de protección de la salud, tanto las individuales como las colectivas vinculadas a la salud pública.

En lo concerniente a la determinación de una de las posibles soluciones planteadas, y acorde con el espíritu que manifiesta la propia Constitución, el referido autor no se decanta en exclusividad por ninguna de ellas ya que entiende e interpreta que la Constitución se ha mantenido abierta a cualquier organización posible, siempre que sea razonable y ofrezca una protección coherente de la salud de los ciudadanos (Muñoz; 1993,40).

Sin embargo, por lo que respecta al resto de la doctrina que ha analizado las distintas alternativas planteadas, se ha puesto de manifiesto que no existe unanimidad en torno a la interpretación constitucional más correcta. En este sentido, unos consideran la compatibilidad de cualquiera de las opciones propuestas con la Constitución, y otros piensan que esta última se decanta por la separación de la organización de los servicios sanitarios del marco de la Seguridad Social.

Estos últimos entienden que la propia Constitución ha establecido el punto de partida hacia la referida independencia en la medida en que efectúa claramente la separación de las materias vinculadas a la Sanidad, artículo 43, de las materias de Seguridad Social, artículo 41. Así mismo, también lleva a cabo una regulación diferenciada de ambas materias en lo que a títulos competenciales se refiere, éstos son, el artículo 149.1.16 para la Sanidad y el artículo 149.1.17 para la Seguridad Social.

Así mismo, Beltrán (2002: 228) manifiesta que este deslinde constitucional ha tenido su efecto y reflejo inmediato en los estatutos de autonomía de las comunidades históricas y asimiladas, ya que la asunción de competencias en materia de Sanidad Interior y Seguridad Social se efectuó de forma diferenciada.

Efectivamente, estos planteamientos que se motivaron a raíz de la interpretación constitucional en torno a la separación o no de ambos títulos competenciales, se

produjeron realmente debido a que la universalización de la asistencia sanitaria no se encontraba extendida por completo a todos los ciudadanos, por cuanto, para acceder a la misma, en la mayoría de los casos era indispensable pertenecer al campo subjetivo de protección del Sistema de Seguridad Social.

Por lo tanto, a pesar de que se interprete que la Constitución permite efectuar las distintas alternativas, se puede decir que a raíz de las últimas transferencias a las diez Comunidades Autónomas, así como del último acuerdo de financiación adoptado, al que hemos dedicado un extenso epígrafe en el presente trabajo, a través del cual se ha producido una incorporación de la financiación de la asistencia sanitaria en la financiación autonómica general se ha conseguido desvincular definitivamente a ambos Sistemas "[...] por cuanto las prestaciones de la asistencia sanitaria pública ya no son responsabilidad del ente gestor de la Seguridad Social sino de los correspondientes servicios de salud autonómicos." (Beltrán; 2002, 227), aunque realmente para ello hayan tenido que transcurrir más de veinte años a partir de la aprobación de la Constitución. De otra parte, realmente será el Sistema Nacional de Salud, del que haremos referencia en el siguiente epígrafe, el que dispone de los mecanismos para llevar a cabo la protección de la salud a todos los ciudadanos.

Planteado lo relativo a la extensión del precepto constitucional que estamos tratando, expondremos seguidamente lo referente al alcance de su contenido.

Este último aspecto, también relacionado con el reconocimiento constitucional del derecho a la salud, se encuentra vinculado al segundo apartado del artículo 43 en el que se expresa lo siguiente:

> *43.2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de las medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.*

A pesar de que en principio, la interpretación del artículo 43 en su conjunto no parece que diera lugar a dificultades significativas, Muñoz (1993, 43) indica que de la interpretación dada por parte de la doctrina a este apartado se derivan dos aspectos a tener en consideración, uno positivo y otro negativo.

El aspecto negativo hace referencia a que el individuo tiene el derecho a que el Estado se abstenga de cualquier acto que pudiera lesionar su salud y, el aspecto positivo se concreta en el conjunto de medidas que los poderes públicos deben establecer para conseguir la prevención de las enfermedades o la mejora de las condiciones sanitarias generales. En este caso, la duda que pudiera plantearse está vinculada con la extensión del término *"salud pública"* ya que, en función del mismo, se determinará el objeto del sistema de protección y tutela que deben organizar los poderes públicos.

En relación a ello, el referido autor nos aclara que el citado concepto se ha encontrado siempre sujeto a diversas interpretaciones, pero que en la mayoría de los casos se asocia al término de "salud colectiva", entendida como el establecimiento de medidas generales y de carácter preventivo, así como, todas aquellas medidas precisas para el restablecimiento de la situación sanitaria general y, en especial, en aquellos momentos en los que se producen alteraciones de la misma.

En consecuencia, al existir unanimidad en la interpretación amplia del término *salud pública* incluido en el artículo 43 de la Constitución, obligará a los correspondientes poderes públicos llevar a cabo una organización de los servicios sanitarios que ofrezcan a los ciudadanos prestaciones de carácter preventivo, curativo, rehabilitador, educativo, etc..., si bien es verdad que ha sido la Ley General de Sanidad la que inició, con posterioridad, una delimitación más concreta de las referidas actuaciones.

Establecida la concepción amplia por la que debemos entender el término de *salud pública*, existe otro aspecto relativo al contenido del mismo que ha sido, igualmente, objeto de reflexión. En este caso, el problema consiste en que la

propia Constitución establece que será la ley, en definitiva, el legislador, *el que establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.* De esta forma, todo lo relativo al contenido de las medidas y prestaciones referidas anteriormente son de delimitación legal.

1.3.3. La Ley General de Sanidad y el origen del Sistema Nacional de Salud

Mediante la aprobación de la Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad, comenzará el inicio de una etapa adicional y decisiva en la evolución del Sistema sanitario público español ya que su promulgación implicará, para nuestra sanidad, la sustitución de un Sistema de Seguridad Social por la creación de un verdadero Sistema Nacional de Salud.

Sin embargo, aunque los tratadistas de la materia coinciden en afirmar que fue la Ley General de Sanidad la que estableció para nuestro país el punto de partida hacia la configuración de un Sistema Nacional de Salud, e incluso que en la historia de la sanidad española existe un antes y un después de la citada legislación, compartimos plenamente la opinión que exponen Temes y Parra (2000: 5), en el sentido de que no puede atribuirse exclusivamente todo el mérito a la Ley General de Sanidad, ya que esta última fue, en cierta forma, el resultado de lo que con anterioridad quedó regulado en la Constitución. De ahí que, en realidad, fue en esta última donde se dio el primer paso hacia la consecución de un Sistema Nacional de Salud al reconocer, para cualquier ciudadano, el derecho a la protección de la misma. Sin embargo, el mecanismo para hacer efectivo tal derecho se llevaría a cabo mediante la aprobación de la Ley General de Sanidad.

Tal y como quedó expuesto en el epígrafe dedicado al Sistema sanitario español previo al período constitucional, éste se caracterizó por su ineficiencia organizativa, en el sentido de que existían distintas redes asistenciales para la prestación de los servicios sanitarios, de tal forma que coexistían al mismo tiempo diversas entidades responsables de la gestión y financiación de los mismos, éstas fueron, la Seguridad Social, la Administración del Estado y las Administraciones

locales. Esta realidad sanitaria no llegó a modificarse con la promulgación de la Constitución, en consecuencia, se mantuvo hasta la aprobación de la Ley General de Sanidad, con lo cual, esta última persiguió, entre sus objetivos, llevar a cabo una organización integral de todo el entramado asistencial señalado, por lo que debido a ello se la considera, fundamentalmente, una legislación de carácter organizativo.

Es por ello que la mayoría de los artículos incluidos en los siete Títulos en que quedó finalmente estructurada, se encuentran vinculados con la regulación de la organización del Sistema por constituir, esta última su principal deficiencia. Sin embargo, a pesar de que lo estrictamente organizativo tuvo un papel destacado, no deberíamos pensar que fue exclusivamente ésta su aportación ya que, en realidad, el alcance y las repercusiones de esta legislación son más amplias y diversas. Sin embargo, a pesar de esto último, en el presente epígrafe hemos querido abordar exclusivamente la solución que la misma aportó a los aspectos organizativo, jurídico, así como, la enumeración de los principios que asumió nuestro sistema sanitario propios de un Sistema Nacional de Salud.

En lo referente al ámbito organizativo, se observa y reitera a lo largo de todo su articulado el propósito fundamental de ofrecer una solución para reformar el Sistema, tratando de establecer una estructura organizativa adecuada que responda y se adapte a las nuevas necesidades, pero eso sí, teniendo siempre presente para ello dar cumplimiento a los preceptos constitucionales de garantizar el derecho a la salud.

En esta línea, en el propio Preámbulo de la Ley se establece que "[...] *de todos los empeños que se han esforzado en cumplir los poderes públicos desde la emergencia misma de la Administración contemporánea, tal vez no haya ninguno tan reiteradamente ensayado ni con tanto contumacia frustrado como la reforma de la Sanidad...., de manera que se ha convertido en una constante entre nosotros la inadaptación de las estructuras sanitarias a las necesidades de cada época* [...]". En relación a ello sigue diciendo que, "[...] *a las necesidades de reforma a*

las que se acaba de aludir, nunca cumplimentadas en profundidad, la presente Ley ha de establecer los principios y criterios sustantivos que permitan conferir al nuevo sistema sanitario unas características generales y comunes, que sean fundamentales de los servicios sanitarios en todo el territorio del Estado [...]".

Por tanto, la directriz principal sobre la que descansa la reforma sanitaria consiste en la organización de un sistema sanitario fundamentalmente integrado, que permita la constitución de un verdadero Sistema Nacional de Salud. Para ello, el Preámbulo de la referida legislación indica que previamente se han tenido presentes todas las experiencias organizativas comparadas que han adoptado el mismo modelo, "[...] *separándose de ellas para establecer las necesarias consecuencias derivadas de las peculiaridades de nuestra tradición administrativa y de nuestra organización política* [...]". Es decir, atendiendo a esto último, con anterioridad al diseño organizativo finalmente adoptado para la configuración del Sistema se ha tenido en consideración nuestro Estado de las Autonomías al objeto de que no fuese incompatible con este último. Fruto de ello, resulta la regulación del artículo 44.2 en el que se hace alusión a las diversas Comunidades Autónomas expresando lo siguiente:

> 44.2. *El Sistema Nacional de Salud es el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas en los términos establecidos en la presente Ley.*

Así mismo, y en lo que al ámbito específico de las Comunidades Autónomas se refiere, el artículo 50 dispone:

> *50.1.En cada Comunidad Autónoma se constituirá un Servicio de Salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias, que estará gestionado como se establece en los artículos siguientes, bajo la responsabilidad de la respectiva Comunidad Autónoma.*

Por consiguiente, desde un principio la Ley General de Sanidad quiso respetar el proceso descentralizador hacia las Comunidades Autónomas con los principios integradores en los que se sustenta el modelo organizativo de Sistema Nacional de Salud, es decir, bajo una planificación y dirección única de todos los servicios de contenido sanitario.

Sin embargo, también es cierto que este proceso no se pudo implantar de forma general en todo el Estado español debido a que no todas las Comunidades Autónomas disponían, en ese momento, de las competencias en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social. Esta legislación era consciente del hecho, por lo cual incorporó una Disposición Adicional, más concretamente la sexta, en la que dispuso lo siguiente: "*Los centros sanitarios de la Seguridad Social quedarán integrados en el servicio de salud sólo en los casos en que la Comunidad Autónoma haya asumido competencias en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, de acuerdo con su Estatuto. En los restantes casos, la red sanitaria de la Seguridad Social se coordinará con el servicio de salud de la Comunidad Autónoma*".

Con motivo de ello, sólo aquellas Comunidades Autónomas que disponían de tales competencias pudieron organizar sus respectivos Servicios de Salud en la forma que estableció la Ley General de Sanidad para las mismas, y las restantes, seguirían dependiendo de la gestión del Insalud, aunque todas, es decir, tanto los Servicios Regionales de Salud de las Comunidades con transferencias como las que pertenecían al ámbito Insalud, formaban parte del concepto amplio e integrador de *Sistema Nacional de Salud* que introdujo la propia Ley.

Por lo tanto, con lo expuesto anteriormente se constata que el propósito principal que se persigue mediante la promulgación de la Ley General de Sanidad consiste en llevar a cabo una integración efectiva de los servicios sanitarios no sólo, tal y como indica su Preámbulo, "*porque sea un principio de reforma en cuya aplicación está en juego la efectividad del derecho a la salud que la Constitución reconoce a los ciudadanos, sino también porque es deseable asegurar una*

igualación de las condiciones de vida, imponer la coordinación de las actuaciones públicas, mantener el funcionamiento de los servicios públicos sobre mínimos uniformes y, en fin, lograr una efectiva planificación sanitaria que mejore tanto los servicios como sus prestaciones".

Cuadro X. Estructura Organizativa del *Sistema Nacional de Salud español*



Sobre la base de lo antedicho, la estructura organizativa del Sistema Nacional de Salud español, desde un punto de vista global, quedaría reflejada en el cuadro nº X. En el mismo, se aprecia la convivencia paralela de las dos realidades económicas que existían en este entonces, de una parte, el Sistema de la Seguridad Social con la Tesorería General y el Instituto Nacional de Salud y, de otra, los Servicios Regionales de Salud de las C.C.A.A. que asumieron en primer término las competencias en materia de gestión sanitaria.

De otra parte, otro de los propósitos que se planteó la Ley General consistió en refundir toda la legislación sanitaria, amplia y dispersa, que se encontraba vigente por entonces. En esta línea, su Preámbulo establece que "[...] *de esta manera, el nuevo sistema sanitario comenzará su andadura con una legislación renovada y puesta al día, donde deberán aparecer debidamente especificados los contenidos más relevantes de la regulación del sector salud*".

Al objeto de dar cumplimiento a tal propósito toda la regulación quedó finalmente integrada y estructurada en los siguientes Títulos, los cuales, en su gran mayoría, siguen vigentes en la actualidad:

Título Preliminar*: Del derecho a la protección de la salud.*

Título I*: Del sistema de salud.*

Título II*: De las competencias de las administraciones públicas.*

Título III*: De la estructura del sistema sanitario público.*

Título IV*: De las actividades sanitarias privadas.*

Título V: *De los productos farmacéuticos.*

Título VI*: De la docencia e investigación.*

Título VII*: Del Instituto de Salud Carlos III.*

Hasta el momento hemos planteado las aportaciones que trajo consigo la Ley General de Sanidad en lo referente a los aspectos organizativo y jurídico, sin embargo, no deberíamos pensar que la creación de un Sistema Nacional de Salud, verdadera contribución de la Ley General de Sanidad, consiste exclusivamente en la ordenación del mismo mediante la integración de las diversas redes organizativas que existían por entonces. Nada más lejos de la realidad, ya que dicha reforma estructural y jurídica, en nuestro caso, se tuvo que llevar a cabo necesariamente para poder instaurar las características que realmente definen a un sistema sanitario inspirado en la filosofía de los Sistemas Nacionales de Salud.

Así pues, realmente a través de la promulgación de la Ley General de Sanidad de 1986 se creó el Sistema Nacional de Salud español inspirado, fundamentalmente, en los principios del modelo teórico universal de Seguridad Social propuesto en el "informe Beveridge".

Sin embargo, no se puede afirmar que nuestro Sistema Nacional de Salud responda en su totalidad al referido modelo teórico debido, principalmente, a la creación del Estado de las Autonomías adoptado por la Constitución de 1978. En este sentido, el patrón seguido en Gran Bretaña respondía a una descentralización funcional del servicio pero con una fuerte centralización política y financiera. Sin embargo, en España también se adopta una descentralización funcional del servicio pero, a su vez, las Comunidades Autónomas asumirán responsabilidades de naturaleza política que condicionarán al citado proceso de formación.

Por lo tanto, entre las características diferenciadoras relativas a la constitución de nuestro Sistema Nacional de Salud, a diferencia de otros sistemas basados en la misma filosofía de sistemas universales, convendría destacar que su estructura se fundamentó en base a las Comunidades Autónomas.

Sin embargo, a pesar de que se le otorga un papel destacado a las Comunidades Autónomas en el conjunto del Sistema, recuérdese que la Ley General de Sanidad pretendió realmente crear un sistema sanitario integrado y bajo la filosofía de los sistemas universales, para lo cual, resultó imprescindible incluir la enumeración de los principios que se consideran fundamentales para la configuración de cualquier Sistema Nacional de Salud, estos son los siguientes:

- Universalidad de la asistencia, por la cual los servicios sanitarios se extienden a toda la población en condiciones de igualdad.

- Financiación pública del Sistema, estableciendo para ello que se realizará mediante recursos de las Administraciones Públicas, cotizaciones y tasas por la prestación de determinados servicios.

- Prestación de una atención integral de la salud, en el sentido de proporcionar una prestación sanitaria que comprenda tanto la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la curación y la rehabilitación.

- La coordinación y la integración de todos los recursos sanitarios públicos en un dispositivo único.

- Asegurar altos niveles de calidad en la prestación del servicio que deberán ser adecuadamente evaluados y controlados.

A pesar de la *"buena voluntad"* que manifestó en este sentido la Ley General, enumerando los principios que debían regir a partir de entonces en el modelo sanitario universal propuesto, no resultó tan explícita para determinar un período de tiempo a partir del cual tuviese que estar finalmente implantado. En este sentido, simplemente indica que su aplicación y alcance ha de hacerse de forma paulatina.

En consecuencia, al no regularse una fecha concreta, gran parte de los planteamientos y principios propuestos no se pudieron alcanzar de una forma inmediata como pudiera pensarse, todo lo contrario, ya que desde que se llevó a cabo la promulgación de la Ley General de Sanidad en 1986 hasta fechas muy recientes, se han ido consolidando en nuestro país, realmente, las bases que inspiran a nuestro actual sistema sanitario de corte universal.

Tal y como se indicó en la introducción del presente capítulo, alcanzar los principios de universalidad de la asistencia a toda la población, la financiación pública vía impuestos, la prestación de una atención integral en condiciones de equidad, así como, la coordinación e integración de los agentes partícipes del Sistema han estado condicionados, entre otros factores, a dos hechos de especial relevancia para el sector, estos son, el proceso de descentralización de las competencias en materia de gestión sanitaria, así como, el proceso de financiación al que ha estado sujeto el Sistema. En consecuencia, la culminación efectiva de ambos procesos data de fechas recientes, por lo que han tenido que transcurrir casi

dos décadas para alcanzar la implantación definitiva de un modelo definido en 1986 por la Ley General de Sanidad.

Precisamente por ello hemos dedicado una especial atención a los dos hechos citados en los epígrafes que siguen a continuación.

1.4. El proceso de descentralización de las competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas

En la actualidad ya ha culminado el proceso de descentralización sanitaria mediante el cual se ha hecho efectivo el traspaso de las competencias del Insalud a las diez Comunidades Autónomas que se encontraban pendientes de recibirlas.

De esta forma comienza una etapa adicional para el conjunto del Sistema, así como para todos los agentes que intervienen en la gestión del mismo. También finalizan las conjeturas que se realizaron en la fase previa a la descentralización por la incertidumbre que la misma creaba, tanto porque algunos pensaban que no se llevaría a término y otros, porque convencidos de que efectivamente sí se iba a producir el proceso, no tenían muy claro la forma en que se llevaría a cabo. Ahora bien, si es cierto que comienza una época en la que se depositan muchas esperanzas, oportunidades y retos para la realidad sanitaria española, no lo es menos que, a la vez se prevean, amenazas e incertidumbres en lo relativo al desarrollo del mismo.

A pesar de que ha finalizado una de las fases que se incluyen en el proceso de descentralización global, consideramos conveniente analizar toda la evolución que se ha desarrollado en torno al mismo, desde el origen hasta su finalización, por cuanto nos proporcionará una imagen integral de los problemas que fueron surgiendo y de los mecanismos que se adoptaron para su solución.

García de Arboleya (1999, 27) afirma que nuestro Sistema Nacional de Salud ha sido “[...] una de las organizaciones políticas del Estado Español que más rápidamente se ha adaptado a la forma de Estado que fue definida en la

Constitución de 1978 como el Estado de las Autonomías". Y, precisamente es en este sentido, en el que se pronuncian muchos de los tratadistas de la materia, ya que opinan que la promulgación de nuestra Constitución nos enfrentó, en su momento, a un reto enorme, ya que se trataba de pasar de un Estado muy centralizado y burocrático a otro descentralizado, con el objetivo, entre otros, de atender a las diversidades que mostraba cada Comunidad Autónoma.

Recuérdese que, tal y como quedó manifiesto en el epígrafe anterior, la Ley General de Sanidad impuso una estructura para el conjunto del Sistema que girase en torno a las diversas Comunidades Autónomas. En relación a ello, Muñoz (1993, 67) valora de forma significativa la actuación que a este respecto llevó a cabo la referida legislación, ya que para el mismo, la Ley General no incurrió en el error, muy propio de otras legislaciones aprobadas por la misma época, de describir minuciosamente el reparto de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas en este proceso descentralizador, al entender que los instrumentos propios para llevar a cabo tal delimitación lo constituyen, legalmente, la Constitución y los respectivos Estatutos de Autonomía de cada Comunidad, y no a través de una ley ordinaria como lo es la Ley General de Sanidad. Por todo ello, esta última, en su artículo 41 expresa lo siguiente:

> *41.1. Las Comunidades Autónomas ejercerán las competencias asumidas en sus Estatutos y las que el Estado les transfiera o, en su caso, les delegue.*
>
> *41.2. Las decisiones y actuaciones públicas previstas en esta Ley que no se hayan reservado expresamente al Estado se entenderán atribuidas a las Comunidades Autónomas.*

Así pues, las competencias de las Comunidades Autónomas quedan definidas por remisión a los Estatutos y, como complemento, de modo residual, por referencia a lo que en la Ley no ha sido declarado como básico y perteneciente al Estado.

A esta línea de pensamiento se suman, así mismo, Temes y Gil (1996, 15), sin embargo reconocen que a pesar de que la legislación general en materia de transferencias está formada por la Constitución Española, como norma suprema e iniciadora del proceso, los Estatutos de Autonomía de cada Comunidad, estableciendo el marco de competencias autonómico, también apuntan a los Reales Decretos de Normas de Traspaso de Servicios y Funcionamiento de las Comisiones Mixtas, como disposiciones adicionales a tener en consideración, ya que constituyen para cada Comunidad Autónoma "[...] el cauce formal de las transferencias".

Para poder efectuar una breve descripción del proceso transferencial en materia sanitaria se tienen que diferenciar, de manera independiente, las tres funciones que han sido objeto de traspaso, estas son, las relativas a la sanidad e higiene, las de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNA) y las de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, siendo esta última la que mayor complejidad ha planteado en el conjunto transferencial.

Cuando se inició el proceso de las transferencias de las funciones anteriormente señaladas, se debe advertir que la posibilidad que tuvieron las distintas Comunidades Autónomas para llevar a cabo su asunción estuvo condicionado a la vía que utilizaron para acceder a su autonomía. Es decir, aquellas Comunidades Autónomas que alcanzaron su autonomía a través del artículo 143 de la Constitución sólo podían asumir en sus Estatutos, en principio, las competencias vinculadas al artículo 148.1, éstas fueron las relativas a la Sanidad e Higiene, así como, las que hacían referencia a la Administración Institucional de la Sanidad (AISNA). Sin embargo, aquellas Comunidades Autónomas que accedieron a su autonomía a través del artículo 151 de nuestra Constitución podían asumir las dos funciones anteriormente señaladas y, además, la relativa a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, las cuales se encontraban recogidas en el artículo 149.1.17.

Con motivo de ello, tal y como queda expuesto en la tabla 1.2, en la que se detallan los Reales Decretos a través de los cuales se produjo dicho proceso transferencial, tanto las transferencias en materia de Sanidad e Higiene como las relativas a la AISNA fueron asumidas por todas las Comunidades Autónomas hace ya un período de tiempo, más o menos, considerable. En lo referente a las primeras, fueron Cataluña y el País Vasco las Comunidades Autónomas que iniciaron el proceso en el año 1979, aún cuando esta etapa era preautonómica, y lo finalizaría la Comunidad Autónoma Navarra en el año 1985, hace ya casi dos décadas. Por lo que respecta a los traspasos de las funciones y servicios de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNA), organismo autónomo dependiente del entonces Ministerio de Sanidad y Consumo, comenzaron en el 1980 nuevamente con las Comunidades Autónomas de Cataluña y el País Vasco y finalizaron en diciembre del año 1986 con las Comunidades de Cantabria y la Rioja.

Tabla 1.2 . Transferencias de sanidad e higiene y de la AISNA

Comunidad Autónoma	**Real Decreto de transferencias de sanidad e higiene**	**Real Decreto de transferencias de la AISNA**
Cataluña	R.D. 2210/1979, de 7 de septiembre	R.D. 1949/1980, de 31 de julio
País Vasco	R.D. 2209/1979, de 7 de septiembre	R.D. 2768/1980, de 26 de septiembre
Canarias	R.D. 2843/1979, de 7 de diciembre	R.D. 489/1986, de 21 de febrero
Asturias	R.D. 2874/1979, de 17 de diciembre	R.D. 340/1982, de 15 de enero
Extremadura	R.D. 2912/1979, de 21 de diciembre	R.D. 340/1982, de 15 de enero
Valencia	R.D. 278/1980, de 25 de enero	R.D. 340/1982, de 15 de enero
Murcia	R.D. 466/1980, de 29 de febrero	R.D. 340/1982, de 15 de enero
Galicia	R.D. 1634/1980, de 31 de julio	R.D. 1995/1985, de 9 de octubre
Baleares	R.D. 2567/1980, de 7 de noviembre	R.D. 340/1982, de 15 de enero
Andalucía	R.D. 1118/1981, de 24 de abril	R.D. 1713/1985, de 1 de agosto
Castilla y León	R.D. 2559/1981, de 19 de octubre	R.D. 1783/1985, de 11 de septiembre

Aragón	R.D. 331/1982, de 15 de enero	R.D. 340/1982, de 15 de enero
Castilla-La Mancha	R.D. 331/1982, de 15 de enero	R.D. 340/1982, de 15 de enero
Cantabria	R.D. 2030/1982, de 24 de julio	R.D. 2760/1986, de 24 de diciembre
La Rioja	R.D. 542/1984, de 8 de febrero	R.D. 2803/1986, de 24 de diciembre
Madrid	R.D. 1359/1984, de 20 de junio	R.D. 2060/1985, de 9 de octubre
Navarra	R.D. 1697/1985, de 1 de agosto	R.D. 1985/1986, de 22 de agosto

Fuente: Elaboración propia

Sin embargo, a continuación haremos especial referencia al proceso de descentralización de las transferencias en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, ya que, de entre las tres clases de competencias transferidas a las que se ha hecho referencia, el relativo al traspaso de los servicios del Insalud ha sido el que ha sufrido un período más dilatado para su culminación.

Recuérdese que, tal y como quedó expuesto anteriormente, la Constitución estableció básicamente dos vías para poder acceder a la autonomía; la del artículo 143 y la del artículo 151. Este hecho va a tener especial trascendencia en lo que respecta a las competencias en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social ya que se incluyen entre las competencias de titularidad estatal. En consecuencia, en un principio, exclusivamente pudieron acceder directamente a las mismas aquellas Comunidades que utilizaron el artículo 151 para acceder a su autonomía. De esta forma, serían las Comunidades de Cataluña, Andalucía, el País Vasco y Galicia en los años 1981, 1984, 1987 y 1990, respectivamente, las que recibirían los traspasos por esta vía.

Sin embargo, nuestra Constitución no agota las posibilidades de asumir dichas transferencias exclusivamente atendiendo a la forma en que cada Comunidad accedió a su autonomía. En consecuencia, se dispone que el resto de las Comunidades Autónomas también podrán acceder a las competencias que sean de titularidad estatal mediante la aprobación de una *Ley Orgánica de ampliación de competencias, bien por el transcurso de cinco años y decisión de su Asamblea*

Legislativa para la reforma de sus Estatutos, todo ello con la finalidad *de ampliar sus competencias dentro del marco establecido en el artículo149.* Con motivo de ello, la Comunidad Autónoma Valenciana y la Canaria mediante Ley Orgánica decidieron ampliar sus competencias a través de esta vía adicional lo que conllevó a que asumieran los traspasos en materia de Seguridad Social en los años 1987 y 1994, respectivamente.

De las siete Comunidades Autónomas que recibieron estas competencias en un principio, restaría la Navarra, la cual, a diferencia de las restantes, pudo asumirla en el año 1990 conforme a lo dispuesto en su Ley Orgánica de Reintegración y Amejoramiento del Fuero.

Así asumieron, en esta primera fase, las primeras siete Comunidades Autónomas las competencias del Insalud, desde la primera, Cataluña en el año 1981, hasta la última, Canarias en el año 1994, transcurrieron alrededor de trece años tal y como se pone de manifiesto en la tabla 1.3.

Tabla 1.3. Primeras transferencias de las funciones y servicios del INSALUD

Comunidad Autónoma	**Real Decreto de transferencias en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social**
Cataluña	R.D. 1517/1981, de 8 de julio
Andalucía	R.D. 400/1984, de 22 de febrero
País Vasco	R.D. 1536/1987, de 6 de noviembre
Valencia	R.D. 1612/1987, de 27 de noviembre
Galicia	R.D. 1679/1990, de 28 de diciembre
Navarra	R.D. 1689/1990, de 28 de diciembre
Canarias	R.D. 446/1994, de 11 de marzo

Fuente: Elaboración propia

Sin embargo, para que se produjese la plena descentralización sanitaria restaban aún diez Comunidades Autónomas pendientes de recibir dichas transferencias.

Para que esto se pudiese llevar a término sería preciso, en primer lugar, efectuar una modificación de los Estatutos de Autonomía de las referidas Comunidades. En este sentido, las Comunidades Autónomas afectadas reivindicaron este derecho y dicho proceso de reforma estatutaria comenzaría en Aragón en el año 1996 y finalizaría con Extremadura en el año 1999 tal y como se desprende de la tabla 1.4.

Tabla 1.4. Modificación de Estatutos de Autonomía

Comunidad Autónoma	**Ley Orgánica por la que se modifica el Estatuto de Autonomía**
Aragón	L.O. 5/1996, de 30 de diciembre
Castilla-La Mancha	L.O. 3/1997, de 3 de julio
Murcia	L.O. 1/1998, de 15 de junio
Madrid	L.O. 5/1998, de 7 de julio
Cantabria	L.O. 3/1998, de 30 de diciembre
Asturias	L.O. 1/1999, de 5 de enero
La Rioja	L.O. 2/1999, de 7 de enero
Castilla y León	L.O. 4/1999, de 8 de enero
Islas Baleares	L.O. 3/1999, de 8 de enero
Extremadura	L.O. 12/1999, de 6 de mayo

Fuente: Elaboración propia

En lo referente a los diversos artículos a través de los cuales se efectuó la modificación de los Estatutos de Autonomía de las Comunidades Autónomas directamente afectadas previamente señalados, básicamente, coinciden en su contenido estableciendo lo siguiente:

> "*Corresponde a la Comunidad Autónoma .... en los términos que establezcan las leyes y las normas reglamentarias que en desarrollo de su legislación dicte el Estado, la función ejecutiva en las siguientes*

> *materias: Gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, de acuerdo con lo previsto en el número 17 del apartado 1 del artículo 149 de la CE, reservándose el Estado la Alta Inspección conducente al cumplimiento de la función a que se refiere este precepto*".

Al margen de la necesaria modificación de los respectivos Estatutos de Autonomía, también se debe advertir que otro de los aspectos decisivos que tuvo una influencia significativa para que se llevara a cabo este proceso, se correspondió con la modificación de los porcentajes de participación de las dos principales fuentes de financiación del Sistema sanitario, ya que, a partir del año 1989 la asistencia sanitaria sería financiada en su mayor parte a través de los Presupuestos Generales del Estado y no mediante las cuotas de la Seguridad Social, como venía sucediendo hasta entonces, permitiendo de esta forma abrir el camino para que la asistencia sanitaria se fuese desvinculando del marco de actuación de la Seguridad Social.

De esta forma, tal y como manifiesta Múnquiz (2000, 33) tras la modificación de los diez Estatutos de Autonomía, técnicamente el proceso ya resulta posible al permitir asumir las competencias en materia de gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, a las Comunidades que se encontraban pendientes de recibirlas, pero, a pesar de que se trata de una condición necesaria no lo es suficiente puesto que, para que el proceso culmine de forma efectiva será preciso además que se lleve a cabo el traspaso de los medios que resultan necesarios para su ejercicio, para lo cual, sí que resulta necesaria una decidida voluntad política por parte del Gobierno de la Nación.

Efectivamente, dicha voluntad política se constituyó como un objetivo a alcanzar por el Gobierno en la legislatura correspondiente al período 2000-2004 siendo, más concretamente, en diciembre de 2001 cuando se produjo finalmente la transferencia de los medios estatales a las distintas Comunidades Autónomas a través de la publicación de los correspondientes Reales Decretos de traspaso de las funciones y servicios del Insalud que se muestran en la tabla 1.5.

Tabla 1.5. Segundas transferencias de las funciones y servicios del INSALUD

Comunidad Autónoma	**Real Decreto de traspaso de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud**
Principado de Asturias	R.D. 1471/2001, de 27 de diciembre
Cantabria	R.D. 1472/2001, de 27 de diciembre
La Rioja	R.D. 1473/2001, de 27 de diciembre
Murcia	R.D. 1474/2001, de 27 de diciembre
Aragón	R.D. 1475/2001, de 27 de diciembre
Castilla-La Mancha	R.D. 1476/2001, de 27 de diciembre
Extremadura	R.D. 1477/2001, de 27 de diciembre
Illes Balears	R.D. 1478/2001, de 27 de diciembre
Madrid	R.D. 1479/2001, de 27 de diciembre
Castilla y León	R.D. 1480/2001, de 27 de diciembre

Fuente: Elaboración propia

Sin embargo, se debe poner de manifiesto que en el período de tiempo que media desde que se llevó a cabo la modificación de los correspondientes Estatutos de Autonomía hasta la culminación efectiva del proceso de transferencias transcurrió todo un proceso negociador en lo relativo al traspaso de las referidas funciones nada sencillo de llevar a término.

Cuadro X. Estructura Organizativa del *Sistema Nacional de Salud español*



En el cuadro nº X quedaría finalmente reflejada la estructura organizativa del Sistema Nacional de Salud español, desde un punto de vista global, tras culminar en su totalidad el proceso de transferencias en materia de gestión sanitaria a las respectivas Comunidades Autónomas.

Aunque nuestro propósito no consiste en detallar con precisión la metodología de trabajo seguida por los diversos agentes directamente vinculados en este último proceso de descentralización, sí consideramos oportuno realizar una breve referencia al mismo por cuanto nos ofrece una visión de las implicaciones que tal proceso motivó. Para ello, prestaremos especial atención a las manifestaciones derivadas de los principales responsables que intervinieron en representación de las distintas Administraciones implicadas, éstas fueron, de una parte, la Administración General a través de la participación del Ministerio de Administraciones Públicas, Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Economía y Ministerio de Hacienda, y, de otra parte, las correspondientes Administraciones Autonómicas a través de sus respectivas Consejerías de Salud, de Hacienda, etc.

En este sentido, Moreno (2002, 34) adoptando una posición desde el Ministerio de Sanidad y Consumo, indica que la apertura oficial del proceso fue anunciada en enero de 2001, fecha a partir de la cual se siguió un calendario muy ajustado con más de cien reuniones de trabajo en las que intervinieron agentes del Ministerio de Sanidad y Consumo, así como, de las diez Comunidades Autónomas implicadas con el objetivo principal de que el proceso de transferencias discurriera de forma homogénea, simultánea y, fundamentalmente, que permitiese su finalización en un corto espacio de tiempo para que en diciembre de 2001 quedase implantado definitivamente el modelo de Sistema Nacional de Salud que estableció la Ley General de Sanidad en 1986.

Así mismo, se reconoce que a pesar del esfuerzo que supuso este proceso de negociación siempre hubo una predisposición positiva por todos los agentes que estuvieron inmersos en el mismo al asumir, desde un principio, una gran responsabilidad y participación en lo que al calendario de trabajo se refiere. En relación a este último, toda la metodología de trabajo que se iba a desarrollar durante el año 2001 quedó expuesta en las primeras Ponencias Técnicas que se desarrollaron.

Básicamente, los foros de negociación en torno a los cuales giró todo el procedimiento para el adecuado desarrollo del proceso quedó clasificado en tres tipos, éstos fueron: Ponencias Técnicas; Grupos Coordinadores dependientes de éstas y Grupos de Trabajo por áreas funcionales de actuación. Se atribuyó a estos Grupos de Trabajo la responsabilidad exclusiva de canalizar el flujo de información entre el Estado y las Comunidades Autónomas como única fórmula posible para afrontar con garantías una negociación responsable, los cuáles, se constituyeron finalmente en base a cuatro grandes áreas de actividad, éstas fueron: recursos humanos; patrimonio y recursos materiales; actividad asistencial y sistemas de información; asuntos económicos y presupuestarios.

Este proceso negociador transcurrió hasta que, finalmente, se alcanzó un Acuerdo definitivo entre las partes implicadas que, con posterioridad, debería ser objeto de análisis y aprobación por parte de las correspondientes Comisiones Mixtas de Transferencias[9] constituidas en cada Comunidad Autónoma.

Finalmente, el 26 de diciembre de 2001 se celebraron las diez sesiones plenarias de las Comisiones Mixtas de Transferencias de las distintas CCAA, alcanzándose en ellas la aprobación de los Acuerdos de traspasos propuestos por las respectivas Ponencias Técnicas. Al día siguiente, el 27 de diciembre, con la aprobación por el Gobierno de los Acuerdos de las Comisiones Mixtas y la adopción de los pertinentes Reales Decretos de transferencias, quedó cerrado el proceso.

Sin embargo, desde nuestro punto de vista no resultaría objetivo ofrecer exclusivamente esta visión “modélica”, por así calificarla, que ha sido descrita del

[9] En todos los Estatutos de Autonomía correspondientes a cualquier Comunidad Autónoma queda regulado el proceso a seguir cuando se efectúa el traspaso de un determinado servicio. En relación a ello, se dispone que los órganos habilitados para poder llevar a cabo dicho traspaso lo conforman las denominadas Comisiones Mixtas de Transferencias, órganos mixtos que se encuentran integrados por representantes de la Administración del Estado y de la Comunidad Autónoma y cuya función principal consiste en la aprobación de los acuerdos de traspasos de los medios y servicios necesarios para el ejercicio de la competencia. Posteriormente, sus acuerdos deben ser elevados al Consejo de Ministros para su aprobación por Real Decreto.

proceso transferencial fundamentalmente desde la óptica de uno de los partícipes que, estimamos, resulta natural que tenga una visión más positiva y sesgada hacia el Ministerio en el cual se encuentra inmerso, más concretamente, el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Con motivo de ello, otras opiniones que se manifiestan en torno a la valoración del proceso negociador que discurrió a lo largo del año 2001, no resultaron tan favorecedoras, como es el caso del equipo editorial (2001, 11) en el que afirman con rotundidad "[...] que el proceso resultó laborioso, técnicamente complejo y no exento de tensiones. Lo que parecían acuerdos "casi imposibles" el día 24 de diciembre se transformaron en pactos "casi inmejorables" en 48 horas. Ello ha sido posible, entre otras cosas, gracias a los 300.000 millones de ptas que el Gobierno Central ha puesto por encima de la cifra inicialmente ofertada, de tal manera que el coste final de la transferencia sanitaria sobrepasa los 2 billones de ptas.". Así mismo, afirman que el pacto de financiación alcanzado en julio de 2001 se vio condicionado con motivo de la enmienda que introdujo a posteriori el Partido Popular en la Ley de Acompañamiento de los Presupuestos Generales del Estado, mediante la cual se estaba condicionando la efectividad de la nueva fórmula de financiación a la aceptación y firma del traspaso de competencias sanitarias.

En esta misma línea se pronuncia Jiménez (2002, 10) puesto que recomienda a los agentes que intervinieron en representación del Gobierno Central como del Autonómico que deberían explicar "[...] a la opinión pública las condiciones reales en las que se han producido las transferencias, sus costes reales, los acuerdos de última hora que facilitaron el cierre de las negociaciones. No debe ser casual que buena parte de los acuerdos finales se cerrasen entre el Presidente de la Comunidad correspondiente y el Ministro de Hacienda. En cualquier caso todo parece apuntar en el sentido de que el papel desempeñado por los responsables económicos de la Administración Central ha sido determinante, en detrimento de los responsables sanitarios del Ministerio de Sanidad y Consumo. Incluso ha habido momentos en los que se ha tenido la sensación de que el Ministerio de

Sanidad, con su Ministra a la cabeza, se quería quitar de en medio [...]. Muchos hemos echado en falta mayor liderazgo de la Administración Sanitaria, sobre todo si tenemos en cuenta que se cierra un modelo de gestión mixta y se plantea la necesidad de nuevas reglas del juego".

Sin embargo, con independencia de las distintas valoraciones procedentes de los diversos grupos de interés, también es cierto que todos afirman que la sociedad española puede sentirse orgullosa por culminar uno de los procesos transferenciales de mayor relevancia de cuantos se han llevado a cabo en las distintas materias de competencia autonómica junto con el de la educación. En este sentido, se reconoce que estos procesos tienen un alto componente económico, tanto en términos estrictamente presupuestarios como de recursos materiales y de personal.

En esta línea, Múzquiz (2000, 33), como miembro perteneciente a la Dirección General del Ministerio de Sanidad y Consumo, nos ofrece información acerca de la magnitud del proceso transferencial para hacernos una idea, muy simple, de la gran envergadura del mismo. En este sentido, indica que el Insalud gestionaba "en el territorio de estas diez CCAA, el denominado gestión directa, el 38,9% del Presupuesto del Sistema Nacional de Salud. En él prestan servicios del orden de 136.000 trabajadores, a través de 1.055 dispositivos asistenciales (1.074 centros de salud y 81 hospitales) para atender a una población protegida que puede cifrarse en más de 14 millones de personas. El porcentaje del gasto sanitario sobre el total en aquellas CCAA que tienen transferidos los servicios del INSALUD oscilaba, según los expertos, entre el 21 y el 36% para el año 1998, cifras que dan idea del elevado impacto social, político y económico que para las CCAA del artículo 143 tendrá el traspaso y que explica el interés de todos los actores para procurar un óptimo desarrollo del proceso de transferencia [...]".

Efectivamente, resultó de gran trascendencia todo el proceso de preparación previo al momento definitivo en que se recibirían las transferencias, pero no lo sería exclusivamente para el Ministerio de Sanidad y Consumo y para el Insalud,

ya que tal y como han manifestado reiteradamente diversos responsables institucionales, la responsabilidad no recae exclusivamente en estos últimos agentes, sino que se trataba de un compromiso entre dos partes, siendo la otra parte implicada la correspondiente Administración Autonómica que recibiría tales competencias.

Por lo tanto, a pesar de que algunos, como fue el caso de Fernández (2000, 59), en su condición por entonces, de Consejero de Sanidad de la Junta de Castilla y León, afirmaron que "[...] es lógico, que quien ha de entregar el testigo deba dirigirse con claridad y precisión a su siguiente relevo", se observó una gran preocupación y responsabilidad por parte de las distintas Comunidades Autónomas en lo que a su preparación interna para la asunción de las competencias se refiere. En relación a ello, el citado autor manifiesta que para todas las CCAA que aún no gestionaban la sanidad asistencial, la asunción efectiva del traspaso resultaba un hecho de excepcional trascendencia motivado, fundamentalmente, por tres razones esenciales: la primera de ellas se debe a la significativa representación que tiene la sanidad en el conjunto de las políticas sociales de una determinada CCAA, como parte fundamental del núcleo duro del llamado Estado del Bienestar. La segunda de ellas se debe a la responsabilidad que implicará la gestión descentralizada de importantes estructuras y recursos, tanto materiales como humanos, y la tercera hace referencia al volumen de financiación que ello implicará, teniendo en cuenta que las partidas sanitarias suponen alrededor de un tercio de las aportaciones del Estado al presupuesto de aquellas Comunidades que ya gestionaban la asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

Por todo ello, resulta más que comprensible que, desde su perspectiva interna, todas y cada una de las CCAA otorgasen a la transferencia sanitaria una gran importancia y un lugar destacado en su calendario de trabajo autonómico. Es por ello, por lo que en relación a esto último, se debe tener en consideración el trabajo desarrollado por algunas de las Comunidades Autónomas involucradas y que se

han querido manifestar explícitamente al respecto, estas fueron, entre otras, Aragón, Asturias, Castilla y León y Madrid.

Por ejemplo, en la Comunidad Autónoma de Aragón se analizaron, entre otros aspectos, las variables sanitarias que consideraban más importantes para que se pudiese llevar a cabo el proceso transferencial fundamentalmente desde una perspectiva financiera, a través de las cuales, se podían hacer una composición de cual era la situación de la Sanidad que precedía a la recepción de las competencias. Analizada su situación de partida, entendían, asimismo, que sería necesario definir seguidamente, cuáles deberían ser las líneas maestras del modelo de Sistema Sanitario al que aspiraba conseguir dicha Comunidad. Para ello, se comenzó un proceso de debate en el que partidos políticos, organizaciones sindicales, colegios profesionales, organizaciones de consumidores y usuarios, representantes de entes locales, sector sanitario privado y sector empresarial elaboraron un modelo de consenso a través del cual advirtieron explícitamente el deseo de un modelo sanitario fundamentado en los principios irrenunciables de financiación y aseguramiento públicos, así como, una provisión del servicio eminentemente pública en la que lo privado resultase complementario.

De forma adicional al diseño del modelo sanitario al que aspiraba dicha Comunidad, el Gobierno aragonés avanzó algunos pasos más trabajando en dos líneas principales, por un lado, la elaboración e implementación de los planes estratégicos que le permitiesen desarrollar el modelo propuesto y, por otro lado, efectuar una adaptación en lo que al ámbito organizativo y legislativo se refiere. En lo referente a este último, se efectuaron modificaciones en la legislación de carácter general, básicamente, en lo relativo a la Ley Orgánica de reforma del Estatuto de Autonomía de Aragón y la Ley de Reforma del Servicio Aragonés de Salud**.**

Sin embargo, los responsables de esta Comunidad Autónoma son conscientes de que, a pesar de resultar necesarias y oportunas todas las actuaciones y modificaciones descritas previamente, y que deberá llevar a cabo cada una de las

Comunidades Autónomas, "[...] el tablero de juego en las transferencias sanitarias, es decir, el auténtico debate de las transferencias, las cuestiones verdaderamente pendientes y que se deben resolver durante el tiempo en el que se producen las transferencias afectan a la continuidad del modelo de Sistema Nacional de Salud y al papel del Ministerio de Sanidad y Consumo una vez realizadas las transferencias y a la sostenibilidad financiera del sistema, es decir, solucionar el debate de financiación selectiva frente a financiación vía LOFCA" (Larraz; 2000, 47).

Otra de las Comunidades Autónomas que se ha pronunciado con anterioridad a la asunción de competencias para poner de relieve su actuación en esta fase de preparación para recibir las transferencias ha sido Asturias. En este caso, al igual que sucedió en Aragón, manifiestan que la Consejería quiere compartir la responsabilidad en este proceso, por lo que está dispuesta a asumir las competencias de las que dispone para conseguir que el periodo pretransferencial se caracterice por la definición de las actuaciones necesarias para garantizar un futuro mejor "[...] que, en ocasiones, pueden condicionarse de forma difícil de corregir por decisiones del presente" (Sevilla; 2000, 63).

Sin embargo, para esta Comunidad existe un hecho, entre otros muchos, que adquiere especial relevancia para poder plantear adecuadamente el proceso, éste fue, la preocupación en torno al reparto del presupuesto inicial correspondiente a la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social "[...] cuando se homogeneizan los conceptos y se compara lo comparable" (Sevilla; 2000, 74).

Por lo que respecta a la Comunidad Autónoma de Castilla y León, afirman que la cercanía entre gestores y usuarios, la unificación de competencias y el diseño de un modelo sanitario propio, únicamente repercutirán todo lo positivamente que cabe esperar en la asistencia si son capaces de realizar una buena preparación, durante el período pretransferencial, tanto desde el punto de vista normativo, organizativo y presupuestario.

Nuevamente, en el aspecto normativo resulta imprescindible disponer de un marco legal adecuado para la asunción del traspaso, por lo que se aprobaría la Ley de Ordenación de su sistema sanitario, en lo que respecta al ámbito organizativo, también se ha llevado a cabo la adecuación de la estructura orgánica relativa a la función sanitaria, tanto en lo referente a la Consejería como a la creación de determinados órganos específicos que sirvan de apoyo asumir las transferencias y, en el aspecto presupuestario, con motivo de la integración de la red de la Seguridad Social en el sistema autonómico, se va a efectuar un incremento en las inversiones sanitarias durante ese período.

Con todo ello, según Fernández (2000, 57) pretenden "[...] conocer más detalladamente qué regulaciones o formas de gestión deben ser adaptadas para que seamos capaces de aprovechar todas las oportunidades que ofrece el traspaso, y entre ellas conseguir una gestión más global de los recursos del Área".

Quizás haya sido la Comunidad Autónoma de Madrid la que, de alguna forma, se pronunció en más ocasiones que el resto de Comunidades en cuanto a sus intenciones de cara al proceso transferencial. En síntesis, se aprecia la relevancia que le atribuyen a la realización de una adecuada planificación estratégica del proceso transferencial considerándolo como "[...] una herramienta absolutamente imprescindible en todo proceso de cambio" y que dividieron en tres fases principales dándole contenido a cada una de ellas, éstas fueron, las denominadas fase pretransferencial, la del traspaso propiamente dicha y la postransferencial.

De forma similar al resto de Comunidades, en la fase pretransferencial se han analizado, entre otros aspectos, los antecedentes que han determinado la situación sanitaria madrileña, el inventario de recursos disponibles como los comprometidos para el futuro, el diseño del nuevo modelo sanitario madrileño, el plan estratégico del Servicio Regional de Salud, el plan de calidad de la Consejería, el nuevo modelo de salud pública, así como, la preparación de la futura Ley de Ordenación Sanitaria que dote de un marco normativo suficiente al futuro sistema sanitario de la CCAA de Madrid.

En lo referente a fase relativa al traspaso propiamente dicho, entendieron que en la misma debían prevalecer todos los aspectos, fundamentalmente organizativos y de gestión, que puediesen influir en el proceso de recepción de los recursos y servicios del Insalud

Por lo que respecta a la fase postransferencial, que se corresponde al período en que la Consejería de Sanidad ya gestiona los recursos sanitarios de la Comunidad de Madrid, persigue como objetivo último que la gestión autonómica permita mejorar el sistema sanitario existente previo al proceso transferencial.

En relación a todo ello, argumentaban que se debían "[...] poner las bases del futuro modelo sanitario de nuestra Comunidad que sirvan de soporte a la toma de decisiones de mañana, y eso hay que hacerlo ahora, cuando estamos negociando y por lo tanto tenemos la posibilidad y la capacidad para prever y en su caso, anticipar soluciones. Indudablemente, el tener los deberes hechos, esto es, la planificación y preparación de las transferencias, es el instrumento básico para que afrontemos la negociación política con el Estado con garantías y desde una posición más cómoda, sin perjuicio, desde luego de la complejidad y dificultades que plantea todo proceso de estas características" Echaniz (2001, 21).

Por lo tanto, con lo expuesto previamente en relación a aquellas Comunidades Autónomas que desearon manifestar sus intenciones como agentes partícipes del proceso transferencial, se ha puesto de relieve que, evidentemente, para que se pudiera dar el mismo era necesario, con anterioridad a su realización, un período de preparación en el que predominase la reflexión y el debate en torno a muchos de los aspectos de mayor relevancia por todos los agentes que se encontraban involucrados de alguna forma en el citado proceso. En consecuencia, tanto para el Gobierno Central como para el Autonómico representó un período decisivo de negociaciones y acciones entre ambas, partiendo de la realidad existente y poder plantear, de esta manera, un posible escenario de futuro del Sistema sanitario.

Sin embargo, aunque resulta evidente que era necesario que se diese todo el proceso anteriormente descrito entre ambas Administraciones para la culminación

de un proceso que, a juicio de Jiménez (2002, 9) "[...] supone dar por concluida una situación provisional, híbrida y compleja, en la cual la transferencia estaba permanentemente encima de la mesa, creando inseguridad, desigualdades interterritoriales, expectativas equívocas a todos los agentes y, sobre todo, demorando la configuración definitiva de un modelo sanitario altamente descentralizado al que abocan los marcos constitucionales y legislativo existentes", se debe poner de relieve que en el período previo a la culminación definitiva del mismo distintos responsables en materia de gestión sanitaria expresaron su preocupación en cuanto a que el proceso que se estaba viviendo estaba dejando en el olvido al Sistema Sanitario considerado en su conjunto y, por ende, su evolución futura. Algunas de estas intervenciones fueron las siguientes:

"[...] todos los temas anteriores son pertinentes, aunque existan muchos otros aspectos importantes a desarrollar. El escenario futuro apunta también hacia un debate más amplio: qué tipo de Sistema Nacional de Salud queremos desarrollar, y sobre qué valores y visiones fundamentar su dimensión nacional e Inter-territorial [...]. En todo caso, parece necesario que todos los agentes hagan un ejercicio de autocrítica por la miopía estratégica a la que aboca un comportamiento que tiene mucho de adaptacionismo a lo cotidiano e inmediato, y desde el cual caben pocas expectativas de acuerdos amplios y basados en convergencia de valores y visiones a medio y largo plazo [...]" (Repullo; 1999, 9).

"[...] Todo este proceso de completar las transferencias debe buscar, asimismo, un gran pacto de Estado que persiga la consolidación y mejora del Sistema Sanitario Público y sus valores centrales de universalidad, financiación y aseguramiento público, solidaridad y equidad. No se pueden poner en peligro los valores de solidaridad y equidad, todos ellos deben ser rechazados como fórmula válida para nuestro Sistema de Salud. Es innegable que tenemos que mejorar muchas cosas. En cualquier caso es necesario insistir en que tenemos un excelente Sistema Sanitario y no debemos permitir que las tensiones por mejorar su organización, calidad y eficiencia den al traste con uno de los activos más importantes de la sociedad española. Se debe potenciar la discusión, el debate, el contraste de ideas

y experiencias, en definitiva, en todo aquello que favorezca la mejora de nuestro Sistema Sanitario [...]" (Jiménez; 2000,10).

"[...] aunque seguirá habiendo una clara bilateralidad en la articulación formal de las negociaciones dentro de las respectivas Comisiones Mixtas, dicha bilateralidad habrá de convivir, esta vez, con un ámbito de interlocución mucho más amplio. No será ya, en efecto, un diálogo entre sólo dos partes, sino un auténtico debate general sobre cómo completar el Sistema, y que además coincidirá en el tiempo con la aprobación de un nuevo modelo de financiación que habrá de sustituir al que expira en el año 2001. No perder la visión de conjunto será, pues, más necesario que nunca [...]" (Fernández; 2000,59).

Por lo tanto, una vez descrito el proceso transferencial y, algunas de las opiniones que ha suscitado, cabría preguntarse a continuación qué es lo que se piensa y espera del mismo una vez culminado, una vez producido.

En este sentido, convendría en primer lugar hacer una reflexión acerca de cual es el verdadero propósito, es decir, el objetivo fundamental que realmente se persigue con el proceso de descentralización en el ámbito sanitario. En relación con ello, Múnquiz (2000, 34) realiza una apreciación del mismo que entendemos debería configurarse como el núcleo principal a alcanzar estableciendo lo siguiente "[...] es obvio que la descentralización sanitaria pretende un acercamiento de la gestión de los recursos sanitarios al ciudadano y que como efecto ha de tener una mejora organizativa y una optimización de estos recursos. Este aspecto es el que hace que la propia transferencia cobre sentido; de lo contrario nos encontraríamos ante un mero cambio de titularidad. En ningún caso la transferencia puede ser una coartada para disminuir los actuales niveles de eficiencia del sistema, so pretexto de necesidades de recursos adicionales no suficientemente justificados [...]".

Por lo tanto, según Sevilla (2000, 72), "[...] el objetivo de la transferencia del Insalud es hacer las cosas mejor, hoy ya nadie cuestiona que la descentralización en la organización y gestión de la atención sanitaria facilita una mejor atención.

Sin embargo, la transferencia per se no mejora la calidad de los servicios y es preciso un esfuerzo importante, anterior y posterior a las transferencias, para poder colocar a los Servicios de Salud respectivos en las condiciones adecuadas [...]".

En este sentido, son muchos los responsables que opinan que la oportunidad que se nos brinda no debería ser reducida a la simple consideración de que se haya producido un proceso mas o menos complejo de negociación y, menos aún, "[...] para intentar cambiar las características y objetivos del sistema por aquellos que pretenden otro modelo [...]" (Sevilla; 2000,64). Fernández (2000, 57) "[...] está claro que la transferencia implicará mucho más que colmar la aspiración de alcanzar un "techo competencial [...]. El traspaso supondrá un desafío de cuya magnitud somos todos conscientes". Larraz (2000,46) "[...] En consecuencia, las transferencias sanitarias no consisten sólo en calcular el coste efectivo de las mismas y negociar según los intereses de cada parte sino en introducir y profundizar en el debate de la continuidad del Sistema Nacional de Salud, como tal Sistema Nacional de Salud, y de su sostenibilidad financiera [...]".

Sin duda, con anterioridad al traspaso efectivo de las competencias en materia sanitaria a las Comunidades Autónomas que aún no disponían de las mismas, se produjo todo un debate político en torno al Sistema Nacional de Salud en el que todos parecían converger, al menos, en un objetivo común, éste fué, la culminación del proceso transferencial. Sin embargo, tras la asunción efectiva del traspaso, se vuelven a plantear estas cuestiones que requieren nuevamente reflexión y estudio entre los diferentes agentes, puesto que se reconoce que nos volvemos a enfrentar a un período complejo en el que se reanudarán diversos debates en relación a diversos aspectos que, de momento, plantean aún numerosas incertidumbres de lo que será el futuro del Sistema Nacional de Salud.

Entre las cuestiones que han suscitado mayor incertidumbre entre los distintos responsables de la administración sanitaria, fundamentalmente autonómica, sintetizamos las siguientes:

a) Definir el papel del Ministerio de Sanidad y Consumo

Ante un escenario en el que ya todas las Comunidades Autónomas serán las responsables directas de la gestión de los servicios sanitarios implicará, evidentemente, una modificación de las competencias que hasta el momento se venían ejerciendo desde el ámbito estatal. En relación a ello, se espera que el Ministerio de Sanidad y Consumo al dejar de ejercer su papel como gestor del antiguo Insalud asuma su posición central para el conjunto del Sistema, cumpliéndose, con ello, las previsiones que en 1986 estableció la Ley General de Sanidad.

Entre las preguntas que numerosos gestores lanzan desde las respectivas Comunidades Autónomas al Ministerio figuran, básicamente, las siguientes: ¿cómo va a ejercer su papel de coordinación general sanitaria en todo el Estado?; ¿hasta qué punto las prestaciones y servicios pueden ser diferentes en las distintas Comunidades Autónomas?, es decir, las prestaciones del Sistema Nacional de Salud deberían ser únicas y comunes para todo el territorio del Estado o, por contra, se actuará garantizando determinadas prestaciones básicas al conjunto a partir de las cuáles cada Comunidad decidirá qué más ofrece y financia a sus ciudadanos; ¿qué implicación tendrá ello en relación a la libre circulación de pacientes en el Sistema?, es decir, ¿se podrán barreras?, ¿cómo afecta a la equidad como principio de nuestro Sistema?; ¿en qué medida se aprovecharán las economías de escala del Sistema en relación a las cuestiones de formación, especialización, evaluación de las tecnologías, salud pública?.

En fin, numerosos interrogantes que se deberán ir despejando con el tiempo a medida que se vayan asumiendo los nuevos roles por parte de los agentes que intervienen en el Sistema y, más concretamente, por el Ministerio.

b) Sostenibilidad financiera del conjunto del Sistema

Debido a la implantación del nuevo sistema de financiación sanitaria analizado en el siguiente epígrafe, a través del cual, éste se incluye en la financiación general

de la respectiva Comunidad Autónoma con el objetivo principal de que cada gobierno autonómico se responsabilice directamente de la financiación de la misma, se plantean incertidumbres acerca de su efectiva viabilidad.

En relación a ello, existen partidarios de este nuevo modelo financiero que opinan que de esta forma la Comunidad Autónoma se implicará en mayor magnitud para llevar a cabo una gestión más óptima de los recursos sanitarios, sin embargo, también se ponen de relieve diversas manifestaciones en contra de este tipo de financiación, ya que entienden que las restricciones presupuestarias que se plantean dentro de la vía LOFCA pudiesen resultar insuficientes para financiar la función sanitaria.

Por lo tanto, este cambio en el modelo de financiación del Sistema Sanitario, y de aplicación en todas las Comunidades Autónomas una vez culminado el traspaso de las transferencias sanitarias, ha sido, probablemente, una de las cuestiones que más se plantean y que generan mayor incertidumbre para el conjunto del Sistema, ya que no se sabe si permitirá garantizar la suficiencia financiera y una distribución equitativa de los recursos ya no sólo en cada Comunidad de forma independiente sino para el conjunto del Sistema.

c) Diferencias en el ritmo y enfoque del proceso transferencial

En el transcurso de este epígrafe se ha puesto de relieve que las transferencias en materia de gestión sanitaria a las distintas Comunidades Autónomas no se efectuó en el mismo espacio temporal. Por consiguiente, las primeras siete Comunidades Autónomas que accedieron a las competencias autonómicas en materia sanitaria, y que integrarían en torno al 60% de la población, ya tienen una experiencia acumulada en lo que a la organización y gestión de su servicio se refiere frente a las diez últimas Comunidades Autónomas que las han asumido de forma más reciente.

A este respecto, obsérvese por ejemplo que la Comunidad catalana lleva más de veinte años con plenas competencias frente a Aragón, simplemente por poner un

ejemplo de Comunidad Autónoma de entre las del segundo grupo que ha recibido por último las competencias, que apenas ha tenido tiempo suficiente para adaptar la nueva organización y gestión del dispositivo asistencial a su territorio.

Por consiguiente, se debe tener en consideración o apreciación de dicha diferencia temporal, ya que hasta fechas muy recientes el Sistema Nacional de Salud, desde un punto de vista organizativo, era un todo que se encontraba integrado por dos partes muy diferenciadas, de una parte por siete Comunidades Autónomas con plena responsabilidad directa de la función sanitaria y en atención a las características específicas de su propio ámbito territorial y, de otra parte, por una única Entidad Gestora, el Insalud, que actuaría en calidad de órgano de decisión exclusivo de un conjunto conformado por diez Comunidades Autónomas que aún no disponían de las referidas competencias, por lo que estas últimas se encontraban sujetas a una dinámica común, es decir, a una dirección y gestión única sin tener en consideración las especificidades individuales de cada una de ellas.

En esta misma línea se pronuncian Arboleya (1999, 32) cuando afirma que resulta "[...] necesario evitar la situación de asimetría que se ha mantenido hasta entonces, es decir con siete servicios Regionales de Salud por una parte y una Entidad Gestora de las prestaciones de la S. Social por otra, dificulta, entre otros aspectos, la superación definitiva del concepto de Seguridad Social aplicado a la Asistencia Sanitaria" y Arias (2000, 11) al indicar que "[...] cada Comunidad Autónoma se asienta sobre una historia propia, con cultura, costumbres, formas de vida y relación más o menos definidos. A estos factores deben añadirse otros fundamentales por su gran impacto en los niveles de salud de los ciudadanos y de atención sanitaria y apoyo social precisos: dispersión geográfica, demografía, hábitos saludables, formación general (ámbito educativo, formación profesional, educación específica para la salud), paro, tejido industrial, niveles de renta, inmigración, y un largo etc... [...] . Hasta ahora el Estado español cuenta con Comunidades Autónomas que ya han recibido transferencias y otras, de características muy dispares, pendientes de las mismas. Las prestaciones no son

en todos los casos las mismas, ni la accesibilidad, ni, como es generalmente conocido, la financiación".

Otro de los aspectos a considerar que resulta del hecho diferencial en cuanto al ritmo y enfoque del proceso transferencial en materia sanitaria transcurrido, viene motivado por la forma en que se ha llevado a cabo. Es decir, antes de que se produjera el mismo, se planteó la posibilidad de llevarlo a término a través de dos opciones. La primera de ellas consistía en que si era mejor efectuar las transferencias del Insalud en un único bloque a todas las Comunidades Autónomas pendientes de forma conjunta y, la segunda opción, por el contrario, hacía referencia a la realización de las transferencias de manera individual, es decir, de una a una.

Al final se decidió por la primera de las opciones descrita ya que se entendió que, de lo contrario, el cierre del proceso se alargaría demasiado en el tiempo y, en consecuencia, no finalizaría en el período que inicialmente se estableció, es decir, a finales del año 2001. También se argumentó que al proceder de esta forma se utilizarían criterios homogéneos para todas las Comunidades en el que no primasen acuerdos bilaterales ya que, a diferencia de las siete primeras Comunidades Autónomas, cuyo proceso transferencial sí se efectuó de forma singular, el tiempo que transcurrió entre las mismas fue muy dispar con la consecuente creación de diferencias y especificidades en los respectivos procesos. Derivado de ello, en relación a estas últimas transferencias la mayoría de los agentes han sido partidarios de asumir las competencias a un mismo tiempo para garantizar "[...] el "statu quo" en la línea de salida y evolucionar hacia la adaptación a medio o largo plazo, sería, sin lugar a dudas, la solución más inteligente y más beneficiosa para todos" (Echániz; 2001, 20).

d) Un nuevo escenario en el que finalmente la gestión se encuentre, en su totalidad, descentralizada

Con anterioridad hemos tenido la ocasión de manifestar que tras la culminación del proceso transferencial, todas y cada una de las Comunidades Autónomas se

convierten en responsables directas de la gestión de la función sanitaria en su ámbito territorial, lo que traerá consigo que el centro de atención en materia de gestión se traslade e identifique con la respectiva Administración Autonómica.

Entre las razones a favor de este hecho prevalece la premisa de poder satisfacer en mayor medida la valoración de las necesidades y demanda asistencial del ciudadano. Sin embargo, se debe tener presente que ello traerá consigo cambios no sólo en el ámbito de la Administración Autonómica, al identificarse en la misma las funciones propias de autoridad sanitaria y de gestión de la actividad asistencial, sino incluso modificaciones en las competencias a nivel Estatal que serán señalas con mayor amplitud en el epígrafe que hemos dedicado a la coordinación sanitaria. En esta línea, se argumenta que la identidad entre la Administración que planifica y la Administración que gestiona será un paso adelante.

A la vez, se observa que las distintas Comunidades Autónomas, al sentirse con una mayor responsabilidad derivada no sólo del hecho transferencial sino del nuevo marco de financiación autonómica de la función sanitaria, están inclinándose en mayor medida por llevar a cabo una gestión diferenciada de las diversas funciones que se concentran en las mismas, y más concretamente nos estamos refiriendo a las funciones relativas a la financiación, gestión y provisión del servicio sanitario, a las cuáles le hemos prestado una atención especial en el segundo capítulo de este trabajo.

e) ¿Se está creando un Estado Federal?

Esta cuestión viene motivada a raíz de determinadas voces que se escuchan en la actualidad, y que ponen en cuestión al proceso descentralizador que finalizó argumentándose, para ello, que se está originando una desintegración del Sistema Sanitario Público con motivo de la gran descentralización de competencias originada, dando lugar a que no exista una política sanitaria común para el conjunto del Estado.

Ante tal afirmación, algunos opinan que no es cierto y que tales opiniones se deben al desconocimiento de lo que es realmente el Sistema Nacional de Salud así como del hecho autonómico español. En este sentido se pronuncia por ejemplo Arboleya (1999, 27) indicando para ello, que el Sistema Nacional de Salud ha experimentado "[...] un desarrollo paralelo al desarrollo político y constitucional del propio Estado de las Autonomías y por tanto comparte problemas que son estructurales e inherentes a todo este proceso de definición política. Es difícil llegar a conclusiones claras sobre lo que son políticas "federales" o de los "estados" (adoptando el símil del Estado federado, es decir, en el sentido de que el Estado español se ha convertido en un auténtico sistema federal, equiparable perfectamente a los sistemas federales más desarrollados de Europa, pero que no funciona plenamente como tal) cuando la propia constitución no ha desarrollado claramente estos aspectos en la vertebración del Estado español y cuando, en los pasos que se han dado últimamente han primado las relaciones bilaterales centro-periferia, sobre las relaciones multilaterales".

Sin embargo, otros autores, en su gran mayoría, se muestran reticentes y no tan optimistas ya que sí que interpretan que se está originando cierto proceso desintegrador en lo que al ámbito sanitario se refiere. En esta línea se decantan, entre otros, Repullo (1999, 9) cuando expresa que "[...] lleva a reflexionar sobre la articulación del Sistema Nacional de Salud en el nuevo contexto de cuasi-federalización que se vislumbra. Se produce un proceso complejo y muy dinámico, donde en el día a día pesan mucho más aquellos agentes que tienden a planificar según la lógica local, por más que intelectualmente puedan reconocer la necesidad de un enfoque global", por otro lado Fernández (2000, 56) que afirma que nos encontramos ante una "[...] especie de "sistema solar" que estamos construyendo, en la que cada Comunidad Autónoma ha de tener su propia ubicación como un planeta más: grande o pequeño. Lo verdaderamente importante es que todos estos planetas formen parte, efectivamente, del mismo Sistema, que convivan dentro de órbitas estables. Al rigor en la defensa de los intereses propios habrá que añadir, para eso, un compromiso inequívoco de lealtad

institucional en el proceso de construcción del Sistema.", también Jiménez (2002,12) al plantearse que "[...] en definitiva se trata de decidir si se opta, en la práctica, por un Sistema Nacional de Salud único aunque descentralizado o si, por el contrario, se apuesta por 17 sistemas diferenciados en función de las decisiones políticas y de la capacidad financiera específica de cada Comunidad".

1.5. La financiación del Sistema Nacional de Salud

Otro de los aspectos de enorme importancia en el estudio de un modelo sanitario lo constituye el conocimiento de sus respectivos mecanismos de financiación.

En este sentido, en la configuración de nuestro sistema sanitario, sin lugar a dudas la evolución experimentada por el sistema de financiación ha sido un hecho de especial trascendencia que no puede ser objeto de olvido. Con motivo de ello, en este epígrafe prestaremos especial atención a las cuatro fases principales por las que ha discurrido el mismo y, en las que se apreciarán cómo los problemas que surgían en cada una de ellas veían su solución en la siguiente etapa, hasta llegar a la situación actual, en la cual, nos encontramos inmersos en un sistema de financiación que dista mucho del original, tanto en lo que al modelo se refiere como a las principales fuentes financieras que conforman su estructura, las cuáles traerán consigo nuevos interrogantes para el Sistema sanitario en su conjunto.

1.5.1 La financiación del Sistema Nacional de Salud prevista en el marco de la Ley General de Sanidad: Antecedentes

Con la aprobación de la Ley General de Sanidad se reguló a través del artículo 79 el origen de los recursos financieros destinados a la financiación de la asistencia sanitaria pública, observándose que, básicamente, incorpora las mismas fuentes que existían con anterioridad a su aprobación, éstas serían:

- Cotizaciones sociales.

- Transferencias del Estado.

Se especifica que la participación de estas transferencias estatales en el sistema de financiación responde a tres aspectos fundamentales, en primer lugar, la participación en la contribución de aquél al sostenimiento de la Seguridad Social, en segundo lugar, la compensación por la extensión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a aquellas personas sin recursos económicos y, en tercer lugar, la compensación por la integración, en su caso, de los hospitales de las Corporaciones Locales en el Sistema Nacional de Salud.

- Tasas por la prestación de determinados servicios.
- Aportaciones de las Comunidades Autónomas.
- Aportaciones de las Corporaciones Locales.

Aunque la aprobación de la Ley General de Sanidad supuso para nuestro país el paso de una asistencia sanitaria prestada en su mayoría por las estructuras de un Sistema de Seguridad Social a una concepción de la asistencia sanitaria basada en los principios fundamentales de un Sistema Nacional de Salud y, en consecuencia, con una cobertura universal, se observa que continúan prevaleciendo los mecanismos financieros propios de la Seguridad Social ya que las cotizaciones sociales representaban la fuente financiera principal del Sistema, alrededor de un 74%, frente a la contribución de las transferencias del Estado al sostenimiento de la misma, alrededor de un 24%.

De otra parte, y con independencia de la composición de la estructura financiera que prevalecía para el conjunto del Sistema, recuérdese que en el momento en que se llevó a cabo la aprobación de la Ley General de Sanidad ya se había iniciado el proceso de transferencias de la gestión de la asistencia sanitaria a dos Comunidades Autónomas, más concretamente a Cataluña y a Andalucía, por lo que, en consecuencia, ello traería consigo la necesidad de establecer los mecanismos que fuesen precisos para efectuar el reparto de la financiación entre las Comunidades Autónomas citadas. Así mismo, de esta forma se dejarían

sentadas las bases para aquellas otras Comunidades que en un futuro asumieran tal competencia.

Con motivo de ello, en el artículo 82 quedó regulado todo lo relativo a tener en consideración para efectuar la distribución de la financiación entre las distintas Comunidades Autónomas que asumieran las competencias en materia de gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, disponiendo para ello lo siguiente:

- La financiación de los servicios transferidos a las Comunidades Autónomas se efectuará a través de los *Presupuestos Generales del Estado o de la Seguridad Social, según corresponda.*
- En el caso de aquellas Comunidades Autónomas que tuvieran competencias para asumir las funciones de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, la financiación de estos servicios transferidos se realizará siguiendo *el criterio de población protegida.*

  No obstante, antes de efectuar el reparto se determinarán, en primer lugar, los gastos presupuestarios necesarios para la atención de los servicios comunes estatales y los relativos a centros especiales que, por su carácter, sea preciso gestionar de forma centralizada.
- La desviación, positiva o negativa, entre el porcentaje del gasto sanitario en el momento inicial y el porcentaje de la población protegida será anulada en el transcurso de diez años al ritmo de un 10 por 100 anual.
- Las Comunidades Autónomas *elaborarán anualmente el anteproyecto del presupuesto general de gastos de la asistencia sanitaria* de la Seguridad Social de los servicios transferidos.

  Este anteproyecto se remitirá a los órganos competentes de la Administración del Estado para su integración y adaptación a los recursos disponibles del Sistema de la Seguridad Social, presentándolo después a las Cortes Generales para su aprobación.

- Los *créditos iniciales* serán globalmente integrados en el presupuesto de cada ejercicio que se autoricen a favor de la Comunidad Autónoma y tendrán carácter limitativo.

  No obstante, el presupuesto liquidado al final de los servicios transferidos se afectará en la proporción adecuada, a partir del criterio de población protegida, a la desviación presupuestaria, positiva o negativa, habida en los servicios no transferidos, deducidos los gastos correspondientes a los servicios comunes estatales y los relativos proporcionalmente a centros especiales.

- Los *compromisos de gastos* que se adquieran por cuantía superior de su importe deberán ser financiados con recursos aportados por la propia Comunidad Autónoma, salvo que provengan de disposiciones vinculantes dictadas con carácter general para todo el territorio del Estado, cuyo cumplimiento lleve implícito un incremento efectivo del gasto.

- La *compensación entre Comunidades Autónomas* por prestaciones de servicios se realizará *en base al pago por proceso* y, en su defecto, por las tarifas establecidas con otros criterios.

De otra parte, en la disposición adicional primera de la Ley General Sanitaria se regula que a pesar de tener en consideración como criterio general al criterio de población protegida, en los casos del País Vasco y de la Comunidad Foral de Navarra, la financiación de la asistencia sanitaria del Estado se regirá, en todo lo que afecte a sus respectivos sistemas de conciertos o convenios, por lo que establezcan su Estatuto de Autonomía y la Ley de Reintegración y Amejoramiento del Fuero, respectivamente.

De este extenso articulado que específicamente dedicó la Ley General de Sanidad a regular el origen de las fuentes financieras, así como, la asignación de los recursos financieros a las diversas Comunidades Autónomas que fueron asumiendo las competencias de gestión se derivaron, con posterioridad,

numerosos inconvenientes en la distribución efectiva del presupuesto del Insalud originando una falta de homogeneidad en las etapas de financiación futuras.

Así mismo, a juicio de Tamayo (2001: 50) el legislador en esta época dejó pasar una gran oportunidad para establecer como única fuente financiera del Sistema Nacional de Salud los impuestos, vía Presupuestos Generales del Estado, y dejar a un lado las cotizaciones, fuente financiera principal de la Seguridad Social, ya que de esta forma, la sanidad se hubiese incorporado desde este instante en el sistema general de financiación de las Comunidades Autónomas, como cualquier otro servicio adicional.

En cuanto a las diversas fases por las que ha transcurrido el mismo hasta la configuración de las características que actualmente describen el vigente sistema financiero de la asistencia sanitaria pública española, conviene destacar las siguientes etapas.

1.5.1.1 Primera etapa: la financiación de la Sanidad pública española hasta 1994

Al objeto de efectuar la descripción de las características más significativas de esta fase inicial relativa al sistema de financiación de nuestro país tomaremos en consideración los resultados obtenidos del análisis efectuado por Tamayo (2001: 63) en relación *al proceso de transferencia de las competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas y su financiación* destacando, principalmente, los distintos criterios de distribución que finalmente se aplicaron de manera individual a cada Comunidad Autónoma.

En primer lugar se debe poner de manifiesto que en este período, a raíz del proceso de transferencias de la gestión en materia sanitaria iniciado por la Comunidad Autónoma catalana en 1981, se debería llevar a cabo, por primera vez, una distribución del conjunto de los recursos financieros del Sistema que, hasta el momento, se encontraban concentrados en el Insalud. De otra parte, se

debe entender que este traspaso de competencias relativas a la organización y gestión que el Insalud venía desempeñando en la Comunidad Autónoma receptora del traspaso supuso también, por primera vez, un hecho significativo en este escenario por cuanto el mismo no se observaba como el traspaso de "cualquier otra competencia", todo lo contrario, se tenía conocimiento absoluto de lo que ello realmente implicaba.

Seguidamente describiremos de forma breve lo que originó este primer proceso transferencial iniciado por Cataluña y finalizado en 1994 por Canarias en lo relativo a su financiación con el propósito fundamental de poner de relieve que el mismo distó mucho de ser equitativo entre las distintas Comunidades Autónomas.

- *Cataluña*

En primer lugar, se debe tener en consideración que esta Comunidad Autónoma recibiría las competencias en gestión sanitaria en el año 1981 y, por lo tanto, con anterioridad a la aprobación de la Ley General de Sanidad, por lo que, en consecuencia, no se encontraban regulados los criterios generales de reparto amparados en la referida legislación y que tuvimos ocasión de mostrar en el apartado anterior.

Con motivo de ello, en la Comunidad catalana se tomaría como porcentaje de participación en los recursos, es decir, en el presupuesto del Insalud, el *porcentaje del coste efectivo* de los Servicios del Insalud para dicha Comunidad en el año 1984 (16,3 %) el cual debería irse ajustando hacia el parámetro de *población de derecho* (15,81 % según el censo de 1981) en un período de diez años.

Esta decisión vino a determinar y a condicionar como futuro criterio para la distribución de los recursos financieros al resto de Comunidades Autónomas que fueran asumiendo las competencias en este período inicial de transferencias, el *criterio del coste de los servicios traspasados*, que en la mayoría de los casos era superior al criterio de la población de derecho, con la idea, lógicamente, de no

perjudicar a una determinada Comunidad Autónoma en esta primera fase transferencial con la asignación de menor cuantía de recursos financieros.

- *Andalucía*

La siguiente Comunidad Autónoma en recibir las competencias sería la andaluza en 1984 y, al igual que sucedió con la catalana, este proceso de transferencias fue también previo a la aprobación de la Ley General de Sanidad.

Sin embargo, esta Comunidad presentaría determinadas peculiaridades que condicionarían el criterio de asignación, ya que, finalmente se le atribuyeron dos criterios de reparto diferenciados y que estaban en función de la naturaleza del gasto. Es decir, para los gastos corrientes se aplicó *el coste efectivo* de los Servicios del Insalud en 1983 (17,47 %) y para las operaciones de capital se utilizó el *porcentaje de población de derecho* según el INE de 1981 (17,09 %).

De la misma manera, el porcentaje del coste efectivo debería aproximarse al de la población protegida durante los diez años siguientes a la realización de la transferencia.

- *Comunidad Valenciana*

Aunque el Real Decreto por el que esta Comunidad recibe las competencias fecha de 1987, realmente se hace efectivo en el año 1988. Lógicamente, como la Comunidad Valenciana asume las transferencias con posterioridad a la promulgación de la Ley General de Sanidad debería haber adoptado el criterio designado por ella, es decir, el criterio de la *población protegida*.

Sin embargo, como no hubo consenso en relación a la encuesta sobre esta última, hasta que no se determinase correctamente el porcentaje de población protegida se utilizó el criterio del *coste de los servicios* en el momento del traspaso (10,18 %).

Con posterioridad sí que se aplicaría lo que dispone el artículo 82 de la Ley General de Sanidad por el cual, la diferencia entre el coste de los servicios en el

momento del traspaso y el porcentaje de población protegida se debía reducir en un período de diez años.

- *Galicia*

También en este caso, aunque el Real Decreto por el que esta Comunidad recibe las competencias corresponde al año 1990, realmente se hace efectivo en el año 1991. La Comunidad Autónoma Gallega aplicaría el *porcentaje de la población de derecho* para la misma (7,069 %).

Sin embargo, al objeto de que la aplicación inmediata del referido criterio no originase una reducción importante de los recursos a percibir, también para Galicia se fijó un período transitorio de 10 años, a partir de 1991, durante el cual se aproximaría a un ritmo del 10% anual, ascendente o descendente, el porcentaje de *coste efectivo de los servicios* en la Comunidad en el momento del traspaso hacia el porcentaje de población protegida.

- *Canarias*

El traspaso se efectuó en el año 1994 y fue muy similar al de Galicia por lo que se aplicó lo establecido en la Ley General de Sanidad, es decir, el *criterio de población protegida.*

Sin embargo, para el ejercicio 1994 se partiría del criterio del *coste efectivo de los servicios* traspasados y, al igual que los traspasos anteriores, se establece un período de diez años para la aproximación del porcentaje del coste efectivo hacia el de la población protegida.

Hasta aquí se han expuesto los criterios que adoptaron las diversas Comunidades Autónomas de Régimen Común o no forales con transferencias en la gestión de los servicios sanitarios, ya que se deben diferenciar de las Comunidades Autónomas del País Vasco y Navarra debido a que presentaban un sistema de financiación diferente al diseñado. Destacamos a continuación las principales diferencias:

- *País Vasco*

El Real Decreto por el que esta Comunidad Autónoma recibió las transferencias corresponde al año 1987 y se hizo efectiva a principios de 1988. En este caso se utilizó como criterio de distribución el *índice de imputación utilizado* (6,24 %) el cual sería siempre mayor que el coste de los servicios y que el de la población protegida. Así mismo, para el cálculo de la distribución de recursos se empleó una base reguladora mayor debido a que se dedujeron menos partidas del presupuesto del Insalud.

De otra parte, la participación de esta Comunidad en las desviaciones presupuestarias del Insalud se realizaban con carácter provisional antes del 1 de Junio del siguiente ejercicio, mientras que para las Comunidades Autónomas de Régimen Común se esperaba hasta la fecha definitiva del cierre de la liquidación. Esto constituía otra diferencia entre ambos tipos de Comunidades.

Otras diferencias añadidas a este proceso son aquellas derivadas de la existencia de un mecanismo intermedio entre la financiación inicial y la liquidación, los denominados *anticipos a cuenta de la liquidación*, de los cuáles las Comunidades de Régimen Común no gozaban.

- *Navarra*

Aunque presenta características diferenciadoras como la Comunidad Autónoma del País Vasco, participa de ellas en menor proporción. En este caso, compartirán la utilización del criterio de distribución de los recursos, el denominado *índice de imputación* y, así mismo, empleará una base reguladora de los créditos mayor.

Sin embargo, en lo referente a la participación en las desviaciones del Presupuesto del Insalud utilizará la misma forma que las Comunidades Autónomas de Régimen Común.

Descritas brevemente las principales diferencias que en el ámbito financiero se pusieron de manifiesto en esta primera fase de transferencias en la gestión de los

servicios sanitarios a las primeras siete Comunidades Autónomas citadas anteriormente, este proceso no puede calificarse de homogéneo ni equitativo entre las mismas debido, principalmente, a las siguientes razones:

a) Utilización de distintos criterios para efectuar el reparto del Presupuesto del Insalud entre las Comunidades Autónomas que habían asumido las competencias en materia de gestión, tales como, el criterio del coste efectivo, la población de derecho, el índice de imputación, la población protegida. En consecuencia, se pone de manifiesto la inexistencia de un criterio uniforme para la distribución del presupuesto del Insalud entre las diversas Comunidades Autónomas.

b) Utilización de diferentes bases reguladoras para el cálculo inicial de los recursos a asignar.

c) Se ponen de manifiesto insuficiencias presupuestarias de partida. Esta disfunción se originó con motivo de la determinación de las dotaciones financieras de las respectivas Comunidades Autónomas a partir de los datos de la liquidación del Insalud no transferido y gestionado directamente por la Seguridad Social. Es decir, la Ley General de Sanidad establece como referente del total del gasto del conjunto del Sistema al Insalud gestión directa, lo que provocaría, en consecuencia, que a medida que se fueran llevando a cabo las respectivas transferencias en materia de gestión sanitaria, un menor número de Comunidades Autónomas determina el total del Estado. De esta forma, por ejemplo en 1994, cuando ya Canarias asume como última Comunidad Autónoma las transferencias en la primera fase del proceso, el Insalud gestión directa ve reducido su ámbito de actuación, ya que, gestionaría una población protegida inferior al 40% del total de la población. Y aún así, seguiría manteniéndose como referente del conjunto estatal.

d) Fomenta la ineficacia en lo que al ámbito de la gestión se refiere al permitir que las Comunidades Autónomas con gestión transferida

participen en las desviaciones presupuestarias del Insalud gestión directa y, además, de forma diferenciada. En consecuencia, según Montero (1994, 127) el modelo actual estaba originando que las primeras dependieran tanto de la cuantía del gasto inicialmente asignado a la gestión directa como de su posible desviación en la liquidación anual por lo que las Comunidades Autónomas con competencias tenían una permanente incertidumbre respecto a los recursos presupuestarios que finalmente pudieran corresponderles, lo que sin duda producía efectos negativos para la gestión y planificación sanitaria en el ámbito autonómico. En este caso, y sólo a título de referencia, las Comunidades no recibían las cantidades en concepto de liquidación de cada ejercicio hasta que el Insalud gestión directa no hubiera cerrado su ejercicio siendo, en el mejor de los casos, el ejercicio siguiente a aquél en que se hubiera producido la desviación.

e) Las Comunidades Autónomas con transferencias tenían que seguir manteniendo el vínculo con la Tesorería General de la Seguridad Social.

f) No se dio solución al establecimiento de un Sistema de Compensación entre Comunidades Autónomas motivado por la derivación y desplazamiento de pacientes entre las mismas, penalizándose, en consecuencia, a aquellas Comunidades receptoras de enfermos.

Evidentemente, al conjunto de las deficiencias enumeradas hasta el momento se intentará dar solución en los acuerdos de financiación posteriormente aprobados y que analizaremos en los sucesivos apartados.

De otra parte, hasta este momento la financiación de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social se realizaba principalmente a través de dos fuentes financieras, por un lado, las cotizaciones sociales que no tenían carácter finalista y, por otro lado, las aportaciones del Estado vía impuestos. Aunque estas dos fuentes financieras representaban alrededor del 98% de la financiación del Insalud para el año 1986, entre las mismas se debe destacar la participación mayoritaria de las cotizaciones sociales, alrededor de un 74%. El 2% restante incluiría a otros

ingresos también, en su mayoría, propios de la Seguridad Social, los cuales completarían al conjunto de fuentes financieras del Sistema para este período.

Sin embargo, a raíz de determinados acontecimientos, fundamentalmente de origen económico, que sucedieron en nuestro país por entonces, en este período se produjo un punto de inflexión significativo en lo que a la configuración de la estructura financiera de la Sanidad se refiere, por cuanto se puso de manifiesto una disminución bastante considerable de los recursos procedentes de las cotizaciones sociales destinados a financiar la asistencia sanitaria.

Ante este hecho, se aprobó la Ley 37/1988, de 28 de diciembre[10], mediante la cual se pretendió llevar a cabo una reordenación del esquema financiero seguido hasta entonces en el Sistema Nacional de Salud. Más concretamente, en el artículo 9.1 de la citada legislación se regularía que la financiación del Sistema Nacional de Salud se realizaría atendiendo, fundamentalmente, a los siguientes recursos financieros:

- Aportación finalista del Estado procedente de los impuestos.
- Aportación vía cotizaciones sociales por un importe determinado por cotizante y año.
- Ingresos que se obtengan por cobros de los servicios prestados a terceros.

Como consecuencia de lo dispuesto en este artículo se invirtió el porcentaje de participación relativo a las principales fuentes financieras de la Sanidad y se observa con ello que en los presupuestos del Insalud para 1989 las aportaciones del Estado representan alrededor del 70%, mientras que los recursos procedentes de las cotizaciones sociales alcanzan aproximadamente el 27% del mismo.

Con este nuevo esquema presupuestario se pretende que la asistencia sanitaria de la Seguridad Social sea financiada a través del Estado vía impuestos con el propósito fundamental de avanzar en el camino hacia la consideración de que los

[10] Presupuestos Generales del Estado para 1989

servicios sanitarios se configuren como cualquier servicio público adicional y, por lo tanto, excluirlos de la cobertura aseguradora específica de la Seguridad Social como si de un determinado riesgo se tratara. En consecuencia, mediante la aprobación de los Presupuestos Generales del Estado para 1989 se comienzan a establecer las bases fundamentales para alcanzar la configuración de un Sistema Nacional de Salud bajo la concepción propuesta por la Ley General de Sanidad, es decir, una Sanidad fundamentada en los principios rectores de universalidad, financiación pública y equidad.

En esta misma línea se pronuncia Lobo (1993, 122) cuando destaca que en España, por entonces, se puso de manifiesto un amplio consenso entre los partidos políticos y la ciudadanía en general respecto a la consideración de la sanidad como un auténtico servicio público, por lo que su financiación merecía una participación considerable de los impuestos, así como, una mayor intervención estatal con el propósito de alcanzar que la asistencia sanitaria cubriese también a aquellos españoles no cotizantes o no beneficiarios del régimen propio de la Seguridad Social. Además, de esta forma se conseguiría desvincular, en mayor medida, la financiación de las pensiones, las cuales sí deben efectuarse vía cotizaciones, de la financiación de los servicios sanitarios, vía impuestos.

Se entiende que este tratamiento diferenciado resulta conveniente por cuanto ambas fuentes financieras tienen distinta naturaleza ya que, las pensiones por jubilación no son un mecanismo de redistribución de renta entre grupos sociales sino que, en realidad, consisten en un mecanismo de traslación de renta individual en el tiempo por lo que el instrumento financiero más indicado lo constituye la cotización como si de una prima de seguros se tratase. Sin embargo, el gasto en salud, en cuanto que en nuestro país presenta los rasgos fundamentales de bien público, se entiende justificada su financiación mediante impuestos generales, por cuanto estos últimos constituyen los mecanismos de redistribución de la renta por excelencia. De esta forma, también se conseguía al mismo tiempo que los ciudadanos fueran más concientes del coste de los servicios sanitarios y

conocedores, en cuanto contribuyentes, de que sus impuestos tenían un destino tan significativo como representa la salud.

De otra parte, tan solo indicar que también para el propio Ministerio de Sanidad este cambio de estructura financiera le supuso un modificación bastante considerable en relación al papel que tenía atribuido hasta entonces como agente del Sistema. En este sentido, con anterioridad a la aprobación de los Presupuestos del año 1989 el Ministerio no manejaba un volumen significativo de recursos, sin embargo, con esta modificación, su participación ya no se reducía a ser un mero receptor sino, se convirtió en verdadero protagonista de las futuras negociaciones presupuestarias en favor de los recursos destinados a la sanidad.

Por lo tanto, como conclusión a esta primera fase relativa a la financiación de la Sanidad pública española, en síntesis, se aprecian dos hechos significativos. En primer lugar, el inicio del proceso de transferencias en materia de gestión sanitaria a las distintas Comunidades Autónomas originó que, por primera vez, se tuviese que efectuar el reparto del presupuesto del Insalud entre las mismas, dando lugar, entre otros, a una distribución de recursos en la que predominaría la heterogeneidad de mecanismos y criterios de distribución y, en segundo lugar, la aprobación de la Ley 37/1988, de 28 de diciembre, supuso un cambio importante en la determinación de la estructura financiera del Sistema ya que, a partir de la misma, se consideraría como fuente financiera principal la aportación del Estado vía impuestos.

1.5.1.2 Segunda etapa: la financiación de la Sanidad pública española en el cuatrienio 1994-1997

A raíz de los inconvenientes originados en la etapa anterior, se puso de manifiesto el consenso unánime de que la financiación del Sistema Nacional de Salud fuese objeto de una nueva revisión para el cuatrienio 1994-1997. Con motivo de ello, se celebró una reunión del Consejo de Política Fiscal y Financiera el 21 de

septiembre de 1994 en la cual se aprobó la configuración de un nuevo modelo de financiación de la Sanidad para el citado período presentando como objetivo fundamental la determinación de una relación de mecanismos financieros óptimos que se considerasen suficientes para llevar a cabo una gestión sanitaria más acorde con la realidad específica a la que se enfrentaba cada uno de los entes que actuaba como gestor sanitario.

Se debe poner de relieve que hasta el momento en que finalmente el Ministerio de Economía y Hacienda lleva a cabo la presentación del referido documento transcurrieron momentos de incertidumbre en cuanto a la culminación del mismo ya que según Montero (1994, 128) su elaboración no resultó una tarea fácil puesto que se trataba de conciliar los diferentes intereses que presentaban los agentes mediadores, por un lado, el Ministerio de Economía y Hacienda y el propio Ministerio de Sanidad y Consumo y, por otro lado, las diversas Comunidades Autónomas, las cuales, con motivo de las diferentes incorporaciones en el tiempo a la gestión transferida, eran conscientes de la situación de asimetría que entre las mismas ello había generado. Sin embargo, finalmente se infundió el sentido de lo que debía considerarse una política de protección social aplicable a todo el Estado, por lo que, en consecuencia, las propias Comunidades Autónomas otorgaron preferencia a la solución del problema general sobre sus problemas particulares.

Como resultado de todo ello, entre las medidas que se adoptaron en el citado Acuerdo con el propósito de eliminar las consecuencias negativas y principales deficiencias que trajo consigo el proceso de transferencias en lo que a la financiación de los servicios sanitarios se refiere, destacamos las siguientes:

a) Delimitación de un contexto dotado de suficiencia y estabilidad financiera

Mediante la implementación de esta medida se pretenderá eliminar la incertidumbre que hasta entonces presentaban las Comunidades Autónomas con gestión transferida relativa a la determinación del importe de recursos financieros a percibir cada año, principalmente ocasionada por las cantidades en concepto de

liquidación a cuenta, al objeto de poder efectuar una mejor planificación sanitaria. Las respectivas Comunidades Autónomas creían necesario el establecimiento de un determinado mecanismo que les permitiese prever cual sería la evolución esperada del gasto sanitario total, con el propósito de estimar, mediante esta forma, el volumen de recursos aproximado finalmente a recibir.

Como solución a este planteamiento, en primer lugar se decidió establecer una base de cálculo que sirviese de referente común a todas las Comunidades Autónomas. Para su determinación se tomó como base de cálculo el gasto efectivo[11] del Insalud para el año 1993 deduciendo una serie de conceptos que por su naturaleza correspondían exclusivamente al Insalud, éstos serían, los gastos correspondientes a los Centros Nacionales, al Fondo de Investigación sanitaria, a la Colaboración de Empresas, a las amortizaciones, así como, los ingresos derivados del Fondo de Asistencia Sanitaria.

Mediante el establecimiento de esta base de cálculo común se entendía que se alcanzaría una de las premisas fundamentales, la relativa al establecimiento de un entorno dotado de suficiencia financiera al inicio del período.

Sin embargo, por entonces todas las Comunidades Autónomas coincidían en afirmar que no sólo era necesario establecer un volumen de recursos que fuese suficiente al comienzo del ejercicio sino que, paralelamente, se estableciese un indicador que actuase como referente para la determinación, así mismo, de la evolución del gasto sanitario a lo largo de los ejercicios. Para ello, se tomó el acuerdo de aplicar a la base de cálculo establecida la tasa de variación del PIB acumulado desde 1993. De esta forma, se conseguiría llevar a cabo una revisión automática de las liquidaciones para cada ejercicio y, en consecuencia, en el primer trimestre de cada año conociendo el comportamiento del PIB se practicaría la liquidación anual de la financiación de las Comunidades Autónomas con gestión transferida e Insalud gestión directa correspondiente al ejercicio anterior.

[11] Se considerará como gasto efectivo del Insalud la liquidación del presupuesto más el importe de las deudas

Mediante la incorporación de este mecanismo también se pretendía controlar, al mismo tiempo, un determinado nivel de gasto sanitario para el conjunto del Estado, ya que al vincular el gasto a la citada variable macroeconómica, este último actuaría como parámetro de referencia encaminado hacia la consecución de una relativa estabilidad financiera.

b) Homogenización de los coeficientes de participación de cada Comunidad Autónoma

Existe unanimidad en afirmar la necesidad de alcanzar un consenso en relación a los criterios utilizados para llevar a cabo la distribución de los recursos como un aspecto decisivo para eliminar gran parte de la heterogeneidad que supuso el proceso de transferencias.

Con motivo de ello, finalmente se decidió que en el nuevo modelo financiero la participación de cada Comunidad Autónoma en el presupuesto del Insalud vendría dada por el criterio de la población protegida establecido en la propia Ley General de Sanidad. Para la determinación del citado criterio se tomaría como referencia la población de derecho recogida en el censo de marzo de 1991 del Instituto Nacional de Estadística, deduciéndose aquellos colectivos del Mutualismo Administrativo protegidos por Entidades de Seguro Libre.

Sin embargo, se debe advertir que mediante el establecimiento de este criterio de distribución se sigue un parámetro de población puro ya que no se introducen, de forma adicional, variables que permitan su estructuración al objeto de determinar con mayor precisión los recursos sanitarios que verdaderamente necesita una población, ya que los mismos, no solamente están en función del tamaño de la población sino también de su estructura demográfica como pudieran ser, entre las más utilizadas, la población menor de cuatro años, la población entre sesenta y cinco y setenta y cuatro años, la población superior a los setenta y cinco años, etc...

c) Carácter limitativo de los créditos del presupuesto

Tras la entrada en vigor del acuerdo, las partidas del presupuesto del Insalud perderán su carácter ampliable, por lo que, en consecuencia, las insuficiencias presupuestarias que se originen requerirán de la tramitación de un crédito extraordinario o de un suplemento de crédito. En todo caso, ambas modificaciones presupuestarias se tienen que remitir, como proyecto de ley, por el Gobierno a las Cortes para su aprobación.

Evidentemente, la adopción de esta medida se tomó encaminada hacia la consecución de una disciplina presupuestaria y de gestión ya que, tal y como afirma Tamayo (2001: 102) la sanidad pública estaba acostumbrada hasta entonces a la cultura del crédito ampliable, además, de esta forma, se conseguirá traspasar cierto grado de responsabilidad a las Comunidades Autónomas gestoras, ya que, a partir de ahora, las referidas insuficiencias pasarán a calificarse como desviaciones presupuestarias.

d) Sistema de compensación por la atención prestada a desplazados

A partir de 1 de enero de 1996 se deberá aplicar un sistema de compensación financiera por la atención sanitaria prestada a pacientes desplazados. Dicho sistema debería ser elaborado por una Comisión creada a tal efecto en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, sin embargo, el citado sistema no llegó nunca a realizarse.

Hemos destacado las medidas principales que se derivaron del Acuerdo alcanzado en el seno del Consejo de Política Fiscal y Financiera acerca de este nuevo marco financiero de la Sanidad para el período 1994-1997. Sin embargo, también se tomaron otras medidas adicionales, entre las que figurarían aquellas encaminadas de forma específica hacia la disminución del gasto sanitario, las relativas al saneamiento de la deuda generada en el Sistema, por medio de las cuales se cancelará definitivamente la deuda relativa a los ejercicios 1992-1993, etc... Sin embargo, a pesar de las medidas propuestas, también se puso de manifiesto la necesidad de disponer de información económica normalizada y actualizada de forma permanente acerca de la evolución del gasto sanitario público como

objetivo esencial para el funcionamiento de las administraciones afectadas en cualquier ámbito, es decir, a nivel estatal, autonómico, a nivel de Entidades Gestoras, etc... "[...] de forma que se establezca un sistema de información sanitaria de interés general supracomunitario." (Montero; 1994, 129)

En síntesis, como valoración de este segundo acuerdo relativo a la financiación de la Sanidad pública española para el período 1994-1997 se aprecia que aunque se ofrece la solución a muchos de los aspectos irregulares heredados del antiguo sistema financiero, existe la opinión generalizada de que a pesar de ello no puede considerarse como un modelo de financiación definitivo al quedar aspectos relevantes pendientes de solución, entre ellos el relativo al desplazamiento interterritorial de pacientes.

En definitiva, la solución de los aspectos anteriormente señalados tenían como propósito fundamental dejar preparado el terreno para el momento de efectuar las futuras transferencias al resto de las Comunidades Autónomas.

1.5.1.3 Tercera etapa: la financiación de la Sanidad pública española en el período 1998-2001

Torres (1999: 417) afirma que a principios de este nuevo cuatrienio existe nuevamente la opinión generalizada de que el sistema de financiación de los servicios sanitarios de la Seguridad Social necesitaba una reforma a fin de dar una solución satisfactoria a los problemas no resueltos y, en especial, los relativos a la suficiencia de los recursos del conjunto del Sistema, así como, a su correcta asignación.

Con motivo de ello, el Congreso de los Diputados aprobaría la constitución de una Subcomisión en el seno de la Comisión de Sanidad y Consumo con el propósito de elaborar un informe en el que se analizaran las medidas precisas para la modernización del sistema sanitario y que recibió la amplia denominación "Informe de la Subcomisión constituida en el seno de la Comisión de Sanidad y Consumo, para avanzar en la consolidación del Sistema Nacional de Salud mediante el estudio de las medidas necesarias para garantizar un marco financiero estable y modernizar el sistema sanitario manteniendo los principios de universalidad y equidad en el acceso".

El referido informe se encuentra estructurado en cuatro[12] bloques temáticos principales, de entre los cuáles, el segundo haría referencia a la "Financiación Sanitaria". En relación al mismo se pone de relieve la preocupación existente, tanto a nivel estatal como autonómico, en torno a la dificultad de adaptar la capacidad de financiación pública ante la elevada tasa de crecimiento del gasto sanitario, ya que, en este último, no influirá exclusivamente la gestión realizada sino que también intervienen factores exógenos a la misma, tales como, el envejecimiento de la población, cambios en los patrones de morbilidad y mortalidad, crecimiento de las expectativas de los ciudadanos en relación a las prestaciones sanitarias, incorporación de nuevas tecnologías, etc... Por lo tanto, estas presiones estructurales sobre el gasto sanitario exigen la adopción de medidas para hacer financieramente viable el Sistema sanitario público a largo plazo.

Ante este contexto, algunas de las recomendaciones que sugirió la citada Subcomisión y vinculadas exclusivamente a la financiación de la asistencia sanitaria fueron las siguientes:

a) Emplaza a las autoridades financieras del Estado y de las Comunidades Autónomas, así como al Consejo de Política Fiscal y Financiera a abordar

[12] 1. Aseguramiento y Prestaciones; 2. Financiación Sanitaria; 3. Organización y Gestión; 4. Coordinación Territorial

de forma inmediata las líneas fundamentales del nuevo Acuerdo de financiación para el período 1998-2001, en el cual, respetando los principios de suficiencia y estabilidad financiera, se deberán establecer instrumentos para lograr una mayor disciplina presupuestaria que sea adecuada y realista de cara a la evolución futura mediante la determinación de las fuentes de financiación que, de forma adicional, se deban aportar al Sistema.

b) Se recomienda que en el nuevo Acuerdo de financiación se siga manteniendo como regla de distribución el criterio de la población protegida establecido por la Ley General de Sanidad ya que se entiende que en un servicio asistencial de corte universal como es el nuestro tiene difícil justificación teórica la no utilización de un criterio capitativo. Sin embargo, también consciente de las diferencias de coste que pueden motivarse entre las distintas Comunidades Autónomas a raíz de las diversas estructuras demográficas, docencia, desplazamientos de población, insularidad o dispersión geográfica, entre otros factores, se contempla la posibilidad de corregir o perfeccionar, en parte, al criterio de población protegida mediante otros criterios que permitan incluir fondos específicos para la financiación de los factores anteriormente señalados.

c) Por último, la Subcomisión insta al Consejo de Política Fiscal y Financiera a abordar, durante la vigencia del nuevo Acuerdo, la incorporación posterior de la financiación sanitaria en la financiación autonómica, sobre la base de criterios de integración progresiva y corresponsabilidad fiscal.

En relación a estas recomendaciones planteadas por la citada Subcomisión, Freire (1998, 30) interpreta que se trata de un documento que ha sido cuidadosamente redactado para ser “políticamente correcto” y, en consecuencia, ser aprobado sin ninguna oposición por el Pleno del Congreso de los Diputados al no proponer ninguna medida concreta con la que se estuviese en desacuerdo. Textualmente, el citado autor indica que se argumentan “[...] principios con los que nadie puede

estar en desacuerdo, ausencia de medidas concretas y una redacción calculadamente ambigua de los puntos susceptibles de discrepancia. Un texto en definitiva que cumple bien su papel de documento político genérico, pero que será poco útil a la hora de redactar un texto legal de contenido operativo [...]. No está claro qué es lo que implica (a qué obliga) la aprobación por el Pleno del Congreso de los Diputados el 17 de diciembre de 1997 del Acuerdo de la Comisión relativa al informe de la Subcomisión de Consolidación y Modernización del SNS [...]", llegando incluso a afirmar que "[...] las recomendaciones y propuestas que plantea el documento son expresiones que parecen más propias del lenguaje de profesores y expertos que prudentemente aconsejan a políticos, que de una comisión de Diputados que elabora un texto, que tras someterlo al Pleno del Congreso, debe servir para poner en marcha reformas concretas en el SNS".

Sin embargo, lo aprobado finalmente por el Pleno fue prácticamente el contenido del referido documento sin sufrir prácticamente modificación alguna. Por lo tanto, a raíz de los emplazamiento efectuados por la referida Subcomisión, el Consejo de Política Fiscal y Financiera intervendrá nuevamente en la aprobación del nuevo sistema de financiación de la Sanidad a aplicar en el período 1998-2001, cuyo resultado culminaría con la elaboración de un documento que recibió la denominación "Financiación de los Servicios de Sanidad en el período 1998-2001".

El citado documento consta, en su estructura, de seis acuerdos que abordaron los siguientes aspectos:

- Acuerdo primero: *Sistema de financiación de los Servicios de Sanidad para el cuatrienio 1998-2001*.
- Acuerdo segundo: *Reglas para las actuaciones de control del gasto en las prestaciones por Incapacidad Temporal.*
- Acuerdo tercero: *Regla especial para la ejecución presupuestaria de las entregas a cuenta por el Fondo general para 1998.*

- Acuerdo cuarto: *Medidas de mejora de la gestión.*
- Acuerdo quinto: *Aplicación de la garantía de financiación mínima a los traspasos de servicios.*
- Acuerdo sexto: *Aplicación del Acuerdo sobre el sistema de financiación de los Servicios de Sanidad en el cuatrienio 1998-2001 a las Comunidades de régimen foral.*

Así mismo, con el propósito de alcanzar los objetivos planteados en este nuevo escenario financiero para los servicios sanitarios, en el referido Acuerdo se enumeran los principios básicos que deberían servir para inspirar al mismo, éstos son:

- *Suficiencia estática*, por la cual se pretende que el montante inicial[13] de recursos financieros responda a las necesidades reales de gasto del Sistema. Para la consecución de esta suficiencia financiera de partida se calculó el volumen de recursos, para el primer año del período, que se entendía suficiente para la cobertura de las diversas prestaciones. Sin embargo, tal y como indica Cabasés (1998, 41) el presupuesto finalmente calculado dependía, en gran medida, del cumplimiento de numerosas expectativas de ahorro en diversos programas.
- *Homogeneidad distributiva,* entendida como la aceptación universal del criterio de distribución empleado. En lo relativo a este principio se hará especial referencia con posterioridad ya que es precisamente el que introduce la novedad más significativa de este período.

[13] Para garantizar la suficiencia de partida se determinó un volumen de recursos para el año 1998 que surgió como resultado de la *ampliación* del presupuesto asignado en el año 1994, de los *ahorros esperados* de la lucha contra el fraude en la incapacidad temporal, de la *dotación de nuevos recursos* para financiar los gastos extraordinarios por docencia y asistencia hospitalaria a los residentes en otros territorios, y se aumentan dotaciones como consecuencia de las *medidas de racionalización* del gasto que se adopten.

- *Suficiencia dinámica*, a través de la cual se quiere garantizar que el crecimiento potencial que se origine en el gasto sanitario a lo largo del período sea cubierto por los recursos financieros, por lo que se tendrá que establecer una regla de evolución en estos últimos. Con motivo de ello, se aplicaría a la financiación inicial del Sistema el índice de crecimiento del PIB en términos reales garantizando, de esta forma, eliminar las tensiones presupuestarias a lo largo del cuatrienio.

- *Satisfacción de la demanda de servicios*, tanto la derivada del régimen normal como la que se deriva por otros motivos específicos.

- *Eficiencia en la aplicación de los recursos*, para lo cual, se deberán establecer determinados planes encaminados hacia el control del gasto, fundamentalmente los que hacen referencia al fraude derivado de la percepción de prestaciones por incapacidad laboral. De esta forma, los recursos que se consigan ahorrar con la implantación de estas medidas de control se destinarían a mejorar la dotación de los servicios sanitarios.

- *Equidad en la distribución de los costes del sistema*, por la que, según el Acuerdo, se pretende garantizar una adecuada correspondencia entre determinados gastos del sistema y el cumplimiento de los fines de atención a la salud que le son propios, estableciendo para ello, la introducción de medidas de racionalización del gasto que resulten más efectivas.

- *Equilibrio financiero*, en el sentido de garantizar que la variable de distribución empleada, ésta es, la *población protegida* no tenga una incidencia significativa en la capacidad financiera de las administraciones gestoras, evitando, en consecuencia, las fuertes oscilaciones que pudieran ponerse de manifiesto a raíz de la variación cuantitativa de la población protegida.

A pesar del establecimiento de la relación de principios que inspirarían a este nuevo modelo financiero respecto al anterior al objeto de subsanar las deficiencias

que aún persistían en el Sistema, cabría resaltar como novedad más significativa la medida que se adoptó encaminada hacia el cumplimiento del principio de *Homogeneidad distributiva* al que anteriormente hicimos alusión.

En relación al mismo, a raíz de las insuficiencias que presentaba la utilización exclusiva del criterio puro de la población protegida para la distribución del total de los recursos del Sistema, se aprobó llevar a cabo una división del montante total de los recursos a distribuir calculados estos al inicio del período. Para ello, se creó, por primera vez, la configuración de dos fondos específicos y diferenciados, por un lado, el denominado *fondo general* y, por otro lado, el denominado *fondo de atenciones específicas*, los cuáles, a su vez serían distribuidos con criterios diferentes.

En relación al *fondo general*, éste quedaría destinado exclusivamente a la cobertura de las prestaciones generales del Sistema. Más concretamente, financiaría los gastos generados por la prestación de la asistencia sanitaria a la población, por lo que, en consecuencia, absorberá la mayor parte de los recursos globales, alrededor del 98,2%. El criterio que se utilizaría para su distribución lo constituyó el de la *población protegida* determinada en base a los datos procedentes de la población de derecho según el Padrón de 1996.

Por lo que respecta al segundo de los fondos constituidos, el denominado *fondo de atenciones específicas*, tendría la consideración de finalista ya que se encontraba destinado a la financiación de diversos conceptos específicos, entre ellos, los derivados de la modulación financiera[14], los gastos originados como consecuencia del desarrollo de actividades de docencia de formación de especialistas, así como, los derivados de la asistencia a desplazados. En relación al criterio empleado para

[14] La modulación financiera hace referencia a aquellas situaciones en que la población protegida de determinadas Comunidades Autónomas ha disminuido, por lo que en consecuencia, se hace necesario corregir, de alguna forma, las necesidades financieras de la variación en la población protegida no podrá suponer, para cada administración gestora, más del 0.25% de sus recursos asignados en el Proyecto de Presupuestos del año 1998. Esta garantía es la que recibirá la denominación de modulación financiera.

su distribución se debe poner de manifiesto que, en el momento de su constitución no se hizo público, tan sólo se argumentó que se aplicaría en base a los criterios o índices que, según los estudios realizados, reflejen el saldo financiero de cada administración gestora, a los gastos por docencia y asistencia hospitalaria, asignando valor cero en caso de saldo deudor.

Sin embargo, a este respecto tal y como manifiesta Cabasés (1998, 43) la distribución de una parte del volumen de recursos asignados a este fondo para la financiación de los gastos extraordinarios originados por la docencia y asistencia hospitalaria a los residentes en otros territorios se asignó en un 49% a Cataluña y en un 28% a Andalucía sin ofrecer estudios que justificasen dicho reparto. En consecuencia, son muchos autores los que opinan que por la falta de transparencia en la distribución del fondo específico éste quedase en manos de aquellas Comunidades Autónomas que ganan más y, atendiendo, en consecuencia, a las consabidas negociaciones políticas. "[...] Todo acuerdo de financiación autonómica supone un pacto. El peso de cada Comunidad Autónoma, como no puede ser de otro modo, es diferente. En la línea de financiación de gasto en la que nos movemos, los límites son los constitucionales y del encaje de cada Comunidad Autónoma. El País Vasco y Navarra son ejemplos paradigmáticos de esta posición. Es difícil por ello que resulte justificable invalidar las posiciones de otras Comunidades Autónomas desde su referente político." (López i Casasnovas; 1998, 21)

En síntesis, entre las conclusiones a considerar de este tercer acuerdo relativo a la financiación de la Sanidad pública española para el período 1998-2001 destacamos las siguientes:

Básicamente, se asumieron los criterios aprobados en el acuerdo financiero del anterior cuatrienio 94-97 relativos a la adopción del criterio de población protegida para la distribución de los recursos e ir actualizando el presupuesto en función de la evolución del PIB nominal, aunque en este caso, al coste de los factores.

De otra parte, se deben apreciar las novedades que se introdujeron relativas a la constitución de dos fondos diferenciados para cuya distribución se atendería también a criterios distintos. Así mismo, de entre los dos fondos creados, adquirirá especial consideración el específico, destinado principalmente a la financiación de necesidades adicionales y específicas en las diversas Comunidades Autónomas, tales como, la denominada modulación financiera, actividades de docencia y atención hospitalaria a pacientes desplazados.

Por otro lado, se deben resaltar las medidas encaminadas hacia el control del fraude lo cual permitirá desviar esos recursos a la financiación de la asistencia sanitaria, sin embargo, a pesar de todos los esfuerzos empleados el gasto sanitario público sigue crecido de forma sistemática por encima del PIB con independencia de haber querido intentar ajustar su crecimiento a la citada variable macroeconómica.

Finalmente, en este acuerdo tampoco se llegó a concretar nada en relación a la elaboración de un sistema de facturación entre Comunidades Autónomas, sigue mostrándose como un sistema de financiación muy dependiente de negociaciones políticas, por lo que, se sigue en la lucha sobre la incorporación futura de la financiación sanitaria en la financiación general autonómica vía LOFCA al objeto de alcanzar el tan deseado traslado de riesgos a las distintas Comunidades Autónomas.

En relación a esto último, Cabasés (1998, 44) afirma que si se consiguiera dicha incorporación “[...] se hace obsoleta la discusión basada en el reparto, ya que pasa claramente a ser residual”. Asimismo considera que estamos en el momento óptimo para llevarlo a cabo ya que se prevé las transferencias de la gestión de los servicios sanitarios al resto de las Comunidades Autónomas pendientes, así como, la desaparición definitiva de las cotizaciones como forma de financiación de la sanidad pública.

1.5.2 La incorporación de la financiación de la Sanidad pública española en el vigente modelo de financiación autonómico

El año 2002 será decisivo en el ámbito sanitario ya que coincidirán, por un lado, la finalización del proceso de transferencias de la gestión de los servicios sanitarios del Insalud a las Comunidades Autónomas, así como, el Acuerdo de financiación sanitaria adoptado por el Consejo de Política Fiscal y Financiera para el cuatrienio 1998-2001 y, por otro lado, a raíz de la culminación de este último comenzará en nuestro país, por primera vez, la puesta en práctica del planteamiento relativo a la integración de la financiación sanitaria en el sistema general de financiación autonómica.

De esta forma, en diciembre de 2001 finalizaría el Acuerdo de financiación sanitaria vigente en el período anterior para dejar paso al comienzo de una etapa novedosa y muy solicitada para el ámbito sanitario, a través de la cual, finalmente, el sistema de financiación sanitaria ya no queda al margen del sistema general de financiación autonómica, sino que, por el contrario, forma parte del mismo.

Va a ser a través de la aprobación de 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 y Ciudades con Estatuto de Autonomía,* mediante la cual entrará en vigor el nuevo acuerdo de financiación autonómica aprobado el 27 de julio de 2001 en el seno del Consejo de Política Fiscal y Financiera. La aportación más significativa que resultó de la determinación de este nuevo acuerdo financiero consistió en la integración, en un único mecanismo financiero, de los tres subsistemas de financiación autonómica vigentes de forma independiente hasta el momento, éstos son, el de la financiación de las competencias comunes, el de financiación de los servicios sanitarios y el de financiación de los servicios sociales.

Evidentemente, la puesta en práctica de este nuevo marco de financiación autonómica, en el que el aspecto más relevante lo constituye la integración de la

financiación sanitaria, exigirá llevar a cabo importantes reformas legales, entre ellas, la relativa a la Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas, más comúnmente conocida bajo la denominación LOFCA, así como, la adopción de una nueva estructura que permitiera proceder a su efectiva aplicación.

Antes de efectuar la descripción de los rasgos principales que caracterizarán a este nuevo y vigente marco financiero, convendría diferenciar de manera muy breve los dos modelos principales en los que se pueden fundamentar, desde una perspectiva económica, la financiación de cualquier servicio transferido, en este caso, el relativo a los servicios sanitarios. Así pues, desde un punto de vista estrictamente económico, esta última puede llevarse a cabo mediante la implementación, por un lado, del denominado *modelo específico o línea de gasto* y, por otro lado, en base al conocido *modelo generalista o línea de ingreso o espacio fiscal.*

Todos los acuerdos de financiación sanitaria alcanzados en España hasta el período 1998-2001, inclusive, se encardinaron bajo la concepción del *modelo específico o línea de gasto*, mientras que el vigente acuerdo de financiación que entró en vigor a partir de enero de 2002, se ha formulado en base a la *línea de espacio fiscal o modelo generalista*.

En síntesis, entre las características generales que definen y, en consecuencia, diferencian a ambos modelos, figuran las siguientes:

En el *modelo específico o línea de gasto* los servicios sanitarios se financian a través de un sistema de transferencias condicionadas, es decir, a través de un conjunto de transferencias destinadas específicamente a la función sanitaria de las diversas Comunidades Autónomas. Es por ello, por lo que funciona como un sistema finalista, ya que se basa "[...] en la territorialización del gasto como subvención central a favor de los entes regionales a partir del gasto estimado por el gobierno como necesario para financiar los servicios transferidos." (Cabasés; 1998, 23)

Para efectuar la distribución regional de los recursos se pueden utilizar diversos criterios, entre ellos, el per cápita, el gasto histórico, el de necesidad, etc.

Por lo que respecta al *modelo generalista o espacio fiscal*, en el mismo se procede a la integración de la financiación sanitaria en el modelo general de financiación autonómica. En consecuencia, la financiación de la función de Sanidad ya no se efectuará vía transferencias específicas sino a través de la cesión, por parte del Estado, de un conjunto de tributos a las respectivas Comunidades Autónomas mediante los cuáles, estas últimas, deberán obtener los ingresos necesarios para el mantenimiento del conjunto de los servicios que les han sido traspasados, entre ellos, los sanitarios. De esta forma, se pretende que el gobierno regional adquiera una mayor autonomía y corresponsabilidad fiscal, permitiéndole ampliar su margen de maniobra al objeto de alcanzar una mejor adecuación de la gestión a las necesidades específicas de su propio ámbito territorial.

En cuanto a la idoneidad de ambos modelos, se reconoce como principal ventaja de este último la mayor autonomía y corresponsabilidad fiscal que asume el gobierno autonómico, sin embargo, también se sabe que los modelos de financiación basados en la línea de ingreso incorporan mayor riesgo y, en mayor medida, para aquellas Comunidades Autónomas que aún no han logrado un desarrollo económico considerable que les permita disponer de la suficiente capacidad recaudatoria y, más aún, tratándose de incluir una clase de servicio, como representa el sanitario, el cual detrae un volumen considerable del montante global de la financiación.

Por lo que respecta a las principales ventajas del modelo fundamentado *en la línea de gasto,* en principio, al contar con una financiación específica y, además para el caso concreto español, formar parte del Presupuesto de la Seguridad Social, resulta más protector para aquellas Comunidades Autónomas consideradas más *pobres,* por así calificar de alguna forma a aquellas que no disponen de una capacidad recaudatoria similar al de otras Comunidades como consecuencia de no haber logrado, de momento, un desarrollo económico considerable. Así mismo, en

opinión de Cantarero (2002, 73) este modelo permite ser "[...] más visible para los gestores en los Presupuestos y más comparable a la vez que podría permitir un mayor control del Ministerio de Sanidad y mantener el principio de equidad entre las regiones, si bien puede que lo realmente importante sea la equidad personal y no la interterritorial."

Establecidas las características principales que diferencian a ambos modelos, existen muchas opiniones y argumentos que apoyan tanto a una como a otra vía de financiación, no obstante, en nuestra opinión, se puede observar que las mismas se encuentran condicionadas, en parte, por la profesión que desempeña su autor, ya que los aspectos sobre los cuáles se hace incidencia difieren si la opinión procede del ámbito profesional, del académico e, incluso, si emanan de los propios puestos de responsabilidad del Ministerio, así como, de los respectivos gobiernos autonómicos.

Sin embargo, con posterioridad tendremos ocasión de hacer referencia a dichas valoraciones, por cuanto, a continuación, nos parece más oportuno describir como se concretó finalmente la regulación del actual y vigente marco de financiación de la asistencia sanitaria.

En síntesis, la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, al objeto de dar cumplimiento a los fines establecidos en la misma, quedó estructurada en los siguientes Títulos:

- Título preliminar: *objeto de la ley*

En el cual se plantearía como objeto principal de la misma, los aspectos vinculados con la regulación del Sistema de Financiación de las Comunidades Autónomas desde 1 de enero de 2002 y, por consiguiente, el nuevo régimen general de cesión de tributos del Estado a las Comunidades Autónomas, la participación de las Comunidades Autónomas en la Agencia Estatal de Administración Tributaria, las asignaciones de nivelación de los servicios públicos fundamentales y, por último, la adaptación de la Ley General de Sanidad y del Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social.

- Título I: *Sistema de financiación de las Comunidades Autónomas*

Se considera a este Título de especial relevancia por cuanto, en primer lugar, incorpora una de las novedades más significativas en lo referente a la técnica legislativa empleada para la configuración del sistema de financiación de una determinada Comunidad Autónoma, ya que, la seguida hasta entonces consistía en la utilización de diversos métodos, modelos o sistemas. Sin embargo, en la presente Ley se manifiesta expresamente que a pesar de que en momentos anteriores los acuerdos del Consejo de Política Fiscal y Financiera de las Comunidades Autónomas se publicaban como tales *acuerdos* en el Boletín Oficial del Estado, esta es la primera vez que se regula el nuevo sistema de financiación utilizando el rango formal de *Ley* con el propósito fundamental de otorgarle un carácter de permanencia y no transitorio.

A su vez, este Título se estructuró en tres secciones relativas a las siguientes materias:

- Sección I: *Necesidades de financiación del Sistema en el año base: suficiencia estática*
- Sección II: *Recursos financieros del Sistema en el año base*
- Sección III: *Evolución del Sistema de Financiación. Suficiencia dinámica*

No se hará referencia al contenido regulado en las citadas secciones ya que, posteriormente, se analizará con exclusividad aquello vinculado a nuestro objeto de estudio, es decir, lo concerniente a la financiación de los servicios sanitarios.

- Título II: *Cesión de tributos del Estado a las Comunidades Autónomas*

En este Título se dispondrá cómo el nuevo sistema de financiación autonómica desarrolla, amplía y mejora la estructura de los recursos a percibir por las diversas Comunidades Autónomas potenciando, de esta forma, la corresponsabilidad fiscal de las mismas.

Con motivo de ello, se pone de manifiesto que la presente Ley acomete una importante reforma en el régimen general de cesión de tributos del Estado a las Comunidades Autónomas, lo que ha originado que la LOFCA se modifique, de forma que, los tributos susceptibles de cesión han vuelto a ser nuevamente catalogados, sin perjuicio de los ya efectivamente cedidos y, además, dictando las pautas de comportamiento en la asunción de determinadas competencias normativas.

- Título III: *Adaptación de la normativa de los tributos cedidos*

En el mismo se llevará a cabo la enumeración del articulado relativo a las modificaciones efectuadas en torno a la nueva normativa del conjunto de tributos cedidos.

- Título IV: *Participación de las Comunidades Autónomas en la Agencia Estatal de la Administración Tributaria*

La Ley aborda en el presente Título la participación de las Comunidades Autónomas en la Agencia Estatal de Administración Tributaria de manera que se cumplan los objetivos del Acuerdo alcanzado el pasado 27 de julio de 2001.

- Título V: *Asignaciones de nivelación*

En este Título se hace alusión a las asignaciones de nivelación de los servicios públicos que se consideran fundamentales, éstos son, la educación y la sanidad. Con ello se quiere garantizar un nivel mínimo en la prestación de los servicios públicos fundamentales de educación y sanidad, concretando las situaciones en las que se considera que puede existir una desviación en aquel nivel en una determinada Comunidad Autónoma.

Esta circunstancia implicará un análisis conjunto por parte del Estado y de la Comunidad Autónoma afectada, sobre toda la financiación de ésta, a los efectos de determinar si procede su participación en las asignaciones de nivelación.

- Título VI: *Adaptación de la Ley General de Sanidad y del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social*

Debido a la principal novedad que ha caracterizado al vigente sistema de financiación, es decir, la integración de la financiación relativa a las competencias comunes traspasadas a las Comunidades Autónomas, la de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social y la de los servicios sociales de la Seguridad Social, en un único dispositivo financiero, este Título hace referencia a las modificaciones que se deben realizar en la Ley General de Sanidad y en el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social para la puesta en marcha del nuevo sistema financiero.

En la presente Ley se incluirán, además de los Títulos a los que hemos hecho mención anteriormente, una relación de disposiciones adicionales, transitorias, y derogatorias, constituyendo la disposición transitoria segunda la que hace referencia a la *Financiación de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social.*

Expuesta, brevemente, la estructura adoptada por la presente Ley al objeto de poner en práctica el nuevo sistema de financiación autonómico, a continuación, se hará referencia al conjunto de principios que inspiran al mismo de forma similar que sucedía en los anteriores acuerdos de financiación analizados previamente.

En primer término, al igual que sucedía en los anteriores acuerdos de financiación sanitaria, el nuevo Sistema de financiación se fundamenta en un conjunto de principios, éstos son, el principio de generalidad, estabilidad, suficiencia, autonomía, solidaridad, coordinación y participación. La materialización de tales principios queda manifiesta de la siguiente manera:

- Principio de *Generalidad*: Este principio quiere dejar constancia del carácter integrador del sistema de financiación que se propone, en tanto que abarca la financiación de todos los servicios susceptibles de traspaso a las Comunidades Autónomas.

- Principio de *Estabilidad*: Implica que el Sistema de financiación tiene carácter permanente para conseguir, de esta forma, que las Comunidades Autónomas puedan realizar una planificación a largo plazo con mayor certidumbre y seguridad.

De hecho, tal y como afirman Martín et al. (2002: 241) el modelo entró en vigor en enero de 2002 y se aprueba con carácter indefinido ya que no se estipula en ningún momento una fecha de duración límite referida a un período de tiempo determinado, como sí sucedió en los anteriores acuerdos de financiación.

- Principio de *Suficiencia*: Mediante la aplicación de este principio se asegurará que todas las Comunidades Autónomas dispongan de los recursos suficientes para atender a la prestación de los servicios asumidos y los susceptibles de traspaso. La concreción de este principio vendrá dada por la consecución específica de los tres elementos siguientes: el cálculo de las necesidades de financiación; la regulación de sus recursos y, las reglas de evolución..

- Principio de *Autonomía*: En virtud del cual, el sistema de financiación amplía las potestades de decisión de las Comunidades Autónomas en materia fiscal, tanto en lo que respecta a la forma de obtención de sus recursos, como en lo relativo a las condiciones de la prestación de sus servicios.

- Principio de *Solidaridad*: Garantiza que las Comunidades Autónomas puedan prestar sus servicios en condiciones equivalentes, con independencia de las distintas capacidades de obtención de recursos tributarios, mediante la determinación de las necesidades totales de financiación y mediante la implantación del denominado Fondo de Suficiencia.

- Principio de *Coordinación*: En aplicación de este principio, el sistema de financiación incorpora las normas concretas de localización y atribución

de los rendimientos de los tributos cedidos a las Comunidades Autónomas, así como de colaboración entre las Administraciones en los aspectos relacionados con la gestión, liquidación, recaudación e inspección de los tributos, en la revisión de los actos dictados en vía de gestión tributaria, todo ello con la finalidad de dar mayor seguridad y estabilidad al ejercicio de las potestades fiscales de las Comunidades Autónomas.

- Principio de *Participación*: Como consecuencia del mismo, el sistema introduce los mecanismos de colaboración y participación efectivos de las Comunidades Autónomas en la toma de decisiones en la Agencia Estatal de Administración Tributaria, especialmente en aquellas áreas que afecten a la gestión de sus recursos. Así mismo, el Sistema introduce el principio de participación de las Comunidades Autónomas en los Tribunales Económico-Administrativos de ámbito regional del Estado.

Enumerados los principios fundamentales que van a regir para el conjunto del modelo de financiación autonómico, se debe poner de manifiesto que nuestro propósito en el presente epígrafe no consiste en la realización de un análisis general de la referida legislación, es decir, de todos aquellos aspectos que conlleva este novedoso marco financiero autonómico, por el contrario, solamente nos detendremos en aquellos que son específicos de la financiación de la asistencia sanitaria.

Sin embargo, entendemos que sí que resulta necesario para su mejor comprensión disponer de una idea, aunque sea mínima, de cuáles son las líneas básicas o generales que se plantean para el conjunto del sistema de financiación y que son extensibles, en su mayoría, a los tres bloques competenciales que presenta y, que por lo tanto, no son exclusivos del aspecto sanitario y pudiera pensarse, erróneamente, que sí. En este sentido, coincidimos con lo que señalan Montero et al. (2002, 243) puesto que a lo largo del extenso articulado, se desprende que el modelo de financiación responde, fundamentalmente, a cuatro interrogantes, éstos son, “[...] qué cantidad distribuir, cómo distribuirla, con qué recursos satisfacerla

y mediante qué reglas de evolución dinámica actúa" para cada uno de los tres bloques competenciales de manera individual.

Con motivo de ello, en la *Sección I* se regula todo lo relativo a la determinación de las *necesidades de financiación del Sistema* en un determinado año base, para garantizar, de esta forma, la denominada *suficiencia estática*, es decir, que exista suficiencia financiera en el momento de partida, estableciendo para ello las siguientes líneas de actuación:

- Se fijó como año base del Sistema de Financiación, el año 1999[15].

- Se determinan cuáles son las necesidades de financiación de las distintas Comunidades Autónomas en el citado año base mediante la aplicación a la *masa homogénea de financiación* asignada a cada uno de los bloques competenciales en valores del año base 1999, de las variables sociodemográficas y distributivas, y determinadas ponderaciones y modulaciones.

Esto último quiere decir que, en principio, se tuvo que calcular lo que denominaron como *masa homogénea de financiación* para cada uno de los bloques competenciales existentes, tomando en consideración para cada uno de ellos los valores resultantes del año base establecido, es decir, el año 1999. Con motivo de ello, se deberían especificar de manera individual los tres bloques competenciales a tener en consideración, éstos fueron los siguientes:

- Primer bloque: financiación de *competencias comunes*

Este importe resulta de la liquidación definitiva efectuada en el año 1999 por los diversos conceptos que integran a la clasificación categorizada como competencias comunes.

[15] Según Martín et al. (2002, 242) se tomó de base el año 1999 por ser el último del que se disponen datos presupuestarios oficiales y definitivos, estableciendo que para el caso específico de los servicios sanitarios la determinación de la restricción inicial tomó en consideración la liquidación presupuestaria del año 2000 deflactándola al año 1999.

- Segundo bloque: financiación de la *gestión de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social.*

Quedará integrada por la financiación resultante de la liquidación definitiva del año 1999, para las Comunidades Autónomas con competencias asumidas en la materia y por el importe de la financiación resultante para las restantes Comunidades Autónomas integradas en el bloque INSALUD gestión directa.

- Tercer bloque: financiación de la gestión *de los servicios sociales de la Seguridad Social.*

Viene determinado por la financiación que resulta de la liquidación definitiva del año 1999 para las Comunidades Autónomas de régimen común.

La referida legislación, en su artículo cuarto, lleva a cabo la regulación individual de cada uno de los bloques competenciales atendiendo a diversas partidas y criterios, en su mayoría, específicos a cada uno de ellos y a los cuáles no haremos referencia debido, principalmente, a su extensión.

De esta forma, tal y como afirman De Dios et al. (2002, 243) el sistema de financiación comienza calculando una restricción inicial en el año base para el conjunto del sistema, resultando de la consideración de la suma de las restricciones iniciales para cada uno de los tres bloques competenciales.

En el caso particular de la financiación de los servicios de asistencia sanitaria, ya vimos como su restricción inicial venía determinada por la integración de la financiación resultante de la liquidación definitiva del año 1999, para las Comunidades Autónomas con competencias asumidas en la materia y por el importe de la financiación resultante para las restantes Comunidades Autónomas integradas en el bloque INSALUD gestión directa, quedando determinada de esta forma qué cantidad se tiene que distribuir.

Sin embargo, como indican los referidos autores, para poder disponer de la cantidad a transferir en el momento en que efectivamente entrase en vigor este nuevo sistema de financiación, es decir, en enero de 2002, sería preciso actualizar

dichas cantidades en los términos que se habían previsto en los correspondientes acuerdos de financiación. De esta forma, el volumen de financiación arrojó la cifra de 22.651,40 millones de euros constituyéndose como la cifra de restricción inicial del Sistema y la cantidad a distribuir entre los agentes del gasto sanitario público, importes que, asimismo, tienen que ser empleados por parte de las diversas Comunidades Autónomas de forma obligatoria en la función de sanidad, "[...] por lo que se consideran asignaciones vinculadas, con carácter de mínimas, al presupuesto sanitario" (Martín et al; 2002, 244).

Calculado el volumen de financiación asignado a dicho bloque competencial, el siguiente paso consistirá en determinar la forma en que se va a proceder para su distribución. En relación a ello, el artículo cuarto de la referida legislación enumera tres categorías de fondos entre los cuáles se deberá llevar a cabo tal distribución. La denominación de estos fondos, así como las variables y criterios a tener en consideración para su correspondiente distribución son los que se indican a continuación:

- *Fondo General*: La masa homogénea de financiación de este bloque competencial se asigna de acuerdo con los siguientes criterios:

El criterio de la *población protegida:* La distribución por esta variable se efectúa proporcionalmente al valor de la misma para 1999 según las estadísticas elaboradas por el Ministerio de Sanidad y Consumo. La ponderación de esta variable es del 75 %.

El criterio de *población mayor de sesenta y cinco años*. La asignación, de acuerdo con esta variable, se lleva a cabo en función a la población mayor de sesenta y cinco años del Padrón a 1 de enero de 1999 para cada Comunidad Autónoma, elaborado por el INE. La ponderación de esta variable es del 24,5 %.

El criterio de la *Insularidad:* La asignación por esta variable se efectúa proporcionalmente a la distancia en kilómetros, ponderada por tramos, entre las costas de la península y las capitales insulares, con base en la información que

facilite el Centro Nacional de Información Geográfica del Ministerio de Fomento. La ponderación de esta variable es del 0,5 %.

- *Garantía de mínimos*: Esta tipología de fondo en el sistema desea garantizar que la financiación asignada a cada Comunidad Autónoma por el Fondo General sea, al menos, igual a la que cada una de ellas tiene asignada, como masa homogénea de financiación en este bloque de competencias.

- *Fondos específicos:* Se establecen los dos Fondos específicos siguientes:

  a) Fondo *Programa de ahorro en incapacidad temporal*

  b) Fondo *de cohesión sanitaria*

El Fondo *Programa de ahorro en incapacidad temporal,* financia la adopción de programas y medidas dirigidas al control del gasto relativo a la incapacidad temporal y a la mejora de la gestión de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social para estas contingencias, correspondiendo la gestión financiera de dicho fondo a la Tesorería General de la Seguridad Social. La dotación de este Fondo es de 240,40 millones de euros, que se incrementará anualmente según se determine en las leyes de Presupuestos Generales del Estado, y se distribuirá entre las Comunidades Autónomas de acuerdo con la población protegida. El importe de este Fondo para cada Comunidad Autónoma está integrado en las necesidades de financiación para cada Comunidad Autónoma de la práctica de las operaciones a que se refieren las letras a) y b) anteriores.

El Fondo *de cohesión sanitaria* tiene por finalidad garantizar la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria públicos en todo el territorio español, y la atención a ciudadanos desplazados procedentes de países de la Unión Europea o de países con los que España tenga suscritos convenios de asistencia sanitaria recíproca. Este fondo será gestionado por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

En lo referente a la distribución de estos fondos se articulará atendiendo a su regulación específica. Dicho Ministerio establecerá el procedimiento para compensar con cargo a este Fondo a las Comunidades Autónomas por el saldo neto de la asistencia sanitaria prestada a desplazados.

Calculado el importe de las correspondientes necesidades de financiación que precisa cada Comunidad Autónoma, el siguiente paso a dar consiste en determinar la forma en que se llevará a cabo la financiación de las referidas necesidades.

En relación a ello, el artículo quinto regula expresamente que tal financiación se debe realizar con la *totalidad* de los recursos del sistema en sus valores del año 1999. En este caso, pudiera pensarse que la materialización de tal financiación se efectuaría vía transferencias monetarias como sucedió en los acuerdos de financiación de los períodos anteriormente analizados, sin embargo, en este nuevo modelo de financiación se opta por la cesión a las respectivas Comunidades Autónomas de la recaudación de nuevos tributos que, agregados a aquellos otros que se habían asumido con anterioridad, estarán destinados a financiar sus respectivas necesidades de financiación. A este respecto, tal y como afirman Montero et al. (2002: 247) de esta forma, es decir, mediante la cesión de la recaudación de una cesta de impuestos con distinta capacidad recaudatoria se pretende llevar a cabo la implantación de un modelo de corresponsabilidad fiscal en las respectivas Comunidades Autónomas.

En el propio texto normativo se enumeran de forma detallada los tributos que ya habían sido cedidos anteriormente, así como, los que son objeto de nueva incorporación. Entre estos últimos, se incluye la cesión de los siguientes: 33% de la recaudación del IRPF; 35% de la recaudación líquida por IVA; 40% de la recaudación líquida por los impuestos sobre productos intermedios y sobre alcohol y bebidas derivadas; 40% de la recaudación líquida del impuesto sobre hidrocarburos y del impuesto sobre labores del tabaco; 100% de la recaudación líquida por el impuesto sobre la electricidad.

Una vez determinadas las necesidades de financiación de cada Comunidad Autónoma y la forma en que se va a hacer frente a la misma, en este caso, mediante la cesión de nuevos tributos, sólo restaría hacer mención a otro concepto que introduce la normativa a la que estamos haciendo mención. Se trata del denominado *Fondo de suficiencia,* el cual queda definido como la diferencia, positiva o negativa, entre las necesidades totales de financiación de cada Comunidad Autónoma y el valor de los recursos relativo a la recaudación de los tributos cedidos, tanto a los nuevos como a los antiguos.

En consecuencia, todo ello se podría expresar de la siguiente manera:

$$NF = CT + FS$$

En donde:

NF: representa las *necesidades de financiación* de cada Comunidad Autónoma, las cuáles vendrán dadas por la suma de las necesidades de los tres bloques competenciales, éstos son, el de competencias comunes, el de gestión de los servicios de asistencia sanitaria y el de la gestión de los servicios sociales de la Seguridad Social.

CT: representa *el valor de los recursos relativo a la recaudación de los tributos cedidos* a la respectiva Comunidad Autónoma, es decir, la capacidad recaudatoria de la misma a través de los tributos que ya tenía cedidos y de los que han sido objeto de nueva cesión.

FS: representa al *fondo de suficiencia* y, por lo tanto, se determina por la diferencia, positiva o negativa, entre las necesidades totales de financiación de cada Comunidad Autónoma y el valor de los recursos relativo a la recaudación de los tributos cedidos.

En relación a este último Martín et al. (2002, 248) nos especifican que se trata del mecanismo general de cierre de todo el sistema, destinado a cubrir la diferencia entre las necesidades de financiación de cada Comunidad Autónoma y su

correspondiente capacidad fiscal. Cuando su signo es positivo nos está indicando defecto de capacidad fiscal y, cuando es negativo, representa exceso de capacidad fiscal.

Otro de los objetivos planteado con la creación de este modelo de financiación, hace referencia a garantizar la suficiencia financiera del Sistema no sólo al inicio del mismo sino que pretende la implantación de una evolución dinámica en el transcurso del tiempo, tal y como ha venido sucediendo en los últimos acuerdos de financiación anteriormente analizados.

Derivado de ello, en la Sección III del texto normativo, y más concretamente en su artículo siete, regula lo concerniente a la evolución del sistema de financiación y a la suficiencia dinámica del mismo, estableciendo para ello, que la financiación de cada Comunidad Autónoma estará constituida por el valor definitivo, correspondiente a cada año, de los recursos del Sistema de Financiación que le sean aplicables.

A estos efectos, a partir de 1 de enero de 2002 las Comunidades Autónomas recibirán, cada año, la financiación correspondiente a las entregas a cuenta de cada uno de los citados recursos, que les sean de aplicación y, en el año en que se conozcan los valores definitivos de los citados recursos se procederá a la liquidación definitiva que corresponda por diferencia entre el importe de las entregas a cuenta percibidas y los valores definitivos de los mismos. Así mismo, se ha previsto en el segundo apartado del artículo siete de la legislación, el establecimiento de un mecanismo de compensación de los saldos deudores o acreedores que pudieran resultar de las correspondientes liquidaciones definitivas, sin embargo, no entraremos en su detalle.

De otra parte, se proponen determinados parámetros de evolución, entre los que figuran el ITE nacional, el ITE regional y el PIB nominal a precios de mercado. Martín et al (2002, 249) efectúan una valoración en torno a los mismos estableciendo, en síntesis, que a diferencia del sistema de financiación anterior se

pasa de una referencia de evolución denominada ITAE[16] que incluía, en general, a todos los ingresos tributarios menos las aportaciones a las comunidades europeas, a un índice ITE[17] que sólo incluye los tributos mencionados, excluyéndose a otros con gran potencial de crecimiento en los últimos años como las cotizaciones sociales o el impuesto sobre sociedades. Además, se ha modificado el índice PIB que sirve como base, pasando del PIB a coste de los factores al PIB a precios de mercado, que incluye los impuestos y subvenciones a la fabricación.

Así mismo, por último cabría resaltar que de entre las partidas que resultan afectadas por los referidos índices de evolución figuran, de una parte, las cantidades destinadas por cada Comunidad Autónoma a la gestión de los servicios sanitarios y sociales de la seguridad social que deberán incrementarse cada año como mínimo el ITEn. Con motivo de ello, se ha establecido que para garantizar dicho incremento anual será preciso vincular todos los recursos financieros que el sistema otorga a cada Comunidad Autónoma y, de otra parte, durante los tres primeros años desde la entrada en vigor del nuevo modelo financiero, los recursos destinados a la financiación del sistema sanitario crecerán en función del PIB nominal.

Descritos finalmente los principales aspectos normativos vinculados al vigente acuerdo de financiación sanitaria, a través de los cuales hemos pasado del tradicional mecanismo de distribución del gasto con financiación específica al modelo de línea de ingreso o espacio fiscal, éste último, tal y como hacíamos referencia al comienzo, ha recibido tantas muestras de apoyo como tantas otras que manifiestan disconformidad en relación al mismo.

Básicamente, aquellos que muestran su conformidad entienden que la integración de la financiación sanitaria en la financiación autonómica general, resulta indicativa de que ya no existe justificación alguna de considerar a la sanidad "*diferente*" del resto de servicios autonómicos y, en consecuencia, interpretan que

[16] ITAE son las siglas que hacen referencia a los Ingresos Tributarios Ajustados Estructuralmente

[17] El modelo de financiación no hace referencia a qué corresponden dichas siglas

mediante la afectación de impuestos propios a la financiación sanitaria se proporcionará, en principio, mayor grado de suficiencia financiera en el caso de que dichos impuestos descentralizados tuvieran una evolución dinámica positiva en cuanto a su nivel de recaudación. Sin embargo, en relación a esto último, Cantarero (2002, 80), que se muestra más partidario de este tipo de financiación aunque es consciente de sus limitaciones, por lo que señala que aún es pronto para poder realizar consideraciones definitivas en cuanto al mismo, estima que convendría poner de relieve que el acuerdo de financiación finalmente adoptado no puede calificarse en puridad como un modelo general, sino como lo que él entiende por modelo *mixto*, ya que, en realidad no existe una integración total de la Sanidad sin ningún tipo de condición, aunque bien es cierto que se ha llevado a cabo la introducción de mayores dosis de riesgo en lo relativo a la evolución dinámica de las fuentes de financiación, con la novedad de que ahora las garantías son menores que en el sistema anterior.

En una posición totalmente contraria a los partidarios del actual sistema se encuentra, entre otros, Rey del Castillo, del que cabría referenciar, y de forma explícita, el título que da contenido a su artículo "El acuerdo sobre la financiación sanitaria: ¿Crónica de una muerte anunciada o todavía queda algo que hacer por defender un sistema sanitario equitativo y universal?" (Rey del Castillo; 2002, 69), ya que entendemos que, simplemente de su lectura se desprende el espíritu y esencia del mismo.

Este autor nos quiere advertir de que la incorporación de la financiación sanitaria en el sistema de financiación autonómico general constituye el hecho más relevante que ha tenido lugar en el Sistema Sanitario español desde su creación, y que a pesar de que el acuerdo finalmente adoptado contó con el apoyo mayoritario de los partidos políticos y de todas las Comunidades Autónomas, socialmente fue presentado como un mecanismo a través del cual se mejoraría la eficiencia tan demandada para el ámbito sanitario, y que de forma reiterada constituía una de las principales deficiencias en los anteriores sistemas de financiación. Es por ello, por lo que no entiende como se puede explicar el hecho de que "[...] unas actuaciones

de repercusiones potenciales muy importantes sobre unos servicios tan valorados teóricamente por los ciudadanos como los sanitarios hayan pasado tan desapercibidas para la mayoría de aquellos y para los medios de comunicación" (2002, 70).

Del análisis efectuado destacamos, en síntesis, las principales consecuencias potenciales que pueden derivarse de su aplicación:

a) Posible ruptura de la cobertura sanitaria universal

Este hecho se deriva del traslado a las diversas Comunidades Autónomas de la responsabilidad de una prestación universal que hasta el momento mantenía con exclusividad la Administración del Estado, al estar vinculada específicamente a la condición de ciudadanía. De esta forma, se prevé el fraccionamiento de tal cobertura por parte de los gobiernos autonómicos a raíz de la atención prestada a la población en su ámbito territorial, por cuanto han desaparecido los mecanismos que con anterioridad permitían a la intervención estatal el mantenimiento de los principios de universalidad y equidad.

En consecuencia, no es lo mismo la suma de la protección sanitaria otorgada por cada uno de los territorios autonómicos a sus propios ciudadanos que la protección sanitaria universal que hasta ahora venía existiendo.

b) Insuficiencia financiera real del Sistema para continuar manteniendo la prestación sanitaria en los niveles alcanzados hasta la actualidad

El hecho de haber pasado de un ámbito de protección por parte de la Seguridad Social, cuyo propósito fundamental consistía en el mantenimiento de unas prestaciones básicamente idénticas para todos los ciudadanos, con independencia de que se llevase a cabo una gestión descentralizada de los servicios, y tratando de garantizar la sostenibilidad financiera del conjunto del Sistema mediante la competencia estatal sobre el régimen económico de la Seguridad Social vía "caja única", y con independencia de que los ingresos destinados a la cobertura de la

prestación sanitaria tuviesen como fuente de financiación los impuestos, a un ámbito de protección regional en el que las distintas Comunidades Autónomas tienen la potestad de generación y utilización de los recursos destinados a la financiación de la Sanidad, dará lugar, casi inevitablemente, a la diversificación de las prestaciones, así como, a plantearnos si realmente los gobiernos autonómicos serán capaces de financiar los servicios traspasados, exclusivamente con cargo a los tributos cedidos, es decir, ¿cuál será su capacidad de autofinanciación como si de cualquier otra empresa se tratase?.

En relación a esto último se han realizado ya trabajos encaminados a estimar la suficiencia de estas fuentes de financiación para nutrir a los respectivos presupuestos autonómicos, evidentemente bajo condiciones y parámetros que no se terminan de ajustar a la verdadera realidad debido a su gran complejidad, concluyendo, en su gran mayoría, la previsión de un horizonte de insuficiencia financiera para hacer frente al actual mantenimiento de los servicios exclusivamente con los nuevos tributos cedidos, y menos aún, hacer frente a los futuros incrementos, más que demostrados, del gasto sanitario.

En consecuencia, a raíz de esto último, se teme que los gobiernos autonómicos acudan a la vía de la financiación privada, sea de forma directa o a través de la incorporación de nuevos tributos, como alternativa para hacer frente a los incrementos del referido gasto sanitario. En este sentido, Rey del Castillo (2002, 78) cita dos ejemplos que ilustran la incorporación de tal medida, en primer lugar, en Italia, donde el proceso descentralizador de la responsabilidad sanitaria se empleó como mecanismo encubierto hacia la privatización de una protección sanitaria, en principio, universal y, en segundo lugar, recuerda que ya, en el caso español, se introdujo un recargo añadido en el impuesto de hidrocarburos con posterioridad a la aprobación de los Presupuestos para el siguiente año queriendo hacer responsable de tal incremento a las Comunidades Autónomas que lo llevaron a cabo bajo su propio criterio.

c) Determinación de las verdaderas razones que han conducido a la aprobación de dicho acuerdo.

Este acuerdo de financiación que se presentaría como mecanismo idóneo para solucionar los problemas de eficiencia vinculados al sector sanitario, se entiende que fue finalmente aceptado por todas las Comunidades Autónomas porque éstas verían incrementados sus recursos financieros en un corto espacio de tiempo y, por parte, desde el gobierno central se produciría "[...] la liberación de la responsabilidad de la prestación sanitaria, un servicio público considerado desde los ámbitos económicos de todos los gobiernos de la democracia fundamentalmente como una fuente de gasto creciente y difícil de controlar, que ha ejercido una presión negativa permanente sobre los equilibrios presupuestarios buscados con prioridad." (Rey del Castillo, 2002, 83).

1.6 La Coordinación Sanitaria: una necesidad del Sistema Sanitario Público español

A lo largo del presente capítulo hemos tenido ocasión de comprobar que el año 2002 resultó muy significativo para el conjunto de las Comunidades Autónomas en lo que a la función de Sanidad se refiere. Por un lado, las diecisiete Comunidades Autónomas se enfrentan a un nuevo sistema de financiación autonómico en el que se integró, por primera vez, la financiación de la asistencia sanitaria y, por otro lado, de forma adicional, diez Comunidades Autónomas asumieron las competencias en materia de gestión sanitaria.

En consecuencia, esto implicará que no solo se les presentó un nuevo escenario a todas y cada una de las Comunidades Autónomas consideradas individualmente, sino que, de igual forma, se le plantea, a su vez, un novedoso reto al propio Sistema Nacional de Salud en su conjunto.

Han tenido que transcurrir quince años para que culminase la implantación definitiva de la estructura territorial establecida por la Ley General de Sanidad desde 1986, en la cual, ya se preveía la configuración de un Sistema Nacional de Salud integrado por los diecisiete Servicios Regionales de Salud, por lo tanto, no se puede argumentar que el escenario actual es una novedad en tanto ya se encontraba previamente definido. Sin embargo, sí es verdad que, en reiteradas ocasiones se hizo eco que tal proceso no se llegaría a culminar.

Pues bien, ante una situación en la que todos los Servicios de Salud autonómicos tienen plenas competencias en materia de gestión, ha llegado el momento para que cada uno de los partícipes que intervienen en el Sistema Nacional de Salud lleve a cabo el desempeño de las funciones que le son propias, y que ya venían reguladas, desde entonces, en la propia Ley General de Sanidad. Aunque ante lo que estamos planteando muchos pudiesen pensar que es lógico y obvio que cada agente económico en su sistema deba desempeñar aquellas funciones que le han sido atribuidas, esto no es lo que ha venido sucediendo, precisamente, con la actuación del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Es decir, se trata de algo plenamente reconocido y compartido desde los diferentes ámbitos del sector sanitario que, con anterioridad a la finalización del proceso transferencial el citado Ministerio se encontraba centrado, fundamentalmente, en la gestión de la asistencia sanitaria del 40% de la población española integrada en el Insalud, lo cual propició que dejase al margen, en cierta forma, su función exclusiva de dirección y coordinación general del Sistema, dando lugar, en consecuencia, a una situación de asimetría en las relaciones que mantenía entre las distintas Comunidades Autónomas. Es por ello, precisamente, por lo que en la actualidad se le demande al Ministerio, entre otros aspectos, que asuma su papel en la dirección general del Sistema Nacional de Salud.

Sin embargo, antes de enumerar las distintas propuestas que se están planteando en relación al actual debate de la coordinación sanitaria, consideramos conveniente recordar a continuación, y de manera muy breve, la distribución de

competencias individuales que legalmente se encuentran asignadas a cada uno de los agentes participantes, éstos son, el Estado, las Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales.

Al Estado, a través de la Ley General de Sanidad y atendiendo a lo establecido por la Constitución, se le atribuyen las competencias exclusivas vinculadas con la sanidad exterior, el establecimiento de las bases de la sanidad, la coordinación general del Sistema, la legislación sobre productos farmacéuticos y el ejercicio de la alta inspección.

En lo referente a las Comunidades Autónomas, sus competencias quedan definidas por lo establecido en la Constitución, en sus Estatutos de Autonomía y por aquello que la Ley no declare como básico y competencia exclusiva del Estado. En consecuencia, en lo que al ámbito sanitario se refiere tienen asumidas las competencias de sanidad e higiene, las de desarrollo legislativo y ejecutivo de la legislación básica de la Seguridad Social, la función ejecutiva de la legislación estatal vinculada a los productos farmacéuticos, así como, la ordenación farmacéutica.

Por lo que respecta a las Corporaciones Locales, las competencias en materia sanitaria se encuentran recogidas en la Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las bases del régimen local, así como en la Ley General de Sanidad, entre las que figuran, entre otras, las siguientes materias: protección del medio ambiente y de la salud pública, tratamiento de aguas residuales, alcantarillado, control sanitario de industrias, actividades, servicios, transportes, suministro de alimentos, etc...

Enumeradas de forma sintética las principales competencias asignadas a cada uno de los agentes, y en especial las relacionadas con el Estado y las Comunidades Autónomas, cabría plantearnos seguidamente por qué, si ya legalmente se encuentran reconocidas las competencias individuales a cada Administración, surge el debate en torno a la coordinación sanitaria entre el Estado y las diversas Comunidades Autónomas.

En relación a esta cuestión, se debe poner de relieve que existen múltiples opiniones que se manifiestan argumentando, entre otros aspectos, que es necesaria una modificación y actualización de la Ley General de Sanidad para acomodarse al reciente contexto, otros piensan, al contrario, que no es oportuna, por cuanto en la misma ya viene la regulación precisa y, otros, en su gran mayoría, interpretan que para poder seguir manteniendo los principios que inspiran nuestro actual Sistema Nacional de Salud será necesaria la introducción de una nueva regulación en materia de coordinación, la denominada, Ley de Coordinación Sanitaria, de la cual haremos referencia posteriormente.

Por lo tanto, ante un marco descentralizador como el que se presenta en el ámbito sanitario actual, y su previsible continuación en el futuro, se demanda la configuración de un Sistema Nacional de Salud integrado, es decir, bajo la concepción de un verdadero S*istema,* del cual, no se desea ofrecer como imagen la suma de los diecisiete Servicios de Salud autonómicos por cuanto el primero de ellos abarca un ámbito mucho más amplio que el derivado de la simple agregación de las partes.

En consecuencia, a pesar de la autonomía de gestión que tienen asignadas las diversas Comunidades Autónomas y la competencia exclusiva del Estado en materia de coordinación general no se pretende la construcción de un modelo en el que prevalezcan la supremacía y jerarquía estatal sobre aquellas. Todo lo contrario, ya que de entre las diversas opciones existentes en torno al desarrollo del mismo, se aboga por aquel en el que los agentes intervinientes se sitúen en un mismo plano de igualdad en el que se respeten las competencias entre las partes, es decir, un marco en el que se lleven a cabo actuaciones y programas de manera conjunta, todo ello con el propósito fundamental de alcanzar el consenso deseado en la asunción de cualquier acuerdo y no su imposición ya que la puesta en práctica de esta última no conduce a alcanzar ningún grado de cohesión entre los agentes aunque, a este respecto, algunos opinen, como es el caso del Equipo Editorial (2002, 10) que “las fuerzas tendentes a la diferenciación vayan a ser,

probablemente, más poderosas, a corto plazo, que las tendentes a la coordinación".

Por lo tanto, entendida de esta forma la coordinación general que se pretende alcanzar en el ámbito sanitario, entre las medidas concretas más demandadas a tener en consideración, destacamos las siguientes:

a) Redefinición de las funciones del Ministerio

Tal y como indica Martínez (2000, 78) tras el proceso transferencial la redefinición de los roles de la autoridad central sanitaria se convertirá en una necesidad urgente puesto que el Ministerio de Sanidad y Consumo quedará desprovisto de la responsabilidad en materia de gestión en el Sistema. Así pues, según De Sancho (2002, 17) este último, "[...] se llame así o de otra manera, mantenga o no la categoría como tal Ministerio, mantendrá o aumentará si cabe su relevante papel en la coordinación general sanitaria" aunque, también hay que advertir que otros muchos dudan del liderazgo que debe ejercer el Ministerio a raíz de su actuación en el último proceso de transferencias.

Entre las funciones principales que se le atribuyen al mismo, destacamos las siguientes: definición de un nuevo Catálogo de Prestaciones Básicas para el Sistema, procediendo a una mejor delimitación y definición del contenido de las mismas, así como, el establecimiento de los criterios en los que basar su actualización y evaluación en lo concerniente a las propuestas de incorporación de nuevas prestaciones; ejercitar el papel de definidor y gestor del Fondo de Cohesión Sanitaria; llevar a cabo la función de Alta Inspección al objeto de garantizar el cumplimiento competencial de los agentes del Sistema; en su papel como autoridad central se le demanda garantizar la libre circulación, igualdad y equidad entre los ciudadanos con independencia de la Comunidad Autónoma en la que residan; llevar a cabo la articulación de un sistema de información sanitaria integrado, así como, la responsabilidad en la coordinación de las estadísticas del Ministerio; fomentar la participación y el diálogo en el seno del Consejo

Interterritorial; planificación y programación conjunta; establecimiento de foros de carácter multilateral y bilateral, etc...

b) Potenciar el papel del Consejo Interterritorial

En el artículo 47 de la Ley General de Sanidad se reguló la creación del denominado Consejo Interterritorial como un órgano permanente del Sistema Nacional de Salud al que se le atribuyeron, entre otras, las funciones de coordinación, comunicación e información recíproca de los diversos Servicios de Salud entre sí y con la Administración Estatal, quedando integrado por un representante de cada Comunidades Autónoma y por igual número de miembros de la Administración del Estado.

A pesar de que se le ha reconocido y valorado el desempeño de una labor muy significativa en el sector sanitario en cuanto a órgano de asesoramiento y evaluación del mismo, también es cierto que en los últimos tiempos existe la opinión generalizada de que "[...] la imagen del Consejo viene deteriorándose por su excesivo nivel de politización [...] dada la representación al máximo nivel que las administraciones sanitarias y la Administración General del Estado ostentan en el mismo hasta el momento, por lo que se ha utilizado cada vez más como foro de disputa política que técnica" (De Sancho; 2002, 16).

A raíz de estas apreciaciones, uno de los aspectos en el que parece existir un amplio consenso sobre el futuro del Sistema Sanitario consiste en la necesidad de potenciar el papel de este órgano como un verdadero foro de coordinación imprescindible para desarrollar y fomentar la puesta en común de las políticas sanitarias del Estado y de las Comunidades Autónomas. Con motivo de ello, entre las recomendaciones que se proponen efectuar se encuentran, por un lado, la modificación de su composición y, por otro lado, la regulación mediante Ley de los acuerdos tomados en el seno del mismo al objeto de poder llevar a cabo una aplicación y seguimiento efectivos, no quedando, en consecuencia, sujetos a la voluntad para su implantación.

En este sentido, Moreno (2000, 25) insiste en la idea de que las Comunidades Autónomas deben percibir el Consejo Interterritorial como un órgano de todos, no de la administración central "[...] sino también propio, un espacio compartido en el que se debaten las cuestiones capitales de la política sanitaria", y enumera como áreas críticas del Sistema en las que resulta imprescindible tomar un acuerdo, las vinculadas a la política de recursos humanos, la ordenación de las profesiones sanitarias, la salud pública en sus diferentes vertientes, las prestaciones sanitarias y la evaluación de las nuevas tecnologías.

c) Ley de Coordinación Sanitaria

Desde diversos ámbitos vinculados al sector sanitario se interpreta que para llegar a implantar de forma decidida las medidas encaminadas hacia la coordinación sanitaria indicadas anteriormente resulta imprescindible la aprobación de una nueva regulación específica en materia de coordinación, ésta es, la denominada Ley de Coordinación Sanitaria. Sin embargo, resulta cierta también la opinión de aquellos otros que manifiestan que ninguna nueva legislación solucionará, en sí misma, los aspectos vinculados a la coordinación y, que en caso de ser así, ya existe legislación suficiente para ello. Estos últimos temen que una revisión del actual marco legal de la Sanidad "[...] podría suscitar otras muchas controversias al margen estricto de la coordinación sanitaria, e, inevitablemente, podría dar pie a la demagogia sobre la modificación de nuestro sector" (Martínez; 2000, 86).

Ahora bien, a pesar de ambos puntos de vista, son mayoritarios los pronunciamientos a favor de la misma, por cuanto se entiende que la Ley, como mecanismo de regulación, no permitirá *sujetar a la buena voluntad* de las correspondientes Administraciones la aplicación efectiva de tales medidas. Ahora bien, en caso de llevarse a cabo sí que se precisa que el contenido fuese consensuado por todas las partes implicadas.

De Sancho (2002, 16) señala cuatro "*entornos*" en los que debe posicionarse estratégicamente la citada Ley de Coordinación Sanitaria, estos son, los siguientes:

Entorno social: haciendo referencia al ciudadano como centro del Sistema, cada vez más exigente en sus derechos y garantías al tener mayores expectativas de vida.

Entorno político: en el cual, el modelo sanitario, aunque se encuentre basado en un Estado descentralizado, garantice la igualdad de acceso y protección a los ciudadanos en todo el territorio.

Entorno económico: al disponer de un nuevo modelo de financiación se exigirán mayores niveles de eficiencia, tanto en el uso de los recursos como en la recaudación de fondos por parte de las Comunidades Autónomas.

Entorno tecnológico: dado que el permanente desarrollo de las tecnologías sanitarias y de la información, así como su aplicación al sector sanitario, son una constante imparable.

d) Instrumentos específicos de coordinación sanitaria

Al objeto de llevar a cabo la implantación efectiva de las funciones de coordinación resulta preciso el establecimiento de determinados mecanismos o instrumentos que permitan ponerla en práctica. La propia Ley General de Sanidad dedica un extenso articulado, desde el 70 al 77, al desarrollo de la coordinación general sanitaria fundamentalmente a través de mecanismos de planificación, haciendo especial consideración al denominado Plan Integrado de Salud.

Sin embargo, al margen de los sistemas propios de planificación, con anterioridad a la culminación definitiva del proceso transferencial ya existían otros elementos de coordinación adicionales y específicos para el ámbito sanitario, entre ellos, los sistemas de información, utilización de normas básicas, marcos presupuestarios, órganos de cooperación, la propia función de Alta Inspección, convenios, etc...

Ahora bien, ante este nuevo escenario en el que se demanda mayor dosis de coordinación se está reflexionando ante la eficacia de los diversos mecanismos ya existentes así como su viabilidad futura. En relación a ello, desde la propia

Secretaría General de Gestión y Cooperación Sanitaria del Ministerio de Sanidad, Moreno (2000, 24) en su calidad de secretario general considera como óptimos mecanismos de relación entre el Estado y las Comunidades Autónomas los siguientes instrumentos: la planificación y programación conjunta; el establecimiento de foros de relación de carácter multilateral, es decir, a través del Consejo Interterritorial; el establecimiento de foros de relación de carácter bilateral mediante Comisiones Bilaterales de Coordinación; la suscripción de Convenios y Conciertos; la regulación de la Legislación Básica y en especial, el establecimiento de un Sistema de Información Sanitaria.

CAPÍTULO 2

LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Destacada la evolución que ha experimentado nuestro Sistema Sanitario, no tan solo desde el punto de vista organizativo sino, asimismo, de los principales fundamentos que lo caracterizan, se ha puesto de relieve una realidad sanitaria actual que difiere por completo de la que comenzó siendo en sus orígenes.

Tal y como se puso de manifiesto en el capítulo anterior, la aprobación de las diversas legislaciones, analizadas en cada período, contribuyeron al cambio de un Sistema de Seguridad Social por un Sistema Nacional de Salud, lo cual ha conllevado a que en la actualidad y en nuestro país, los servicios sanitarios se consideren como un servicio público adicional, financiados en su totalidad vía impuestos y siéndoles de aplicación la *LOFCA*, como a cualquier otro servicio público prestado por una determinada Comunidad Autónoma. A su vez, ello ha motivado que los distintos gobiernos autonómicos se conviertan en *protagonistas principales* de este ámbito, adquiriendo, para ello, un destacado papel como principales agentes gestores y financiadores del gasto público sanitario español.

Así pues, de la misma manera que ha sucedido para el modelo organizativo y financiero de estos servicios, el ámbito de la gestión tampoco ha sido ajeno a este conjunto de transformaciones, planteándose, con motivo de ello, nuevos interrogantes. Es por ello, que el propósito principal que trataremos en el presente capítulo, consista en analizar la dirección que han retomado, en este aspecto, los servicios sanitarios en el conjunto del Sistema Nacional de Salud de nuestro país.

Quizás pudiera pensarse que esta gestión ya la disponían siete CCAA con anterioridad, por lo que tal hecho no resulta novedoso, y que por tanto, simplemente se trata de la incorporación de aquellas otras que no la disponían. Sin embargo, no resulta ser así, porque a diferencia de la situación anterior, todas y cada una de las diecisiete CCAA, al afectarles por primera vez el vigente marco financiero, tienen que financiar la mayor parte de este servicio a través de sus impuestos, fundamentalmente de los que les fueron cedidos, por lo que, en consecuencia, gran parte de su financiación, como sucedía con anterioridad, no se produce vía transferencias presupuestarias.

Es por ello que, si ya con anterioridad la gestión de este servicio planteaba grandes dificultades, en la actualidad ha incrementado su relevancia debido, principalmente, a que todas las CCAA asumen la responsabilidad, ya no tan sólo de la gestión y asignación de los recursos, sino, a su vez, de la generación de los mismos para su correspondiente financiación. En consecuencia, todo ello ha traído consigo que se planteen nuevas necesidades en el ámbito de la gestión pública sanitaria.

Es cierto que, con anterioridad a la culminación del proceso transferencial y aplicación del vigente modelo financiero, ya se habían planteado diversas alternativas de gestión a aplicar en este ámbito concreto. Alternativas que, en su gran mayoría, parten de un enfoque eminentemente económico de la sanidad y, en consecuencia, su consideración de bien preferente. Es decir, de un bien privado financiado públicamente.

Así pues, enmarcada la sanidad como bien preferente del ciudadano y, en consecuencia, encaminada a satisfacer en realidad una necesidad privada, se plantea la disyuntiva de llevar a cabo una producción pública o privada en torno a la provisión de la misma.

Ante esta alternativa son numerosos los planteamientos que, desde un punto de vista teórico, argumentan que la producción pública de los servicios sanitarios no tiene cabida. Por el contrario, otra parte de la doctrina considera que determinados servicios, entre ellos la sanidad, reclaman necesariamente una producción pública.

Por tanto, ante una provisión necesariamente pública de servicios sanitarios, se pone de relieve que existen fundamentos económicos tanto a favor como en contra de ambas alternativas. Es por ello que, tras el oportuno análisis de los principales fallos del mercado y del Estado como posibles soluciones organizativas ante tal planteamiento, se ponga de manifiesto que, en nuestro contexto específico, no se dan los requisitos necesarios para que se produzca un comportamiento eficiente del mercado, por lo que, debido a ello, se atribuye como solución económica, la intervención estatal.

Sin embargo, también sería un error pensar que la intervención estatal es una institución que está libre de fallos. Luego, ante la presencia de estos últimos, resultará imprescindible dotar a la organización estatal de los mecanismos apropiados para que pueda llevar a cabo una gestión pública más eficiente, que le permita eliminar, en todo o en parte, la imperfecciones que se le atribuyen.

A raíz de ello, y debido a las singulares características que presentan los servicios sanitarios, surgen múltiples propuestas de gestión, las cuáles, en su gran mayoría, toman como punto de referencia los paradigmas que conforman a la *Nueva Gestión Pública*. No se debe obviar que, el desconocimiento de los fundamentos económicos que envuelven a estos últimos, podría conllevar a que, en numerosas ocasiones, se planteasen de forma errónea determinadas hipótesis de comportamiento en lo relativo a su gestión, las cuáles, no resultan aplicables a la realidad sanitaria, al menos no específicamente a la española.

Es por ello que, en la primera parte del presente capítulo, tras delimitar las características intrínsecas de los servicios públicos sanitarios, ya que las mismas condicionan de forma decisiva su adecuada gestión, describiremos, de forma sintética,

los principales rasgos de las alternativas que, procedentes de la *Nueva Gestión Pública*, se han aplicado específicamente a nuestro contexto objeto de estudio. Más concretamente, hacemos referencia a aquellas relativas a la *introducción de técnicas de gerencialismo, introducción de mecanismos de mercado, constitución de diversas formas jurídicas de provisión pública,* así como, la *separación de funciones* en la organización pública sanitaria.

Fruto de tal análisis se pondrá de manifiesto, entre otros aspectos, que el marco público en el que se desarrolla la prestación de los servicios sanitarios en nuestro país condiciona la gestión sobresaliente de los mismos, por cuanto en numerosas ocasiones se tienen que satisfacer objetivos sociales superiores al de eficiencia, que no se darían en otros marcos de actuación más tendentes hacia la privacidad del Sistema, propia de otros países. Sin embargo, a pesar de tal dificultad, en la actualidad el gasto público sanitario representa uno de los capítulos más relevante, en términos cuantitativos, del presupuesto en las respectivas CCAA, con lo cual, resulta obvio que, ante la limitación de los recursos disponibles, parezca necesario incorporar la gestión a la vida de los servicios sanitarios, con independencia del componente exógeno al que se encuentran condicionados.

Así pues, tras analizar en esta primera parte, y desde una perspectiva fundamentalmente teórica, la finalidad específica y los principales objetivos de las diversas alternativas que conforman el amplio proceso de reforma de gestión en el que se halla inmersa, en la actualidad, la sanidad pública española, en la segunda parte del presente capítulo, y mas concretamente en el epígrafe quinto del mismo, trataremos de efectuar una valoración de los procesos de reforma en curso en las distintas CCAA de nuestro país, con el propósito de poner de relieve, entre otros aspectos, si de las nuevas Leyes de Ordenación Sanitaria, constituidas en cada Comunidad Autónoma tras la culminación del proceso de transferencias y la implantación del vigente sistema de financiación, se desprende una interpretación explícita en la línea de los paradigmas de la *Nueva Gestión Pública* descritos anteriormente y, en consecuencia, orientados principalmente hacia una mejora de la gestión.

Resulta evidente que, para la consecución de tal propósito, será necesario efectuar previamente un estudio pormenorizado de las disposiciones normativas que existían con anterioridad, así como, de las que prevalecen con posterioridad a la culminación de ambos procesos en cada Comunidad Autónoma individualmente considerada.

De esta forma, y atendiendo siempre a lo que se desprende de manera explícita en las distintas Leyes de Ordenación Sanitaria, a nuestro juicio se pone de manifiesto un *antes* y un *después* en la regulación de las mismas, ya que consideramos que de ellas se desprende una decidida interpretación en la línea de las principales corrientes que integran a la *Nueva Gestión Pública.*

Con motivo de ello se ponen de relieve, entre otros aspectos, una preocupación manifiesta por la gestión y financiación del servicio, lo cual les ha conducido, en su gran mayoría, a la incorporación de numerosas disposiciones que hacen referencia a las nuevas necesidades de gestión a las que se enfrenta, en la actualidad, la realidad sanitaria específica de cada Comunidad Autónoma. Ello pone de manifiesto que los modelos de gestión tradicionales aplicados con anterioridad no se adecuan, convenientemente, al nuevo contexto financiero y de rigor presupuestario al que se hallan sujetas las diversas Comunidades Autónomas.

En consecuencia, se puede afirmar que el proceso transferencial, así como, el vigente acuerdo de financiación fueron determinantes para que todos los responsables, tanto del ámbito económico como sanitario, vinculados a la gestión de los servicios en cada Comunidad Autónoma, planteasen que era necesario adoptar una nueva estructura de modelo sanitario, así como, hacer especial énfasis en la consideración de determinados conceptos y mecanismos de gestión que con anterioridad no se apreciaban explícitamente, tales como, la delimitación del concepto de *Sistema Sanitario autonómico*; la enumeración de los principales *Principios Rectores* que deben prevalecer en su funcionamiento; el principio de *separación de funciones* y *niveles de gestión sanitaria*; la delimitación estricta de las *funciones y agentes gestores* del gasto sanitario; etc., y todo ello fundamentado en los principios irrenunciables de aseguramiento único y público del Sistema, financiación pública, cobertura universal y

gratuita, así como, una provisión eminentemente pública, en la que lo privado resulte complementario.

Así pues, tras analizar el conjunto de las Leyes de Ordenación Sanitaria en cada Comunidad Autónoma, entre otros aspectos, hemos realizado un diagnóstico de la situación actual de la estructura funcional que pueden adoptar los Sistemas Sanitarios autonómicos que integran el Sistema Nacional de Salud.

En síntesis, se puede observar que continúa primando la descentralización en la gestión del servicio, es decir, si ya ésta se había dado a nivel general en el sector, en la que hubo un mayor predominio de la descentralización territorial, apreciamos que este nivel de descentralización se acentúa a nivel autonómico y con carácter funcional.

Así mismo, se está optando por construir un modelo organizativo general y amplio, bajo una concepción integrada del Sistema Sanitario de la respectiva Comunidad Autónoma, en el cual consideramos que prevalece una *medida integral*, esta es, la separación de funciones, puesto que entendemos que se trata de una propuesta de *reforma global* que integra a todos los niveles de gestión que se pueden diferenciar en el conjunto del Sistema Sanitario de cada Comunidad Autónoma individualmente considerada.

En consecuencia, se observa, principalmente, la intención de trasladar riesgo a todos los responsables de la ejecución presupuestaria, con independencia del nivel de decisión vinculante a la respectiva Comunidad Autónoma.

De otra parte, también se ponen de relieve lo que denominamos como *propuestas de reforma parciales*, por cuanto las mismas inciden en un sólo nivel de la gestión sanitaria de la respectiva Comunidad Autónoma. Entre ellas destacamos y hacemos especial incidencia en la adopción, en el nivel de la *microgestión o provisión del Sistema*, de cualquier tipología de las formas de gestión de servicios públicos amparadas en nuestro ordenamiento legal, lo cual implica, entre otros aspectos, disponer de un amplio margen de autonomía para llevar a cabo una importante descentralización en la gestión de estos servicios.

2.1 Condicionantes en la gestión de los servicios públicos sanitarios

1. El propósito principal de la prestación de los servicios sanitarios consiste, entre otros, en incrementar, restablecer y mantener la salud de las personas. En consecuencia, se encuentran sujetos a una valoración muy significativa por parte de la sociedad

Resulta evidente que la *producción principal* de los servicios sanitarios, entendida desde una concepción amplia, como la generación de salud en todas sus acepciones, motiva que los mismos ocupen un lugar destacado en nuestro entorno socioeconómico, debido principalmente, al incremento de la sensibilidad social en relación a sus efectos cualitativos sobre las personas.

Del conjunto de bienes y servicios que se producen y prestan en general las Administraciones, la sociedad valora en mayor medida la cantidad y la calidad de vida producida por los servicios sanitarios, lo cual se traduce, necesariamente, en un incremento de la exigencia social por disponer de mayores y mejores servicios sanitarios. En este sentido, Regidor (2000, 125) afirma, que tanto los profesionales de la medicina, la población en su conjunto, los medios de comunicación, así como los políticos, están convencidos de que la lucha en las sociedades desarrolladas contra los principales problemas de salud le corresponde al sistema sanitario.

Sin embargo, Cabases (2000,) indica, y de una forma muy acertada a nuestro juicio, que debemos tener presente que cada país otorga, de una manera diferenciada, a los servicios sanitarios la consideración como bien tutelar. En nuestro caso, ya tuvimos ocasión de comprobar en el capítulo anterior que nuestro Sistema Sanitario público reconoce el derecho universal, es decir, a toda la población, a acceder a unos servicios sanitarios públicos al margen de su capacidad de pago, lo cual les confiere un derecho de propiedad ilimitada respecto a su sistema sanitario. traduciéndose en un nivel de exigencia del consumidor insospechado hasta hace unos años. y en progresivo crecimiento a raíz de la mayor información y cultura sanitaria de la que disponen en la actualidad el conjunto de ciudadanos.

2. Los factores y determinantes de la salud son múltiples

Tal y como nos pone de relieve Antó (2000, 17) la atención a la salud resulta una función insuficientemente especificada a la que no se puede atribuir concreción alguna.

Con independencia de que ha sido un aspecto ampliamente debatido en la literatura sanitaria, todos los ciudadanos somos conscientes de que son múltiples los factores determinantes de la salud. por lo que resulta difícil cuantificar el efecto de las intervenciones estrictamente sanitarias sobre el verdadero estado de salud de las personas. Con ello, nos estamos refiriendo a condicionantes relacionados, por ejemplo, con los propios estilos de vida que adoptamos los individuos, unos más saludables que otros, el estado del medio ambiente, la educación recibida, así como, el nivel socioeconómico constituyen, entre otros, factores relevantes que influyen de manera decisiva en el estado de salud de las personas.

A todo ello, habría que añadirle la naturaleza cambiante de los problemas de salud, ya que los mismos cambian cualitativa y cuantitativamente de una forma más rápida de lo que pudiera pensarse, por lo que, con frecuencia, los profesionales y gestores sanitarios se encuentran ante la dificultad de dar una solución óptima a los nuevos problemas.

Así mismo, Regidor (2000,) manifiesta que en muchas ocasiones, la base científica de gran parte de los servicios sanitarios que se presta es inexistente, es decir, la evaluación científica de la eficacia de la mayoría de los procedimientos y técnicas diagnósticas y terapéuticas empleadas en la práctica clínica habitual es escasa, lo que unido a lo anterior, es decir, que gran parte de los factores responsables de los problemas de salud son poco sensibles a las actividades del sector sanitario, condicionan en gran medida las actuaciones a llevar a cabo. Con ello, al mismo tiempo el referido autor nos manifiesta que no quiere decir que la medicina no tenga ningún efecto sobre la salud, sino que gran parte de las enfermedades “[...] son menos sensibles a incrementos adicionales de recursos en el sistema sanitario”.

3. Los servicios sanitarios están sujetos a un componente de gran incertidumbre

Fruto de las dos características enumeradas anteriormente, se pone de relieve que prevalece un entorno escéptico para el desarrollo y la prestación de los servicios sanitarios. Tal incertidumbre, no sólo hace referencia al cómo y cuándo afecta a la preservación y calidad de la vida, sino también, a la propia organización y gestión ordinaria de los servicios.

En relación a ello, Ortún y del Llano (2000,) señalan que muchos debates de política sanitaria parecen debates económicos o de gestión, y olvidan que la política sanitaria tiene su razón de ser en la política de la salud, cuyos desafíos científicos, éticos y económicos se analizan en un contexto de conocimiento imperfecto de los determinantes de la salud.

4. Gozan de una naturaleza multidisciplinar

Como consecuencia de los resultados obtenidos en la investigación, los servicios sanitarios están sujetos a la incorporación de nuevos conocimientos, lo cual conlleva a que su gestión no se caracterice, precisamente, por ser autónoma, al encontrarse condicionada por las aportaciones de otras disciplinas. En este sentido, incluso Ortún y del Llano (2000,) llegan a afirmar que, a pesar de que los avances científicos logrados en las diversas áreas sanitarias son relevantes para la sociedad en términos de una mayor supervivencia de la población, "[...] su aplicación práctica resulta cada vez más difícil de sostener económicamente, por lo que se considera que todo lo técnicamente alcanzable en el aspecto sanitario no resulta asumible en términos monetarios". Sin embargo, por otro lado Antó (2000,) considera, así mismo, que los nuevos conocimientos quedan sin aplicar, no sólo debido a la insuficiencia financiera actual, sino también porque, a menudo, engendran conflictos con los intereses de las empresas implicadas en la producción y distribución de determinados bienes y servicios específicos del sector.

Sin embargo, resulte de una razón o de otra, sí existe la plena convicción de que aún aumentado de forma considerable los recursos destinados a los servicios sanitarios, siempre seguirán siendo insuficientes. Es por ello que Regidor (2000,) realiza un

especial énfasis acerca de la incorporación de un nuevo marco conceptual para la salud, pues argumenta que hasta hace escasos años, la comprensión, discusión, formulación y evaluación de las respectivas políticas sanitarias se han encontrado inmersas "[...] y limitadas por la perpetuación de un marco teórico incompleto y obsoleto, que centraba la solución a todos los problemas de salud en los servicios sanitarios". Sin embargo, ante la evidencia de necesitar un nuevo enfoque en la formulación de las políticas sanitarias "[...] se requiere el desarrollo de otro modelo conceptual que genere distintos tipos de conocimiento e influya en las decisiones sobre el sector sanitario y sobre las otras áreas que afectan a los determinantes de la salud. Lógicamente, las necesidades de información sanitaria para la toma de esas decisiones y para el diseño de política sanitaria resultarán imprescindibles [...]" estableciendo, al mismo tiempo, que si los principales determinantes son de índole económico y social las soluciones que se deben aportar también deberán ser económicas y sociales, por lo que, en consecuencia, tanto la salud, la medicina, la economía y la política "[...] no podían ni debían estar separadas".

5. Dificultad de conceptualizar y catalogar la producción de los servicios sanitarios

Tanto la definición como medición de la producción de servicios sanitarios han suscitado un problema ampliamente debatido en este sector. Ha existido una inquietud bastante generalizada entre los diversos agentes del Sistema, por concretar de alguna forma la actividad que desempeñan, y los logros alcanzados desde una perspectiva económica o, al menos, en términos de resultados. Sin embargo, se pone de manifiesto que tal propósito no resulta en absoluto sencillo, por cuanto, como hemos dicho anteriormente, el producto que se ofrece, este es, la salud, resulta difícil de precisar, y más aún cuando coexisten, de una parte, un objetivo global de salud como producto final sanitario y, de otra parte, el que se deriva de los diversos centros sanitarios.

Así mismo, su propia naturaleza de servicio dificulta tal descripción, por cuanto la intangibilidad a la que se hayan sujetos condiciona en gran medida la medición, valoración y evaluación del servicio prestado, ya que, generalmente, el producto se identifica de forma directa con el servicio que se presta en cada momento, y ajustándose a las propias necesidades del usuario. De esta manera, resultan multitud de productos

sanitarios que darán lugar a que no exista homogeneidad alguna entre los mismos o, de existir, sería muy reducida, promoviendo de esta forma, la tradicional idea de la no comparabilidad en el sector.

Tal heterogeneidad y variedad, no exclusiva en la determinación de los outputs sino también propia del conjunto de inputs a emplear, conllevan a que en la práctica, se hayan realizado numerosas aportaciones encaminadas hacia una consideración parcial del proceso productivo en su conjunto, mediante la identificación de las diversas actividades que lo conforman, dando lugar a diversos procesos intermedios que podrán ser objeto de integración, en diferentes niveles, hasta alcanzar el proceso productivo final que se estime conveniente para cada caso. Sin embargo, ante estas prácticas generalizadas, estimamos conveniente poner de relieve, que tampoco resulta sencilla su configuración, debido a la confusión que se genera entre los productos y los referidos procesos.

6. No resulta fácil la determinación de medidas de actividad, de rendimientos y de eficiencia que resulten totalmente satisfactorias

Tal y como proponen Ortún y del Llano (2000,), en realidad el rendimiento de las actividades del sector se tendrían que valorar en términos de salud, constituyendo para ello un criterio básico, determinar cuáles han sido las modificaciones originadas en la salud de los ciudadanos atribuibles a los servicios sanitarios. Sin embargo, ante su dificultad o, en muchos casos ante su imposibilidad, se ha procurado que mediante la investigación se obtenga una medida aproximada del impacto de los mismos en el bienestar social, tales como, la esperanza de vida, la calidad de vida, las preferencias, etc.

Sin embargo, al margen de las valoraciones previas, que no dudamos de su importancia, en línea con Antó (2000,) se pone de manifiesto que ha cambiado la naturaleza de los resultados que se evalúan, puesto que mientras hace unas décadas el interés se centraba en la eficacia terapéutica, la evaluación actual da mucha importancia a las medidas vinculadas con la efectividad y la eficiencia de los servicios sanitarios. en términos de

resultados. A este respecto, ya hemos puesto de relieve la dificultad en torno a la definición y medición de la producción de servicios sanitarios. lo cual condicionará, evidentemente, la dificultad de determinar medidas adecuadas de rendimiento. Así pues, no resultará fácil disponer de una evidencia sobre la eficacia, la efectividad y la eficiencia de los mismos.

En este sentido, en la línea que apunta Pellisé (2000, 49) debido a la heterogeneidad y multitud de inputs y outputs que pueden adoptar los correspondientes servicios sanitarios, también se pueden determinar múltiples conceptos relacionados con la eficiencia y eficacia de los mismos. En consecuencia, se plantean serios problemas en relación a la medida de la productividad y utilización, apropiada o inapropiada, de recursos en este tipo de servicios que resulten del todo satisfactorias.

A raíz de la dificultad del establecimiento de una relación entre los recursos utilizados y los servicios producidos, se han elaborado múltiples indicadores que intentan paliar las carencias en este tipo de información. Generalmente nos podemos encontrar con indicadores basados en productos intermedios, de inputs, de outputs, indicadores combinados, etc. que, a pesar de su gran utilidad, consideramos, al igual que Ortún y del Llano (2000,) que debido a la dificultad que plantea la medición y valoración de este tipo de servicios “[...] resulta que todas aquellas dimensiones del producto que no se midan, aparecerán indebidamente como ineficiencia. Sin embargo, también es cierto que los distintos responsables sanitarios son conscientes de este hecho, por lo que, en consecuencia, en determinadas ocasiones se muestran cautelosos en lo relativo a sus análisis de eficiencia, ya sean paramétricos o no, por cuanto reconocen que la medida del producto no acaba de incorporar todas sus dimensiones”.

En cualquier caso, ante los problemas conceptuales y prácticos que conllevan la medida de la productividad en los servicios sanitarios se requiere de unos instrumentos útiles “[...] para medir-valorar aquello que realmente se quiera medir, que sea preciso y objetivo, sensible a variaciones y susceptible de comparación, y con posibilidad de un seguimiento temporal manteniéndolo con un coste aceptable. Una vez analizados deben permitir valorar lo alcanzado (responder a la pregunta ¿cómo estoy?), valorar las

diferencias sobre lo demandado o esperado e intentar explicar tales diferencias (responder a la pregunta ¿por qué estoy así?), y comparar los resultados con entornos similares (responder a la pregunta ¿cómo lo hago con respecto a los demás, a la competencia?)".

7. Para efectuar la prestación del servicio sanitario se precisan, entre otros, de activos, tecnologías y personal específicos

La prestación de los servicios sanitarios conlleva la utilización de numerosos recursos, tanto económicos como humanos, de unas características muy singulares que limitan su explotación alternativa. En este sentido, se pone de relieve el empleo de una tecnología muy sofisticada, así como, la necesidad de contratación de personal cualificado con conocimientos específicos, estos son, los profesionales sanitarios.

En relación a la tecnología, se suelen introducir nuevos procedimientos que implican un gran volumen de inversión en cuanto a recursos económicos, a los cuales, y a juicio de muchos profesionales, no se les ha practicado una evaluación suficiente de su verdadero rendimiento. Así, Asua y Sacristán (2000, 91) afirman que una parte considerable de las tecnologías sanitarias que se utilizan diariamente en los servicios sanitarios, no han sido estudiadas rigurosamente con la finalidad de conocer exactamente cómo trabajan, o si trabajan mejor que otras alternativas, lo que supone que "[...] mantener este nivel de ignorancia se ha convertido en un lujo por cuanto parece ser, que lo nuevo y más caro es mejor de lo que ya se dispone. Ocasionalmente, las tecnologías sanitarias se incorporan a los servicios sanitarios cuando todavía se encuentran en una fase experimental. Parece lógico y conveniente asegurar un adecuado estudio y financiación de las mismas en las fases previas a su posible autorización y eventual introducción en el sistema sanitario. Hasta ahora, de forma intencionada o no, los seguros sanitarios han pagado por algunas tecnologías experimentales durante años".

Por lo que respecta a la mano de obra que se emplea es muy numerosa y gran parte de ella, altamente cualificada. Así mismo, las principales decisiones de gasto las toman los médicos, constituyendo decisiones constantes que, de forma aislada, pueden resultar no

muy significativas, pero en su conjunto, condicionan gran parte de la evolución económica del Sistema. Generalmente, el profesional toma las decisiones por sí mismo, atendiendo a su experiencia, criterio, entorno en el que trabaja y toda una serie de condicionamientos, en parte subjetivos y en parte objetivos, pero siempre en situaciones de alta incertidumbre. También es cierto, que la capacidad de decisión del gestor del servicio sanitario está muy limitada por la insuficiente descentralización administrativa que ha prevalecido desde los orígenes en el Sistema, y por la fuerte regulación a la que se ve sometido procedente de los organismos financiadores y planificadores. Así pues, el profesional sanitario se encuentra inmerso entre un conjunto de decisiones clínicas propias de su actividad, y de decisiones vinculadas a la valoración económica de dicha actividad.

8. Los servicios sanitarios se encuentran relativamente protegidos de la competencia

Ortún y del Llano (2000,) así lo entienden por cuanto cualquier reforma que se implante tiene repercusiones redistributivas de especial consideración entre los distintos agentes implicados, estos son, usuarios, agentes del sistema, industria proveedora del sector y ciudadanos. Al fin y al cabo, el gasto sanitario de un país constituye una renta para los proveedores de servicios sanitarios y, estos últimos, al no haber sentido hasta hace tiempos muy recientes mayor responsabilidad en la utilización óptima de los recursos puestos a su disposición, no habían abandonado el incrementalismo presupuestario garantizado al que se encontraban acostumbrados. Además, nunca se han visto sometidos a la introducción de dosis de mercado que les hiciera competir por la vía de la diferenciación del producto, ya que, en esta clase de servicios, de gran tinte personal, resultaría fácil llevar a cabo una diferenciación del producto generando lealtad del consumidor, propio de cualquier industria de servicios de que se trate.

9. El núcleo duro de la cobertura y producción de servicios sanitarios en nuestro país es pública

Tal y como hemos tenido ocasión de comprobar en el capítulo anterior, el marco en el que se desarrolla la prestación de los servicios sanitarios en nuestro país es

fundamentalmente pública, lo cual representa, para muchos tratadistas de la materia, un inconveniente porque de esta forma, se tienen que satisfacer objetivos sociales superiores al de eficiencia que no se darían en otros marcos de actuación más tendentes hacia la privacidad del Sistema propia de otros países. Sin embargo, estos aspectos ya han sido largamente debatidos fundamentalmente desde una perspectiva económica, los cuáles fueron valorados con más detalle en el epígrafe anterior del presente capítulo.

10. Importancia significativa del volumen de recursos económicos que se precisa para llevar a cabo su prestación

En nuestro país, el gasto sanitario representa un tanto por ciento del PIB significativo, así como, uno de los capítulos más relevantes en términos cuantitativos del presupuesto público en las respectivas Comunidades Autónomas. Sin embargo, cuando se produce un incremento de los citados porcentajes, generalmente no se dispone de evidencias exactas que permitan dar respuesta a qué factores lo han motivado pues, recuérdese, que ante aquellas variables explicativas[1] que sí que se ponen de relieve de forma explícita, siempre existen dimensiones ocultas intrínsecas que dificultan el análisis.

Por consiguiente, los distintos responsables de la gestión del gasto sanitario se enfrentan, diariamente, al desafío procedente de la evidencia de que los recursos económicos disponibles crecen en menor proporción de lo que lo hacen las necesidades, y siendo conscientes de que estas últimas no se pueden determinar de forma exacta, ni conceptual ni empíricamente, hace que adquiera mayor protagonismo la idea genérica de que, por muchos recursos económicos que se destinen a la financiación de este tipo de servicios, nunca se terminarán de cubrir las necesidades existentes, y menos aún las potenciales.

[1] Un importante porcentaje de la variación del gasto sanitario público lo explican los cambios en la prestación real media por persona, esto es, los aumentos en la cantidad y calidad de los servicios provistos debidos a las demandas crecientes de los ciudadanos y a la incorporación de nuevas tecnologías, medicamentos y otros productos sanitarios. La evolución demográfica y el envejecimiento de la población tienen un escaso poder explicativo de la evolución del gasto sanitario público. Por funciones, el incremento en el gasto real en farmacia extra-hospitalaria es el más considerable, seguido del gasto hospitalario

Ante tales circunstancias, sólo resta confiar en la capacidad de adaptación que deben mostrar las diversas Comunidades Autónomas ante tales restricciones presupuestarias, por cuanto, tal y como manifiesta Cabasés (2000,) un Sistema sanitario que de forma sistemática gasta por encima de lo que presupuesta genera un incentivo a la mala gestión y se generaliza la indisciplina del gasto ya que, hasta el momento, se han concentrando los riesgos en el financiador último que era el Estado.

Así mismo, ante las cuestiones relativas a *cómo contener el gasto*, a *cómo se podrían incrementar los recursos económicos* para tal finalidad y si no son incrementales, *cómo distribuirlos*, Antó (2000,) añade que el problema se acentúa aún más al reconocer, citando a López Casasnovas e Ibern Regás, "[...] que la interpretación del gasto sanitario es muy compleja y su comparación está plagada de dificultades. Por este motivo, las cifras propuestas son susceptibles de ser interpretadas de distintas maneras y el planteamiento realizado puede ser considerado por algunos ingenuo". A raíz de todo ello, ante unos recursos financieros insuficientes se precisa del conocimiento del coste, y utilidad de las distintas alternativas disponibles con el propósito de asignar, al menos, prioridades entre las mismas.

11. La organización publica sanitaria como condicionante de la gestión

El análisis de la Teoría Económica de las organizaciones sanitarias ha transcurrido paralelamente al de la Teoría de la Empresa. Es por ello, que este tipo de instituciones han sido estudiadas desde los enfoques conceptuales que plantean la Economía de la organización y las instituciones, la Economía de los derechos de propiedad, la Teoría de la agencia, así como, la Teoría de los costes de transacción. Estas tres últimas líneas de pensamiento han sido las que, en mayor medida, se aplican al ámbito sanitario.

Así pues, los estudios que se han realizado desde la literatura económica en torno a la gestión de este tipo de instituciones son numerosos, y exige, con carácter previo, un conocimiento riguroso de los conceptos básicos[2] que conforman a la Economía de la

[2] Entre los conceptos básicos de la Economía de la organización figuran los siguientes: organización, transacción, institución, cultura, eficiencia, incentivos, contratos, información, propiedad, jerarquía, autoridad, etc.

organización para su verdadera comprensión. Aunque nuestro propósito no consiste en analizar el significado que estos conceptos adquieren a través de los fundamentos teóricos que conforman a cada una de corrientes de pensamiento, anteriormente señaladas, la evidencia empírica constata la existencia de fuertes asimetrías de información, relaciones de agencia y control entre los diversos agentes[3] vinculados a la organización sanitaria, lo cual condiciona, entre otros factores, la naturaleza de su gestión.

Tal y como se indicó con anterioridad, el hecho de que los objetivos de las instituciones sanitarias sean complejos, frecuentemente contradictorios, y difíciles de medir, así como, la gran cualificación de sus profesionales[4], provocan que la heterogeneidad de los propietarios[5] que tienen derechos residuales de decisión y control sobre la organización generen, con frecuencia, metas y objetivos conflictivos entre sí.

Es por ello, tal y como afirma Cabasés y Martín (1997, 22) que las instituciones sanitarias públicas presentan importantes problemas a la hora de asignar los derechos residuales de decisión y control de forma coherente e incentivadora de comportamientos eficientes. Las restricciones derivadas de la forma jurídica y contractual de las organizaciones sanitarias obligan a establecer un procedimiento centralizado en la toma de decisiones que minimiza la posibilidad de asignar descentralizadamente responsabilidad y riesgo.

Sin embargo, todas estas restricciones que configuran una peculiar respuesta institucional son contradictorias en los derechos residuales que ostentan los profesionales sanitarios, en particular los médicos, debido al control de la información que detentan. Es por ello, que nuestro marco jurídico institucional vive la contradicción entre la asignación formal de los derechos de decisión y control a la burocracia directiva y administrativa, y la detentación real y efectiva de estos derechos residuales de decisión y control por los profesionales médicos, sin una vinculación coherente con los rendimientos residuales positivos o negativos.

[3] Gestores, profesionales, principales y usuarios.
[4] Que caracteriza a la organización sanitaria como institución profesional.

En el cuadro nº X se aprecia dicha contradicción, ya que la posesión de la mayor parte de los derechos residuales de decisión y control por el médico le otorgan una notable capacidad para evitar la restricción presupuestaria.

CUADRO X: Distribución de los derechos residuales de decisión y control entre agentes en el INSALUD y en los Servicios Regionales de Salud

TIPO DE DECISIÓN	POLÍTICOS	INTERVENTORES	GESTORES	PROFESIÓN MÉDICA
Iniciación				+ * #
Ratificación	+		+ (*)	#
Implantación				+ * #
Control		(*) +	(+) (*)	#
Capacidad de trasladar la restricción presupuestaria (no respeto a la legalidad presupuestaria)	PEQUEÑA		PEQUEÑA INDUCIDA POR LA PROFESIÓN MÉDICA	MUY ALTA #

* ⇒ Presupuestos corrientes de un centro sanitario
\+ ⇒ Presupuesto de capital de un centro sanitario
\# ⇒ Decisiones clínicas sobre producción
( ) ⇒ Expresa pequeña autonomía y poca intensidad del derecho residual de decisión y control

Nota: El esquema pretende caracterizar los derechos residuales de decisión y control reales y no los teóricamente asignados por el derecho presupuestario público.

Fuente: Cabasés y Martín (1997: 23).

Es por ello, que en nuestro país la aprobación de la Ley General de Sanidad condicionó de manera decisiva el tipo de organización sanitaria que podía constituirse. La creación de estas instituciones de carácter público integradas verticalmente, es decir, con la las funciones de financiación y provisión de servicios conjuntas en la misma organización, regidas por el principio de jerarquía, sometidas al derecho Administrativo en todas sus transacciones, que otorga prioridad a la legalidad, sujetas a un fuerte proceso de centralización en su toma de decisiones, constituyen, en definitiva, las características intrínsecas a las denominadas "*burocracias públicas*".

[5] Ministerio y Consejerías de Hacienda, Ministerio y Consejerías de Salud, profesionales, pacientes, etc.

El sometimiento a todas estas especificidades alcanza a las principales materias de contenido económico, régimen presupuestario, de personal, retributivo, de contratación, contable, tesorería y controles administrativos.

Así pues, las peculiaridades descritas que presentan las organizaciones públicas sanitarias, limitan de forma significativa la posibilidad de llevar a cabo una gestión eficiente de las mismas.

12. No resulta fácil llevar a cabo una adecuada gestión de los servicios sanitarios

Todas las características que hemos ido enumerando acerca de los servicios sanitarios, nos pueden ofrecer una idea de la dificultad que conlleva efectuar una gestión sobresaliente de los mismos, así como, la toma de decisiones relativas a las funciones principales que con carácter general se efectúan en la mayoría de las unidades económicas, nos estamos refiriendo a las funciones de financiación, inversión, producción y prestación del servicio.

Sin embargo, a pesar de tal dificultad, en la actualidad resulta obvio que ante la limitación de los recursos disponibles, sea necesario incorporar la gestión a la vida de los servicios sanitarios, aunque prevalezca el componente exógeno al que se encuentran sometidos. En este sentido, como afirma Antó (2000,) mientras la aparición de nuevos conocimientos que generan elevados costes de atención constituyen la regla más que la excepción, por el contrario, la existencia de mecanismos solventes y ágiles para la toma de decisiones en los distintos niveles del Sistema sanitario, resulta la excepción más que la regla, en los cuáles, la información como soporte para la gestión suele ser insuficiente.

Es cierto que existe una gran diferencia entre la teoría y la práctica, siendo esta última más compleja, y que las razones que pueden conducir a una buena o mala gestión puedan calificarse de controlables o no por el gestor, puedan resultar justificables o injustificables pero, no es menos cierto que, mientras una proporción reducida de recursos adicionales provenga de una mayor eficiencia en la gestión de los mismos, se deben potenciar todos los esfuerzos a su consecución.

2.2 Los servicios sanitarios bajo un enfoque económico: su consideración de "*bien preferente*"

Del conjunto de bienes y servicios suministrados por las diversas Administraciones Públicas, desde un enfoque estrictamente económico, la sanidad tiene la consideración de *bien preferente*,[6] es decir, de un bien privado financiado públicamente.

Tal afirmación pudiera considerarse contraria a la concepción que, hasta el momento, hemos atribuido a los servicios sanitarios. Es decir, unos servicios de corte universal reconocidos constitucionalmente como derecho fundamental de todo ciudadano, cuya tutela se atribuye a los poderes públicos y financiados vía impuestos reúnen, entre otras, las características principales para su consideración de servicio público.

La cuestión acerca de lo que debe considerarse público o privado ha sido tradicionalmente objeto de estudio a través de diversos postulados económicos y, más concretamente, los que se enmarcan en el área de la Economía Pública. Si bien es cierto que las características específicas de ambas tipologías de bienes se encuentran perfectamente delimitadas, en la actualidad están siendo objeto de revisión debido, principalmente, al cambio de actitud experimentado por la ciudadanía en relación a las actividades que debe desempeñar y, de qué forma, el sector público.

En lo referente al ámbito específico de la sanidad, el desconocimiento de los fundamentos económicos que, de una parte, no consideran a la sanidad una función incluida entre aquellas clasificadas como bienes públicos puros y, de otra parte, los que argumentan que tampoco cumple la condición específica de bien privado, conlleva en numerosas ocasiones a establecer erróneamente determinadas hipótesis de

[6] En base a la clasificación de las funciones del Sector Público para el Estado hasta el año 1970 entre los denominados bienes privados suministrados públicamente figuran, de una parte, las prestaciones sociales por pensiones, por desempleo, etc... y, de otra parte, los bienes preferentes, tales como, la educación, la sanidad, vivienda y otros servicios comunitarios. Sin embargo, con posterioridad al año 1980 la denominación de bienes preferentes pasó a ser la de bienes sociales redistributivos incluyendo las mismas funciones que las enumeradas para los bienes preferentes. Ahora bien, generalmente se observa una denominación indistinta de ambos términos para hacer referencia a la Sanidad.

comportamiento que no son aplicables a la realidad sanitaria, al menos no específicamente a la española.

Aunque nuestro propósito no consiste en efectuar un análisis detallado de las características que identifican y distinguen a un bien público puro de un bien privado, si estimamos conveniente, al menos, poner de relieve aquellos aspectos que en mayor medida los diferencian. De esta forma, tendremos la oportunidad de contrastar en que medida los servicios sanitarios comparten, desde un enfoque económico, características de ambas clases de bienes, conduciéndoles a adoptar una posición intermedia entre los mismos y recibir la denominación de *bienes preferentes.*

2.2.1 Bienes públicos, privados y preferentes: especial consideración a la sanidad

Se entiende que los "*bienes públicos puros"* son aquellos cuyo consumo debe reunir de forma simultánea las dos características siguientes, éstas son, la no rivalidad y la no exclusividad. Por el contrario, en los *"bienes privados"* no participa ninguna de las características señaladas.

En relación al significado de las mismas, *consumo no rival* es aquél que puede efectuar una determinada persona de un bien o servicio sin excluir de ese mismo consumo a otra persona. Tal y como afirma Albi (1997, 36), una vez producida una cierta cantidad de bien o servicio ésta podrá ser consumida simultáneamente por todos los individuos. Un ejemplo ilustrativo de esta característica lo constituye la investigación médica básica, en el hipotético caso de que el descubrimiento de una determinada vacuna contra una enfermedad puede hacer partícipes y beneficiarios al conjunto de las personas en igual medida.

La característica de la *no exclusividad o no excluyente* en el consumo de un determinado bien o servicio hace referencia a que ningún individuo pueda quedar excluido del consumo de un bien aunque el sujeto no soporte el coste de su producción. En este sentido, Corona y Díaz (1994, 20) indican que ello supone la negación del

principio de exclusión por el que si no se paga por un bien se queda excluido de su consumo. Como ejemplo en este caso, sería representativo el suministro de un bien como es la Defensa Nacional por el que es imposible que una persona deje de recibir los beneficios que de él se derivan.

Delimitadas las dos características básicas que identifican a los denominados bienes públicos puros, los fundamentos económicos afirman que ante las condiciones de no rivalidad y no exclusividad en el consumo de este tipo de bienes, no se puede realizar una asignación eficiente de los mismos a través del mercado. Ello se debe a que, por las características técnicas de la producción, el coste marginal de que un individuo adicional disfrute de ellos es cero, mientras que el coste de excluir a un beneficiario es infinito. Esta constituye la razón principal por la que los bienes públicos puros tengan que ser suministrados por el Estado y financiados de manera coactiva. También es cierto, que no existen muchos ejemplos de este tipo de bienes, constituyendo el bien Defensa Nacional el más representativo y, en lo que al ámbito sanitario se refiere, los que se encuentran circunscritos a la salud pública como, por ejemplo, la fluoración de aguas.

En esta misma línea se pronuncian Corona y Díaz (1994, 21) cuando indican que la provisión de este tipo de bienes por el sector privado sería nula, ya que, se llegaría a un determinado instante de tiempo en el cual, auque una empresa perteneciente al ámbito privado produjese, pongamos por caso, el bien Defensa Nacional, una vez producido nadie querría pagar por él, ya que del mismo se podría consumir a un coste nulo una cantidad que ha sido pagada por el resto de los ciudadanos. Si todos actuásemos de la misma forma, ninguna empresa estaría dispuesta a producir un bien o a prestar un servicio sin que nadie contribuya a su financiación.

En el lado opuesto a los bienes públicos puros figuran los *"bienes privados"*. En relación a estos últimos, se entiende que no participan de las dos características que reúnen los bienes públicos puros. En consecuencia, de una parte, sí existe *rivalidad en el consumo*, por cuanto cada unidad de un determinado bien o servicio solamente podrá ser consumida por la persona interesada en el mismo, así, por ejemplo, el desayuno

consumido, por un individuo "X" no podrá ser consumido, a su vez, por el individuo "Z". Y, de otra parte, la característica que hace referencia a la *no exclusividad* tampoco se pone de manifiesto para el conjunto de los bienes privados, por cuanto, sí se puede excluir a los ciudadanos del consumo de un determinado bien o servicio si no se paga por el mismo.

Delimitadas las características principales que desde un enfoque económico permiten diferenciar los bienes públicos puros de los bienes de naturaleza privada, a continuación haremos referencia a aquellos bienes y servicios que se posicionan entre ambas tipologías bajo el término de *"bienes preferentes"*, o también denominados *"bienes meritorios"*, siendo esta última expresión comúnmente empleada en la literatura económica.

Los *bienes preferentes* se caracterizan por ser bienes privados financiados y suministrados públicamente, es decir, se trata de un conjunto de bienes y servicios que, en realidad, satisfacen una necesidad privada. Entre ellos se incluyen la sanidad, la educación, el transporte y gran parte de los bienes culturales.

Según Barea (1996, 55), los bienes designados como preferentes tienen una naturaleza privada porque no cumplen estrictamente las dos características principales que delimitan a los bienes públicos puros. De otra parte, en lo referente al motivo por el que debe intervenir el Estado en la provisión de este tipo de bienes no es único ya que, para cada clase de bien o servicio así tipificado, la doctrina económica ha elaborado una teoría específica justificando el traslado de una determinada necesidad privada al sector público. Para el caso concreto de la sanidad, dicha justificación se fundamenta en diversos aspectos, entre los cuales, los más aceptados son los que hacen referencia a los fallos del mercado, problemas de riesgo moral, necesidad preferente, problemas de selección adversa de riesgos, así como, costes de transacción elevados. En este momento no haremos alusión al contenido de cada uno de ellos porque serán desarrollados posteriormente.

Sin embargo, debemos tener presente que la intervención estatal en la provisión de este tipo de bienes y servicios no está exenta de críticas por parte de las corrientes de

pensamiento que abogan porque la provisión de los mismos, debido a su naturaleza, se efectúe desde el ámbito privado.

A pesar de tales consideraciones, con carácter general se justifica que la participación del sector público en el suministro de los bienes preferentes resulta imprescindible porque, a través de ella, se fomenta y potencia un mayor consumo de este tipo de bienes entre los ciudadanos, ya sea debido a razones de tipo político, social o de cualquier otra índole.

En relación a esto último, se pone de relieve que muchos ciudadanos desconocen el verdadero beneficio que resulta del consumo de este tipo de bienes y, ya no solo a título individual, sino su repercusión hacia el resto de la sociedad. En este sentido, quizás muchas personas no valorarían convenientemente la importancia de consumir un tipo de bien o servicio de estas características, como pudiese resultar la educación superior. Evidentemente, ello daría lugar a un menor consumo, por lo que en este caso, el suministro desde la esfera pública constituiría la solución para su incremento.

Por otro lado, y quizás considerada como la razón principal para que se produzca la intervención del Estado, radica en la necesidad de mantener la presencia de los bienes preferentes por cuanto se entiende que, a través de los mismos, se produce *justicia social*. Esta última, entendida en un sentido amplio, es decir, como el derecho que deben tener todos los ciudadanos para disfrutar del consumo de este tipo de bienes y servicios con independencia del nivel de renta. De ahí que resulte el compromiso de una financiación pública, al objeto de garantizar unos niveles mínimos de este tipo de bienes siendo, posteriormente opcional adquirir mayores y mejores cantidades en el ámbito privado.

Todas estas características y razones que delimitan y justifican, respectivamente, la presencia de los denominados *bienes preferentes* se incluyen en la definición que nos aportan Antoñanzas et al. (1999, 11) fruto del resultado de un análisis efectuado en torno al concepto de este tipo de bienes. En relación a ello, ponen de relieve que a partir del momento en que la denominación del bien meritorio o preferente fue acuñada en sus inicios por Musgrave, el contenido de su definición se ha ido configurando de manera

indirecta como "[...] *aquellas necesidades valoradas por la sociedad de forma tan meritoria que la satisfacción de las mismas se realiza a través de la vía presupuestaria* [...] *y que debido a las dificultades con que se encuentra el individuo para valorar todos los beneficios que se desprenden de su consumo serán consumidos en el mercado en una cuantía menor a la deseable en términos de eficiencia. De ahí que se considere justificada una intervención del Estado encaminada a incrementar su consumo*".

2.2.2 Intervención privada versus pública en sanidad

Enmarcada la sanidad como bien preferente del ciudadano y, por consiguiente, quedar incluida en el conjunto de servicios y prestaciones que el Estado se compromete a garantizar a la sociedad, los poderes públicos deberán decidir si su producción se realizará desde el ámbito público o, por el contrario, permitir que sea el sector privado el que lleve a cabo la misma.

Es decir, el hecho de que socialmente se acepte que la sanidad ha de ser financiada públicamente vía impuestos, justificando, en consecuencia, que un elevado porcentaje del gasto total en sanidad ha de ser de provisión pública, no implica que quién ha de efectuar la producción tenga que pertenecer forzosamente al ámbito público. (la diferencia de los términos provisión y producción es muy importante en este caso)

En esta línea, según Barea y Gómez (1994, 179), son numerosos los planteamientos que desde un punto de vista teórico argumentan que la producción pública de los servicios sanitarios no tiene cabida. Sin embargo, esta postura, a pesar de ser defendida por gran parte de la doctrina, también encuentra oposición en aquellos que consideran que determinados servicios, entre ellos la sanidad, reclaman necesariamente una producción pública.

En consecuencia, ante una provisión necesariamente pública de servicios sanitarios nos enfrentamos a la disyuntiva entre producción pública o producción privada. Como existen fundamentos económicos tanto a favor como en contra de ambas alternativas, la solución que se adopta consiste en observar a la función de producción como cualquier

proceso técnico y organizativo que deberá llevarse a cabo por aquellos agentes, ya sean del sector público o privado, que demuestren ser los más eficientes.

2.2.2.1 Producción privada y fallos del mercado en sanidad

Desde un punto de vista económico se justifica que las fuerzas competitivas del mercado generan un elevado grado de eficiencia en la asignación de recursos. En consecuencia, el mercado se considera el sistema óptimo para efectuar cualquier tipo de elección.

Ya sabemos que, con carácter general, para cualquier clase de bien o servicio, se entiende que habrá una asignación eficiente a través del mercado cuando existe un precio de equilibrio, a través del cual, se iguala la oferta a la demanda, constituyendo dicha asignación la preferida por los consumidores. Sin embargo, para el ámbito específico de los servicios sanitarios, al tomarse de referencia el marco conceptual de la Economía del Bienestar, se entiende por asignación eficiente, según Rodríguez (2001, 529) "[...] la cantidad óptima para la que el valor social otorgado a la última unidad producida es igual al coste social de producirla. Para producciones superiores, dada la naturaleza decreciente de la utilidad, la valoración sería inferior al coste, medido por el beneficio perdido en caso de haber dedicado esos recursos adicionales a la producción de otra cosa".

Así mismo, la citada teoría interpreta que toda intervención estatal debe estar guiada por el criterio de maximización del bienestar social, es decir, que el Estado, como mecanismo organizativo, sólo deberá intervenir si con ello se logra mejorar la posición alcanzada por el mercado.

Sin embargo, tal y como afirman Corona y Díaz (1994, 19), los supuestos básicos de la economía de mercado para que se produzca una asignación eficiente[7] son muy rígidos y,

[7] Un mercado puro con propiedad privada, tanto los consumidores como productores de bienes y servicios tratan de maximizar sus propios intereses, los primeros, maximizar su utilidad, los segundos, maximizar sus beneficios, hipótesis de la información perfecta y simétrica que tiene cada agente sobre las variables que le conciernen, la no existencia de costes de transacción, existencia de competencia perfecta y un sistema completo de mercados.

en consecuencia, resulta difícil que se cumplan en el funcionamiento efectivo y real de nuestra economía, debido a que la presencia de fallos en el mercado conlleva a realizar determinadas transacciones de forma ineficiente. Más concretamente, la eficiencia no se conseguirá, entre otros, en los siguientes supuestos: rendimientos crecientes de escala; bienes públicos puros; efectos externos; ausencia de mercados; información imperfecta; bienes de propiedad común. Si nos encontramos ante la presencia de estos factores se dice que existen fallos del mercado y, en consecuencia, no se producirá una asignación eficiente u óptima de recursos.

De entre los fallos del mercado señalados, algunos de ellos participan en el ámbito sanitario, imposibilitando, en consecuencia, que la incorporación del mercado para suministrar este tipo de servicios vía precio, como si de cualquier otro bien o servicio privado se tratase, no resulte satisfactoria. Es por ello que, a continuación realizaremos un breve análisis de los fallos del mercado vinculados directamente al caso de los seguros sanitarios privados, con el propósito de contrastar los fundamentos económicos que afirman que, en este contexto específico, no se dan los requisitos necesarios para que se produzca un comportamiento eficiente del mercado.

a) Presencia de bienes privados generadores de efectos externos[8]

Como se indicó anteriormente, ante la presencia de bienes privados que generan los denominados *efectos externos* no se cumple una asignación eficiente del mercado.

Según Albi (1997, 35), se entiende que existen efectos externos cuando las decisiones que toma un determinado agente económico afectan al bienestar de otros agentes, ocasionando que, en algunos casos, tales decisiones influyan en el sistema de precios. Si, dado el caso, efectivamente se produjese una interacción entre los sujetos

[8] Comúnmente conocido también por la denominación de *"externalidades"*

económicos, ya sea positiva o negativa, y además se llegase a manifestar directamente o no en los precios, se les denomina efectos externos o externalidades.

La presencia de estos efectos traerá consigo pérdidas de eficiencia económica porque, cuando un agente los genera, no está pagando o cobrando un precio si debido a ello causa un perjuicio o un beneficio a otro u otros agentes. En consecuencia, los precios de mercado dejarán de ser *señales* que orienten efectivamente las decisiones de producción y consumo, al no incluir las valoraciones de los sujetos perjudicados o beneficiados del referido efecto externo.

En el caso específico de la sanidad, constituye un ejemplo de externalidades los gastos de salud pública y, más concretamente, los que hacen referencia a las vacunaciones. En este caso, la utilidad del gasto no repercute exclusivamente en aquella persona a la que se le realiza, sino también al resto de la población porque conlleva a que se reduzca el número de posibles portadores de virus y, con ello, el peligro de infección.

En este caso se produce una economía externa de consumo, haciendo que el mercado no funcione adecuadamente porque los costes privados son superiores a los beneficios privados. Es decir, como los beneficios sociales derivados de la reducción de la incidencia de la enfermedad son muy superiores a los costes, las autoridades sanitarias optan por suministrar gratuitamente la vacunación a todos los ciudadanos. Además de estas enfermedades infecciosas como ejemplo típico de externalidad en el ámbito sanitario, también se la consideran, los propios estilos de vida de determinadas personas, más bien descuidados, que pudieran resultar peligrosos para el resto de la comunidad.

b) Información imperfecta y asimétrica entre los contratantes

Para que exista un funcionamiento eficiente del mercado resulta necesario disponer de información suficiente, es decir, que las partes que intervengan tengan conocimiento acerca de la naturaleza de los bienes, servicios y factores que desean adquirir. Lógicamente, esta condición resulta imprescindible en toda toma racional de decisiones, presentes y futuras, al objeto de eliminar la aparición de cualquier tipo de contingencia.

Sin embargo, desde un punto de vista económico, no se llevará a cabo una asignación eficiente del mercado cuando la información resulte imperfecta y asimétrica. Ante la presencia de estas dos características de la información se derivan dos problemas principales, éstos son, la *selección adversa* y el *riesgo moral*.

La interpretación de estos fallos del mercado para el caso específico del ámbito sanitario viene dada de la siguiente forma. Cuando existe información imperfecta y asimétrica entre los contratantes, la misma no se encuentra distribuida de manera equitativa entre las partes, dando lugar a que en el momento de efectuar un contrato privado acerca de un determinado seguro de enfermedad, resulte difícil objetivizar el daño por los agentes implicados. En la mayoría de los casos, resulta una situación favorable para el asegurado y desfavorable para la compañía aseguradora. Por ejemplo, si la compañía de seguros no dispone de información que le permita discriminar si los clientes son de alto riesgo o no, la parte asegurada, una vez firmado el contrato, puede modificar conscientemente su comportamiento y hacer un uso excesivo de las prestaciones por encima del que haría en el caso de no haber estado asegurado, dando lugar a un hecho que recibe la denominación de *riesgo moral*. En consecuencia, al originarse un gasto sanitario individual superior al inicialmente estimado en el contrato, dará lugar a que se incremente el precio de la póliza de seguros sanitarios no solo a título particular, sino para todos los asegurados, tanto para los que hagan un uso racional del mismo como para los que inducen su incremento. Ello es debido a que, ante la presencia de este tipo de asimetría de información entre las partes, resulta imposible discriminar aquellos clientes que, por llevar un estilo de vida saludable, se les pudiese facturar una prima inferior de aquellos otros que, al representar un mayor riesgo, se les debería incrementar la misma e incluso, llegado el caso, no ofrecerles la venta del contrato. Ante esta situación, se estaría dando lugar a la denominada *selección adversa*. Como afirma Rodríguez (2001, 530) una práctica que habitualmente están llevando a cabo las compañías para reducir este comportamiento, consiste en vender seguros incompletos a través de los cuales el usuario tiene que participar en el coste del servicio.

c) Ausencia de mercado para ciertos riesgos

No debemos olvidar que las compañías aseguradoras son empresas que persiguen la obtención de un beneficio en el desempeño de su actividad como cualquier otra unidad económica lucrativa. En consecuencia, desean obtener una rentabilidad de las inversiones realizadas y, precisamente, en el sector sanitario resulta imprescindible destinar un volumen considerable de recursos, entre otras aplicaciones, a la implantación de nuevas y complejas tecnologías sanitarias, en la mayoría de los casos, muy costosas.

Evidentemente, las compañías aseguradoras no ofrecerán oferta alguna de determinados riesgos específicos para los que, muchos individuos sí estarían dispuestos a pagar una prima por su aseguramiento. Sin embargo, no existirá mercado para este tipo de contingencias porque las compañías no encuentran rentabilidad alguna en su cobertura y, en el caso hipotético de ofrecerla, quizás sólo aquellos ciudadanos con muy alto nivel adquisitivo podrían pagar las elevadas y casi millonarias primas que serían necesarias para cubrir la rentabilidad deseada.

En relación a ello, piénsese que compañía aseguradora privada, aunque legalmente estuviese permitido, sería capaz de efectuar trasplantes de órganos exclusivamente vía donaciones, es decir, sin recibir a cambio primas millonarias, tal y como sucede en la actualidad en nuestro sistema sanitario público, o también, por ejemplo, la cuantía de las primas de determinadas enfermedades crónicas, tales como, el cáncer, el sida, etc...

d) Problemas derivados de la falta de equidad distributiva

Generalmente la existencia de mercado puro con propiedad privada no conduce a una distribución equitativa de los niveles de bienestar, lo que origina, en consecuencia, desigualdades en la distribución de la renta entre la población.

En relación a ello, Rodríguez (2001, 529) afirma que si la decisión de cómo distribuir los servicios sanitarios entre la ciudadanía se dejase libremente al mercado, éste tomaría como criterio de distribución principal la disponibilidad a pagar de los individuos, la cual, a su vez, está determinada en gran parte por la capacidad de pago. Como la renta y

la capacidad de pago están desigualmente distribuidas en la sociedad, la posibilidad de acceder a la atención sanitaria también sería desigual.

Con motivo de ello, partiendo de la base de que todos los individuos son iguales y que a todos se les ha de garantizar el derecho a preservar la vida, no debe negarse el acceso a los servicios de salud por el hecho de tener un bajo nivel de renta y, ante esta premisa, sólo el Estado como organización, tiene el poder de coacción para lograrlo.

Descritos brevemente los principales fallos del mercado que impedirán a las fuerzas competitivas del mismo lograr la eficiencia deseada en el suministro de un bien preferente como es la sanidad, se pone de manifiesto la necesidad de incorporar otras alternativas a las iniciativas puramente privadas. De esta forma, surge la justificación que, a priori, permite al sector público su intervención en la provisión de la sanidad, con el propósito principal de paliar las ineficiencias y fallos generados por el mercado.

2.2.2.2 Producción pública y fallos del Estado en sanidad

Si se le atribuye a la intervención estatal una solución económica ante las ineficiencias originadas por el mercado sanitario privado, cabría plantearse qué cualidades específicas presenta el Estado como organización para responder, de forma más acorde, ante los fallos anteriormente señalados.

En este sentido, el Estado siempre ha sido considerado una organización diferente y, aunque usualmente se le atribuyen las nociones de autoridad y jerarquía como características intrínsecas al mismo, éstas últimas también se dan en la organización interna empresarial, por lo que no se pueden asociar exclusivamente a la institución estatal.

En consecuencia, y desde un punto de vista económico, se consideran dos los rasgos exclusivos que el Estado presenta como organización, éstos son, la "*pertenencia universal*" y su "*poder de coacción*". En lo referente al primero de ellos, Albi et al. (1997, 47) indican que todos los ciudadanos pertenecemos al país en el que nacemos o decidimos vivir y, en consecuencia, quedamos bajo la jurisdicción del Estado. Mientras

que somos libres de poder elegir un trabajo u otro, pertenecer a distintos clubs privados o a ninguno, de la acción estatal, sin embargo, no nos podemos liberar, siendo incluso la elección del país de residencia limitada. En lo relativo al segundo de los rasgos específicos, el poder de coacción, las organizaciones privadas tienen el poder de obligar sobre quienes aceptan contractual y voluntariamente obligaciones de hacer o no hacer algo. Sin embargo, el Estado tiene ese poder en grado máximo y lo puede ejercer sin "aquiescencia individual", esto es, sin contar con la voluntad de cada individuo en particular.

En consecuencia, estos rasgos distintivos de la organización estatal le confieren unos poderes y unas posibilidades que resultan esenciales en el aspecto económico. En este sentido tiene la capacidad de, entre otras, introducir impuestos, legislar, prohibir y sancionar. Se entiende que el uso adecuado de las mismas le permitirá eliminar o, al menos, reducir de forma apreciable los fallos que origina el mercado.

Sin embargo, sería un error pensar que la intervención estatal, debido a las atribuciones anteriormente señaladas, es una institución que está libre de fallos. En realidad, ambas organizaciones, tanto el Estado como el mercado, son imperfectas.

La autoría de tal planteamiento, es decir, la comparabilidad entre mercados que fallan y gobiernos imperfectos se le atribuye a Wolf desde el año 1979. En síntesis, pone de manifiesto que para diseñar cualquier política pública resulta necesario, previamente, un adecuado análisis de la misma, debido a que sus defectos podrían ser peores que los originados por la iniciativa privada. En consecuencia, para tomar la decisión sobre cuál debe ser la institución ideal que lleve a cabo una determinada prestación, se tendrán que comparar los fallos de ambas clases de organizaciones imperfectas, es decir, los fallos del Estado y los fallos del mercado.

Con motivo de ello, a continuación enumeramos, siguiendo a Rodríguez (2001, 532), cuáles son los principales fallos que se le atribuyen al Estado en relación al mercado.

a) Costes excesivos debido a la inexistencia de nexos de unión con los precios

Con carácter general, en las instituciones públicas prevalece la desvinculación entre los beneficios originados y los costes incurridos en la obtención de un determinado output, lo que conlleva a una deficiente asignación de recursos. Tales ineficiencias asignativas conducen a pérdidas en el bienestar para toda la sociedad, ya que dan lugar a costes excesivos debido, entre otros factores, a la falta de incentivos internos y presiones externas que motivasen su reducción.

b) Presencia de *internalidades*

Esta tipología de fallo del Estado hace referencia al conflicto que se puede dar entre los objetivos públicos que persigue la organización como tal y los intereses individuales e internos del colectivo de personas que forma parte de la misma.

Como en el ámbito público no existe un sistema de precios indicativo de un éxito o fracaso, que se pueda tomar de referencia para incentivar la toma de decisiones interna, en este tipo de unidades económicas se suelen dar las denominadas *internalidades.* Es decir, se introduce una clase de cultura organizativa que orienta el comportamiento individual dentro de la organización, dando lugar con frecuencia, a que los objetivos de los políticos y de los gestores respondan en mayor medida a intereses particulares que a los objetivos públicos y sociales asignados en los correspondientes programas de actuación de la institución en sí misma.

En relación a ello, Barea (1996, 54) especifica que entre las internalidades que suelen acompañar a la actividad pública se incluyen con carácter general, el crecimiento presupuestario, es decir, más es mejor, el progreso tecnológico, ya que lo nuevo y complejo es mejor y, controlar la información relevante, ya que ello se traduce en poder.

c) *Externalidades* de la acción estatal

Al igual que sucedía para el mercado, también en el ámbito público cuando se lleva a cabo la toma de una determinada decisión, tal intervención pública puede producir efectos secundarios difíciles de prever sobre terceras personas.

Sin embargo, como indican Albi et al. (1997, 57) a diferencia de las externalidades que hacen fallar al mercado, que son producidas endógenamente por las preferencias del agente o por la tecnología en un contexto de definición imperfecta de los derechos de propiedad, en el ámbito público son exógenas al sistema económico. Como ejemplo característico de externalidad en este sector figuran los efectos negativos que se derivan de los costes de la regulación.

d) Desigualdad distributiva

Finalmente, entre los fallos del Estado también se debe hacer referencia a que la acción estatal no está libre de inequidades distributivas a raíz de posibles arbitrariedades, tales como, privilegios, sobornos, clientelismo político y demás situaciones de injusticia, que pueden poner en práctica determinados grupos de interés en el ejercicio de su autoridad.

De otra parte, existen otras clases de fallos que se le atribuyen al Estado en relación al mercado y que no han sido incluidas en la tipología anteriormente señalada, como por ejemplo las relativas al empleo y al salario público, ya que son poco sensibles a los cambios sociales; las dificultades para medir el output; el énfasis en el cumplimiento de la legalidad, lo cual conduce a reducir la flexibilidad que requiere la implantación de las diversas políticas; generalmente la burocracia es mayor que en el ámbito privado y, a pesar de las ineficiencias probadas, las organizaciones públicas, generalmente, no quiebran.

En consecuencia, tras la enumeración de los principales fallos del Estado se acepta que, por el hecho de que existan fallos en el mercado, ello no implica que se traduzca necesariamente en una intervención estatal, ya que esta última, también adolece de los mismos. Por lo tanto, hemos observado que, de una parte, el mercado ofrece ventajas frente a los fallos del Estado y, de otra parte, este último también tiene ventajas frente al mercado. Así pues, la elección entre ambos mecanismos imperfectos vendrá dada por aquella cuyos fallos se admitan en mayor medida, pero, siempre atendiendo a una mayor contribución del bienestar social.

Específicamente, en lo que al ámbito sanitario se refiere, en la actualidad la mayoría de los países desarrollados prefieren un marco en el que predomine un sistema sanitario público con imperfecciones, por cuanto la uniformidad en las prestaciones, así como, las restricciones en la cantidad y/o calidad de los servicios, constituyen las características más sobresalientes del ámbito público frente al mercado como institución.

2.3 Los paradigmas de la "*Nueva Gestión Pública*" como solución a los fallos del Estado

Tras analizar la posibilidad que tienen tanto el mercado como el Estado para la provisión de los servicios sanitarios, y haber seleccionado finalmente a este último para dar cobertura a tal prestación, resultará necesario dotar a la organización estatal de los mecanismos apropiados, para que pueda llevar a cabo una gestión pública más eficiente que le permita eliminar, en todo o en parte, las imperfecciones que anteriormente le fueron atribuidas.

Ha sido, la consideración de los servicios sanitarios como bien preferente del ciudadano[9], la razón principal de las múltiples propuestas de gestión que se han planteado para este ámbito en concreto. Alternativas que, en su gran mayoría, toman como punto de referencia los postulados económicos que conforman a la "*Nueva Gestión Pública"*.

El término "*Nueva Gestión Pública"* (en adelante, "*NGP"*), frecuentemente se utiliza como un concepto genérico, en el que se integran un conjunto de propuestas encaminadas a reformar la gestión de las Administraciones Públicas, con el propósito de mejorar su eficiencia. En todas ellas prevalece un denominador común, este es, trasladar al ámbito público, en la medida de lo posible, los modelos de gestión que se aplican a la realidad económica empresarial.

[9] Debido a su naturaleza privada

Los postulados que emanan de la literatura económica relativos a la *"NGP"*, han ejercido una influencia notable para modernizar la gestión del Sector Público en los países desarrollados. Lo mismo ha sucedido en nuestro país, pero en este caso bajo el término denominado *"Proceso de modernización de la Administración Pública española"*.

Sin embargo, debemos advertir que al igual que sucedió para el sector sanitario británico, en España, la aplicación específica de estas reformas de gestión a la Administración Sanitaria, han tenido una mayor repercusión. Aunque todas las propuestas que integran a esta corriente de pensamiento, persiguen como finalidad última, incrementar la eficiencia de la gestión pública, cada país ha realizado una particular interpretación de los mismos para su efectiva implantación, debido, lógicamente, a las consabidas características peculiares que presenta cada uno de ellos.

Las doctrinas de la *"NGP"* han sido analizadas por diversos autores. Aunque en este trabajo no pretendemos realizar un análisis pormenorizado de estas ideas, sí vamos a indicar cuales son los elementos o movimientos generales que la integran:

- Descentralizar grandes organizaciones públicas en unidades autogestionadas para cada producto del Sector Público. Esto es, desagregar las tareas de las Administraciones Públicas a través de fórmulas semi-contractuales o semi-mercantiles y, en particular, introducir la distinción entre comprador-proveedor para así sustituir las tradicionales estructuras unificadas de prestación y planificación funcional. Esto supone una delegación de control a través de la creación de agencias controladoras de cada vez mayor autonomía y responsabilidad con respecto a su propia gestión.

- Inyectar fuerzas de mercado en el Sector Público posibilitando una verdadera competencia, tanto entre las organizaciones del Sector Público, como entre organizaciones del Sector Público y Privado. A este respecto, se realizarían contratos basados en relaciones de competencia en un mercado interno, se produciría la contratación de servicios a empresas privadas y se podría favorecer el proceso de privatización de algunos servicios. Lo anterior genera grandes

necesidades de determinar precios, lo que a su vez, conlleva reforzar los sistemas de identificación de los costes de los servicios públicos.

- Adoptar estilos de gestión empresarial en el Sector Público, como llevar a cabo planes estratégicos, estados de objetivos y el desarrollo de nuevos sistemas de información para la gestión. Enfatizar una disciplina de uso de recursos y buscar alternativas con menos coste.

- Dar un mayor énfasis a la gestión que a la política. Lo anterior hace que para la toma de decisiones se desliguen el ámbito político y el de gestión, y se conceda una mayor autonomía decisoria a los gestores.

- Hacer gran hincapié en cómo se están gestionando los recursos, por lo que se incrementa la responsabilidad.

- Un cambio hacia la formulación de medidas explícitas de rendimiento. Esto sería posible a través de la formulación de indicadores de rendimiento, así como fomentar auditorías.

- Otorgar un gran énfasis al control del output. Esto hace que se planteen modificaciones en la gestión presupuestaria, mejore la transparencia de la información y se relacionen los costes no con los recursos utilizados sino con los resultados obtenidos.

Estas ideas han jugado un papel importante en las reformas acometidas en el Sector Público en las últimas décadas. Un resumen de las mismas consistiría en el reemplazo de las estructuras burocráticas y jerárquicas por otras más descentralizadas, separación de la función de financiación y provisión del servicio, así como instrumentalizar su relación a través de contratos; y finalmente, estimular la competencia creando mercados internos y posibilitando la externalización de los servicios públicos.

Sin embargo, para la toma de decisiones en el marco de los planteamientos de la *"NGP"* anteriormente señalados, a nuestro juicio, se deben tener en consideración las siguientes premisas.

En el epígrafe precedente, pusimos de manifiesto que la intervención pública en la economía, se justifica a través del fundamento económico que postula que ante el incumplimiento de determinadas hipótesis del sistema de precios competitivo, el mercado resulta ineficiente. De igual forma, se advirtió que las actuaciones públicas tampoco son siempre garantía de solución, es decir, el hecho de cambiar la titularidad de un determinado servicio o competencia no garantiza, por sí solo, que se eliminen las respectivas imperfecciones del mercado.

No obstante, pese a lo anterior, los postulados económicos de la *Teoría de los fallos del mercado*, así como, los relativos a la *Doctrina del interés colectivo*[10] parten de la premisa fundamental, de que cualquier intervención pública está justificada como solución a los mismos, ya que contribuye a un mayor bienestar social.

Sin embargo, ante dicha concepción normativa, coincidimos con Albi et al. (1997, 263) cuando manifiestan que esta consideración, a priori, de la eficacia correctora que se le presupone a cualquier intervención pública ante la ineficiencia del mercado, se debe tomar con cierta cautela, ya que requiere contrastación y no apriorismos. A nuestro juicio, además ello adquiere una especial relevancia en el análisis de las políticas públicas relativas a la provisión de los bienes preferentes, como es en nuestro caso la sanidad, y ello debido a dos razones principales:

a) El mayor porcentaje de gasto público, realmente, se concentra en la *provisión de los bienes y servicios preferentes*

El importante crecimiento que el sector público ha experimentado en la actividad económica, debido a las mayores prestaciones de servicios que ha ido asumiendo conlleva, necesariamente, a un incremento del gasto público total.

Sin embargo, el mayor componente de gasto público se concentra en el suministro de los bienes y servicios valorados por la sociedad como preferentes y, en consecuencia, privados por naturaleza. Con ello, lo que pretendemos poner de manifiesto es que la provisión pública de bienes y servicios que gozan estrictamente de naturaleza pública,

[10] Doctrina en la que se fundamenta la Economía Pública normativa moderna

resulta ser muy limitada frente a la enorme cantidad de gasto público que se destina al suministro de los bienes preferentes.

En consecuencia, tal y como afirman Albi et al. (1997, 268), si realizamos un análisis detallado de las distintas intervenciones de las Administraciones Públicas en la economía, y se intentasen justificar "ex post" sobre la base de los fundamentos teóricos convencionales de la actuación estatal, se pondría de relieve una diferencia significativa entre la teoría normativa y la realidad objeto de contrastación. Es decir, en lo que concierne a las razones que justifican la provisión pública de los bienes preferentes, se pondría de manifiesto que en la mayoría de ellas, no radica en que exista una ventaja comparativa en términos de mayor eficiencia por parte del Estado frente al mercado, como cabría esperar a priori. Lo que sí se pondría de relieve es que, realmente, lo que subyace es una valoración social o política, ideológica, y por tanto coyuntural, en favor de una intervención pública.

En consecuencia, de la misma forma que la sociedad revisa intervenciones públicas pasadas, nacerán así mismo, nuevas necesidades de intervención estatal para que aumente la cantidad y calidad de las prestaciones, las cuáles tampoco se legitimaran, necesariamente, en criterios de eficiencia para que su provisión se efectúe desde el ámbito público.

Lo anterior, resulta contrario a lo que ha venido suponiendo la literatura económica en lo que concierne a estimar la eficiencia relativa entre provisión pública o privada de los bienes preferentes, ya que, con independencia de los resultados obtenidos del análisis "coste de oportunidad", no se justificaría, forzosamente, el carácter privado de la provisión. Es más, en muchos de los casos, ni siquiera en la hipotética situación en que el coste relativo a la prestación de un determinado servicio superase unos límites previamente establecidos, sería cuestionable la entrada del sector privado en su provisión.

De esta forma, se pone de relieve que la financiación pública de dichas partidas de gasto, no se sustenta en un argumento económico, estable y permanente, como sí sucede para el suministro de los bienes públicos puros. Por tanto, la responsabilidad que asume

el sector público en relación a la provisión de los bienes preferentes, al contrario de lo que acontece en el caso del fallo del mercado en presencia de bienes públicos, se caracteriza por tener un fuerte componente valorativo y coyuntural.

Así pues, a través de las consideraciones anteriores, queremos poner de manifiesto que en el momento de efectuar el análisis de la gestión pública de este tipo de bienes y prestaciones, designadas como preferentes, se deben tener presentes al objeto de adecuar los instrumentos de gestión que, en mayor medida, permitan dar solución a los problemas observados.

En esta línea, los referidos autores proponen como fórmula para analizar las actuaciones públicas que, una vez identificado el servicio concreto y las razones por las que su suministro está sometido a tutela pública, no necesariamente debido a una mayor eficiencia del Estado, se deberá responder de modo coherente, ya que, no todos los instrumentos de intervención estatal serán igualmente eficientes para la consecución de los objetivos públicos, es decir, para cada supuesto se debe buscar la mejor adecuación de las fórmulas organizativas y de gestión públicas pertinentes.

En definitiva, el análisis económico de las razones y los modos, en relación a como se adoptan las decisiones públicas, y en particular las relativas a la gestión del gasto público, debería revestir diferencias importantes en función de la categoría de las prestaciones a las que se haga referencia.

b) Un porcentaje significativo de gasto público se origina porque la Administración decide asumir *directamente la función de producción*, tanto para la provisión de bienes y servicios no destinados a la venta como para aquellos que sí están destinados a la venta

Si con anterioridad planteamos que un incremento considerable del gasto público se debe al suministro de los bienes y servicios valorados por la sociedad como preferentes, y no públicos, también es cierto, que un porcentaje significativo del gasto público se debe a la decisión política de asumir directamente la *función de producción* de los bienes y servicios *destinados a la venta*, producidos principalmente por el sector

público empresarial, como aquellos que *no están destinados a la venta*, producidos por la Administración Pública, propiamente dicha.

En el esfuerzo de repensar el papel del sector público en la economía, es decir, el debate en torno a las actividades que les corresponde desarrollar a las Administraciones Públicas en el contexto socioeconómico, y más concretamente en relación a las cuestiones relativas a *cuándo, cuánto* y *cómo* deben intervenir para mejorar dicho contexto, continúa siendo uno de los ejes actuales del debate político en todos los países desarrollados. En esta línea, quizás en lo que más se haya insistido, es que las responsabilidades públicas residen en la provisión y financiación de los servicios, pero no en asumir la producción directa por parte de la Administración.

Las implicaciones que conlleva asumir en su totalidad dicha concepción, en el ejercicio de las funciones del Estado, son múltiples. Así pues, el término de producción adquiere un significado relevante para la toma de decisiones en el ámbito de la gestión pública. Sin embargo, a nuestro juicio resulta necesario diferenciar, a su vez, qué clase de bienes y servicios integran a cada tipología.

Como muestra el cuadro X, en primer lugar, diferenciamos la producción de bienes y servicios *no destinados a la venta*; integrados de una parte, por los bienes y servicios públicos puros y de otra, por los bienes preferentes. En segundo lugar, la producción de bienes y servicios *destinados a la venta*, que incluye a aquellos que han sido designados por los poderes públicos para ser producidos por sí mismos para su venta en el mercado.

<table>
<tr><td rowspan="2">SECTOR PÚBLICO
ADMINISTRATIVO
(Administraciones Públicas)</td><td rowspan="2">PRODUCCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS NO DESTINADOS A LA VENTA</td><td>BIENES Y SERVICIOS
PÚBLICOS PUROS</td></tr>
<tr><td>BIENES Y SERVICIOS
PREFERENTES</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="3">SECTOR PÚBLICO
EMPRESARIAL
(Empresas Públicas)</td><td rowspan="3">PRODUCCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS DESTINADOS A LA VENTA</td><td>BIENES Y SERVICIOS NO FINANCIEROS</td></tr>
<tr><td>BIENES Y SERVICIOS FINANCIEROS</td></tr>
<tr><td>SERVICIOS SEGUROS</td></tr>
</table>

1. *Producción directa para la provisión de bienes y servicios no destinados a la venta versus producción directa para la provisión de bienes y servicios que sí están destinados a la venta*

A nuestro juicio, resulta de especial interés diferenciar, en primer término, la producción directa de estas dos tipologías de bienes y servicios, ya que son distintas las implicaciones que conlleva la decisión política de producir bienes y servicios que tienen como destino último la venta en el mercado, de aquellos otros que no lo tienen.

Cuando los poderes públicos toman la decisión de producir por sí mismos, bienes y servicios para su venta en el mercado y sometidos a un precio, resulta lógico que la respuesta a las cuestiones de *qué* servicios producir, *para quién* producirlos y *quién* los paga, la ofrezca el mercado. La actividad productora la llevan a cabo la empresas públicas, las cuáles se financian principalmente mediante los ingresos procedentes de la venta de su producción[11] pudiéndose obtener beneficio.

Sin embargo, en lo que respecta a la producción de bienes y servicios no destinados a la venta, la actividad será realizada por las Administraciones públicas, carecen de un fin lucrativo y sus presupuestos se financian principalmente mediante pagos obligatorios o transferencias estatales, es decir, a través de impuestos obtenidos de forma coactiva.

[11] A este respecto, resulta necesario mencionar que según el artículo 123 del TRLGP, en su nueva redacción dada por la Ley 50/1998, se considera *empresa pública* cuando los ingresos procedentes de la venta de su producción alcancen, al menos, el 50% de sus ingresos totales.

En este sentido, el principio de mercado no es válido para regular el proceso de producción de estos últimos, pues su provisión no viene determinada por una expectativa de beneficios por parte de los productores, ni por una demanda individual de los consumidores. La decisión de producir estos servicios no puede emanar, por tanto, del mercado, sino de la autoridad pública a través de procedimientos políticos y administrativos basados en objetivos sociales comunes. La decisión de qué servicios deben prestarse, quién se beneficiará de ellos y cómo ha de distribuirse la carga fiscal que financiará su coste, es política, y la mano visible de la autoridad pública sustituye a la mano invisible del mercado. Por consiguiente, los mecanismos que se utilizan para la toma de decisiones en la gestión de ambas tipologías de bienes y servicios deben resultar diferentes.

2. *Producción directa para la provisión pública de bienes y servicios no destinados a la venta: diferenciación entre bienes públicos puros y bienes preferentes*

Aunque ambas tipologías compartan las características de los bienes y servicios no destinados a la venta anteriormente señaladas, es decir, tanto los bienes y servicios con una naturaleza estrictamente pública como aquellos que la tienen privada, serán financiados públicamente y su provisión se efectuará también desde la esfera pública, sin embargo, en este caso adquiere mayor relevancia el término de producción, ya que debido a la distinta naturaleza de los mismos, pública y privada, respectivamente, para el caso específico de los bienes preferentes el sector privado sí puede llevar a cabo su producción directa.

Es decir, los bienes públicos puros[12] no se venden en el mercado por un precio, no existe su comercialización, con motivo de ello, falta la prueba del mercado. En consecuencia, el principio de mercado no es válido para regular su proceso de producción ya que, ante su inexistencia, en muchos casos ni siquiera puede ser simulada. Así pues, ante la ausencia de mercado resulta difícil mostrar hasta que punto

[12] Por su propia naturaleza pública intrínseca.

ha resultado eficiente o ineficiente la gestión de la *producción* de los bienes públicos puros por parte de la Administración.

Con motivo de ello, en relación a la respuesta ante las preguntas, de *qué* servicios producir y *para quién* producirlos, sí va a existir diferenciación entre ambas tipologías de bienes. A la primera de las cuestiones, en el caso de los bienes públicos, por convención, se consideran aquellos producidos por las ramas de las Administraciones Públicas correspondientes a la Administración General, Justicia, Orden público y seguridad, Defensa Nacional y Seguridad Social. Sin embargo, en lo que respecta a los bienes preferentes, ya sabemos que cada país determinará qué necesidades privadas se trasladarán al ámbito público para su financiación y provisión, aunque también los produzca el sector privado para su venta. En España, generalmente se consideran bienes meritorios los servicios de saneamiento de vías públicas, contra incendios y similares, los servicios de educación e investigación, los servicios de sanidad, asistencia social, así como, los servicios culturales y recreativos.

Es por ello, que en lo referente a la pregunta de para quién producirlos, en el caso de los bienes públicos puros, al no darse en ellos el principio de exclusión, se producen para toda la colectividad. Por lo que respecta a los bienes preferentes, al sí darse el principio de exclusión, debido a su naturaleza privada, le corresponde a la autoridad pública decidir a quién se ha de suministrar dichos servicios.

Por ejemplo, para el caso específico de la Sanidad en España, la prestación sanitaria se transformó en universal cuando con anterioridad sólo tenían derecho a la misma los trabajadores acogidos a la Seguridad Social. Tal decisión la tomó la Administración haciendo uso de su potestad normativa y quedando obligada a una provisión pública de esta necesidad. Pero tal decisión, no imponía a la Administración la obligación de producir directamente el servicio de sanidad a los nuevos beneficiarios, podía hacerlo a través de conciertos con entidades privadas, porque existe una oferta privada de los mismos y, en consecuencia, su producción.

Así pues, ante la cuestión de *cómo* producirlos tenemos que diferenciar a ambas tipologías de servicios, ya que para el caso de los bienes preferentes, al igual que sucede

para los bienes y servicios destinados a la venta, su estricto proceso de producción puede llevarse a cabo a través del sector privado.

Es por ello, por lo que el término de producción adquiere un significado muy relevante, ya que al considerarse estrictamente como un proceso técnico, debería realizarse por el agente económico, público o privado, que fuese más eficiente. En consecuencia, resulta que para los bienes preferentes surgen numerosas propuestas innovadoras para la gestión de esta función específica, ya que la Administración tiene la alternativa de producirlos a través de su macroestructura organizativa o permitir que los produzca el mercado, manteniendo su provisión pública.

De ahí, que la gran dificultad que surge para gestionar el gasto público de una manera eficiente, en realidad se encuentra en el campo de la *producción* de este tipo de bienes. Es decir, cuando se plantea incrementar la eficiencia con que se gestionan los recursos públicos, los postulados que se derivan de la *"NGP"* se basan, principalmente, en implantar procedimientos empresariales, concretamente a la función de producción en los servicios de provisión pública que se caracterizan como bienes preferentes, en aquellas organizaciones públicas a las que se le ha encomendado su producción directa. Así pues, resulta importante tener en cuenta esta consideración, ya que el fracaso en la gestión pública se centra principalmente en la función de producción propiamente dicha.

La función de producción para atender a las necesidades preferentes, sujetas al principio de exclusión, no constituye una función pública en sí misma, porque puede satisfacerse a través del mercado, aunque la provisión continúe siendo pública. Se parte de la base, de que en ese momento la Administración actúa como un empresario gestionando la combinación de factores de la producción para obtener un determinado servicio.

La sanidad, la educación y los servicios sociales fueron en su momento satisfechos en su casi totalidad por el mercado, y aún hoy día, parte de la demanda es cubierta por empresas privadas y financiadas vía precio.

Resulta, por tanto, que en servicios que se producen paralelamente por las Administraciones Públicas y por las empresas privadas, estas últimas emplean técnicas de gestión empresariales para la producción y venta de dichos servicios, mientras que las Administraciones Públicas, utilizan procedimientos meramente administrativos en la producción de los mismos, dando lugar a que, en numerosas situaciones similares los costes unitarios sean bastante más elevados en el sector público que en la empresa privada. De ahí, que después surjan las consabidas medidas privatizadoras de este tipo de servicios.

Quizás parezca lógico pensar, que en un principio la producción pública de los bienes preferentes nunca se considerase bajo una óptica empresarial, por la escasa cuantía que representaban en sus inicios. Ello podría justificar el tratamiento puramente administrativo y burocrático con que se ha concebido la producción de esta clase de servicios.

Sin embargo, cuando en España dicha *producción pública* supone en la actualidad el factor principal que incrementa el gasto público, parece inconcebible que la producción, en sentido estricto, de las Administraciones Públicas no se organice con una orientación empresarial. Es decir, a pesar de que en los años transcurridos se ha incrementado la producción de este tipo de servicios, la organización y el sistema de gestión han permanecido, prácticamente, sin modificación alguna en lo que al ámbito público se refiere. Seguramente, en una organización empresarial con ánimo de lucro, esta expansión de la producción ya hubiera tenido respuestas más acordes, en lo que al ámbito de la gestión se refiere.

En síntesis, tras las dos consideraciones anteriormente señaladas, los postulados que se derivan de la *"NGP"* pretenden, en su gran mayoría, trasladar al ámbito público los modelos de gestión empresarial, con el propósito de mejorar la gestión del sector público. Entre las causas principales que se argumentan para que este último ámbito adopte los estilos de gestión propios de la realidad económica empresarial, y en su gran mayoría lucrativa, son las siguientes:

- El mayor porcentaje de gasto público se concentra en la provisión de los bienes y servicios "*preferentes"* y, en consecuencia, *privados por naturaleza*.

- También un porcentaje muy relevante del gasto público total se origina, porque la Administración decide asumir directamente la *función de producción* de los bienes y servicios que presta y, en consecuencia, no se limita exclusivamente a llevar a cabo las funciones de provisión y financiación de los mismos, las cuáles sí son propias de cualquier Administración Pública.

De ahí que se conciba que las técnicas e instrumentos de gestión empresariales tengan cabida en el ámbito público. Sin embargo, a nuestro juicio y en línea con otros autores, no somos tan "*optimistas*" en considerar que la mera transposición de las técnicas de gestión privada a las actividades que desempeña la Administración resulten del todo satisfactorias.

En esta línea, queremos poner de manifiesto que, a nuestro entender, la gestión pública difiere de la gestión privada. Con motivo de ello, no estamos de acuerdo con las corrientes de pensamiento que abogan por el *estricto análisis tradicional* del *comportamiento burocrático* de la Administración, ya que, a pesar de ser cierto en numerosas de las actividades desempeñadas por esta última, creemos que esta visión exclusiva de los problemas a los que se enfrenta, en realidad la gestión pública, nos ofrece un panorama incompleto para su verdadera comprensión, y no aborda otras cuestiones centrales, y específicas de su gestión.

Aunque nos encontremos inmersos en el paradigma comúnmente tipificado "*De la Administración pública burocrática a la Gestión Pública*", ambos enfoques revisten importantes diferencias, y requieren de las condiciones necesarias para que se efectúe el verdadero cambio. En consecuencia, la visión limitada, a nuestro juicio, de contemplar la *función de producción* que desempeña la Administración como una "*caja negra*" y, considerar que los procesos productivos, en sentido estricto, se pueden tratar de forma análoga tanto para el sector privado como para el ámbito público, resulta una óptica insuficiente para argumentar que este último debe adoptar "miméticamente" los estilos de gestión del ámbito privado.

Debemos tener en consideración que las organizaciones son las instituciones en las que se va a desarrollar la gestión, y que cualquier organización, sea privada o pública, se desenvuelve en un contexto externo específico que impone numerosas restricciones de diversa índole, las cuáles difieren de forma notable si se trata de un marco público o de un marco privado.

Es por ello, que el contexto en el que deben desarrollar su actuación los gestores públicos es diferente al que se enfrentan los gestores privados, todo lo cual condicionará, evidentemente el desempeño de su gestión. Así pues, si bien es cierto que la *Gestión Pública*, no deja de ser gestión en el sentido estricto que plantean los fundamentos teóricos de la "Economía de las organizaciones", también es "pública" porque presenta unos rasgos diferenciales, entre ellos, la naturaleza de sus fines, y el marco jurídico-político peculiar en el que se desenvuelve.

En esta línea, ante las cuestiones que se plantean, de forma genérica, relativas a "*¿son los problemas de la gestión pública conceptualmente distintos de los que plantea la gestión privada*?" y también, "*¿es que la gestión eficiente es solo privativa del ámbito privado*?". Si se entiende la "gestión" en sentido estricto como "el conjunto de decisiones dirigidas a motivar y coordinar a las personas para alcanzar metas individuales y colectivas" las respuestas a las anteriores cuestiones debería ser negativa, pero esta afirmación no implica que se no se deban tener en consideración, la relevancia del marco jurídico y político en el que se encuentra inmersa la Gestión Pública.

Así pues, no pretendemos decir que los problemas que se plantean en la Gestión Pública no puedan analizarse y solucionarse, en parte, a través de los instrumentos de gestión que predominan en las organizaciones privadas. Pero sí es cierto, a nuestro entender, que el análisis y desempeño de la Gestión Pública no puede abordarse sin considerar, y de manera explícita, los aspectos específicos que la caracterizan.

Es por ello, que en numerosas ocasiones se reitere que la Gestión Pública "*tiene buena parte de oficio o de arte*". Así pues, las reformas institucionales que han surgido en la última década al servicio de una gestión pública eficiente, tales como la privatización, la introducción de competencia y mecanismos cuasi competitivos y de mercado, la

aplicación de técnicas gerencialistas, reformas en los procedimientos presupuestarios, etc., a pesar de que puedan ofrecer soluciones a la misma, se deben adecuar al contexto específico que se esté tratando.

En el siguiente epígrafe se pondrá de relieve que las reformas institucionales anteriormente señaladas, han sido aplicadas, en su gran mayoría, a la gestión pública sanitaria. Así pues, tampoco debemos olvidar que las instituciones sanitarias pertenecen al Sector Público, y como tal, sus conductas deben estar enmarcadas bajo criterios de gestión pública, y no bajo un prisma empresarial.

2.4 "*Nueva Gestión Pública*" aplicada a los servicios públicos sanitarios

2.4.1 Técnicas de gerencialismo en la organización pública sanitaria

El gerencialismo en el sector público trata, principalmente, de imitar los métodos gerenciales del sector privado. En consecuencia, suponen la importación de los instrumentos de gestión empresarial al ámbito sanitario.

De entre los diferentes mecanismos de actuación que integran a esta reforma en concreto, destacamos los siguientes: utilización de medidas explícitas de rendimiento, de objetivos, de resultados; énfasis en el control del output frente a los procesos; formulación de indicadores que cuantifiquen resultados; marketing de servicios; valoración de puestos de trabajo; utilización de planes estratégicos; aplicación de cuadros de mando; presupuestación en término de objetivos; fomentar el uso de auditorías más orientadas a la evaluación *ex post*; externalización de servicios; procesos de negociación basados en contratos; utilizar sistemas de información sobre actividades; implantar sistemas de contabilidad analítica; cultura de servicio orientada al usuario, etc.

Durante la última década, las técnicas gerencialistas que comenzaron a impregnar los cambios y las reformas sanitarias en Europa, también fueron partícipes de las estrategias

de cambio en nuestro Sistema Nacional, tanto en el desaparecido Insalud como en los diversos Servicios Regionales de Salud. Como afirma (2000,), desde entonces, todo ha cambiado en el interior de los servicios sanitarios españoles, ya que se realizaron muchos esfuerzos orientados a un cambio de imagen, de comunicación, de formación y divulgación entre los profesionales sanitarios, de debate político sectorial, etc., todos ellos girando en torno a estas innovaciones que, paulatinamente, incorporaron principios y herramientas de gestión empresarial en la realidad sanitaria.

Aunque en este trabajo no pretendemos realizar un análisis de las medidas concretas que han acometido los diversos Servicios Regionales de Salud para introducir dosis de gestión empresarial, ya sean de forma real o virtual, a continuación indicamos algunos de los mecanismos de actuación que han sido adoptados en mayor medida.

- Introducción de *planes estratégicos* y *sistemas de dirección por objetivos* mediante el establecimiento de *contratos programa* entre los servicios centrales de los órganos de dirección de los servicios de salud y los directivos de hospitales y unidades de gestión de atención primaria; contratos entre gerencias hospitalarias y de primaria con los servicios clínicos, ligando resultados a incentivos.

- Utilización de *indicadores de funcionamiento* y *cuadros de mando*

En términos generales, la utilización de indicadores y cuadros de mando en el sector hospitalario está muy extendida, pero al mismo tiempo, es muy heterogénea. Gran parte de los hospitales han elaborado ambas herramientas de gestión, pero sin embargo, tal y como afirma García Cornejo (2004, 117) los indicadores presentan ciertas limitaciones a la hora de efectuar comparaciones de eficiencia, lo cual sucede también con los cuadros de mando. En relación a estos últimos, Amat y De Falguera (2002, 234) proponen la utilización del Cuadro de Mando Integral en las organizaciones sanitarias, el cual mejora de forma significativa el clásico cuadro de mando como instrumento de control y gestión, planteado como un "[...] conjunto de indicadores deslavazados que informan de la marcha de algunos aspectos de la organización sanitaria".

En la literatura contable se aprecian diversas clasificaciones de indicadores para este ámbito en concreto. Incluso el GASB en el año 1999 elaboró una serie de indicadores para los hospitales, los cuáles deberían acompañar a la rendición de cuentas tradicional.

Sin embargo, a pesar de estos intentos, Cabases et al (2003, 200) consideran que, aunque en la práctica, la totalidad de Comunidades Autónomas han desarrollado cuadros de mando a partir de sistemas de información de costes, actividad y algunas medidas de calidad, sigue existiendo un fuerte fraccionamiento en nuestro Sistema Nacional de Salud, dado que no es posible diseñar un sistema de indicadores que permita evaluar la eficiencia de la totalidad de los hospitales públicos españoles.

- Implantación de *sistemas de contabilidad analítica* y el *benchmarking*

En diversas Comunidades Autónomas, los Servicios Regionales de Salud también, han elaborado sistemas de contabilidad analítica, teniendo una mayor participación aquellos sistemas de costes basados en actividades. Y, en relación a la otra técnica de gestión empresarial, el benchmarking permite comparar proveedores de servicios a través del uso de indicadores. Incluye la identificación de las mejores prácticas para dar una idea de los beneficios que se podrían alcanzar si las diversas organizaciones se situaran en el nivel de los mejores. (Calzado; 2004, 282)

- Desarrollo de la gestión clínica

La introducción de una cultura gerencialista al ámbito sanitario ha de ser capaz de responder a las peculiaridades que la organización sanitaria ofrece desde un punto de vista organizativo.

En numerosas ocasiones, se ha puesto de manifiesto que lo habitual en este sector ha consistido en incorporar miméticamente elementos de gestión empresarial que funcionan en la realidad empresarial, sin tener en cuenta que la organización sanitaria es, como hemos dicho en diversas ocasiones, diferente a una empresa tal y como se concibe con carácter general.

Las instituciones sanitarias son organizaciones de carácter profesional debido a la gran cualificación que presentan sus profesionales. Así mismo, se generan fuertes asimetrías de información entre estos últimos, los usuarios y los gestores, lo cual les conlleva a tener una gran capacidad de asignación de recursos. Los médicos no sólo se tienen que implicar desde un punto de vista clínico en la organización, sino también desde una óptica de responsabilidad financiera. De otra parte, en los últimos años se ha producido un trasvase de poder desde el personal clínico hacia los administradores debido a la necesidad de gestionar los recursos sanitarios, lo cual ha originado grandes tensiones entre los mismos.

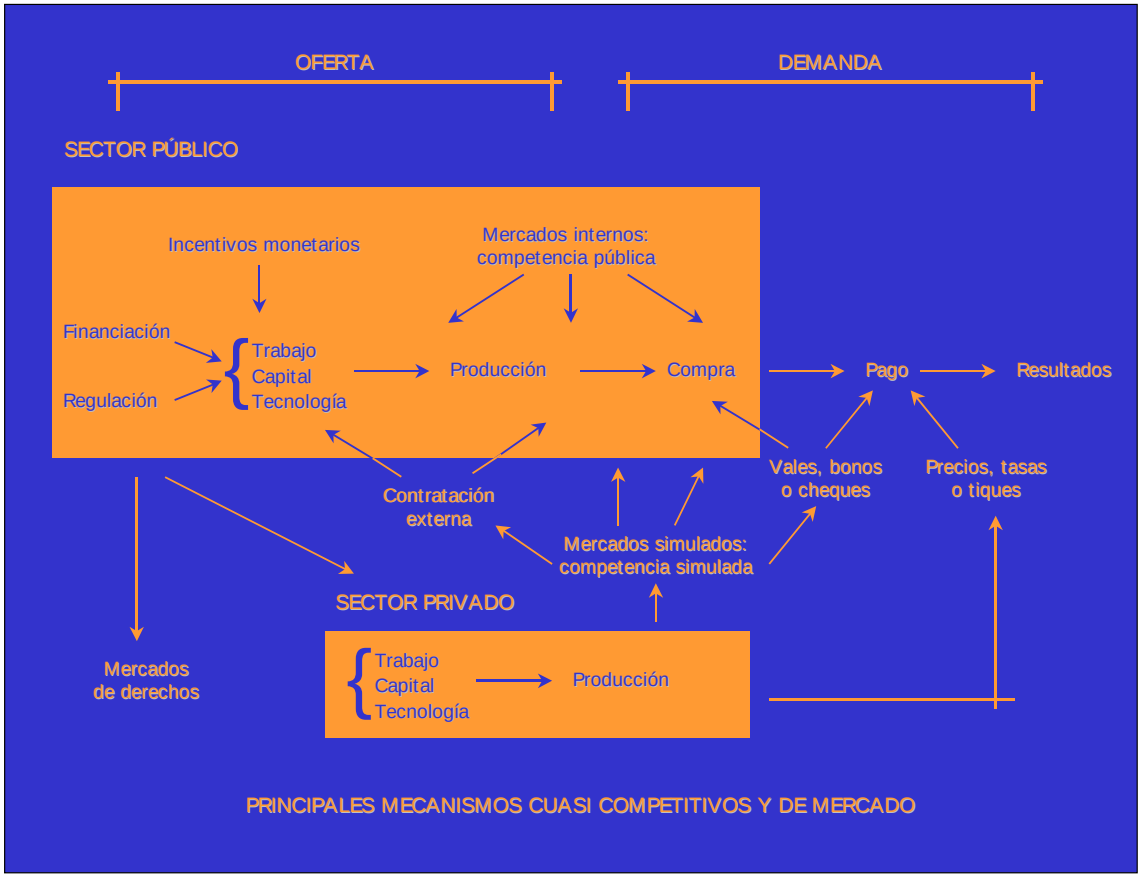
Así pues, la importación de técnicas gerenciales al ámbito sanitario debe considerar, entre otras, las cuestiones anteriormente planteadas, ya que su viabilidad depende de que se produzca un profundo cambio cultural, el cual no ha tenido las mismas manifestaciones en todos los contextos. Se debe cuestionar si este tipo de actuaciones resultan válidas para la naturaleza del trabajo que los centros sanitarios deben desarrollar a través de sus profesionales.

2.4.2 Mecanismos Cuasi Competitivos y de Mercado (MCMs)

Los mecanismos de cuasi-mercados son los que presentan cada vez una mayor aplicación. Éstos se definen como aquellos “instrumentos de gestión o diseños organizativos públicos en los que se incluye, al menos, una característica significativa de los mercados”[13] de modo que no se consideran las situaciones extremas entre producción pública tradicional y privatización completa.

Por tanto, los mecanismos de cuasi – mercados presentan una amplia variedad como se observa en la figura nº X en la que se sitúan este tipo de mecanismos, normalmente empleados, atendiendo a dos dimensiones, de una parte los efectos directos sobre la oferta y la demanda y, de otra parte, la presencia de los sectores público y privado en la toma de decisiones.

De los mecanismos de cuasi – mercados representados en la figura nº X , la contratación externa de la producción de bienes y servicios demandados por el gobierno o suministrados bajo provisión pública ha sido la que tradicionalmente se ha utilizado, no obstante, en el sector sanitario de los países europeos son particularmente relevantes los esquemas de competencia pública y simulada, mediante los que se pretende separar la



provisión y producción de servicios de su financiación y regulación.

En este tipo de competencia, los financiadores formalizarán su relación con los proveedores sanitarios a través de un contrato por el que les asignarían los recursos así como un cierto nivel de riesgos y, por tanto, de potenciales beneficios y pérdidas. Si

[13] Definición de la OCDE (1993) extraída de Albi; González - Paramo y López (1997, 136). Estos últimos autores indican como características significativas de los mercados: la competencia, el uso de señales de precios, la toma de decisiones descentralizada y dispersa, e incentivos monetarios.

sólo se consideran proveedores públicos se denomina "*competencia pública*"[14] y conlleva la creación de mercados internos, si, por el contrario, se incluyen proveedores privados se conoce como "*competencia simulada*" a través de la cual se pretende (Albi; González - Paramo y López, 1997: 144) "añadir a la competencia pública las ventajas de flexibilidad, capacidad, coste y variedad que puede proporcionar la concertación o, en general, la contratación externa en sus distintas formas". En este último caso los mercados creados serán simulados y en ellos los productores, tanto públicos como privados, competirán entre sí por fondos limitados. Una aproximación a este modelo de competencia simulada en el ámbito sanitario lo constituye el Servicio Catalán de la Salud.

En países europeos que disponen de un SNS como Finlandia, Suecia, Reino Unido o España ha tenido un mayor auge la constitución de mercados internos[15], aunque hay divergencias en cuanto a sus resultados, tal y como se pone de manifiesto a continuación.

2.4.2.1 Experiencias en torno a su implantación en el sector sanitario

Las reformas iniciadas en otros países europeos con sistemas nacionales de salud han ejercido una gran influencia en los últimos años en España pero ha sido, principalmente, la efectuada en el NHS británico la que tuvo mayor influencia.

A finales de la década de los ochenta en el Reino Unido se realizó un examen profundo del funcionamiento del Servicio Nacional de la Salud por parte de una Comisión Interministerial británica que culminó con la elaboración de una serie de medidas encaminadas a desarrollar un mercado interno sanitario, siendo necesario para este último separar la función de financiación de la provisión del servicio. La financiación de la sanidad seguiría siendo pública, preservando así los principios de equidad y

[14] Albi; González - Paramo y López (1997: 143) definen la competencia pública como "un mecanismo de cuasi competitivo y de mercado bajo el cual se tratan de emular sistemáticamente las condiciones del mercado en la provisión de servicios producidos por y para el sector público".

[15] La fuerte inercia y rigidez presente en la estructura española en comparación con otros países europeos ha incidido, de forma importante, en que la creación de mercados internos en el caso de España haya sido principalmente de un modo retórico.

solidaridad del sistema, pero la función de provisión adoptaría fórmulas privatizadoras entre los proveedores para dotarla de mayor eficiencia.

No es nuestro propósito comentar la gran complejidad que supuso esta reforma, sin embargo, siguiendo a Freire (1998, 42), resulta necesario realizar una observación. Como reconocen la mayoría de los autores, la introducción de este cambio no obedeció a una crisis específica en el sistema sanitario británico que justificase un cambio tan relevante. Por el contrario, en ese entonces tenía un nivel de eficiencia, calidad y equidad únicos y reconocidos internacionalmente, debido en gran medida a la introducción de los gerentes fruto de reformas organizativas anteriores. Así pues, este cambio obedeció más a una pulsión ideológica por el mercado que a la evidencia de su funcionamiento efectivo, ya que, tal y como se experimentó posteriormente, los inconvenientes fueron superiores a los beneficios potenciales, por lo que el Gobierno se vio obligado "[...]a tomar un férreo control del proceso, de modo que, irónicamente, la competencia significó más control y regulación que el anterior sistema administrativo".

Así pues, al margen de los méritos conceptuales de la propuesta, resultó que la experiencia del mercado interno con separación de funciones en el NHS británico no fue tan positiva. Sin embargo, a pesar de ello, a comienzos de los años noventa en España, y a través del denominado "Informe Abril", se pretende importar el discurso sanitario del mercado interno británico, constituyéndose en este sentido, como el primer documento oficial que intentaría transformar de forma significativa la sanidad pública española.

A través de este documento y como consecuencia de su aprobación en el Congreso de los Diputados, constituyéndose como proposición no de ley de 13 de febrero de 1990, dio lugar a la creación de una Comisión denominada "Abril Martorell", en razón de quien la presidía, y encargada de "analizar la estructura, organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, en relación con la calidad, equidad y eficiencia, [...] revisar dicho Sistema y las tendencias de su entorno cara al momento actual y futuro". Tras el análisis y las consultas realizadas a expertos en este ámbito, surgieron muchas propuestas en forma de recomendaciones, de entre las cuales, destacamos el cobro de

tasas moderadoras y otras medidas encaminadas a reducir el exceso de demanda y, de otra parte, lograr aumentar la eficiencia de los hospitales públicos mediante la construcción de un mercado interno donde la adquisición y provisión de los servicios dependerían de diferentes organismos y los proveedores competirían entre sí.

A pesar de que se considera que el Informe Abril supuso un certero diagnóstico de los problemas de la gestión pública sanitaria que existían por entonces, y que las medidas propuestas resultaban necesarias para llevar a cabo un verdadero cambio en nuestro sistema sanitario, finalmente no se llevó a la práctica por considerarlo un documento mercantilista e indicativo del comienzo de un posible proceso de privatización en la sanidad pública española.

Si bien es cierto que resulta necesario aprender de las reformas organizativas y de gestión implantadas en los sistemas sanitarios de otros países, tampoco se deben olvidar los factores singulares y especificidades de cada realidad sanitaria. No se puede poner en práctica un proceso de modernización único de sistemas sanitarios y, menos aún, si no han sido avalados por la experiencia de forma positiva. En este caso en particular, no se consideraron las diferencias de partida relevantes que existían entre nuestro Sistema Nacional de Salud y el NHS británico. Así pues, en nuestro país el Sistema Nacional de Salud forma parte indiferenciada de la Administración Pública española, su personal se rige por normas estatutarias y los centros carecen de autonomía de gestión. Mientras, el NHS tiene décadas de tradición autónoma a todos los niveles de organización, incluidos los hospitales, y una cultura organizativa que constituye un referente internacional por tener unos valores muy arraigados y diferentes a los que rigen en nuestro país.

Sin embargo, a pesar de tales consideraciones, en España el día 18 de diciembre de 1997 el Pleno del Congreso de los Diputados aprobaría, nuevamente, el denominado "Informe de la Subcomisión constituida en el seno de la Comisión de Sanidad y Consumo, para avanzar en la consolidación del Sistema Nacional de Salud mediante el estudio de las medidas necesarias para garantizar un marco financiero estable y modernizar el sistema sanitario manteniendo los principios de universalidad y equidad en el acceso". Este Informe pretende nuevamente dar solución a los problemas de

eficiencia planteados en el sector y, de entre ellos, hace referencia al "marco organizativo y de gestión de las organizaciones y centros del Sistema Nacional de Salud" incluido en el Capítulo III sobre "Organización y Gestión" en el que recomienda "proseguir en los esfuerzos por separar las funciones de planificación, financiación, compra y provisión de servicios, que los centros asistenciales sean organizaciones autónomas, [...] independientes de las entidades compradoras y/o financiadoras, y la creación de las condiciones para impulsar la competencia entre proveedores en el marco de un mercado sanitario regulado". Afortunadamente se recoge una de las conclusiones centrales del experimento británico y es que este esquema sólo resultaría viable si el mercado sanitario tiene lugar "fomentando relaciones estables y duraderas entre los agentes del sistema".

Así pues, ante los problemas de organización y gestión de nuestro Sistema Nacional de Salud, como afirma Freire (1998, 26) la Subcomisión ofreció como solución "[...] el mismo esquema de mercado interno que fracasó en el NHS británico; casualmente, el texto aprobado por el Pleno del Congreso de los Diputados sólo diez días después de que el Gobierno del Reino Unido anunciara la supresión del mercado interno".

De todo cuanto antecede, se puede llegar a la conclusión de que a pesar que la comparación entre sistemas sanitarios de distintos países, principalmente los de la Europa Occidental, resulta útil, las diferencias que existen fruto de los distintos contextos políticos, culturales y económicos, conduce a no importar ideas exógenas de corrientes internacionales que minimizan los factores singulares y específicos de cada realidad local. A pesar de que las reformas en todos los sistemas sanitarios europeos compartan causas similares las propuestas para darles solución deben ser analizadas para cada realidad sanitaria en particular, ya que la mejor solución para un determinado país puede no ser lo mejor para otro.

2.4.2.2 Argumentos a favor y en contra de estas experiencias

Tal y como se indicó anteriormente, ya existen países como EEUU, en Europa aquellos que tienen un seguro sanitario nacional, como Francia y Alemania, y de otra parte, en

Gran Bretaña y en España, sobre todo en Cataluña y el País Vasco, en los que se tienen experiencias acerca de la aplicación concreta de esta alternativa. Sin embargo, se debe tener presente como premisa fundamental, que no en todos los países se ha llevado a la práctica de forma similar, es decir, tomando como base dicha diferenciación de funciones, luego se ponen de manifiesto diferencias importantes entre los mismos en el momento de llevar a cabo su implementación efectiva debido, tal y como hemos dicho en reiteradas ocasiones, a los diferentes contextos en los que se enmarcan.

Sin embargo, a pesar de estas diferencias, en todos los países se utilizan prácticamente los mismos argumentos para llevar a cabo su efectiva implantación. Así pues, fruto de estas experiencias destacamos las principales conclusiones, tanto a favor como en contra, de la puesta en práctica del mismo, siguiendo para ello a Navarro (1995, 203).

a) Argumentos *a favor* del modelo

   - *Reducción de costes y gastos sanitarios*

   Uno de los argumentos más utilizados a favor de la separación de funciones se corresponde con la idea de que a través del mismo se consiguen disminuir los gastos sanitarios.

   Sin embargo, la evidencia empírica muestra todo lo contrario. En los sectores sociales la demanda no crea la oferta sino que es la oferta la que crea la demanda. En consecuencia, se ha comprobado como, en el sector sanitario a mayor número de hospitales prestando servicios a una determinada población, mayor es el coste de cada hospital porque cada uno de ellos considera que debe tener la última tecnología médica para poder *competir* en el mercado sanitario. De esta forma, se observa que la supuesta competitividad no se realiza vía precios sino a través de servicios, lo que conlleva evidentemente a la duplicidad y encarecimiento de los mismos desde una consideración global.

   De otra parte, otro elemento encarecedor de este modelo lo constituyen los gastos administrativos que supone el contratar, comprar y facturar servicios. Está demostrado que en un sistema donde la financiación y la provisión de

servicios corresponde a una misma autoridad pública, los gastos administrativos son inferiores a los de un sistema de contratación y facturación múltiple.

Por tanto, las experiencias ponen de manifiesto que la separación de la financiación de la provisión de servicios con introducción de mercados incrementa generalmente los costes administrativos así como los derivados de la duplicación de servicios, motivando, en consecuencia, un aumento del gasto sanitario total. "[...] No puede, por tanto, justificarse la introducción de mercados como un intento de reducir costes y gastos".

- *Argumento antiestatal*

Esta percepción procede de las corrientes liberales que no aceptan la intervención del Estado en la economía y, menos aún, el incremento de su participación. Sin embargo, se ha puesto de relieve que con la implantación de la separación de funciones lo que realmente se ha conseguido es aumentar de forma significativa el poder de los gestores de cada uno de los niveles diferenciados en detrimento de la ejercida por los profesionales. Así pues, la evidencia que existe muestra que extender la cultura empresarial en los sectores sociales aumenta el poder de los gestores sobre los demás partícipes del sistema.

- *Incremento de la capacidad de elección por parte del usuario*

Otro de los argumentos más utilizados a favor de este modelo ha sido el de mejorar la capacidad de elección por parte del usuario por cuanto este último podría elegir entre proveedores de servicios que competirían entre sí. Sin embargo, a pesar de que éste constituye un elemento atractivo para la población, se reconoce que los sectores sociales, en la práctica, están mediatizados por instituciones que condicionan de forma significativa lo que finalmente puede escoger y de qué forma el usuario.

De hecho, resulta importante subrayar que existen sistemas de gestión pública que ofrecen la posibilidad de elección por parte del usuario, mientras que hay

sistemas de gestión privada que reducen tal posibilidad de elección, tal y como sucede en Estados Unidos.

b) Argumentos *en contra* del modelo

- *Puede abrir las puertas a la privatización de los servicios*

Desde diferentes ámbitos sociales se rechaza este modelo porque se entiende que puede debilitar la universalidad y cobertura completa de los servicios conduciendo a la privatización del mismo no sólo en el aspecto de la provisión sino también en el de la financiación.

Un ejemplo de ello lo constituyó en España el propio Informe Abril, en el cual se recomendaba el establecimiento de dos tipos de beneficios sanitarios, uno "básico" de financiación pública, y otro "complementario", de financiación privada acompañado de medidas fiscales de desgravación para aquellos que escogieran la cobertura sanitaria privada y más completa. De aquí, el gran rechazo popular a las propuestas radicales de este informe.

De igual forma sucedió en Gran Bretaña, cuyo modelo tuvo que variar y sustituir los términos empresariales y mercantiles por otro lenguaje más aceptado desde un punto de vista social como por ejemplo, reemplazar el término de "marketing" por el de "análisis de necesidades", el de "compradores" por el de "contratantes", el de "vendedores de servicios" por el de "proveedores de servicios", etc.

- *Puede incrementar la falta de equidad en la prestación de servicios*

La separación de la financiación y la provisión de servicios junto a la introducción de mercados dentro del sector público puede contribuir a incrementar las diferencias sociales en la provisión de los mismos favoreciendo a las clases sociales económicamente mejor situadas en detrimento de las clases populares.

2.4.3 "Constitución de formas jurídicas de provisión pública" en la organización sanitaria

2.4.3.1 Finalidad específica

Durante la última década, uno de los aspectos que también ha sido objeto de amplio debate en el ámbito de la gestión pública sanitaria, ha consistido en la posibilidad de dotar de personalidad jurídica propia a los centros sanitarios que forman parte de los actuales Servicios Regionales de Salud, así como, a aquellos otros que se constituyan de nueva creación.

La finalidad principal que se persigue mediante la implantación de esta medida específica, en materia de organización y gestión sanitaria, consiste fundamentalmente en impulsar la autonomía en la gestión de los referidos centros asistenciales, configurándolos, para ello, como verdaderas organizaciones autónomas con facultades de decisión efectivas.

De esta forma, se pretende modificar la trayectoria de ineficiencia que ha caracterizado, hasta el momento, a las organizaciones sanitarias públicas de carácter burocrático debido, en gran parte, a los problemas de gestión que ocasiona el marco jurídico Administrativo español que, junto a otros elementos, han condicionado los bajos niveles de eficiencia en la gestión de los recursos sanitarios. Así pues, se parte de una premisa fundamental, ésta es, la hipótesis de que la forma jurídico-organizativa adoptada por los centros provisores de servicios sanitarios públicos en nuestro país, tiene trascendencia para lograr los consabidos niveles de eficacia, eficiencia y efectividad en el desempeño

de su actuación, así como, en el uso de los recursos públicos puestos a disposición de la Administración pública sanitaria.

Así pues, la aplicación de mayores cuotas de autonomía de gestión con que se pretende dotar a las entidades señaladas, lo es sin merma del carácter de servicio público que caracteriza a la prestación sanitaria. Simplemente, se las quiere dotar de una regulación flexible que les permita adaptarse a la realidad social a la que deben responder.

Para lograr tal propósito será necesario facilitar la extensión de las posibles modalidades jurídicas que, a la luz de la normativa vigente, pueden adoptar las organizaciones sanitarias que pertenecen a toda la red de asistencia pública.

2.4.3.2 Marco de regulación de las formas jurídico-organizativas provisoras de los servicios sanitarios en el ámbito del Sistema Sanitario español

En nuestro país, se ha dictado una regulación específica vinculada exclusivamente a la constitución de formas jurídicas de provisión pública en la organización sanitaria. Este marco de regulación de las nuevas formas organizativas en el ámbito del Sistema Sanitario español quedaría integrado por la relación de disposiciones que se aprecia en el cuadro nº X. Seguidamente, se efectuará un breve comentario en torno al contenido más sobresaliente de las mismas.

Cuadro nº X: Marco de regulación de las formas jurídico-organizativas en el ámbito del Sistema Sanitario español

La *Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud*[16]
Admite todas las posibilidades organizativas que existen en nuestro ordenamiento jurídico para la provisión de los servicios sanitarios con dos únicas restricciones, por un lado, mantener el carácter de servicio público de la asistencia y, por otro, que la forma jurídica adoptada sea de

[16] Resultado de la tramitación parlamentaria del Real Decreto-ley 10/1996, de 17 de junio

naturaleza o titularidad pública.
El *Informe de la Subcomisión Parlamentaria para la Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud de 18 de diciembre de 1997*
Entre sus conclusiones se establece que en materia de organización y gestión sanitaria resulta preciso impulsar la autonomía, configurando para ello a los centros asistenciales en organizaciones autónomas con facultades de decisión efectivas.
La *Ley 50/1998, de 30 de diciembre, de Medidas fiscales, administrativas y del orden social*
Incorpora en su artículo 111 la constitución de una nueva modalidad de figura jurídica, las Fundaciones Públicas sanitarias.
El *Real Decreto 29/2000, de 14 de enero, sobre nuevas formas de gestión del Instituto Nacional de Salud*
Se configura como el desarrollo obligado de dos de las legislaciones anteriormente señaladas, la *Ley 15/1997, de 25 de abril y el artículo 111 de la Ley 50/1998,* al objeto de cumplimentar la habilitación legal citada y regular los aspectos reseñados en la misma.

- La *Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud*

Esta disposición surge como resultado de la tramitación parlamentaria del Real Decreto-ley 10/1996, de 17 de junio, indicando en su exposición de motivos que "[...] la necesidad de fórmulas organizativas más flexibles, imprescindibles para hacer frente a las exigencias de eficiencia y rentabilidad social de los recursos públicos que las Administraciones sanitarias tienen planteadas, hace preciso establecer un principio de mayor amplitud en las formas jurídicas más adecuadas, que promuevan el sentido de la responsabilidad en el marco de una organización tan compleja como la sanitaria [...]".

Así pues, la Ley 15/1997 de 25 de abril establece que la provisión de servicios sanitarios pueda ser realizada mediante todas las posibilidades organizativas admitidas

en nuestro ordenamiento jurídico, sin excluir a ninguna forma jurídica concreta para la gestión de centros sanitarios, siempre y cuando tengan naturaleza o titularidad pública y mantengan el carácter de servicio público de la asistencia. Concretamente indica "[...] que la gestión de los centros y servicios sanitarios podría llevarse a cabo directa o indirectamente a través de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en derecho [...]".

Así mismo, en su exposición de motivos hace mención expresa a la gestión a través de entidades dotadas de personalidad jurídica, tales como, empresas públicas, consorcios, fundaciones u otras entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en el ordenamiento jurídico español. Es por ello, por lo que se habilita expresamente al Gobierno para determinar reglamentariamente, en el ámbito de sus competencias, las formas jurídicas concretas, los órganos de dirección y control, el régimen de garantías de la prestación, la financiación y las peculiaridades en materia de personal de las entidades que se creen para el gestión de los centros y servicios sanitarios.

Esta normativa intenta modificar el modelo organizativo establecido por la Ley General de Sanidad, caracterizado según Sánchez – Caro (2000, 107) "[...] por ser un modelo de gestión directa sin personalidades jurídicas intermediarias, matizado por la posibilidad de vincular los hospitales generales de carácter privado mediante convenios singulares y la utilización de conciertos para la prestación de servicios sanitarios con medios ajenos [...]".

- El *Informe de la Subcomisión Parlamentaria para la Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud de 18 de diciembre de 1997*

El Pleno del Congreso de los Diputados, en su sesión del 18 de diciembre de 1997, aprobó el *Informe de la Subcomisión Parlamentaria para la Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud.* Entre sus conclusiones, se ratificó que en materia de organización y gestión sanitaria era preciso impulsar la autonomía en la gestión configurando para ello los centros asistenciales como organizaciones autónomas, con facultades de decisión efectivas y responsables, dotándoles de órganos

de gobierno, facilitando la extensión de las nuevas formas de gestión a toda la red de asistencia pública y compatibilizando el establecimiento de garantías en la correcta prestación del servicio público con la aplicación de mayores cuotas de autonomía.

- La *Ley 50/1998, de 30 de diciembre, de Medidas fiscales, administrativas y del orden social*

Esta legislación en realidad surgió con la finalidad de acomodar el contenido y espíritu de la *Ley 6/1997, de 14 de abril, de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado* a las peculiaridades del ámbito sanitario.

Es decir, la aprobación de la ***LOFAGE*** supuso un avance muy significativo para racionalizar la Administración Institucional del Estado. En la propia exposición de motivos, se indica que esta disposición nació con el propósito de regular en una única legislación, entre otros aspectos, la organización y el régimen jurídico del aparato administrativo estatal; esto es, de la Administración General del Estado y de los organismos públicos vinculados o dependientes de ella para el desarrollo de su actividad. Es por ello que se incluyó en una única categoría, denominada "*Organismos Públicos"*, a todas las entidades de Derecho público dependientes o vinculadas a la Administración General del Estado. Estos *Organismos Públicos* quedarían integrados exclusivamente por dos únicas tipologías; los "Organismos autónomos" y las "Entidades públicas empresariales", los cuales actúan en calidad de organizaciones instrumentales diferenciadas y dependientes de la Administración General del Estado.

Sin embargo, tanto los "Organismos autónomos" como las "Entidades públicas empresariales" fueron entidades cuya adaptación al ámbito sanitario se presentaba compleja dadas las características propias de este sector.

Con motivo de ello, posteriormente se incluiría en la *Ley 50/1998, de 30 de diciembre, de Medidas fiscales, administrativas y del orden social*, a través de su artículo 111, la regulación de las "Fundaciones públicas sanitarias", una tipología organizativa que se

configuró como la adecuada adaptación al ámbito sanitario de las "Entidades públicas empresariales" recogidas previamente en la *LOFAGE.*

Con esta nueva regulación, las "Fundaciones públicas sanitarias" se incorporan al conjunto de entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en Derecho a que se refiere la *Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud,* todo ello con el propósito fundamental de armonizar la descentralización de la gestión sanitaria[17].

- El *Real Decreto 29/2000, de 14 de enero, sobre nuevas formas de gestión del Instituto Nacional de Salud*

En realidad este Real Decreto se configura como el desarrollo obligado de las dos legislaciones anteriormente señaladas, al objeto de cumplimentar la habilitación legal citada y regular los aspectos reseñados. De este modo, manteniendo el carácter y esencia de servicio público de los centros que se han de gestionar, enumera y desarrolla las nuevas formas de gestión sanitaria estableciendo como tales a las fundaciones de la *Ley 30/1994, de 20 de noviembre, de fundaciones y de incentivos fiscales a la participación privada en actividades de interés general*, a los consorcios, a las sociedades estatales, así como a las fundaciones públicas sanitarias reguladas por la *Ley 50/1998.*

Este último Real Decreto consagra que la autonomía de gestión con que se dota a las entidades señaladas en la misma, lo es sin merma del carácter de servicio público, el cual se preserva y garantiza a lo largo de todo su articulado. Así mismo, regula la sujeción de estas entidades a los criterios generales de planificación del Instituto Nacional de Salud, reforzándose los principios de coordinación y de cooperación entre los distintos centros sanitarios y niveles asistenciales, de modo que se asegure plenamente el derecho de los ciudadanos a la protección de la salud.

Los criterios y principios mencionados se complementan con un amplio sistema de garantías de carácter general y particular a lo largo de todo su articulado. En tal sentido,

se dispone el mantenimiento de la concepción integral de toda la red asistencial y preservando el cumplimiento de los principios inspiradores del Sistema Nacional de Salud, tales como los de universalidad y equidad en el acceso. De otro lado, se establece que todos los centros, cualquiera que sea su forma de gestión, proporcionarán la prestación de asistencia sanitaria en idénticos términos y con el mismo alcance establecido para todo el Sistema Nacional de Salud.

Así mismo, este Real Decreto pretende establecer una regulación suficiente y flexible con la finalidad de permitir que las entidades que se constituyan al amparo del mismo, puedan adaptarse a la realidad a la que deben responder, y dando cumplimiento a los principios de eficacia y descentralización de las Administraciones pública.

Sin embargo, la autonomía de gestión, consagrada en el presente Real Decreto, tiene su contrapunto en los controles que se establecen para el adecuado funcionamiento de los centros, que se concretan en el articulado, así como en el respeto de los principios constitucionales aplicables a todo el ámbito del sector público.

En este sentido, y a modo de resumen, la selección de personal estará presidida por los principios de publicidad, igualdad, mérito y capacidad; la contratación de bienes y servicios estará sometida a publicidad y libre concurrencia; los presupuestos se incorporarán a los Presupuestos Generales del Instituto Nacional de Salud y, por tanto, quedarán sujetos al conocimiento y aprobación de las Cortes Generales; y el control de fondos públicos se llevará a cabo por la Intervención General de la Seguridad Social y por el Tribunal de Cuentas.

Así mismo, se establecen órganos de gobierno específicos, con importantes competencias propias, dando entrada en su composición según el tipo de entidad a las Comunidades Autónomas, Ayuntamientos y Universidades. Se potencia la presencia de representantes de los usuarios y de los profesionales de los centros en los órganos de participación en la gestión de carácter externo e interno que se constituirán en todas las entidades.

[17] Así como, para mantener y preservar el carácter estatutario del régimen jurídico de su personal.

En definitiva, el presente Real Decreto se enmarca dentro del necesario proceso de flexibilización, descentralización y autonomía de la gestión sanitaria, contribuyendo de esta forma a la mejora de la eficacia y eficiencia del Sistema Nacional de Salud y a su consolidación, a la vez que se refuerzan los principios que inspiran el mismo, tales como la universalización de la asistencia sanitaria, la financiación pública y la equidad en el acceso a las prestaciones y servicios.

Tan sólo destacar que en la Sección tercera relativa a la "*gestión de los centros y establecimientos sanitarios"*, en su artículo 11 delimita los "*criterios de gestión"* que deben prevalecer en la actuación de estas entidades. Concretamente se establece que la gestión de las entidades se realizará con criterios de descentralización y autonomía acomodados a los principios de eficacia, eficiencia, calidad y satisfacción de los ciudadanos, considerándose para tal fin los criterios de gestión enumerados en el Cuadro nº X. Así mismo, en el artículo 12 relativo a la "*autonomía de gestión"* establece que la misma se ejercerá conforme a las características que le sean propias a cada una de las formas de gestión que finalmente adopten los centros sanitarios y concretándose en los aspectos que se indican también en el Cuadro nº X.

Por último, tan sólo destacar que si bien la normativa señalada anteriormente constituye el marco de regulación de las formas jurídico-organizativas provisoras de los servicios sanitarios en todo el ámbito del Sistema Sanitario español, en lo que respecta a las distintas Comunidades Autónomas, de forma adicional debemos atender a lo dispuesto específicamente para cada una de ellas en su correspondiente Ley de Hacienda Pública, así como, en su particular Ley de Ordenación Sanitaria.

Sobre estas dos últimas legislaciones no se realizará ningún comentario al respecto, ya que será abordado en el epígrafe quinto del presente capítulo.

Cuadro nº: Criterios de gestión y de autonomía en los centros sanitarios

Criterios de gestión	**Autonomía de gestión**
- Planificación, coordinación y cooperación - Eficacia en el cumplimiento de los objetivos fijados - Eficiencia en la asignación y utilización de los recursos - Desarrollo y gestión de planes de calidad total e impulso de la mejora continua de la calidad del servicio - Control de la gestión y de sus resultados - Responsabilidad en la gestión - Cualesquiera otros de características análogas que contribuyan al cumplimiento de los anteriores criterios de gestión	- Desarrollo de su estructura organizativa - Desarrollo y gestión de los planes de calidad total del centro - Elaboración y aplicación de las normas internas de funcionamiento - Gestión de sus recursos económicos, orientada al cumplimiento de los objetivos de actividad y calidad desarrollada siempre con arreglo a principios de economía, celeridad y eficacia. - Gestión de tesorería y patrimonio - Gestión de los recursos humanos y desarrollo de la carrera profesional en los términos establecidos en la normativa aplicable.

2.4.3.3 Experiencias en torno a la constitución de diversas formas jurídicas de provisión pública en la organización sanitaria española

Diversas Comunidades Autónomas, con anterioridad a la culminación definitiva del proceso de descentralización y financiación de nuestro Sistema Sanitario, ya habían comenzado con la incorporación en el mismo de estas nuevas formas de gestión, es decir, de la constitución de centros sanitarios mediante las diversas formas jurídicas que podían adoptar, en ese momento, la provisión de los servicios sanitarios en nuestro país. Una relación de las principales modalidades jurídicas constituidas se muestra en el Cuadro nº X.

Cuadro nº X: Organismos que componen la red sanitaria pública

AGENTES GESTORES DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS EXCEPTO ADMINISTRACIÓN GENERAL DEL ESTADO Y CC.LL.			
Comunidad Autónoma	**Agentes gestores**	**Naturaleza Creación antes 2001**	
Andalucía	Consejería de Salud Servicio Andaluz de Salud Empresa Pública Hospital de la Costa del Sol Empresa Pública de Emerge. Sanitarias de Andalucía Empresa Pública Hospital de Poniente Escuela Andaluza de Salud Pública S.A.	Administración de la Comunidad Organismo Autónomo Ente Público Ente Público Ente Público Sociedad Mercantil	
Aragón	Consejería de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo Servicio Aragonés de Salud Insalud	Administración de la Comunidad Organismo Autónomo Entidad Gestora de la Seguridad Social	
Asturias	Consejería de Servicios Sociales Servicio de Salud del Principado de Asturias Insalud	Administración de la Comunidad Ente Público Entidad Gestora de la Seguridad Social	
Baleares	Consejería de Sanidad y Consumo Servicio Balear de Salud Gestión Sanitaria de Mallorca Fundación Hospital de Manacor Insalud	Administración de la Comunidad Organismo Autónomo Ente Público Fundación-Insalud Entidad Gestora de la Seguridad Social	
	Consejería de Sanidad y Consumo	Administración de la Comunidad	

Canarias	Servicio Canario de Salud Instituto Canario de Hemodonación y Hemoterapia Gestión Sanitaria de Canarias	Organismo Autónomo Organismo Autónomo Sociedad Mercantil	
Cantabria	Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social Insalud	Administración de la Comunidad Entidad Gestora de la Seguridad Social	
Castilla La Mancha	Consejería de Sanidad Insalud	Administración de la Comunidad Entidad Gestora de la Seguridad Social	
Castilla y León	Consejería de Sanidad Insalud	Administración de la Comunidad Entidad Gestora de la Seguridad Social	
Cataluña	Departamento de Sanidad y Seguridad Social Instituto de Estudios de la Salud Instituto Catalán de la Salud Gestión de Servicios Sanitarios Instituto de Asistencia Sanitaria Gestión y Prestación de Servicios de Salud Agencia de Evaluación de Tecnología Médica Instituto Catalán de Oncología Servicio Catalán de la Salud Servicios Sanitarios de Referencia-Centro de Transfusión y Banco de Tejidos Emergencia de Instalaciones Sanitarias S.A. Sistema de Emergencias Médicas S.A.	Administración de la Comunidad Organismo Autónomo Organismo Autónomo Ente Público Ente Público Ente Público Ente Público Ente Público Ente Público Ente Público Sociedad Mercantil Sociedad Mercantil	
Comunidad Valenciana	Consejería de Sanidad	Administración de la Comunidad	
Extremadura	Consejería de Bienestar Social Insalud	Administración de la Comunidad Entidad Gestora de la Seguridad Social	

Galicia	Consejería de Sanidad y Servicios Sociales Servicio Gallego de Salud Fundación Pública Hospital Verín Fundación Instituto Gallego de Oftalmología Fundación Hospital C, Virgen de la Junquiera Fundación Hospital CA Barbanza Instituto Gallego de Medicina Técnica S.A.	Administración de la Comunidad Organismo Autónomo Ente Público Ente Público Ente Público Ente Público Sociedad Mercantil	
Madrid	Consejería de Sanidad y Servicios Sociales Insalud Servicio Regional de Salud Fundación Hospital Alcorcón	Administración General Entidad Gestora de la Seguridad Social Organismo Autónomo Fundación (Insalud)	
Murcia	Consejería Sanidad y Política Social Insalud Servicio de Salud de la Región de Murcia	Administración de la Comunidad Entidad Gestora de la Seguridad Social Ente Público	
Navarra	Departamento de Salud Servicio Navarro de Salud (Osasunbidea)	Administración de la Comunidad Organismo Autónomo	
País Vasco	Departamento de Sanidad Osakidetza-Servicio Vasco de Salud Osatek-Tecnología Sanitaria de Euskadi	Administración de la Comunidad Ente Público Sociedad Mercantil	
La Rioja	Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social Insalud	Administración de la Comunidad Entidad Gestora de la Seguridad Social	

Tal y como se puede apreciar, la casuística de los cambios organizativos en las instituciones sanitarias de las correspondientes CCAA resulta variada.

Blanco y Antón (2001, 250) pretenden reflejar el *grado de autonomía* que existe en la gestión para la producción de servicios sanitarios, considerando que este grado va en aumento a medida que se avanza desde la configuración de un órgano central de la Administración hasta la constitución de un organismo autónomo, de una sociedad mercantil, de un ente público empresarial u otros entes de derecho público.

Con posterioridad tendremos ocasión de constatar si realmente la evolución hacia estas formas organizativas genera la necesaria autonomía en la gestión de los centros sanitarios.

Si se observa la naturaleza jurídica de los organismos que componen la red sanitaria pública constituidos con anterioridad al año 2001 se aprecia un grado de desarrollo diferente por CCAA, resultando obvio que este resulte mayor en aquellas Comunidades que tenían transferidas las competencias en materia de gestión sanitaria. Sin embargo, entre las mismas destacaron Galicia, en la cual se iniciaron algunas fundaciones sobre hospitales o servicios de nueva creación; Andalucía, en la que se constituyeron algunas empresas públicas; el País Vasco, por configurar a su respectivo Servicio de Salud como un ente público; y, por último, en Cataluña, en la que se han creado mayoritariamente formas de gestión privada sobre la base de consocios públicos.

Así pues, se pone de manifiesto que aunque este tipo de transformaciones tiene un denominador común[18] para todas las CCAA inmersas en esta reforma organizativa, en su concreción también se aprecian peculiaridades específicas con el propósito de adaptarse a la realidad de cada una de ellas.

Sin embargo, debemos poner de manifiesto que esta tendencia generalizada de transformar los centros provisores de servicios sanitarios en organizaciones empresariales, recomendando la utilización de las diversas fórmulas jurídicas factibles en el panorama legal de nuestro país, ha originado, a nuestro entender, un grado de desagregación muy importante de los agentes gestores del gasto sanitario público, lo cual perjudica y disminuye considerablemente la imagen global y comparación del sistema de la red sanitaria provisora pública de servicios sanitarios en nuestro país.

Es por ello, que consideramos al igual que afirma Gómez (2000,), que desde que en 1978 la Constitución Española estableciera el derecho a la protección de la salud como uno de los derechos fundamentales de todo ciudadano, puede afirmarse que nuestro Sistema Sanitario público ha tenido un desarrollo y una expansión de tal magnitud, fruto del continuo proceso descentralizador al que se ha visto sometido, que ha hecho que "[...] en la actualidad sea uno de los sistemas públicos de provisión de servicios con mayor complejidad en el panorama de las organizaciones públicas españolas [...] y que quizás, el principal elemento a considerar estriba en el hecho de que una organización sanitaria tan fragmentada, y constituida por un conjunto heterogéneo de microorganizaciones implica, además de una novedad organizativa inédita, muchos riesgos".

Como consecuencia de ello, a este tipo de reforma e innovación en la gestión de los servicios en la cual se pretende, al menos sí de una forma aparente, la transformación radical de la organización burocrática sanitaria hacia una formulación empresarial, que se la calificase genéricamente como "*reformas radicales*", aún cuando ello tuviese por objeto que la gestión continuase siendo la protagonista como herramienta al servicio en estas experiencias singulares.

Pero, al margen de la calificación dada a esta reforma, lo cierto es que, tal y como hemos podido constatar en el Cuadro nº X, surgieron las también denominadas "*experiencias piloto*", a través de las cuáles diversos centros sanitarios comenzaron a constituirse bajo las fórmulas organizativas empresariales al amparo de la legislación vigente para la gestión empresarial pública.

Recordemos que la finalidad principal que se persigue mediante la implantación de estas "*experiencias piloto*", consiste en dotar a los centros asistenciales de mayor autonomía para llevar a cabo su gestión. Ello permitiría que la normativa de funcionamiento de estos servicios admitiese, con carácter general, entre otros aspectos, una gestión de recursos humanos basada en relaciones contractuales regidas por el Derecho laboral común, una gestión de recursos económicos y materiales con mayor

[18] Al que ya hicimos referencia en la introducción de este epígrafe

flexibilidad y agilidad. Así mismo, estas organizaciones estarían sometidas a controles públicos del tipo de auditorías, evitando de esta forma los tradicionales controles previos a los que se encuentra sujeta la Administración pública, un control presupuestario menos rígido y, por último, dotarlas de tesorería propia, ya que se entiende que la gestión de esta última incentiva, en mayor medida, la eficacia y eficiencia en el uso de los recursos públicos por encontrarse vinculados a sus propias necesidades organizativas, así como, por la posibilidad de que los excedentes sean revertidos nuevamente al mismo centro.

Así pues, la personificación jurídica de los centros sanitarios a través de fórmulas de gestión más empresariales ha sido considerada una de las medidas más atractiva en esta reforma de la gestión pública en el ámbito sanitario. Las actuaciones anteriormente señaladas, que la normativa laboral permitiría en el funcionamiento de los centros sanitarios públicos, se incluyen en una corriente más amplia que recibe comúnmente la denominación de "*Huída del Derecho Administrativo*". Esta última, permite la introducción de un marco de regulación más flexible y propio de la gestión privada en relación con las tres grandes áreas de recursos que existe en cualquier organización, éstos son, los materiales, los financieros y los humanos.

Sin embargo, a continuación podremos comprobar que, en la práctica, esos mayores niveles de autonomía y flexibilidad que teóricamente se le atribuyen a esta medida en concreto, en algunos casos no resultan ser tan satisfactorios como pudiera pensarse a priori.

Con anterioridad pusimos de manifiesto que distintas CCAA ya habían comenzado con la implantación de estas experiencias singulares y que algunas han podido ser objeto de evaluación. Un ejemplo de ello lo constituye el ente público Hospital de la Costa del Sol de la Comunidad Autónoma andaluza , el cual ha sido analizado a través del trabajo efectuado por Pérez ( ) y denominado *"Análisis dinámico de los derechos residuales de decisión y control del Ente Público Hospital de la Costa del Sol, período 1993-2000"*.

Adelantamos alguna de las conclusiones más relevante obtenida tras su análisis. En síntesis, y en base a las dimensiones y variables analizadas, se constata que se produce

una reducción de los derechos residuales de decisión y control del referido ente público y, en consecuencia, una disminución en su autonomía de gestión.

La Comunidad Autónoma de Andalucía, ha desarrollado una innovación importante de las fórmulas jurídicas de gestión de los hospitales públicos. Como ejemplos ilustrativos de estas experiencias se integran el ente público Hospital de la Costa del Sol (Marbella) (en adelante, EPHCS), la empresa pública Hospital de Poniente (Almería), la empresa pública de emergencias sanitarias (061) y la empresa pública Hospital Alto Guadalquivir de Andújar (Jaén). En dicha Comunidad Autónoma, este tipo de reforma en la gestión publica sanitaria ha sido dotado de una cobertura legislativa que establecen distintas disposiciones de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía.

El objetivo principal del trabajo anteriormente señalado, consistía en analizar la evolución dinámica de la autonomía de gestión de la experiencia en Andalucía del EPHCS, para determinar si esta autonomía ha aumentado o disminuido para un conjunto de dimensiones y variables consideradas fundamentales. Asimismo, este análisis dinámico va a permitir caracterizar, desde la perspectiva de la Teoría de Agencia en el sector público, la evolución en el tiempo del control ejercido por cada uno de los principales, fundamentalmente, la Consejería de Salud y la Consejería de Economía y Hacienda, así como el Gobierno Central.

Tras especificar algunos aspectos característicos del EPHCS, se realiza el análisis dinámico de su autonomía en el período 1993 – 2000. Para este análisis se estudiará la evolución de las dimensiones y variables fijadas en la metodología, desde 1993, año de constitución de este ente público, hasta el año 2000 de acuerdo con la normativa surgida en este período y que les haya sido de aplicación.

El EPHCS se creó por la Ley 4/1992, de 30 de diciembre, del presupuesto de la Comunidad Autónoma de Andalucía para 1993, adscrita a la Consejería de Salud y adoptando la forma de empresa de la Junta de Andalucía de las previstas en el artículo 6.1 b) de la Ley General de la Hacienda Pública de la Comunidad Autónoma de Andalucía (en adelante, LGHPA). Por tanto, se trata de una entidad de derecho público con personalidad jurídica, que por Ley ha de ajustar sus actividades al ordenamiento

jurídico privado. Su constitución efectiva tuvo lugar el 25 de agosto de 1993, fecha en la que entraron en vigor sus estatutos.

El análisis que se va a efectuar parte de considerar dos perspectivas teóricas ya comentadas anteriormente: la aplicación de la "*Teoría de Agencia"* en el sector público y la aplicación de la "*Teoría de los Derechos de Propiedad*", también, en el caso del sector público y, en particular, del EPHCS.

En cuanto al análisis de la *Teoría de los Derechos de Propiedad*, indicar que una revisión de los órganos de gobierno y de gestión del EPHCS permite identificar como propietarios a la Consejería de Salud y a la Consejería de Economía y Hacienda.

Los órganos de gobierno y de gestión de este ente público están formados por el Consejo de Administración y el Director Gerente, respectivamente, a los cuales se unirá una estructura administrativa para su funcionamiento y una Comisión Consultiva.

El Consejo de Administración es el órgano superior encargado de dirigir la actuación de este ente público, para ello no dispondrá de plena autonomía sino que deberá realizar esta actividad conforme a las directrices marcadas por la Consejería de Salud. La composición de este Consejo de Administración se encuentra especificada en los estatutos del ÉPHCS.

De este modo, el Consejo de Administración está constituido mayoritariamente por miembros de la Consejería de Salud, ya que, tanto los puestos de presidente y vicepresidente así como la mayoría de los vocales serán desempeñados por personas vinculadas a la misma. Este hecho pone de relieve la influencia, en gran medida, de la Consejería de Salud.

El análisis desde el punto de vista de la *Teoría de la Agencia*, en el EPHCS se identifica una relación de agencia habitual en el sector público, donde son varios los principales, concretamente, el Gobierno Central, la Consejería de Salud y la Consejería de Economía y Hacienda, y un solo agente, el EPHCS. Esta relación de agencia refleja la

influencia que los principales pueden ejercer sobre el agente mediante la emisión de normas de regulación, financiación y control que inciden en su grado de autonomía.

El papel de principales de la Consejería de Salud y de la Consejería de Economía y Hacienda queda reflejado en los estatutos del PÉCS, donde se establece que la primera de ellas determinará la actividad que tiene que desempeñar en el ámbito sanitario, así como su control. Por lo que respecta a la Consejería de Economía y Hacienda, su influencia en el EPHCS vendrá dada por su participación en la aprobación del Reglamento de Régimen Interior y en el desarrollo y ejecución del Decreto 104/1993, de 3 de agosto, y principalmente por el control que sobre la actividad económico – financiera de este ente público debe ejercer.

Por último, se considera el Gobierno Central como tercer principal ya que éste es el que emite normativa básica que también le resulta de aplicación al EPHCS, una muestra de ello, es la regulación de la contratación de bienes y servicios[19].

En este trabajo se supone que los principales del EPHCS, particularmente, la Consejería de Salud y la Consejería de Economía y Hacienda, tienen funciones objetivo diferentes respecto a lo que este ente público debe realizar como agente, hipótesis por otro lado bien asentada en los modelos principal – agente, desarrollados en el contexto de la Administración pública (Albi, González – Paramo y López, 1997). La Consejería de Salud, como principal, pretenderá una mejora de la oferta de servicios sanitarios, estando interesada en controlar la actividad sanitaria del agente, con vistas a la provisión de unos servicios de calidad, y mostrará un menor interés por el control del gasto y de la legalidad presupuestaria.

Sin embargo, la Consejería de Economía y Hacienda, como segundo principal, estará más preocupada por controlar el gasto del agente, el cumplimiento de las restricciones de carácter financiero, presupuestario, etc.

[19] La contratación de bienes y servicios en el ámbito público queda regulada en el Real Decreto Legislativo 2/2000, de 16 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas (TRLCAP) (BOE núm. 148, de 21 de junio de 2000).

La hipótesis que se pretende contrastar en este trabajo es que la personificación jurídica del EPHCS, impulsada y promovida por la Consejería de Salud, responde a su necesidad política de disponer de una mayor autonomía de gestión y flexibilidad, que se espera aporte mayores beneficios políticos (mayor satisfacción de los ciudadanos, mayor demanda de servicios sanitarios,....). Posteriormente, la autonomía de este EPHCS se verá influenciada por el otro principal, la Consejería de Economía y Hacienda, que parece mostrarse poco favorable a experiencias que huyan del Derecho Administrativo y que, en general, desarrollará estrategias de control sobre este ente público que incidirán en sus márgenes de autonomía.

Por tanto, frente al modelo usual de incluirlo como un centro descentralizado sin personalidad jurídica propia, tal y como funciona la totalidad de hospitales y centros sanitarios integrados en el organismo autónomo de carácter administrativo, SAS[20], se crea el EPHCS. Esta nueva forma de gestión libera al menos, en principio, de los controles del Derecho público en distintos aspectos (personal, contratación de bienes y servicios, régimen económico – financiero,...), lo que supone un aumento del control de la Consejería de Salud sobre el hospital y, correlativamente, una reducción del control del otro principal, la Consejería de Economía y Hacienda.

Dentro del ámbito del EPHCS resulta adecuado especificar una relación de agencia entre los propietarios y el Director – Gerente, este último será nombrado y cesado libremente por la Consejería de Salud a propuesta del Consejo de Administración. Por tanto, la Consejería de Salud una vez que haya recibido del Consejo de Administración la propuesta del Director – Gerente, tiene plena autonomía para realizar su nombramiento. Este mismo proceso se seguirá para su cese.

Este órgano de gestión presenta un carácter unipersonal, ocupándose de la gestión directa de las actividades del EPHCS, de acuerdo con las directrices del Consejo de Administración. A los efectos de este trabajo se supondrá que el Director - Gerente es el que personifica al EPHCS y, por tanto, los cambios en los derechos residuales de decisión y control.

Al objeto de contrastar la hipótesis de trabajo se ha realizado un análisis dinámico de la autonomía del EPHCS desde el momento de su creación en 1993 hasta el año 2000. Para este propósito se identificaron dieciséis variables agrupadas en cuatro dimensiones clave, como se refleja en el Cuadro nº X.

Se efectuó un análisis exhaustivo de la legislación y normativa surgida en el período de tiempo estudiado al objeto de identificar la evolución temporal de los derechos residuales de decisión y control para cada una de las variables seleccionadas, y poder establecer si aumentó o disminuyó la autonomía de gestión, en relación a dicha variable.

[20] El SAS está sujeto al Derecho público en todos los aspectos y, particularmente, en los controles financieros y presupuestarios que establece la Administración publica para este tipo de organizaciones.

Cuadro nº X: Dimensiones y variables para el análisis dinámico del EPHCS

DIMENSIONES CLAVE	***VARIABLES***
Gestión patrimonial	– Posibilidad de adscripción y de cesión – Enajenación
Contratación	– Contratación de bienes y servicios
Régimen económico-financiero, presupuestario y de control	– Programa y presupuestos – Subvenciones – Operaciones de crédito y endeudamiento – Activos y pasivos financieros – Avales de la Junta de Andalucía – Cuentas en entidades financieras – Contabilidad (control contable) – Control financiero – Otros controles
Personal	– Organización del trabajo – Selección de personal – Jornada – Retribución

Fuente:

El análisis dinámico de las dimensiones clave y las variables recogidas previamente, permitirá determinar cómo ha variado en el período 1993 - 2000 la autonomía que inicialmente se le otorgaba a los órganos del EPHCS, debido a la emisión de nuevos instrumentos normativos por parte de las autoridades políticas, principalmente la Consejería de Economía y Hacienda.

El resultado del análisis que, desde un punto de vista dinámico, se ha realizado de la autonomía del EPHCS en el período 1993 – 2000 se muestra en el cuadro nº X, donde para cada variable se indica la variación de los derechos residuales de decisión y control de este ente publico. Al objeto de mostrar las variaciones se ha empleado la siguiente simbología:

- Positivo (+): aumento.
- Igual (=): sin variación.
- Negativo (-): disminución.

En relación a la primera dimensión, "*gestión patrimonial"*, los derechos residuales de decisión y control del EPHCS se han mantenido ya que el análisis dinámico de las variables: posibilidad de adscripción y cesión y enajenación no muestra variaciones para las mismas desde 1993 hasta el año 2000.

La aprobación, en 1995, por parte del Estado de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas, derogada en junio de 2000 por el TRLCAP, supuso que la contratación de bienes y servicios por este ente público dejase de someterse a Derecho privado y lo hiciese por Derecho público, lo que originó una reducción de los derechos residuales de decisión y control del EPHCS a partir de esta fecha. En junio del año 2000 fue aprobado el TRLCAP que derogó a la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas, no obstante, mantiene que la contratación de bienes y servicios de los entes públicos sujetos a derecho privado se someterá a Derecho público.

Cuadro nº X: Análisis dinámico de los costes de agencia y de los derechos residuales de decisión y control en el EPHCS (período 1993 – 2000)

DIMENSIONES CLAVE	**VARIABLES**	**EVOLUCIÓN**	
		Costes de agencia	**DRDC[2]**
Gestión patrimonial	Posibilidad de adscripción y cesión	=	=
	Enajenación	=	=
Contratación	Contratación de bienes y servicios	+	-
Régimen económico – financiero, presupuestario y de control	Programa y presupuestos	+	-
	Subvenciones	+	-
	Operaciones de crédito y endeudamiento	+	-
	Activos y pasivos financieros	+	-
	Avales de la Junta de Andalucía	+	-
	Cuentas en entidades financieras	=	=
	Contabilidad (control contable)	+	-

	Control financiero	+	-
	Otros controles	=	=
Personal[1]	Organización del trabajo		=
	Selección de personal		-
	Jornada		-
	Retribución		+

[1] La variación de los derechos residuales de decisión y control en el caso de esta dimensión sería de la Dirección – Gerencia del EPHCS respecto a los trabajadores. Su análisis corresponde al período 1995 – 2000 que es del que se disponen los convenios colectivos.
[2] DRDC: Derechos residuales de decisión y control.
Fuente:

De las nueve variables analizadas en relación al "*régimen económico–financiero, presupuestario y de control"*, siete de ellas han mostrado un aumento de los costes de agencia y, por tanto, una disminución de los derechos residuales de decisión y control del EPHCS. El incremento de los costes de agencia ha estado motivado por los mayores requisitos de información y control que la Consejería de Economía y Hacienda ha introducido en las Leyes de Presupuestos anuales de la Comunidad Autónoma de Andalucía, los cuales han limitado la autonomía que respecto a esta variable disponía el EPHCS en el momento de su constitución.

La evolución de los derechos residuales de decisión y control del EPHCS en las variables definidas respecto al "*personal*" es de diferente signo, ya que, mientras que en la organización del trabajo, se mantienen, en la selección de personal o en la jornada se reducen, y en el caso de la retribución, aumentan. Por lo tanto, de acuerdo con el análisis realizado de estas cuatro variables, en base a la información contenida en los tres convenios colectivos elaborados por el EPHCS que abarcan el período 1995–2000, no es fácil determinar un único sentido para la evolución de la autonomía de este ente público respecto a la gestión de recursos humanos.

En conclusión, este análisis dinámico de la autonomía del EPHCS en el período 1993–2000, permite contrastar la hipótesis establecida en la metodología de este trabajo, ya que se observa como la normativa elaborada por el Estado y, principalmente, por la Consejería de Economía y Hacienda, ha supuesto *una reducción notable* de la

autonomía con la que en un principio se constituyó, adscrito a la Consejería de Salud adoptando la forma jurídica de ente público sujeto a derecho privado. Por tanto, se pone en evidencia la divergencia de intereses existente entre la Consejería de Salud (mejores prestaciones de servicios sanitarios adoptando formas de gestión más descentralizadas y con mayor grado de autonomía) y la Consejería de Economía y Hacienda (mayor control de la gestión financiera de estas entidades al objeto de contener el gasto público).

"Este resultado abre importantes interrogantes sobre la bondad a largo plazo de la creación de estas fórmulas de gestión para la mejora de la eficiencia. Naturalmente, esto no implica defender la bondad del actual sistema jurídico – organizativo del SAS y de otros SRS sometidos a Derecho público y al control presupuestario en todos sus aspectos [...]. Cabe resaltar que no resultará fácil mantener la oferta pública de servicios sanitarios en entramados burocráticos ineficientes como son el SAS y otros SRS. Pero, alternativamente, la huida del Derecho Administrativo hacia el derecho privado que implican las nuevas fórmulas de gestión, como la que se ha analizado en este trabajo no garantizan un diseño organizativo estable y eficiente en términos dinámicos dado el juego iterativo que protagonizan los dos principales, la Consejería de Salud y la Consejería de Economía y Hacienda del EPHCS. [...] Sí, como puede ser previsible, estos resultados se confirmaran habría que plantearse qué tipo de diseños o formas institucionales habría que desarrollar para establecer mecanismos e instituciones estables y eficientes de gestión pública sanitaria[21]. [...]".

Así pues, se reitera que esta medida en cualquier caso parece indudable que han producido uno de los cambios organizativos más relevantes ocurridos en los servicios públicos en general y en los servicios públicos en particular en muchos años.

Han girado en torno a estas innovaciones que paulatinamente han introducido principios y herramientas de gestión empresarial en los servicios de salud

[21] Para un conjunto de propuestas sobre reformas en el SNS, en el marco de desarrollo de nuevas formas de gestión, véase Martín (1999, 220).

Por ello, analizar en profundidad el alcance y las limitaciones que las diferentes fórmulas jurídicas, vigentes en nuestro país ofrecen para la gestión sanitaria y, en su caso, decidir si ese camino emprendido a principios de los noventa debe ser recorrido por todos los centros sanitarios en España requiere a nuestro juicio cumplir con el requisito de asegurar la garantía de permanencia de los valores fundamentales que permitan disponer de un sistema nacional de salud a las actuales y futuras generaciones.

2.4.3.4 Inventario teórico de las formas jurídicas que puede adoptar la provisión pública de servicios sanitarios en el Sistema Nacional de Salud

Al objeto de ofrecer una visión y descripción básica de las diversas formas de organizar, desde un punto de vista jurídico, a las organizaciones provisoras de servicios sanitarios públicos en nuestro país, tomaremos como punto de referencia los resultados obtenidos del análisis normativo efectuado por Gómez (2000,) en relación a los posibles modelos organizativos que, en teoría, pueden adoptar las organizaciones sanitarias en el Sistema Nacional de Salud.

Para ello, el citado autor expone que en nuestro ordenamiento jurídico no ha existido previamente, ni tampoco en la actualidad, un esquema que clasifique en su totalidad a las entidades que integran a la Administración Institucional ni tampoco a las del sector empresarial público, pese a los numerosos intentos legislativos. A este respecto, indica que no faltan opiniones que pongan de relieve la inutilidad de elaborar una "*Ley General de la Empresa Pública*", a la vista de la heterogeneidad de formas jurídicas que deben adaptarse a los fines y funciones asignados a la Administración, así como, a la subordinación de las más variadas coyunturas que caracterizan la intervención pública en la economía. Es por ello que los modelos se han ido desarrollando según las necesidades de cada momento histórico y abarcan multitud de formas, relacionándose entre sí en base a varios criterios o principios que presiden a la organización Administrativa.

Así pues, partiendo de la inexistencia en nuestro Derecho de una clasificación tasada y completa de modelos organizativos, propone las siguientes formas jurídicas que se integran en cada modalidad de gestión y que pueden ser utilizadas por los poderes públicos para la provisión de los servicios sanitarios. Así mismo, expone que el esquema desarrollado no puede abordar por completo la realidad ya que su casuística es mucho más amplia.

Para su elaboración, debemos tener presente que ante este vacío estandarizado de tipologías jurídicas de prestación de servicios sanitarios públicos, la primera legislación que en materia sanitaria permite su extensión a todas las posibilidades organizativas admitidas en nuestro ordenamiento fue la *Ley 15/1997 de 25 de Abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud*, estableciendo para ello dos únicas limitaciones: por un lado, mantener el carácter de servicio público de la asistencia; por otro, que las formas jurídicas de provisión de servicios han de tener en todo caso naturaleza pública o ser de titularidad pública.

Así mismo, el criterio más extendido para clasificar *las modalidades de prestación de servicios públicos* es el del "*riesgo económico*" y, bajo este prima, se pueden distinguir, de una forma simplificada las siguientes tipologías:

- Gestión *Directa*: se integran en esta modalidad aquellos supuestos en que la Administración *presta con sus propios medios* el servicio de que se trate, *asumiendo el coste económico* de la prestación.

- Gestión *Indirecta*: en este caso la Administración acude a *la iniciativa privada* que, *asumiendo el riesgo económico lleva a cabo la prestación* de los servicios públicos.

- Gestión *Mixta*: en esta modalidad el *riesgo económico* se asume de *forma conjunta* tanto por parte de la Administración como de la iniciativa privada.

a) Gestión Directa

Primera forma de prestación de los servicios públicos, mediante la cual se incorporan aquellos supuestos en que la Administración presta con su propios medios el servicio de que se trate asumiendo el coste económico de la prestación.

Dentro de esta categoría, se diferencian las denominadas Administraciones *Territoriales* y las Administraciones *no Territoriales*.

- Las *Administraciones Territoriales*, pueden ser prestadoras de servicios sin necesidad de crear para ello personas jurídicas nuevas. Lo hacen a través de órganos[22] que se integran como una parte de la Administración matriz.

- Las *Administraciones no Territoriales*[23], surgen como consecuencia de las necesidades de gestión que plantea el crecimiento de la persona jurídica matriz que las crea, y no tanto por decisiones políticas de organización territorial del Estado. Así pues, los fines de la Administración Institucional son los que la Administración matriz establezca en su normas de creación, de ahí que se deriven entre las mimas las denominadas relaciones "*ad extra*" y la relaciones "*ad intra*".

    - En sus relaciones "*ad extra*", es decir, en su funcionamiento hacia el exterior, tienen plena operatividad jurídica

    - En sus relaciones "*ad intra*", es decir, relaciones con la Administración matriz, su personalidad jurídica ve atenuada el significado ya que prevalece la de la Administración matriz de la cual proviene. Así pues, la Administración matriz no puede desentenderse de estas entidades porque la actividad de estas últimas son, en realidad, competencias propias de la misma, y que es la que asume plena responsabilidad política y organizativa sobre los resultados de la actividad. A este tipo de relaciones *ad intra* también se conocen con la denominación de

[22] No están dotados de personalidad jurídica propia

[23] Su regulación ha sido tradicionalmente muy dispersa. En el ámbito de la Administración del Estado, sólo supletoriamente aplicable al resto de las Administraciones Territoriales vistas, la ***LOFAGE*** realiza una importante racionalización y actualización de la Administración Institucional.

relaciones de "*instrumentalidad"*, las cuáles se manifiestan en varios aspectos[24]

Así mismo, el gran desarrollo de la Administración Institucional y la búsqueda de formas organizativas más adecuadas a las expectativas de servicio que demandan los usuarios ha llevado a desarrollar nuevos modelos de provisión pública de servicios sanitarios tales como la Administración independiente, los Entes atípicos, los Consorcios y las Fundaciones Públicas Sanitarias.

También en este grupo, y como categoría independiente, podríamos situar a la Seguridad Social, con enorme relevancia económica y prestacional, cuyos bienes y derechos constituyen un patrimonio único afecto a sus fines, distinto del Patrimonio del Estado.

b) Gestión Indirecta

[24] Según Gómez (200, 65) estas "*relaciones de instrumentalidad*" se concretan en lo siguiente:

- "Cada ente institucional se adscribe a un órgano de la Administración matriz. Este órgano tiene con ello la responsabilidad política directa de la actividad del ente institucional y, en consecuencia, detenta sobre ella ciertas *potestades de dirección y control.*
- Desde el *punto de vista jurídico*, pueden establecerse los llamados recursos de alzada impropios, o sea, que las decisiones de los órganos rectores del ente instrumental sean recurribles ante la Administración matriz.
- Desde el *punto de vista organizacional,* la Administración matriz nombra a los titulares o miembros de los órganos de gobierno de sus entidades institucionales, bien mediante normas de Derecho público –nombramientos-, bien mediante normas de Derecho privado –como dueño del capital social, en el caso de sociedades anónimas-.
- Desde el *punto de vista económico-financiero,* la Administración matriz ejerce el control financiero de los entes institucionales, bien a través de técnicas presupuestarias y de control del gasto, o mediante la aprobación previa de sus planes o programas de actuación e inversiones.
- En el *caso de extinción* del ente institucional, su aparato organizativo y patrimonial retornan al seno de la entidad matriz, que le sucede en todos sus derechos y obligaciones."

Segunda forma de prestación de los servicios públicos mediante la cual, la Administración aún manteniendo la titularidad del servicio y definiendo las condiciones en que el mismo ha de explotarse, hace que la prestación efectiva del servicio corra a cargo de un particular que asume el resultado económico de su explotación.

La doctrina del Derecho administrativo, con carácter general incluye dentro de las formas de gestión indirecta de servicio públicos las figuras que aquí reciben la denominación de "*formas de vinculación*". Por ello se incluirán como modelos de gestión indirecta, las formas más comunes de organización privada que nuestro Derecho admite para la prestación de servicios, generalmente, las sociedades mercantiles de titularidad mayoritariamente privada, la sociedad laboral, las fundaciones privadas, las cooperativas, etc.

c) Formas de vinculación

En primer lugar, se debe advertir que los instrumentos que integran a esta modalidad no constituyen propiamente formas de organización como los vistos con anterioridad, no son sujetos, personas jurídicas, sino mecanismos de vinculación, nexos de unión de estos sujetos, de estas organizaciones de carácter privado, con la Administración Pública.

En los supuestos de gestión indirecta de servicios públicos es necesario establecer unos *mecanismos de vinculación* entre las personas jurídico-privadas proveedoras de la asistencia sanitaria, por un lado, y la Administración, por otro, que es la que mantiene la titularidad del servicio. Todo ello con la finalidad de definir con precisión las condiciones en que el mismo ha de explotarse.

La forma y el contenido de estos mecanismos de vinculación varían en función de la diferente implicación del particular en la provisión del servicio y, por otro, en la causa que lleva a la Administración a adoptar esta forma de gestionar un servicio público.

Las figuras más conocidas suelen ser el convenio, el concierto, la concesión y el arrendamiento.

d) Gestión Mixta

Representa aquellos supuestos en los que el riesgo económico que la prestación del servicio público supone es asumido por la Administración y por el particular que, junto con la Administración, presta el servicio.

Nuestro Derecho establece dos modalidades de gestión mixta de servicios públicos: la gestión interesada, y la sociedad de economía mixta.

Sin embargo, además de estas modalidades de origen legal de gestión mixta, muchas otras modalidades de las incluidas como de gestión directa o indirecta pueden, por la vía de los hechos, convertirse en formas de organización mixta: así ocurre, por ejemplo, en aquellas sociedades mercantiles donde la Administración no es el único socio o también en aquellas cooperativas asistenciales en las que la Administración participa como socio colaborador.

2.4.3.5 Algunas consideraciones en torno a la constitución de las diversas modalidades de gestión que integran a las formas jurídicas de provisión pública en la organización sanitaria española

En este epígrafe hemos intentado plasmar aquellos aspectos que, a nuestro juicio, consideramos más destacados en relación a una de las medidas que en concreto se ha puesta en práctica de entre todas aquellas que conforman el amplio proceso de reforma de gestión en el que se haya inmerso, en la actualidad, la sanidad pública española.

Planteada, desde una perspectiva amplia, la relación de posibles modalidades de gestión, tanto directa, indirecta y mixta que pueden adoptar las organizaciones sanitarias de nuestro país en base a la normativa vigente, resulta lógico cuestionarse qué fórmula de gestión en concreto, entiéndase forma jurídica, resulta mas viable en términos de cambio organizacional para mejorar la eficiencia en la gestión del gran volumen de recursos sanitarios, no sólo en términos económicos sino también humanos y técnicos.

Sin embargo, la experiencia ha demostrado en reiteradas ocasiones que la viabilidad del éxito en cualquier cambio organizativo, no reside únicamente en la determinación

explícita de una modalidad específica, sino también en disponer de una gran capacidad de administración y dirección del cambio dado un contexto específico.

Así pues, con ello lo que pretendemos poner de manifiesto es que, aunque el estudio de todas las modalidades jurídicas de organización de la provisión pública de servicios sanitarios eminentemente desde un enfoque "*técnico*" resulte útil para determinar, en parte, sus posibilidades y limitaciones, resulta a todas luces insuficiente si esta valoración no se efectúa en el entorno en que dichos modelos se desarrollan.

En el primer capítulo del presente trabajo de investigación tuvimos ocasión de constatar que nuestro Sistema Sanitario no es fruto exclusivamente de una combinación "*técnica*" de factores, todo lo contrario, su diseño se ha consolidado en el tiempo como el resultado de numerosas y relevantes transformaciones históricas fruto del esfuerzo colectivo en nuestro país, en el que han acontecido factores significativos, principalmente de índole social y político. Así pues, el análisis en torno a la viabilidad de esta medida en concreto, también debe ser valorada en términos *técnicos, sociales y políticos*.

Partiendo de esta premisa, es decir, de que esta reforma organizativa debe estar inevitablemente inmersa en nuestra realidad sanitaria, se han depositado muchas expectativas en la mejora de su gestión argumentando que basta exclusivamente con dotar y/o modificar la forma jurídica de las organizaciones provisoras de servicios sanitarios. Así mismo, hemos observado que la experiencia es variada, y que sólo algunas han tenido la oportunidad de ser evaluadas desde diversos enfoques alternativos.

Nuestro propósito en este apartado no ha consistido en evaluar el contenido, alcance, limitaciones y consecuencias de cada una de las modalidades de gestión enumeradas. Sin embargo, el debate y la reflexión que su implantación ha originado entre los principales agentes gestores del gasto sanitario resulta unánime. Es decir, no existen formas jurídicas de organización sanitaria que, aisladamente y a priori, sean mejores o peores. Todas tienen fortalezas y debilidades, todas ofrecen ventajas y desventajas.

Sin embargo, la gran preocupación por quienes ostentan la responsabilidad desde los diversos niveles de la estructura de gestión sanitaria, pero indudablemente a su vez complementarios, se centra principalmente en que las fórmulas jurídicas finalmente adoptadas, permitan garantizar el control público y social de las mismas. He aquí el principal dilema.

Lo que se pretende es que se adopte aquella estrategia organizativa cuyas ventajas permita llevar a cabo una gestión empresarial y más flexible, pero que tal autonomía no suponga, a su vez, "*escapar*" a las garantías que ofrece el control público de las mismas, trasladando, de esta forma, al ámbito privado el control de su patrimonio. Es por ello, que se aboga por la utilización de aquellas modalidades cuya puesta en práctica no aumente la fragmentación y privatización de la sanidad, y utilizar aquellos que refuercen en mayor medida la integración, el carácter y el control público de nuestro Sistema. Así pues, en estos escenarios deberán enjuiciarse las distintas formas jurídicas que puede adoptar la provisión pública de servicios sanitarios en nuestro país.

Planteada la relación de posibles modalidades organizativas de gestión, que en torno a los servicios sanitarios se puede efectuar en nuestro país, en el capítulo tercero del presente trabajo se llevará a cabo el análisis individual de cada una de las fórmulas jurídicas que integran exclusivamente a la modalidad de *gestión directa* en aquellos aspectos vinculados con su organización, gestión de recursos humanos, materiales, económicos, régimen presupuestario, de contabilidad, así como, de control interno de la gestión económica-financiera de las mismas.

2.4.4 Separación de funciones en la organización pública sanitaria

2.4.4.1 Finalidad específica

La separación de funciones constituye otra de las alternativas que se incluye en la actual tendencia de reforma de la gestión pública en los distintos países de la OCDE, cuya aplicación, debemos advertir que no resulta específica para el sector sanitario, puesto que también se ha llevado a cabo en la provisión de otros servicios públicos como son los sociales, educación y vivienda. Sin embargo, debido a la estructura organizativa y características peculiares de este sector, apreciamos que la separación de funciones se adapta en mayor medida a la gestión pública sanitaria.

Esta propuesta de separación de funciones se basa, fundamentalmente, en incorporar el principio de división funcional de competencias en el proceso para la toma de decisiones que concierne a la gestión de los servicios sanitarios. Más concretamente, consiste en la separación de las funciones de financiación y provisión que, hasta el momento, se encuentran integradas en la organización pública sanitaria. En consecuencia, se trata de diferenciar dos de las principales funciones incluidas en cualquier unidad económica permitiendo, para este ámbito específico, convertir los actuales modelos organizativos en los que la financiación y la provisión de los servicios se encuentran integrados jerárquicamente, a un nuevo modelo en el que prevalecerán estructuras desagregadas por funciones.

En el presente trabajo, ya hemos puesto de manifiesto en reiteradas ocasiones que las características específicas de la realidad sanitaria vigente en cada país se encuentra condicionada a una combinación de factores sociales específica, la cual determina la estructura que finalmente adopta el sector. Es por ello que en el panorama internacional se pueden dar distintas combinaciones, público o privada, en las funciones anteriormente señaladas. Es decir, en países como Alemania y Francia la financiación es pública y la provisión es privada, en Estados Unidos tanto la financiación como la

provisión resultan ser privadas y, en países como España, ambas funciones son públicas.

Precisamente, en aquellos países con sistemas nacionales de salud caracterizados porque su financiación y provisión se realizan por parte de la misma institución pública, consideran que la separación de ambas funciones constituye una oportunidad para mejorar la eficiencia, tan criticada, de estos sistemas. En este sentido, se entiende que para llevar a cabo una adecuada gestión de recursos que conduzca a incrementar la eficiencia de los sistemas sanitarios públicos en su conjunto, la desagregación de estos últimos en estructuras funcionales permitirá que para cada nivel de gestión diferenciado, queden perfectamente delimitadas las actividades, así como, los agentes responsables de su ejecución, control y evaluación.

En esta línea, considerar a los sistemas en su conjunto, es decir, desde una perspectiva global, con múltiples objetivos y sin una diferenciación clara de sus principales decisiones, tanto las relativas a la financiación, a la distribución del presupuesto, y a la provisión del servicio, se percibe como una organización en la que la transparencia no resulta suficiente. En consecuencia, ante este planteamiento se precisa de un nuevo modelo de relaciones entre estructuras desagregadas con funciones independientes y definición clara de las responsabilidades de los agentes asociados a cada nivel de gestión específico para el conjunto del sistema, pero a la vez, sin olvidar la perspectiva global de este último.

2.4.4.2 Objetivos principales

Señalamos algunas de las razones principales por las que se debería adoptar la implantación de este modelo, al menos sí desde un enfoque eminentemente teórico.

a) Eliminar o reducir el nivel de centralización importante que ha existido hasta entonces, en el proceso para la toma de decisiones

Los sistemas sanitarios con financiación pública, cobertura universal y aseguramiento único, como resulta el caso español, están catalogados en términos generales como

sistemas puros o burocráticos, ya que se caracterizan por tener un nivel de centralización de decisiones importante en al ámbito de la asignación de recursos.

El hecho de que la responsabilidad en la toma de decisiones vinculada a la distribución de la financiación pública haya recaído exclusivamente en la Administración, por ser la única aseguradora, unido a que la provisión del servicio fuese también, mayoritariamente pública, dio lugar, en consecuencia, a que los organismos financiadores y proveedores de la sanidad quedasen integrados en la misma institución pública.

De esta forma, los aspectos vinculados con la toma de decisiones y, más concretamente, los relativos a quién las toma y, así como, la elección de los criterios en base a cómo se toman, han sufrido un importante proceso de centralización en el vértice de la pirámide, es decir, en los órganos centrales y financiadores del sistema.

Así, como afirma Cabases (1997, 25), las instituciones sanitarias públicas presentan importantes problemas a la hora de asignar los derechos residuales de decisión y control de forma que incentiven comportamientos eficientes. Las restricciones derivadas del marco jurídico y contractual de las organizaciones sanitarias motivan un procedimiento centralizado de la toma de decisiones que minimiza la posibilidad de asignar descentralizadamente responsabilidades y riesgo entre los diversos partícipes.

b) Transferencia de riesgos en cascada para el conjunto del sistema sanitario

Como señalamos anteriormente, debido a la fuerte centralización en la toma de decisiones que ha caracterizado a este sector, a través de la separación de las principales funciones se pretende que el riesgo global del sistema se distribuya entre todos los agentes que forman parte del mismo.

Es decir, mediante la estructura centralizada que ha prevalecido en el sector hasta entonces, no se ha conseguido trasladar de forma efectiva y real los riesgos del sistema considerado en su conjunto, a los distintos partícipes que, de forma individualizada,

intervienen y asumen responsabilidades ante los resultados, positivos o negativos, del mismo.

Debido a esta inexistencia en la práctica de asunción de riesgos por parte de los diferentes actores del sistema, se llega a una situación en la que, principalmente, las organizaciones sanitarias vinculadas al nivel de la provisión del servicio trasladan sus ineficiencias, en términos de mayor gasto y déficits, a los agentes financiadores. Evidentemente, este tipo de actuaciones neutraliza cualquier traslado efectivo de riesgo que pudiera pensarse.

Así pues, con la implantación efectiva de la propuesta relativa a la separación real de funciones, a través de la cual se desagregan al máximo los diferentes niveles de decisión que intervienen en el sector, con una adecuada delimitación individual de objetivos, líneas de responsabilidad, resultados y rendición de cuentas, se pretende introducir un cambio relevante en el estilo de gestión desarrollado hasta entonces. De esta forma, como afirma Irigoyen (1999, 314) se establece una secuencia incentivación-desagregación, propia de cualquier descentralización en la toma de decisiones, que hará cambiar el funcionamiento actual del sistema.

En definitiva, mediante la diferenciación e identificación de las principales funciones que propone este modelo, se pretende eliminar el nivel de incertidumbre y la falta de transparencia que existe para cada uno de los niveles en los que se haya estructurado el sector y, no exclusivamente, el relativo al de la provisión del servicio como hasta ahora ha venido sucediendo. De ahí que se argumente, que la característica fundamental de este nuevo sistema consista en llevar a cabo una transferencia de riesgos en cascada dentro del sector sanitario, ya que, de esta forma se podrá llevar a cabo la evaluación de la eficiencia del sistema sanitario en su conjunto, así como, de cada uno de los principales niveles de decisión en que se encuentra desagregado, principalmente los relativos a la macro y microgestión sanitaria.

Sin embargo, consideramos conveniente advertir que a pesar de que la implantación de este modelo, desde un enfoque estrictamente teórico, resulta atractiva, su aplicación efectiva puede encontrar serias dificultades, ya no sólo por el hecho de que en sí misma

resulte compleja, sino también debido al "[...] comportamiento del mercado político sanitario español, ya que existen potenciales y fuertes costes de influencia que quieran dificultar el efectivo traslado de riesgo ante un modelo de reforma que separe financiación de producción [...] y que, posibles comportamientos oportunistas de directivos en centros sanitarios y de profesionales, en un marco escasamente regulado, se conviertan en costes políticos para el responsable político en cuestión." ()

c) Consideramos que se trata de una *medida integral* que abarca en su totalidad al conjunto del sector

Las alternativas descritas en los dos epígrafes anteriores, es decir, tanto las relativas a la *introducción de técnicas gerencialistas* como a la *constitución de las diversas formas jurídicas de la organización sanitaria*, aunque tengan una relevancia significativa para la mejora de la gestión pública sanitaria, apreciamos que se consideran "reformas parciales" porque su aplicación no abarca a todos los niveles de gestión que integran la estructura global del sector sanitario. Más concretamente, se sitúan en el ámbito de la microgestión sanitaria, es decir, exclusivamente en los niveles de la provisión del servicio.

Sin embargo, por el contrario, la propuesta de separación de funciones se caracteriza por ser una "medida integral" que, además de incluir a las alternativas señaladas con anterioridad en el nivel de la microgestión, abarca a todos los niveles de gestión diferenciados en el sector. De ahí que se guarden expectativas positivas en relación a su aplicación efectiva.

En varias ocasiones, hemos reiterado que el gasto sanitario público en nuestro país constituye un capítulo relevante del gasto público total, y continúa siéndolo a nivel de Comunidad Autónoma.

Como se puso de manifiesto en el primer capitulo, los modelos de financiación que prevalecieron en el sector, denominados *línea de gasto,* no contribuyeron a trasladar riesgos a los distintos agentes del sistema de una forma individualizada. Sin embargo, tras la implantación del vigente modelo de financiación, a través del cual, la

financiación sanitaria se incluye en el sistema autonómico general de financiación de las Comunidades Autónomas, se aprecia que desde los distintos puestos de responsabilidad que, desde estas últimas, están implicados en la gestión sanitaria, esta medida relativa a la separación de funciones resulta necesaria, para que se pueda llevar a cabo un proceso de reconversión importante en el escenario financiero del sector. En el epígrafe quinto de este capítulo se efectuará una valoración inicial de los procesos de reforma en curso en las distintas Comunidades Autónomas de nuestro país, con el propósito de poner de relieve que los cambios introducidos en materia de gestión sanitaria, van más allá de las *reformas parciales* anteriormente señaladas. Se apuesta por conseguir delimitar claramente las funciones y líneas de responsabilidad de cada uno de los niveles de gestión sanitaria diferenciados dentro de la respectiva Comunidad Autónoma, vía separación de funciones.

Así pues, de ahí su carácter integral, es decir, no se ciñe exclusivamente a un determinado nivel de gestión, generalmente al de la provisión del servicio como sucede en la mayoría de las propuestas, sino que ésta abarca a todos los niveles de responsabilidad implicados en la gestión del gasto sanitario, intentando evitar de esta forma concentrar los riesgos, principalmente, en los agentes financiadores.

2.4.4.3 Separación de funciones *versus* introducción de mercados internos en el sector sanitario

Analizados previamente los aspectos relativos al significado de la separación de funciones, así como, los principales objetivos que se pretenden alcanzar mediante la implantación de esta alternativa, debemos advertir en línea con Navarro (, 205) que resulta imprescindible distinguir conceptualmente la idea de la separación de funciones de la relativa a la incorporación de mercados internos en el sector sanitario.

Es decir, en muchas ocasiones se aprecia que el planteamiento de la separación de funciones a nivel de sistema sanitario en su conjunto entre financiación, de una parte, y las organizaciones prestadoras del servicio, de otra, se confunde con la introducción de mercados internos entre compradores y proveedores, siendo el significado e

implicaciones, tanto estructurales como organizativas de cada una de ellas completamente diferentes.

Cuando se hace referencia a la introducción de mercados internos debemos advertir que, necesariamente, surgen a la vez otros conceptos directamente vinculados como son, entre otros, los relativos a contratos sanitarios, mecanismos de competencia, función de compra, fijación de precios, etc. Sin embargo, a pesar de que el planteamiento de mercados internos, desde un punto de vista teórico pueda resultar atractivo para conseguir incrementar la eficiencia del sector y, además, haber resultado una experiencia positiva en las reformas sanitarias llevadas a cabo en otros países, se tiene la certeza de que la aplicación de estas propuestas en el contexto sanitario español no son viables porque nuestro Sistema Nacional parte de un contexto de defensa ideológica en el que, por sus propias características, los "*mercados fallan*", los "*mercados no funcionan*".

Otra cuestión muy diferente son los planteamientos derivados de la "*simulación de mercados"* en el sector público sanitario. Es decir, debemos recordar que la denominada "*Introducción de Mecanismos Cuasi Competitivos y de Mercado*" en este sector, constituye uno de los instrumentos que se integran en el conjunto de técnicas gerencialistas descritas en el segundo epígrafe, y que tienen la finalidad principal de emular las condiciones del mercado en la provisión de servicios producidos por y para el sector público. Así pues, no se pueden considerar *equivalentes* la introducción de este tipo de elementos de la gestión privada en el sector sanitario público con la incorporación real y efectiva de mercados sanitarios, en los que prevalece la competencia entre productores privados y la persecución de ánimo de lucro.

Este amplio abanico de interpretaciones que se puede originar en torno a la creación de "*mercados simulados*" desde una perspectiva teórica, y con independencia de que después se puedan llevar efectivamente a la práctica, en el ámbito de la gestión pública sanitaria, no puede confundirse con la existencia de mercado para la Sanidad como si de un bien privado se tratase. Nuestro Sistema Nacional de Salud no tiene las

características de los sistemas sanitarios puros de provisión privada en los que predomina la lógica del beneficio privado.

Así pues, cuando hacemos alusión a la propuesta de separación de funciones nos referimos a la dicotomía convencional que diferencia, exclusivamente, a las funciones de financiación y provisión de los servicios sanitarios sin la incorporación de mercado y sin la incorporación de una tercera función, concretamente la de compra. A través de la separación de funciones, tal y como se ha dicho anteriormente, lo que se pretende es construir un sistema que trascienda de las actuales estructuras de gobierno definidas como jerarquías públicas centralizadas con sistemas de provisión integrados verticalmente, a un modelo de estructuras desagregadas pero sin la necesidad de introducir mercado y comportamientos competitivos para el conjunto del sector. Entre ambas alternativas antagónicas pudiéramos decir que lo que surge, propiamente dicho, es la denominada "*Gestión Pública descentralizada*" como alternativa para la búsqueda de eficiencia.

2.4.4.4 Experiencias en torno a su implantación en el sector sanitario

La experiencia británica de separación de financiación y provisión de los servicios fue propuesta por el "Informe Abril" en España, la cual ha sido objeto de aplicación en algunas Comunidades Autónomas, más concretamente, en Cataluña y, de forma más reciente, en el País Vasco. Al objeto de apreciar la puesta en práctica de estas experiencias, tomaremos en consideración el trabajo realizado por Gallego (2001, 203) denominado "*Separación entre comprador y proveedor en la Administración Sanitaria Catalana: Un análisis presupuestario*".

En este estudio se analiza hasta qué punto la reforma de la Administración Sanitaria Catalana iniciada en 1990 implementó de forma efectiva la separación entre comprador y proveedor.

Esta reforma tuvo dos fuentes normativas de formulación, la primera fue la "*Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña"* (en adelante, LOSC) aprobada por el Parlamento

catalán en 1990, y la segunda fue su posterior interpretación en términos de la "*NGP"* por parte de "*la élite de la política sanitaria catalana*". Mientras que la primera fuente era ambigua respecto a la separación entre comprador y proveedor, la segunda interpretaba que la Ley de 1990 había introducido claramente dicha separación de roles, tal y como postula la *NGP*.

El análisis se basa en la comparación de las estructuras del presupuesto de las agencias públicas relevantes, el Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Cataluña (DSSS, en adelante), el Servicio Catalán de Salud (SCS, en adelante) y el Instituto Catalán de Salud (ICS, en adelante), antes y después de la reforma.

Para ello se ha tomado la estructura del presupuesto de las agencias anteriormente señaladas, como un indicador del tipo de agencia y, por tanto, de su rol dentro del sistema. Primero se describe el contenido de la LOSC y el de su interpretación en términos de *NGP*. Luego se comparan los dos escenarios de implementación esperados de cada una de estas fuentes de formulación en cuanto a definición de roles. Finalmente, se analizan las estructuras del presupuesto de cada agencia implicada antes y después de la reforma a la luz del marco analítico de Dunleavy, con el objetivo de identificar los roles realmente asignados a cada agencia. El trabajo concluye poniendo de relieve que la implementación siguió aspectos diferentes de cada una de las fuentes de formulación. Es decir, los datos muestran que el rol de proveedor se definió e implementó claramente, mientras que el rol de comprador se vio distorsionado por la compleja y numerosas funciones que el texto de la Ley asignó a la agencia compradora y que se reflejó también en la estructura de su presupuesto.

A pesar de que la separación entre comprador y proveedor es muy común en la formulación de las reformas de la *NGP*, ya algunos estudios han puesto de manifiesto la dificultad de conseguir su implementación efectiva. La mayoría de ellos se centran en indicadores tales como, el proceso real de negociación de contratos entre compradores y proveedores, la composición de los consejos de administración de los proveedores, etc.

Este trabajo propone un indicador diferente y complementario para evaluar hasta qué punto los roles de comprador y proveedor son efectivamente asignados a diferentes organismos, más concretamente, las estructuras de sus respectivos presupuestos. Un análisis más exhaustivo del mismo, se muestra a continuación.

El texto de la LOSC se refería a los proveedores en términos de "integrados o funcionalmente adscritos a" la nueva autoridad sanitaria que por esta Ley se creaba, el Servicio Catalán de la Salud. Las características particulares y específicas de la oferta sanitaria, a través de la cual, la provisión del Sistema Catalán de Salud, que se había ido consolidando a lo largo de los ochenta, era heterogéneo en términos de propiedad, formas de gestión y formas organizativas.

A pesar de que, igual que en el resto de España, más del 90% de los recursos de atención primaria en Cataluña eran propiedad de y estaban gestionados por la autoridad pública sanitaria –el Instituto Catalán de la Salud -, el sector hospitalario presentaba una composición más compleja. Este último solamente era propietario de una cuarta parte de las camas acreditadas para agudos, que gestionaba directamente. El resto eran propiedad de agentes locales privados, semi-públicos y públicos que gestionaban sus recursos autónomamente. Estos proveedores no-ICS contrataban regularmente con la autoridad sanitaria, el ICS, como proveedores de hecho del Sistema Nacional de Salud en Cataluña.

La consolidación de esta red hospitalaria que tradicionalmente había sido heterogénea en términos de propiedad y formas de gestión y que había permanecido separada de la autoridad sanitaria vía relaciones contractuales, había sido una opción explícita de la élite de la política sanitaria catalana desde 1981.

Por esta razón, la reconfiguración de la autoridad sanitaria que se derivaba de la LOSC debía afectar principalmente a las relaciones entre le nuevo SCS y el ICS existente. Por una parte, el ICS había sido, desde su creación en 1983, la autoridad sanitaria-es decir, había tenido tanto el rol de proveedor como el de comprador-. Por otra parte, el peso del ICS era de especial importancia porque era el proveedor más grande del Sistema, tenía una única personalidad jurídica en cuya organización se integraban jerárquicamente sus

unidades proveedoras, hospitales y centros de atención primaria, como unidades de coste sin autonomía de gestión.

Mientras que la LOSC podía implicar la posibilidad de que el ICS se integrase en la recién creada autoridad sanitaria –el SCS-, su posterior interpretación en términos de NGP abogaba explícitamente por su separación y su reconfiguración como un proveedor contratado. El resto de proveedores autónomos no ICS debían mantener su autonomía respecto a la nueva autoridad sanitaria, el SCS, con quien a partir de entonces contratarían.

Esta interpretación de la LOSC surgió de un proceso de difusión de discurso[25] que fue evidente poco después de la aprobación de la Ley. Como resultado de este proceso la terminología asociada con la NGP, que había estado ausente a lo largo del proceso de formulación de la LOSC, fue aceptada por parte de la élite de la política sanitaria catalana como la interpretación prevalente de la Ley y de las reformas que siguieron.

Uno de los objetivos centrales de la LOSC de 1990 era la creación de una nueva autoridad sanitaria –el SCS- que, a pesar de ser un organismo público adscrito al Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Cataluña, tenía una alta autonomía de gestión en el sector sanitario. El SCS representaba una innovación en la estructuración de la administración sanitaria y en la gestión del sistema sanitario en relación al modelo ICS (o Insalud descentralizado). El SCS fue definido por la LOSC como una "entidad pública" que, en términos de derecho administrativo, tiene un carácter institucional. Es decir, tiene una personalidad jurídica diferenciada y libertad de gestión para el cumplimiento de sus objetivos, a diferencia de los organismos autónomos de naturaleza administrativa como el ICS. Suelen estar sujetas al derecho administrativo sólo en su funcionamiento interno, mientras que en sus relaciones externas pueden operar en el marco del derecho privado.

Al SCS se le atribuyó capacidad para utilizar diversas formas organizativas y de gestión, con el fin de gobernar la compleja y diversa red de asistencia sanitaria de

[25] Este proceso estuvo ligado a la difusión de ideas sobre la reforma del sector público que habían ido ganando legitimación y difusión en diversos países de la OCDE durante los años ochenta y noventa.

Cataluña. El diseño de la estructura organizativa del SCS incluía a los Servicios Centrales, Regiones sanitarias, sectores sanitarios, etc.

El rol asignado al SCS en la LOSC se definió de forma compleja, incluyendo diferentes funciones. Según el texto de la LOSC el SCS tenía funciones de formulación de política sanitaria, de regulación, de ejecución, de financiación, de gestión, etc.

Por lo tanto, a pesar de que la interpretación posterior de la LOSC tendió luego a basarse en el discurso de la NGP, el texto de la LOSC aprobado en 1990 no mostraba tal influencia. “Uno de los componentes de la NGP que adquirió centralidad en la reforma catalana –la separación de los roles de comprador y proveedor en el seno de la administración sanitaria-, no se hizo explícito en el texto de la LOSC pero irrumpió en el discurso político poco después de que la Ley fuese aprobada”.

Se establece que mientras la interpretación derivada de la NGP su relación con el SCS debía basarse en contratos y en la separación de y autonomía plena frente a la nueva autoridad pública. Asimismo, la LOSC definió un rol complejo para el SCS, con funciones y responsabilidades diversas, mientras que según el discurso de la NGP el SCS debía configurarse nítidamente como una agencia tan sólo compradora. A pesar de que explícitamente nada se ajustaba, se indica que en esta ocasión, los distintos agentes, gestores, y demás actores colectivos asumieron que la lectura más clara de la LOSC era su interpretación desde el discurso de la NGP.

Dos escenarios de implementación para dos fuentes de formulación: Es decir, para evaluar hasta qué punto se implementó la separación de los roles de comprador y proveedor en la reforma de la administración sanitaria catalana es necesario analizar y comparar las estructuras de los presupuestos del DSSS, del SCS y del ICS antes y después de la reforma. Este análisis debe aportar evidencia de los roles que les fueron efectivamente asignados a estos organismos o agencias públicas, es decir, de si la implementación se acercó más al ambiguo texto de la LOSC o a su posterior interpretación en términos de NGP. Este enfoque analítico se basa en la tipología de agencias elaborada por Dunleavy (1991), que infiere roles de diferentes tipos de agencia a partir de las estructuras de sus presupuestos.

La divergencia más clara de la LOSC respecto al discurso de la NGP era la asignación al SCS de una miscelánea de funciones que implicaban una mezcla de roles de transferencias, control, contratante y regulador. El texto de la LOSC coincidía no obstante con el discurso de la NGP en postular un rol de agencia de control para el DSSS y un rol de proveedor para el ICS. En este sentido, la principal diferencia era que según la LOSC, el ICS podía acabar integrándose en la nueva autoridad sanitaria –el SCS-, mientras que según la NGP el ICS debía separarse claramente de ella y negociar sus contratos como el resto de proveedores no-ICS.

La formulación legal del texto de la LOSC sólo prevaleció como marco formal de la reforma hasta finales de 1990. Cuando se creó el SCS en 1991 el discurso de la NGP ya había sido adoptado por la élite de la política sanitaria, dándose por supuesto que la reforma implicaba una clara separación entre los roles de compra y provisión de servicios. Sin embargo, la efectiva prevalencia de la formulación legal o de la formulación discursiva en la implementación de la reforma es una cuestión empírica. Para abordarla se analizan a continuación las estructuras presupuestarias de las principales agencias implicadas.

Separación de comprador y proveedor: estructuras presupuestarias y tipos de agencia: Para que la reasignación de roles entre agencias públicas sea efectiva tiene que estar en consonancia con la asignación de los recursos presupuestarios que permitan el desempeño de estos roles. Por tanto, para evaluar el grado en que la reforma de la administración sanitaria catalana siguió el texto de la LOSC o el discurso de la NGP es necesario, según este enfoque analítico, primero, identificar los cambios en la naturaleza de los flujos de recursos entre las agencias relevantes y, segundo, analizar las respectivas estructuras presupuestarias resultantes.

Tras la reforma, según el discurso de la NGP los flujos de recursos entre el SCS como financiador/contratante y el ICS como proveedor no debían seguir asignaciones presupuestarias sino canales contractuales, de la misma forma que entre el SCS y los proveedores no-ICS. Sin embargo, las relaciones presupuestarias entre el SCS y el ICS

no reflejan una relación contractual tras la reforma, sino que el ICS siguió recibiendo una asignación presupuestaria convencional del SCS, tal y como implicaba la LOSC.

Así, el ICS continuó financiándose a través de la asignación presupuestaria anual que se negociaba entre el ICS, el SCS, el DSSS, y el Departamento de Economía y Finanzas de la Generalitat. Este acuerdo era luego sometido a votación en el Parlamento catalán como presupuesto consolidado SCS/ICS, dentro del presupuesto global anual de la Generalitat.

Formalmente el ICS no tenía un presupuesto independiente ya que no era una empresa pública sino un organismo gestor de la Seguridad Social, y no podía formalmente incurrir en déficit o endeudarse, porque era financiado vía asignaciones presupuestarias. El déficit que pudiera generarse era asumido por el DSSS. Ese déficit no implicaba los riesgos de bancarrota que los proveedores no-ICS podían correr. El riesgo de esta posibilidad ha sido, hasta cierto punto, también absorbido por el DSSS en la práctica.

A partir de 1992, la asignación presupuestaria anual del ICS fue traducida a términos contractuales en la figura del contrato-programa, un instrumento que se consideró necesario para introducir una visión de gestión tanto entre administradores como entre profesionales sanitarios. El contrato-programa se acompañó de la introducción de auditoría externa, contabilidad analítica, control financiero y sistemas de facturación. La negociación del contrato-programa se iniciaba con un acuerdo entre los servicios centrales del SCS y el centro corporativo del ICS sobre un nivel global de provisión de servicios. El ICS asignaba luego su presupuesto (derivado de su programa-contrato) a sus unidades proveedoras –hospitales y centros de atención primaria, que no tienen personalidad jurídica propia ya que el ICS es formalmente un único proveedor. En el caso de los hospitales, y previo acuerdo con el centro corporativo del ICS, cada centro negociaba un contrato programa con el SCS, la autoridad sanitaria, por el que su asignación presupuestaria –costes- dentro del ICS era explícitamente relacionada con los servicios –actividad- que debía proveer. Cada contrato era firmado por el director del SCS, el gestor del ICS y el gestor del hospital en cuestión.

Este proceso significaba que, por primera vez, los hospitales propiedad de, y gestionados por, el ICS debían facturar obligatoriamente todos sus servicios de forma que sus asignaciones presupuestarias pudieran basarse en conceptos de coste o actividad. Con este fin se introdujeron sistemas de contabilidad financiera y técnicas de contabilidad de costes de forma que cada hospital tuviese una cuenta de explotación.

Estos contratos-programa ayudaron a que los proveedores implicados adquirieran conciencia del nivel de autofinanciación que podrían conseguir en el caso de que tales contratos no fueran ficticios sino reales y económicamente vinculantes –es decir, en el caso de que, como proveedores tuvieran que asumir responsabilidad por las consecuencias financieras de no cumplir las cláusulas del contrato. Este ejercicio revelaba el nivel de déficit en que incurrirían si tuvieran un contrato real, al hacer explícita la diferencia entre lo que gastaban vía presupuesto (coste de sus actividades) y lo que ingresarían vía facturación de actividades por precio si estuvieran vendiendo sus servicios al SCS.

En resumen, el tipo de agencia y la estructura presupuestaria que caracterizaban al SCS tras su creación en 1991 eran complejos y no se adecuaban al discurso de la NGP, que le asignaba un rol de agencia contratante/compradora. Este análisis muestra cómo el SCS adoptó la compleja miscelánea de funciones que, de hecho, le atribuía el texto de la LOSC. Esta mezcla de funciones ayuda a explicar, en parte, la dificultad de implementar una clara separación no sólo entre comprador y proveedor en el seno de la administración pública sanitaria, sino también entre la autoridad pública compradora y los proveedores autónomos y externos a ella que se habían ido consolidando como una red contratada de cobertura pública a lo largo de la década de los ochenta.

El análisis de la reestructuración institucional llevada a cabo entre 1991 y 1995 muestra en primer lugar, que el rol efectivamente desempeñado por el SCS fue más cercano al texto de la LOSC que a la clara interpretación de rol de comprador postulado por el discurso de la NGP. Dos indicadores apoyan esta conclusión: por una parte, la compleja miscelánea de funciones formalmente asignada al SCS como nueva autoridad sanitaria, y por la otra, su estructura presupuestaria, que revelaba una compleja mezcla de roles.

La relación entre el SCS y el ICS no se basaba en un contrato real sino en una asignación presupuestaria. Aunque traducida en términos contractuales, esta asignación presupuestaria no conllevaba riesgo financiero, lo que encajaba más con el texto de la LOSC que con los postulados de la NGP. Sin embargo, el hecho de que el ICS quedase como organización diferenciada del SCS encajaba más con el discurso de la NGP que con las disposiciones de la LOSC.

2.5 Aplicación real tras el proceso de transferencias y vigente sistema de financiación de servicios sanitarios en el Sistema Nacional de salud español

Tal y como adelantamos en la introducción del presente capítulo, en este epígrafe se analizará, principalmente, si de las Leyes de Ordenación Sanitaria constituidas en cada Comunidad Autónoma tras la culminación del proceso de transferencias, y la implantación del vigente sistema de financiación sanitario, se desprende una interpretación explícita en la línea de los paradigmas de la *Nueva Gestión Pública* descritos anteriormente y, en consecuencia, orientados hacia una mejora de la gestión.

Para la consecución de tal propósito, será necesario efectuar un estudio pormenorizado de las disposiciones normativas que existían con anterioridad, y que prevalecen con posterioridad a la culminación de ambos procesos en cada Comunidad Autónoma, individualmente considerada.

De esta forma, y atendiendo siempre a lo que se desprende explícitamente de las distintas Leyes de Ordenación Sanitaria, entendemos que existe un *antes* y un *después* en la regulación de las mismas, ya que de ellas se desprende una decidida interpretación en la línea de las principales corrientes que integran a la *Nueva Gestión Pública.*

Se ponen de relieve, entre otros aspectos, una preocupación manifiesta por la gestión y financiación del servicio, lo cual les ha conducido a adoptar una nueva estructura de modelo sanitario, así como, hacer especial énfasis en la consideración de determinados conceptos y mecanismos de gestión que con anterioridad no se apreciaban, tales como, la delimitación del Sistema Sanitario autonómico, enumeración de los principales

Principios Rectores que deben prevalecer en su actuación, el principio de separación de funciones como medida integral del Sistema, delimitación estricta de las funciones y agentes gestores del gasto sanitario, etc.

En síntesis, sigue prevaleciendo la descentralización del servicio, pero ahora, en mayor medida de carácter funcional y dentro del propio ámbito autonómico.

2.5.1 Normativa sanitaria *previa* a la culminación de ambos procesos

En el primer capítulo del presente trabajo tuvimos ocasión de analizar que las características que actualmente rigen en nuestro Sistema Sanitario distan mucho de las que comenzaron siendo en sus orígenes, y que fue, precisamente, la vinculación permanente del mismo al Sistema de la Seguridad Social lo que condicionó en gran medida, todo lo relativo a los aspectos organizativo y de gestión.

En consecuencia, y de forma específica para nuestro país, el hecho de que el Sistema de la Seguridad Social y el Sistema Nacional de Salud se hayan desarrollado de forma conjunta, a raíz del papel decisivo que adoptó el primero de ellos en la prestación y financiación de la asistencia sanitaria, condiciona a que, tras el análisis que hemos efectuado de las diversas legislaciones que fueron aprobadas con anterioridad a los dos hechos citados, destaquemos los siguientes aspectos.

1. Se aprecia una *mayor preocupación* por los *aspectos organizativos y estructurales que por los de gestión*

Recuérdese que de entre las principales deficiencias que caracterizaron al Sistema Sanitario en su dilatado proceso de formación, fue la organización dispersa que coexistía al mismo tiempo entre las entidades que eran responsables de la gestión y financiación de los servicios sanitarios. En consecuencia, el propósito principal que se planteó la Administración Sanitaria por entonces, consistió en llevar a cabo una organización integral de las referidas estructuras sanitarias.

Fruto de ello, la aprobación de la Ley General de Sanidad se convertiría en la respuesta legislativa básica y marco para la determinación de una estructura organizativa sanitaria común e integral que debería ser adoptada por todos los partícipes de esta realidad, con el propósito principal de crear un verdadero Sistema Nacional de Salud y que respetase, al mismo tiempo, el Estado de las Autonomías que definió nuestra Constitución.

Derivado de todo cuanto antecede, resulta lógico que del contenido de las disposiciones legales que dieron origen, desde un principio, a los respectivos modelos sanitarios de cada Comunidad Autónoma, apreciemos que se ponga de manifiesto un mayor interés por la regulación de los aspectos vinculados con la organización y estructura del Sistema definidos en la Ley General de Sanidad, que por aquellos relativos a la gestión de los citados modelos.

Sin embargo, a pesar de que no sean muy numerosas las referencias legislativas que, en un principio, hicieron referencia a la gestión de forma explícita, y a los cuales prestaremos especial atención en los siguientes apartados, sí consideramos conveniente destacar a continuación varios de los aspectos vinculados con la estructura del Sistema Sanitario regulados en la Ley General de Sanidad, por cuanto entendemos que, de alguna forma, sí han condicionado la determinación de otros relativos a la gestión y que aún siguen vigentes en la actualidad.

En relación a ello, ya hemos hecho alusión a que la citada legislación marco estableció los principios básicos en los que debía fundamentarse nuestro Sistema Sanitario para propiciar un correcto funcionamiento de este tipo de servicios, siendo consciente, al mismo tiempo, que no resultaría sencillo la determinación de la estructura a adoptar finalmente, por cuanto intervendrían dos tipos de Administración, por un lado, la Estatal y, por otro, la Autonómica. En consecuencia, compatibilizar la configuración de unos servicios sanitarios integrados, respetando, a su vez, el proceso descentralizador hacia las Comunidades Autónomas resultaría decisivo.

Fruto de ello, y a diferencia de otros aspectos regulados en la Ley General de Sanidad, contrasta el detalle de la organización que finalmente se estableció en la misma, ya que será en el Titulo III donde se disponga todo lo relativo a la "E*structura del Sistema*

Sanitario público", dedicando para ello un extenso articulado distribuido en cuatro capítulos en los que se hace referencia a los siguientes aspectos:

- Capítulo I: *De la organización del sistema sanitario público*
- Capítulo II: *De los servicios de Salud de las Comunidades Autónomas*
- Capítulo III: *De las Áreas de Salud*
- Capítulo IV: *De la coordinación general sanitaria*

De la regulación de los artículos que dieron contenido a los Capítulos previamente señalados, destacamos a continuación los siguientes aspectos:

a) Concepción *amplia e integradora* del "Sistema Nacional de Salud"

Será concretamente en el *Capítulo I* donde se delimite la organización del Sistema Sanitario, para lo cual, en nuestra opinión, se llevó a cabo el establecimiento de una concepción amplia de lo que debiera concebirse nuestro Sistema Nacional de Salud ya que, en el mismo, se determina que todas las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud integrarían y formarían parte del Sistema Nacional de Salud en su conjunto, ya que explícitamente dispone "[...] *que todas las funciones y prestaciones sanitarias que son responsabilidad de los poderes públicos para el debido cumplimiento del derecho a la protección de la salud quedaran integradas en el Sistema Nacional de Salud* [...]".

En consecuencia, y en aras a la consecución del principio de integración, todas las estructuras sanitarias, servicios públicos, así como, funciones y prestaciones de igual naturaleza quedaron integradas en un concepto amplio y genérico que recibió la denominación de "*Sistema Nacional de Salud"*.

Sin embargo, como desde sus orígenes la Ley General de Sanidad quiso adoptar como eje principal del modelo sanitario a las distintas Comunidades Autónomas, el "*Sistema Nacional de Salud*" finalmente adoptado se debía concebir como "[...] *el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las*

distintas Comunidades Autónomas [...]", ya que, por entonces, no había culminado aún el proceso de transferencias. Sin embargo, también de esta forma, pone nuevamente de manifiesto el necesario carácter integrador para el conjunto del Sistema, con el propósito principal de establecer unas bases comunes para todo el territorio del Estado en lo que a los servicios sanitarios se refiere.

b) Concepción *amplia e integradora* del "Servicio de Salud" a constituir por las Comunidades Autónomas

Por lo que respecta a los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, el *Capítulo II* dispuso, así mismo, que éstas deberían organizar sus Servicios de Salud conforme a los principios básicos establecidos en la Ley General de Sanidad, por lo que, en consecuencia, en cada Comunidad Autónoma se tenía que constituir un *Servicio de Salud* en el que se "[...] *integrasen todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales* [...]".

En consecuencia, también a nivel de Comunidad Autónoma se volvió a reiterar nuevamente el carácter marcadamente integrador del Servicio de Salud de la respectiva Comunidad acorde con el que prevalece para el conjunto del Sistema Nacional de Salud a nivel estatal. No obstante, a pesar de la naturaleza integradora del Sistema, ello no impedía que cada Administración Territorial pudiese mantener la titularidad de los centros y establecimientos dependientes de la misma, siempre y cuando se realizara una adscripción funcional al Servicio de Salud de la respectiva Comunidad Autónoma.

Así mismo, también en la Ley General de Sanidad ya se establecía que la ordenación territorial de los Servicios de Salud sería competencia de la Comunidad Autónoma, así como, todo lo relativo a la disposición de los órganos de gestión y control de los respectivos Servicios Regionales, pero siempre en el marco de lo establecido en el Capítulo VI de la citada legislación.

c) Importancia significativa de la *distribución territorial* bajo la concepción de las denominadas "Áreas de Salud"

Por lo que respecta al *Capítulo III* de la Ley General de Sanidad, el cual denomina "*de las áreas de salud*" y dedica un extenso articulado, desde el artículo 56 al 69, muchos son los autores que coinciden en atribuirle una importancia significativa al mismo en lo que a la determinación de la estructura se refiere.

En este sentido, todas las Comunidades Autónomas deben llevar a cabo la delimitación y constitución en su territorio demarcaciones que reciben la denominación específica de *Áreas de Salud* debiendo, a tal efecto, tener en cuenta los principios básicos que la Ley General de Sanidad establece al objeto de lograr organizar un sistema sanitario coordinado e integral.

Con motivo de ello, las *Áreas de Salud* se convierten en la estructura fundamental del Sistema Sanitario y asumen la responsabilidad de llevar a cabo la gestión unitaria de todos los centros y establecimientos inmersos en su demarcación territorial, así como, de las prestaciones y programas sanitarios a desarrollar en la misma.

Para llevar a cabo la delimitación de las respectivas Áreas de Salud se tendrán en consideración los factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos y de dotación de vías y medios de comunicación, así como, las instalaciones sanitarias del respectivo Área de Salud.

Aunque pueden variar tanto la extensión territorial como el contingente de población comprendida en las mismas, deberán quedar delimitadas de manera que puedan cumplirse desde ellas los objetivos para las que han sido diseñadas. En relación a ello, se establece como regla general, sin perjuicio de las excepciones a que hubiera lugar y atendiendo a los factores expresados anteriormente, que el Área de Salud extenderá su acción a una población no inferior a 200.000 habitantes ni superior a 250.000, aunque, de esta regla general establecida, se exceptúan las Comunidades Autónomas de Baleares y Canarias, así como, las ciudades de Ceuta y Melilla que podrán acomodarse a sus

específicas peculiaridades. En todo caso, se asegurará que en cada provincia existirá como mínimo un Área de Salud.

Delimitada la extensión del concepto de Área de Salud, la Ley establece que en la misma se tienen que desarrollar las siguientes actividades:

- Actividades pertenecientes al ámbito de la *atención primaria* de salud

- Actividades incluidas en el nivel de *atención especializada*

De otra parte, con carácter no básico, el artículo 57 regula la organización interna del Área creando los siguientes órganos:

Los *órganos de participación*, que reciben la denominación de *Consejo de Salud de Área.*

Los *órganos de dirección*, recibiendo la denominación de *Consejo de Dirección de Área.*

Los *órganos de gestión*, configurado por el *Gerente de Área*.

2. Los Servicios de Salud constituidos originariamente en las Comunidades Autónomas adoptaron un *esquema organizativo y de gestión muy similares*

A pesar de que la Ley General de Sanidad dispuso dentro de la noción de bases la incorporación de los aspectos organizativos señalados en el epígrafe anterior, es de resaltar que las Comunidades Autónomas aún disponían de un margen de autonomía considerable en el ámbito organizativo y de gestión, ya que podían adoptar la fórmula jurídica más acorde a sus peculiaridades para la constitución de su respectivo Servicio de Salud.

Sin embargo, a pesar de la posibilidad de tal margen de actuación, debemos poner de relieve que los Servicios de Salud que se constituyeron en cada Comunidad Autónoma a través de sus respectivas leyes de creación respondieron, en su gran mayoría, a un esquema organizativo y de gestión básicamente idénticos. Es decir, con carácter

general, en todas las legislaciones se observa que se estableció la naturaleza jurídica del organismo, mayoritariamente Organismos Autónomos, definiendo al mismo tiempo, sus objetivos y funciones. De otra parte, se dispuso la organización del Servicio Regional estableciendo para ello su ordenación funcional y territorial y, en último término, se hacía mención a los regímenes jurídico y económico-financiero a los que se encontraba sujeto, así como, a los medios personales y materiales que se le atribuían para el cumplimiento de sus respectivas funciones.

Sin embargo, debemos poner de relieve que desde los orígenes, y debido a la distinta tradición histórica sanitaria que ha existido en Cataluña, el Servicio de Salud creado en esta Comunidad Autónoma se diferenció de forma notable al resto de Servicios Regionales por adoptar una naturaleza jurídica distinta, ya que se constituyó como un Ente Público. Es por ello, que al Servicio Catalán de Salud se le atribuye el precursor de un esquema organizativo y de gestión sanitario diferenciado, por cuanto, de esta forma pudo llevar a cabo la implantación de diversas fórmulas de gestión, entre ellas, la gestión directa, indirecta, compartida, acuerdos de colaboración, convenios, conciertos, y consorcios, tanto con entidades de naturaleza pública como privada, para llevar a cabo la prestación del servicio sanitario público.

3. La mayoría de los Servicios de Salud constituidos originariamente implantaron *modelos de gestión tradicionales*

La configuración jurídico-organizativa adoptada mayoritariamente por los Servicios de Salud señalada en el apartado anterior, condicionó en gran medida la puesta en práctica de las distintas fórmulas a través de las cuáles se podía haber llevado a cabo la gestión del servicio público sanitario.

El hecho de establecer una integración vertical de los Servicios Regionales, adoptando una única personalidad jurídica en la que se integraban jerárquicamente todas las funciones y centros, siguiendo las características propias de los modelos burocráticos tradicionales, en los que los roles se asignan internamente en una única organización. Así mismo, tanto las instituciones como las transacciones sanitarias se han venido

desarrollando en el marco normativo rígido propio del derecho Administrativo, tanto en lo que a su funcionamiento interno como externo se refiere. Evidentemente, este régimen legal específico condicionará de forma significativa a las principales materias de contenido económico, material, contratación, gestión de recursos humanos, régimen presupuestario y contable, así como, al establecimiento de determinadas tipologías de control interno de la gestión económica-financiera.

Resulta evidente que el marco descrito en el que se encontraba inmerso, hasta no hace mucho tiempo, la Administración Sanitaria responde en su totalidad a un modelo de gestión altamente centralizado, homogéneo y tradicional en cuanto a formas de gestión, en el que no se integraban formas jurídicas que permitiesen una gestión autónoma de los recursos del Servicio de Salud por los distintos agentes partícipes del mismo, así como tampoco, la configuración de unas estructuras institucionales con una clara diferenciación de roles que permitiese transferir riesgo entre los principales responsables en la toma de decisiones.

En síntesis, y tras analizar la normativa sanitaria señalada destacando los aspectos mas sobresalientes que entresacamos de su contenido, no nos deben resultar "extraordinarias" las conclusiones obtenidas ya que son solo el fruto lógico de la evolución que ha experimentado, desde sus orígenes, nuestro Sistema Sanitario.

Es decir, recuérdese que la realidad sanitaria española actual es muy diferente a la de sus inicios, caracterizada por entonces, de una parte, por tener la condición de seguro individual ligado a la situación laboral de una persona y, de otra parte, por la dispersión de redes asistenciales heterogéneas que prestaban el servicio sanitario, caracterizadas por su ineficiencia organizativa.

Así pues, haber pasado de un Sistema de Seguridad Social a un Sistema Nacional de Salud conllevó, necesariamente, a dar cumplimiento a las disposiciones básicas de las principales legislaciones aprobadas por entonces, entre ellas, la Constitución española y la Ley General de Sanidad. Es por ello, que el objetivo principal de esta realidad se centró, en mayor medida, en la creación de un Sistema Sanitario universal, en su cobertura, e integrado desde un punto de vista organizativo.

De ahí, que las disposiciones sanitarias creadas en las distintas Comunidades Autónomas tuviesen el propósito fundamental de constituir y organizar a sus respectivos Servicios de Salud, teniendo presente la normativa básica contenida en la Ley General de Sanidad. En consecuencia, los aspectos organizativos tuvieron un papel protagonista. Es por ello que se le dio prioridad, entre otros aspectos, a la creación de un Sistema Nacional integrado en su conjunto; a constituir unos Servicios de Salud autonómicos también bajo una concepción amplia e integradora; y adquirir una importancia significativa la distribución territorial de los mismos bajo unas demarcaciones concretas configuradas por la Ley General de Sanidad.

Sin embargo, a pesar de que, desde ese entonces, las Comunidades Autónomas tenían competencias propias para llevar a cabo la organización interna de los Servicios Regionales de Salud, teniendo presente la normativa básica y, en consecuencia, disponer de autonomía para adoptar las fórmulas jurídicas más acordes para la constitución de los Servicios Regionales, así como, para la delimitación de los niveles territoriales inferiores al Área de Salud, en las mismas, predominó la constitución de unos Servicios Regionales autonómicos que adoptaron unos esquemas organizativos muy similares, y bajo la fórmula jurídica mayoritaria de Organismos Autónomos, tal y como pusimos de manifiesto anteriormente.

Así pues, en síntesis, en la normativa analizada predominó explícitamente dar solución a los aspectos organizativos que a los de gestión propiamente dichos. Ello no quiere decir que estos últimos no tuviesen importancia, sino que, evidentemente en este proceso de cambio tan complejo y, fundamentalmente, organizativo, resulta lógico que predominasen los primeros frente a los de gestión.

Evidentemente, a medida que se iban traspasando las materias de gestión sanitaria de la Seguridad Social a las Comunidades Autónomas, éstas empezaron a tener conciencia de la importancia de los aspectos vinculados a la gestión de los dispositivos sanitarios, por lo que comenzaron a experimentar innovaciones de diversa índole. Sin embargo, estas experiencias no se derivan explícitamente de la normativa señalada, sino de los numerosos estudios en publicaciones realizadas con posterioridad.

Es por ello, que a las puertas de la definitiva culminación de transferencias en materia de gestión y aplicación del vigente modelo de financiación se quisiera implantar definitivamente el modelo de Sistema Nacional de Salud implantado por la Ley General de Sanidad, es decir, descentralizado con una estructura que girase en torno a las Comunidades Autónomas, y terminar con el denominado "modelo de gestión mixta" o también designado como "situación híbrida". Esta denominación surge como consecuencia de que, desde un punto de vista organizativo el Sistema Nacional de Salud se encontraba integrado por dos partes muy diferenciadas, de una parte, por una única Entidad Gestora, el Insalud, que actuaba en calidad de órgano de decisión único de las diez Comunidades Autónomas que aún no disponían de las referidas competencias. En consecuencia, estas últimas, que representaban alrededor del 40% de la población protegida, se encontraban sujetas a una dirección y gestión común y única, sin tener en consideración las especificidades individuales de cada una de ellas. Y, de otra parte, el Sistema Nacional de Salud se encontraba integrado por siete Comunidades Autónomas con plena responsabilidad directa sobre sus respectivos Servicios Regionales de Salud autonómicos.

Si de la interpretación de las principales disposiciones sanitarias se desprende que la preocupación de esta fase previa se centró, principalmente, en el aspecto organizativo del Sistema Nacional de Salud en su conjunto, en la etapa siguiente, la cual describiremos a continuación, adquiere especial consideración el aspecto de la gestión, así como, otros conceptos que tendremos ocasión de destacar con motivo de la importancia que ha adquirido la Comunidad Autónoma como agente gestora y financiadora principal de estos servicios. Todo ello, se desprende de forma explícita en las nuevas disposiciones que se han creado al amparo de ambos procesos.

2.5.2 Leyes de Ordenación Sanitaria *posteriores* a la culminación de ambos procesos

En primer lugar destacamos que en cada una de las diez Comunidades Autónomas que asumieron, en último término, las competencias en materia de gestión sanitaria se culminó la elaboración y aprobación de sus respectivas "Leyes Sanitarias" o, también

designadas como "Leyes de Ordenación Sanitaria". Así mismo, también ponemos de relieve que de las siete Comunidades Autónomas que ya habían asumido, desde un primer momento, las citadas competencias, y en consecuencia ya disponían de su respectiva normativa sanitaria con anterioridad, algunas de ellas, y más concretamente Galicia, Andalucía y Valencia han llevado a cabo, nuevamente, una adaptación de la misma. En el caso específico de Andalucía, se modificó principalmente la estructura orgánica básica de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud[26] y, en lo que a las Comunidades[27] valenciana y gallega se refiere, sí se tuvo que proceder a la promulgación de una nueva legislación en materia de ordenación sanitaria, con el propósito principal de adaptarse a las nuevas necesidades de gestión a las que se enfrenta, en la actualidad, la realidad sanitaria.

Fruto del análisis que hemos realizado, de forma individualizada, a cada una de las referidas Leyes de Ordenación Sanitaria, observamos que se incorporan numerosas disposiciones que hacen referencia, y de manera explícita, a las nuevas necesidades de gestión a las que se enfrenta, en la actualidad, la realidad sanitaria específica de cada Comunidad Autónoma.

Sin embargo, ante esta misma inquietud por los aspectos derivados de la gestión, tenemos que diferenciar que para las diez Comunidades Autónomas que no habían gestionado de forma directa el servicio con anterioridad, les supuso un hecho de mayor trascendencia frente a aquellas Comunidades que ya disponían de las plenas competencias en materia de gestión sanitaria. Es decir, para las primeras implicaba enfrentarse por primera vez a la responsabilidad derivada de la gestión y financiación descentralizada de importantes estructuras y recursos, tanto materiales, humanos como financieros. Mientras que, para aquellas Comunidades que ya disponían con anterioridad de las referidas competencias y, en consecuencia, haber adquirido experiencia en la gestión de los servicios de salud en los años transcurridos, estiman necesaria la promulgación de una nueva legislación en materia de ordenación sanitaria debido a que los modelos de gestión tradicionales aplicados con anterioridad, si bien

[26] Por el Decreto 245/2000, de 31 de Mayo.
[27] Ley 3/2003, de 6 de febrero, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana

pudieron resultar útiles en otras épocas, en la actualidad, necesariamente tienen que ser revisados por no adecuarse ante el nuevo contexto financiero y de rigor presupuestario al que se enfrentan las Comunidades Autónomas.

En relación a ello, por ejemplo para el caso concreto de la Comunidad Autónoma valenciana, su legislación se modificó con posterioridad al vigente acuerdo de financiación mediante la Ley 3/2003, de 6 de febrero, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana, en la cual se establece explícitamente que, "[...] a pesar de la experiencia que han adquirido en la gestión de los servicios de salud en los años transcurridos desde la promulgación de la Ley General de Sanidad, la realidad sanitaria se enfrenta a un nuevo contexto financiero para el que se deben revisar y actualizar los modelos de gestión tradicionales aplicados con anterioridad que, si bien pudieron resultar útiles en otras épocas, no resultan convenientes ante el nuevo marco presupuestario al que se enfrentan las Comunidades Autónomas, de ahí que se dote a la Comunidad Valenciana de instrumentos legales que le permitan conformar su propio modelo sanitario, y poder así gestionar la inversión en sanidad [...]".

En consecuencia, podemos afirmar que el proceso transferencial, así como, el vigente acuerdo de financiación fueron determinantes para que todos los responsables, tanto del ámbito económico como sanitario, vinculados a la gestión de los servicios sanitarios en cada Comunidad Autónoma, planteasen que era necesario diseñar un nuevo modelo sanitario, propio y específico, a través del cual la nueva gestión autonómica permitiese mejorar la eficiencia del sistema sanitario que existía con anterioridad a estos dos hechos.

Así pues, configurar un nuevo modelo sanitario atendiendo a las peculiaridades de cada Comunidad Autónoma se convirtió en el propósito principal de las mismas. Para dar respuesta a ello, resultó necesario efectuar previamente una adaptación considerable de los aspectos organizativo y normativo vigentes con anterioridad, al objeto de disponer del marco adecuado que permitiese dar cabida a las nuevas propuestas de gestión que se estaban planteando.

Finalmente, el diseño del modelo sanitario al que aspiraba cada Comunidad Autónoma quedó regulado en su correspondiente Ley de Ordenación Sanitaria y, a pesar de algunas diferencias entre los mismos, que tendremos ocasión de analizar posteriormente, se observa el consenso por un modelo sanitario fundamentado en los principios irrenunciables de financiación y aseguramiento públicos, así como, una provisión del servicio también eminentemente pública, en la que lo privado resulte complementario.

Así pues, con motivo de este proceso de asunción de transferencias de la gestión de la asistencia sanitaria, así como, del vigente marco de financiación autonómico, se aprobaron diez nuevas legislaciones sanitarias, a través de las cuales, se regula, principalmente, la ordenación sanitaria de cada Comunidad Autónoma, en la cual quedará definido el modelo sanitario finalmente adoptado.

De este marco jurídico global, las leyes sanitarias, y especialmente la Ley General de Sanidad, así como, los Estatutos de Autonomía de las correspondientes Comunidades Autónomas, atribuyen al Gobierno de estas últimas efectuar la oportuna *ordenación sanitaria* entendida, con carácter general, "[...] *por el conjunto de acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la salud de la ciudadanía mencionado con anterioridad, atendiendo para ello a los principios de igualdad, equidad, solidaridad e integración de servicios, los cuáles tendrán que combinarse, necesariamente, con los criterios de eficacia, eficiencia y racionalidad en la gestión para hacer frente a las necesidades crecientes sin renunciar, en ningún caso, a nuestro servicio público universal"*.

Por lo que respecta a las Leyes de Ordenación Sanitaria de las diez Comunidades que asumieron en último término las referidas competencias, se pone de relieve que adoptaron una estructura y contenido similar, de entre los cuales, destacamos a continuación aquellos aspectos que nos interesan en mayor medida.

a) Se pone de relieve el concepto de "*Sistema Sanitario de la Comunidad Autónoma"* en todas las administraciones autonómicas

En las respectivas Leyes de Ordenación Sanitaria de todas las Comunidades Autónomas, tanto para las que habían asumido las competencias con anterioridad como para las que las asumieron en último término, se dedica un Título, generalmente el primero, en el que adquiere especial relevancia el concepto de "*Sistema Sanitario de la Comunidad Autónoma*" y, a nuestro entender, en detrimento de la relevancia que había adquirido con anterioridad el que hacía referencia al Servicio Regional de Salud.

Es decir, debido a la preocupación por los aspectos derivados de la gestión, observamos que existe un desplazamiento del énfasis que anteriormente se hacia sobre el Servicio Regional de Salud a la consideración de todo el Sistema Sanitario de la respectiva Comunidad Autónoma en su conjunto. Por ejemplo, y sólo a título ilustrativo, "Sistema Sanitario de la Comunidad Autónoma de Madrid"; "Sistema Sanitario de la Comunidad Autónoma de Extremadura" y así, sucesivamente, para todas y cada una de ellas, dando lugar, en consecuencia, a diecisiete "Sistemas Sanitarios" que deberán ser regulados y ordenados, territorial y funcionalmente, a través de las respectivas Leyes de Ordenación sanitaria de cada Comunidad Autónoma.

Así pues, para poder llevar a cabo una adecuada organización y ordenación de las actuaciones que compete a la Administración Sanitaria de una determinada Comunidad Autónoma, se constituyen los respectivos "Sistemas Sanitarios de la Comunidad Autónoma".

En lo que respecta a la definición del mismo, aunque no se pone de relieve una concepción unánime, con carácter general, el *Sistema Sanitario de la Comunidad Autónoma* se configura como "[...] el conjunto de recursos, de normas, de medios organizativos, de actividades y de prestaciones que funcionan de forma coordinada y ordenada, siendo desarrollados por organizaciones y personas públicas en el territorio de la Comunidad, dirigidos a hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, incluyendo todas las funciones y todos los dispositivos sanitarios con independencia de su titularidad".

En consecuencia, se pone de relieve que del concepto de Sistema Sanitario de una determinada Comunidad Autónoma se quiere dar una concepción amplia e integral del

mismo en todas las Leyes de Ordenación Sanitaria. Así mismo, también se regula que el "*Sistema Sanitario de la Comunidad Autónoma*" quedará integrado como parte del Sistema Nacional de Salud. En consecuencia, a nivel Estatal el Sistema Nacional de Salud quedará conformado por la agregación de los diecisiete Sistemas Sanitarios de las respectivas Comunidades Autónomas.

Así pues, debemos tener presente que la definición y creación del Sistema Sanitario, va a constituir el eje principal sobre el que descansará toda la ordenación sanitaria de una determinada Comunidad Autónoma.

b) *"Principios Rectores de organización y funcionamiento"* del Sistema Sanitario de la Comunidad Autónoma

Tal y como indicamos anteriormente, si para llevar a cabo la ordenación sanitaria de cualquier Comunidad Autónoma se utiliza como eje principal la consideración de su respectivo Sistema Sanitario, este último, en lo relativo a su actuación, organización y funcionamiento se tiene que regir en base al cumplimiento de un conjunto de principios que reciben la denominación genérica de "Principios Rectores".

Así pues, enumeramos seguidamente la relación de los principales Principios Rectores sobre los que se fundamenta la organización del Sistema Sanitario de una determinada Comunidad Autónoma, y que además deben guardar relación con el resto de principios del Sistema Nacional de Salud.

b.1) La creación del Sistema Sanitario de la Comunidad Autónoma se realiza bajo el principio de vertebración del Sistema Nacional de Salud y orientado a la consideración de la persona como sujeto de derecho de este último, estableciendo los instrumentos necesarios para consolidar la universalidad, equidad e igualdad efectiva en el acceso a sus prestaciones.

b.2) Adecuar las prestaciones sanitarias públicas ofertadas por el Sistema Sanitario de la Comunidad Autónoma a las establecidas en cada momento para el Sistema Nacional de Salud.

b.3) Aseguramiento único y financiación pública del Sistema Sanitario de la Comunidad Autónoma.

b.4) Concepción integrada del Sistema Sanitario de la Comunidad Autónoma incluyendo todos los dispositivos sanitarios con independencia de su titularidad.

b.5) Integración funcional de todos los recursos sanitarios públicos del Sistema.

b.6) Desarrollar la organización del Sistema a través del principio de separación de las funciones de autoridad, aseguramiento, compra y provisión de servicios sanitarios.

b.7) El uso preferente de los servicios sanitarios públicos en la provisión del servicio.

b.8) Respetar la autonomía organizativa y de gestión a las peculiaridades de los centros.

b.9) Implantar formas de gestión que permitan un adecuado aprovechamiento de los recursos del Sistema y una gestión global del modelo sanitario adoptado.

b.10) Aplicar los principios de descentralización, desconcentración, autonomía y responsabilidad en la gestión de los servicios.

b.11) Incrementar los niveles de cooperación y competencia regulada entre los centros, atendiendo a los principios de una gestión eficiente y eficaz de la organización sanitaria.

b.12) Suficiencia del marco de financiación del Sistema Sanitario de la Comunidad Autónoma con relación al catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

b.13) La distribución óptima de los medios y recursos económicos afectos a la financiación de los servicios y prestaciones sanitarias, basado en criterios de asignación y gestión eficaces y eficientes.

b.14) Participación y responsabilidad, tanto de la sociedad civil como de los profesionales sanitarios, en la formulación de la política sanitaria, en el control de su ejecución, así como, en las decisiones de organización, planificación y gestión de los recursos, en los términos previstos en las respectivas Leyes de Ordenación Sanitaria.

b.15) Evaluación continua de los componentes de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública del Sistema Sanitario, tanto de centros públicos como privados, aplicando criterios objetivos, homogéneos y de calidad, así como, promover su extensión y difusión al conjunto de los centros provisores de la respectiva Comunidad Autónoma.

b.16) Establecer sistemas de control y evaluación mediante la articulación e implantación de un sistema de auditoria, interna y externa, orientados a la promoción de la calidad, eficacia y eficiencia de los servicios y recursos sanitarios del conjunto del Sistema.

b.17) Creación e instauración de los sistemas de información necesarios para facilitar el ejercicio adecuado de los distintos niveles de responsabilidad en el Sistema Sanitario de la respectiva Comunidad Autónoma.

b.18) Promover e impulsar la cooperación, coordinación y comparación entre el Sistema Sanitario de una determinada Comunidad y las Administraciones Sanitarias del resto de Comunidades Autónomas, así como, con la Administración General del Estado competente en materia de Salud.

Si bien es cierto que en la mayoría de las Leyes de Ordenación Sanitaria autonómicas, las directrices en materia de ordenación sanitaria de su respectivo Sistema Sanitario se deben ajustar a los Principios Rectores citados, observamos que estos últimos están inspirados, de una parte, en el conjunto de principios de funcionamiento del Sector Público en general y de los paradigmas de la Nueva Gestión Pública en particular y, de

otra, en un conjunto de principios específicos a las características del sector sanitario, tal y como se observa en el cuadro nº X.

Principios de funcionamiento adoptados del *Sector Público en general*
b.10), b.11), b.13), b.16)
Principios de funcionamiento adoptados de la *Nueva Gestión Pública*
b.6), b.9), b.11), b.17)
Principios de funcionamiento *específicos a las características del Sector*
b.15), b.17), b.18)

De este conjunto de principios destacamos las siguientes consideraciones.

- Continúa primando la descentralización en la gestión del servicio, es decir, si ya ésta se había dado a nivel general en el Sector, en la que hubo un mayor predominio de la descentralización territorial, tal y como vimos en el primer Capítulo, apreciamos que este nivel de descentralización se acentúa a nivel autonómico y con carácter funcional, en la que ha primado la separación de funciones.

- Se ha querido llevar a cabo la regulación explícita de los Principios Rectores señalados previamente, lo cual ha constituido una novedad, ya que esta disposición no había sido realizada con anterioridad en la legislación autonómica dictada hasta la fecha.

- Se intenta desarrollar una organización integrada de cada Sistema Sanitario, sin que ello perjudique la implantación efectiva del principio de separación de las funciones, al objeto de poder trasladar la responsabilidad, no tan sólo al nivel de la provisión del servicio como epicentro del Sistema, sino también al resto de las funciones señaladas.

- Se proponen modelos sanitarios abiertos y flexibles, de ahí que se apueste por la diversidad de fórmulas posibles de gestión y administración de los servicios, siempre que sean adecuados al carácter prestacional de la Administración sanitaria.

- Se reitera en numerosas ocasiones sustituir la condición del ciudadano como paciente receptor del servicio, por la de titular del derecho no contributivo y usuario del Sistema situándolo como epicentro del mismo.

En definitiva, mediante la aplicación de este conjunto de principios y de los modelos sanitarios definidos en las distintas Leyes de Salud autonómicas, se está optando por constituir un modelo organizativo general y amplio, bajo una concepción integrada del

Sistema Sanitario de la respectiva Comunidad Autónoma inspirado en los principios fundamentales del Sistema Nacional de Salud relativos, entre otros, al aseguramiento único, equidad, universalidad y financiación pública. Sin embargo, de igual forma se hace especial incidencia en llevar a cabo una organización basada en los principios de descentralización, desconcentración, autonomía y responsabilidad en la gestión de los servicios donde quede establecida, principalmente, la separación de funciones en la Administración Sanitaria, y todo ello bajo los consabidos criterios de actuación que hacen referencia a la eficacia y eficiencia en la asignación de los recursos puestos a disposición del Sistema Sanitario.

c) *"Principio de diferenciación y separación de funciones"* del Sistema Sanitario de la Comunidad Autónoma

Teniendo como referencia al "Sistema Sanitario de una determinada CCAA", en todas las Leyes de Ordenación Sanitaria de las 17 CCAA se establece que para llevar a cabo una mejor gestión del Sistema en su conjunto será preciso implementar la separación de funciones, diferenciando, de una parte, las que hacen referencia a la "*autoridad sanitaria"* y, de otra parte, la relativa a la "*provisión"* del servicio.

Cuadro X. Estructura Funcional del Sistema Sanitario de la Comunidad Autónoma



Sin embargo, a pesar de que en todas las Comunidades Autónomas se hace explícita la necesidad de llevar a cabo la separación de las dos funciones anteriormente señaladas, observamos diferencias considerables en lo que a su implementación y concreción se refiere. En consecuencia, advertimos que estas discrepancias condicionarán de manera significativa la organización y estructura que finalmente va a adoptar el Sistema Sanitario de una determinada Comunidad Autónoma.

En relación a ello, ponemos de manifiesto que, por un lado, de las diez Comunidades Autónomas que recibieron en último término las transferencias, sólo Madrid adopta una estricta separación de funciones diferente a la dicotomía convencional, ya que efectúa una clara distinción entre las tres posibles funciones a implementar, éstas son, la función de aseguramiento, compra y provisión del servicio. Sin embargo, observamos que el resto de Comunidades no la establece en los mismos términos, en el sentido de que no hacen mención explícita a la función de compra, por lo que siguen, en

consecuencia, una diferenciación clásica y convencional entre las funciones de autoridad sanitaria y la relativa a la prestación del servicio.

Por otro lado, también consideramos conveniente indicar que de las siete Comunidades Autónomas que asumieron en primer lugar las competencias sanitarias y que, con posterioridad al vigente sistema de financiación, modificaron sus Leyes de Ordenación Sanitaria ante las nuevas necesidades de gestión, Galicia ha optado por llevar a cabo una diferenciación de funciones en los mismos términos que Madrid, es decir, haciendo referencia explícita también a la función de compra.

En consecuencia, a raíz de cuanto antecede, ponemos de relieve que la diferencia principal que existe entre las distintas Comunidades Autónomas en relación a la implementación de la separación de funciones radica en el establecimiento o no de la función de compra, lo cual, condicionará a su vez, la ordenación funcional definitiva del Sistema Sanitario en su conjunto.

Con motivo de ello, tras analizar las principales similitudes y diferencias relativas a la ordenación funcional de cada Sistema Sanitario regulado en las correspondientes Leyes de Ordenación Sanitaria de cada Comunidad Autónoma, observamos que se pueden configurar, principalmente, dos tipologías diferenciadas de modelos sanitarios atendiendo a que incluyan o no la función de compra. Ello condicionará no sólo a la estructura que adopte el Sistema Sanitario sino también a los diferentes órganos de gobierno y dirección que deben desempeñar las referidas funciones.

c.1) Ordenación funcional del Sistema Sanitario diferenciando las funciones de *aseguramiento, "compra" y provisión* de servicios sanitarios

Para este tipo de modelos se observa que las distintas Leyes de Ordenación Sanitaria, partiendo de una concepción integral de su respectivo Sistema Sanitario, consideran que para llevar a cabo una gestión eficiente de los servicios basada en los actuales principios de autonomía, descentralización y desconcentración, debe quedar plenamente establecida la separación de funciones en la Administración Sanitaria, diferenciando, de

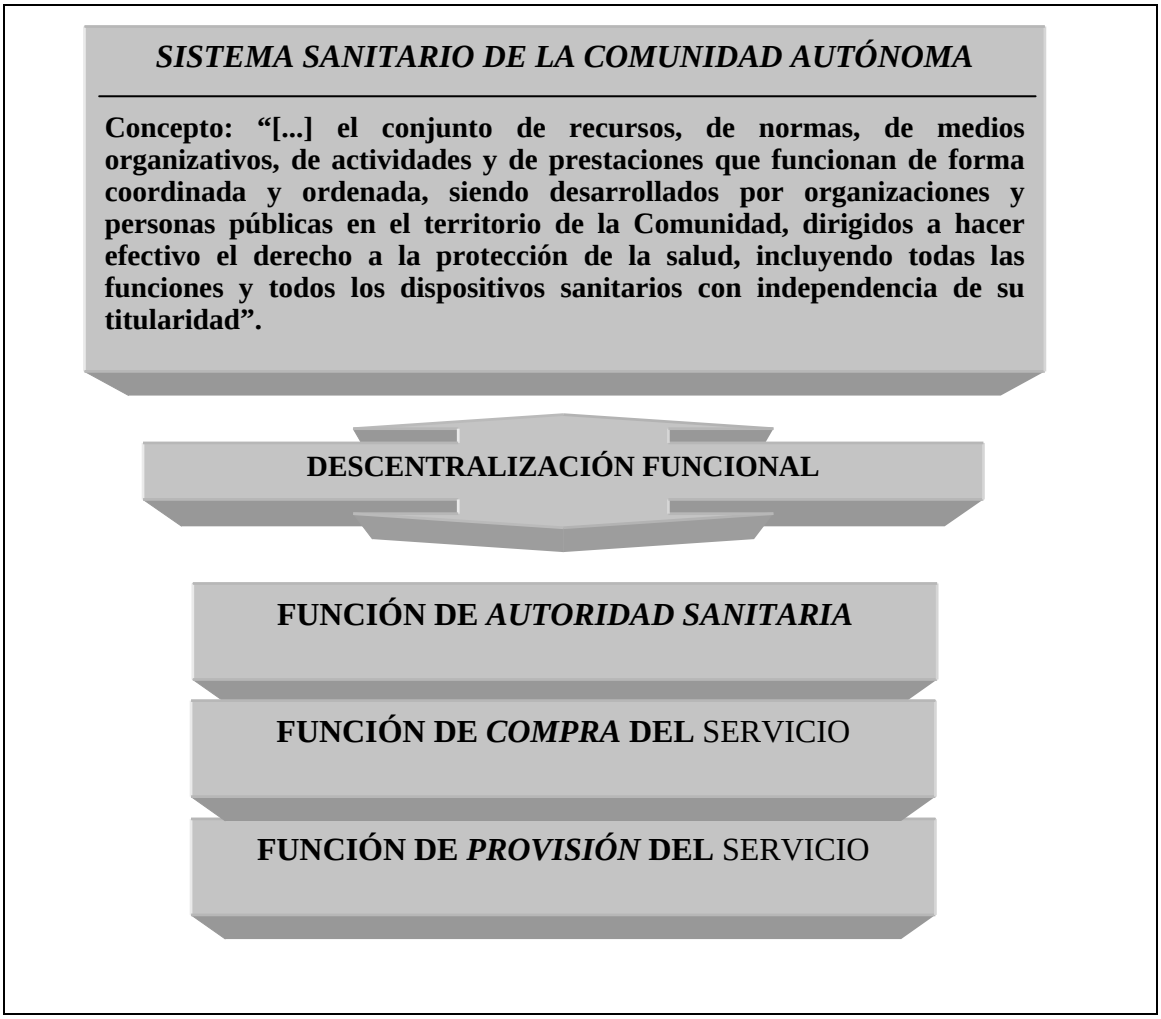
un lado, las funciones típicamente administrativas de las funciones estrictamente prestadoras del servicio asistencial.

Con motivo de ello, se hace especial incidencia en la necesaria separación de las funciones principales, éstas son, la función de aseguramiento, compra y provisión de los servicios pero quedando todas ellas integradas en el respectivo Sistema Sanitario de la Comunidad Autónoma. Se entiende que la discriminación de estas tres funciones favorece la incorporación de cierta competencia regulada en el Sistema Sanitario conduciendo a mejoras en su calidad y eficiencia.

Evidentemente, la separación de estas tres funciones exige, a su vez, que en la Legislación se determinen los órganos concretos que han de asumirlas dentro de la organización sanitaria, así como, los mecanismos de relación entre cada uno de ellos en el Sistema Sanitario de la respectiva Comunidad Autónoma.

En este sentido, se observa que con carácter general la función de *aseguramiento* le corresponde a la *Autoridad Sanitaria*, la función de *compra* de servicios, que en realidad la identifican con la *distribución del presupuesto sanitario*, se le atribuye al respectivo *Servicio de Salud* y, por lo que respecta a la función de *provisión del servicio* le corresponde a la denominada *Red Sanitaria Única de Utilización Pública*, la cual quedará integrada, generalmente, por todos los servicios asistenciales financiados públicamente, por lo que, en consecuencia, incluye todos los centros de provisión públicos, así como, los centros concertados de titularidad pública y privada. Esta ordenación funcional del Sistema Sanitario descrita la representamos esquemáticamente en el cuadro nº X de la siguiente forma.

Cuadro X. Estructura Funcional del *Sistema Sanitario de la Comunidad Autónoma*



- Función de "*aseguramiento"*

En lo referente a la función de *aseguramiento* que le corresponde desempeñar a la *Autoridad Sanitaria*, generalmente se pone de relieve que las competencias relativas al ejercicio de la misma las ejerce la *Consejería de Sanidad* de la respectiva Comunidad Autónoma.

- Función de "*compra"*

Tal y como indicamos con anterioridad, la diferencia principal que existe entre las distintas Comunidades Autónomas en relación a la implementación de la separación de funciones, viene dada por el establecimiento o no de la función de compra, lo cual, condicionará la ordenación funcional de su respectivo Sistema Sanitario.

Es por ello que, tanto en la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid como en la de Galicia, se indica explícitamente que la función de compra implantada en sus respectivos Sistemas Sanitarios adquiere un desarrollo singular con importantes innovaciones en relación a los modelos sanitarios de otras Comunidades Autónomas. Debido a esta singularidad y a la importancia de su contenido, en las citadas legislaciones se dedica un extenso Título vinculado exclusivamente a esta función dándole contenido a su definición y a los instrumentos necesarios para llevar a cabo su desarrollo.

Al objeto de poner de manifiesto aquellos aspectos que consideramos fundamentales para el estudio de esta función, tomaremos de referencia lo que regulan a este respecto las citadas disposiciones.

Tal y como hicimos referencia previamente al describir la organización funcional de este tipo de modelos sanitarios que incorporan explícitamente la función de compra, se indicó que será el Servicio de Salud creado en la correspondiente Comunidad Autónoma el órgano al que se le atribuye la función de compra de los servicios sanitarios para el conjunto del Sistema. En consecuencia, en el respectivo Servicio de Salud quedarán integrados todos los recursos presupuestarios públicos destinados a la financiación de la asistencia sanitaria de toda la Comunidad Autónoma.

Con carácter general, el Servicio de Salud se constituye como una entidad de derecho público dotada de personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar para el cumplimiento de sus fines. Así mismo, suele estar adscrito a la Consejería de Sanidad de la respectiva Comunidad Autónoma.

En el desarrollo de las funciones que le son encomendadas, el Servicio de Salud generalmente lleva a cabo dos actividades completamente diferenciadas. De una parte, la denominada actividad de *"función de compra o asignación presupuestaria"* de servicios sanitarios a la Red Sanitaria Única de Utilización Pública y, de otra parte, la actividad "*asistencial* o de *provisión"* de servicios sanitarios.

a) Actividad de "*asignación presupuestaria o función de compra"* de servicios sanitarios

En lo referente a esta función, el Servicio de Salud es responsable de ejercer la función de compra de servicios sanitarios, entendiéndose en realidad como tal, la adecuada asignación de los recursos presupuestarios afectos a la asistencia sanitaria en la Comunidad Autónoma conforme a las directrices, prioridades y criterios generales de planificación sanitaria que haya determinado, previamente, la Consejería de Sanidad.

El ejercicio de esta función se realiza basándose en la población protegida a la que hay que prestar asistencia sanitaria. Para el caso concreto de la Comunidad Autónoma de Madrid, en lo referente a la previsión, seguimiento y evaluación de los servicios sanitarios, el Servicio de Salud contará con un Plan de Servicios a cuatro años, anualmente actualizado antes del 31 de diciembre, y elaborado conforme a los indicadores y resultados emanados de su gestión y de acuerdo con el Informe del Estado de Salud de la población de la Comunidad Autónoma que anualmente elabora la Consejería de Sanidad.

Para la correcta distribución de los recursos económicos, financieros y presupuestarios el Servicio de Salud debe elaborar antes del día 30 de junio de cada año en curso, y en atención a lo dispuesto en el Plan de Servicios, el Programa de Asignación por Objetivos Sanitarios del año siguiente, disponiendo para ello de toda la información que le resulte necesaria.

El Programa de Asignación por Objetivos Sanitarios establece los objetivos generales y específicos, en términos de salud, determina las actividades a desarrollar para alcanzar dichos objetivos, define los Contratos Sanitarios con los proveedores de la Red

Sanitaria Única de Utilización Pública y establece en ellos las condiciones de los mismos.

Tal y como acabamos de observar, para que el Servicio de Salud pueda llevar a cabo la función de compra es necesario que intervenga un instrumento que establezca la relación entre el comprador y el proveedor de los servicios, este es, el denominado "*Contrato Sanitario"*.

Para el ámbito específico de esta legislación el "*Contrato Sanitario"* se constituye como una de las variables esenciales para llevar a cabo la separación entre comprador y proveedores, definiéndolo explícitamente como "[...] *el instrumento jurídico de compra de servicios mediante el cual se articulan de manera directa las relaciones entre el Servicio de Salud y la Red Sanitaria Única de Utilización Pública* [...] *y son a su vez las herramientas que le facultan para su asignación presupuestaria, de control y seguimiento* [...] *"*.

Así mismo, a este tipo de contrato se le otorga la naturaleza jurídica de contrato o convenio de *carácter especial*, cuya tramitación está en función de la naturaleza y titularidad, pública o privada, del proveedor. El *Contrato Sanitario* será suscrito, de una parte, por quién ostente la competencia del Servicio de Salud como comprador y, de otra parte, por los agentes responsables de la provisión como proveedores.

Así pues, se observa que al incorporarse la función de compra, necesariamente tienen que tratarse otro tipo de instrumentos, entre ellos, el *Contrato Sanitario*. Además, en este caso concreto se le ha otorgado una naturaleza especial con motivo de sus propias peculiaridades, ya no sólo debido a lo que su introducción representa dentro del Sistema Sanitario en sí mismo, sino porque sus características también variarán en función de la titularidad del proveedor, sea público o privado. En consecuencia, para la determinación final del *Contrato Sanitario* entran en juego las distintas naturalezas jurídicas de los proveedores del servicio.

b) Actividad *asistencial* o de *provisión* de servicios sanitarios

Esta actividad se corresponde con la función de la provisión de los servicios sanitarios propiamente dicha. Es decir, comprende la función asistencial directa de los centros sanitarios del respectivo Servicio de Salud, así como, la función relativa a la coordinación asistencial.

Para la realización de esta función en concreto, se establece que en la medida de lo posible, y siempre bajo criterios de eficacia, eficiencia y calidad, el desarrollo de las actividades asistenciales se llevará a cabo por entidades de derecho con personalidad jurídica propia creadas según lo estipulado en la normativa vigente.

Pudiera resultar contradictorio que el mismo Servicio de Salud lleve a cabo las dos actividades cuando se aboga por la separación de funciones, pero por ello, y en este caso concreto, se establece lo siguiente:

"[...]Para la correcta organización y determinación de responsabilidades, el Servicio de Salud, establecerá una diferenciación funcional u orgánica. Se destaca como novedad, la voluntad de separar las funciones de la prestación de servicios de los centros sanitarios de las funciones de asignación presupuestaria vinculada a objetivos de salud, así como el control y la evaluación de los mismos. El Servicio Madrileño de Salud recoge todas las funciones, centros y servicios del extinto Servicio Regional de Salud de la Comunidad de Madrid, lo que significa que su dispositivo de provisión pasa a depender del Servicio Madrileño de Salud.

En este orden de cosas, el Servicio Madrileño de Salud se vincula al dispositivo de titularidad pública de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública de dos formas distintas y que confluyen a la vez. Por una parte, lo hace funcionalmente con el Instituto Madrileño de la Salud, creado por esta Ley, a través de los instrumentos de compra de servicios sanitarios, que son a su vez las herramientas que le facultan para su asignación presupuestaria, control y seguimiento, y por otra parte, con su propio dispositivo asistencial lo hace de forma directa a través de los instrumentos de compra antes mencionados".

- Función de "p*rovisión"*

Con independencia del modelo sanitario diseñado específicamente por cada Comunidad Autónoma en sus respectivas Leyes de Ordenación Sanitaria, y teniendo siempre presente como mínimo la estructura marco establecida como referencia en la LGS, con carácter general, la función de provisión se identifica estrictamente con la prestación asistencial directa del servicio a la población.

En definitiva, se trata de la última, y no por ello menos importante, de las funciones que, junto a las de aseguramiento y compra se pueden diferenciar en el Sistema Sanitario de una determinada Comunidad Autónoma, al objeto de contribuir, de entre otros, como un método adicional a la mejora continua del Sistema considerado en su conjunto.

Como sucedía para las restantes funciones enumeradas, la separación de las mismas implica necesariamente definir dentro de la organización sanitaria qué órganos han de asumirla. En relación a ello, generalmente el desempeño de la función de provisión de servicios sanitarios corresponde a la denominada *Red Sanitaria Única de Utilización Pública*, la cual está constituida por todos los servicios asistenciales financiados públicamente en los que se incluyen, de una parte, los centros de provisión públicos dependientes de la respectiva Comunidad Autónoma y, de otra parte, los centros de titularidad privada que, con independencia de la forma jurídica adoptada y en disposición de la previa acreditación requerida, han sido concertados para que presten sus servicios sanitarios al Sistema Público.

Por lo tanto, mediante la ordenación de la prestación de los servicios asistenciales descrita se posibilita la colaboración e integración del sector privado en una Red Sanitaria Única de Utilización Pública, pretendiéndose de esta forma que el conjunto de centros que van a ejercer el papel de proveedores del Sistema se rijan por normas comunes de calidad y acreditación al objeto de alcanzar una óptima ordenación sanitaria que permita la adecuada coordinación y complementariedad de servicios, homogeneización de prestaciones, así como, la tan deseada eficaz y eficiente

distribución y utilización del conjunto de recursos económicos, humanos y materiales que permitan el acceso y disfrute de los mismos al conjunto de ciudadanos.

Sin embargo, resulta evidente que la relevancia que puede alcanzar la participación de las respectivas organizaciones sanitarias privadas en concurrencia con aquellas de titularidad pública en la prestación de los servicios asistenciales depende, en gran medida, del volumen de dispositivos que, de naturaleza privada, tiene una determinada Comunidad Autónoma.

Por lo que respecta a los diversos centros y establecimientos que desempeñan como finalidad principal la prestación directa de los servicios asistenciales, actividad principal de la función de provisión que estamos tratando, generalmente se pueden configurar como instituciones sanitarias sin personalidad jurídica propia y, por lo tanto, como entidades sanitarias dependientes, o bien como organizaciones dotadas de personalidad jurídica propia, las cuales, en este último caso, tienen la posibilidad de adoptar cualquiera de las figuras organizativas previstas en el ordenamiento jurídico.

Generalmente, la adopción de esta última propuesta, tan aceptada como rechazada por distintos grupos de interés en la actualidad, se pretende efectuar con el propósito de dotar a los centros de la suficiente autonomía tanto económica, financiera y de gestión que requieren para llevar a cabo su actividad en un entorno, en el cual, queden perfectamente delimitadas las responsabilidades asignadas a los principales y diferentes órganos de decisión de los respectivos centros sanitarios y, que permitan a su vez, el establecimiento de un adecuado control y evaluación de los parámetros más significativos vinculados al desempeño de la actividad asistencial.

c.2) Ordenación funcional del Sistema Sanitario diferenciando las funciones de *aseguramiento y provisión* de servicios sanitarios

Cuadro X. Estructura Funcional del Sistema Sanitario de la Comunidad Autónoma



En el resto de Comunidades Autónomas, aunque en sus respectivas Leyes de Ordenación Sanitaria se incorpore el principio de separación de funciones, no lo hacen en los mismos términos que Madrid, en el aspecto de que no incluyen la función de compra y, tampoco como instrumento el contrato sanitario, siguiendo, en consecuencia, una estructura funcional más clásica y convencional.

Es por ello, que en las Leyes de Ordenación Sanitaria de estas Comunidades, generalmente se indique lo siguiente: "[...] se otorga una nueva estructuración del Sistema Sanitario de la Comunidad Autónoma, con separación de la autoridad sanitaria y la provisión de servicios, reservándose la primera a la Consejería responsable en materia sanitaria, y la segunda al Servicio de Salud, como ente responsable de la gestión y prestación de la asistencia sanitaria y de los servicios públicos que lo integran".

Por lo tanto, la diferencia fundamental reside en que, en el momento de realizar la ordenación funcional del Sistema Sanitario de una determinada Comunidad Autónoma, además de diferenciar las funciones de *autoridad y provisión* de los servicios, tener en consideración si en esta última función se le atribuye al Servicio Regional de Salud la función exclusiva de compra o distribución del presupuesto o, la prestación del servicio.

d) *"Órganos de gobierno, dirección y participación"* del Sistema Sanitario de la Comunidad Autónoma

La separación de funciones que establecen las Leyes de Ordenación Sanitaria, así como, la aplicación efectiva de los principios de descentralización, desconcentración, autonomía y diferenciación de responsabilidades para la gestión de los servicios, exige definir dentro de la organización sanitaria qué "*órganos*" han de asumirlas y cuáles son los "*mecanismos de relación*" entre cada uno de ellos dentro del Sistema Sanitario de la respectiva Comunidad Autónoma. Exponemos a continuación una aproximación general en torno a los mismos, sin especificar las competencias asignadas a los diversos órganos y niveles de gestión individualmente considerados.

Para los modelos sanitarios tipo Madrid, Galicia, figuran básicamente los siguientes órganos de gobierno:

- A nivel **Macro**: ya que les interesa la <u>imagen del Sistema Sanitario de la CCAA</u>

  Consejo de Gobierno

  Consejería de Sanidad

  Consejo de Salud de la Comunidad Autónoma

A nivel **Meso**: si lo identificamos con el Servicio Regional de Salud tendríamos los siguientes órganos de gobierno

Órganos de gobierno: Consejo de administración

Órgano de Dirección: Director General del Servicio de Salud

Órganos de Participación: Consejos de Salud de las Áreas

- A nivel **Micro:** al identificarlo con la Red Sanitaria única de utilización Pública (conjunto de centros, públicos y privados con diferentes personalidades jurídicas) A veces se crea un órgano específico como el Instituto Madrileño

  Órganos de gobierno y dirección de los hospitales

Para los modelos sanitarios más clásicos, aunque con diferenciación de funciones, **distintos** al tipo Madrid, Galicia, figuran básicamente los siguientes (aunque no coinciden todos para los distintos SRS):

- A nivel **Macro**: ya que les interesa la imagen del Sistema Sanitario de la CCAA

  Consejo de Gobierno

  Consejería de Sanidad

  Consejo de Salud de la Comunidad Autónoma

- A nivel **Meso**: si lo identificamos con el Servicio Regional de Salud tendríamos los órganos de gobierno del mismo

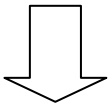
Órganos de gobierno: Consejo de administración

Órgano de Dirección: Director General del Servicio de Salud

Órganos de Participación: Consejos de Salud de las Áreas

Gerentes de centros y demás órganos que se determinen reglamentariamente.

EN DEFINITIVA, EN TODAS LAS 17 CCAA SE DA:



EL CONCEPTO DE "SISTEMA SANITARIO DE LA CCAA"

INSPIRADO EN UNOS PRINCIPIOS RECTORES

SEPARACIÓN DE FUNCIONES EN EL CONJUNTO DEL SISTEMA SANITA.

UTILIZACIÓN DE LAS DISTINTAS MODALIDADES DE GESTIÓN AL NIVEL DE LA PROVISIÓN DEL SISTEMA

A LA VEZ SE PRETENDE UN MODELO INTEGRAL

(Se da mucha importancia a los sistemas de información integrados)

Tras analizar el conjunto de Leyes de Ordenación Sanitaria aprobadas en cada Comunidad Autónoma, entre otros aspectos, hemos realizado un diagnóstico de la situación actual de la estructura funcional que pueden adoptar los Sistemas Sanitarios autonómicos que integran el Sistema Nacional de Salud español.

Tal y como se indicó anteriormente, en estas nuevas Leyes de Ordenación Sanitaria se reconoce de forma explícita que se ha querido llevar a cabo una regulación novedosa, a pesar de encontrarse dentro de las pautas generales establecidas con anterioridad a los dos hechos mencionados. Así pues, se afirma que este marco normativo no tiene precedentes en la legislación sanitaria autonómica dictada hasta la fecha, la cual constituye e introduce innovaciones y aportaciones a la construcción del escenario actual en el que se inscribe el Sistema Nacional de Salud, una vez transferidos los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social a todas las Comunidades Autónomas.

Es por ello, que mediante la incorporación de las diversas leyes autonómicas se pretenden alcanzar resultados satisfactorios con el objetivo de conseguir una gestión más eficiente de los recursos públicos y un mayor grado de eficacia, y calidad en la prestación de los servicios de titularidad pública.

Existe la convicción de que no puede haber gestión adecuada de los recursos sanitarios públicos sin que previamente se hayan identificado las principales necesidades sanitarias de la población, siendo necesario, en consecuencia, la implantación de un modelo que incorpore las líneas directrices de la política sanitaria de la respectiva Comunidad Autónoma, así como, la configuración de instrumentos de planificación, dirección y gestión del respectivo Sistema Sanitario autonómico.

A nuestro juicio, se ha optado decididamente por una puesta en práctica de los principales planteamientos de la Nueva Gestión Pública. En esta línea, consideramos que prevalece una medida integral, la separación de funciones, ya que entendemos que es una propuesta de reforma global que abarca a todos los niveles de gestión del Sistema Sanitario de la Comunidad Autónoma en su conjunto. En consecuencia, de esta

forma se observa la intención de trasladar riesgo a todos los responsables de la ejecución presupuestaria, con independencia del nivel de decisión vinculante a la respectiva Comunidad Autónoma. De otra parte, también se ponen de relieve propuestas de reforma parciales, entre ellas, adoptar en el nivel de la microgestión o provisión del Sistema, cualquier tipología de las formas de gestión de servicios públicos amparadas en nuestro ordenamiento legal, lo cual implica disponer de un amplio margen de autonomía para llevar a cabo una importante descentralización en la gestión de estos servicios. Esta medida será abordada en profundidad en el siguiente capítulo desde una perspectiva jurídica.

CAPÍTULO 3

LAS FÓRMULAS DE GESTIÓN DIRECTA PARA LA PROVISIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS EN EL SISTEMA SANITARIO AUTONÓMICO

En los capítulos precedentes hemos estudiado, desde una perspectiva general, el Sistema Sanitario público español señalando, entre otros aspectos, la evolución que ha experimentado y las principales características que lo configuran. Así mismo, también se ha analizado la dirección que ha retomado el ámbito de la gestión de los servicios sanitarios en nuestro país, haciendo especial incidencia en los procesos de reforma, globales y parciales, que en la actualidad se encuentran en curso en las distintas *CCAA* con el propósito de poner de relieve, principalmente, las nuevas necesidades de gestión a las que se enfrenta la realidad sanitaria específica de cada Administración Autonómica, así como, poner de manifiesto la estructura funcional que pueden adoptar los Sistemas Sanitarios autonómicos que integran el Sistema Nacional de Salud español.

A partir de este punto de nuestro trabajo, y sobre la base de lo antedicho, en el presente capítulo nos centraremos en una de las propuestas parciales de reforma que se incluyen en el nivel de la microgestión o provisión del Sistema Sanitario de una determinada

Comunidad Autónoma, por cuanto la misma adquiere en el contexto de nuestro estudio una importancia significativa.

Es cierto que en el capítulo anterior ya hicimos un esbozo en torno a la citada alternativa relativos a la finalidad específica que se pretende alcanzar a través de su implantación, así como, en relación a otros aspectos vinculados con su marco de regulación, experiencias relativas a su constitución y la propuesta de un inventario teórico de las posibles formas jurídicas que puede adoptar la provisión pública de estos servicios en el Sistema Sanitario de una determinada Comunidad Autónoma.

En lo referente a este último aspecto, se puso de manifiesto que al objeto de ofrecer una visión y descripción básica de las diversas formas de organizar, desde un punto de vista jurídico, a las organizaciones provisoras de servicios sanitarios públicos en nuestro país, tomaríamos como punto de referencia, entre otros, los resultados obtenidos del análisis normativo efectuado por Gómez (2000,) debido a la inexistencia en nuestro Derecho de una clasificación tasada y completa de estos modelos organizativos.

En base a ello, el criterio más extendido que se utiliza para clasificar las modalidades de prestación de servicios públicos, lo constituye el *riesgo económico,* bajo el cual se pueden distinguir las siguientes tipologías de gestión: la gestión *directa*, *indirecta* y *mixta*.

De entre las mismas, en el presente capítulo nos centraremos exclusivamente en la modalidad de *gestión directa,* entendiéndose como tal aquellos supuestos en que *la Administración presta con sus propios medios el servicio de que se trata, asumiendo el coste económico de la prestación*

Extrapolando la referida concepción de gestión directa al ámbito sanitario público español, la provisión de los servicios sanitarios se puede efectuar mediante la constitución de diversas formas jurídicas, entre las cuales, según Gómez (2000: 76) se deben diferenciar “los modelos clásicos de la teoría jurídica, de aquellos modelos que

recientemente se están incorporando a la práctica organizativa del sistema sanitario público o de otras ramas del intervencionismo administrativo".

En relación a los *modelos clásicos o tradicionales* de gestión directa, quedarían integradas las siguientes formas jurídicas:

- Formas sin personalidad jurídica propia.
- Organismos Públicos incluidos en la *LOFAGE* vigentes en el ámbito de la Administración General.
    - Organismos autónomos.
    - Entidades públicas empresariales.
- Organismos autónomos de carácter administrativo vigentes en el ámbito autonómico.
- Organismos autónomos de carácter comercial, industrial, financiero o análogo, vigentes en el ámbito autonómico.
- Entes de Derecho Público vigentes en el ámbito autonómico.
- La sociedad mercantil de titularidad mayoritariamente pública.

En lo que a los *nuevos modelos* de gestión directa se refiere, los que se adaptan en mayor medida a este sector lo conforman las siguientes formas de organización:

- El consorcio.
- La fundación privada creada por entidad pública.
- La fundación pública sanitaria.

Sin embargo, tal y como señala el referido autor, la relación de formas jurídicas planteada para efectuar la gestión directa de la provisión de servicios sanitarios cabría entenderlo en un marco puramente teórico, legalista y jurídico, ya que en la realidad no parecen ser tan nítidas las fronteras entre los referidos modelos, afirmando que "[...]este hecho debe ser considerado a la hora de analizar y evaluar una determinada

organización de prestación pública de servicios sanitarios, pues su régimen jurídico, y con él una parte importante de sus potencialidades y estilos de gestión, estará condicionado por la naturaleza jurídica real que subyace al ropaje formal de la organización". En definitiva, cómo la realidad práctica se sitúa muy por delante de la regulación jurídica que las ampara.

Planteada la relación de posibles modalidades organizativas de gestión directa que, en torno a los servicios sanitarios públicos se puede efectuar en nuestro país a nivel autonómico, seguidamente se llevará a cabo el análisis individual de cada fórmula jurídica en los aspectos vinculados con su organización, gestión de recursos humanos, materiales, económicos, régimen presupuestario, de contabilidad, así como, de control interno de la gestión económico-financiera, por cuanto los mismos nos proporcionan una composición jurídica de la microgestión del Sistema Sanitario en una determinada Comunidad Autónoma.

Consideraciones previas

Antes de proceder al estudio individualizado de las distintas modalidades de gestión para la provisión de los servicios sanitarios públicos señalada en la introducción del presente capítulo, a nuestro juicio, entendemos que resulta conveniente tener en consideración con anterioridad, las premisas que planteamos a continuación.

En la relación de las formas jurídicas que hemos enumerado para ser abordadas desde un enfoque eminentemente jurídico, se han incluido tanto los modelos de gestión vigentes para el ámbito de la Administración General del Estado como aquellos vigentes para el ámbito autonómico. Ello porque, si bien es cierto que nuestro objeto de estudio se centra en este último, desde sus orígenes la mayoría de las Comunidades Autónomas para gestionar los servicios que sucesivamente les han sido transferidos, adaptaron su organización y funcionamiento a la existente en la Administración Central, a pesar de las competencias exclusivas que en esta materia les corresponde.

De esta forma, la modalidad jurídico-organizativa que pueden adoptar los centros provisores de servicios sanitarios públicos en cada Comunidad Autónoma de nuestro país, se ajustará a todas las posibles variantes organizativas admitidas en nuestro ordenamiento jurídico, siempre y cuando se cumplan los dos únicos requisitos que impuso la ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud: por un lado, mantener el carácter de servicio público de la asistencia y, por otro, que las formas jurídicas de provisión han de ser de naturaleza o titularidad pública.

Es por ello que resulta una tipología potencial de modalidades jurídico-organizativa amplia y variada, por cuanto concurren las diferentes opciones de modelos constituidos actualmente, así como, aquellos que se puedan crear en el futuro sujetos a la actual normativa en los dos niveles de la organización territorial del Estado ya citados previamente.

Fruto de tal fenomenología organizacional surge, a su vez, un extenso marco de regulación normativo, el cual advertimos que en ocasiones resulta ser genérico a todas las modalidades enumeradas y, en otros, específico al adaptarse a la realidad y contexto de cada una de ellas.

Así pues, describir el régimen jurídico por el que se rige cada modelo individualmente considerado no está exento de dificultades, ya que ni la legislación estatal ni la autonómica tienen que ser coincidentes. De esta forma, en la Administración General del Estado se encuentran reguladas mayoritariamente por los preceptos contenidos en la LOFAGE, mientras que en el ámbito autonómico se regulan por las disposiciones de organización general de cada Administración Autonómica.

De esta forma, la LOFAGE delimita explícitamente que su ámbito de aplicación se limita a la Administración Institucional del Estado, por lo que ni las categorías ni los preceptos que las regulan, en principio, son de aplicación directa a la Administración Institucional de las respectivas Comunidades Autónomas. Así pues, por lo que respecta a estas últimas, podemos encontrarnos ante las dos situaciones siguientes:

En primer lugar, que en sus respectivos estatutos de autonomía se contemple la posibilidad de desarrollar normativamente su propia tipología y regulación de las formas jurídicas que determinaran específicamente su Administración Institucional. En este caso, no resultan aplicables los preceptos contenidos en la LOFAGE.

En segundo lugar, aquellas Comunidades Autónomas que no tengan reconocidos en sus estatutos de autonomía tal competencia sobre la materia, o algunas que, aún teniéndola reconocida, no hayan aprobado aún la normativa que defina las formas jurídicas y regulación de su propia Administración Institucional. En este caso, en virtud de lo dispuesto en el artículo 149.3 de la Constitución "*el derecho estatal será, en todo caso, supletorio del Derecho de las Comunidades Autónomas*" se aplicaran, en consecuencia, las disposiciones contenidas en la LOFAGE.

Así pues, sobre la base de lo expuesto hasta el momento, se observa que en las CCAA coexisten modelos organizativos y disposiciones propias, con otras que resultan *heredadas* de la Administración General del Estado. De la misma forma, también se da el caso de que algunas formas jurídicas ya no existen en el ámbito estatal porque fueron derogadas por la LOFAGE, mientras que para el ámbito autonómico sí siguen aún vigentes, por cuanto dicha legislación no tiene competencias para derogar en este último ámbito territorial señalado.

Asimismo, de forma adicional a lo antedicho, recuérdese que el sector objeto de estudio también se encuentra sujeto a la regulación específica de las formas jurídicas provisoras de los servicios sanitarios en el ámbito de todo el Sistema sanitario español, así como, a su respectiva Ley de Ordenación Sanitaria, habiendo sido ya ambas regulaciones analizadas en el capítulo precedente.

En definitiva, se pone de manifiesto una normativa dispersa y variada la que regula el régimen, la organización y los criterios de funcionamiento del sector sanitario en una determinada Comunidad Autónoma.

Así mismo y de forma adicional a las consideraciones expuestas hasta el momento, tampoco debemos olvidar las exigencias que en materia de estabilidad presupuestaria impone la *Ley General de Estabilidad Presupuestaria*[1] a las Comunidades Autónomas, así como, a todos los entes que, con independencia de cual sea su naturaleza jurídica específica, dependan de las mismas.

Como sabemos, la regulación concreta aplicable en materia presupuestaria, contable y de control financiero a cada Comunidad Autónoma se recoge en su respectiva Ley de *Régimen Económico-Financiero*[2], en las cuáles, según Casado (2003, 694) se observa

[1] *Ley 18/2001, de 12 de diciembre, General de Estabilidad Presupuestaria*.
[2] También denominadas generalmente *Leyes de Hacienda, de Régimen económico y presupuestario, o de gestión económico y financiera*, etc. de las Comunidades Autónomas.

cierta homogeneidad porque toman como referencia, en la mayor parte de los casos, el antiguo *TRLGP*[3].

Es por ello que en el presente capítulo, cuando se describan las materias anteriormente señaladas para cada una de las modalidades individualmente consideradas, utilicemos como referencia, principalmente, la normativa estatal de regulación del funcionamiento financiero del sector público contenida en la vigente *Ley General Presupuestaria 47/2003, de 26 de noviembre*[4].

[3] Actualmente derogado por la *Ley 47/2003, de 26 de noviembre, General Presupuestaria*.

[4] Son diversas las razones que han motivado la conveniencia y oportunidad de esta nueva norma, entre ellas, en su propia exposición de motivos, se incluyen las siguientes:

- Que las Leyes de Estabilidad Presupuestaria hayan introducido explícitamente el equilibrio presupuestario en nuestro ordenamiento jurídico, tanto a nivel estatal como territorial. Así pues, la medida trasciende del ámbito del Estado y afecta de pleno a las Comunidades Autónomas y Corporaciones Locales, para hacer corresponsables de la estabilidad a todas las administraciones sin excepción.
- Resulta necesario descender a una esfera microeconómica para aplicar los principios rectores de la Ley de Estabilidad, éstos son, la plurianualidad, transparencia y eficiencia, a los distintos componentes del presupuesto, así como, continuar el camino iniciado por las Leyes de Estabilidad Presupuestaria a las que desarrolla en lo que concierne a una mayor racionalización del proceso presupuestario.
- Corregir la dispersión de la legislación presupuestaria que se ha producido tras la promulgación del texto refundido de la Ley General Presupuestaria de 1988.
- El enorme desarrollo del proceso de descentralización en España ha provocado que las Administraciones de las Comunidades Autónomas y de las Corporaciones Locales hayan asumido nuevas competencias cedidas desde la Administración estatal que han originado flujos financieros y formas de gestión compartida que han debido contemplarse y regularse en el nuevo texto legal.
- Etc.

3.1. Modelos *clásicos* de gestión directa

3.1.1. Formas sin personalidad diferenciada

Esta modalidad clásica de gestión directa de servicios incluye a aquellas Administraciones Territoriales que llevan a cabo la prestación del servicio público sin necesidad de crear una nueva persona jurídica.

Tradicionalmente, la utilización de esta fórmula de gestión ha estado justificada en la prestación de servicios cuyo contenido económico, así como, volumen de inversión requeridos son poco significativos, lo cual implica que puedan ser prestados directamente por el ente matriz.

En relación a su utilización en al ámbito que nos ocupa, es decir, en la prestación de servicios sanitarios, debe ponerse de manifiesto que tuvieron un protagonismo relevante mientras la Administración ostentó un carácter subsidiario durante el siglo XIX prestando servicios de beneficencia, así como, aquellos otros servicios sanitarios dependientes de las Corporaciones Locales, tales como, las casas de socorro, hospitales municipales y provinciales.

Sin embargo, aun cuando la integración de servicios planteada en la Ley General de Sanidad motivó que se redujese la utilización de estas formas sin personalidad jurídica diferenciada para la organización y gestión de los Servicios Regionales de Salud, posteriormente, mediante la aprobación del Real Decreto ley 10/1996, de 17 de junio, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Instituto Nacional de Salud, se volvió a reconsiderar como apta su creación. Es por ello que, en la exposición de motivos de la referida legislación se cita, entre las nuevas formas de gestión, “[...]las opciones derivadas de la utilización de otras formas de gestión sin interposición de personalidad jurídica.”

Sin embargo, todo ello queda en un mero intento por parte de la Administración, ya que, estas otras formas de gestión sin interposición de personalidad jurídica, finalmente no se incorporaron entre las disposiciones legales aprobadas con posterioridad. En estas últimas, se determina que la prestación de servicios sanitarios podrá llevarse a cabo, entre otros, mediante "[...] la constitución de consorcios, fundaciones u otros entes dotados de personalidad jurídica"

Sin embargo, nos parece oportuno poner de manifiesto la opinión que le merece a Gómez (2000:) la incorporación de esta modalidad de organización como alternativa de gestión a la constitución de la tan ansiada personalidad jurídica. A este respecto, tal y como indica el referido autor, "[...] estas modalidades de organización, cuya utilización había quedado reducida a casos residuales en beneficio de otras formas dotadas de personalidad jurídica, ha visto en los últimos años cómo empiezan a reconocerse los grandes puntos fuertes de una modalidad organizativa de gran simplicidad y perfectamente incardinada en la estructura de la Administración Pública. Con ello parece cuestionarse el mito de la personalidad jurídica como elemento indispensable para una gestión eficaz y eficiente."

Organización

En relación a la organización de las formas sin personalidad jurídica diferenciada se debe poner de relieve que, en cierta forma, se encuentra condicionada a la regulación específica que rige en la Administración Territorial a la cual se encuentran integradas.

En este sentido hay que diferenciar, por un lado, las modalidades sin personalidad jurídica diferenciada integradas en la organización de la Administración General del Estado y, por otro lado, aquellas otras que van a formar parte de la organización de una determinada Administración Autonómica. En el primer caso, su organización se regula conforme a las disposiciones contenidas en la LOFAGE y, en el segundo caso, por las disposiciones específicas de cada Comunidad Autónoma y, mas concretamente, en lo

referente a la organización de sus instituciones de autogobierno, todo ello, evidentemente, en función de los propios estatutos de autonomía.

Sin embargo, tanto para el primer caso como para el segundo, con motivo de su integración en la estructura organizativa de la Administración Pública a la que pertenecen, según Gómez (2000:) se organizan en su totalidad bajo fórmulas de Derecho público, pues son Administración Pública, y será el principio de jerarquía el que defina las relaciones ad intra de la organización.

En relación a ello, Entrena Cuesta (1994) indica que la jerarquía es la técnica más antigua empleada para reducir a la unidad la multiplicidad de órganos, definiéndola como "aquella especial estructuración que se efectúa de los distintos órganos de un mismo ramo de la Administración dotados de competencia propia, mediante su ordenación escalonada, en virtud de la cual los superiores podrán dirigir y fiscalizar la conducta de los inferiores, resolviendo, en su caso, los conflictos entre los mismos, al objeto de conseguir la unidad en la actuación de todos ellos".

Las características más relevantes que se derivan del citado principio y que están vinculadas a la organización de las formas sin personalidad jurídica diferenciada que estamos tratando, son las siguientes:

- El órgano subordinado no tiene fines propios ya que serán comunes para todos los órganos incluidos en la persona jurídica (ente), e incluyen tanto al órgano superior como al inferior.
- El órgano subordinado no goza de autonomía para la consecución de sus fines siendo el órgano superior el que dirige, impulsa y fiscaliza al inferior.
- El órgano superior dictará y fijará criterios para la ejecución de sus subordinados mediante, entre otros medios, instrucciones y ordenes de servicio.
- Habitualmente el órgano superior nombra y separa a los titulares de los órganos subordinados, cuando así esté previsto por la ley.

- El incumplimiento de las instrucciones u órdenes de servicio supone responsabilidad disciplinaria.
- Los actos emanados de los máximos responsables del órgano inferior y que sean recurribles, lo serán ante el órgano jerárquico superior.

Gestión de recursos

Recursos humanos

El personal que presta servicios en este tipo de organizaciones, generalmente se somete al régimen funcionarial o estatutario.

En aquellos casos en que las relaciones de puestos de trabajo o plantillas así lo establezcan, se admite la vinculación del personal en régimen de Derecho laboral y, por lo tanto, atendiendo a lo que establezca el contrato de trabajo, así como, el convenio colectivo.

Patrimonio

Salvo que las normas de creación establezcan otra cosa, los establecimientos o empresas sin personalidad jurídica no cuentan con patrimonio propio, sino que disponen, para la consecución de los fines atribuidos, de los bienes del ente al cual se integran.

Régimen de contratación

En relación al régimen de contratación de bienes y servicios están sujetos a la aplicación de la Ley 13/1995, de 18 de mayo, de Contratos de las Administraciones Públicas.

Régimen presupuestario

Generalmente suelen tener cierta autonomía financiera y, por lo tanto, deben someter su actuación al régimen presupuestario general regulado en la *Ley General Presupuestaria*,

en el Título II denominado "De los Presupuestos Generales del Estado" y, más concretamente, en los artículos 26 a 81, los cuáles tratan y se encuentran distribuidos de la siguiente forma:

Capítulo I: Principios y reglas de programación y de gestión presupuestaria.

Capítulo II: Programación presupuestaria y objetivo de estabilidad.

Capítulo III: Contenido, elaboración y estructura.

Capítulo IV: De los créditos y sus modificaciones.

Capítulo VI: De la gestión presupuestaria

Contabilidad

En relación a la formación y rendición de las cuentas de las organizaciones sin personalidad jurídica diferenciada, con independencia de que se haya adoptado un sistema de información contable descentralizado o centralizado por parte de la administración matriz, se deberá llevar a cabo atendiendo a los principios y normas de contabilidad recogidos en el vigente Plan General de Contabilidad Pública y en sus normas de desarrollo, según establece el Artículo 121 de la *Ley General Presupuestaria*.

En lo referente a las posibles normas de desarrollo del vigente Plan General de Contabilidad Pública, en lo que a nuestro ámbito de estudio se refiere, debe ponerse de manifiesto que la Intervención General de la Seguridad Social, como centro directivo de Contabilidad del Sistema, decidió, con motivo de las características específicas de la actividad que desarrolla el mismo, llevar a cabo la adaptación contable del vigente plan, por lo que, mediante Resolución de 16 de Octubre de 1997 de la Intervención General del Estado se aprobó la Adaptación del Plan General de Contabilidad Pública a las Entidades Gestoras y Servicios Comunes de la Seguridad Social, siendo, por lo tanto, un referente de aplicación a la actividad de las organizaciones a las que estamos haciendo referencia, en lo que al ámbito público se refiere.

De otra parte, en el Artículo 122. *Principios contables públicos*, se enumera de forma adicional una relación de principios contables que deben ser aplicados, exclusivamente y de forma obligatoria, por las entidades que integran el Sector Público Administrativo y, en consecuencia, aplicar los principios y normas establecidas en el Plan General de Contabilidad Pública.

Control interno de la gestión económico-financiera

Tal y como se hizo referencia anteriormente en relación a la organización de las entidades objeto de estudio, al figurar integradas en la estructura organizativa del Ministerio, Consejería o Departamento de Sanidad de un determinado Gobierno, en el ejercicio de las competencias que le han sido asignadas, la realización de su actividad está sujeta a las directrices, supervisión y control de la correspondiente Administración matriz, ya que, en definitiva, es esta última la titular y responsable de las competencias, en este caso, en materia sanitaria.

Derivado de ello, en las leyes de creación de las citadas organizaciones, se hace referencia a los diversos controles de eficacia y eficiencia ejercidos por parte de la correspondiente Administración matriz.

3.1.2. Organismos Públicos incluidos en la *LOFAGE*

Previamente, en el epígrafe dedicado al estudio de la descentralización de los servicios sanitarios, se hizo referencia que a comienzos del siglo XX en nuestro país, se inició un fuerte proceso de descentralización de carácter funcional o por servicios en la Administración.

Recuérdese que, de entre las razones más argumentadas y relevantes que motivaron el citado proceso descentralizador se pueden señalar, con carácter general, la dimensión alcanzada por la Administración, la necesidad de acercar la Administración al

administrado, estimular liberalidades procedentes de la iniciativa privada y, como algunos autores señalan se busca, fundamentalmente, la salida del Derecho general que regula a la Administración hacia un Derecho especial, con el pretexto de prestar un mejor servicio y conseguir de esta forma autonomía financiera y de caja, consecuencia implícita a la atribución de personalidad jurídica propia.

El resultado de este dilatado proceso descentralizador desencadenó la constitución de numerosos Organismos autónomos de carácter administrativo dotados con personalidad jurídica propia.

Fruto de la autonomía de la que gozaban, en principio, estos organismos, su contrapartida se tradujo en la gran dificultad por parte del Estado para efectuar el control y la dirección de los mismos, por lo que, con motivo de ello, se aprobó un determinado régimen jurídico y económico de obligada aplicación al conjunto de organismos autónomos, con el propósito de reestablecer el pleno control sobre los mismos (Gómez: 2000, 94).

En esta línea, se llevó a cabo la aprobación de la Ley de Entidades Estatales Autónomas de 26 de diciembre de 1958 y, posteriormente, la aprobación de la Ley General Presupuestaria de 1977.

En relación a las mismas, Gómez (2000, 94) señala que “La Ley de Entidades Estatales Autónomas de 26 de diciembre de 1958 supuso la creación de un "Derecho especial general" que vaciaba el Derecho especial del que disfrutaban y lo equiparaba, en la práctica, al Derecho general del que habían conseguido huir mediante la forma OAA.

Por su parte, la Ley General Presupuestaria -veinte años después- somete a los Organismos Autónomos Administrativos a los mismos controles económicos que la administración matriz, manteniendo además los controles propios del ejercicio de la tutela que ejerce la administración matriz, con lo que el control al que se somete a estos organismos puede ser mayor que el ejercido a la administración matriz. Estas medidas

supusieron, en la práctica, la anulación del modelo: estos organismos -hoy- siguen teniendo carácter administrativo pero, desde luego, ya no son autónomos".

De otra parte, se indica que con la incorporación, a través de la Ley General Presupuestaria de 1977, de una figura jurídica adicional, esta fue, el Organismo autónomo de carácter comercial, industrial, financiero y análogo, cuya utilización presentó gran protagonismo[5], trajo consigo la constitución de una gran diversidad de ordenamientos jurídicos difíciles de controlar por parte de la Administración.

Con motivo de este panorama tan diverso, en lo que a formas y ordenamientos jurídicos se refiere, finalmente se aprobó la Ley 6/1997 de 14 de abril, de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado, indicando en el párrafo uno de su exposición de motivos que, "[...] debido a la dispersión normativa que hoy caracteriza el régimen jurídico de la Administración General del Estado constituye una circunstancia que el legislador debe ponderar en orden a regular, en una sola Ley, el régimen, la organización y los criterios de funcionamiento del aparato administrativo estatal. Con motivo de ello, se incluirá, de igual forma, a los organismos autónomos y entes públicos de contenido económico, en un esfuerzo de simplificación de la normativa reguladora de la Administración General del Estado".

En esta línea, el párrafo undécimo de la exposición de motivos establece que resulta inaplazable racionalizar y actualizar la normativa dedicada a la tradicionalmente denominada «Administración Institucional del Estado», optándose por la creación de una denominación genérica, ésta es, la de «Organismos Públicos», figura que integrará al conjunto de Entidades de Derecho público dependientes o vinculadas a la Administración General del Estado.

En relación a ello, se entenderá por Organismos Públicos a las Entidades de Derecho público que desarrollan actividades derivadas de la propia Administración General del

[5] Debido, principalmente, a que representaba un modelo óptimo a través del cual se podría huir de la aplicación de las normas de Derecho Público.

Estado, en calidad de organizaciones instrumentales diferenciadas y dependientes de ésta, teniendo por objeto la realización de actividades de ejecución o gestión tanto administrativas de fomento o prestación, como de contenido económico reservadas a la Administración General del Estado; dependen de ésta y se adscriben, directamente o a través de otro Organismo público, al Ministerio competente por razón de la materia, a través del órgano que en cada caso se determine[6].

De otra parte, el artículo 43 de la LOFAGE regula la clasificación y adscripción de los Organismos Públicos señalando que los mismos se clasificarán en:

- Organismos Autónomos y,
- Entidades Públicas Empresariales.

Los Organismos Autónomos dependerán de un Ministerio, al que corresponde la dirección estratégica, la evaluación y el control de los resultados de su actividad, a través del órgano al que esté adscrito el Organismo.

Las Entidades Públicas Empresariales dependen de un Ministerio o un Organismo autónomo, correspondiendo las funciones aludidas al órgano de adscripción del Ministerio u Organismo de que se trate. Excepcionalmente, podrán existir Entidades Públicas Empresariales cuyos estatutos les asignen la función de dirigir o coordinar a otros entes de la misma naturaleza.

[6] Artículos. 1 y 2.3 de la LOFAGE.

Antes de proceder al estudio individual de cada Organismo Público, se debe poner de manifiesto que en la LOFAGE se lleva a cabo la regulación de un conjunto de disposiciones cuya normativa de aplicación resulta común para ambas figuras, por lo que, se pondrán de relieve aquellos aspectos que resulten más significativos en torno a los mismos.

En relación a ello, el artículo 42 atribuye personalidad jurídica a los mismos, indicando expresamente que "[...] los Organismos Públicos tienen personalidad jurídica pública diferenciada, patrimonio y tesorería propios, así como, autonomía de gestión.", sin embargo, se deben ajustar al principio de instrumentalidad respecto de los fines y objetivos que tengan específicamente asignados.

De esta forma y, dentro de su esfera de competencias, tanto a los Organismos autónomos como a las Entidades Públicas Empresariales, les corresponderá el ejercicio de las potestades administrativas precisas para el cumplimiento de sus fines en los términos que prevean los correspondientes estatutos, salvo la potestad expropiatoria.

De otra parte, en el capítulo IV de la referida legislación se regula, entre otros aspectos, la creación, modificación y extinción de los Organismos autónomos y Entidades Públicas Empresariales, indicando al respecto que se efectuará mediante ley, en la cual se determinará lo siguiente:

- El tipo de Organismo Público que se crea, especificando los fines generales que se persiguen con su constitución, así como, el Ministerio u Organismo de adscripción.
- En su caso, también se deberán indicar los recursos económicos, así como, las peculiaridades del régimen de personal, contratación, patrimonial, fiscal y cualesquiera otras que, por su naturaleza, exijan norma con rango de ley.

El anteproyecto de ley de creación de un determinado Organismo Público que se presente al Gobierno, deberá ir acompañado de una propuesta de estatutos, así como, de

un Plan inicial de actuación, regulándose en los mismos, entre otros aspectos, los que exponemos a continuación:

En relación a los *Estatutos* de los Organismos Autónomos y de las Entidades Públicas Empresariales:

- Determinación de los máximos órganos de dirección del Organismo, ya sean unipersonales o colegiados, así como, su forma de designación, con indicación de aquellos cuyos actos y resoluciones agoten la vía administrativa.
- Las funciones y competencias del Organismo, con indicación de las potestades administrativas generales que éste puede ejercitar y la distribución de las competencias entre los órganos de dirección, así como, el rango administrativo de los mismos en el caso de los Organismos autónomos y la determinación de los órganos que, excepcionalmente, se asimilen a los de un determinado rango administrativo, en el supuesto de las Entidades públicas empresariales.
- El patrimonio que se les asigne para el cumplimiento de sus fines y los recursos económicos que haya de financiar el Organismo.
- El régimen relativo a recursos humanos, patrimonio y contratación.
- El régimen presupuestario, económico-financiero, de intervención, control financiero y contabilidad, que será, en todo caso, el establecido en la Ley General Presupuestaria.
- La facultad de creación o participación en sociedades mercantiles cuando ello sea imprescindible para la consecución de los fines asignados.

En lo referente al contenido del *Plan inicial de actuación* del Organismo público, que será aprobado por el titular del Departamento Ministerial del que dependa, su contenido, que se determinará reglamentariamente, incluirá los siguientes aspectos.

- Objetivos que el Organismo deba alcanzar en el área de actividad encomendada.

- Los recursos humanos, financieros y materiales precisos para el funcionamiento del Organismo.

Descrito el marco jurídico común regulado en la LOFAGE para los Organismos Públicos, a continuación se efectuará el estudio individual de cada modalidad organizativa, ya que, entre las mismas se aprecian diferencias significativas derivadas de su propio ámbito de actuación.

3.1.2.1. Organismos Autónomos

Los Organismos autónomos se rigen por Derecho Administrativo y se les encomienda, en régimen de descentralización funcional y en ejecución de programas específicos de la actividad de un Ministerio, la realización de actividades de fomento, prestacional o de gestión de servicios públicos.

Gestión de recursos

Recursos humanos

El personal al servicio de los Organismos autónomos será funcionario o laboral en los mismos términos que los establecidos para la Administración General del Estado.

No obstante, la Ley de creación podrá establecer excepcionalmente peculiaridades del régimen de personal del Organismo autónomo en las materias de oferta de empleo, sistemas de acceso, adscripción y provisión de puestos y régimen de movilidad de su personal.

Patrimonio

Los Organismos autónomos, además de su patrimonio propio, podrán tener adscritos para su administración, bienes del patrimonio del Estado.

Respecto de su patrimonio propio, podrán adquirir a título oneroso o gratuito, poseer, arrendar bienes y derechos de cualquier clase, incorporándose al Patrimonio del Estado los bienes que resulten innecesarios para el cumplimiento de sus fines, salvo que la norma de creación disponga expresamente lo contrario.

Las adquisiciones de bienes inmuebles requerirán el previo informe favorable del Ministerio de Economía y Hacienda.

En los supuestos de no incorporación al Patrimonio del Estado, la enajenación de los bienes patrimoniales propios que sean inmuebles se realizará previa comunicación al Ministerio de Economía y Hacienda que, en su caso, llevará a cabo las actuaciones precisas para su posible incorporación y afectación a cualquier servicio de la Administración General del Estado o para su adscripción a otros Organismos públicos en los términos y condiciones que se establecen en las disposiciones reguladoras del Patrimonio del Estado.

La afectación de bienes y derechos patrimoniales propios a los fines o servicios públicos que presten los Organismos autónomos será acordada por el Ministerio del que dependan, a propuesta de los órganos de gobierno del Organismo autónomo, entendiéndose implícita la afectación a dichos fines al acordarse la adquisición y salvo que la ley de creación disponga otra cosa.

La modificación del destino de estos bienes, cuando se trate de inmuebles o derechos sobre los mismos, una vez acreditada su innecesariedad y disponibilidad, dará lugar a la desafectación de los mismos que será acordada por el Departamento del que dependa el Organismo autónomo correspondiente, previo informe favorable del Ministerio de Economía y Hacienda. Producida la desafectación, los bienes adquirirán de nuevo la condición de bienes patrimoniales propios.

Los bienes y derechos que la Administración General del Estado adscriba a los Organismos autónomos conservarán su calificación jurídica originaria y únicamente podrán ser utilizados para el cumplimiento de sus fines.

Los Organismos autónomos ejercerán cuantos derechos y prerrogativas relativas al dominio público se encuentran legalmente establecidas, a efectos de la conservación, correcta administración y defensa de dichos bienes.

Los Organismos autónomos formarán y mantendrán actualizado su inventario de bienes y derechos, tanto propios como adscritos, con excepción de los de carácter fungible. El inventario se revisará, en su caso, anualmente con referencia al 31 de diciembre y se someterá a la aprobación del órgano de gobierno del Organismo.

A los efectos de la permanente actualización y gestión del Inventario General de Bienes y Derechos del Estado, el inventario de bienes inmuebles y derechos de los Organismos autónomos y sus modificaciones se remitirá anualmente al Ministerio de Economía y Hacienda.

Recursos económicos

Para el desarrollo de sus funciones, los Organismos autónomos dispondrán de los ingresos propios que estén autorizados a obtener, así como, de las restantes dotaciones que puedan percibir a través de los Presupuestos Generales del Estado.

De esta forma, los recursos económicos de los Organismos autónomos podrán provenir de las siguientes fuentes:

- Los bienes y valores que constituyen su patrimonio.
- Los productos y rentas de dicho patrimonio.
- Las consignaciones específicas que tuvieren asignadas en los Presupuestos Generales del Estado.

- Las transferencias corrientes o de capital que procedan de las Administraciones o entidades públicas.
- Los ingresos ordinarios y extraordinarios que estén autorizados a percibir, según las disposiciones por las que se rijan.
- Las donaciones, legados y otras aportaciones de Entidades privadas y de particulares.
- Cualquier otro recurso que pudiera serles atribuido.

Régimen de contratación

Los Organismos autónomos se rigen por las normas contenidas en la Ley 13/95, de 18 de mayo, de Contratos de las Administraciones Públicas para la adquisición de bienes y contratación de servicios.

Régimen presupuestario

Los presupuestos de los Organismos autónomos integran los Presupuestos Generales del Estado, formando parte del Sector Público Administrativo. En consecuencia, deben someter su actuación al régimen presupuestario general regulado en la *Ley General Presupuestaria*, en el Título II denominado "De los Presupuestos Generales del Estado" y, más concretamente, en los artículos 26 a 81, los cuáles tratan y se encuentran distribuidos de la siguiente forma:

Capítulo I: Principios y reglas de programación y de gestión presupuestaria.

Capítulo II: Programación presupuestaria y objetivo de estabilidad.

Capítulo III: Contenido, elaboración y estructura.

Capítulo IV: De los créditos y sus modificaciones.

Capítulo VI: De la gestión presupuestaria

Contabilidad

En relación a la Contabilidad que deben llevar los Organismos autónomos de la *LOFAGE*, al pertenecer al Sector Público Administrativo, el Artículo 121 de la *Ley General Presupuestaria* establece que se deberá llevar a cabo atendiendo a los principios y normas de contabilidad recogidos en el vigente Plan General de Contabilidad Pública y en sus normas de desarrollo.

En lo referente a las posibles normas de desarrollo del vigente Plan General de Contabilidad Pública, en lo que a nuestro ámbito de estudio se refiere, ya se ha hecho referencia, que la Intervención General de la Seguridad Social a llevado a cabo su adaptación contable mediante Resolución de 16 de Octubre de 1997 de la Intervención General del Estado se aprobó la Adaptación del Plan General de Contabilidad Pública a las Entidades Gestoras y Servicios Comunes de la Seguridad Social.

De otra parte, en el Artículo 122. *Principios contables públicos*, se enumera de forma adicional una relación de principios contables que deben ser aplicados, exclusivamente y de forma obligatoria, por las entidades que integran el Sector Público Administrativo y, en consecuencia, aplicar los principios y normas establecidas en el Plan General de Contabilidad Pública.

Control interno de la gestión económico-financiera

En relación al control de la actividad que desarrollan los organismos objeto de estudio, el artículo 51 de la *LOFAGE* hace referencia al denominado “control de eficacia” al que están sujetos los Organismos autónomos.

En relación a ello, se indica que los Organismos autónomos están sometidos a un control de eficacia que será ejercido por el Ministerio al que estén adscritos, y tendrá por finalidad, comprobar el grado de cumplimiento de los objetivos, así como, la adecuada utilización de los recursos asignados, todo ello sin perjuicio del control establecido al respecto por la Ley General Presupuestaria.

El control que sobre los Organismos autónomos hace referencia la vigente *ley General Presupuestaria*, se encuentra recogido en el Titulo VI denominado "*Del control de la gestión económico-financiera efectuado por la Intervención General de la Administración del Estado*".

Así mismo, en el Capítulo II: *De la función interventora*, establece en su artículo 149 que su ámbito de aplicación se ejercerá respecto de los actos realizados, entre otros, por los organismos autónomos.

De otra parte, en el artículo 148 se regula la *definición* de la función interventora, entendiéndose como tal "[...] que tiene por objeto controlar, antes de que sean aprobados, los actos del sector público estatal que den lugar al reconocimiento de derechos o la realización de gastos, así como los ingresos y pagos que de ellos se deriven, y la inversión o aplicación en general de sus fondos públicos, con el fin de asegurar que su gestión se ajuste a las disposiciones aplicables en cada caso". Así mismo, en el artículo 150 establece que el ejercicio de la función interventora comprenderá, concretamente, los siguientes aspectos:

- La fiscalización previa de los actos que reconozcan derechos de contenido económico, aprueben gastos, adquieran compromisos de gasto, o acuerden movimientos de fondos y valores.
- La intervención del reconocimiento de las obligaciones y de la comprobación de la inversión.
- La intervención formal de la ordenación del pago.

- La intervención material del pago.

Por otro lado, también los organismos autónomos están sujetos al *Control Financiero Permanente* según el Capítulo III y, más concretamente, en el artículo 158.

Atendiendo al artículo 157, se entiende que "[...] el control financiero permanente tendrá por objeto la verificación de una forma continua realizada a través de la correspondiente intervención delegada, de la situación y el funcionamiento de las entidades del sector público estatal en el aspecto económico-financiero, para comprobar el cumplimento de la normativa y directrices que les rigen y, en general, que su gestión se ajusta a los principios de buena gestión financiera y en particular al cumplimiento del objetivo de estabilidad presupuestaria y de equilibrio financiero".

De otra parte, el artículo 159 establece de una forma concreta "*el contenido del control financiero permanente"* indicando que incluye las siguientes actuaciones:

- Verificación del cumplimiento de la normativa y procedimientos aplicables a los aspectos de la gestión económica a los que no se extiende la función interventora.
- Seguimiento de la ejecución presupuestaria y verificación del cumplimiento de los objetivos asignados a los programas de los centros gestores del gasto y verificación del balance de resultados e informe de gestión.
- Informe sobre la propuesta de distribución de resultados a que se refiere el artículo 129 de esta ley.
- Comprobación de la planificación, gestión y situación de la tesorería.
- Las actuaciones previstas en los restantes títulos de esta ley y en las demás normas presupuestarias y reguladoras de la gestión económica del sector público estatal, atribuidas a las intervenciones delegadas.
- Análisis de las operaciones y procedimientos, con el objeto de proporcionar una valoración de su racionalidad económico-financiera y su adecuación a los

principios de buena gestión, a fin de detectar sus posibles deficiencias y proponer las recomendaciones en orden a la corrección de aquéllas.

Por último, en el Capítulo IV: *De la auditoría pública* y, más concretamente, en el artículo 163, establece que la "[...]auditoría pública se ejercerá, en función de lo previsto en el plan anual de auditorías a que se refiere el artículo 165 de esta ley, sobre todos los órganos y entidades integrantes del sector público estatal, sin perjuicio de las actuaciones correspondientes al ejercicio de la función interventora y del control financiero permanente, y de las actuaciones sometidas al ejercicio de la auditoría privada de la Ley 19/1988, de 12 de julio de Auditoría de Cuentas, impuestas a las sociedades mercantiles estatales por la legislación mercantil".

De otra parte, el artículo 162 regula la definición de la auditoría pública entendiendo como tal "[...] la verificación, realización con posterioridad y efectuada de forma sistemática, de la actividad económica financiera del sector público estatal, mediante la aplicación de los procedimientos de revisión selectivos contenidos en las normas de auditoría e instrucciones que dicte la Intervención General de la Administración del Estado".

Así mismo, en el artículo 168 se hace referencia a un tipo de auditoría, esta es, la Auditoría de las Cuentas Anuales, la cual también tiene como ámbito de aplicación, entre otros, a los Organismos Autónomos. En el artículo 167 se recoge su definición, entendiendo como tal "[...] la modalidad de la auditoría de regularidad contable que tiene por finalidad la verificación relativa a si las cuentas anuales representan en todos los aspectos significativos la imagen fiel del patrimonio, de la situación financiera, de los resultados de la entidad y, en su caso, la ejecución del presupuesto de acuerdo con las normas y principios contables y presupuestarios que le son de aplicación y contienen la información necesaria para su interpretación y comprensión adecuada.

3.1.2.3. Entidades Públicas Empresariales

La Entidad Pública Empresarial se configura como la segunda modalidad de Organismo Público creado en la *LOFAGE* y, antes de comenzar el estudio de las principales características que la identifican, se debe poner de manifiesto que la Entidad Pública Empresarial está sustituyendo a dos de los modelos que figuraban en la LGP con anterioridad a la aprobación de la *LOFAGE* en el ámbito estatal, estos son, a los Organismos autónomos comerciales, industriales, financieros y análogos, así como, a los Entes públicos.

Con motivo de ello, y exclusivamente a nivel estatal, la disposición transitoria tercera de la *LOFAGE* sobre adaptación de los Organismos autónomos y demás Entidades de Derecho público, establece que se debe llevar a cabo la:

"a) Adecuación de los actuales Organismos autónomos, cualquiera que sea su carácter al tipo de Organismo autónomo previsto en esta Ley.

b) Adecuación de los entes incluidos en la letra b) del apartado 1 del artículo 6 de la Ley General Presupuestaria al tipo de entidad pública empresarial".

Realizada esta aclaración, seguidamente se efectuará una breve descripción de las características más relevantes que en torno a la referida figura se regulan en la *LOFAGE*.

En lo que respecta a las funciones y régimen general aplicable a las mismas, se establece que las Entidades Públicas Empresariales son Organismos públicos a los que se encomienda la realización de actividades prestacionales, la gestión de servicios o la producción de bienes de interés público susceptibles de contraprestación.

De otra parte, las Entidades Públicas Empresariales se rigen por Derecho privado, excepto, en la formación de la voluntad de sus órganos, en el ejercicio de las potestades administrativas que tengan atribuidas y en los aspectos específicamente regulados para las mismas en la *LOFAGE*, en los estatutos, así como, en la legislación presupuestaria.

Gestión de recursos

Recursos humanos

El personal de las Entidades Públicas Empresariales se rige por Derecho laboral. Sin embargo, se deben tener en consideración las especificaciones dispuestas en torno a los mismos en la *LOFAGE*, así como, las excepciones relativas a los funcionarios públicos de la Administración General del Estado y, en su caso, de otras Administraciones públicas, quienes se regirán por la legislación sobre Función Pública que les resulte de aplicación.

En relación a la selección del personal laboral en este tipo de Entidades hay que diferenciar al personal directivo del resto del personal.

A este respecto, el personal directivo, que se determinará en los estatutos de la entidad, será nombrado con arreglo a diversos criterios preestablecidos entre los que figuran la experiencia en el desempeño de puestos de responsabilidad en la gestión pública o privada.

En lo que a la selección del resto del personal se refiere, se efectuará mediante convocatoria pública basada en los principios de igualdad, mérito y capacidad.

La determinación y modificación de las condiciones retributivas, tanto del personal directivo como del resto del personal, requerirán el informe conjunto, previo y favorable de los Ministerios de Administraciones Públicas y de Economía y Hacienda.

Los referidos Ministerios efectuarán, con la periodicidad adecuada, controles específicos sobre la evolución de los gastos de personal y de la gestión de sus recursos humanos, conforme a los criterios previamente establecidos por los mismos.

La ley de creación de cada Entidad Pública Empresarial deberá determinar las condiciones conforme a las cuales, los funcionarios de la Administración General del Estado y, en su caso, de otras Administraciones públicas, podrán cubrir destinos en la

referida entidad, y establecerá, asimismo, las competencias que a la misma correspondan sobre este personal que, en todo caso, serán, las que tengan legalmente atribuidas los Organismos autónomos.

Patrimonio

Las Entidades Públicas Empresariales, además de su patrimonio propio, pueden tener bienes adscritos por la Administración General del Estado.

El régimen de gestión de los bienes patrimoniales propios coincide con el establecido para los Organismos Autónomos, salvo lo que se disponga en la Ley de creación en atención a las peculiaridades de su actividad.

Los bienes y derechos que la Administración General del Estado adscriba a las Entidades públicas empresariales conservarán su calificación jurídica originaria y únicamente podrán ser utilizados para el cumplimiento de sus fines.

Las Entidades Públicas Empresariales ejercerán cuantos derechos y prerrogativas relativas al dominio público se encuentran legalmente establecidas, a efectos de la conservación, correcta administración y defensa de dichos bienes.

La adscripción y reincorporación de los mismos al Patrimonio del Estado será acordada por el Ministerio de Economía y Hacienda, de conformidad con la legislación reguladora del Patrimonio del Estado.

Las Entidades Públicas Empresariales formarán y mantendrán actualizado su inventario de bienes y derechos, tanto propios como adscritos, con excepción de los de carácter fungible. El inventario se rectificará, en su caso, anualmente con referencia al 31 de diciembre y se someterá a la aprobación del órgano de gobierno del Organismo.

A los efectos de la permanente actualización y gestión del Inventario General de Bienes y Derechos del Estado, el inventario de bienes inmuebles y derechos de las Entidades

públicas empresariales y sus modificaciones se remitirán anualmente al Ministerio de Economía y Hacienda.

Recursos económicos

Las Entidades públicas empresariales deberán financiarse con los ingresos derivados de sus propias operaciones, así como, con los recursos económicos que provengan de las siguientes fuentes:

- Los bienes y valores que constituyen su patrimonio.
- Los productos y rentas de dicho patrimonio.
- Los ingresos ordinarios y extraordinarios que estén autorizados a percibir, según las disposiciones por las que se rijan.
- Cualquier otro recurso que pudiera serles atribuido.

Excepcionalmente, cuando así lo prevea la ley de creación, podrán financiarse con los siguientes recursos:

- Las consignaciones específicas que tuvieren asignadas en los Presupuestos Generales del Estado.
- Las transferencias corrientes o de capital que procedan de las Administraciones o entidades públicas.
- Las donaciones, legados y otras aportaciones de Entidades privadas y de particulares.

Régimen de contratación

La contratación de las Entidades Públicas Empresariales se rige por las previsiones contenidas al respecto en la legislación de contratos de las Administraciones públicas, siendo necesaria la autorización del titular del Ministerio al cual se encuentren adscritas para celebrar contratos de cuantía superior a la previamente fijada por el mismo.

Régimen presupuestario

El régimen presupuestario de las Entidades Públicas Empresariales será el establecido para las mismas específicamente en la *Ley General Presupuestaria* y, mas concretamente, en el Título II denominado "De los Presupuestos Generales del Estado", Capítulo V "De las Entidades Públicas Empresariales, Sociedades Mercantiles Estatales y Fundaciones del Sector Público Empresarial".

En el Artículo 64. *Presupuesto* regula, entre otros aspectos, "[...] que las Entidades Públicas Empresariales elaborarán un presupuesto de explotación que detallará los recursos y dotaciones anuales correspondientes. Asimismo, formarán un presupuesto de capital con el mismo detalle. Los presupuestos de explotación y de capital se integrarán en los Presupuestos Generales del Estado.

2. Los presupuestos de explotación y de capital estarán constituidos por una previsión de la cuenta de resultados y del cuadro de financiación del correspondiente ejercicio. Como anexo a dichos presupuestos se acompañará una previsión del balance de la entidad, así como la documentación complementaria que determine el Ministerio de Hacienda.

3. Las entidades remitirán los estados financieros señalados en el apartado anterior referidos, además de al ejercicio relativo al proyecto de Presupuestos Generales del Estado, a la liquidación del último ejercicio cerrado y al avance de la liquidación del ejercicio corriente.

4. Junto con los presupuestos de explotación y de capital, se remitirá por las entidades una memoria explicativa de su contenido, de la ejecución del ejercicio anterior y de la previsión de la ejecución del ejercicio corriente".

De otra parte, en el Artículo 65. *Programa de actuación plurianual* regula que "[...] 1. Las entidades que deban elaborar los presupuestos de explotación y de capital con arreglo a lo dispuesto en el artículo 64 de esta ley formularán, asimismo, anualmente un

programa de actuación plurianual, con las excepciones contempladas en el apartado 2 del artículo 66 de esta ley.

2. El programa de actuación plurianual estará integrado por los estados financieros determinados en el artículo 64 de esta ley y, junto con la documentación indicada en el apartado siguiente, reflejará los datos económico-financieros previstos para el ejercicio relativo al proyecto de Presupuestos Generales del Estado y a los dos ejercicios inmediatamente siguientes, según las líneas estratégicas y objetivos definidos para la entidad.

3. Los programas de actuación plurianual se acompañarán de la información de carácter complementario siguiente:

a) Hipótesis de la evolución de los principales indicadores macroeconómicos que hayan servido de base para la elaboración de los programas de actuación plurianual.

b) Premisas principales del planteamiento que conforme las líneas estratégicas de la entidad.

c) Previsiones plurianuales de los objetivos a alcanzar del sector público Estatal

d) Memoria de las principales actuaciones de la entidad.

e) Programa de inversiones.

f) Plan financiero del período que cuantificará los recursos y las fuentes externas de financiación.

g) La restante documentación que determine el Ministerio de Hacienda".

De otra parte, tan solo poner de manifiesto que en el Artículo 66 trata de la *tramitación* de los mismos, el Artículo 67 de las *modificaciones presupuestarias* y, por último en el Artículo 68 de los *Convenios con el Estado*.

Contabilidad

En relación a la Contabilidad que deben llevar las Entidades Públicas Empresariales reguladas en la *LOFAGE*, al pertenecer al Sector Público Empresarial, el Artículo 121 de la *Ley General Presupuestaria* establece que se deberá llevar a cabo atendiendo a los principios y normas de contabilidad recogidos en el Código de Comercio y el vigente Plan General de Contabilidad de la empresa española y disposiciones que lo desarrollen.

En relación a las posibles disposiciones de desarrollo del vigente Plan General de Contabilidad para la empresa, también en este caso, en lo que a nuestro ámbito de estudio se refiere, debe ponerse de manifiesto que se ha llevado a cabo la adaptación contable del vigente plan a las empresas de asistencia sanitaria mediante Orden de 23 de diciembre de 1996.

Control interno de la gestión económico-financiera

Las Entidades Públicas Empresariales están sometidas a un "control de eficacia" que será ejercido por el Ministerio y, en su caso, por el Organismo público al que están adscritas, sin perjuicio del control establecido al respecto por la Ley General Presupuestaria.

Dicho control tiene por finalidad comprobar el grado de cumplimiento de los objetivos y la adecuada utilización de los recursos asignados.

El control del cumplimiento de los compromisos específicos que, en su caso, hubiere asumido la Entidad Pública en un convenio o contrato-programa, corresponderá además a la Comisión de seguimiento regulada en el propio convenio o contrato-programa, y al Ministerio de Economía y Hacienda en los supuestos previstos al efecto por la Ley General Presupuestaria.

El control que sobre las Entidades Públicas Empresariales hace referencia la vigente *ley General Presupuestaria*, se encuentra recogido en el Titulo VI denominado "*Del*

control de la gestión económico-financiera efectuado por la Intervención General de la Administración del Estado".

Estas Entidades están sujetas al *Control Financiero Permanente* según el Capítulo III y, más concretamente, en el artículo 158; a *la auditoría pública* establecida en el Capítulo IV, artículo 163; así como a la Auditoría de las Cuentas Anuales recogida en el artículo 168.

En lo referente a la normativa, concepto y contenido específico de los citados controles remitimos a lo dispuesto para los Organismos Autónomos en el apartado 3.1.2.1 del presente capítulo.

3.1.3. Organismos Autónomos de carácter administrativo

En el estudio que se efectuó previamente de los Organismos Públicos recogidos en la *LOFAGE*, se puso de manifiesto que los Organismos Autónomos creados por la citada legislación han sustituido a los Organismos Autónomos de carácter administrativo, así como aquellos de carácter comercial, industrial, financiero o análogos incluidos en el artículo 4 del *TRLGP* como organismos autónomos del Estado.

Sin embargo, tal y como indica Gómez (2000: 117) la desaparición de las dos modalidades de organismos autónomos creadas por la *LGP* no ha sido completa ya que, "[...] el corpus legislativo que desarrollaron las Comunidades Autónomas durante los años 80 reprodujo en gran medida la estructura organizativa heredada de la Administración central". Con motivo de ello, la mayoría de las Comunidades Autónomas establecieron como categorías propias, o por aplicación supletoria de la legislación del Estado, los dos modelos de organismos autónomos que existían en la Administración central.

Recuérdese que el ámbito de aplicación de la *LOFAGE* lo constituye la Administración General del Estado[7], por lo que con motivo de ello, los Organismos Autónomos Administrativos continúan vigentes en al ámbito autonómico.

En lo que a nuestro ámbito de estudio se refiere, se trata de un aspecto relevante a tener en consideración ya que, por un lado, con anterioridad a la entrada en vigor de la referida legislación, de las siete Comunidades Autónomas que habían asumido las competencias en materia de sanidad, cuatro de ellas crearon para la gestión de la prestación de los servicios sanitarios un Organismo Autónomo de carácter administrativo, éstas fueron, Andalucía, Navarra, Galicia y Canarias. Por otro lado, una vez finalizado globalmente el citado proceso de transferencias a las diez Comunidades Autónomas restantes, "X" también han escogido como forma jurídica de gestión al Organismo Autónomo administrativo.

Por lo tanto, la existencia actual de las referidas formas jurídicas en diversas Comunidades Autónomas constituye la razón fundamental por la que se debe analizar la misma con independencia de que a nivel estatal no se contemple.

Sin embargo, en relación a ello, Gómez (2000:) establece que la regulación de los citados organismos en las disposiciones autonómicas es escasa, configurándose como normativa reguladora fundamental lo que establezca su propia ley de creación. Por lo tanto, en los estatutos de cada Organismo Autónomo se reflejarán las competencias atribuidas al mismo, funciones a realizar, organización interna, administración matriz de la que dependen, régimen económico-financiero, de gestión, etc.

Organización

[7]Tal y como dispone su artículo 1: "La presente Ley regula, en el marco del régimen jurídico común a todas las Administraciones Públicas, la organización y el funcionamiento de la Administración General

A pesar de lo indicado previamente en relación a las disposiciones autonómicas, la Ley General de Sanidad, considerada como norma básica del Sistema, regula en el Título III la estructura del Sistema Sanitario Público y, más concretamente, en su capítulo II hace mención a la estructura de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas que hayan asumido las competencias en materia sanitaria.

En relación a ello, las Comunidades Autónomas deberán organizar sus Servicios de Salud de acuerdo con los principios básicos establecidos en la Ley General de Sanidad. El Servicio de Salud de cada Comunidad Autónoma se constituirá bajo la integración de todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualquier otra Administración territorial.

Así mismo, se dispone que los referidos Servicios de Salud se planificarán con criterios de racionalización de recursos en función de las necesidades sanitarias de cada territorio, constituyéndose como base de planificación la división de todo el territorio en demarcaciones geográficas que reciben la denominación de Áreas de Salud.

Se entiende por Áreas de Salud las estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsabilizadas de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar por ellos, cuya acción se debe extender a una población comprendida entre 200.000 y 250.000 habitantes, exceptuándose de esto último a las Comunidades Autónomas de Baleares y Canarias por sus peculiaridades específicas.

En cada Área de Salud se deben desarrollar actividades tanto en el ámbito de la atención primaria como en el nivel de atención especializada.

En base a esta normativa reguladora marco, las Comunidades Autónomas a su vez disponen de las competencias para llevar a cabo la ordenación territorial de los

---

del Estado y los Organismos públicos vinculados o dependientes de ella, para el desarrollo de su

Servicios, así como, de los órganos de gestión y control de sus respectivos Servicios de Salud. Sin embargo, en relación a estos últimos, el artículo 57 de la LGS enumera los órganos, que como mínimo, se incluyen en cada Área de Salud, éstos son:

- Órgano de participación: El Consejo de Salud de Área
- Órgano de dirección: El Consejo de Dirección de Área
- Órgano de gestión: El Gerente de Área

A pesar de que el artículo 57 no tiene consideración de norma básica en las Comunidades Autónomas, sí puede constituirse como derecho supletorio en aquellas Comunidades que no hayan dictado su propia normativa reguladora.

Sin embargo, a pesar de que el referido artículo no tenga la consideración de normativa marco, si se analiza la organización de los Gobiernos Autonómicos de aquellas Comunidades que han asumido las transferencias en materia sanitaria y, a su vez, han organizado el respectivo Servicio de Salud bajo la modalidad jurídica de organismo autónomo de carácter administrativo, se pueden apreciar diversas características comunes y muy similares en lo concerniente a la estructura y órganos de gobierno descritos con anterioridad.

En esta línea, generalmente en la estructura organizativa del Gobierno autonómico se identifica una Consejería o Departamento de Sanidad que tiene asignadas las correspondientes competencias en materia sanitaria de la Comunidad Autónoma de que se trate.

Para dar cumplimiento a las referidas competencias, la Consejería o Departamento de Sanidad adopta, a sí mismo, su propia estructura organizativa mediante la constitución de diversos organismos dependientes, entre los cuales se incluye, generalmente, el organismo autónomo de carácter administrativo asumiendo la gestión y administración de los servicios públicos de atención sanitaria del respectivo Servicio de Salud.

---

actividad"

Entre las funciones que generalmente se le suelen atribuir destacamos las siguientes:

- Gestión del conjunto de prestaciones sanitarias relacionadas con la promoción y protección de la salud, tales como, la prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, rehabilitación, etc...
- Administración y gestión de las instituciones, centros y servicios sanitarios bajo su dependencia orgánica y funcional
- Gestión de los recursos humanos, materiales y financieros que se le asignen para el desarrollo de las funciones; etc...

En relación al cumplimiento de las referidas funciones, se debe poner de relieve que el desempeño de las mismas está sujeto a las directrices y criterios generales de la política de salud de la correspondiente Comunidad Autónoma y bajo la dirección, supervisión y control de la correspondiente Consejería o Departamento de Sanidad.

De otra parte, el Organismo Autónomo correspondiente, para poder llevar a cabo el desempeño de las funciones encomendadas deberá adoptar así mismo, su propia estructura organizativa. Recuérdese en relación a este aspecto que, aunque la Comunidad Autónoma dispone de las competencias para llevar a cabo la ordenación territorial de los Servicios, debe efectuarlo de acuerdo a los principios básicos establecidos en la Ley General de Sanidad y, por lo tanto, efectuar la división del territorio mediante las denominadas Áreas de Salud.

Sin embargo, se debe advertir que en función de la Comunidad Autónoma que se analice, generalmente se pone de relieve un mayor nivel de desagregación de la estructura organizativa del correspondiente Servicio de Salud. Es decir, las propias Áreas de Salud se organizan a su vez en otros niveles organizativos inferiores.

En lo concerniente a los órganos de gobierno del correspondiente Servicio de Salud, a pesar de que, tal y como se comentó previamente, las Comunidades Autónomas tienen asignadas las competencias para designar a los mismos, se suele observar gran similitud

entre los órganos de gobierno, dirección, gestión, administración y participación, tanto colegiados como unipersonales, de las diferentes Comunidades Autónomas que organizan su Servicio de Salud bajo la modalidad de organismo autónomo administrativo.

Gestión de recursos

Los Organismos Autónomos de carácter administrativo son entidades de Derecho Público que tienen personalidad jurídica y patrimonio propio. En su función de organización y administración de un servicio público, también tienen la de los fondos y bienes adscritos.

Generalmente estos organismos han estado sujetos a las normas derivadas del Derecho Administrativo, sin embargo, con la aprobación de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común en su artículo 2.2 establece que "las Entidades de Derecho Público con personalidad jurídica propia vinculadas o dependientes de cualquiera de las Administraciones Públicas tendrán asimismo la consideración de Administración Pública. Estas Entidades sujetarán su actividad a la presente Ley cuando ejerzan potestades administrativas, sometiéndose en el resto de su actividad a lo que dispongan sus normas de creación".

Así pues, atendiendo a esta regulación en la gestión de los recursos será de aplicación el Derecho Administrativo siempre que ejerzan potestades administrativas, pero cuando no las ejerzan pueden regirse por normas de Derecho privado, si así lo establecen sus normas de creación.

Sin embargo, gran parte de los Organismos Autónomos administrativos que existen en al ámbito sanitario fueron constituidos antes de la referida legislación por lo que, en consecuencia, llevan a cabo la gestión de los recursos a través del Derecho Administrativo.

Recursos humanos

Atendiendo a la regulación anterior, el régimen jurídico del personal fue siempre público, de carácter funcionarial o estatutario, sin embargo, en relación a los Servicios de Salud del resto de Comunidades Autónomas que han asumido recientemente las competencias en materia sanitaria, cabría la posibilidad del régimen laboral para los de nuevo acceso, sin embargo, tal y como indica el referido autor, la posibilidad de modificar el régimen jurídico del personal es muy limitada, aun cuando sus normas de creación dispongan otra cosa con motivo de la existencia de una serie de derechos adquiridos, por lo que el margen de maniobra será igualmente mínimo en las Comunidades Autónomas que hayan asumido por último las respectivas competencias.

En el caso de que las leyes de creación de los Servicios Regionales de Salud establezcan otro régimen distinto a su personal, se daría simultáneamente el régimen estatutario para el personal transferido y el régimen laboral para el de nuevo acceso.

Patrimonio

Los Organismos Autónomos administrativos tienen patrimonio propio y también pueden tener bienes y derechos cedidos por la Administración territorial de la que dependan o de cualquier otra Administración.

En lo referente a los bienes que le sean adscritos conservarán la naturaleza que tuvieran en origen, es decir, de dominio público o patrimonial, sin que los adquieran en propiedad y debiendo utilizarlos directamente o por cesión a un tercero para el cumplimiento de los fines encomendados al organismo.

Por lo que respecta a los bienes propios pueden ser enajenados devolviéndolos al tráfico jurídico.

En relación al régimen jurídico del patrimonio generalmente se regirá por lo dispuesto en las Leyes de la Hacienda Pública y del Patrimonio de la Comunidad Autónoma respectiva.

Recursos económicos

El régimen financiero del Servicio de Salud se regirá por lo dispuesto en la Ley reguladora de la Hacienda Pública de la correspondiente Comunidad Autónoma y la financiación del mismo generalmente procede de:

- Los recursos que le puedan corresponder por la participación de la Comunidad Autónoma en los Presupuestos Generales del Estado afectos a servicios y prestaciones sanitarios.
- Las aportaciones que deban realizar otras Administraciones tales como los Ayuntamientos, Cabildos, etc.. con cargo a su presupuesto.
- Los rendimientos procedentes de los bienes y derechos propios y adscritos.
- Los ingresos ordinarios que esté autorizado a percibir, de acuerdo con la normativa vigente.
- Las subvenciones, donaciones y cualquier otra aportación voluntaria de entidades y particulares.

Régimen de contratación

En el momento en que el Organismo Autónomo precisara adquirir bienes o contratar servicios, podría pensarse la huida del Derecho público por la vía del comentado artículo 2.2 de la LRJPC, en cuanto estos actos no suponen ejercicio de potestades públicas, y así sería si no fuera porque una ley posterior, la Ley 13/95, de 18 de mayo, de Contratos de las Administraciones Públicas, establece la aplicación de las disposiciones de contratación administrativa "[...] para los organismos autónomos en todo caso" sin admitir excepciones. Se debe concluir pues, que el régimen jurídico para la contratación de bienes y servicios es siempre público.

Régimen presupuestario

Los Organismos Autónomos administrativos tienen asignado su propio presupuesto y generalmente se integran en los presupuestos de la administración matriz a la cual se hayan adscritos.

De esta forma, el régimen presupuestario a aplicar será el que se regulaba con carácter general en el antiguo Texto Refundido de la Ley General Presupuestaria en el Título II denominado "De los Presupuestos" en el que los artículos 48 a 84 establecían, entre otros aspectos, la aprobación, estructura, ejecución, liquidación, modificaciones, etc., del presupuesto de los Organismos Autónomos para aquellas Comunidades Autónomas que los tenían constituidos previamente.

Sin embargo, para los Organismos Autónomos de nueva creación se podría tomar de referencia el régimen presupuestario general regulado en la vigente *Ley General Presupuestaria*, en el Título II denominado "De los Presupuestos Generales del Estado" y, más concretamente, en los artículos 26 a 81, los cuáles tratan y se encuentran distribuidos de la siguiente forma:

Capítulo I: Principios y reglas de programación y de gestión presupuestaria.

Capítulo II: Programación presupuestaria y objetivo de estabilidad.

Capítulo III: Contenido, elaboración y estructura.

Capítulo IV: De los créditos y sus modificaciones.

Capítulo VI: De la gestión presupuestaria

Contabilidad

En relación a la formación y rendición de las cuentas de estos organismos se efectuará de acuerdo a los principios y normas de contabilidad recogidos en el vigente Plan General de Contabilidad Pública y en sus normas de desarrollo.

En lo referente a las posibles normas de desarrollo del vigente Plan General de Contabilidad Pública, en lo que a nuestro ámbito de estudio se refiere, ya se ha hecho referencia con anterioridad, que la Intervención General de la Seguridad Social a llevado a cabo su adaptación contable aprobándose la Adaptación del Plan General de Contabilidad Pública a las Entidades Gestoras y Servicios Comunes de la Seguridad Social siendo, por lo tanto, un referente de aplicación a la actividad de las organizaciones a las que estamos haciendo referencia, en lo que al ámbito público se refiere.

De otra parte, atendiendo a la vigente Ley General Presupuestaria, en el Artículo 122. *Principios contables públicos*, se enumera de forma adicional una relación de principios contables que deben ser aplicados, exclusivamente y de forma obligatoria, por las entidades que integran el Sector Público Administrativo y, en consecuencia, aplicar los principios y normas establecidas en el Plan General de Contabilidad Pública.

Control interno de la gestión económica-financiera

Tal y como se hizo referencia anteriormente en relación a la organización de los Servicios de Salud que adoptan la forma jurídica objeto de estudio, los Organismos Autónomos al figurar integrados generalmente en la estructura organizativa de la Consejería o Departamento de Sanidad de un determinado Gobierno autonómico, en el ejercicio de las competencias que le han sido asignadas, a pesar de tener carácter autónomo, la realización de su actividad está sujeta a las directrices, supervisión y control de la correspondiente Consejería o Departamento, ya que en definitiva, es esta última la titular de las competencias en materia sanitaria.

Derivado de ello, en las leyes de creación de los referidos organismos se hace constantemente alusión a los controles de eficacia y eficiencia ejercidos por parte de la administración matriz.

3.1.4. Organismos autónomos de carácter comercial, industrial, financiero o análogo

Los Organismos autónomos de carácter comercial, industrial, financiero o análogos que estaban incluidos en el artículo 4 del *TRLGP* como organismos autónomos del Estado, fueron sustituidos en el ámbito estatal con motivo de la aprobación de la *LOFAGE*, por las Entidades Públicas Empresariales incluidas en el concepto general de Organismos Públicos de la referida legislación.

Sin embargo, se debe tener presente que al igual que sucedía con los Organismos Autónomos administrativos, en las Comunidades Autónomas siguen vigentes ambas figuras organizativas al haber aplicado básicamente la misma estructura organizativa que la de la Administración Central.

El motivo principal por el que se lleva a cabo la constitución de los Organismos autónomos de carácter comercial, industrial, financiero o análogos consiste nuevamente en la huída del Derecho Público hacia las normas del Derecho Privado en aras a una gestión más flexible.

En esta línea se pronuncia Gómez (2000:) citando a Alejandro Nieto que "la gran cuestión del estado moderno no es ya la cantidad de las tareas que ha asumido, sino el estilo de su gestión. Se modifica el régimen jurídico pensando que basta con ello para cambiar la gestión".

Como sigue diciendo el mismo autor, cabría preguntarse en relación a esta modalidad de gestión si la provisión de servicios sanitarios se considera o no una actividad comercial al objeto de justificar la utilización del mismo, llegando a la conclusión de que, aunque existen diversas posturas que justifican tanto la actividad comercial como la administrativa del servicio, "[...]esta conclusión es irrelevante a efectos jurídicos, pues basta la calificación de la prestación como mercantil en la ley de creación del

organismo autónomo para que éste se configure como comercial, industrial, financiero o análogo."

En lo referente a las características diferenciadoras de este tipo de organizaciones se debe advertir que coinciden en su gran mayoría con las del Organismo autónomo administrativo, excepto en lo concerniente a una relación de disposiciones específicas contenidas en el antiguo *TRLGP* vinculadas a su régimen presupuestario, así como de control.

Por lo tanto, los Organismos Autónomos a los que estamos haciendo referencia se configuran como entidades de Derecho público, con personalidad jurídica y patrimonio propio que tienen como función la organización y administración de un servicio público, así como, de los fondos que tiene adscritos actuando en régimen de descentralización administrativa.

Gestión de recursos

Recursos humanos

El régimen jurídico del personal de este tipo de organismos quizá constituya una de las principales diferencias con los Organismos Autónomos administrativos antes de la aprobación de la LRJPC, ya que, el ordenamiento jurídico ha permitido que el personal se someta a Derecho privado y por lo tanto de aplicación el régimen laboral.

Patrimonio

Los OOAAA tienen patrimonio propio y también pueden tener bienes y derechos cedidos por la Administración territorial de la que dependan o de cualquier otra Administración.

En lo referente a los bienes que le sean adscritos conservarán la naturaleza que tuvieran en origen, es decir, de dominio público o patrimonial, sin que los adquieran en propiedad y debiendo utilizarlos directamente o por cesión a un tercero para el cumplimiento de los fines encomendados al organismo.

Por lo que respecta a los bienes propios pueden ser enajenados devolviéndolos al tráfico jurídico.

En relación al régimen jurídico del patrimonio generalmente se regirá por lo dispuesto en las Leyes de la Hacienda Pública y del Patrimonio de la Comunidad Autónoma respectiva.

Régimen de contratación

Hasta la publicación de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas, Ley 13/95, de 18 de mayo, este tipo de organismos se sometían al Derecho privado si así lo establecían sus estatutos. Desde la aprobación de la referida ley se someten al Derecho Público.

Sin embargo, por el carácter económico de la actividad que estos organismos realizan, la propia LCAAPP deja fuera de su ámbito de aplicación:

"Los contratos de suministro relativos a actividades directas de los organismos autónomos de las Administraciones Públicas de carácter comercial, industrial, financiero o análogo, si los bienes sobre los que versan han sido adquiridos con el propósito de devolverlos, con o sin transformación, al tráfico jurídico patrimonial de acuerdo con sus fines peculiares, y siempre que tales organismos actúen en ejercicio de competencias específicas a ellos atribuidas por la ley".

Régimen presupuestario

Los Organismos Autónomos de carácter comercial, industrial, financiero o análogo tienen presupuesto propio y, generalmente, se integran en los presupuestos de la administración matriz a la cual se encuentren adscritos.

Con motivo de ello, en primer término, deberán aplicar el régimen presupuestario regulado con carácter general en anterior Texto Refundido de la Ley General Presupuestaria en el Título II denominado "De los Presupuestos" en el que los artículos 48 a 84 establecen, entre otros aspectos, la aprobación, estructura, ejecución, liquidación, modificaciones, etc. del presupuesto de los organismos autónomos.

Sin embargo, y a diferencia de lo establecido para los Organismos Autónomos administrativos, deberán llevar a cabo, en segundo término, la aplicación de las disposiciones específicas contenidas en el Capítulo II del TRLGP a través de las cuales se dispone que a los presupuestos de este tipo de organismos se acompañarán los siguientes estados:

- Cuenta de operaciones comerciales.
- Cuenta de explotación.
- Cuadro de financiamiento.
- Estado demostrativo de la variación del fondo de maniobra.

Las operaciones propias de la actividad de estos Organismos, recogidas en la Cuenta de operaciones comerciales, no estarán sometidas al régimen de limitaciones establecido en esta ley para los créditos incluidos en el estado de gastos de sus presupuestos.

Por otro lado, el ejercicio presupuestario coincidirá con el año natural sin perjuicio de los ajustes necesarios cuando las operaciones a realizar estén vinculadas a un ciclo productivo distinto, que no podrá ser superior a doce meses.

Control interno de la gestión económico-financiera

En relación al Título III sobre Intervención contemplado en el Texto Refundido de la Ley General Presupuestaria, el Capítulo II hacía referencia a la intervención de los Organismos autónomos del Estado, indicando que los Organismos Autónomos del Estado, con actividades industriales, comerciales, financieras o análogas, quedan sometidos al control financiero a que se refiere el artículo 17 de la referida legislación. Dicho control financiero se ejercerá con carácter permanente respecto a la totalidad de operaciones efectuadas por los citados Organismos autónomos.

En relación a lo establecido por el artículo 17, se indica que el control de carácter financiero se ejercerá por la Intervención General de la Administración del Estado, de conformidad con lo prevenido en cada caso, para comprobar su funcionamiento en el aspecto económico-financiero y conforme a las disposiciones y directrices que les rijan

El preceptivo control de eficacia se ejercerá mediante el análisis del coste de funcionamiento y del rendimiento o utilidad de los respectivos servicios o inversiones, así como del cumplimiento de objetivos de los correspondientes programas.

3.1.5. Entes de Derecho público o Ente Público

Las formas organizativas analizadas previamente aunque estuvieran dotadas de personalidad jurídica no respondían ante las necesidades que demandaba el Sector Público por entonces. En este sentido, se necesitaba la creación de un tipo de organización de Derecho público pero que, se sometiera globalmente al Derecho privado en el ejercicio de su actividad y no al Derecho administrativo (Santamaría, 1991)

Ante esta necesidad, en el Texto Refundido de la Ley General Presupuestaria se incorporaron los denominados Entes de Derecho Público incluyéndolos, junto con las sociedades mercantiles públicas, tal y como indica Gómez (2000: 134) bajo la impropia denominación de sociedades estatales, dado que estos entes no son sociedades.

El artículo 6 de la citada legislación define a las Entidades de Derecho Público como sociedades estatales con personalidad jurídica, que por ley hayan de ajustar sus actividades al ordenamiento jurídico privado, por lo que se ajustarán a las normas de Derecho mercantil, civil o laboral, salvo en las materias en que les sea de aplicación la Ley General Presupuestaria.

Este modelo organizativo se ha utilizado generalmente para la ordenación de sectores determinados tales como hidrocarburos (Instituto Nacional de Hidrocarburos, INH), exportación (Instituto Español de Comercio Exterior, ICEX), nuevas tecnologías (Centro para el Desarrollo Tecnológico Industrial, CEDETI), ahorro de energía (Instituto para la Diversificación y Desarrollo de la Energía, IDAE), crédito oficial (Instituto de Crédito Oficial, ICO), etc.

En lo que a nuestro ámbito de estudio se refiere, la finalidad del ente como ordenador de servicios sanitarios se mantiene en algunas Comunidades Autónomas que crean sus servicios de salud bajo la referida fórmula organizativa. Sin embargo, tal y como indica Gómez (2000: 135) en los últimos años el carácter exclusivo de ordenador de un sector comenzó a perderse, y unidades prestadoras de servicios sanitarios de cualquier nivel adoptaron este modelo organizativo calificándolo como el modelo más usado en la gestión de servicios de salud, tanto para la prestación de un servicio público como para el ejercicio de funciones de autoridad sanitaria.

Sin embargo, tal y como se hizo referencia en el estudio de las Entidades Públicas Empresariales, con la aprobación de la *LOFAGE* se deroga el artículo 6.1.b. de la Ley General Presupuestaria por lo que los Entes de Derecho Público seguirán existiendo exclusivamente en aquellas Comunidades Autónomas que hayan creado esta modalidad organizativa en sus propias disposiciones.

Organización

El Ente de Derecho Público se regula por lo que establezca su ley de creación, por lo que, en consecuencia, la organización interna vendrá regulada en la misma.

Analizando las Comunidades Autónomas que han creado un Ente de Derecho Público en lo que a nuestro ámbito de estudio se refiere, se observa que generalmente se encuentran adscritos a la Consejería o Departamento de Sanidad.

En esta línea, si tomásemos como ejemplo el modelo sanitario Catalán, el Departamento de Sanidad es el órgano que ejerce las funciones y servicios en materia de sanidad que son competencia de la Generalidad, estructurando el departamento mediante diversas direcciones generales y organismos adscritos entre los que figura el Servicio Catalán de la Salud como Ente Público de carácter institucional.

El sistema sanitario de Cataluña se organiza en torno al Servicio Catalán de la Salud, integrando este último todos los recursos sanitarios públicos y de cobertura pública que constituyen la red sanitaria de utilización pública de Cataluña.

Para el desempeño de las competencias asignadas, la organización del Servicio Catalán de la Salud se lleva a cabo en tres niveles, éstos son, los servicios matrices, la estructura territorial, las empresas públicas y los órganos colegiados de dirección y participación. A su vez, se ha llevado a cabo una estructura organizativa territorial desconcentrada mediante la creación de las denominadas regiones sanitarias, sectores sanitarios y áreas básicas de salud.

En relación a los órganos de dirección de cada una de las estructuras a las que hemos hecho referencia, se distingue el Consejo de Dirección, la Dirección, siendo esta última sustituida por el Gerente en el caso de las regiones sanitarias.

El Servicio Catalán de la Salud para llevar a cabo la gestión y administración de los servicios y prestaciones del sistema sanitario público recurre a diferentes formas de gestión, directas e indirectas o compartidas, que permiten incorporar mecanismos de gestión empresarial en la Administración sanitaria. Con motivo de ello, y en función a

la Ley de ordenación sanitaria de Cataluña y la Ley del estatuto de la empresa pública catalana se han constituido varias empresas públicas adscritas al Servicio Catalán de Salud.

Otra Comunidad Autónoma que ha llevado a cabo la creación de un Ente de Derecho Público para la provisión de servicios sanitarios ha sido el País Vasco y recibe la denominación de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

Al igual que sucedía con el Servicio Catalán de la Salud, este Ente Público se considera como un Ente Institucional de la Comunidad Autónoma adscrito al Departamento de Sanidad y cuya organización y funcionamiento se abordan en los estatutos dentro del marco de su propia ley de creación.

De otra parte, del Ente Público dependerá un conjunto de organizaciones provisoras de servicios sanitarios para que realicen su actividad los diversos hospitales, ambulatorios y centros de salud que integran los recursos sanitarios públicos de la Comunidad Autónoma.

En relación a los órganos rectores del Ente Público se diferencian el Presidente y el Consejo de Administración. Al frente de la organización central del Ente Público se encontrará el Director General del mismo y, al frente de cada organización de servicios sanitarios del Ente Público se encontrará un Director-Gerente.

De otra parte, para el desarrollo de funciones de propuesta y asesoramiento, así como de participación en las organizaciones de servicios, existirá un Consejo de Dirección en cada organización, integrado por el equipo directivo, las jefaturas de unidad que se determinen y una representación de los vocales electos que formen parte de los Consejos Técnicos de participación profesional respectivos.

La administración matriz ejerce un control financiero del ente de derecho público mediante el denominado Programa de Actuación, Inversiones y Financiación el cual, a juzgar por Gómez (2000: 139), jugará un doble papel ya que, por un lado se trata de una

herramienta de gestión para el ente y, por otro lado, se configura como una herramienta de control para la administración matriz.

Gestión de recursos

Tal y como se ha hecho referencia previamente en la introducción a este modelo organizativo, la característica más relevante y diferenciadora que se pondrá de manifiesto en el mismo es "la ruptura de la ecuación clásica personificación de Derecho público implica actuación sometida a Derecho público" (Gómez: 2000, 139).

De esta manera, los entes de Derecho público constituidos mantendrán su persona jurídica de Derecho público, mientras que el régimen jurídico de su actividad estará sometido, en general, al Derecho privado, excepto en aquellos casos en que ejerzan poderes públicos en el orden externo que se regularán por Derecho público. De otra parte, en ocasiones, las propias normas constitutivas de estos entes imponen la aplicación de determinadas normas o regímenes de Derecho público.

Recursos humanos

El ordenamiento jurídico admite que su personal se someta a Derecho privado y por lo tanto de aplicación el régimen laboral.

Patrimonio

Los Entes Públicos pueden ser titulares de bienes propios o tenerlos cedidos por la Administración territorial de que dependan.

Régimen de contratación

Tal y como señala Gómez (2000: 142) en relación a la contratación de bienes y servicios, tradicionalmente, resultaba aplicable y sin limitaciones el régimen mercantil, es decir, el Derecho privado. Sin embargo, indica que en la actualidad crear un Ente de Derecho público no resulta suficiente para gestionar sus recursos materiales conforme al Derecho privado ya que en el artículo 1.3. de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas se regula que "[...] deberán (...) ajustar su actividad contractual a la presente ley (...) las entidades de Derecho público, con personalidad jurídica propia vinculadas o dependientes de cualquiera de las Administraciones Públicas, siempre que se den los siguientes requisitos:

- Que hayan sido creadas para satisfacer específicamente necesidades de interés general que no tengan carácter industrial o mercantil.

En este caso se deberán poner de manifiesto los argumentos, unos a favor y otros en contra, sobre si la asistencia sanitaria pública es o no una actividad mercantil, ya que de ello se derivan consecuencias en el ámbito de la gestión.

- Que se trate de entidades cuya actividad se encuentre financiada mayoritariamente por las Administraciones Públicas u otras entidades de Derecho público; o bien, cuya gestión se halla sometida a un control por parte de estas últimas, o cuyos órganos de administración, de dirección o de vigilancia estén compuestos por miembros más de la mitad de los cuales sean nombrados por las Administraciones Públicas y otras entidades de Derecho Público".

Si las entidades de Derecho Público cumplen estos dos requisitos someterán todo el régimen de contratación de bienes y servicios al Derecho Público.

En lo referente a las organizaciones sanitarias, gran parte de las que siguen este modelo cumplen la segunda condición, dado que la ley sólo exige que se cumpla uno sólo de los tres aspectos señalados, esto es, financiación, control o nombramientos públicos.

Por lo tanto, la cuestión se centra en el cumplimiento o no del primer aspecto, es decir, si se considera que la actividad desempeñada por el Ente tiene carácter mercantil no se someterá a LCAAPP, por el contrario, si no se entiende que tiene un carácter mercantil, en el ejercicio de su actividad le será de aplicación la LCAAPP. (Gómez, 2000:144).

Si tomásemos como ejemplo lo que establecen al respecto los Estatutos Sociales del Ente Público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, en su artículo 20 sobre normas del régimen de contratación indica que "el régimen general de contratación y adquisición de bienes y servicios necesarios para el ejercicio de las funciones del Ente Público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud y sus organizaciones de servicios será el establecido en la Ley 13/1995, de Contratos de las Administraciones Públicas".

Régimen Presupuestario

Tal y como se ha hecho referencia anteriormente, antes de la aprobación de la *LOFAGE* el *Texto Refundido la Ley General Presupuestaria* a nivel estatal regulaba para este tipo de Entes que los mismos se debían regir por las normas de Derecho mercantil, civil o laboral, salvo en las materias en que les fuese de aplicación la misma.

Derivado de ello, el Capítulo III de la referida legislación hacía referencia a los programas de actuación, inversiones y financiación que las Sociedades Estatales debían elaborar anualmente. Estos programas deben responder a las previsiones plurianuales oportunamente elaboradas, expresando los objetivos a alcanzar, su cuantificación y los recursos necesarios.

Así mismo, de manera adicional también deben elaborar un presupuesto de explotación y un presupuesto de capital que detallarán los recursos y dotaciones anuales correspondientes.

Por otra parte, en aquellos supuestos en que se estipulasen convenios con el Estado que diesen lugar a regímenes especiales se debía incluir la siguiente información:

- Hipótesis macroeconómicas y sectoriales que sirvan de base al acuerdo.
- Objetivos de la política de personal, rentabilidad, productividad o reestructuración técnica de la explotación económica, así como métodos de evaluación de aquellos.
- Aportaciones del Estado en sus distintas modalidades.
- Medios a emplear para adaptar los objetivos acordados a las variaciones habidas en el respectivo entorno económico.
- Control por el Ministerio de la ejecución del convenio y posterior explotación económica.

El artículo 18 de los Estatutos Sociales del Ente Público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud regula, entre otras, las normas sobre régimen presupuestario del Ente, observándose como se reproduce prácticamente el régimen establecido en la LGP. Entresacamos a continuación las más relevantes en lo que al ámbito presupuestario se refieren:

Al Ente Público Oskidetza-Servicio Vasco de Salud le será de aplicación las disposiciones legales sobre el Régimen Presupuestario de Euskadi, si bien respecto a las organizaciones que lo componen, se tendrán en cuenta las siguientes circunstancias:

- Cada organización dispondrá de un presupuesto de explotación y de capital.
- En su caso, un estado de compromisos futuros.
- Memoria anual comprensiva de sus actividades, principales realizaciones y objetivos a alcanzar cuantificados.

En relación a las dotaciones, tanto del presupuesto de explotación como del presupuesto de capital de cada una de las organizaciones del Entes Público, tendrán carácter estimativo en todo caso, sin perjuicio de que en el ámbito consolidado de todo el Ente Público tengan carácter limitativo, conforme a la legislación aplicable.

Será el Consejo de Administración del Ente Público el que establezca los procedimientos de elaboración y liquidación de los Presupuestos en el ámbito de las organizaciones del Ente, teniendo en cuenta su adecuación con los procedimientos establecidos para la elaboración y liquidación de los Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma.

La organización central del Ente Público informará los presupuestos de las organizaciones de servicios sanitarios señalando los límites de gasto que permiten la consolidación en todo el Ente Público y sujetando a autorización por parte de la organización central toda variación del importe en los conceptos que son considerados limitativos para el conjunto del Ente Público por encima de los límites establecidos. Asimismo el informe deberá rechazar aquellas previsiones por cualquier concepto que resulten contrarias al marco estratégico que tenga aprobado cada organización de servicios.

Contabilidad

Antes de la aprobación de la *LOFAGE*, el Texto Refundido de la Ley General Presupuestaria disponía que la Contabilidad de las Sociedades Estatales se debían ajustar a las disposiciones del Código de Comercio, a las que se dicten en su desarrollo y al Plan General de Contabilidad para las Empresas Españolas.

En relación a las posibles disposiciones de desarrollo del vigente Plan General de Contabilidad para la empresa, tal y como se hizo referencia anteriormente en relación a las Entidades Públicas Empresariales por serles de aplicación la misma normativa, en lo que a nuestro ámbito de estudio se refiere, se ha llevado a cabo la adaptación contable del vigente plan a las empresas de asistencia sanitaria mediante Orden de 23 de diciembre de 1996 siendo, por lo tanto la misma, de aplicación a las entidades objeto de estudio.

En relación a lo que disponen, sobre el régimen de Contabilidad, los estatutos del Ente Público Oskidetza-Servicio Vasco de Salud, el artículo 18.4 establece que tanto el referido Ente Público como cada una de las organizaciones que lo componen llevará su propia información económico-financiera, elaborada de acuerdo a los criterios del Plan General de Contabilidad adaptado a las empresas de asistencia sanitaria, ajustándose, asimismo, a lo que la normativa en materia de control y contabilidad establezca para los Entes Públicos de Derecho Privado.

De la misma manera, se indica que cada una de las organizaciones que integra al Ente Público dispondrá de un conjunto de Estados Financieros previsionales, que comprenderán Balance Previsional, Cuenta de Pérdidas y Ganancias Previsional y Cuadro de Financiación Previsional al cierre del ejercicio.

Asimismo se establece que al objeto de posibilitar una mayor eficacia e integración del conjunto de organizaciones dependientes del Entes Público, se podrá establecer un "Fondo Central de Compensación" mediante aportaciones fijadas en función de las características y presupuesto de cada organización de servicios, agotándose, en su caso, con carácter previo a la formulación definitiva de la cuenta de Pérdidas y Ganancias del Ente Público.

Control interno de la gestión económico-financiera

El artículo 88 del Texto Refundido de la Ley General Presupuestaria, antes de la aprobación de la *LOFAGE,* establecía que les sería de aplicación el control de eficacia del artículo 17 en el que se indica que el control de carácter financiero se ejercerá por la Intervención General de la Administración del Estado, de conformidad con lo prevenido en cada caso respecto a los Entes Públicos para comprobar su funcionamiento en el aspecto económico-financiero y conforme a las disposiciones y directrices que les rijan.

El preceptivo control de eficacia se ejercerá mediante el análisis del coste de funcionamiento y del rendimiento o utilidad de los respectivos servicios o inversiones, así como el cumplimiento de los objetivos de los correspondientes programas.

El control de eficacia descrito será ejercido por el Ministerio de que dependan directamente, que en el ámbito de las Comunidades Autónomas será el Departamento o Consejería correspondiente.

En relación al control económico-financiero y de gestión del Ente Público Osadidetza-Servicio Vasco de Salud, en la disposición adicional tercera de sus estatutos establece que el control financiero permanente sobre la actividad del mismo se llevará a cabo por la Intervención en Osadidetza-Servicio Vasco de Salud, la cual ejercerá sus funciones en nombre y por delegación del Director de la Oficina de Control Económico. Su interventor será nombrado por el Gobierno a propuesta del Consejero de Hacienda y Administración Pública.

Asimismo, en el artículo 4 de los estatutos dispone que la Ley de Ordenación sanitaria de Euskadi, el Ente Público al que estamos haciendo referencia dispone de personalidad jurídica pública diferenciada y plena capacidad de obrar para el cumplimiento de su objeto y fines, pero sujeto a la tutela que determine el ordenamiento jurídico en función de su adscripción al Departamento de Sanidad en la Administración de la Comunidad Autónoma de Euskadi.

3.1.6. Sociedades mercantiles de titularidad mayoritariamente pública

Las sociedades mercantiles de titularidad pública son aquellas sociedades en cuyo capital es mayoritaria la participación, directa o indirecta, de la Administración del Estado o de sus organismos y demás Entidades estatales de Derecho público.

Hasta la aprobación de la *LOFAGE*, a nivel estatal, las sociedades mercantiles de titularidad mayoritariamente pública quedarían integradas en el conjunto de Sociedades estatales recogido en el artículo 6 del *TRLGP* del que también formaban parte las Entidades de Derecho Público.

Las Sociedades estatales se regirán por las normas de Derecho mercantil, civil o laboral, salvo en las materias que les sea de aplicación la LGP.

En lo referente a la normativa existente en torno a las mismas en el ámbito autonómico, Gómez (2000, 146) señala que es escasa y que, en general, se mantiene el mismo concepto en torno a este tipo de sociedades, haciéndose referencia a las mismas como sociedades mercantiles en cuyo capital sea mayoritaria la participación de la comunidad autónoma o de sus organismos autónomos, o entidades autónomas[8].

De otra parte, se debe poner de manifiesto que las referidas sociedades también se encuentran reguladas en el Real Decreto sobre nuevas formas de gestión del Instituto Nacional de la Salud, estableciendo en su artículo 3 que la gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios podrá llevarse a cabo, siempre que se garantice y preserve la condición de servicio público, a través de sociedades estatales, entendiendo como tales, aquellas sociedades en cuyo capital sea mayoritaria o única la participación del Instituto Nacional de la Salud y que se constituyan para la gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de protección de la salud o de atención sanitaria.

Existen numerosas referencias en las que se argumentan las posibles razones por las cuales la Administración interviene en las sociedades mercantiles, figurando entre las mismas las citadas por los siguientes autores:

[8] Tan solo indica que la Ley 4/1985 de Cataluña, y la Ley 12/1983 del País Vasco, introducen alguna modificación relevante (Santamaría, 1991).

Gómez (2000,) "[...] tras la Segunda Guerra Mundial el Estado, definido como Estado social, ha llevado a cabo un fuerte intervencionismo administrativo en todos los sectores de la economía en casi todos los países occidentales comprando o vendiendo, cuando estiman conveniente, participaciones de sociedades mercantiles consideradas estratégicas social o económicamente. La organización del sector público empresarial a través de sociedades mercantiles ofrece gran movilidad operativa, instrumentándose fundamentalmente mediante la compra o venta de acciones en bolsa, lo que permitirá expansionar o restringir fácilmente el sector público económico, adaptándolo a la coyuntura económica o a los planteamientos políticos de cada momento".

López Ramón (1993) "[...] para actividades comerciales o industriales, no sólo se encuentran plenamente justificadas por la naturaleza de su actividad, sino que debe imponerse este modelo organizativo porque garantiza la libre competencia".

García de Enterría (1989) entiende que en el caso de que la Administración entre a formar parte de la sociedad anónima como socio único, se está excediendo notoriamente del funcionalismo propio de esta forma de personificación. Una sociedad mercantil, responde al principio asociativo o corporativo, es decir, varios socios "ponen en común" sus capitales con vistas a la constitución de una empresa de la que serán miembros en el sentido propio de este concepto. Este principio falta cuando la Administración no pone capitales en común con otros socios, sino que ya aparece inicialmente como socio exclusivo. En esta situación, en vez del principio corporativo, lo que se manifiesta es el principio institucional de personificación. Es decir, la sociedad aparece como una simple forma para encubrir la creación de un ente filial puro y simple, en el sentido exacto de los entes institucionales, esto es, una organización convencional con fines instrumentales de gestión de algo que es propio y no de un conjunto de personas.

El autor apoya su tesis con los ejemplos de países como Reino Unido, Francia y Alemania donde no se utiliza la forma de sociedad anónima pública, pues cuando es

creada por una Administración Pública, concluye García de Enterría, ni es sociedad, ni es realmente mercantil.

Por el contrario, si la Administración no actuase como socio único, el papel de la misma en la sociedad mercantil, según el mismo autor, puede ser diverso:

- De accionariado gestor, asumiendo, bien por porcentaje de capital, bien por ley, bien por precepto estatutario, la responsabilidad principal de la gestión.
- De accionariado fiscal, en que la Administración Pública adopta una posición estricta de socio privado, es decir, buscando la obtención de beneficios, sin que pueda hablarse entonces de la sociedad como un verdadero ente institucional.
- De accionariado de presencia o accionariado testigo, justificado en un interés público de estar presente en la gestión de empresas significativas dentro de la economía general para, poder fiscalizar internamente su actuación, fórmula a la que se ha ido inclinando el socialismo europeo como alternativa a la nacionalización. En este supuesto, la participación pública, tampoco convierte la sociedad en un ente institucional.

En este momento, tal y como indica Gómez (2000, 149) se debe tener presente "una precisión que estimamos importante: en el caso que analizamos -sociedades mercantiles-, no estamos ante organismos administrativos sino frente a una sociedad de la que es propietario un ente público (en sentido amplio). De aquí se desprende una importante consecuencia: la relación entre la Administración Pública y las sociedades mercantiles por ella creadas no es de tipo orgánico, sino que se explica como cualquier relación entre un propietario y la cosa que le pertenece. Estas sociedades no son el Estado (o la Comunidad Autónoma, o la provincia o el municipio) sino que son propiedad del mismo".

Organización

La organización interna de las sociedades mercantiles es siempre privada, es decir, aquella que es propia de una sociedad mercantil, con junta general de accionistas, consejo de administración, presidente, etc.

En el momento en que se lleva a cabo la creación y constitución de este tipo de sociedades, que en el ámbito estatal deberá llevarse a cabo por acuerdo del Consejo de Ministros y, en al ámbito autonómico por acuerdo del Consejo de Gobierno, se aprobarán inicialmente los estatutos de las mismas, en los cuales, tal y como se indica en el artículo 57 del RDNFG, se regularán como mínimo las siguientes materias:

- Denominación, objeto, fines, duración y domicilio.
- Enumeración de los integrantes y normas para nuevas admisiones.
- Descripción de la participación de cada una de las entidades públicas o personas jurídicas societarias.
- Definición del régimen jurídico aplicable.
- Órganos de las sociedades estatales: representación, convocatorias, lugar de celebración, deliberación y adopción de acuerdos, delegación de facultades y responsabilidades.
- Cuentas anuales: informes de gestión, auditorías, formulación y aprobación de cuentas anuales y, en su caso, reserva legal.
- Régimen de personal, patrimonial, financiero, presupuestario y de contratación y control.
- Resolución de conflictos, modificación de estatutos, disolución y liquidación.
- Las garantías, procedimientos de planificación, coordinación y de control de gestión y de funcionamiento por el INSALUD.
- Cuantos otros aspectos vengan establecidos en el ordenamiento jurídico.

Por lo tanto, en los estatutos iniciales quedará definida la estructura interna de este tipo de organizaciones. En esta línea, se debe indicar que la disposición adicional primera del RDNFG establece que a los hospitales que se acojan a este modelo organizativo no les será de aplicación lo previsto en el Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de los hospitales gestionados por el INSALUD, a excepción de los artículos 2, 5, 28, 30 y 31, que les serán de aplicación.

De otra parte, en el capítulo II del Real Decreto al que estamos haciendo referencia se regulan una serie de disposiciones comunes a las nuevas formas de gestión, entre las que figuran las que hacen referencia, por un lado, a los Órganos de Gobierno y Dirección de los centros sanitarios, y por otro lado, a los Órganos de Participación en los referidos centros.

En lo que a los Órganos de Gobierno se refiere, debe ponerse de manifiesto en primer lugar que existe una disposición específica para las sociedades estatales, más concretamente el artículo 58, en la cual se regula que el máximo órgano de gobierno en este tipo de organizaciones será el Consejo de Administración, tendiendo entre sus funciones la representación de la sociedad, así como, el poder de ejercer todas las facultades que sean necesarias para la realización de sus fines sociales. El número de miembros estará en función de la composición de los integrantes de la sociedad y de su aportación, siendo el nombramiento del presidente según lo previsto en los estatutos respectivos.

De otra parte, en las disposiciones comunes se indica que corresponderá a los órganos de gobierno establecer las directrices de carácter general y la planificación estratégica del centro sanitario, así como aprobar y modificar las normas internas del funcionamiento y la estructura de los órganos de dirección. Asimismo, deberán velar por el correcto funcionamiento de los órganos de participación.

En relación a los Órganos de Dirección, el artículo 24 establece que "la Dirección Gerencia" será el órgano superior de dirección del centro sanitario, correspondiendo al órgano de gobierno aprobar la estructura directiva de los centros. A este respecto, tendrán la consideración de directivos los responsables de las unidades orgánicas, entre los que necesariamente se encontrarán los responsables del ámbito clínico y de cuidados.

También, en todos los centros sanitarios existirá una "Comisión de Dirección" a la que le corresponderá la coordinación, estudio y deliberación de las actividades relativas al centro sanitario en los términos establecidos en las normas internas de funcionamiento. Estará presidida por el Director Gerente y, formarán parte de la misma, los directivos y responsables de las unidades.

Por último, en relación a los Órganos de Participación, todas las entidades que se constituyan deben establecer en sus estatutos una relación de órganos de participación internos y externos, así como, una serie de órganos asesores.

En lo referente a los Órganos de participación externa, quedarán integrados mediante la denominada "Comisión de Participación y Garantías de los Ciudadanos", órgano colegiado de participación en la evaluación de la asistencia sanitaria, así como en el asesoramiento al órgano de gobierno del centro sanitario, correspondiéndole, entre otras, las funciones que se enumeran a continuación:

- Conocer e informar los planes de actuación del centro sanitario, ya sean estratégicos, asistenciales, económicos o de inversiones.
- Conocer los objetivos y normas de funcionamiento del centro sanitario en lo que afecte al ciudadano.
- Conocer los presupuestos y balances anuales, así como sus fuentes de financiación.
- Velar por el bienestar y atención general del usuario.

- Recibir información sobre las actividades desarrolladas por la unidad de garantías a los ciudadanos, incluido el número y características de las reclamaciones presentadas.
- Proponer las medidas que se estimen oportunas en orden a la mejora de calidad asistencial y del servicio que preste el centro sanitario.
- Seguimiento de los criterios y actuaciones en materia de calidad.
- Emitir un informe anual sobre la memoria de gestión del centro sanitario.

En relación a los Órganos de participación interna de los profesionales que presten su servicio en el centro, se llevará a cabo mediante la "Junta Asistencial", órgano colegiado de asesoramiento y consulta de los órganos de dirección que tiene asignadas las siguientes funciones:

- Conocer, informar y evaluar los objetivos asistenciales, docentes y de investigación.
- Asesorar a los órganos de dirección del centro sanitario en todas aquellas materias de incidencia directa en las actividades asistenciales del mismo.
- Conocer e informar las normas de funcionamiento interno y la estructura de los órganos de dirección del centro sanitario, con carácter previo a su aprobación o modificación por el órgano de gobierno.
- Conocer e informar los planes anuales de inversiones.
- Proponer las medidas para la mejora de la organización, del funcionamiento y de la calidad.
- Proponer la designación de los miembros de las Comisiones Técnicas de carácter clínico-asistencial y conocer e informar sus propuestas.
- Conocer las propuestas y acuerdos de las Comisiones Clínica y de Cuidados cuando aquellas tengan incidencia exclusiva en las actividades clínica o de cuidados respectivamente.

- Conocer, y en su caso, aprobar las propuestas de las comisiones clínica y de cuidados, cuando aquellas tengan incidencia en otras actividades que no sean exclusivas del ámbito específico de dichas comisiones. Igualmente conocerá, y en su caso, aprobará las propuestas de cualquier otra comisión que pueda crearse.

De otra parte, y dependiendo de la Junta Asistencial, en los centros hospitalarios existirán, por un lado, una "Comisión Clínica" como órgano colegiado de los facultativos del centro sanitario para el estudio y propuesta de los asuntos propios de su ámbito, y por otro lado, una "Comisión de Cuidados" como órgano colegiado para el estudio y propuesta de los asuntos referidos a la actividad de cuidados.

En relación a las funciones atribuidas a ambas comisiones, figuran las siguientes:

a) A la Comisión Clínica:

- Informar u asesorar, a requerimiento de la Junta Asistencial, en todas aquellas material de incidencia directa en las actividades clínicas del centro sanitario.
- Informar los planes de inversiones que afecten a la actividad clínica.
- Analizar y proponer a la Junta Asistencial los programas de mejora de la calidad.
- Elaborar informes sobre materias que afecten a las actividades clínicas del centro sanitario.
- Proponer medidas tendentes a la actualización de los conocimientos, potenciación de la investigación, mejora asistencial y de coordinación entre niveles asistenciales.
- Cualquier otra función que se establezca en los estatutos o, en su caso, se delegue por la Junta Asistencial.

b) A la Comisión de Cuidados:

- Informar y asesorar, a requerimiento de la Junta Asistencial, en todas aquellas materias de incidencia directa en las actividades de cuidados del centro sanitario.
- Informar los planes de inversiones que afecten a la actividad de cuidados.
- Analizar y proponer a la Junta Asistencial los programas de mejor de la calidad.
- Elaborar informes sobre las materias que afecten a la actividad de cuidados del centro sanitario.
- Proponer medidas tendentes a la actualización de los conocimientos, mejora asistencial y de coordinación entre niveles asistenciales.
- Cualquier otra función que se establezca en los estatutos o, en su caso, se delegue por la Junta Asistencial.

Una vez descritos los Órganos de Gobierno, Dirección y Participación de los centros sanitarios que adopten la figura de sociedad mercantil de titularidad pública regulada en RDNFG se debe poner de manifiesto que, aunque en principio, la referida fórmula de gestión se rige por las normas de Derecho mercantil y pudiera pensarse como ideal para llevar a cabo una gestión empresarial similar a la de una empresa privada, son diversos los autores que opinan que, en la mayoría de los casos, existe un relevante control por parte de la Administración.

A este respecto, Villar Rojas (1994) indica que siempre hay un núcleo de Derecho público: el integrado por las normas que regulan su creación y otorgan potestades de dirección y control a la administración matriz, junto con los principios constitucionales que le son de aplicación en cuanto que poder público, pese a la vestidura mercantil.

De otra parte, Cosculluela (1995) pone de manifiesto que "su inclusión entre las Administraciones Públicas obedece a que parte de su régimen jurídico, particularmente

las relaciones con las entidades públicas matrices, se regula por el Derecho administrativo, si el capital es mayoritariamente público".

Este núcleo irreductible de Derecho público se manifiesta en los siguientes aspectos:

- Adscripción de la sociedad a un órgano de la Administración matriz.
- Es posible establecer un recurso de alzada impropio (aunque en puridad, sólo se contempla para los OOAA).
- El ente matriz no designa a los titulares de los órganos de gobierno. Lo harán los órganos sociales. En la práctica, si la posición de la Administración es mayoritaria, el resultado es el mismo que si el ente matriz realizará directamente los nombramientos.
- El régimen de control financiero previsto en la LGP se aplica sólo en los casos en que la posición de la Administración es mayoritaria. En estos casos, su régimen financiero es el visto para las entidades de Derecho público.

La simple titularidad minoritaria de títulos de una sociedad por parte de una Administración Pública no altera su régimen jurídico: el Derecho público considera que se trata de una mera participación accionarial integrada en el dominio patrimonial del Estado.

- Cuando la sociedad se liquida, sus bienes pasan a la Administración matriz en proporción a su participación en el capital social.

Para Santamaría (1991:) la valoración que se haga del funcionamiento interno de estas sociedades varía sustancialmente según el volumen de participación pública en el capital:

- La primera posibilidad es que el poder público sea propietario absoluto de la sociedad (o sea, titular del 100 por 100 del capital).

En este caso la sociedad es una personificación estrictamente instrumental.

- La segunda posibilidad es que el poder público sea socio mayoritario (esto es, sea titular de más del 50 por 100 del capital social).

En esta situación, la instrumentalidad está matizada, pues el ente público mayoritario comparte su condición de accionista con otras personas. La empresa no puede limitarse, en este caso, a servir el puro interés general, sino que ha de atender también al interés particular de los restantes socios privados.

- La última posibilidad es que el poder público sea un simple socio minoritario (o sea, tenga una participación inferior al 50 por 100 del capital).

La relación de instrumentalidad cambia de sentido en este caso: la condición de instrumental pasa del ente a la participación en sí.

Gestión de recursos

Tal y como se hizo referencia previamente en la introducción que se efectuó a la forma jurídica que se está analizando, el artículo 6 del TRLGP regula que "las sociedades estatales se regirán por las normas de Derecho mercantil, civil o laboral, salvo en las materias que les sea de aplicación en la presente Ley", así como que la gestión de las mismas "se coordinará con la Administración de la Hacienda Pública en los términos previstos por esta Ley".

De otra parte, y por constituir nuestro propio ámbito de aplicación, la disposición específica para las sociedades estatales regulada en la sección 3ª del RDNFG establece que las mismas "se regirán por el presente Real Decreto, por sus estatutos sociales y, en todo caso, por lo establecido en el artículo 6 del texto refundido de la Ley General Presupuestaria, aprobado por Real Decreto legislativo 1091/1988, de 23 de septiembre".

Recursos humanos

En base a la citada disposición específica, la relación jurídica del personal al servicio de las sociedades estatales será de carácter laboral y en consecuencia le será de aplicación

lo dispuesto en texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores, y demás disposiciones de desarrollo.

Sin embargo, en el artículo 19 del RDNFG se contempla la circunstancia en relación al personal estatutario fijo del Sistema Nacional de Salud que desee incorporarse a las plantillas de personal de las sociedades estatales que se constituyan al amparo del RDNFG.

En este caso, al no poder conservar su régimen estatutario dentro de la nueva sociedad estatal, le será de aplicación lo dispuesto en el artículo 116 de la Ley 13/1996, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social, según la cual, el referido personal pasará, en relación con su plaza estatutaria de origen, a la situación de excedencia voluntaria por incompatibilidad, situación administrativa establecida en el artículo 10 de la Ley 53/1984 de 26 de diciembre, de incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas, durante un período máximo de tres años, desde la declaración de excedencia voluntaria por incompatibilidad, podrá volver a ocupar su puesto de origen.

A pesar de que en este tipo de organizaciones no es posible la existencia de personal en régimen administrativo, el artículo 21 del RDNFG sobre selección y provisión de puestos de trabajo establece que la selección de personal se efectuará mediante convocatoria pública ajustada a los principios constitucionales de igualdad, mérito y capacidad, y siguiendo los criterios generales que emanen del Instituto Nacional de la Salud para garantizar una actuación coordinada.

Patrimonio

Las disposiciones comunes del RDNFG, en su artículo 16 hace referencia al patrimonio que pueden disponer las nuevas formas jurídicas de gestión. En relación a ello, se regula que los centros y servicios sanitarios podrán disponer de:

- Bienes cedidos por la Administración General del Estado o por entidades territoriales, o adscritos por la Tesorería General de la Seguridad Social.
- Los bienes adscritos por la Tesorería General de la Seguridad Social se regirán por lo establecido en el Real Decreto 1221/1992, de 9 de octubre, sobre patrimonio de la Seguridad Social y demás legislación específica sobre el mismo.
- Los bienes inmuebles del patrimonio de la Seguridad Social que se adscriban a estas entidades, serán objeto de administración ordinaria, a cuyos efectos se les atribuyen los mismos derechos y obligaciones que a las Entidades Gestoras de la Seguridad Social.
- En lo que respecta a su propio patrimonio podrán adquirir, a título oneroso o gratuito, poseer, arrendar bienes y derechos de cualquier clase, que quedarán afectados al cumplimiento de sus fines. Las adquisiciones de bienes inmuebles, así como las enajenaciones y gravámenes de bienes inmuebles propios requerirán el previo informe favorable de la Presidencia Ejecutiva del Instituto Nacional de la Salud y el acuerdo del órgano de gobierno del centro sanitario.
- Todos los bienes patrimoniales serán objeto de inventario, consignándose en el mismo el carácter y la procedencia de dichos bienes, así como el destino específico de los inmuebles adscritos propiedad de la Tesorería General de la Seguridad Social.

Recursos económicos

En relación al régimen presupuestario, económico-financiero, de contabilidad, intervención y control financiero las entidades objeto de estudio, el artículo 61 del RDNFG indica que será el establecido para estas sociedades en la Ley General Presupuestaria.

Sin embargo, en lo referente a los recursos económicos la sección 4ª de las disposiciones comunes indica que podrán proceder de las siguientes fuentes:

- Aportaciones económicas que procedan del Instituto Nacional de la Salud por la prestación de servicios sanitarios.
- Otras aportaciones económicas que procedan del Instituto Nacional de la Salud, así como aquellas que se realicen por cualquier persona jurídica, o por entidades de naturaleza o titularidad públicas que participen o se integren en las nuevas formas de gestión en los términos establecidos en el presente Real Decreto y en los estatutos de cada entidad.
- Fondos obtenidos por la prestación de servicios sanitarios a otras instituciones y a terceros obligados al pago, en los términos establecidos en el anexo II del Real Decreto 63/1995, de 26 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.
- Bienes y valores que constituyan su patrimonio.
- Productos y rentas de dicho patrimonio.
- Ingresos ordinarios y extraordinarios que estén autorizadas a percibir, según las disposiciones por las que se rijan.
- Donaciones y legados y cualesquiera otras aportaciones públicas y privadas que se apliquen a una finalidad determinada y hayan sido aceptadas según lo previsto en la legislación vigente.
- Cualquier otro recurso que pudiera serles atribuido por la normativa aplicable.

Régimen de contratación

El artículo 59 del RDNFG regula la actividad contractual de las sociedades estatales indicando que se ajustarán al derecho civil y mercantil y estarán sujetas a los principios de publicidad y concurrencia, salvo en los casos no exigidos en la legislación sobre contratos de las Administraciones públicas.

Dichos principios se materializarán en la obligación de publicar un anuncio, al menos en un periódico de ámbito estatal y en otro local, y en la concesión de un plazo mínimo de diez días para la presentación de ofertas a contar desde la fecha del anuncio.

Régimen presupuestario

El régimen presupuestario de las Sociedades Mercantiles Estatales será el establecido para las mismas específicamente en la *Ley General Presupuestaria* y, mas concretamente, en el Título II denominado "De los Presupuestos Generales del Estado", Capítulo V "De las Entidades Públicas Empresariales, Sociedades Mercantiles Estatales y Fundaciones del Sector Público Empresarial".

En el Artículo 64. *Presupuesto* regula, entre otros aspectos, "[...] que las Sociedades Mercantiles Estatales elaborarán un presupuesto de explotación que detallará los recursos y dotaciones anuales correspondientes. Asimismo, formarán un presupuesto de capital con el mismo detalle. Los presupuestos de explotación y de capital se integrarán en los Presupuestos Generales del Estado.

2. Los presupuestos de explotación y de capital estarán constituidos por una previsión de la cuenta de resultados y del cuadro de financiación del correspondiente ejercicio. Como anexo a dichos presupuestos se acompañará una previsión del balance de la entidad, así como la documentación complementaria que determine el Ministerio de Hacienda.

3. Las entidades remitirán los estados financieros señalados en el apartado anterior referidos, además de al ejercicio relativo al proyecto de Presupuestos Generales del Estado, a la liquidación del último ejercicio cerrado y al avance de la liquidación del ejercicio corriente.

4. Junto con los presupuestos de explotación y de capital, se remitirá por las entidades una memoria explicativa de su contenido, de la ejecución del ejercicio anterior y de la previsión de la ejecución del ejercicio corriente".

De otra parte, en el Artículo 65. *Programa de actuación plurianual* regula que "[...] 1. Las entidades que deban elaborar los presupuestos de explotación y de capital con arreglo a lo dispuesto en el artículo 64 de esta ley formularán, asimismo, anualmente un programa de actuación plurianual, con las excepciones contempladas en el apartado 2 del artículo 66 de esta ley.

2. El programa de actuación plurianual estará integrado por los estados financieros determinados en el artículo 64 de esta ley y, junto con la documentación indicada en el apartado siguiente, reflejará los datos económico-financieros previstos para el ejercicio relativo al proyecto de Presupuestos Generales del Estado y a los dos ejercicios inmediatamente siguientes, según las líneas estratégicas y objetivos definidos para la entidad.

3. Los programas de actuación plurianual se acompañarán de la información de carácter complementario siguiente:

a) Hipótesis de la evolución de los principales indicadores macroeconómicos que hayan servido de base para la elaboración de los programas de actuación plurianual.

b) Premisas principales del planteamiento que conforme las líneas estratégicas de la entidad.

c) Previsiones plurianuales de los objetivos a alcanzar del sector público Estatal

d) Memoria de las principales actuaciones de la entidad.

e) Programa de inversiones.

f) Plan financiero del período que cuantificará los recursos y las fuentes externas de financiación.

g) La restante documentación que determine el Ministerio de Hacienda".

De otra parte, tan solo poner de manifiesto que en el Artículo 66 trata de la *tramitación* de los mismos, el Artículo 67 de las *modificaciones presupuestarias* y, por último en el Artículo 68 de los *Convenios con el Estado*.

Contabilidad

Tal y como se regula en el artículo 15 del RDNFG el régimen presupuestario de las sociedades objeto de estudio será el establecido específicamente para las mismas en las normas reguladoras del antiguo TRLGP. Sin embargo, atendiendo a la vigente Ley General Presupuestaria, según el artículo 121 las Sociedades Mercantiles Estatales formarán y rendirán sus cuentas de acuerdo con los principios y normas contables del Código de Comercio y del Plan General de Contabilidad vigente para la empresa española y disposiciones que lo desarrollen.

En relación a ello, tal y como se hizo referencia en el estudio de las Entidades Públicas Empresariales, las cuáles están sujetas a la aplicación de la misma normativa, existe una disposición de desarrollo del vigente Plan General de Contabilidad para la empresa en lo que a nuestro ámbito de análisis se refiere, ésta es, la adaptación contable del vigente plan a las empresas de asistencia sanitaria, aprobada mediante Orden de 23 de diciembre de 1996.

Control interno de la gestión económico-financiera

En relación al control interno de las organizaciones objeto de estudio, en primer lugar se debe poner de manifiesto que el artículo 15 del RDNFG sobre régimen presupuestario, de contabilidad y de control financiero, establece en relación a éste último, que el control financiero se ajustará a lo previsto en el artículo 17 del antiguo TRLGP.

En este sentido, a nivel estatal, la actual Ley General Presupuestaria dispone que el control sobre las Sociedades Mercantiles Estatales se encuentra recogido en el Titulo VI denominado "*Del control de la gestión económico-financiera efectuado por la Intervención General de la Administración del Estado*".

Estas Entidades están sujetas a *la auditoría pública* establecida en el Capítulo IV, artículo 163; así como a la Auditoría de las Cuentas Anuales recogida en el artículo 168, si las mismas no estuviesen sometidas a la obligación de auditarse en el plan anual de auditorías.

En lo referente a la normativa, concepto y contenido específico de los citados controles remitimos a lo dispuesto para los Organismos Autónomos en el apartado 3.1.2.1 del presente capítulo.

Básicamente, coincide en lo planteado para las sociedades mercantiles de nuestro ámbito de estudio en el artículo 15 del RDNFG, ya que se establece que dichas entidades pondrán a disposición de la Intervención General de la Seguridad Social a los efectos de su posterior rendición al Tribunal de Cuentas, por los conductos legalmente establecidos, e integración en la cuenta del Sistema de la Seguridad Social.

Por otra parte, el artículo 13 del referido RD sobre "control de gestión y funcionamiento" regula que el control de gestión y funcionamiento de las entidades se ejercerá por el Instituto Nacional de la Salud, teniendo por finalidad comprobar el grado de cumplimiento de los objetivos y la adecuada utilización de los recursos asignados. Se establecerán anualmente programas específicos de control y evaluación interna y, en su caso, cuando así esté establecido en la normativa vigente, de auditorías de carácter externo, sin perjuicio de los controles a los que estas entidades estén sometidos por su regulación específica y que se realizarán por la Intervención General de la Seguridad Social y por el Tribunal de Cuentas.

3.2. *Nuevos modelos* de gestión directa

3.2.1. El consorcio

La creación de los Entes Institucionales analizados hasta el momento tienen una característica en común, ésta es, que su constitución se efectuará generalmente por una única entidad.

Sin embargo, en muchas ocasiones varias Administraciones Públicas realizan conjuntamente el papel de Administraciones matrices creando entre todas ellas a un nuevo Ente Institucional.

En este caso, si todas las Administraciones Públicas son del mismo nivel y, además se trata de entidades locales, surgen las denominadas Mancomunidades de Municipios, constituyendo el resultado un auténtico Ente Local nuevo, es decir, una nueva Administración Territorial.

Ahora bien, si las Administraciones que intervienen son de distinto nivel, es decir, que pertenecen a distintos ámbitos, el estatal, el autonómico o el local, surge la figura del consorcio, pero, sin embargo, en este caso el resultado es un Ente Institucional, no local (Gómez: 2000, 190).

De otra parte, la legislación local, ya que la autonómica y la estatal no establecen nada al respecto, admite la integración de entidades privadas al consorcio, sin embargo, en este caso, el consorcio resultante no se considera como Administración, ni Territorial ni Institucional (Garcia de Enterría, 1989).

La razón principal que subyace para la creación de un determinado consorcio, la constituye, básicamente, el desempeño o alcance de un fin cuyo interés es común y compartido por los distintos entes que lo integran. Generalmente, se concreta en la

gestión de un determinado servicio, bien, u obra cuya competencia se atribuye al conjunto de entes públicos que integran el consorcio.

Con motivo de ello, según Gómez (2000,) "tienen una clara finalidad de coordinación y cooperación que se resuelve en una nueva estructura organizativa a la que se le encomienda la realización por ella misma de aquellas actividades relacionadas con competencias compartidas o concurrentes de los entes públicos que constituyen el consorcio, buscando la optimización de las prestaciones a realizar".

En base a ello, sigue diciendo el referido autor tomando en consideración la definición dada por Coscuella (1995), los consorcios se pueden definir como entidades, dotadas de personalidad jurídica y patrimonio propio, creadas por diversos entes públicos de naturaleza territorial o institucional que pertenecen a escalones de la Administración Pública distintos (estatal, autonómico o local).

Se debe poner de manifiesto que hasta el momento la regulación de los consorcios ha sido escasa, constituyendo fundamentalmente la normativa local la más desarrollada.

También el artículo 7 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común se pronuncia en torno a los mismos, regulando que cuando la gestión de los convenios de colaboración celebrados entre el Gobierno de la Nación y los órganos de Gobierno de las Comunidades Autónomas haga necesario crear una organización común, ésta podrá adoptar la forma de consorcio dotado de personalidad jurídica, determinando los Estatutos del consorcio los fines del mismo, así como las particularidades del régimen orgánico, funcional y financiero. De otra parte, los órganos de decisión estarán integrados por representantes de todas las Entidades consorciadas, en la proporción que se fije en los respectivos Estatutos y, en relación a la gestión de los servicios que se le encomienden podrán utilizarse cualquiera de las formas previstas en la legislación aplicable a las Administraciones consorciadas.

Algunas de las manifestaciones en torno a la escasa regulación que de los consorcios existe, se pronuncian los siguientes autores:

"La normativa sobre el consorcio es tan mínima que constituye una simple cobertura formal, que admite los más variados contenidos; el consorcio, pues, se estructura sobre el principio de ius singulare (del Derecho singular, del caso concreto, que exige un análisis caso acaso)", Santamaría (1991).

Para García de Enterría (1989) "esto plantea el problema práctico en cada caso de determinar hacia el ordenamiento de cuál de los entes heterogéneos ha de regirse la regulación del consorcio, cuando los entes miembros tienen ordenamientos diferentes".

Santamaría (1991) pone de manifiesto cómo "en muchas ocasiones, esto ha conducido además de a la singularidad y diversidad de las regulaciones de cada consorcio, a una tendencia a la asimilación con el régimen de los organismos autónomos".

Sin embargo, en lo que a nuestro ámbito de estudio se refiere, el Real Decreto 29/2000, de 14 de enero, sobre nuevas formas de gestión del Instituto Nacional de la Salud regula en su artículo 3 que la gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios podrá llevarse a cabo, siempre que se garantice y preserve la condición de servicio público, ente otras formas de gestión, a través de consorcios.

Derivado de ello, en el Capítulo III de la referida legislación se establecen diversas disposiciones específicas en torno a las nuevas formas de gestión figurando, entre las mismas, las que hacen referencia a los consorcios.

En esta línea, el artículo 46 indica que tendrán la consideración de consocios, las organizaciones comunes, dotadas de personalidad jurídica propia y suficiente para el cumplimiento de sus fines, que se constituyan a consecuencia de los convenios, cuyo objeto sea la gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de protección de la salud o de atención sanitaria, que celebre el Instituto Nacional de la Salud con:

- Las Comunidades Autónomas.
- Las entidades que integran la Administración Local.
- Las entidades que integran la Administración local y con entidades privadas sin ánimo de lucro, que persigan fines de interés público concurrentes con los de las Administraciones Públicas
- Con todas ellas conjuntamente.

En función de las competencias atribuidas a las entidades integrantes del convenio, los consorcios podrán tener por objeto además de finalidades sanitarias, otras de carácter sociosanitario o similares.

En lo referente al régimen jurídico que les será de aplicación, el artículo 47 de la citada legislación dispone que los consorcios se regirán por:

- El convenio regulador y por sus correspondientes estatutos.
- Por el Real Decreto 29/2000, de 14 de enero, sobre nuevas formas de gestión del Instituto Nacional de la Salud.
- Por la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.
- Por el Real Decreto legislativo 781/1986, de 18 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de las disposiciones legales vigentes en materia de régimen local.
- Por el resto de las disposiciones que les sean de aplicación.

En lo que a la constitución de los consorcios se refiere, el artículo 48 establece que el Instituto Nacional de la Salud, en el ámbito de las competencias que tiene atribuidas para la administración y gestión de los centros y servicios sanitarios, podrá constituir consorcios sometidos al Real Decreto, mediante autorización acordada por el Consejo de Ministros, a propuesta del Ministro de Sanidad y Consumo.

El Acuerdo del Consejo de Ministros que autorice al Instituto Nacional de la Salud para la constitución del consorcio aprobará inicialmente sus estatutos, y se publicarán en el Boletín Oficial del Estado.

Los estatutos iniciales determinarán los aspectos esenciales para cuya modificación será necesaria la autorización del Consejo de Ministros.

En relación al contenido de los estatutos de los consorcios, se regularán, como mínimo, las siguientes materias:

- Denominación y domicilio.
- Enumeración de las entidades que lo integran y previsión de admisión de nuevos entes consorciados.
- Objeto y finalidades.
- Descripción de la participación de cada una de las entidades consorciadas.
- Proclamación de la personalidad jurídica y capacidad jurídica.
- Régimen jurídico aplicable.
- Régimen orgánico y funcional.
- Proporción de representantes de cada una de las entidades consorciadas en los órganos de gobierno y funciones de los mismos.
- Régimen patrimonial, financiero, presupuestario, contable y de control del consorcio.
- Régimen de personal.
- Régimen de contratación.
- Régimen de separación y disolución.

- Las garantías, procedimientos de planificación, coordinación y de control de gestión y de funcionamiento por el Instituto Nacional de la Salud, en los términos contemplados en el capítulo II del Real Decreto.

Organización

Según Gómez (2000, 199) no existe una normativa general que haga referencia a la organización interna del consorcio, así cómo de las relaciones del mismo con las Administraciones Públicas que lo integran, ya que, dependerá para cada caso lo regulado en los propios estatutos.

Así mismo, sigue diciendo que ante este vacío normativo, y con ánimo de establecer un régimen claro y coherente de los consorcios, en muchas ocasiones se ha remitido, por vía estatutaria, la organización y funcionamiento del consorcio a las normas reguladoras de los Organismos autónomos.

De otra parte y según Cosculluela (1995), pese a la ausencia de un régimen general, pueden establecerse las siguientes características comunes:

- El régimen de organización y funcionamiento de sus órganos se rige por Derecho Público.
- Aparte de lo dispuesto en su propio estatuto, el régimen de los actos del consorcio se rige por el Derecho estatal, autonómico o local, según se determine en la legislación sectorial que prevea su constitución, o en el propio estatuto.

Como indica el referido autor, el problema ha perdido en gran parte su trascendencia ante el proceso de homogeneización del régimen de procedimiento y de las garantías del administrado que impone en todos los ámbitos administrativos el artículo 149.1.18 de la Constitución Española y que se regula en la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

Sin embargo, a pesar de la insuficiente normativa general que existe en torno a los consorcios, tal y como se hizo referencia previamente, en el ámbito sanitario esta deficiencia queda salvada, en parte, mediante la aprobación del RDNFG.

Derivado de ello, la disposición específica relativa a los consorcios regula, en relación a los órganos de gobierno, que el máximo órgano será el denominado "Consejo de Gobierno", el cual llevará a cabo la representación del consorcio y ejercerá todas las facultades que sean necesarias para la realización de los fines asignados.

El número de miembros que las entidades consorciadas tendrán en dicho órgano estará en función de su composición y en la proporción que se fije en los estatutos correspondientes.

El Consejo de Gobierno estará formado por un Presidente, un Secretario y los Vocales designados por las entidades consorciadas. Tanto el Presidente como el resto de los miembros del Consejo de Gobierno serán nombrados según lo previsto en los estatutos.

Mientras el RDNFG regula a los órganos de gobierno del consorcio en una disposición específica, por el contrario, en lo que a los órganos de dirección y participación se refiere no expresa nada, por lo que en relación a estos últimos se estará a lo que dispone la normativa general para el conjunto de las nuevas formas de gestión.

Gestión de recursos

Salvo en el ámbito sanitario estatal, desde la publicación del RDNFG, al no existir en nuestro país una regulación de carácter general sobre la figura del consorcio, y dado que éste está generalmente integrado por entidades pertenecientes a diferentes escalones administrativos, o incluso a entidades particulares, constituye un problema relevante la determinación del régimen de la actividad del consorcio, de su personal, de la contratación de recursos materiales o de la gestión y control presupuestario (Gómez: 2000, 201).

Como dice Ramón Parada (1991), el consorcio, una vez constituido, puede utilizar cualquiera de las formas de gestión de servicios sustituyendo a los entes consorciados. Los estatutos pueden prever la creación de un aparato propio, o dar origen a un ente fundacional, puramente instrumental pero con personalidad propia, o bien crear una empresa mercantil o de economía mixta, o bien adjudicar el servicio a un concesionario o arrendatario. Por esta razón, solo es posible definir caso a caso el régimen jurídico de la actividad de cada consorcio.

Sí se puede afirmar, con carácter general (Cosculluela, 1995) que el consorcio tiene patrimonio independiente, integrado, en su caso, por los ingresos que pueda generar la actividad que desarrolla, y por las aportaciones de cualquier naturaleza que se prevea deben hacer las entidades que lo constituyan.

Seguidamente, se pondrán de relieve las previsiones que contiene el RDNFG para la gestión de recursos de los consorcios sanitarios.

Recursos humanos

Entre las disposiciones específicas de los consorcios el artículo 52 del RDNFG dispone que la relación jurídica del personal al servicio de los mismos será la que se establezca en los convenios de constitución y en los estatutos correspondientes.

Por consiguiente, el personal vinculado podrá estar sometido a régimen público, estatutario y/o funcionario, régimen laboral, o ambos simultáneamente.

Patrimonio

En las disposiciones específicas no se regula el régimen del patrimonio de los consorcios, por lo que le será de aplicación lo que en torno a los mismos establecen las disposiciones comunes a las nuevas formas de gestión.

En relación a las mismas, se establece que los centros y servicios sanitarios que se acojan a las nuevas formas de gestión dispondrán de patrimonio propio y podrán tener bienes cedidos por la Administración General del Estado o por entidades territoriales, o adscritos por la Tesorería General de la Seguridad Social.

Los bienes adscritos por la Tesorería General de la Seguridad Social se regirán por lo establecido en el Real Decreto 1221/1992, de 9 de octubre, sobre patrimonio de la Seguridad Social y demás legislación específica sobre el mismo.

Los bienes inmuebles del patrimonio de la Seguridad Social que se adscriban a estas entidades, serán objeto de administración ordinaria, a cuyos efectos se les atribuyen los mismos derechos y obligaciones que a las Entidades Gestoras de la Seguridad Social.

En lo que respecta a su propio patrimonio podrán adquirir, a título oneroso o gratuito, poseer, arrendar bienes y derechos de cualquier clase, que quedarán afectados al cumplimiento de sus fines. Las adquisiciones de bienes inmuebles, así como las enajenaciones y gravámenes de bienes inmuebles propios requerirán el previo informe favorable de la Presidencia Ejecutiva del Instituto Nacional de la salud y el acuerdo del órgano de gobierno del centro sanitario.

Todos los bienes patrimoniales serán objeto de inventario, consignándose en el mismo el carácter y la procedencia de dichos bienes, así como el destino específico de los inmuebles adscritos propiedad de la Tesorería General de la Seguridad Social.

Recursos económicos

El artículo 53 de las normas específicas del RDNFG establece, entre otros aspectos, que el régimen económico-financiero de los consorcios será el regulado en el convenio regulador, en sus estatutos y demás normas de aplicación.

Sin embargo, enumeramos a continuación las posibles fuentes de recursos económicos a las cuáles pudieran acceder los mismos si atendemos a lo que establecen las disposiciones comunes sobre las nuevas formas de gestión:

- Aportaciones económicas que procedan del Instituto Nacional de la Salud por la prestación de servicios sanitarios.
- Otras aportaciones económicas que procedan del Instituto Nacional de la Salud, así como aquellas que se realicen por cualquier persona jurídica, o por entidades de naturaleza o titularidad públicas que participen o se integren en las nuevas formas de gestión en los términos establecidos en el presente Real Decreto y en los estatutos de cada entidad.
- Fondos obtenidos por la prestación de servicios sanitarios a otras instituciones y a terceros obligados al pago, en los términos establecidos en el anexo II del Real Decreto 63/1995, de 26 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.
- Bienes y valores que constituyan su patrimonio.
- Productos y rentas de dicho patrimonio.
- Ingresos ordinarios y extraordinarios que estén autorizadas a percibir, según las disposiciones por las que se rijan.
- Donaciones y legados y cualesquiera otras aportaciones públicas y privadas que se apliquen a una finalidad determinada y hayan sido aceptadas según lo previsto en la legislación vigente.
- Cualquier otro recurso que pudiera serles atribuido por la normativa aplicable.

Régimen de contratación

Atendiendo al artículo 51 de las normas específicas del RDNFG, los consorcios ajustarán su actividad contractual a lo dispuesto en la legislación de contratos de las

Administraciones Públicas, es decir, conforme a la Ley 13/1995, de 18 de mayo, de Contratos de las Administraciones Públicas.

Régimen presupuestario

Las normas específicas contenidas en el RDNFG regula que el régimen presupuestario de los consorcios será el que se determine en el convenio regulador, en sus estatutos y demás normas de aplicación.

Por lo que respecta a la vigente Ley General Presupuestaria, los Consorcios pueden pertenecer, de una parte, al Sector Público Administrativo y, de otra, al Sector Público Empresarial. En relación a ello, explícitamente determina lo siguiente:

- Los *Consorcios dotados de personalidad jurídica propia* a los que se refieren los artículos 6, apartado 5, de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, y 87 de la Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las Bases del Régimen Local.

Pertenecerán al Sector Público Administrativo siempre que cumplan alguna de las dos características siguientes:

1. Que su *actividad principal no consista en la producción* en régimen de mercado de bienes y servicios destinados al consumo individual o colectivo, o que efectúen operaciones de redistribución de la renta y de la riqueza nacional, en todo caso sin ánimo de lucro.

2. Que *no se financien mayoritariamente con ingresos* comerciales, entendiéndose como tales a los efectos de esta ley, los ingresos, cualquiera que sea su naturaleza, *obtenidos como contrapartida* de la entregas de bienes o prestaciones de servicios.

Pertenecerán al Sector Público Empresarial si no cumplen las características mencionadas.

Es por ello que desde el punto de vista presupuestario, se pueden dar las dos alternativas siguientes:

a) Si pertenecen al Sector Público Administrativo, deben someter su actuación al régimen presupuestario general regulado en la *Ley General Presupuestaria*, en el Título II denominado "De los Presupuestos Generales del Estado" y, más concretamente, en los artículos 26 a 81, los cuáles tratan y se encuentran distribuidos de la siguiente forma:

Capítulo I: Principios y reglas de programación y de gestión presupuestaria.

Capítulo II: Programación presupuestaria y objetivo de estabilidad.

Capítulo III: Contenido, elaboración y estructura.

Capítulo IV: De los créditos y sus modificaciones.

Capítulo VI: De la gestión presupuestaria

b) Si pertenecen al Sector Público Empresarial, en la Ley General Presupuestaria se establece que el régimen presupuestario a aplicar será el establecido para las Entidades Públicas Empresariales y, mas concretamente, en el Título II denominado "De los Presupuestos Generales del Estado", Capítulo V "De las Entidades Públicas Empresariales, Sociedades Mercantiles Estatales y Fundaciones del Sector Público Empresarial".

En consecuencia, en el Artículo 64. *Presupuesto* regula, entre otros aspectos, "[...] que las Entidades Públicas Empresariales elaborarán un presupuesto de explotación que detallará los recursos y dotaciones anuales correspondientes. Asimismo, formarán un presupuesto de capital con el mismo detalle. Los presupuestos de explotación y de capital se integrarán en los Presupuestos Generales del Estado.

2. Los presupuestos de explotación y de capital estarán constituidos por una previsión de la cuenta de resultados y del cuadro de financiación del correspondiente ejercicio.

Como anexo a dichos presupuestos se acompañará una previsión del balance de la entidad, así como la documentación complementaria que determine el Ministerio de Hacienda.

3. Las entidades remitirán los estados financieros señalados en el apartado anterior referidos, además de al ejercicio relativo al proyecto de Presupuestos Generales del Estado, a la liquidación del último ejercicio cerrado y al avance de la liquidación del ejercicio corriente.

4. Junto con los presupuestos de explotación y de capital, se remitirá por las entidades una memoria explicativa de su contenido, de la ejecución del ejercicio anterior y de la previsión de la ejecución del ejercicio corriente".

De otra parte, en el Artículo 65. *Programa de actuación plurianual* regula que "[...] 1. Las entidades que deban elaborar los presupuestos de explotación y de capital con arreglo a lo dispuesto en el artículo 64 de esta ley formularán, asimismo, anualmente un programa de actuación plurianual, con las excepciones contempladas en el apartado 2 del artículo 66 de esta ley.

2. El programa de actuación plurianual estará integrado por los estados financieros determinados en el artículo 64 de esta ley y, junto con la documentación indicada en el apartado siguiente, reflejará los datos económico-financieros previstos para el ejercicio relativo al proyecto de Presupuestos Generales del Estado y a los dos ejercicios inmediatamente siguientes, según las líneas estratégicas y objetivos definidos para la entidad.

3. Los programas de actuación plurianual se acompañarán de la información de carácter complementario siguiente:

a) Hipótesis de la evolución de los principales indicadores macroeconómicos que hayan servido de base para la elaboración de los programas de actuación plurianual.

b) Premisas principales del planteamiento que conforme las líneas estratégicas de la entidad.

c) Previsiones plurianuales de los objetivos a alcanzar del sector público Estatal

d) Memoria de las principales actuaciones de la entidad.

e) Programa de inversiones.

f) Plan financiero del período que cuantificará los recursos y las fuentes externas de financiación.

g) La restante documentación que determine el Ministerio de Hacienda".

De otra parte, tan solo poner de manifiesto que en el Artículo 66 trata de la *tramitación* de los mismos, el Artículo 67 de las *modificaciones presupuestarias* y, por último en el Artículo 68 de los *Convenios con el Estado*.

Control interno de la gestión económica-financiera

En relación al control interno de las organizaciones objeto de estudio, en primer lugar se debe poner de manifiesto que las disposiciones específicas establecen que será el que determine el convenio regulador, los estatutos y demás normas de aplicación

Atendiendo a las disposiciones comunes, el artículo 15 del RDNFG sobre régimen presupuestario, de contabilidad y de control financiero regula, en relación a éste último, que el control financiero se ajustaría a lo previsto en el artículo 17 del *TRLGP*.

En este sentido, atendiendo a la vigente *Ley General Presupuestaria* dispone que el control sobre los Consorcios se encuentra recogido en el Titulo VI denominado "*Del control de la gestión económico-financiera efectuado por la Intervención General de la Administración del Estado*".

Están sujetos a *la auditoría pública* establecida en el Capítulo IV, artículo 163; así como a la Auditoría de las Cuentas Anuales recogida en el artículo 168, si las mismas no estuviesen sometidas a la obligación de auditarse en el plan anual de auditorías.

En lo referente a la normativa, concepto y contenido específico de los citados controles remitimos a lo dispuesto para los Organismos Autónomos en el apartado 3.1.2.1 del presente capítulo.

3.2.2. La fundación creada por entidad pública

La ley 30/1994 de 24 de noviembre, de fundaciones y de incentivos fiscales a la participación privada en actividades de interés general, en su artículo 1 define a las fundaciones como "organizaciones dotadas de personalidad jurídica y constituidas sin ánimo de lucro por personas físicas o jurídicas, públicas o privadas que, por voluntad de sus creadores, tienen afectado de modo duradero su patrimonio a la realización de fines de interés general".

En nuestro país, hasta que no se lleva a cabo la aprobación de la citada legislación, el régimen jurídico de las fundaciones se encontraba muy disperso, por lo que en consecuencia, tal y como indica Gómez (2000: 208) "en esta situación no parecía procedente que las Administraciones Públicas crearan fundaciones como una forma de gestión de servicios públicos, y menos en un ámbito tan complejo como el sanitario.

El modelo fundacional era fuente de inseguridad jurídica para quienes se relacionan contractualmente con la fundación -trabajadores, proveedores, usuarios- que posiblemente no contaban con todas las garantías de quienes se relacionan con cualquier Administración Pública mediante una relación de supremacía especial. Además, frente a otros modelos organizativos vistos, la fundación sólo ofrecía la posibilidad para la Administración fundadora de realizar una huida, no ya del Derecho público, sino de cualquier control jurídico, avalada por una normativa altamente

dispersa, lo que sólo beneficia a la Administración fundadora, y nunca al usuario del sistema".

En esta misma línea, diversos autores afirman que a partir de los años noventa la figura de la fundación adquiere mayor protagonismo debido, fundamentalmente, a que el resto de alternativas que se barajaban en torno a la constitución de nuevos modelos organizativos no iban a ser aceptados por la sociedad, mientras que, a través de la constitución de una determinada fundación, al no incluir la idea de lucro y llevar a cabo la realización de un fin de interés general, con bastante probabilidad no serían rechazadas.

En lo referente a la naturaleza jurídica de las fundaciones que puedan ser creadas por un determinado ente público, resulta conveniente poner de manifiesto la opinión de diversos autores. En esta línea, algunos exponen argumentos a favor de la tesis de que las fundaciones creadas al amparo de la Ley 30/1994 no pueden considerarse como Administración Institucional aunque hayan sido constituidas por la propia Administración y, otros entienden que sí existen diferencias entre la creación de una fundación por parte de una determinada persona privada y la fundada por la Administración.

En relación a ello, Gómez (2000: 210) plantea que aun cuando las formas organizativas que integran la Administración Institucional tienen su origen en la institución fundacional del Derecho civil, las fundaciones creadas por una entidad pública no integran la Administración Institucional, sino que son auténticas fundaciones, en el sentido más puramente civil del término, pero creadas por alguna entidad pública para cumplir un fin de interés general, sin embargo,.a la Administración Institucional la constituyen personas jurídicas de base fundacional pero de naturaleza pública.

En palabras de Santamaría (1991), "su naturaleza y forma corresponde estrictamente a las de las fundaciones de Derecho privado. No se trata solamente, por tanto, de que posean sustancia fundacional (adscripción de un patrimonio a un fin concreto) nota que

es también característica de los que aquí hemos llamado entes públicos de gestión, sino también forma privada de fundación (y no forma pública, como ocurre en los supuestos que acabamos de mencionar). La Ley 30/1994, mantiene esta línea al mantener, como dice su propia exposición de motivos, un concepto tradicional de fundación, y así, su regulación es "el resultado de la sedimentación de los antecedentes histórico-normativos del derecho de fundación".

García de Enterria (1989) tampoco se muestra partidario de crear, entre los tipos de Administración Institucional uno nuevo que lo constituyese la Fundación de Derecho Público (en el Derecho Público alemán sí existe esta figura). Para este autor parece más correcto explicar sus peculiaridades como un conjunto de normas públicas que se sobreponen al fondo privado de Derecho Común de Fundaciones, que es simplemente utilizado por la Administración.

Bestard (1994) sin embargo mantiene una concepción distinta, ya que, para este autor existe una diferencia fundamental entre las fundaciones creadas por entidades públicas y aquellas creadas por personas, físicas o jurídicas, privadas. En la fundación creada por una persona privada, el fundador desaparece tras la constitución de la fundación, sin embargo, en la fundación creada por una persona pública esto no es posible, la Administración Pública permanece siempre .

La determinación de la naturaleza jurídica de ésta, o cualquier otra forma organizativa, no es baladí; no es una mera elaboración teórica estéril sin repercusión práctica. Por contra, la determinación de cual sea la esencia misma de una determinada forma organizativa, va a condicionar, por ejemplo, la normativa que le sea de aplicación o la jurisdicción competente para dilucidar sus conflictos. En el plano de la gestión, la aplicación de unas u otras normas modifica sensiblemente el margen de maniobra de los gestores en su trabajo, condiciona los estilos directivos o altera el peso relativo de los diferentes actores que intervienen en la gestión.

Con posterioridad a la publicación de la Ley 30/1994, y en lo que a nuestro ámbito de estudio se refiere, al considerar conveniente la forma fundacional para la gestión de dispositivos asistenciales sanitarios, se hacía necesario ampliar el menú de formas organizativas establecido en la Ley General de Sanidad, éste último, basado fundamentalmente en la tradicional gestión directa a través de formas sin personalidad diferenciada, en el que los hospitales y demás centros constituyen órganos sin personalidad jurídica propia, formando parte de la Entidad Gestora de la Seguridad Social, es decir, del Instituto Nacional de la Salud o, formando parte del correspondiente Servicio Regional de Salud de una determinada Comunidad Autónoma, configurándose como la persona jurídica en la que se integran.

En relación a ello, tal y como pone de manifiesto Gómez, se publicó en primer lugar el Real Decreto-Ley 10/1996, de 17 de junio, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Instituto Nacional de salud, incluyendo en la exposición de motivos "Las fundaciones**,** cuya posibilidad quedó establecida en el artículo 6 de la Ley 30/94, de 24 de noviembre, de Fundaciones..."

De otra parte, la disposición final única del citado Real Decreto-Ley faculta al Gobierno para la creación y regulación del régimen de las entidades que se constituyan en aplicación de lo dispuesto en el mismo. En uso de esta facultad, el 6 de febrero de 1997, se publican en el BOE los estatutos de la Fundación Hospital de Manacor y de la Fundación Hospital de Alcorcón definiéndolos, en ambos casos, como un desarrollo de la Ley 30/1994.

De igual forma, y por las mismas fechas, en diversas Comunidades Autónomas se lleva a cabo la creación de nuevas fundaciones en el sector sanitario, también al amparo de la referida legislación, tales como, Andalucía y Galicia.

Como sigue diciendo el mismo autor, derivado de ello se produjo un intenso y extenso debate sobre el supuesto proceso privatizador que podía traer consigo el Real Decreto Ley 10/1996, motivo por el cual será sustituido posteriormente por la Ley 15/1997, de

25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud, especificando en su artículo único el carácter público del servicio sanitario: "En el ámbito del Sistema Nacional de Salud, garantizando y preservando en todo caso su condición de servicio público, la gestión y administración de los centros (...) podrá llevarse a cabo..." y, además, haciendo alusión en torno a la figura de la fundación en los siguientes términos:

"La entrada en vigor del citado Real Decreto- Ley 10/1996 ha permitido al Instituto Nacional de la Salud (...) la constitución de fundaciones de naturaleza o titularidad pública para la gestión de nuevos hospitales."

"En esta nueva ley se establece que la gestión de los centros (...) puede llevarse a cabo directamente o indirectamente a través de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en Derecho; entre otras formas jurídicas, la presente disposición ampara la gestión a través de entes interpuestos dotados de personalidad jurídica tales como empresas públicas, consorcios o fundaciones, en los mismos términos a las ya creadas, u otras entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en nuestro ordenamiento jurídico."

El texto articulado, sin citarlas, confirma este planteamiento: "[...] La gestión (...) podrá llevarse a cabo directamente o indirectamente a través de la constitución de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en Derecho**."**

Tal y como indica Gómez (2000, 216) “En las tres referencias que acabamos de ver, la ley pretende incluir las fundaciones en el concepto de entidades de naturaleza o titularidad pública. Sin embargo, las fundaciones reguladas por la Ley 30/1994 no son de naturaleza pública: como vimos antes las fundaciones tienen naturaleza privada.

Pero es que tampoco son de titularidad pública: las fundaciones no tienen titular; son organizaciones dotadas de personalidad jurídica, que no pertenecen a nadie, ni siquiera al fundador, que se desvincula definitivamente de la fundación una vez creada.

La conclusión de este razonamiento es grave: si las fundaciones no son entidades ni de naturaleza, ni de titularidad pública, hay que concluir que las fundaciones de la Ley 30/1994 no tienen cabida dentro del ámbito de la Ley 15/1997.

Como dice Piñar (1998) la ley equipara las fundaciones con las empresas públicas y con los consorcios, y no son modelos equiparables.

Las empresas públicas, conforme a nuestro ordenamiento, pueden considerarse de titularidad pública y los consorcios pueden calificarse como de naturaleza pública. Pero las fundaciones de la Ley 30/94 no son, como hemos dicho, ni de naturaleza ni de titularidad pública.

De otra parte, el artículo único de la ley, en el 2° párrafo del punto 1 dispone, asimismo:

"[...] Corresponderá al Gobierno (...) y a los órganos de gobierno de las Comunidades Autónomas determinar las formas jurídicas, órganos de dirección y control, régimen de garantías de la prestación, financiación y peculiaridades en materia de personal de las entidades que se creen para la gestión de los centros y servicios mencionados."

Parte de estos aspectos, continúa Piñar, son propios de la carta fundacional y de los estatutos, y su regulación está en manos del fundador. Este es el caso de los órganos de dirección -es decir patronato-, los órganos de control interno o la financiación.

Pero en otros aspectos, el fundador no tiene capacidad para establecer su regulación. Así, el control externo de la fundación es el que es (principalmente, el protectorado), y el régimen jurídico del personal siempre será contratado laboral o bien voluntario. Por tanto no es posible, por ejemplo, establecer mediante simple norma reglamentaria la posibilidad de que funcionarios pasen, sin perder su consideración de personal en servicio activo, a cumplir servicios en fundaciones de naturaleza privada, o sustituir el protectorado.

Como concluye el mismo autor, "si la Ley 15/1997 pretendía de alguna manera resolver los posibles excesos del Real Decreto-Ley 10/1996, lo ha hecho mal, siempre en relación con la posibilidad de gestión a través de fundaciones.

Sin entrar ahora en la bondad o no de atribuir a fundaciones la gestión de los hospitales públicos, hay que decir que hoy por hoy y con el artículo único de dicha ley en la mano no es posible atribuir a fundaciones (de la Ley 30/94) la gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de protección de la salud o de atención sanitaria o socio-sanitaria en el ámbito del Sistema Nacional de Salud. Hacerlo tras su entrada en vigor es teóricamente ilegal.

Haberlo hecho conforme al Real Decreto-Ley 10/1996, sin embargo, no lo era y quiero resaltar que no estamos ante un simple error técnico (bastaría con haber dicho que la gestión podrá llevarse acabo a través de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública o constituida por entes públicos), sino ante un error, y de bulto, conceptual: la ley quiere (o parece querer) considerar a las fundaciones hospitalarias como entidades públicas, cuando no lo son; o como entidades de la Administración, de la que no son. Error conceptual del que pueden derivar no pocos de los problemas que están planteando tales fundaciones (y plantearán en el futuro, posiblemente) (...)."

Por último, se aprueba el Real Decreto 29/2000, de 14 de enero, sobre nuevas formas de gestión del Instituto Nacional de la Salud que sigue manteniendo un planteamiento similar al de la Ley 15/1997 en relación a las fundaciones y, como no podía ser de otra forma al tratase de su desarrollo reglamentario, considerándolas como parte de la Administración Institucional.

Este Real Decreto define a las fundaciones constituidas al amparo de la Ley 30/1994 como "organizaciones sanitarias sin ánimo de lucro constituidas por el Instituto Nacional de la Salud, que destinen y afecten un patrimonio a la realización de fines sanitarios de interés general y que tengan por objeto la gestión y administración de los

centros, servicios y establecimientos sanitarios de protección de la salud o de atención sanitaria".

Antes de proceder a especificar las características propias de esta forma de gestión en lo que a su organización, gestión de recursos, patrimonio, etc. se refiere, en primer lugar se deben poner de manifiesto diversos aspectos vinculados con el régimen jurídico, por cuanto la aplicación de los mismos puede originar cierta confusión.

En este sentido, no se debe olvidar que las fundaciones que estamos tratando son aquellas constituidas al amparo de la Ley 30/1994, y atendiendo a esta última, se establece que el régimen jurídico general de las fundaciones, ya sean creadas por entidades públicas o privadas, se regirán atendiendo al siguiente orden; en primer lugar, por la voluntad del fundador, seguidamente, por lo regulado en sus estatutos y, en último término, por lo dispuesto en la Ley 30/1994 según la cual, y atendiendo a lo establecido por Gómez (2000:), numerosas disposiciones de la citada ley se configuran como norma básica, por lo que, en consecuencia, serán de aplicación directa en todo el Estado, permitiendo que la normativa autonómica, exclusivamente, pueda desarrollar y/o ejecutar la legislación básica estatal, pero nunca prevalecer sobre esta última en lo que a normativa básica se refiere.

De otra parte, en el ámbito del Instituto Nacional de la Salud, el artículo 39 de las disposiciones específicas del Real Decreto 29/2000, regula que el régimen jurídico de las fundaciones se regirá por los estatutos, por el presente Real Decreto y, en todo caso, por la Ley 30/1994, de 24 de noviembre, así como, por las demás disposiciones estatales o autonómicas que les sean de aplicación.

En relación a ello, si atendemos al orden preestablecido en ambas normativas en lo que a su régimen jurídico se refiere, el Real Decreto 29/2000 deja en último término lo regulado por la Ley 30/1994 cuando, anteriormente, se puso de relieve que las disposiciones incluidas en esta última legislación constituyen normativa básica de aplicación directa en todo el Estado.

Ante esta situación, Gómez (2000:) se pronuncia indicando que el régimen establecido en el Real Decreto, se considera como un "complemento" ante el régimen jurídico general regulado para las fundaciones en la Ley 30/1994 y, que será directamente vinculante a los centros del Instituto Nacional de la Salud, pudiendo resultar, asimismo, de aplicación supletoria a los centros sanitarios de las Comunidades Autónomas con transferencias sanitarias que no hayan dictado normativa propia.

Sin embargo, esta circunstancia se puede salvar, en parte, debido a que en ambas normativas se pone de manifiesto que, en primer término, las fundaciones se rigen por lo regulado en los estatutos, a través de los cuales, además de configurarse como normativa básica reguladora, evidentemente, también quedará representada la voluntad del fundador.

En relación a ello, y en el ámbito del Instituto Nacional de la Salud, la capacidad para fundar la ostenta el propio Instituto Nacional de la Salud, competencia asignada en el artículo 40 en el que se dispone lo siguiente: "El Instituto Nacional de la Salud en el ámbito de las competencias que tiene atribuidas para la administración y gestión de centros y servicios sanitarios, podrá constituir fundaciones, sometidas al presente Real Decreto, mediante autorización acordada por el Consejo de Ministros a propuesta del Ministro de Sanidad y Consumo.

El Acuerdo del Consejo de Ministros, que autorice al Instituto Nacional de la Salud para la creación de la Fundación, aprobará inicialmente sus estatutos y se publicará en el Boletín Oficial del Estado, sin perjuicio de posteriores modificaciones que se adaptarán a lo dispuesto en la Ley 30/1994, de 24 de noviembre, de fundaciones y de incentivos fiscales a la participación privada en actividades de interés general..."

Comparando la regulación del contenido mínimo que deben establecer los estatutos de las fundaciones amparadas en la Ley 30/1994 y las incluidas en el Real Decreto, se pone de manifiesto que el contenido de aquellas reguladas en esta última legislación quizá resulte mayor por ser más específico, mientras que las creadas bajo la Ley 30/1994

tienen menor contenido, pero quizás más amplio. A continuación enumeramos las materias recogidas en ambas normativas:

Atendiendo al Real Decreto:

- Denominación, ámbito y domicilio.
- Duración.
- Régimen normativo.
- Personalidad jurídica.
- Objeto y finalidades.
- Beneficiarios.
- Protectorado.
- Órganos de la fundación.
- Régimen patrimonial, financiero, presupuestario y contable, en los términos establecidos en la legislación vigente.
- Régimen de personal.
- Régimen de contratación.
- Régimen de modificación, fusión y extinción.
- Las garantías, procedimientos de planificación, coordinación y de control de gestión y de funcionamiento por el Instituto Nacional de la Salud en los términos contemplados en el capítulo II del Real Decreto.

Atendiendo a la Ley 30/1994:

- La denominación de la entidad, en la que deberá figurar la palabra Fundación, que no podrá coincidir, o asemejarse de manera que pueda crear confusión, con ninguna otra previamente inscrita en el Registro de Fundaciones.
- Los fines fundacionales.
- El domicilio de la Fundación y el ámbito territorial en que haya de desarrollar principalmente sus actividades.
- Las reglas básicas para la aplicación de los recursos al cumplimiento de los fines fundacionales y para la determinación de los beneficiarios.
- El órgano de gobierno y representación, su composición, reglas para la designación y sustitución de sus miembros, causas de su cese, sus atribuciones y la forma de deliberar y adoptar acuerdos.
- Cualesquiera otras disposiciones y condiciones lícitas que los fundadores tengan a bien establecer.

Organización

Conforme al artículo 12 de la Ley 30/1994, en toda fundación deberá existir, con la denominación de Patronato, un órgano de gobierno y representación, al que corresponde cumplir los fines fundacionales y administrar los bienes y derechos que integran el patrimonio de la Fundación manteniendo plenamente el rendimiento y utilidad de los mismos.

Entre las disposiciones específicas que hacen referencia a las fundaciones, en el artículo 42 del Real Decreto se establece que el máximo órgano de gobierno de la fundación es el Patronato, que ostentará la representación de la misma y ejercerá las facultades necesarias para la realización de los fines fundacionales.

Los miembros del Patronato serán designados y cesados por la Presidencia Ejecutiva del Instituto Nacional de la Salud y su composición será la siguiente:

- Un Presidente.
- Los vocales, en un número mínimo de seis y máximo de ocho, de entre los cuales lo serán:
  - Uno a propuesta de la Consejería de la Comunidad Autónoma en la que esté ubicada la fundación y que tenga atribuidas las competencias en materia de sanidad.
  - Uno a propuesta del Ayuntamiento del municipio que tenga mayor población adscrita a la fundación.
  - Uno a propuesta de la universidad en el caso de tratarse de hospital universitario.
- Un secretario, que actuará con voz y sin voto.

Atendiendo a las disposiciones comunes del Real Decreto, se regula que corresponderá a los órganos de gobierno establecer las directrices de carácter general y la planificación estratégica del centro sanitario, así como aprobar y modificar las normas internas de funcionamiento y la estructura de los órganos de dirección, así como, velar por el correcto funcionamiento de los órganos de participación.

El directivo médico máximo responsable de la actividad asistencial formará parte del órgano de gobierno con voz y voto.

De otra parte, en lo que a los Órganos de Dirección se refiere en las disposiciones específicas de las fundaciones no hace referencia explícita a los mismos, por lo que les será de aplicación lo regulado en las disposiciones comunes.

En relación a ello, la Dirección Gerencia constituye el órgano de dirección superior del centro sanitario.

El órgano de gobierno aprobará de la estructura directiva de los centros sanitarios, la cual se adaptará a las características y peculiaridades de cada uno de ellos, debiendo posibilitar, por lo que respecta al área asistencial, dar una respuesta integrada y

coordinada al paciente como protagonista y eje de un modelo asistencial orientado a la satisfacción de sus necesidades.

Tendrán la consideración de directivos los responsables de las unidades orgánicas, entre los que necesariamente se encontrarán los responsables del ámbito clínico y de cuidados en los términos establecidos en la correspondiente estructura orgánica.

En todos los centros sanitarios existirá una Comisión de Dirección, presidida por el Director Gerente, y de la que formarán parte los directivos y responsables de las unidades que se determinen por el órgano de gobierno.

Corresponderá a la Comisión de Dirección la coordinación, estudio y deliberación de las actividades relativas al centro sanitario, en los términos establecidos en las normas internas de funcionamiento.

El Director Gerente y el resto de directivos del centro responderán de sus actuaciones ante el órganos de gobierno, en el caso de las fundaciones, el patronato, y ante la administración sanitaria, con independencia de cualesquiera otras responsabilidades a que hubiera lugar.

El Director Gerente será designado y cesado libremente por el órgano de gobierno y, en lo que al resto de los directivos se refiere se llevará a cabo por el órganos de gobierno, a propuesta del Director Gerente.

En relación a la selección del equipo directivo, es decir, del Director Gerente, así como, del resto de directivos, se debe realizar conforme a los requisitos señalados en los respectivos estatutos o normas de funcionamiento interno, y acrediten cualificación profesional para el desempeño de las correspondientes funciones, para lo cual, y al objeto de profesionalizar la función directiva, el Instituto Nacional de la Salud determinará los perfiles genéricos de estos puestos.

Por último, todos los centros sanitarios que adquieran personalidad jurídica deberán establecer en sus estatutos una relación de Órganos de Participación internos y externos, así como, una serie de órganos asesores.

En lo referente a los Órganos de participación externa, quedarán integrados mediante la denominada "Comisión de Participación y Garantías de los Ciudadanos", órgano colegiado de participación en la evaluación de la asistencia sanitaria, así como en el asesoramiento al órgano de gobierno del centro sanitario.

En relación a los Órganos de participación interna de los profesionales que presten su servicio en el centro, se llevará a cabo mediante la "Junta Asistencial", órgano colegiado de asesoramiento y consulta de los órganos de dirección.

En relación a las funciones específicas que tienen asignados ambos Órganos de participación ya se hizo referencia previamente.

Gestión de recursos

Mientras la Ley 30/94 no establece un régimen general determinado para la gestión de recursos, en el Real Decreto se regula lo siguiente:

Recursos humanos

En las disposiciones específicas de las fundaciones del Real Decreto, concretamente en el artículo 44 establece que la relación jurídica del personal al servicio de las fundaciones será de carácter laboral y en consecuencia le será de aplicación lo dispuesto en el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores, y demás disposiciones de desarrollo.

Al margen de lo establecido, se debe recordar de nuevo en relación al personal estatutario fijo del Sistema Nacional de Salud que se incorpore a las plantillas de personal de esta forma jurídica, y no pueda conservar su régimen estatutario, le será de

aplicación lo dispuesto en el artículo 116 de la Ley 13/1996, de 30 de diciembre, pasando en relación con su plaza estatutaria de origen a la situación de excedencia voluntaria por incompatibilidad.

Patrimonio

Atendiendo al Capítulo IV de la Ley 30/1994 sobre el Patrimonio de la Fundación, y más concretamente en el artículo 17 sobre la composición, administración y disposición del patrimonio, se determina que el patrimonio de la Fundación podrá estar constituido por toda clase de bienes y derechos susceptibles de valoración económica, cuya administración y disposición corresponderá al Patronato en la forma establecida en los Estatutos y con sujeción a lo dispuesto en la citada legislación.

De otra parte, se establece que la Fundación deberá figurar como titular de todos los bienes y derechos que integran su patrimonio, los cuales se harán constar en su inventario y en el Registro de Fundaciones.

Se debe tener en consideración que el primer patrimonio con el que cuenta la Fundación viene dado por lo que se denomina “Dotación”.

El artículo 10 lleva a cabo su regulación, estableciendo que la dotación, que podrá consistir en bienes y derechos de cualquier clase, ha de ser adecuada y suficiente para el cumplimiento de los fines fundacionales. Su aportación podrá hacerse de forma sucesiva, en cuyo caso el desembolso inicial será al menos del 25%, debiendo hacerse efectivo el resto en un plazo no superior a cinco años contados desde el otorgamiento de la escritura pública de constitución de la Fundación.

Tendrán, asimismo, la consideración legal de dotación los bienes y derechos que durante la existencia de la Fundación se afecten por el fundador o el Patronato, con carácter permanente, a los bienes fundacionales.

Si la dotación consistiera en dinero su cuantía se fijará en euros. Las aportaciones no dinerarias se cuantificarán en igual forma y se especificarán los criterios de valoración utilizados. En uno y otro caso se acreditará ante el notario actuante la realidad de las aportaciones.

Se podrá considerar como dotación el compromiso de aportaciones de terceros siempre que estuvieran garantizadas. En ningún caso se podrá considerar como dotación el mero propósito de recaudar donativos.

En lo concerniente a la enajenación, gravamen, herencias y donaciones vinculadas a su patrimonio se debe tener presente la regulación específica en torno a las mismas.

Las disposiciones específicas vinculadas a este tipo de fundaciones reguladas en el RDNFG no hacen referencia al patrimonio de las mismas por lo que les será de aplicación lo determinado en las disposiciones comunes. En su artículo 16 se hace referencia al patrimonio que pueden disponer las nuevas formas jurídicas de gestión y, en relación a ello, se regula que los centros y servicios sanitarios podrán disponer de:

- Bienes cedidos por la Administración General del Estado o por entidades territoriales, o adscritos por la Tesorería General de la Seguridad Social.
- Los bienes adscritos por la Tesorería General de la Seguridad Social se regirán por lo establecido en el Real Decreto 1221/1992, de 9 de octubre, sobre patrimonio de la Seguridad Social y demás legislación específica sobre el mismo.
- Los bienes inmuebles del patrimonio de la Seguridad Social que se adscriban a estas entidades, serán objeto de administración ordinaria, a cuyos efectos se les atribuyen los mismos derechos y obligaciones que a las Entidades Gestoras de la Seguridad Social.
- En lo que respecta a su propio patrimonio podrán adquirir, a título oneroso o gratuito, poseer, arrendar bienes y derechos de cualquier clase, que quedarán

afectados al cumplimiento de sus fines. Las adquisiciones de bienes inmuebles, así como las enajenaciones y gravámenes de bienes inmuebles propios requerirán el previo informe favorable de la Presidencia Ejecutiva del Instituto Nacional de la Salud y el acuerdo del órgano de gobierno del centro sanitario.

- Todos los bienes patrimoniales serán objeto de inventario, consignándose en el mismo el carácter y la procedencia de dichos bienes, así como el destino específico de los inmuebles adscritos propiedad de la Tesorería General de la Seguridad Social.

Régimen de contratación

Atendiendo a las disposiciones específicas de las fundaciones se establece que ajustarán su actividad contractual al derecho civil y mercantil, así como, estarán sujetas a los principios de publicidad y concurrencia, salvo en aquellos casos no exigidos en la legislación sobre contratos de las Administraciones Públicas.

Dichos principios se materializarán en la obligación de publicar un anuncio, al menos, en un periódico de ámbito estatal y en otro local, y en la concesión de un plazo mínimo de diez días para la presentación de ofertas, a contar desde la fecha del anuncio.

Recursos económicos

En el Capítulo V de la Ley 30/1994 relativo a normas de funcionamiento y actividad de la Fundación establece que las fundaciones podrán obtener ingresos por sus actividades siempre que ello no implique una limitación injustificada del ámbito de sus posibles beneficiarios.

En lo referente al destino de las rentas e ingresos especifica que a la realización de los fines fundacionales, deberá ser destinado, al menos el 70% de las rentas o cualesquiera otros ingresos netos que, previa deducción de impuestos, obtenga la Fundación, debiéndose destinar el resto, deducidos los gastos de administración, a incrementar la

dotación fundacional. Las aportaciones efectuadas en concepto de dotación patrimonial, bien en el momento de su constitución, bien en un momento posterior, no serán computables a los efectos de lo previsto en este apartado.

Entre las disposiciones comunes a todas las nuevas formas de gestión el artículo 14 del RDNFG recoge las posibles procedencias de los recursos de estas entidades que incluyen aportaciones del INSALUD, aportaciones de cualesquiera personas jurídicas o entidades de naturaleza o titularidad pública que participen o se integren en las nuevas formas de gestión, ingresos de terceros obligados al pago por prestación de servicios sanitarios, otros ingresos, bienes y valores que constituyen su patrimonio, rentas de estos, donaciones y legados y cualesquiera otros admitidos por la ley.

Régimen presupuestario

El artículo 23 sobre Contabilidad, auditoría y presupuestos de la Ley 30/1994 pone de manifiesto que el órgano de gobierno de la Fundación practicará la liquidación del presupuesto de ingresos y gastos del año anterior, debiéndolos presentar al Protectorado dentro de los seis primeros meses del ejercicio siguiente.

Las normas específicas contenidas en el RDNFG regulan que el régimen presupuestario de las fundaciones será el establecido en la *Ley General Presupuestaria* y, en su defecto, en su propia normativa de aplicación.

En relación a ello, la vigente *Ley General Presupuestaria* trata a las fundaciones creadas por entidad pública, desde una perspectiva presupuestaria, de la misma manera que al Sector Público Empresarial y no como Sector Público Fundacional propiamente dicho.

Es por ello que en el Capítulo V “De las Entidades Públicas Empresariales, Sociedades Mercantiles Estatales y Fundaciones del Sector Público Empresarial”, y mas concretamente en el Artículo 64 dispone que las fundaciones del sector público estatal

elaborarán, igualmente, presupuestos de explotación y de capital. Así mismo, según el Artículo 65 también tienen que elaborar un *Programa de actuación plurianual.*

En relación al contenido de los mismos remitimos a lo establecido para las Entidades Públicas Empresariales, en el apartado 3.12.3 del presente capítulo.

Contabilidad

Con carácter anual el Patronato de la Fundación confeccionará el inventario, el balance de situación y la cuenta de resultados en los que consten, de modo cierto la situación económica, financiera y patrimonial de la Fundación, y elaborará una memoria expresiva de las actividades fundacionales y de la gestión económica que incluirá el cuadro de financiación así como del exacto grado de cumplimiento de los fines fundacionales.

La memoria especificará además las variaciones patrimoniales y los cambios en sus órganos de gobierno, dirección y representación.

De otra parte, se someterán a auditoría externa las cuentas de las Fundaciones en las que concurran, en la fecha de cierre del ejercicio, durante dos años consecutivos, al menos dos de las siguientes circunstancias:

- Que el total de su patrimonio supere 2.404.048,42 euros.
- Que el importe neto de su volumen anual de ingresos sea superior a 2.404.048,42 euros.
- Que el número medio de trabajadores empleados durante el ejercicio sea superior a cincuenta.

También se podrán someter a auditoría externa aquellas cuentas que, a juicio del Patronato de la Fundación o del Protectorado, y siempre en relación con la cuantía del Patrimonio o el volumen de gestión, presenten especiales circunstancias que así lo aconsejen.

La contabilidad de las fundaciones se ajustará a lo dispuesto en el Código de Comercio cuando realicen directamente actividades mercantiles o industriales.

Atendiendo a las disposiciones específicas contenidas en el Real Decreto sobre régimen económico-presupuestario, se establece que la Contabilidad de las fundaciones será la establecida para las mismas en la *Ley General Presupuestaria* y, en su defecto, en su propia normativa de aplicación. A este respecto, el artículo 121 de la citada legislación regula que las fundaciones estatales formarán y rendirán sus cuentas de acuerdo con los principios y normas contables recogidos en la adaptación del Plan General de Contabilidad a las entidades sin fines lucrativos y disposiciones que lo desarrollen.

Control interno de la gestión económico-financiera

Con el propósito de velar por el recto ejercicio del derecho de Fundación y asegurar la legalidad de su constitución y funcionamiento, en la Ley 30/1994 se crea la figura del Protectorado, como órgano externo a la fundación que será ejercido por la Administración General del Estado, en la forma que reglamentariamente se determine, respecto de las fundaciones de competencia estatal, correspondiéndole a tal fin las siguientes funciones:

- Asesorar a las fundaciones ya inscritas y a las que se encuentren en período de constitución sobre aquellos asuntos que afecten a su régimen jurídico-económico, así como sobre las cuestiones que se refieran a las actividades desarrolladas por aquéllas en el cumplimiento de sus fines, prestándoles a tal efecto el apoyo necesario.
- Velar por el efectivo cumplimiento de los fines fundacionales de acuerdo con la voluntad del fundador y tendiendo en cuenta la consecución del interés general.
- Verificar si los recursos económicos de la Fundación han sido aplicados a los fines fundacionales.
- Dar publicidad a la existencia y actividades de las fundaciones.

- Ejercer provisionalmente las funciones del órgano de gobierno de la Fundación si por cualquier motivo faltasen todas las personas llamadas a integrarlo.
- Cuantas otras funciones se establezcan en las leyes.

De otra parte si el Protectorado advirtiera una grave irregularidad en la gestión económica que ponga en peligro la subsistencia de la Fundación o una desviación grave entre los fines fundacionales y la actividad realizada, requerirá del Patronato, una vez oído éste, la adopción de las medidas que estime pertinentes para la corrección de aquélla.

El RDNFG no hace mención alguna al protectorado. Por contra, el artículo 13, entre las disposiciones comunes a las nuevas formas de gestión, prevé que el control de gestión y funcionamiento de estas entidades se ejercerá por el Instituto Nacional de la Salud, teniendo por finalidad comprobar el grado de cumplimiento de los objetivos, la adecuada utilización de los recursos asignados y el nivel de calidad de las prestaciones. Atribuye también expresamente facultades de control a la Inspección Sanitaria, a la Intervención General de la Seguridad Social y al Tribunal de Cuentas, además de auditorías de carácter externo.

Tal y como pone de manifiesto Gómez (2000: 231) “de esta redacción podría entenderse que el RDNFG parece querer sustituir el protectorado por el control directo externo ejercido principalmente por el INSALUD, lo que es incierto dado que, por definición, el control externo de las fundaciones creadas al amparo de la Ley 30/1994 corresponde al protectorado, según lo dispone la misma Ley 30/1994.

Este doble control paralelo sobre los mismos aspectos de la misma organización, realizado por entidades de naturaleza distinta podría dificultar sensiblemente la gestión estratégica de la fundación. Por otro lado, la atribución al INSALUD de las funciones de control de la gestión y del funcionamiento de estas fundaciones, es una manifestación más de la concepción errónea que realiza la Ley 15/1997 y el RNFG que lo desarrolla, entendiendo que las fundaciones de la Ley 30/1994 son parte de la

Administración Institucional y están unidas a la Administración matriz por relación de instrumentalidad, error suficientemente expuesto con anterioridad y sobre el que no vamos a incidir ahora".

De otra parte, en la Ley 30/1994 también se crea el denominado Consejo Superior de Fundaciones, órgano de carácter consultivo integrado por representantes de la Administración General del Estado, de las Comunidades Autónomas y de las fundaciones y se regirá por las normas que reglamentariamente se establezcan sobre su estructura y composición. Entre las funciones que se le asignan, figuran las siguientes:

- Asesorar, informar y dictaminar, cuando así se lo solicite, sobre cualquier disposición legal o reglamentaria que afecte directamente a las fundaciones, así como formular propuestas.
- Planificar y proponer las actuaciones necesarias para la promoción y fomento de las fundaciones, realizando los estudios precisos al efecto.
- Las demás que le puedan atribuir las disposiciones vigentes.

En este sentido, atendiendo a la vigente *Ley General Presupuestaria*, dispone que el control sobre las Fundaciones creadas por entidad pública se encuentra recogido en el Titulo VI denominado "*Del control de la gestión económico-financiera efectuado por la Intervención General de la Administración del Estado*".

Están sujetas a *la auditoría pública* establecida en el Capítulo IV, artículo 163; así como a la Auditoría de las Cuentas Anuales recogida en el artículo 168, si las mismas no estuviesen sometidas a la obligación de auditarse en el plan anual de auditorías, así como, las fundaciones del sector público estatal obligadas a auditarse por su normativa específica.

En lo referente a la normativa, concepto y contenido específico de los citados controles remitimos a lo dispuesto para los Organismos Autónomos en el apartado 3.1.2.1 del presente capítulo.

3.2.4. La fundación pública sanitaria

Mediante la Ley 50/1998, de 30 de diciembre, de Medidas fiscales, administrativas y de orden social a través del capítulo VIII denominado "Acción Administrativa en materia de Sanidad", en su artículo 111 se lleva a cabo la aprobación de las fundaciones públicas sanitarias de acuerdo con lo establecido en la anterior Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud.

Tal y como pone de manifiesto Gómez (2000,) el objetivo que se persigue con la creación de esta modalidad organizativa consiste en ofrecer a los centros sanitarios existentes un marco similar de organización y funcionamiento al de las fundaciones creadas al amparo de la Ley 30/1994 en los centros de nueva apertura. Sin embargo, como la creación de las mismas se llevó a cabo a través de la vía más rápida, es decir, mediante la Ley de Acompañamiento a los Presupuestos del Estado de 1999 fue duramente criticado por distintos sectores ya que entendían que se pretendía evitar el correspondiente debate político en el Parlamento y, más aún, al tratarse de una medida inmersa en el supuesto proceso privatizador de la asistencia sanitaria.

En el artículo 111 de la citada legislación define a las fundaciones públicas sanitarias como "organismos públicos, adscritos al Instituto Nacional de la Salud, que se regirán por las disposiciones contenidas en este artículo".

Por lo tanto, el citado artículo dispone que la regulación de las fundaciones públicas sanitarias se regirá por el mismo. Sin embargo, también se debe poner de manifiesto que el Real Decreto 29/2000, de 14 de enero, sobre nuevas formas de gestión del Instituto Nacional de Salud, legislación aprobada con posterioridad, se considera como desarrollo necesario, entre otros, del artículo 111 de la Ley 50/1998, por lo que, en consecuencia, las fundaciones públicas sanitarias se ajustarán a las disposiciones reguladas en ambas normativas.

Con motivo de ello, entre las disposiciones específicas que hacen referencia a las mismas en el Real Decreto, en su artículo 63 se establece que el régimen jurídico de las fundaciones públicas sanitarias vendrá dado por el artículo 111 de la Ley 50/1998, de 30 de diciembre, de Medidas fiscales, administrativas y del orden social; por el presente Real Decreto; por sus estatutos, y por lo dispuesto para las entidades públicas empresariales en la Ley 6/1997, de 14 de abril, de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado, en lo no previsto en aquéllos.

Antes de proceder al estudio de las mismas conviene poner de relieve las consideraciones que realiza Gómez en relación a esta figura organizativa: " El estudio de las FPS requiere una advertencia previa: las FPS son un modelo organizativo completamente independiente y distinto de las fundaciones creadas al amparo de la Ley 30/1994. Como veremos seguidamente su única similitud con las fundaciones de la Ley 30/1994 es el nombre de "fundaciones" que ambos modelos comparten –indebidamente- ya que tienen naturaleza jurídica distinta y regulaciones diferentes, sin elemento común alguno".

En lo referente a la constitución, modificación y extinción de las fundaciones públicas sanitarias, el artículo 111.3 dispone que se llevará a cabo mediante la aprobación por Acuerdo del Consejo de Ministros, a propuesta del Ministro de Sanidad y Consumo. De igual forma, indica que el proyecto de acuerdo debe ir acompañado del denominado "plan inicial de actuación"incluyendo el siguiente contenido:

- Los objetivos que la entidad deba alcanzar.
- Los recursos humanos, financieros y materiales precisos para su funcionamiento.

Asimismo, el citado plan inicial de actuación de las fundaciones públicas sanitarias deberá ser aprobado por la Presidencia Ejecutiva del Instituto Nacional de la Salud.

A pesar de que el artículo 111 no dispone nada en relación al contenido de los estatutos de este tipo de organizaciones, el Real Decreto, en su artículo 65 enumera las materias que, como mínimo, deben recogerse en el mismo, éstas son:

- Denominación y domicilio.
- Objeto y finalidades.
- Definición del régimen jurídico aplicable.
- Proclamación de su personalidad jurídica y capacidad.
- Determinación de los órganos de gobierno y dirección, así como su forma de designación.
- Procedimiento de modificación de los estatutos.
- Determinación de los órganos a los que se confiere el ejercicio de potestades administrativas.
- Patrimonio asignado para el cumplimiento de sus fines.
- Recursos económicos con que cuente.
- Régimen de personal.
- Régimen patrimonial y de contratación.
- Régimen presupuestario, económico-financiero, de contabilidad, intervención y de control financiero.
- Las garantías, procedimientos de planificación, coordinación y de control de gestión y funcionamiento por el Instituto Nacional de la Salud.

Por lo tanto, los estatutos iniciales determinarán los aspectos esenciales para cuya aprobación y modificación será necesaria la autorización del Consejo de Ministros.

Organización

En relación a la organización de las fundaciones públicas sanitarias, el artículo 111 de la Ley 50/1998 no hace referencia alguna, por lo que se determinará lo regulado para las mismas en el Real Decreto.

En relación a ello, entre las disposiciones específicas de este tipo de organizaciones se establece, en relación a los órganos de gobierno, que el máximo órgano será el "Consejo de Gobierno", que ostentará la representación de las mismas y ejercerá todas las facultades que sean necesarias para la realización de sus fines.

La composición del Consejo de Gobierno será la siguiente:

- Un presidente.
- Los vocales, en un número mínimo de seis y máximo de ocho, de entre los cuales lo serán:
    - Uno a propuesta de la Consejería de la Comunidad Autónoma en la que esté ubicada la fundación pública sanitaria y que tenga atribuidas las competencias en materia de sanidad.
    - Uno a propuesta del Ayuntamiento del municipio que tenga mayor población adscrita a la fundación pública sanitaria.
    - Uno a propuesta de la universidad en el caso de tratarse de hospital universitario.
- Un secretario, que actuará con voz y sin voto.

En razón del volumen, singularidad o función asistencial de las fundaciones públicas sanitarias, los estatutos de las mismas podrán establecer variaciones en cuanto al número mínimo y máximo de los vocales que formen parte del Consejo de Gobierno.

Los miembros del Consejo de Gobierno serán designados y cesados por la Presidencia Ejecutiva del Instituto Nacional de la Salud.

En relación a las funciones que debe desempeñar el Consejo de Gobierno, el artículo 69 del Real Decreto enumera, de conformidad con los criterios establecidos por el Instituo Nacional de la Salud, las siguientes:

- Aprobar las normas de funcionamiento interno y la estructura orgánica del centro sanitario.
- Establecer los criterios de actuación y definir la política estratégica del centro sanitario.
- Aprobar los nombramientos del personal directivo a propuesta del Director Gerente, exceptuándose el nombramiento de éste último que se efectuará de conformidad con lo dispuesto en el artículo 25.1.
- Nombrar y cesar al Presidente de la Comisión de Participación y Garantías de los ciudadanos.
- Aprobar los planes asistenciales, docentes, y de investigación, así como sus resultados.
- Autorizar respecto del patrimonio propio, previo informe favorable de la Presidencia Ejecutiva del Instituto Nacional de la Salud, todos los actos de disposición sobre bienes inmuebles.
- Aprobar los planes generales económicos, financieros, operativos, de obras e inversión y su periodificación anual, que deben reflejarse en el anteproyecto de presupuestos anuales, el cual será presentado a la Presidencia Ejecutiva del Instituto Nacional de la salud para su tramitación correspondiente.
- Aprobar las cuentas anuales, las liquidaciones presupuestarias anuales y, en general, cuantos informes de naturaleza económico-financiera puedan derivarse del régimen patrimonial, contable, económico y financiero.
- Aprobar los contratos de obras, servicios y suministros del centro. Esta función podrá ser delegada en el Director Gerente hasta el límite fijado por los estatutos.

- Decidir el ejercicio de cuantas acciones, recursos y reclamaciones judiciales o administrativas considere oportunas para la defensa de los derechos e intereses del centro sanitario.
- Aprobar los acuerdos o convenios que considere de interés para el mejor logro de sus fines.
- Aprobar la memoria anual.
- Cualquiera otra función establecida en los estatutos.

El Consejo de Gobierno podrá delegar el ejercicio de estas funciones, en los términos y con los límites que se establezcan en los correspondientes estatutos, en el Presidente del Consejo de Gobierno, comisiones que se constituyan legalmente, Director Gerente u otros directivos.

De otra parte, en el artículo 70 del Real Decreto se enumeran las funciones que le corresponden al Presidente del Consejo de Gobierno, de entre las cuales entresacomos las siguientes:

- Ejercer la representación del centro sanitario y de su Consejo de Gobierno.
- Supervisar las actuaciones del centro sanitario y presentar al Consejo de Gobierno los informes que considere oportunos.

En relación a los Órganos de Dirección y Participación no se incorporan disposiciones específicas para las fundaciones públicas sanitarias, por lo que les será de aplicación lo regulado en las disposiciones comunes.

Gestión de recursos

Recursos humanos

Atendiendo al artículo 111 el personal al servicio de las fundaciones públicas sanitarias, con carácter general, se regirá por las normas de carácter estatutario, relativas al personal de Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.

Asimismo, podrá incorporarse personal que ostente vinculación de carácter funcionarial o laboral, al que le será de aplicación su propia normativa.

En relación al personal directivo, podrá contratarse conforme al régimen laboral de alta dirección.

Básicamente la regulación que se establece en relación al personal en el Real Decreto coincide con la expuesta previamente, sin embargo indica en su artículo 73.2 que podrá incorporarse a las fundaciones públicas sanitarias personal que ostente vinculación de carácter funcionarial o laboral, cuando ya viniesen prestando servicios en los centros sanitarios que se conviertan en fundaciones públicas sanitarias.

Patrimonio

El artículo 111.8 establece que las fundaciones públicas sanitarias dispondrán de su propio patrimonio y podrán tener bienes adscritos por la Administración General del Estado o por la Tesorería General de la Seguridad Social.

Por lo que respecta a los bienes inmuebles del patrimonio de la Seguridad Social que se les adscriban, serán objeto de administración ordinaria por las fundaciones públicas sanitarias, a cuyos efectos se les atribuyen los mismos derechos y obligaciones que a las Entidades gestoras de la Seguridad Social.

En lo que respecta a su propio patrimonio podrán adquirir a título oneroso o gratuito, poseer, arrendar bienes y derechos de cualquier clase, que quedarán afectados al cumplimiento de sus fines.

Las adquisiciones de bienes inmuebles, así como las enajenaciones de bienes inmuebles propios, requerirán el previo informe favorable de la Presidencia Ejecutiva del Instituto Nacional de la Salud.

Régimen de contratación

En ambas normativas se dispone que la contratación de las fundaciones públicas sanitarias respetará, en todo caso, los principios de publicidad y libre concurrencia y se regirá por las previsiones contenidas al respecto en la legislación de contratos de las Administraciones públicas.

Recursos económicos

En base al artículo 111 los recursos económicos de las fundaciones públicas sanitarias podrán provenir de cualesquiera de las fuentes previstas en el artículo 65.1 de la LOFAGE, éstas son en definitiva, las fuentes de donde podrán proceder los recursos económicos de los Organismos autónomos:

- Los bienes y valores que constituyen su patrimonio.
- Los productos y rentas de dicho patrimonio.
- Las consignaciones específicas que tuvieren asignadas en los Presupuestos Generales del Estado.
- Las transferencias corrientes o de capital que procedan de las Administraciones o entidades públicas.
- Los ingresos ordinarios y extraordinarios que estén autorizados a percibir, según las disposiciones por las que se rijan.
- Las donaciones, legados y otras aportaciones de Entidades privadas y de particulares.
- Cualquier otro recurso que pudiera serles atribuido.

Régimen presupuestario

En lo referente al régimen presupuestario, ambas normativas establecen que será el regulado en la *Ley General Presupuestaria* para las Entidades Públicas Empresariales.

Es por ello, que en lo referente a la normativa y contenido específico de los presupuestos y programas a elaborar por este tipo de entidades remitimos a lo dispuesto para las Entidades Públicas Empresariales en el apartado 3.1.2.3 del presente capítulo.

Contabilidad

En relación a la Contabilidad que deben llevar las fundaciones públicas sanitarias, tanto el Real Decreto como el artículo 111 remiten a lo establecido para las Entidades Públicas Empresariales reguladas en la LOFAGE.

Con motivo de ello, en el artículo 121 de la *Ley General Presupuestaria* dispone que las Entidades Públicas Empresariales reguladas en el Capítulo III del Título III de la Ley 6/1997, de 14 de abril, de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado, formarán y rendirán sus cuentas de acuerdo con los principios y normas de contabilidad recogidos en el Plan General de Contabilidad vigente para la empresa española y disposiciones que lo desarrollen.

En relación a las posibles disposiciones de desarrollo del vigente Plan General de Contabilidad para la empresa, también en este caso, en lo que a nuestro ámbito de estudio se refiere, debemos poner de manifiesto nuevamente que se ha llevado a cabo la adaptación contable del vigente plan a las empresas de asistencia sanitaria mediante Orden de 23 de diciembre de 1996.

Control interno de la gestión económico-financiera

También en lo referente a la intervención y control de las fundaciones públicas sanitarias ambas normativas remiten a lo dispuesto para las Entidades Públicas Empresariales. Así pues, remitimos a lo dispuesto para las mismas en el epígrafe 3.1.2.3 del presente capítulo.

Hasta este momento, en el presente capítulo se han abordado las diversas modalidades de gestión directa en la provisión de servicios sanitarios públicos a través de la cual, la Administración lleva a cabo la prestación del referido servicio, ya sea de forma directa o mediante la constitución de cualquier entidad que pertenezca a la denominada Administración no Territorial, asumiendo para ello el riesgo económico, así como, el coste económico de la referida prestación.

En esencia, el objetivo planteado con esta reforma potencial de la organización de nuestro sistema sanitario público consiste, fundamentalmente, en la búsqueda de una mayor eficiencia y calidad del mismo, para lo cual, se pretende adoptar una serie de medidas encaminadas a lograr una mayor implicación de los profesionales y demás agentes intervinientes del Sistema para con el Sistema.

Para el alcance de tal propósito, se apuesta por la constitución de diversas modalidades de gestión en las que la dotación de personalidad jurídica propia adopta un significado relevante en aras de alcanzar un modelo organizativo óptimo dotado con la suficiente autonomía para llevar a cabo su gestión e implicar a los referidos agentes con la realización de la actividad y consecución de los resultados del conjunto del Sistema.

Sin embargo, a pesar de que en el presente capítulo se han puesto de manifiesto numerosas y variadas tipologías organizativas, unas clásicas y otras más actuales, que se pueden adoptar para la prestación de la asistencia sanitaria en un marco de autonomía de gestión y, simultáneamente, dar respuesta a las expectativas de servicio que demandan los usuarios, en todas ellas, en mayor o menor medida, siempre se pone de relieve una relación de instrumentalidad y dependencia respecto de la Administración matriz de la que derivan, ya que, en definitiva, esta última será la que establezca en sus normas de creación la finalidad por la que se han constituido.

En esta línea, tal y como indica Gómez (2000: 67) “este tipo de organizaciones en sus relaciones ad extra (hacia el exterior, en su funcionamiento) tienen operatividad jurídica. Sin embargo, en sus relaciones ad intra (con la Administración matriz) la personalidad jurídica ve atenuada su significación y salta al primer plano el encuadramiento organizativo de la nueva entidad en la Administración matriz de la que proviene. La Administración matriz no puede desentenderse de estas nuevas entidades porque la actividad de éstas se encuadra en las competencias de aquella, que conserva la plena responsabilidad política y organizativa sobre los resultados de la actividad.”

Como alternativa a la gestión directa de un determinado servicio público figuran, entre otras modalidades, la denominada gestión indirecta, a través de la cual, la Administración posee la titularidad, así como, la responsabilidad del servicio de que se trate, sin embargo, la prestación del mismo se llevará a cabo, bajo las condiciones establecidas por la propia Administración, por un tercero, generalmente una persona

jurídica-privada, el cual asumirá el resultado, así como, el riesgo económico de la referida prestación.

En general, entre las razones que se argumentan a favor de la gestión indirecta de los servicios públicos, se pone de relieve el propósito de eliminar toda relación de dependencia que pueda existir entre la Administración y la entidad designada para la prestación del referido servicio, consiguiéndose de esta forma alcanzar mayores niveles de eficacia y eficiencia.

En lo que al ámbito sanitario se refiere, entre las razones que se manifiestan para adoptar este tipo de gestión, se piensa que es útil para "romper la relación de dependencia entre los profesionales sanitarios y la organización sanitaria pública, buscando mayor implicación de estos en el proceso de gestión" (Gómez, 2000:).

En relación a ello, se considera que la relación de dependencia que existe en el personal sanitario respecto de la organización, en su mayoría funcionarial o cuasifuncionarial, relaja su nivel de compromiso aún en el caso de adoptar una de las formas de gestión directa que permita la aplicación del régimen laboral al personal, por lo que se debe buscar un sistema diferente de vinculación de éstos al objeto de una mayor consecución de resultados, costes y calidad en los procesos asistenciales.

A diferencia de lo que sucedía en la gestión directa, con esta modalidad de gestión se persigue que no exista tutela ni relación de instrumentalidad entre la Administración matriz y el organismo, ente o sociedad de que se trate, lo que conllevará, según indica Gómez (2000:) "a que no existan en este supuesto, por tanto, los rasgos definitorios de la relación de instrumentalidad tales como adscripción a un ente matriz, recurso de alzada impropio ante ese ente matriz, nombramiento por el ente matriz de los órganos principales de gobierno, o el control económico financiero directo mediante intervención".

Sin embargo, en este marco de gestión indirecta de servicios públicos, en que se pretende que la iniciativa privada lleve a cabo la prestación del servicio sanitario, resulta conveniente para la propia Administración establecer determinados mecanismos de vinculación entre las personas jurídico privadas y la misma, ya que en definitiva es esta última la que tiene la titularidad del servicio.

Así pues, en relación a ello, se tendrán que definir, entre otras, las condiciones en que el mismo ha de explotarse, los resultados asistenciales, derechos y obligaciones de ambas partes, qué mecanismos de control se van a implantar, etc..., aunque, en definitiva, la forma y el contenido de estos mecanismos de unión variarán en función de la diferente implicación del particular en la provisión del servicio, así como, de la causa que lleva a la Administración a adoptar esta forma de gestionarlo.

Se debe poner de manifiesto que las formas de vinculación a las que haremos referencia en el siguiente epígrafe son la que, según Gómez, se utilizan con mayor frecuencia en el ámbito al que estamos haciendo referencia, éstas son, el convenio, el concierto, la concesión y el arrendamiento.

3.3. Formas de vinculación

Antes de comenzar con las diversas modalidades de vinculación a las que anteriormente se ha hecho referencia, se debe reiterar nuevamente que no se deben identificar como formas de gestión, es decir, como distintas formas de organización para llevar a cabo la misma, sino de instrumentos para relacionar a una determinada Administración Pública con una modalidad de gestión indirecta ejercida por una persona jurídica privada. En definitiva, se hace referencia a los nexos de unión que se establecen entre ambas organizaciones mediante los cuales se definen, entre otros aspectos, las condiciones de

la relación, qué requisitos son necesarios para que se lleve a cabo, cuáles son los derechos y las obligaciones de ambas partes, qué mecanismos de control existen, etc...

3.3.1. El convenio

Llevar a cabo la elaboración de un concepto general del término convenio que abarque la amplia tipología de convenios existente es una tarea bastante compleja, por lo que con frecuencia, se hace alusión a lo que la normativa regula en torno a los mismos con el propósito de determinar cuáles son sus principales características diferenciadoras.

En este sentido, el artículo 88 de la LRJPC regula los denominados convenios administrativos disponiendo que "Las Administraciones Públicas podrán celebrar acuerdos, pactos, convenios o contratos con personas tanto de Derecho público como privado, siempre que no sean contrarios al Ordenamiento Jurídico ni versen sobre materias no susceptibles de transacción y tengan por objeto satisfacer el interés público que tienen encomendado, con el alcance, efectos y régimen jurídico específico que en cada caso prevea la disposición que lo regule, pudiendo tales actos tener la condición de finalizadores de los procedimientos administrativos o insertarse en los mismos con carácter previo, vinculante o no, a la resolución que les ponga fin.

Los citados instrumentos deberán establecer como contenido mínimo la identificación de las partes intervinientes, el ámbito personal, funcional y territorial, y el plazo de vigencia, debiendo publicarse o no según su naturaleza y las personas a las que estuvieran destinados.

Requerirán en todo caso la aprobación expresa del Consejo de Ministros, los acuerdos que versen sobre materias de la competencia directa de dicho órgano.

Los acuerdos que se suscriban no supondrán alteración de las competencias atribuidas a los órganos administrativos ni de las responsabilidades que correspondan a las autoridades y funcionarios relativas al funcionamiento de los servicios públicos."

De esta disposición estatal se derivan aspectos básicos reguladores de la figura del convenio, tales como, la posibilidad por parte de una determinada Administración Pública de celebrar convenios o contratos con terceras personas, ya sean de Derecho público o privado, para la prestación de un servicio público. De otra parte, el referido convenio puede celebrarse bajo la condición de finalizador de un procedimiento administrativo o, por el contrario, insertarse en el mismo. También se deberán regular otros aspectos igualmente significativos en este tipo de relaciones tales como, el contenido, identificación de las partes intervinientes, derechos y obligaciones de los mismos, controles económicos y demás aspectos básicos a disponer.

En lo que al ámbito sanitario se refiere, tal y como manifiesta Gómez, la complejidad de proponer una definición general de la figura del convenio incrementa aún más debido a la gran variedad de relaciones convencionales contempladas en la Ley General de Sanidad, así como, en las principales normas autonómicas sobre la materia. En este sentido, lleva a cabo la enumeración de una relación de posibles modalidades de convenios que se pueden dar en nuestro ámbito de estudio con el propósito de ofrecernos una visión de la amplitud del referido término, siendo la misma, la siguiente:

- Convenios para la implantación paulatina de la LGS en aquellas Comunidades que no cuentan con competencias suficientes en la materia (Disposición Transitoria 3ª de la LGS).
- Convenios entre el Gobierno y las Comunidades Autónomas para desarrollar los criterios básicos mínimos y comunes en materia de información sanitaria (Disposición Adicional 2ª de la LGS).
- Convenios para la transferencia a las Comunidades Autónomas de los establecimientos y centros sanitarios de titularidad local (Disposición transitoria 1ª de la LGS).
- Convenios singulares para la vinculación de los centros particulares a la red pública (art. 29.2 de la Ley 1/1993 de 6 de Castilla y León, de Ordenación del Sistema Sanitario).

- Convenios con centros hospitalarios no integrados en la red pública para la atención de enfermos agudos cuando los hospitales de la red no sean suficientes (art. 43.3 de la Ley 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria de Cataluña).
- Convenios para la integración definitiva de los establecimientos de titularidad de las corporaciones locales en el Servicio de Salud (Disposición transitoria 3ª de la Ley de Castila y León comentada; disposición transitoria 5ª de la Ley balear 4/ 1992, de 15 de julio, de creación del Servicio Balear de Salud; disposición transitoria 2ª.1 de la Ley Aragonesa 2/1989, de 21 de abril, de creación del Servicio Aragonés de Salud; art. 15.c. de la Ley Gallega 1/1989 de 2 de enero, de creación del Servicio Gallego de Salud).
- Convenios de colaboración, entre la Administración Sanitaria y otras Administraciones Públicas titulares de centros hospitalarios (art. 1.3.a. y 12 del Decreto 165/1995, de 4 de julio, de Andalucía).
- Convenios singulares de vinculación, suscritos entre la Administración Sanitaria y entidades privadas titulares de centros hospitalarios, para la vinculación de los mismos a la red pública (artículo 73.2 de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, y artículos 1.3.b. y 13 del Decreto 165/1995, de 4 de julio, de Andalucía).
- Y un sin fin de modalidades convencionales derivadas de la realización de un análisis de las principales normas autonómicas de organización de los distintos servicios de salud existentes[9].

[9] El artículo 2 de la Orden de 30 de junio de 1992, de Cataluña; artículos 77 a 82 de la Ley Forall 0/90, de 23 de noviembre, de Navarra, de Salud; los artículos 30 a 34 de la Ley 1/92, de 2 de :julio, de Asturias, de creación del Servicio de Salud del Principado; los artículos 29 a 32 :de la Ley 1/93, de 6 de abril, de Castilla y León, de Ordenación del Sistema Sanitario; el artículo 96 de la Ley 11/94 de 26 de julio, de Canarias, de ordenación sanitaria; el artículo 37 de la Ley 4/92 de 15 de julio, de Baleares, de creación del Servicio Balear de Salud; el artículo 12 de la Ley 8/86, de 6 de mayo, de Andalucía, de regulación del Servicio Andaluz de Salud; artículo 23 de la Ley lO/83, de 19 de mayo, del País Vasco, del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza; artículos 25 y 26 de la Ley 8/87, de 4 de diciembre, de la

Con motivo de esta amplitud de tipologías convencionales, Gómez plantea diferenciar por un lado, los denominados "convenios interadministrativos que tienen muy diversas finalidades y se encuentran, como hemos visto, muy dispersos por toda la extensión de la LGS" y, por otro lado, los "convenios para la vinculación de centros privados a la red pública" constituyendo estos últimos nuestro objeto de estudio.

Sigue diciendo el mismo autor que "para llevar a cabo la celebración de un convenio resulta necesario que una norma específica establezca tal posibilidad y, en la cual, se deberá regular el alcance, efectos y régimen jurídico específico que correspondan al referido convenio. En lo que al ámbito sanitario se refiere, los artículos 66 y 67 de la Ley General de Sanidad constituyen esta norma específica habilitadora de la celebración de convenios".

En relación a ello, el artículo 66 de la Ley General de Sanidad establece lo siguiente:

1. Formará parte de la política sanitaria de todas las Administraciones Públicas, la creación de una red integrada de hospitales del sector público.

Los hospitales generales del sector privado que lo soliciten serán vinculados al Sistema Nacional de Salud de acuerdo con un protocolo definido, siempre que por sus características técnicas sean homologables, cuando las necesidades asistenciales lo justifiquen y si las disponibilidades económicas del sector público lo permiten.

2. Los protocolos serán objeto de revisión periódica.

3. El sector privado vinculado mantendrá la titularidad de centros y establecimientos dependientes del mismo, así como la titularidad de las relaciones laborales del personal que en ellos preste sus servicios.

De otra parte, el artículo 67 regula lo siguiente:

Comunidad Valenciana, de creación del Servicio Valenciano de Salud; ,artículos 13 y 20 de la Ley 1/89, de 2 de enero, de Galicia, de creación del Servicio gallego de Salud; artículos 37, 40 y 41 de la Ley 2/89, de Aragón, de creación del Servicio Aragonés de Salud; o los artículos 40 y 41 de la Ley 4/91, de 25 de marzo, de La Rioja, de creación del Servicio Riojano de Salud.

1. La vinculación a la red pública de los hospitales a que se refiere el artículo anterior, se realizará mediante convenios singulares.

2. El convenio establecerá los derechos y obligaciones recíprocos en cuanto duración, prórroga, suspensión temporal, extinción definitiva del mismo, régimen económico, número de camas hospitalarias y demás condiciones de prestación de la asistencia sanitaria, de acuerdo con las disposiciones que se dicten para el desarrollo de esta Ley. El régimen de jornada de los hospitales a los que se refiere este apartado será el mismo que el de los hospitales públicos de análoga naturaleza en el correspondiente ámbito territorial.

3. En cada convenio que se establezca de acuerdo con los apartados anteriores, quedará asegurado que la atención sanitaria prestada por hospitales privados a los usuarios del sistema sanitario se imparte en condiciones de gratuidad, por lo que las actividades sanitarias de dicho hospital no podrán tener carácter lucrativo.

El cobro de cualquier cantidad a los enfermos en concepto de atenciones no sanitarias, cualquiera que sea la naturaleza de éstas, podrá ser establecido si previamente son autorizados por la Administración Sanitaria correspondiente el concepto y la cuantía que por él se pretende cobrar.

4. Serán causa de denuncia del convenio por parte de la Administración Sanitaria competente, las siguientes:

a) Prestar atención sanitaria objeto del Convenio contraviniendo el principio de gratuidad.

b) Establecer sin autorización servicios complementarios no sanitarios, o percibir por ellos cantidades no autorizadas.

c) Infringir las normas relativas a la jornada y al horario del personal del hospital establecidas en el apartado 2°.

d) Infringir con carácter grave la legislación laboral, de la Seguridad Social o Fiscal.

e) Lesionar los derechos establecidos en los artículos 16, 18, 20 y 22 de la Constitución cuando así se determine por Sentencia.

f) Cualesquiera otras que se deriven de las obligaciones establecidas en la presente Ley.

5. Los hospitales privados vinculados con el sistema nacional de Salud estarán sometidos a las mismas inspecciones y controles sanitarios, administrativos y económicos que los hospitales públicos, aplicando criterios homogéneos y previamente reglados.

Otros dos preceptos de la LGS hacen referencia a los convenios singulares, éstos son, los artículos 93 y 94.1.

Según el artículo 93:
"No podrán ser vinculados los hospitales y establecimientos del sector privado en el Sistema Nacional de Salud (...), cuando en alguno de sus propietarios o en alguno de sus trabajadores, concurran las circunstancias que sobre incompatibilidades del sector público y el privado establezca la legislación sobre incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas".
Atendiendo al artículo 94.1:
"Los hospitales privados vinculados en la oferta pública estarán sometidos a las mismas inspecciones y controles sanitarios, administrativos y económicos que los hospitales públicos".

En relación a la normativa a la que se ha hecho referencia, a continuación se pondrá de manifiesto la opinión que le merece a Gómez diversos aspectos vinculados con la naturaleza y el régimen jurídico del concierto por cuanto los mismos condicionarán su régimen de aplicación y funcionamiento.

En esta línea, se indica que la normativa contenida en los artículos 66 y 67 de la LGS no tiene carácter básico por lo que se considera supletoria en las Comunidades Autónomas que tengan su propia legislación autonómica al respecto. Sin embargo, en lo referente al

contenido del artículo 94, sí se considera norma básica, aún teniendo básicamente idéntica redacción.

En relación a la naturaleza jurídica de este tipo de convenios, es decir, de los convenios de vinculación singular de centros privados a la red pública, Gómez plantea que "la regulación de la LGS no es clara: se habla de protocolo, de homologación y de convenio. El protocolo es una regulación que establece la Administración competente y que sirve de referencia general para la homologación de los centros privados que quieran vincularse a la Red Pública. Por tanto no tiene carácter contractual, sino que es una disposición administrativa general. La homologación es un acto administrativo resolutorio por el que se acredita que un centro reúne todos los requisitos para vincularse a la red pública. Por último, el convenio en sí tampoco tendría naturaleza contractual, sino de resolución administrativa necesitada de aceptación".

Como dice Menéndez (1995), la vinculación de centros hospitalarios completos debe hacerse en las mismas condiciones para todos, tanto en cuanto a las obligaciones que contraen, como en cuanto a las facultades que asumen.
Se trata, por consiguiente, de una típica situación reglamentaria, en la que la inclusión y exclusión se lleva acabo en virtud de resoluciones, y por tanto, necesitadas de aceptación, y no de contratos administrativos. Ello implica que el marco de referencia no se corresponde con la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas, sino con el régimen de las resoluciones administrativas contenido en la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (Ley 30/1992, de 26 de noviembre). Solamente se aplicará lo dispuesto en la LCAAPP para resolver las dudas y lagunas que pudieran presentarse.

De otra parte, sólo resta considerar si los titulares de los centros hospitalarios privados tienen reconocido en la LGS el derecho al convenio, es decir, a la integración de sus centros a la red pública. En relación a ello el autor plantea que "la redacción del artículo 66.1 LGS parece apoyar una respuesta afirmativa, al afirmar que los hospitales generales del sector privado que lo soliciten serán vinculados. Sin embargo, el mismo

precepto establece una serie de condiciones para esa vinculación, éstas son, cuando las necesidades asistenciales lo justifiquen y las disponibilidades económicas del sector público lo permiten.

En consecuencia, ante una solicitud de vinculación, la Administración sólo podrá denegarla invocando la inexistencia de necesidades asistenciales o, lo que será más frecuente, la falta de recursos económicos".

3.3.2. El concierto

Otra de las modalidades mediante la cual la iniciativa privada se vincula con la pública en un marco de colaboración para la prestación de servicios sanitarios la constituye el denominado concierto.

La figura del concierto en el ámbito sanitario se encuentra muy arraigada y se regula en el artículo 90 de la LGS estableciendo lo siguiente:

1. Las Administraciones Públicas Sanitarias, en el ámbito de sus respectivas competencias, podrán establecer conciertos para la prestación de servicios sanitarios con medios ajenos a ellas.
A tales efectos, las distintas Administraciones Públicas, tendrán en cuenta, con carácter previo, la utilización óptima de sus recursos sanitarios propios.

2. A los efectos de establecimiento de conciertos, las Administraciones Públicas darán prioridad, cuando existan análogas condiciones de eficacia, calidad y costes, a los establecimientos, centros y servicios sanitarios de los que sean titulares entidades que tengan carácter no lucrativo.

3. Las Administraciones Públicas Sanitarias no podrán concertar con terceros la prestación de atenciones sanitarias, cuando ello pueda contradecir los objetivos sanitarios, sociales y económicos establecidos en los correspondientes planes de salud.

4. Las Administraciones Públicas dentro del ámbito de sus competencias fijarán los requisitos y las condiciones mínimas, básicas y comunes aplicables a los conciertos a que se refieren los apartados anteriores. Las condiciones económicas se establecerán en base a módulos de costes efectivos, previamente establecidos y revisables por la Administración.

5. Los centros sanitarios susceptibles de ser concertados por las Administraciones Públicas Sanitarias deberán ser previamente homologados por aquellas, de acuerdo con un protocolo definido por la Administración competente, que podrá ser revisado periódicamente.

6. En cada concierto que se establezca, además de los derechos y obligaciones recíprocas de las partes, quedará asegurado que la atención sanitaria y de todo tipo que se preste a los usuarios afectados por el concierto, será la misma para todos sin otras diferencias que las sanitarias inherentes a la naturaleza propia de los distintos procesos sanitarios, y que no se establecerán servicios complementarios respecto de los que existan en los centros sanitarios públicos dependientes de la Administración Pública concertante."

También, en relación al concierto los artículos 93 y 94 disponen lo siguiente respectivamente:

"(...) Ni se podrán establecer conciertos con centros sanitarios privados, cuando en alguno de sus propietarios o en alguno de sus trabajadores, concurran las circunstancias que sobre incompatibilidades del sector público y el privado establezca la legislación sobre incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas".

"La Administración Pública correspondiente ejercerá funciones de inspección sobre aspectos sanitarios, administrativos y económicos relativos a cada enfermo atendido por cuenta de la Administración Pública en los centros privados concertados".

La normativa descrita en relación a los conciertos sanitarios tiene carácter básico por lo que las diversas Comunidades Autónomas solamente pueden llevar a cabo su desarrollo en sus respectivos ámbitos de competencia**.**

Tal y como manifiesta Gómez (2000: 317) con independencia de la regulación específica contenida en la LGS o en las Comunidades Autónomas, el concierto es una de las modalidades contempladas para la contratación de los servicios públicos en la Ley 13/1995 de Contratos de las Administraciones Públicas[10] por lo que, debido a ello,

[10] El articulo 157 de la Ley 13/1995 de 18 de mayo, de Contratos de las Administraciones Públicas establece que la contratación de la gestión de los servicios públicos adoptará cualquiera de las siguientes modalidades:

todos los aspectos relacionados con su preparación, adjudicación, efectos, duración, ejecución, modificación y extinción, estarán a lo dispuesto a lo regulado en la referida legislación.

Así mismo, pone de relieve que se considera imprescindible diferenciar si lo que se contrata tiene carácter o no de servicio público, pues en función de ello la normativa a aplicar será distinta. En este sentido, se considera que en el ámbito sanitario el principal servicio público lo constituye la propia asistencia sanitaria por lo que su gestión deberá realizarse como un contrato de gestión de servicios públicos (Título II del Libro II de la LCCAAPP). Sin embargo, también muchos de los servicios que se contratan en los centros sanitarios tales como seguridad, cafetería, etc... no tienen naturaleza pública, sino carácter instrumental del verdadero servicio público que es la asistencia sanitaria, por lo que en este caso se debe gestionar como un contrato de servicios (Título IV del Libro II de la LCCAAPP). Aun con esta fundamental diferencia, en ambos casos nos movemos en el ámbito de la contratación administrativa

De otra parte, en el ámbito sanitario, la concertación como forma de contratación externa en la gestión de servicios o de concurrencia de provisión pública y privada puede tener dos orientaciones (Asociación de Economistas de la Salud, 1992):

-La concertación basada en el output final (esto es, la concertación de asistencia sanitaria, en si).

-La concertación de inputs no directamente relacionados con el diagnóstico y tratamiento (transporte de enfermos, hosteleria, etc.).

Concesión, por la que el empresario gestionará el servicio a su riesgo y ventura; Gestión interesada, en cuya virtud la Administración y el empresario participarán en los resultados de la explotación del servicio en la proporción que se establezca en el contrato; Concierto con persona natural o jurídica que venga realizando prestaciones análogas a, la que constituye el servicio público de que se trate; Sociedad de economía mixta en la que la Administración participe, por si o por medio de una entidad pública, en concurrencia con personas naturales o jurídicas.

Muchos autores consideran que a pesar de que el convenio y el concierto son modalidades de gestión indirecta de servicios sanitarios en la medida en que la iniciativa privada colabora con los poderes públicos para hacer efectivas determinadas prestaciones, la diferencia entre ambas figuras no es suficientemente clara.

En esta línea, el concierto es una forma de gestión de servicios públicos en la que mediante un contrato y durante un tiempo limitado, una persona, fisica o jurídica, pública o privada, que venía realizando esa actividad con anterioridad, presta el servicio en base a las condiciones acordadas por la Administración, a cambio del abono de una cantidad estipulada, asumiendo íntegramente el riesgo económico en su ejecución, sin que con ello se cree una persona jurídica nueva, ni la persona concertada pase a tener la condición de Administración Pública.

Tal y como sucedía con la figura del convenio, en relación a la delimitación de la normativa vinculada al concierto sería imposible establecer una normativa general dada la gran cantidad de realidades incluidas bajo esta denominación, sin embargo como el concierto sanitario es una modalidad de prestación de servicios de gran tradición en nuestro ordenamiento se pueden esbozar algunas líneas del régimen jurídico visto con anterioridad, estas son:

- Carácter de norma básica

Atendiendo al artículo 2 de la LGS, todas las disposiciones que regulan el concierto tienen carácter de norma básica, por lo que, en consecuencia, son de directa aplicación a la Administración del Estado y a todas las Comunidades Autónomas, por lo que, tanto una como otras sólo pueden dictar normas de desarrollo o complementarias de estos preceptos básicos, que en ningún caso pueden contravenir.

En relación a ello sorprende sin embargo que la regulación del convenio singular en los artículos 66 y 67 de la LGS para la integración de hospitales en el Sistema Nacional de Salud no tenga carácter de norma básica, pudiendo ser por lo tanto desplazada por la normativa de las Comunidades Autónomas cuando el nivel de implicación de la iniciativa privada en el es mucho mayor que en el caso de los conciertos.

- Objeto

El concierto tiene por objeto la prestación de servicios sanitarios con medios ajenos.

- Carácter subsidiario o sustitutorio

Menéndez (1995) y Largo Agudo (1995) dibujan la evolución y normativa sobre este punto, que resulta interesante. El RSCL (del año 1955) hablaba del carácter subsidiario y transitorio, ya que su duración es limitada hasta que la Corporación esté en condiciones de asegurar su prestación por sus propios medios.

En la ley General de Seguridad Social de 1974 aparecía como característica fundamental el carácter subsidiario del concierto sanitario: serían utilizados únicamente cuando la red propia no pudiera atender a los pacientes y siempre previa autorización ministerial.

La ley hacía referencia a un futuro reglamento que nunca se aprobó. La primera regulación específica aparece con la Resolución de 11 de abril de 1980. En su artículo primero decía que los conciertos tendrían carácter subsidiario y complementario de las prestaciones de servicios y actividades sanitarias desarrolladas por la Seguridad Social. Además daba prioridad a los centros públicos y al sector no lucrativo.

La actual LCAAPP de 1995 no dice nada de esto, considerándolo una más de las modalidades de contrato de gestión de servicios públicos. Con esto entiendo que se mantiene, tácitamente, la línea del RGCE, expresamente, seguía, olvidando el carácter subsidiario y transitorio y utilizando esta modalidad “en aquellos supuestos en los que, para el desempeño o mayor eficacia de un servicio público convenga a la Administración Pública”, como decía el artículo 205 del RGCE.

Por último, la LGS establece en su artículo 90 que las distintas Administraciones Públicas tendrán en cuenta, con carácter previo a la formalización de un concierto, “la utilización óptima de sus recursos sanitarios propios”.

La interpretación de esta expresión no es fácil, y aquí los dos autores mantienen posturas distintas. Para Menéndez (1995) en el artículo 90.1 de la LGS no se exige que

la Administración concertante carezca de medios propios, y sitúa el régimen de esta ley más cerca de la LCE que del RSCL. Por su parte, Largo Aguado (1995) afirma que de la letra de la LGS, se deduce que el concierto tiene carácter subsidiario, aunque la regulación de los convenios deja la duda y la puerta abierta.

Lo cierto es que en la regulación posterior de desarrollo de la LGS no se considera que el concierto tenga carácter subsidiario. Así, en el INSALUD, el Real Decreto de 10 de julio de 1992, de estructura del Ministerio, supone un cambio radical y expresamente se dice que los conciertos pueden ser sustitutorios y no necesariamente subsidiarios de los servicios prestados por el INSALUD. Del mismo modo, en la Comunidad Autónoma de Andalucía el Decreto 165/1995 de 4 de julio, dispone en su artículo 1 que "la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud podrán suscribir, cuando las necesidades asistenciales lo justifiquen y las disponibilidades presupuestarias lo permitan, Convenios o Conciertos (...)".

- Derecho al concierto

Conforme al artículo 90.2 de la LGS, en análogas condiciones de eficacia, calidad y costes, se debe dar prioridad a los establecimientos, centros y servicios de los que sean titulares entidades que tengan carácter no lucrativo. Pero ello no significa en modo alguno que tales entidades tengan derecho al concierto. Se trata solamente de un criterio de selección de la entidad concertada en caso de que la Administración competente decida recurrir a esta modalidad de prestación de servicios.

- No se pueden concertar prestaciones que estén en contradicción con los objetivos de los planes de salud, según el artículo 90.3 de la LGS.
- Los centros susceptibles de ser concertados deberán ser previamente homologados de acuerdo con un protocolo definido por la Administración competente que podrá ser revisado periódicamente (art. 90.5 LGS).

Este requisito, que equivale al de la clasificación exigida para los contratistas en el marco de la LCCAAPP, plantea problemas de distinción entre la homologación de los

centros concertados y la vinculación de los centros privados a la red hospitalaria pública como se verá más adelante. (Menéndez, 1995)

- El contenido de los conciertos se articula en un doble plano, de forma similar a lo que ocurre en los contratos administrativos típicos.

a) reglamentario, mediante la fijación de los requisitos y condiciones mínimas, básicas y comunes (arti 90.4) que equivale al pliego de condiciones generales de esos contratos b) contractual, mediante la definición, en cada concierto de los derechos y obligaciones recíprocas (Menéndez, 1995)

- Igualdad

La LGS obliga a garantizar que, en régimen concertado, la atención sanitaria y de todo tipo será la misma para todos, sin otras diferencias que las sanitarias inherentes a la distinta naturaleza de los procesos sanitarios, y que no se establecerán servicios complementarios de los que existan en los centros sanitarios públicos dependientes de la Administración concertante. (art 90.6 LGS)

- Contraprestación

La contraprestación a satisfacer por la Administración concertante se establecerá con base en "módulos de coste efectivos, previamente establecidos y revisables por la Administración" (art 90.4 de LGS)

- Inspección

La Administración ejercerá funciones de inspección sobre los aspectos sanitarios, administrativos y económicos relativos a cada enfermo atendido por su cuenta en los centros privados concertados (art 94.2 LGS)

- Duración

Atendiendo a la normativa a la que se haga referencia la duración se enmarca en un amplio intervalo temporal desde los 8 años a los 75 años, así como, ningún tipo de duración en el caso de atender a la LGS como norma básica, pudiendo interpretarse como un indicio de que esta modalidad contractual ha perdido el carácter sustitutorio y

transitorio que le atribuían la anteriores normas, para convertirse en una opción ordinaria y estable de prestación de servicios.

Diferencias con la figura del convenio

Habitualmente los términos convenio y concierto se confunden tanto por diversos autores, la LGS y la legislación autonómica utilizan reiteradamente las mismas expresiones para referirse a supuestos diferentes de colaboración, no sólo entre instituciones privadas y públicas, sino también entre varias de este último carácter. Otras veces se utilizan indistintamente para referirse a supuestos aparentemente idénticos, lo que acentúa la perplejidad.

Ambas son técnicas de colaboración de la iniciativa privada con la Administración pública para el ejercicio de las funciones que esta tiene encomendadas. Algunas notas diferenciadoras entre ambas figuras son las que se proponen a continuación:

- Naturaleza jurídica

Los conciertos son contratos administrativos para la prestación de servicios públicos y por lo tanto plenamente sometido al régimen de contratos del Estado de la LCAAPP.
Los convenios son resoluciones necesitadas de aceptación, que subsumen cada caso concreto en la regulación abstracta establecida para la homologación de los centros privados con los públicos incluidos en la red asistencial

- Extensión

En sanidad, convenio supone la plena integración del establecimiento privado en la red hospitalaria pública, esto es, la vinculación de todos sus servicios, quedando el centro sometido a un régimen sustancialmente idéntico al de los centros públicos.

Por su lado, el concierto sanitario supone una vinculación más difusa, limitada a determinadas prestaciones de las realizadas por un centro que, normalmente, prestará otros servicios no incluidos en el concierto, aunque no necesariamente.

- Regulación

La del concierto tiene carácter básico y la del convenio supletorio.

- Servicios complementarios no sanitarios

En centros convenidos se admite la existencia de servicios complementarios no sanitarios, previa autorización de la Administración sobre el tipo y características del servicio y del importe correspondiente a satisfacer por el usuario (art 67.3 de la LGS).
En un centro concertado sólo podrán existir aquellos servicios complementarios no sanitarios que ya existan en los centros públicos, no otros (art 90.6 LGS)

Conclusión

Como dice Borrajo (1995), en las innovaciones planteadas con carácter general en la gestión de servicios públicos, se pretende optar decididamente por la figura del contrato, en detrimento del reglamento.

Toda provisión de servicios sería contratada, ya mediante contratos entre los clientes, es decir, las Áreas de Salud, y los proveedores de servicios, ya mediante conciertos o contratos programa u otras fórmulas de carácter similar. Igualmente se propugna extender y ampliar la contratación externa: pensando en unidades grandes, fundamentalmente hospitales, que contraten todo tipo de servicios, especialmente servicios colaterales, tales como lavandería, hostelería e incluso servicios que afectan directamente a la actividad sanitaria, como pueden ser radiodiagnóstico, laboratorios, etc...De esta forma los centros quedarían descargados de proveer y gestionar todo este tipo de servicios y podrían concentrarse en el núcleo de la gestión sanitaria.

EI artículo 2 de la LGS dispone: "1. Esta ley tendrá la condición de norma básica en el sentido previsto en el artículo 149.1.16 de la Constitución y será de aplicación a todo el territorio del Estado, excepto los artículos 31, apartado 1, letras b) y c), y 57 a 69, que constituirán derecho supletorio en aquellas Comunidades Autónomas que hayan dictado normas aplicables a la materia que en dichos preceptos se regula. 2. Las Comunidades Autónomas podrán dictar normas de desarrollo y complementarias de la presente ley en

el ejercicio de las competencias que les atribuyen los correspondientes Estatutos de Autonomía".

3.4. Formas de gestión mixtas

Son supuestos en los que el riesgo económico que la prestación del servicio público supone, es asumido por la Administración y por el particular que, junto con la Administración, presta el servicio.

Nuestro Derecho establece dos modalidades de gestión mixta de servicios públicos, éstos son, la gestión interesada y la sociedad de economía mixta.

Además de estas modalidades de origen legal de gestión mixta, muchas otras modalidades de las incluidas como de gestión directa o indirecta pueden, por vía de los hechos, convertirse en formas de organización mixta: así ocurre, por ejemplo, en aquellas sociedades mercantiles donde la Administración no es el único socio o también en aquellas cooperativas asistenciales en las que la Administración participa como socio colaborador.

3.4.1. La gestión interesada

Es, junto con la concesión, el concierto y la sociedad de economía mixta, una de las cuatro modalidades establecidas en el artículo 157 de la LCAAPP para la gestión de servicios públicos.

Mediante la Gestión Interesada, y según el mismo artículo, "la Administración y el empresario participan en los resultados de la explotación del servicio en la proporción que se establezca en el contrato".

Nos encontramos aquí ante la primera de las dos modalidades de gestión mixta de servicios públicos. Se trata, en efecto de una forma de asociación entre un particular y la Administración con vistas a la prestación de un servicio.

La gestión interesada se define (Sema, 1995; Parejo, 1992) como un sistema de gestión indirecta de actividades y servicios, en que, mediante un contrato, se establece una asociación entre la Administración y un empresario particular, en virtud del cual se otorga al particular el ejercicio de la actividad o la prestación del servicio, ejerciéndolo

en interés de la Administración, con atribución al particular de una participación en los resultados económicos en la proporción que se establezca en el contrato.

Esta forma de gestión, apenas tiene desarrollo normativo, es poco aplicada, y no tenemos noticia de su utilización en la provisión de servicios sanitarios públicos.

Se podrá estipular un beneficio mínimo en favor de cualquiera de las partes asociadas, atendiendo a los resultados de la explotación.

Se determinará en el contrato el régimen obligacional de la gestión y, en especial, las responsabilidades que incumben al empresario.

El carácter no estrictamente comercial de la asistencia sanitaria, hace preferible otras formas jurídicas de gestión.

3.4.2. La sociedad de economía mixta

La sociedad de economía mixta es, junto con la concesión, la gestión interesada y el concierto, una de las cuatro formas de gestión de servicios públicos establecida en el reiterado artículo 157 de la LCAAPP .

En la sociedad de economía mixta, y según este artículo, "la Administración participa, por sí o por medio de una entidad pública, en concurrencia con personas naturales o jurídicas".

Nos encontramos aquí ante la segunda de las formas de gestión mixta de servicios públicos. Como dice Ramón Parada (1991) la sociedad de economía mixta se encuentra ya en la frontera entre las organizaciones públicas y las privadas, pues se trata de un organismo en el que se unen, con vistas a realizar una actividad de servicio público, los entes públicos y los particulares, aportando unos y otros una parte del capital.

Como recoge el mismo autor, el origen de esta forma de organización de servicios públicos es más humilde:

unir en una empresa mercantil a la Administración Pública y a los particulares pareció, desde primeros de siglo, la forma más suave de contradecir el dogma de la incapacidad industrial del Estado.

Además, se consideró la técnica más eficaz de conciliar la defensa del interés público con la eficacia de la gestión que se presuponía inherente al espíritu de lucro de los titulares del capital privado.

Posteriormente, la empresa mixta sirvió para sostener empresas deficitarias de interés general 150.

Por fin, en la legislación del franquismo, la sociedad mixta deja de tener este carácter convirtiéndose en una técnica más de gestión de servicios públicos, tal como hoy la concebimos. En todo caso, hay que destacar el hecho de que las sociedades de economía mixta fueron el primer paso en la participación de la Administración en sociedades mercantiles, antes de la creación por la propia Administración de sociedades mercantiles (García de Enterría, , 1989).

A diferencia del modelo de sociedad mercantil, aquí se sigue manteniendo el carácter de verdadera sociedad, de "puesta en común" de varios socios, que ha desaparecido en las primeras, con socio único.

La Administración entra como socio de accionistas privados en el seno de una sociedad de capital que adopta la posición de contratista o concesionaria de la propia Administración o de otra distinta. La sociedad de economía mixta deberá aparecer como parte contratante ante la Administración Pública, con las obligaciones y derechos propios del concesionario de servicios públicos (García de Enterría, 1989).

La promoción de estas sociedades puede ser iniciativa de la Administración, en cuyo caso las aportaciones de capital privado, deberán adjudicarse conforme a las reglas de publicidad y concurrencia, y salvo que el ejecutivo acuerde expresamente lo contrario, la participación de la Administración será siempre mayoritaria. Cuando no lo sea, se

nombrará un Delegado del Gobierno cerca de la Sociedad con facultades de inspección y vigilancia oportunamente regladas.

150 Este fue el caso de IBERIA: su origen privado se remonta al año 1920. Una ley de 940 la reestructuró, autorizando una participación estatal del cincuenta y uno por ciento, nacionalizándose en 1943 mediante la adquisición por el Estado, a través del INI, de las restantes acciones de propiedad privada. El mismo procedimiento se siguió con la Compañia Nacional Telefónica, mediante la adquisición por el Estado de una parte del capital de la ITT. Ambas compañías han dejado de ser públicas en los últimos años.

Frente al régimen mercantil ordinario, la sociedad de economía mixta presenta importantes excepciones, principalmente:

-Duración limitada de su existencia a un número de años.

-Establecimiento de controles de su gestión por parte de la Administración Pública.

Concluiremos recogiendo por su interés, la valoración que para Ramón Parada (1991) merece esta forma mixta de gestión de servicios públicos: "Si hace algunas décadas -dice el autor- se veía a la empresa de economía mixta como una feliz combinación de esfuerzos de capital privado y la Administración, como una técnica para rectificar el monopolio empresarial del gran capital, sin perder la superior eficacia de la gestión privada frente a la burocrática, como un lugar de encuentro entre las ideas socialistas y las de libre mercado y un estímulo para fomentar el ahorro popular, en la actualidad ese optimismo se ha visto rebajado ante algunas críticas que han evidenciado contradicciones intrínsecas en este maridaje entre el sector público y el privado.

En efecto los economistas han puesto de relieve que en las empresas mixtas, los intereses privados tienden a predominar sobre los intereses públicos. También se ha advertido que los titulares del capital privado pierden agresividad empresarial y sentido de la responsabilidad ante la confianza que supone la compañía de un socio tan poderoso como el Estado, cuya quiebra es inimaginable.

Tampoco han faltado las críticas a la empresa mixta como entidad concesionaria de servicios públicos. Así, el móvil de lucro, fin legal y esencial de las sociedades

mercantiles, se muestra contradictorio con los postulados del servicio público que obligan a un constante perfeccionamiento y mejora de las prestaciones en favor de los usuarios y por encima de las consideraciones de rentabilidad estrictamente comerciales. Con relativa frecuencia, además, los gestores propician políticas de congelación de tarifas que, si son rentables políticamente, llevan a la descapitalización de la empresa en fraude de las expectativas de los que aportaron sus capitales.

Actualmente el modelo de sociedad mixta apenas se utiliza para la gestión de servicios públicos tradicionales; en la actualidad se utiliza más en sectores como el urbanismo y la vivienda que permiten operaciones de inversión en tiempo más breve y de liquidación más inmediata".

CAPÍTULO 4

LA INFORMACIÓN CONTABLE EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ESPAÑOL

Hasta este momento, en el presente capítulo se han abordado las diversas modalidades de gestión directa en la provisión de servicios sanitarios públicos a través de la cual, la Administración lleva a cabo la prestación del referido servicio, ya sea de forma directa o mediante la constitución de cualquier entidad que pertenezca a la denominada Administración no Territorial, asumiendo para ello el riesgo económico, así como, el coste económico de la referida prestación.

En esencia, el objetivo planteado con esta reforma potencial de la organización de nuestro sistema sanitario público consiste, fundamentalmente, en la búsqueda de una mayor eficiencia y calidad del mismo, para lo cual, se pretende adoptar una serie de medidas encaminadas a lograr una mayor implicación de los profesionales y demás agentes intervinientes del Sistema para con el Sistema.

Para el alcance de tal propósito, se apuesta por la constitución de diversas modalidades de gestión en las que la dotación de personalidad jurídica propia adopta un significado relevante en aras de alcanzar un modelo organizativo óptimo dotado con la suficiente autonomía para llevar a cabo su gestión e implicar a los referidos agentes con la realización de la actividad y consecución de los resultados del conjunto del Sistema.

Sin embargo, a pesar de que en el presente capítulo se han puesto de manifiesto numerosas y variadas tipologías organizativas, unas clásicas y otras más actuales, que se pueden adoptar para la prestación de la asistencia sanitaria en un marco de autonomía de gestión y, simultáneamente, dar respuesta a las expectativas de servicio que demandan los usuarios, en todas ellas, en mayor o menor medida, siempre se pone de relieve una relación de instrumentalidad y dependencia respecto de la Administración matriz de la que derivan, ya que, en definitiva, esta última será la que establezca en sus normas de creación la finalidad por la que se han constituido.

En esta línea, tal y como indica Gómez (2000: 67) "este tipo de organizaciones en sus relaciones ad extra (hacia el exterior, en su funcionamiento) tienen operatividad jurídica. Sin embargo, en sus relaciones ad intra (con la Administración matriz) la personalidad jurídica ve atenuada su significación y salta al primer plano el encuadramiento organizativo de la nueva entidad en la Administración matriz de la que proviene. La Administración matriz no puede desentenderse de estas nuevas entidades porque la actividad de éstas se encuadra en las competencias de aquella, que conserva la plena responsabilidad política y organizativa sobre los resultados de la actividad."

Como alternativa a la gestión directa de un determinado servicio público figuran, entre otras modalidades, la denominada gestión indirecta, a través de la cual, la Administración posee la titularidad, así como, la responsabilidad del servicio de que se trate, sin embargo, la prestación del mismo se llevará a cabo, bajo las condiciones establecidas por la propia Administración, por un tercero, generalmente una persona jurídica-privada, el cual asumirá el resultado, así como, el riesgo económico de la referida prestación.

En general, entre las razones que se argumentan a favor de la gestión indirecta de los servicios públicos, se pone de relieve el propósito de eliminar toda relación de dependencia que pueda existir entre la Administración y la entidad designada para

la prestación del referido servicio, consiguiéndose de esta forma alcanzar mayores niveles de eficacia y eficiencia.

En lo que al ámbito sanitario se refiere, entre las razones que se manifiestan para adoptar este tipo de gestión, se piensa que es útil para "romper la relación de dependencia entre los profesionales sanitarios y la organización sanitaria pública, buscando mayor implicación de estos en el proceso de gestión" (Gómez, 2000:).

En relación a ello, se considera que la relación de dependencia que existe en el personal sanitario respecto de la organización, en su mayoría funcionarial o cuasifuncionarial, relaja su nivel de compromiso aún en el caso de adoptar una de las formas de gestión directa que permita la aplicación del régimen laboral al personal, por lo que se debe buscar un sistema diferente de vinculación de éstos al objeto de una mayor consecución de resultados, costes y calidad en los procesos asistenciales.

A diferencia de lo que sucedía en la gestión directa, con esta modalidad de gestión se persigue que no exista tutela ni relación de instrumentalidad entre la Administración matriz y el organismo, ente o sociedad de que se trate, lo que conllevará, según indica Gómez (2000:) "a que no existan en este supuesto, por tanto, los rasgos definitorios de la relación de instrumentalidad tales como adscripción a un ente matriz, recurso de alzada impropio ante ese ente matriz, nombramiento por el ente matriz de los órganos principales de gobierno, o el control económico financiero directo mediante intervención".

Sin embargo, en este marco de gestión indirecta de servicios públicos, en que se pretende que la iniciativa privada lleve a cabo la prestación del servicio sanitario, resulta conveniente para la propia Administración establecer determinados mecanismos de vinculación entre las personas jurídico privadas y la misma, ya que en definitiva es esta última la que tiene la titularidad del servicio.

Así pues, en relación a ello, se tendrán que definir, entre otras, las condiciones en que el mismo ha de explotarse, los resultados asistenciales, derechos y obligaciones de ambas partes, qué mecanismos de control se van a implantar, etc..., aunque, en definitiva, la forma y el contenido de estos mecanismos de unión variarán en función de la diferente implicación del particular en la provisión del servicio, así como, de la causa que lleva a la Administración a adoptar esta forma de gestionarlo.

Se debe poner de manifiesto que las formas de vinculación a las que haremos referencia en el siguiente epígrafe son la que, según Gómez, se utilizan con mayor frecuencia en el ámbito al que estamos haciendo referencia, éstas son, el convenio, el concierto, la concesión y el arrendamiento.

4.1. La información contable pública. Normalización y características cualitativas

La contabilidad pública debe ser un instrumento moderno capaz de adaptarse a las necesidades de la realidad sobre la que va a recaer.

De acuerdo con lo establecido en el artículo 125 de la Ley 47/2003, de 26 de noviembre, General Presupuestaria, la Intervención General de la Administración del Estado (IGAE) es el órgano que tiene atribuida la dirección y gestión de la contabilidad pública en el ámbito del sector público estatal.

En relación con las Comunidades Autónomas, aunque la aprobación de las normas de contabilidad pública aplicables a dichas Administraciones se debe hacer por la correspondiente normativa autonómica, la IGAE debe establecer los criterios generales a través del Plan General de Contabilidad Pública, a los que se tendrá que adaptar dicha normativa.

En consecuencia con lo anterior, la IGAE tiene la responsabilidad de ordenar la contabilidad del sector público con el fin de hacer de la misma un instrumento capaz de satisfacer las necesidades de información de los distintos destinatarios que tienen interés en conocer los resultados obtenidos en la actividad de las entidades públicas. Entre esos destinatarios, cabe destacar, en primer lugar, a los responsables de la gestión de las entidades públicas que necesitan de dicha información para la adecuada toma de decisiones, en segundo lugar, a los órganos controladores, para los que la información contable constituye una herramienta imprescindible para el desarrollo de su trabajo, y, finalmente, a los propios ciudadanos que con sus impuestos financian la actividad pública, y que, por tanto,

tienen un interés legítimo en conocer cuál ha sido la utilización que se ha hecho de los recursos públicos.

Desde el punto de vista contable, las diversas formas jurídicas de gestión directa se agrupan de la siguiente forma:

NORMAS DE ADAPTACIÓN DEL PGCP A LAS ENTIDADES GESTORAS Y SERVICIOS COMUNES DE LA SEGURIDAD SOCIAL	**NORMAS DE ADAPTACIÓN DEL PGC A LAS ENTIDADES SIN FINES DE LUCRO**	**NORMAS DE ADAPTACIÓN DEL PGC A LAS EMPRESAS DE ASISTENCIA SANITARIA**
- FORMAS SIN PERSONALIDAD JURÍDICA DIFERENCIADA (GD) - ORGANISMOS AUTÓNOMOS DE LA LOFAGE (GD) - ORGANISMOS AUTÓNOMOS ADMINISTRATIVOS DE LAS CCAA (GD) - CONSORCIO	- FUNDACIÓN CREADA POR ENTIDAD PÚBLICA (GD) - CONSORCIO	- ENTIDADES PÚBLICAS EMPRESARIALES DE LA LOFAGE (GD) - ORGANISMOS AUTÓNOMOS DE CARÁCTER COMERCIAL, INDUSTRIAL, FINANCIERO O ANALOGO DE LAS CCAA (GD) - ENTES DE DERECHO PÚBLICO O ENTES PUBLICOS DE LAS CCAA (GD) - SOCIEDADES MERCANTILES DE TITULARIDAD MAYORITARIAMENTE PÚBLICA (GD) - FUNDACIÓN PÚBLICA SANITARIA (GD) - CONSORCIO

La IGAE, consciente de estas necesidades, comenzó hace algo más de veinticinco años un proceso de reforma y modernización de la contabilidad pública que ha continuado de forma ininterrumpida hasta nuestros días. Este proceso ha seguido una triple dirección.

— En primer lugar, se ha pretendido alcanzar la armonización contable, es decir, la homogeneización de los criterios de contabilización y de presentación de la información contable con el fin de favorecer su comparabilidad. Este objetivo se ha buscado en los tres niveles siguientes: por una parte, armonizando los criterios contables de las diferentes Administraciones Públicas del ámbito estatal, autonómico y local, por otra parte, normalizando los criterios de la contabilidad pública con la contabilidad de empresas y, finalmente, acercando los criterios de la contabilidad pública española a los incluidos en los pronunciamientos contables internacionales aplicables al ámbito del sector público.

— En segundo lugar, se ha potenciado la divulgación de la información contable mediante su publicación a través de diferentes medios, de forma que dicha información sea cada vez más accesible, a fin de conseguir la satisfacción de las necesidades de todos sus usuarios. Además, este objetivo es clave para conseguir transmitir una imagen de transparencia de la actividad de las entidades públicas.

— Por último, se ha universalizado la utilización de los medios electrónicos, informáticos y telemáticos en los procedimientos contables, lo cual ha favorecido una mayor fiabilidad de la información contable y la obtención de la misma en el tiempo oportuno, sin retrasos ni demoras.

Como se puede deducir de lo anterior, los progresos en materia de contabilidad pública han sido muy notables a lo largo de los últimos años.

Sin embargo, también es verdad que existen ciertos ámbitos en los que aún queda camino pendiente por recorrer, si bien han sido notables los avances logrados en el pasado reciente. En concreto me estoy refiriendo a la consolidación de las cuentas del sector público y a la utilización de los medios telemáticos como instrumento para avanzar en dicho proceso de consolidación.

LA CONSOLIDACIÓN DE CUENTAS EN EL SECTOR PÚBLICO

En el proceso de rendición de cuentas por las entidades públicas es preciso destacar que el Estado y cada una de las Comunidades Autónomas y de las Corporaciones Locales deben elaborar una Cuenta General a la finalización de cada ejercicio, en la que se informe de la ejecución del presupuesto y del resto de operaciones realizadas por las entidades públicas integradas en dichas Administraciones Públicas. La elaboración de dicha Cuenta General tiene como objeto poner de manifiesto la actividad financiera desarrollada por cada Administración en su conjunto.

En los últimos años hemos asistido a un progresivo proceso de descentralización de la gestión de los servicios públicos en todos los ámbitos del sector público, proliferando todo tipo de entidades públicas que adoptan formas muy diversas (sociedades mercantiles, fundaciones, consorcios, agencias, etc.) y cuya justificación se encuentra, a priori, en la consecución de una mejora en la eficacia y la eficiencia en la prestación de los servicios públicos.

A medida que se han ido multiplicando las entidades públicas descentralizadas, el ámbito subjetivo de las Cuentas Generales se ha ido haciendo cada vez más complejo, ante la necesidad de poner de manifiesto el conjunto de actividades desarrolladas por todas esas entidades de carácter tan heterogéneo.

Ante esta situación, la rendición tradicional de cuentas anuales individuales por cada una de las entidades públicas que integran el sector público es insuficiente, ya que no da información de la gestión de cada Administración Pública (estatal, autonómica o local) considerada en su conjunto, es decir del grupo de entidades integradas en el Estado, en cada Comunidad Autónoma y en cada Corporación Local.

Por otra parte, la mera agregación o suma de los distintos elementos que componen las cuentas anuales individuales de las entidades integradas en un mismo grupo tampoco satisface el objetivo de la consecución de la imagen fiel de la situación patrimonial y económica de cada Administración Pública, ya que al no efectuar las correspondientes eliminaciones de operaciones recíprocas, se origina que las cifras de las cuentas agregadas están sobredimensionadas y por tanto, no reflejan la realidad económica y patrimonial del grupo de entidades públicas.

Por ello, con el fin de alcanzar el objetivo de la imagen fiel de la información financiera de las entidades públicas, se considera que es totalmente necesario elaborar las Cuentas Generales en términos consolidados. Es preciso tener en consideración que la consolidación de cuentas permite una visión global de los servicios prestados, con independencia de la forma de gestión utilizada, facilitando la comparación entre Administraciones similares y el análisis de la evolución en el tiempo de los servicios prestados por una determinada Administración.

En este sentido, se debe destacar que los pronunciamientos internacionales en materia de contabilidad pública consideran conveniente y necesario que los Gobiernos presenten información consolidada, al objeto de obtener una visión global de las actividades realizadas por el sector público, con independencia del grado de descentralización con que las mismas se hayan desarrollado.

Sin embargo, es preciso reconocer que en el ámbito del sector público el proceso de consolidación de cuentas es muy complejo, tanto desde un punto de vista práctico como conceptual, ya que no es posible extrapolar directamente las normas de consolidación del sector privado al público, tanto por las

peculiaridades que presentan las entidades del sector público como por las diversas relaciones de dependencia que se dan entre ellas.

Entre las dificultades que se presentan a la hora de implantar la consolidación de cuentas en el ámbito del sector público, se pueden destacar las siguientes:

— Existencia de un gran número de entidades que configuran el perímetro de consolidación.

— Heterogeneidad de las entidades que componen el sector público:

En el sector público se incluyen entidades con diferentes regímenes contables, como son las entidades públicas administrativas que aplican contabilidad pública, las empresas públicas que aplican contabilidad empresarial y las fundaciones públicas que aplican el régimen contable de las entidades sin fines lucrativos. Teniendo en cuenta que la elaboración de una Cuenta General consolidada supone la aplicación de unos criterios uniformes en todos sus elementos, es preciso destacar que los trabajos de homogeneización de criterios contables tienen una problemática especial que no se presenta en la consolidación empresarial del ámbito privado.

— Dificultades en la obtención de determinada información necesaria para la consolidación de cuentas.

A este respecto, debe considerarse que en las Cuentas Generales que se elaboran en términos consolidados se deben incluir las cuentas anuales individuales de determinadas entidades públicas sobre las que la entidad pública matriz realice una gestión conjunta con otras entidades, sin tener ninguna de ellas la propiedad o control de aquellas, y otras entidades sobre las que se tenga una influencia significativa.

Teniendo en cuenta que estas entidades no están obligadas a rendir cuentas a través de la entidad matriz, será preciso establecer los procedimientos para que remitan la información necesaria a efectos de la consolidación de cuentas.

Consciente de la necesidad, pero al mismo tiempo de las dificultades para la elaboración de cuentas consolidadas en el sector público, la IGAE promovió la constitución de un grupo de trabajo en el seno de la Comisión de Contabilidad con el fin de que elaborara un Documento sobre Consolidación de Cuentas en el Sector Público.

Como consecuencia de este trabajo, en septiembre de 2006 se publicó el Documento de Principios Contables Públicos sobre Consolidación de Cuentas en el Sector Público, cuyo objetivo es el establecimiento de una serie de criterios que puedan servir como marco de referencia para la elaboración de cuentas consolidadas por las diferentes Administraciones Públicas, ya sean del ámbito estatal, autonómico o local.

Este Documento constituye un elemento de primer orden a la hora de abordar la consolidación de cuentas en el ámbito público. En primer lugar, se identifica en el Documento cuales son las entidades cuyas cuentas anuales se deben consolidar, enumerando los distintos entes que forman el sector público estatal, autonómico y local. En cada uno de dichos sectores se integra un conjunto amplio y heterogéneo de entidades de diferente naturaleza, si bien todas ellas se caracterizan por el sometimiento al régimen presupuestario, por la sujeción al control financiero, de eficacia y legalidad y por el deber de rendir cuentas de su gestión a los correspondientes órganos fiscalizadores de cuentas y en último término al Tribunal de Cuentas.

Asimismo, en el Documento se establece cuál ha de ser la entidad matriz en cada grupo consolidable de entidades públicas, utilizando para ello el criterio de la capacidad para intervenir en las políticas financieras y operativas de las entidades públicas que se integran en el perímetro de consolidación. Se considera que esta entidad matriz debe ser la propia Administración General de cada uno de los niveles territoriales: estatal, autonómico y local.

No obstante, dadas las dificultades para la implantación de la consolidación de cuentas en el ámbito del sector público, a las que se ha hecho referencia anteriormente, y a fin de facilitar su implantación inicial, se ha considerado conveniente contemplar en el Documento un período transitorio previo a la implantación definitiva de los criterios de consolidación establecidos en el mismo.

Así, durante dicho período transitorio se integrarán por el método de integración global las entidades del grupo sujetas a los principios de la contabilidad pública y por el método de integración proporcional las entidades multigrupo sujetas a los principios de contabilidad pública. El resto de entidades del perímetro de consolidación que no están sujetas a los principios de contabilidad pública, es decir, las entidades del sector público empresarial y fundacional, se podrán integrar por el procedimiento de puesta en equivalencia modificado.

La diferencia entre el procedimiento de puesta en equivalencia y el procedimiento de puesta en equivalencia modificado consiste en que en este último la puesta en equivalencia se realiza sobre la situación financiera y los resultados de las entidades obtenidos según principios contables generalmente aceptados para empresas, no siendo necesario realizar las homogeneizaciones previas para adaptar las valoraciones de las cuentas individuales de cada entidad a los principios contables de la entidad matriz.

Como paso definitivo para conseguir la implantación de la consolidación de cuentas en el ámbito del sector público, y como continuación del proceso iniciado con la elaboración del Documento al que se ha hecho referencia en los párrafos anteriores, la IGAE ha impulsado recientemente la creación de un grupo de trabajo en el seno de la Comisión de Contabilidad Pública para la elaboración de las Normas de Consolidación en el Sector Público. Este grupo de trabajo se ha puesto en marcha en el año 2009, esperando que pueda tener terminado un borrador de dichas Normas durante el año 2010.

Una vez efectuados los trámites necesarios, las Normas de Consolidación en el Sector Público se deberán aprobar mediante Orden del Ministerio de Economía y Hacienda, debiendo constituir una normativa marco aplicable a todas las Administraciones Públicas, si bien su aplicación obligatoria se producirá de forma directa en el ámbito del sector público estatal y local, mientras que en el caso de las Comunidades Autónomas se deberá regular mediante normas propias de estas Administraciones.

A diferencia del ámbito empresarial, en el que existen unas Normas para la formulación de cuentas consolidadas, que se aprobaron mediante Real Decreto 1815/1991, de 20 de diciembre, en el ámbito del sector público no se ha dispuesto hasta el momento de unas Normas de Consolidación en el Sector Público. Por tanto, con la aprobación de estas Normas se conseguirá alcanzar la normalización en la consolidación de cuentas de las Administraciones Públicas, de la misma forma que ya se ha conseguido en el ámbito de las cuentas anuales individuales de las entidades públicas, mediante el Plan General de Contabilidad Pública.

Un aspecto de especial relevancia en el que me gustaría profundizar, es que la IGAE no se ha limitado a impulsar las iniciativas conceptuales y normativas relacionadas con la consolidación de cuentas a las que se ha hecho referencia en el

apartado anterior, sino que, ya en un escenario claramente práctico, ha puesto en marcha todas las actuaciones necesarias para que la Cuenta General del Estado, cuya formación compete a la IGAE, se encuentre en una fase de elaboración en términos consolidados, que, sin duda, se puede calificar de muy avanzada.

Avances en la consolidación de la Cuenta General del Estado

Como se ha comentado anteriormente, aunque desde la publicación de la Orden de 12de diciembre de 2000 se establece la obligación de consolidar la Cuenta General del sector público administrativo y de agregar las Cuentas Generales del sector público empresarial y fundacional, es preciso destacar que la efectiva consolidación de la Cuenta General del sector público administrativo no se logra hasta la correspondiente al ejercicio 2007, tras sucesivos ejercicios en los que se han ido produciendo notables avances.

La razón se encuentra en la complejidad de dicho proceso, dada fundamentalmente, tanto por el elevado número de entidades, más de 450, como por los diferentes planes de contabilidad de las entidades integradas, plan de contabilidad pública, plan de empresas, plan de las entidades de seguros, plan de las entidades financieras, plan de fondos del artículo 2.2 de la LGP y también por el elevado número de operaciones internas entre estas entidades.

A este respecto, a continuación, se enumeran cuáles han sido los hitos más importantes que se han ido alcanzando en el proceso de consolidación de la Cuenta General del Estado.

El primer paso hacia la consolidación fue la eliminación de las transferencias entre las distintas entidades del sector público administrativo, presentándose el estado de liquidación del presupuesto parcialmente consolidado.

Presentó por primera vez en la Memoria del sector público administrativo un Balance parcialmente consolidado, en el que se eliminaron los importes coincidentes relativos al patrimonio que el Estado entrega en adscripción a otras entidades del sector público administrativo, así como los préstamos que el Estado ha concedido a las entidades que integran dicho sector.

Se incorporaron desgloses de los presupuestos de gastos y de ingresos, información de las modificaciones presupuestarias, de las obligaciones pendientes de pago de presupuestos cerrados, de los compromisos de gasto con cargo a presupuestos de ejercicios posteriores, de los derechos a cobrar de presupuestos cerrados y del resultado de operaciones comerciales.

Se eliminaron, además de las operaciones a las que se ha hecho mención respecto a la Cuenta General del ejercicio anterior, los importes coincidentes del patrimonio que el Estado entrega en gestión a otras entidades del sector público administrativo

Asimismo, la elaboración de la Cuenta General del sector público empresarial se efectuó a partir de las cuentas anuales de los grupos empresariales estatales que tienen la obligación de consolidar y, como paso previo hacia una futura consolidación plena, se eliminaron por primera vez parte de las transacciones internas realizadas durante el ejercicio 2005 entre las entidades que integran el sector público empresarial. El resultado de esta consolidación se recogió en la Memoria de la Cuenta General del Estado, incorporando un balance y una cuenta de resultados parcialmente consolidados del sector público empresarial.

La Cuenta Única consolidada

No obstante lo anterior, este proceso de mejora y modernización de la contabilidad pública y de avance en materia de consolidación obviamente no ha finalizado y el siguiente objetivo es la elaboración de una Cuenta Única consolidada que integre las cuentas de todas las entidades del sector público estatal, de acuerdo con los requerimientos del Tribunal de Cuentas.

En este punto es preciso hacer referencia a la Moción del Tribunal de Cuentas relativa a los procedimientos de formación, alcance y contenido de la Cuenta General del Estado y las posibilidades de consolidación, que tiene su origen en las Resoluciones aprobadas por los Plenos del Congreso y del Senado en relación con la Cuenta General del Estado de 1999, en las que se instaba al Tribunal de Cuentas a realizar una propuesta sobre la Cuenta General.

Esta Moción se aprobó el 28 de abril de 2005 y en ella el Tribunal de Cuentas defiende la elaboración de una Cuenta Única consolidada comprensiva de las cuentas anuales de las entidades de los tres subsectores (administrativo, empresarial y fundacional).

De acuerdo con la opinión manifestada por el Tribunal de Cuentas en la Moción de referencia, la Cuenta Única sería el:

«instrumento adecuado que permitiría cumplir los objetivos generales de la Cuenta General del Estado (suministrar información sobre la situación económica, financiera y patrimonial, sobre los resultados económico-patrimoniales y sobre la ejecución y liquidación de los presupuestos y el grado de realización de los objetivos), y ello porque ni las cuentas individuales ni la agregación de las mismas proporcionan información adecuada para el cumplimiento de esos objetivos. Esta insuficiente información es especialmente relevante en la actualidad, teniendo en cuenta, por una parte, la creciente descentralización en la prestación de los servicios públicos a través de diversas

entidades dotadas de presupuesto propio y gestión económico-financiera independiente, y por otra, la existencia de múltiples transacciones entre los distintos organismos y entidades que integran el sector público estatal, con la evidente incidencia de su no consolidación en la representatividad de las cuentas elaboradas mediante agregación».

Además, la Cuenta Única ofrecería *«mejor información sobre el endeudamiento del sector público estatal en su conjunto y sobre el tamaño, crecimiento e impacto socio-económico de la actividad del mismo y, en relación con los servicios públicos encomendados, permite una visión global de los mismos y suministra una mejor información acerca de la capacidad económica del sector para la prestación de aquéllos».*

Para hacer efectivas estas consideraciones contempladas en la Moción del Tribunal de Cuentas, en el año 2009 se ha modificado nuevamente la Orden reguladora de la Cuenta General del Estado y se establece la obligación para la IGAE de presentar una Cuenta Única comprensiva de todas las entidades del sector público estatal. Además de esta obligación, otras de las principales modificaciones que se introducen en 2009 son la adaptación de la estructura de la Cuenta General del sector público empresarial al nuevo Plan General de Contabilidad aprobado por Real Decreto 1514/2007, de 16 de noviembre, la utilización de las cuentas consolidadas de los grupos para la elaboración de la Cuenta General del sector público empresarial y la presentación de información presupuestaria en todas las entidades del sector público estatal, puesto que hasta esta última modificación la Orden regulaba la presentación de información presupuestaria sólo para las entidades integradas cuyo presupuesto de gastos tuviera carácter limitativo.

Esta Cuenta Única se elaborará por el procedimiento de puesta en equivalencia (modificado) al que se ha hecho referencia en el apartado segundo. Tal como señala la Orden, la inclusión de la totalidad de las cuentas de las entidades del

sector público estatal en esta Cuenta Única se llevará a cabo de forma paulatina, iniciándose en la próxima Cuenta General que elaborará la IGAE, esto es, la del ejercicio 2009, que se remitirá al Tribunal de Cuentas el próximo 31 de octubre.

En primer lugar, se delimita el ámbito del sector público donde se debe aplicar directamente el plan privado, configurado básicamente por las empresas y fundaciones públicas.

En segundo lugar, se analizan los cambios del Plan General de Contabilidad de 2007 con más repercusión en la auditoría pública. De especial trascendencia son las modificaciones que afectan al tratamiento de las subvenciones concedidas a empresas públicas, fijando el nuevo plan el destino de la ayuda como criterio básico para determinar la solución contable.

Por último, la reforma contable mercantil debe servir de estímulo para la actualización de la contabilidad pública, identificándose tres grandes retos pendientes:

Consolidación de estados financieros, elaboración de indicadores de gestión y normalización contable nacional e internacional.

La Ley 16/2007, de 4 de julio, de *reforma y adaptación de la legislación mercantil en materia contable para su armonización internacional con base en la normativa de la Unión Europea* y el Real Decreto 1514/2007, de 16 de noviembre, *por el que se aprueba el Plan General de Contabilidad* (en adelante PGC 07) introducen un conjunto de cambios que afectan a toda la profesión contable.

Esta nueva normativa tiene una repercusión e incidencia amplia y diversa, en la contabilidad y la auditoría del sector público por las siguientes razones:

a) Resulta directamente aplicable a un grupo de entidades, cada vez más numeroso, que forman parte del sector público.

b) Afecta a un conjunto de unidades que, si bien no están integradas directamente en el sector público, adoptan una posición especial respecto a éste y se incluyen dentro del ámbito subjetivo de los trabajos de auditoría pública como, por ejemplo, los perceptores de subvenciones y los concesionarios de obras y servicios públicos.

c) Constituye un nuevo marco de referencia que deberá ser tenido en cuenta en la reforma de la contabilidad pública con el objetivo de propiciar, en la medida de lo posible, una convergencia entre ambos sistemas.

Cada uno de estos efectos evidencia la repercusión de la reforma mercantil en la contabilidad y auditoría del sector público.

APLICACIÓN DEL PLAN GENERAL DE CONTABILIDAD AL SECTOR PÚBLICO

Ámbito subjetivo de la contabilidad pública y privada.

En el sector público español se aprecia, en las últimas décadas, una tendencia creciente a crear un gran número de entidades, con distintas formas jurídicas, para la prestación de diversos servicios públicos. De manera recurrente, los poderes públicos han defendido la creación de este tipo de entidades amparándose en criterios de eficiencia y de mejora en la gestión de los fondos públicos.

Sin embargo, muchas han sido las voces críticas que han situado en la “huída del derecho administrativo” y en la elusión de los límites al endeudamiento público las razones últimas de la proliferación y éxito de estas figuras.

Todas estas entidades forman la estructura institucional o, como algunos prefieren denominar, instrumental de la administración. Esta estructura no es totalmente homogénea en los tres niveles de gobierno -estatal, autonómico y local – existiendo diferentes tipos de entidades y terminologías distintas para su denominación. En cualquier caso, en todos ellos conviven formas de personificación jurídica públicas y privadas, lo que provoca la aplicación de regímenes jurídicos diferentes, tanto públicos como privados. La contabilidad no es ajena a esta dualidad coexistiendo organismos sujetos a contabilidad pública con otros sometidos a contabilidad privada o empresarial.

La información financiera que deben proporcionar los distintos agentes está condicionada por su entorno económico, jurídico y social, del que dependerán los usuarios, objetivos y características de aquélla.
Los documentos contables públicos de la Intervención General de la Administración del Estado (IGAE) y los documentos elaborados por la Comisión de Sector Público de la Asociación Española de Contabilidad y Administración de Empresas (AECA) han construido un marco conceptual que permite identificar las características económicas y jurídicas del entorno de la contabilidad pública.

Desde esta perspectiva teórica, la contabilidad pública debe ser aplicable a las administraciones públicas, entendidas como las unidades sin ánimo de lucro, cuya actividad se orienta a la prestación de servicios públicos a la colectividad a título gratuito o semigratuito, y/o efectúan operaciones de redistribución de la renta y riqueza nacional y cuyos recursos proceden, en su mayor parte, de impuestos y otras prestaciones obligatorias recibidas directa o indirectamente.

Por lo tanto, desde esta misma óptica, el régimen de contabilidad privada se restringiría a las entidades del sector público cuya actividad principal consista en la producción en régimen de mercado de bienes y servicios, obteniendo ingresos como contrapartida de dichas entregas.

Sin embargo, la obligación de los entes del sector público de elaborar sus cuentas en régimen de contabilidad pública o empresarial vendrá determinada, en última instancia, por lo que establezca su normativa reguladora. Serán las leyes que regulan cada una de las administraciones (estatal, autonómica y local) y su normativa de desarrollo las que fijen tanto su estructura institucional como las normas contables que les afecten.

Esta dispersión normativa en el ámbito contable público1 contrasta con lo que acontece en el ámbito empresarial donde el proceso normalizador alcanza a todo el Estado. Frente a la existencia de un único plan contable empresarial aplicable en todo el territorio español, en la esfera pública existe un plan para la administración central, las instrucciones de contabilidad para la administración local y la mayor parte de las comunidades han aprobados sus propios planes públicos.

En consecuencia, el análisis del ámbito subjetivo del nuevo plan exige revisar la normativa aplicable a cada nivel de gobierno. La revisión de esta legislación, permite concluir que están sujetos al PGC 07, las siguientes entidades:

- Las sociedades mercantiles con capital público mayoritario.
- Las entidades públicas empresariales.
- Los entes de derecho público sometidos al ordenamiento jurídico privado.
- Las fundaciones públicas.
- Los consorcios que no se integren en el sector público administrativo.

Por lo tanto, el PGC 07 resultará directamente aplicable a las entidades integrantes del sector público empresarial3 y fundacional, con las especialidades para las fundaciones que se pondrán de manifiesto posteriormente.

Como puede observarse, con carácter general, las normativas utilizan la forma jurídica como criterio determinante para el sometimiento al plan público o privado. Se produce una prevalencia del criterio jurídico-formal frente al económico.

El problema surge cuando la forma empleada no casa bien con la actividad desarrollada.
En este sentido, es habitual la existencia de entidades que han sido constituidas jurídicamente como sociedades mercantiles o entes empresariales y que, sin embargo, presentan las notas teóricas que configuran a las administraciones públicas. Respalda esta afirmación el hecho de que numerosas de estas "empresas" son consideradas administraciones públicas en términos de contabilidad nacional.

Al mismo tiempo, como supuesto menos habitual, existen entidades que jurídicamente están definidas como administraciones públicas y que, paradójicamente, realizan actividad de carácter empresarial. Estos supuestos, poco deseables, son bastante habituales.

En estos casos, el Libro Blanco para la reforma de la contabilidad en España recomienda que se adapte la forma jurídica al tipo de actividad que realmente se desarrolla. Si no se produce la adaptación, el informe aboga porque prevalezca el fondo económico, de tal manera que las entidades apliquen el plan contable público o privado en función de su actividad y no de su forma jurídica.
A nuestro juicio, esta segunda opción resulta difícilmente viable desde un punto de vista jurídico.

Peculiaridades en la aplicación del Plan General de Contabilidad a las sociedades y fundaciones públicas

Los principios y normas contables que deben aplicar las sociedades y fundaciones serán los establecidos en el PGC 07 y en sus futuras adaptaciones.
Sus cuentas anuales serán las previstas en estas normas. Ahora bien, la pertenencia de estos entes al sector público introduce peculiaridades que afectan a la información financiera que deben proporcionar.

En primer lugar, muchas de las empresas públicas, tal como ha quedado dicho, no actúan en régimen de mercado lo que debe ponderarse en la aplicación de los principios y normas contables, más aún si tenemos en cuenta la prevalencia en el nuevo plan del fondo económico de las operaciones sobre su forma jurídica.

En segundo lugar, resulta insuficiente como información a suministrar la recogida en la normativa privada 5. Así lo ha entendido, con gran acierto, la LGP que obliga a presentar, junto con las cuentas anuales, un informe relativo al cumplimiento de determinadas obligaciones de carácter económico-financiero. Esta previsión fue desarrollada mediante Orden del Ministerio de Economía y Hacienda en 2005 (sustituida por una nueva en 2009) en la que se concretó la información que se debe suministrar. Ésta se refiere al cumplimiento de los programas de actuación plurianual y liquidación de los presupuestos, subvenciones y aportaciones recibidas, adquisiciones de inmovilizado regionalizadas, ejecución de los contratos-programas, cumplimiento de los principios de publicidad y concurrencia previstos en la legislación de contratos, cumplimiento de principios de legalidad en materia de personal, contratación y subvenciones, garantías recibidas de entidades del sector público y evolución de las plantillas de personal.

Por otro lado, las fundaciones públicas ajustarán su contabilidad a las entidades sin fines lucrativos.

Dimensión del sector público empresarial y fundacional

Una vez sentado que es el sector público empresarial y fundacional donde el nuevo plan resultará directamente aplicable, conviene realizar una breve aproximación a su dimensión y composición. Este sector ha adquirido una importancia creciente a lo largo del tiempo, si bien se aprecian tendencias distintas en la administración central y en las administraciones territoriales.

A final del año 2006, según datos de la IGAE existían 2255 empresas con participación pública mayoritaria. El 53% pertenecen al sector local, el 35% al autonómico y el 12% restante al estatal.
En el 81% de las empresas, el capital social era íntegramente público (entidades públicas empresariales y entes de derecho público).
(Incluye sociedades mercantiles, entidades públicas empresariales y entes de derecho público sometidos al ordenamiento jurídico privado)

En las administraciones territoriales la tendencia es creciente, con carácter más sostenido en el ámbito autonómico y acentuada en los últimos años en la administración local.
Por su parte, el sector fundacional también ha experimentado un crecimiento notable. A finales del ejercicio 2006, la IGAE tenía inventariadas 491 fundaciones. El 64% en el ámbito autonómico, el 25% en el local y el 11% en el estatal.

LA REPERCUSIÓN DEL PLAN GENERAL DE CONTABILIDAD EN LA AUDITORÍA PÚBLICA

El PGC 07 introduce un importante conjunto de cambios respecto al PGC 90. Las modificaciones que son citadas con más insistencia son: la inclusión de un marco conceptual como conjunto de fundamentos, principios y conceptos básicos que permiten el reconocimiento y valoración de elementos y en el que se le da prevalencia al fondo económico de las operaciones sobre su forma jurídica;
La incorporación de dos nuevos estados –estado de cambios en el patrimonio neto y estado de flujos de efectivo– a las cuentas anuales; y la utilización del valor razonable como criterio de valoración de algunos elementos patrimoniales.

Desde la perspectiva auditora, la nueva normativa originará cambios en las principales magnitudes contables (valor del activo, patrimonio neto y resultados). Ahora bien, por motivos de espacio y oportunidad, desde la óptica de la auditoría pública merece la pena centrar el análisis en aquellas cuestiones incorporadas al Plan que guardan una relación más estrecha con la actividad del sector público. Bajo esta premisa se analizarán las siguientes operaciones:

• Subvenciones otorgadas por terceros (no socios).
• Subvenciones otorgadas a las empresas públicas.
• Concesiones administrativas.

Subvenciones otorgadas por terceros (no socios)

Casos en que se consideran patrimonio neto, deudas, ingresos. Casos específicos.

Subvenciones otorgadas por socios o propietarios: el caso de las empresas públicas

El PGC 07 prevé el tratamiento contable de fondos propios para todas las subvenciones concedidas por los socios, al margen de su naturaleza. La raíz se encuentra en la prevalencia que se otorga al fondo económico de las operaciones, haciendo equivalentes estas subvenciones con el resto de aportaciones que los socios o propietarios puedan realizar con la finalidad fundamental de fortalecer el patrimonio de la empresa.

No obstante, el nuevo plan prevé una excepción. Así, se indica que en el caso de empresas pertenecientes al sector público que reciban subvenciones de la entidad pública dominante para financiar la realización de actividades de interés público o general la contabilización se realizará de acuerdo con los criterios expuestos para las subvenciones otorgadas por terceros y, por lo tanto, se reconocerán como ingresos imputados directamente al patrimonio neto o a la cuenta de pérdidas y ganancias.

En definitiva, la entrada en vigor del nuevo plan y la regulación que le dispensa a las subvenciones a empresas públicas constituye un estimulo para actualizar el tratamiento contable de estas operaciones, ajustándolo a su verdadero fondo económico.

RETOS DE LA CONTABILIDAD PÚBLICA ANTE LA MODIFICACIÓN DEL PLAN GENERAL DE CONTABILIDAD

Tradicionalmente, las reformas en contabilidad pública se produjeron con cierto retraso respecto a las realizadas en el ámbito privado.

Así, el Plan de Contabilidad Pública del año 1981 tuvo como modelo el plan de la empresa española publicado ocho años antes, mientras que el PGCP de 1994 utilizó como base el PGC 90. Resulta deseable que la futura adaptación de la contabilidad pública siga estrechando el desfase temporal existente entre estas reformas.

La experiencia de los OCEX en la fiscalización de la información financiera proporcionada por las administraciones públicas permite identificar como debilidades fundamentales las siguientes:

Limitada información consolidada que permita ofrecer una visión global de la actividad realizada por la administración *matriz* y sus entidades dependientes.

Estos problemas evidencian una situación de la información financiera de las administraciones públicas, tanto externa como interna, mejorable y de cierta desventaja respecto al ámbito privado.

Además, existen nuevos retos en el entorno a los que debe adaptarse la contabilidad pública: globalización, descentralización, externalización de la gestión pública, nuevas modalidades de financiación pública, etc. En este contexto, las reformas que se realicen deben estar inspiradas en criterios de modernización y transparencia.

Como ha señalado el Comité de Sector Público de AECA, la transparencia debe ser en el sector público lo que el mercado es al sector privado, por ello los usuarios de la información contable pública tienen derecho a acceder a una parte de la información que en el sector empresarial queda restringida para uso interno.

A nuestro juicio, los retos que se plantean a la contabilidad pública son los siguientes:

• Normalización y armonización contable.
• Consolidación de estados financieros.
• Elaboración de indicadores de gestión.

Normalización contable

La normalización contable debe perseguir un triple objetivo:

• Armonizar los distintos subsistemas contables.
• Armonizar la contabilidad financiera pública y privada.
• Armonizar la contabilidad española con el ámbito internacional.

A estos ámbitos, se puede añadir el de los indicadores no financieros, constituido por la información sobre los medios empleados y objetivos realizados.

Queda dicho que los objetivos perseguidos en los ámbitos descritos son distintos, lo cual condiciona los criterios de registro y valoración. Sin embargo, esto no debe ser obstáculo para que se aproximen y sean los más homogéneos posibles, consiguiendo como resultado ofrecer una información financiera más clara y consistente. Entendemos que este factor debería ser tenido en cuenta en la redacción del nuevo plan.

En segundo lugar, es necesario que el nuevo PGCP converja en la medida de lo posible con el PGC 07. Hasta ahora, las divergencias entre el plan público y el privado de 1990 eran escasas y fácilmente identificables, concentrándose, fundamentalmente, en el criterio de imputación de las subvenciones de capital y en el tratamiento peculiar del inmovilizado de uso general. Esto favorecía la comparabilidad.

Con la aprobación del nuevo plan, las diferencias aumentan y se extienden tanto a los principios y normas de valoración como a los estados contables que forman parte de las cuentas anuales.
La existencia de unidades públicas sujetas tanto a plan público como privado dificultará la comparación de información y la consolidación debiendo realizar ajustes para homogeneizar los criterios contables.

Finalmente, parece oportuno tomar en consideración en la reforma contable las Normas Internacionales de Contabilidad del Sector Público (NIC SP) emitidas por la IFAC. Y ello por dos motivos fundamentales: primero, por la deseable armonización contable internacional; y, segundo, porque las NIC SP están estrechamente relacionadas con las NIC que han servido de base para la reforma de la contabilidad empresarial.

Consolidación de estados financieros.
En este campo se aprecia, de forma evidente, una brecha considerable entre el ámbito público y privado. En 1991 ya se aprobaron las normas de formulación de cuentas anuales consolidadas para el sector empresarial. La obligación incluso alcanza a las fundaciones que realicen actividades mercantiles y que se encuentren en los supuestos previstos en la legislación.

En el sector público, no existe una normativa equiparable. No obstante, se aprecian esfuerzos en las distintas leyes de hacienda pública que comienzan a fijar

la obligación de ofrecer información consolidada. En cualquier caso, resulta necesario diseñar un marco que regule los criterios y reglas de consolidación.

Dar este paso es condición necesaria para ofrecer una visión global de la actividad realizada por cada administración y sus entes dependientes. En otro caso, la tendencia creciente a crear entidades autónomas para la prestación de servicios públicos seguirá incrementando la dispersión y fragmentación de la información.
Si bien hay que ser consciente que este proceso conlleva dificultades de implantación, no se debe desconocer que existen experiencias internacionales exitosas en este campo Para resolver los problemas de carácter práctico que puedan presentarse y, en particular, la existencia en el perímetro de consolidación de unidades sujetas a planes contables distintos resulta interesente la solución transitoria que ofrece la IGAE en su documento sobre la consolidación de las cuentas anuales del sector público. En él indican que, inicialmente, se aplique a las unidades no sujetas a los principios contables públicos el "procedimiento de puesta en equivalencia modificado".

Como es conocido, en el procedimiento de puesta en equivalencia se sustituye el valor contable de la inversión por el porcentaje de los fondos propios de la entidad participada que le corresponda a la entidad del grupo. En el llamado "modificado", el procedimiento se aplica sobre la situación financiera y los resultados de las entidades obtenidos según los principios contables empresariales, no siendo necesario realizar homogeneizaciones previas para adaptar las valoraciones a los principios contables públicos aplicables por la matriz.

La reforma contable realizada en España en el ámbito mercantil afecta directamente al sector público. La creación por parte de éste, de manera creciente, de entidades sometidas al derecho privado, básicamente empresas y fundaciones públicas, determina la aplicación del nuevo Plan General de Contabilidad a todos estos organismos.

A nuestro juicio, la pertenencia de estos entes al sector público introduce peculiaridades que afectan a la información financiera que deben proporcionar, resultando insuficiente las cuentas anuales previstas en la norma privada. Por otra parte, dentro de este colectivo se aprecia la existencia de entes que pese a ser definidos jurídicamente como empresariales realizan tareas típicamente administrativas, lo que provoca que las normas contables privadas que se les aplican no se ajusten bien a la actividad que desarrollan. Estos supuestos son más habituales de lo deseable. Constituyen un motivo más para proceder a una reorganización administrativa en la que se simplifique las múltiples tipologías organizativas que actualmente existen y en la que se establezca una correspondencia lógica entre forma jurídica empleada, normativa aplicable y actividad realizada.

Los cambios contables incidirán, también, en los trabajos de auditoría pública. En materia de subvenciones, destaca el tratamiento específico que se le otorga a las concedidas a empresas públicas, en las que el destino de la ayuda (financiación o no de actividades de interés general) y la posición del ente concedente (dominante o no) aparecen como los criterios a utilizar para determinar la solución contable.

La aplicación de los mismos puede originar problemas de interpretación. El ICAC se ha pronunciado mediante consulta entendiendo, con carácter general, que deben registrarse como ingresos las subvenciones concedidas para actividades específicas y directamente como fondos propios las destinadas a actividades no concretas. En las concesiones administrativas la nueva normativa no introduce grandes modificaciones, más allá del cambio en el período de amortización de los activos materiales afectos a la concesión, con la consiguiente desaparición del fondo de reversión vinculado a la recuperación del valor neto contable del bien. En esta materia, conviene estar atentos, por una parte, a la nueva adaptación del plan a las empresas concesionarias y, por otra, a la evolución de la normativa internacional que, a la luz de los últimos pronunciamientos, podría introducir

novedades importantes en el registro de los acuerdos, cada vez más habituales, de colaboración público-privada.

Finalmente, la entrada en vigor de nueva normativa contable empresarial constituye un estímulo para la actualización y mejora de la contabilidad pública. A nuestro juicio, los principales retos que se presentan son los siguientes: armonización contable, consolidación de estados financieros y elaboración de indicadores que informen sobre medios y objetivos. La armonización debería tener un triple objetivo: aproximar los criterios utilizados en los distintos subsistemas contables públicos –presupuestario, financiero y contabilidad nacional–, procurar la convergencia entre contabilidad pública y privada y armonizar la contabilidad española con las normas internacionales.

4.2. La normalización contable nacional

4.2.1. Adaptación del Plan General de Contabilidad Pública a las Entidades Gestoras y Servicios Comunes de la Seguridad Social española

Desde que se inicia en nuestro país el proceso general de normalización contable a través de la aprobación del Plan General de Contabilidad para la empresa por el Real Decreto 530/1973 de 22 de febrero, se ha ido sucediendo en el tiempo, tanto en el sector privado como en el público, la elaboración y aprobación de diversos planes contables y sus correspondientes adaptaciones sectoriales, con el objeto de ofrecer una respuesta a la diversidad y evolución de las actividades surgidas, además, de intentar alcanzar los consabidos objetivos derivados del proceso normalizador.

Centrándonos exclusivamente en la normalización contable desarrollada en el sector público español, hay que destacar que ésta no se ha caracterizado por discurrir de forma homogénea en el tiempo entre las diversas entidades que lo configuran. De esta manera, se aprecia en España un determinado período que comprende desde la aprobación de la Ley General Presupuestaria de 4 de enero de 1977 hasta la aprobación del Plan General de Contabilidad Pública mediante la Orden de 6 de mayo de 1994 (en adelante, PGCP´94), en el cual se ha emprendido un avance significativo en esta materia normalizadora, aunque parece preciso indicar que fue, principalmente, la Administración General del Estado la que adquirió un especial protagonismo.

Básicamente, en el período señalado se pasa de una contabilidad pública tradicional orientada al seguimiento y control exclusivo del presupuesto, a una concepción más amplia y propia de los sistemas de información, en la cual se suministra también información acerca de la composición del patrimonio y resultado de la entidad contable.

Si el PGCP´94 ha sido hasta fechas muy recientes el plan contable marco para todas las Administraciones Públicas, y tomó como referencia el Plan General de Contabilidad para la empresa aprobado por RD 1643/1990 con las adaptaciones propias a las características jurídicas y económicas del ámbito público, el 13 de abril de 2010 el Ministerio de Economía y Hacienda aprobó un nuevo PGCP por orden EHA/1037/2010 que sustituirá hasta el entonces vigente PGCP´94, y que también ha tomado de referencia al Plan General de Contabilidad para la empresa aprobado por RD 1514/2007 y 1515/2007 de 16 de noviembre.

Con la aprobación de este nuevo Plan, según la orden EHA/1037/2010, se pretenden alcanzar los siguientes objetivos:

1. Adaptar el PGCP a las NIC-SP, que aunque no tienen el carácter obligatorio como sucede para determinados casos en el ámbito empresarial con las NIC-NIIF, se ha considerado conveniente su adaptación en todos los aspectos necesarios para avanzar en el proceso de normalización contable al objeto de mejorar la calidad de la información en el sector público español en línea con los pronunciamientos contables internacionales.

2. Conseguir la normalización contable con el Plan General de Contabilidad de 2007 aplicable a empresas, derivada de la Ley 16/2007, de 4 de julio, de reforma y adaptación de la legislación mercantil en materia contable para su armonización internacional con base en a normativa de la Unión Europea.

3. Incluir en las cuentas anuales información complementaria a la información financiera y presupuestaria que permita la mejora de la toma de decisiones en la gestión pública. Más concretamente, se ha incluido información de costes e indicadores presupuestarios, financieros y de gestión.

De este proceso normalizador también han sido partícipes los entes que configuran el Sistema de la Seguridad Social española que, por constituir nuestro objeto de estudio, a continuación describimos, brevemente, las diversas fases por las que, desde un punto de vista contable, ha discurrido el mismo:

- *Decreto Legislativo nº 907/1966 de 21 de abril, mediante el cual se aprueba el texto articulado primero de la Ley de Bases de la Seguridad Social, haciendo referencia en su artículo quinto a las "Cuentas y Balances de la Seguridad Social".*

Esta normativa hace una referencia genérica a los procedimientos contables y, en su primer apartado, se explicita que "corresponde al Ministerio de Trabajo la aprobación de las Cuentas y Balances de la Seguridad Social, que se llevarán, intervendrán y rendirán según el procedimiento y en las fechas que el Gobierno determine a propuesta de los Departamentos de Hacienda y Trabajo". Por su parte, el segundo apartado de este mismo artículo señala que "el Ministerio de Trabajo presentará al Gobierno las Cuentas y Balances para su aprobación definitiva, con especificación de ingresos y gastos para cada Entidad Gestora de la Seguridad Social [...]".

- *Decreto Legislativo nº 2065/1974 de 30 de mayo, a través del cual se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, donde se establece que las Cuentas y Balances de la Seguridad Social se integrarán a la Cuenta General del Estado, remitiéndolas posteriormente al Tribunal de Cuentas.*

La redacción del citado artículo se modificó por la Disposición Adicional 25ª de la Ley 50/1984, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 1985, en el que se establecía lo siguiente: "Cuentas y Balances de la Seguridad Social. 1. Las cuentas y balances de la Seguridad Social se unirán a la Cuenta General del Estado. 2. Las Entidades Gestoras, Servicios comunes y Mutuas patronales de accidentes de trabajo remitirán al Ministerio de Trabajo y Seguridad

Social las cuentas y balances del ejercicio anterior, a los efectos de su integración y posterior remisión al Tribunal de Cuentas [...]".

- *Artículo 151.2 del antiguo TRLGP.*

En el mismo se abordaba de forma específica la contabilidad de la Seguridad Social, atribuyendo al Ministro de Trabajo y Seguridad Social la competencia para establecer las normas contables de acuerdo con las directrices del régimen general de contabilidad pública, previo informe del Ministro de Economía y Hacienda. Ello implica que la contabilidad de la Seguridad Social deberá respetar los criterios establecidos en el Plan de Contabilidad Pública, lo que viene a explicar la exigencia del preceptivo informe previo del Ministro de Economía y Hacienda.

- *Decreto Legislativo nº 3261/1976 de 31 de diciembre, por el que se aprueba el primer Plan de Cuentas del Sistema de la Seguridad Social, donde se establece como base de referencia el Plan General de Contabilidad para la empresa de 1973.*

Fue concebido fundamentalmente para reflejar la ejecución de los presupuestos de gastos e ingresos de la Seguridad Social. A pesar de ello hay que destacar que el registro de los ingresos se hacía en términos de recaudación y no de derechos de cobro, por lo que este Plan de 1976 no contiene ninguna cuenta para recoger de forma explícita los derechos reconocidos y, por tanto, los derechos presupuestarios pendientes de cobro.

Asimismo, en la Disposición Adicional del citado Real Decreto se facultó al Ministerio de Trabajo para dictar las normas precisas de desarrollo y aplicación del mismo. En su virtud se promulgó una Orden Ministerial, de 2 de febrero de 1977, sobre procedimiento contable de las entidades comprendidas en el Sistema de la Seguridad Social. A pesar de todo esta norma no impidió que siguieran

existiendo disparidad de criterios en la contabilidad de las Entidades Gestoras y la Tesorería General.

Muy pronto se puso de manifiesto la necesidad de un sistema integrado de contabilidad para la Seguridad Social, promulgándose al respecto una Orden Ministerial, de 31 de diciembre de 1980, para su aplicación inmediata en el ejercicio 1981. Esta Orden contemplaba esencialmente la contabilidad de las operaciones presupuestarias, estableciendo un nuevo sistema de registro para las mismas.

- *Orden Ministerial de 11 de febrero de 1985, mediante la cual se aprueba el segundo Plan de Contabilidad para las Entidades Gestoras, la Tesorería General y las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, estableciéndose como referencia el Plan General de Contabilidad Pública de 11 de noviembre de 1983.*

La reforma de la contabilidad de la Seguridad Social, además de por las razones puestas de manifiesto, resultó obligada por imperativo de la propia Ley General Presupuestaria, en la medida en que el artículo 151.2 dispuso la adecuación de la contabilidad de la Seguridad Social a las directrices del régimen general de la contabilidad pública.

La aplicación del Plan de 1985 requería como paso previo una reforma en profundidad de los sistemas de información preexistentes y de los procesos de gestión económico-financiera en el seno de la Seguridad Social. De esta forma se concibe el Sistema Integrado de Contabilidad de la Seguridad Social (SICOSS) implantado mediante Resolución de la Secretaría General para la Seguridad Social, de 29 de julio de 1987, definiéndose como objetivo prioritario del mismo la implantación del Plan General de Contabilidad para la Seguridad Social de 1985.

- *Resolución de 29 de diciembre de 1992, a través de la cual el 1 de enero de 1993 entró en vigor una nueva adaptación que se realizó del Plan de Contabilidad de 1985 para las Entidades Gestoras, la Tesorería General y las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.*

A partir de la entrada en vigor el 1 de enero de 1993 de esta nueva adaptación contable, habrá que esperar hasta el 6 de mayo de 1994, para que, por Orden del Ministerio de Economía y Hacienda, se apruebe el P.G.C.P´94 configurándose este último como "un plan marco a aplicar, directamente o a través de la correspondiente adaptación, por los entes pertenecientes al sector público, los cuales desarrollan su actividad en un entorno que posee unas características diferenciadoras, tanto en lo que se refiere a su aspecto económico como a su aspecto jurídico".

En esta línea, el Sistema de la Seguridad Social española al constituirse como un ente perteneciente al sector público, tanto a nivel estatal como autonómico, y cumplir con los criterios a tener presentes para determinar si un ente está sometido o no a Contabilidad Pública, está sujeto al vigente P.G.C.P. ya sea mediante su aplicación directa o a través de la correspondiente Adaptación. Ante estas dos alternativas, la Intervención General de la Seguridad Social, órgano directivo de la contabilidad pública en su ámbito de competencia, se ha pronunciado por la citada en último término, por la Adaptación, decisión que ha adoptado como consecuencia de las características específicas de este Sistema, más concretamente, la actividad que desarrolla y su sistema de información contable, las cuáles han conllevado darle un tratamiento especial.

Todo ello condujo a la elaboración de la *Adaptación del Plan General de Contabilidad Pública a las Entidades Gestoras y Servicios Comunes de la Seguridad Social, aprobada mediante Resolución de 16 de octubre de 1997 de la Intervención General de la Administración del Estado*, constituyéndose como una etapa adicional en el proceso de normalización contable llevado a cabo en el Sistema de la Seguridad Social española.

– *Resolución de 1 de julio de 2011, de la Intervención General de la Administración del Estado, por la que se aprueba la Adaptación del Plan General de Contabilidad Pública, a las entidades que integran el Sistema de la Seguridad Social.*

Ya pusimos de manifiesto que por Orden EHA/1037/2010 de 13 de abril, se aprobó con carácter de plan contable marco para todas las Administraciones Públicas, el Plan General de Contabilidad Pública que tiene que ser de aplicación, a través de la correspondiente Adaptación, a las Entidades que integran el Sistema de la Seguridad Social y a aquellas otras entidades, que si bien no forman parte del Sistema, están sujetas a la misma.

La Intervención General de la Seguridad Social haciendo efectivas las competencias que le confiere la Ley General Presupuestaria, ha procedido a elaborar la referida Adaptación debido, nuevamente, a las interrelaciones y estructura de las Entidades que conforman el Sistema de la Seguridad Social, las peculiaridades de las principales fuentes de financiación y obligaciones del Sistema, así como de las particulares necesidades de información contable de los órganos que ejercen su control.

4.2.1.2 Vigente sistema de información contable del Sistema de la Seguridad Social española

Desde su nacimiento el Sistema de la Seguridad Social ha venido desempeñando una actividad que ha experimentado una profunda transformación y evolución debido fundamentalmente al desarrollo de los primeros seguros sociales que surgieron hace más de cien años. A este respecto, parece significativo volver a recordar que el primer seguro obrero que se implantó en España, denominado “Seguro de Accidentes de trabajo”, tenía como característica fundamental la protección de colectivos de asalariados muy específicos. Sin embargo, en la actualidad nos encontramos ante un Sistema con una clara tendencia universalista dirigida a proteger a toda la población. Como consecuencia de esta evolución, ya

hemos sido testigos[1] de que ha sido necesario llevar a cabo una reorganización de sus estructuras, tanto organizativa como financiera.

En lo que respecta a su estructura organizativa, ésta viene condicionada por la finalidad genérica que se le atribuye al conjunto del Sistema en el artículo número 2 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, concretándose la misma en "*la protección adecuada de las contingencias y situaciones que la ley defina a las personas comprendidas en su campo de aplicación*".

Ahora bien, para la consecución de la citada finalidad, y con motivo de las numerosas y diversas contingencias que debe afrontar el mismo, se ha tenido que adoptar una estructura organizativa descentralizada que permite la creación de determinadas entidades que, individualmente consideradas, pueden ejercer su actividad en la respectiva contingencia asignada por el Sistema. A este respecto, las *instituciones con personalidad jurídica propia* que actualmente integran nuestro Sistema de la Seguridad Social, son las siguientes:

A. Cuatro Entidades Gestoras:

A.1 El *Instituto Nacional de la Seguridad Social* (I.N.S.S.), adscrito al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, el cual tiene atribuida la *gestión y administración de las prestaciones económicas* del Sistema de la Seguridad Social con algunas excepciones que han sido delegadas a otras Entidades Gestoras.

A.2 El *Instituto Nacional de la Salud* (I.N.S.A.L.U.D.), adscrito al Ministerio de Sanidad y Consumo, responsable directa de la *cobertura de los servicios de atención sanitaria.*

A.3 El *Instituto Nacional de Servicios Sociales* (I.N.S.E.R.S.O.), adscrito al Ministerio de Asuntos Sociales, responsable *del desarrollo y ejecución de los servicios sociales.*

[1] Véase el primer capítulo del presente trabajo.

A.4 El *Instituto Social de la Marina* (I.S.M.), adscrito al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, con una doble dimensión en sus competencias: organismo encargado de los *temas sociales del sector marítimo-pesquero* y entidad gestora del *Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores del Mar (REM).*

B. Un Servicio Común:

La *Tesorería General de la Seguridad Social* (T.G.S.S.), tutelada por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, donde por aplicación de los principios de solidaridad financiera y caja única, se *unifican todos los recursos económicos y la administración financiera de todo el Sistema de la Seguridad Social.*

Su denominación de servicio común obedece a que es un organismo encargado de la gestión de determinadas *funciones comunes* a las distintas Entidades Gestoras que configuran el Sistema de la Seguridad Social.

C. Entidades colaboradoras:

Las *Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales*, entidades de naturaleza privada no lucrativa, colaboradoras en la gestión de la Seguridad Social en relación con las contingencias de accidente de trabajo y enfermedad profesional.

En cualquier clase de unidad económica, la organización adoptada, así como el reparto de las funciones existentes, condicionan la implantación de un modelo contable. A este respecto, comprobaremos cómo ambos aspectos, han influido decisivamente en la configuración del sistema de información contable del Sistema de la Seguridad Social española.

Por lo que respecta a la *estructura organizativa*, ponemos de manifiesto que en el conjunto del Sistema se dan, simultáneamente, dos modelos organizativos. Por un lado, una *estructura organizativa descentralizada* y, por otro, una *estructura organizativa ramificada*.

- Estructura organizativa *descentralizada*

En este tipo de organizaciones el rasgo principal que las caracteriza es la dotación de personalidad jurídica propia independiente para que cada unidad económica desempeñe su actividad.

La Seguridad Social ha descentralizado sus competencias por razón de la materia en cuatro Entidades Gestoras y un Servicio Común, la Tesorería General, a las que se les ha dotado de personalidad jurídica independiente a cada una de ellas al objeto de que cada una realice sus propias funciones.

Sin embargo, la Adaptación sectorial reitera en numerosas ocasiones que aunque por razones de distribución de la materia, se haya adoptado una estructura descentralizada creando entidades con personalidad jurídica independiente y, en consecuencia, ser jurídicamente independientes entre sí, no se puede olvidar que el Sistema de la Seguridad Social tiene que alcanzar una finalidad genérica y de conjunto, por lo que desde un punto de vista económico sí son dependientes entre sí.

- Estructura organizativa *ramificada*

A su vez, cada una de las cuatro Entidades Gestoras y la Tesorería necesitan adoptar su propia estructura organizativa, con el fin de llevar a cabo el ejercicio de su actividad en las diferentes áreas geográficas. A este respecto, se han constituido determinados organismos a los cuales no se les ha dotado de personalidad jurídica propia para ejercer las competencias que tienen delegadas en su ámbito territorial.

Estos nuevos componentes que participan en la estructura organizativa dependen directamente de la Entidad Gestora y del Servicio Común al cual pertenecen, y reciben la denominación de Centros de Gestión Provinciales y Locales.

En esta línea, según establece la propia Adaptación, cabría considerar el estudio que en torno a esta materia realizan Caso y Serrano (1995, 629) denominado “La

Contabilidad de las Organizaciones Ramificadas". Entre los diversos aspectos que tratan los autores, se efectúa una descripción de las estructuras organizativas que adoptan las unidades económicas, haciendo especial incidencia en las estructuras que adoptan los entes públicos.

Se analiza qué se considera por "*organización centralizada*", entendiéndose como tal, "aquel ente que está formado por un solo centro, dentro del cual tiene lugar el reparto y distribución de todas las tareas que le corresponden, de acuerdo con criterios de organización, dotando así a la entidad de la estructura más apropiada a su naturaleza y a la consecución de sus fines.".

Por otro lado, se entiende por "*organización ramificada*" "[…] el fraccionamiento de las atribuciones que corresponden a la entidad, dan lugar a la existencia de distintos centros diferenciados entre sí que asumen tareas de distinta naturaleza. Como resultado, la entidad queda compuesta por distintas subentidades, sin personalidad jurídica independiente, que, si bien están dotadas de estructura propia, corresponde a una de ellas ejercer de órgano central, realizando las funciones de coordinación y dirección de todas las demás. Las tareas que han de llevar a cabo los distintos centros u oficinas pueden ser desempeñadas en virtud de las propias competencias que les han sido asignadas, o bien en virtud de la delegación previa de competencias ajenas, actuando en este caso, como meros mandatarios. También es posible que coexistan tareas de ambas naturalezas […]".

Basándonos en el citado estudio, volvemos a poner de manifiesto, que es esta última tipología de organización, la ramificada, la que adopta a su vez cada una de las Entidades en el ámbito de la Seguridad Social. De esta manera, estos nuevos componentes que participan de su estructura organizativa, según indica la propia Adaptación pasarán a depender directamente de la Entidad Gestora a la cual

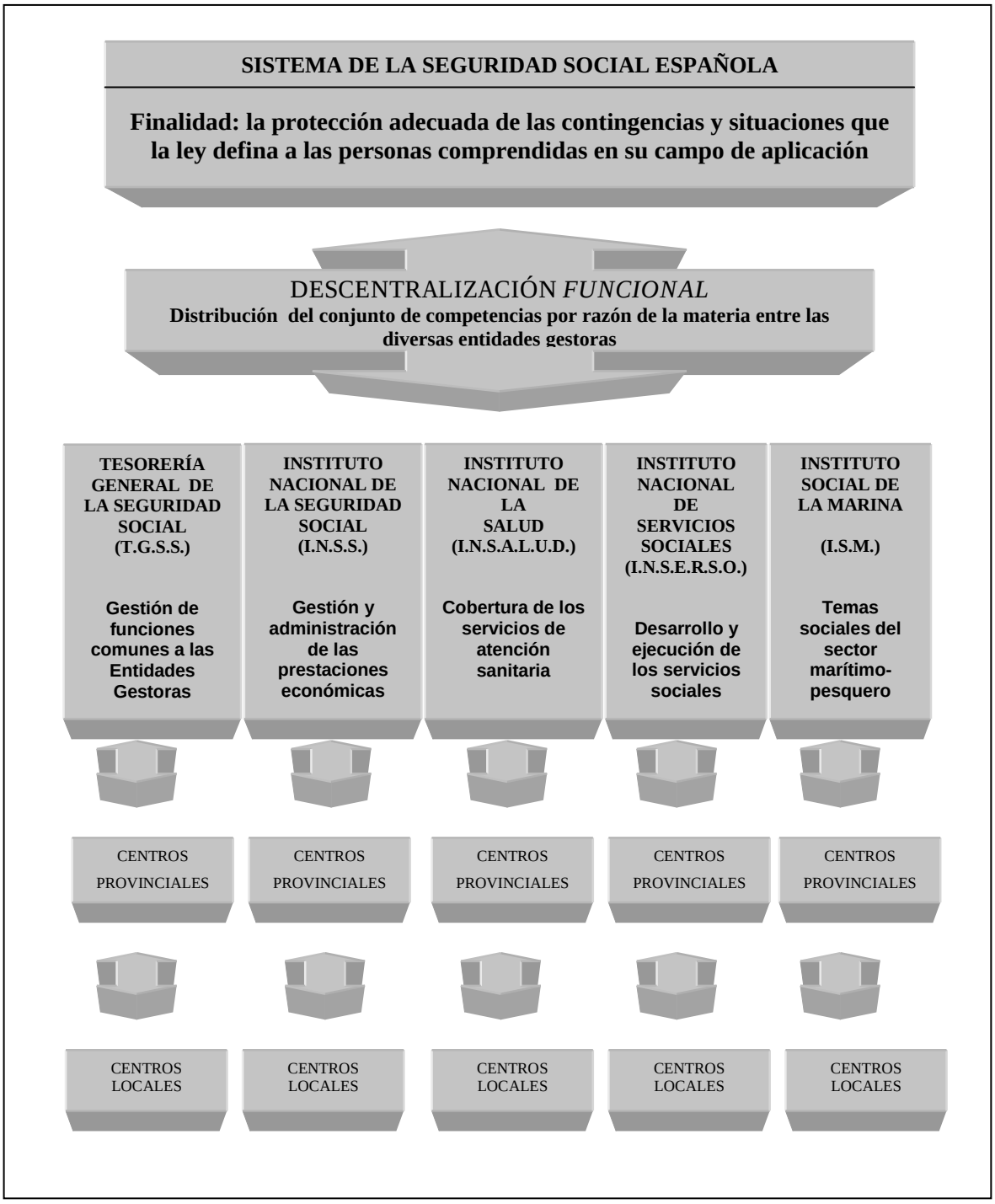
pertenecen, recibiendo la denominación de "Centros de Gestión Provinciales" y "Centros de Gestión Locales".

En base a lo expuesto, la estructura organizativa considerada desde un punto de vista global, quedaría reflejada, tal y como muestran los cuadros.

Cuadro. Estructura organizativa de la Seguridad Social española



Cuadro. Estructura Organizativa del Sistema de la Seguridad Social española



En cualquier clase de unidad económica, la organización adoptada, así como el reparto de las funciones existentes, condicionan la implantación de un modelo contable. A este respecto, comprobaremos cómo ambos aspectos, han influido decisivamente en la configuración del sistema de información contable de la Seguridad Social española.

En las unidades económicas que presentan una estructura organizativa descentralizada se pueden plantear diversas alternativas en lo que al diseño de su sistema de información contable se refiere, esto es, se puede adoptar un sistema contable centralizado o un sistema contable descentralizado. La diferencia entre ambos radica, principalmente, en que los diversos entes que forman parte de la organización están sometidos o no al registro contable de las operaciones que se producen en su ámbito de competencias.

En esta línea, con la actual estructura organizativa del Sistema de la Seguridad Social, cabría la posibilidad de llevar a cabo la implantación contable de ambas alternativas. Sin embargo, con motivo de las competencias que en exclusiva tiene asignadas la Tesorería General como prestadora de un servicio común al resto de los entes que integran al Sistema, se ha decidido adoptar un sistema de *información contable descentralizado*.

Tales competencias se concretan en el Real Decreto Legislativo de 20 de junio de 1994, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, en el cual se establece que la Tesorería General de la Seguridad Social posee, entre otras, las siguientes competencias exclusivas:

- La titularidad, gestión y administración de todos los bienes y derechos que constituyen el patrimonio único de la Seguridad Social.
- Gestión y control de la cotización y de la recaudación de las cuotas y demás recursos financieros de todo el Sistema.

- La ordenación del pago de las obligaciones de la Seguridad Social, así como la distribución en el tiempo y territorio las disposiciones dinerarias para satisfacer puntualmente las obligaciones de pago.
- La organización y gestión del circuito financiero que canalice las disponibilidades y movimientos relativos a los recursos del Sistema, conforme a las necesidades de gestión de la Seguridad Social.
- La realización de las operaciones de crédito y anticipos de Tesorería.

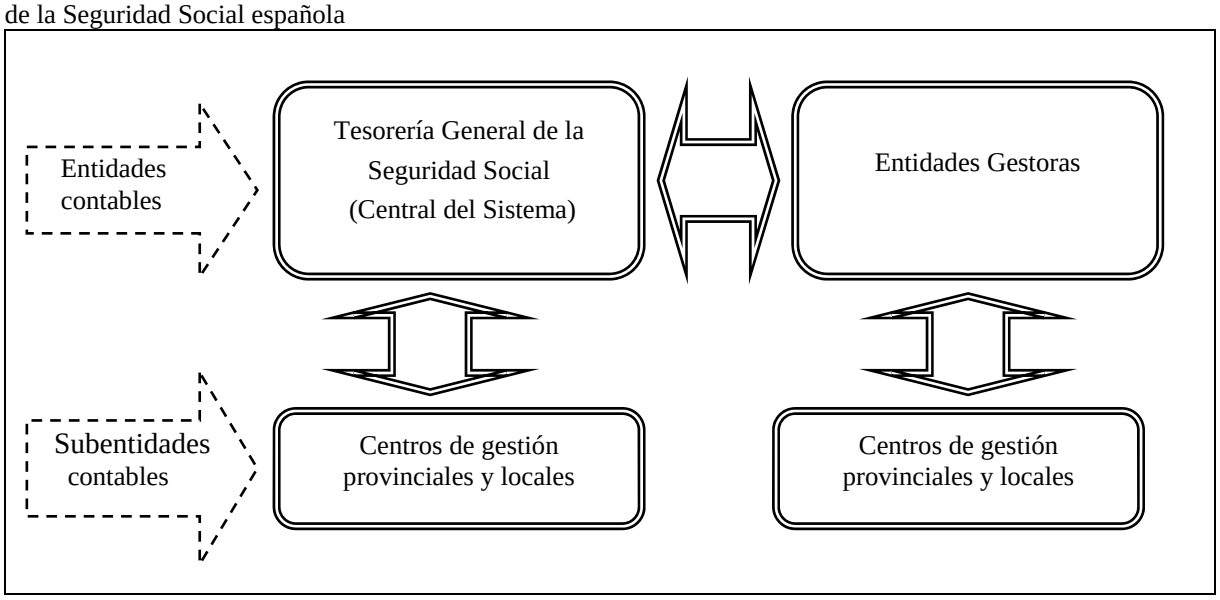
A raíz de las competencias señaladas, en la propia Adaptación se indica que podría haberse adoptado un modelo contable centralizado, en el cual, el único sujeto contable fuese la Tesorería General y las Entidades Gestoras se constituirían como meros centros gestores del presupuesto de gastos.
Sin embargo, la implantación de este sistema de información contable centralizado no hubiese sido la solución más adecuada, pues lo cierto es que, cada entidad, además de tener personalidad jurídica propia, realiza su actividad en una esfera económica perfectamente diferenciada, lo que aconseja la implantación de un sistema de información contable descentralizado que permita la obtención individualizada de los estados contables de la Tesorería General y de cada una de las cuatro Entidades Gestoras, por cuanto las mismas están obligadas a rendir cuentas al Tribunal de Cuentas, siendo consideradas por ello como verdaderas entidades contables.

En las organizaciones que presentan una estructura organizativa ramificada corresponde a una de las entidades ejercer de órgano central, realizando como tal las funciones de coordinación y dirección de todas las demás. En esta línea, en el caso específico del Sistema de la Seguridad Social, corresponde a la Tesorería General ejercer de central contable del Sistema con motivo de tener asignadas las competencias exclusivas en su función como prestadora de un servicio común al resto de los partícipes del mismo y que ya señalamos con anterioridad.

Como resultado de todo lo anteriormente expuesto, finalmente se ha creado un modelo contable descentralizado en el que coexisten cinco sujetos contables distintos, en el cual, la Tesorería General se configura como la central patrimonial del Sistema y, en su actuación como tal, debe relacionarse con el resto de las Entidades a través de cuentas representativas del neto patrimonial.

A su vez, cada una de las entidades contables se organiza en subentidades contables, entes que no tienen personalidad jurídica propia, cuales son, los Centros de Gestión Provinciales y Locales. Estos últimos deben estar coordinados, necesariamente, con la Entidad a la cual pertenecen. Aunque no están obligadas a rendir cuentas, hay que destacar que sí tienen que efectuar el registro contable de las operaciones que se efectúan en su propio ámbito de actuación.

Cuadro. Entidades y Subentidades contables del Sistema de Información Contable descentralizado de la Seguridad Social española



Fuente: Elaboración propia.

En la primera parte del Proyecto de Adaptación del P.G.C.P. a las Entidades Gestoras y Servicios Comunes de la Seguridad Social, figuran los denominados "Principios Contables y Principios de funcionamiento del Sistema Contable de la Seguridad Social". Por lo que respecta a los primeros, no haremos mención alguna por cuanto carecen de aportación a la configuración del sistema de información contable que estamos tratando; sin embargo, los "Principios de funcionamiento" tienen especial relevancia por cuanto indican, entre otros aspectos, cuales son las entidades que integran el sistema contable de la Seguridad Social, cuál ha sido la organización adoptada por cada Entidad Gestora así como por la Tesorería General, cuales son las entidades que están obligadas a suministrar información contable y rendir cuentas, así como, otros aspectos adicionales que están relacionados con el sistema de información contable de estas entidades y que debemos tener presentes al objeto de comprender su funcionamiento.

Al objeto de disponer de un conocimiento más preciso en torno a los mismos destacamos, a continuación, los siguientes "Principios de funcionamiento":

1. Cada una de las Entidades Gestoras y la Tesorería General se organizan a su vez en Centros de Gestión a los que les incumbe el registro de las operaciones que se produzcan en su ámbito de competencias. No están obligados a rendir cuentas, pero sí a suministrar la información contable que se les fuese requerida.

2. La Tesorería General actuará como central patrimonial de todo el sistema contable, reflejando en su contabilidad los netos patrimoniales de las distintas Entidades, así como las variaciones de dicho neto derivadas de sus relaciones. En este sentido, la Tesorería absorberá los resultados positivos o negativos del conjunto del Sistema.

   De otra parte, la Tesorería General reflejará en su contabilidad sus propios elementos patrimoniales, así como las variaciones que se originan en los mismos derivadas de su propia actividad.

- Las Entidades Gestoras reflejarán en su contabilidad los elementos patrimoniales –bienes, derechos y obligaciones- existentes en las mismas, las variaciones de dicho neto derivadas de su actividad, así como las variaciones derivadas de las relaciones entre ellas y la Tesorería General. Determinarán los resultados de su actividad con anterioridad a su transferencia a la Tesorería General de la Seguridad Social.

1. Con independencia de la titularidad jurídica de los elementos patrimoniales que forman parte del patrimonio único de la Seguridad Social, figurarán en los Balances de las Entidades a los que estén adscritos.

2. A estos efectos, los bienes inmuebles que forman parte del patrimonio único de la Seguridad Social, de conformidad con lo previsto en la disposición adicional sexta del Real Decreto 1121/1992, de 9 de octubre, que figuren adscritos a la prestación de servicios públicos gestionados por las Comunidades Autónomas, figurarán en el Balance de los Servicios Centrales de la Tesorería General de la Seguridad Social, sin perjuicio de que en el inventario general se haga constar dicha adscripción.

3. Todos los derechos presupuestarios a favor de la Seguridad Social figurarán en el balance de la Tesorería General, cualquiera que sea la forma de recaudación.

4. Las obligaciones de naturaleza presupuestaria figurarán en los balances de la entidad contable a las que correspondan.

5. Los derechos y obligaciones frente a terceros de naturaleza extrapresupuestaria, figurarán en el balance de la entidad contable a las que correspondan.

6. Las Entidades Gestoras y la Tesorería General a través de sus respectivos Centros de Gestión, registrarán mediante cuentas de enlace, debidamente

coordinadas, las operaciones contables que afecten a dos o más oficinas, tanto de la misma entidad contable como a distintas entidades contables.

7. Las Entidades Gestoras transferirán a la Tesorería General el resultado del ejercicio a través de cuentas de enlace.

8. Al objeto de obtener la situación patrimonial neta al final de cada ejercicio económico, las cuentas de enlace se regularizan atendiendo a un orden preestablecido. En primer lugar, en los Centros de Gestión de cada entidad contable en relación con sus propios servicios centrales y, en segundo lugar, los servicios centrales de las Entidades Gestoras con los servicios centrales de la Tesorería General.

9. La Tesorería General en base a la información suministrada por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, también incorporará la variación del neto patrimonial de dichas entidades actualizando, simultáneamente, las reservas materializadas en las Mutuas.

Teniendo presente el conjunto de "Principios de funcionamiento" citados previamente y basándonos en la descripción realizada en torno a las organizaciones ramificadas, podemos indicar que, de entre las posibilidades (opciones) que existen en el momento de diseñar un sistema de información contable en este tipo de organizaciones[2], el Sistema de la Seguridad Social ha adoptado un sistema contable descentralizado, en el que cada una de las unidades que configuran la organización ramificada, elaborará su propia contabilidad, efectuando el registro contable de las operaciones que realiza, así como, la elaboración de sus propios libros de contabilidad. Procediendo de esta forma, cada oficina contable reflejará individualmente las operaciones que realiza. Esto no significa que no se produzcan relaciones entre las diversas oficinas contables, así

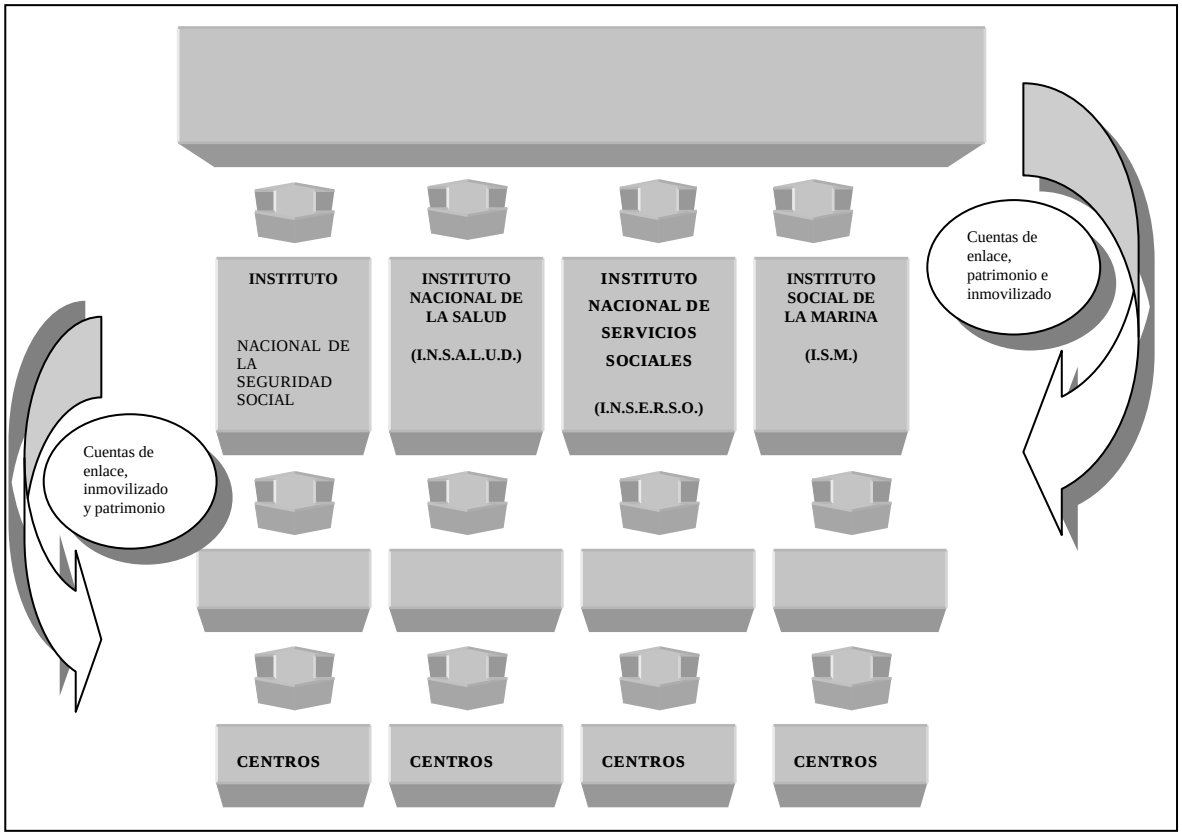
[2] Sistema contable centralizado o dependiente y sistema contable descentralizado o independiente

como, con la central contable, siendo registradas mediante la utilización de cuentas específicas, denominadas "*cuentas de enlace*".

Finalmente, al objeto de representar de forma conjunta la actividad que desarrolla la entidad que posee un sistema contable descentralizado, la central contable debe proceder a la integración de los estados contables individuales de cada una de las oficinas contables. En esta línea, la Adaptación se ha pronunciado de la siguiente forma: "... es preciso destacar que el modelo contable a implantar debe tener presente la descentralización de funciones de las distintas Entidades Gestoras y Servicios Comunes de la Seguridad Social, en Centros de Gestión provinciales y locales, lo que aconseja desarrollar una contabilidad para los mismos, que permita la obtención de sus estados contables con fines informativos, que se integrarán, a efectos de cuentas, en los de la entidad de que dependen.

Las cuestiones planteadas han aconsejado elaborar una metodología, que bajo la idea de un sujeto económico único, permita la elaboración de cuentas para todas y cada una de las entidades, que están obligadas a rendirlas al Tribunal de Cuentas, al tener personalidad jurídica independiente. Por todo ello en el modelo diseñado, la Tesorería General de la Seguridad Social se configura como la central patrimonial del Sistema y se relaciona con el resto de las entidades a través de las cuentas representativas del neto patrimonial en ellas existente.... A su vez el modelo contable ha previsto otras cuentas de relaciones internas entre la Tesorería General y las entidades, que finalmente se saldarán contra las cuentas representativas del neto patrimonial.... Por último, el planteamiento contable de las relaciones de cada una de las Entidades con sus centros de gestión, sigue el modelo previsto en el P.G.C.P. para una organización con servicios descentralizados..."

Cuadro X: Sistema contable descentralizado de la Seguridad Social Española



Fuente: Elaboración propia

Descrito el sistema de información contable adoptado por el Sistema de la Seguridad Social española, nos planteamos una cuestión acerca del tratamiento que realiza la Adaptación acerca de las Entidades Gestoras del Sistema, al considerarlas como verdaderas entidades contables, cuando éstas, en realidad, no poseen presupuesto de ingresos propio. En esta línea, entre los diversos enfoques que giran en torno al concepto de entidad contable[3], si atendemos exclusivamente a lo que respecto al mismo establece el Documento de la I.G.A.E. sobre información económica-financiera pública, se define a una entidad contable como "*todo ente que, perteneciendo al sector público, tenga personalidad jurídica*

[3] Entre otros, la American Accounting Association (AAA), el Governmental Accounting Standards Board (GASB), el Canadian Institute of Chartered Accountants (CICA) y la Ordre des Experts Comptables de Francia (OECDF).

propia, presupuesto de gastos e ingresos diferenciados y deba formar y rendir cuentas en régimen de contabilidad pública".

De igual forma establece que "*pueden constituir subentidades contables públicas aquellos órganos que, formando parte de una entidad, tengan dotaciones diferenciadas en el Presupuesto de la misma y competencias propias para su gestión*", considerando que "*toda subentidad contable pública debe elaborar de forma individualizada los Estados Financieros que para la misma se definan y es responsable de la rendición de los mismos*".

Trasladando los anteriores conceptos al ámbito del Sistema de la Seguridad Social, cabría considerar una serie de cuestiones en torno a los mismos. A este respecto, entendemos que estrictamente se puede hablar de entidad contable cuando nos referimos al Sistema de la Seguridad Social en su conjunto, ya que es la única que cumple con todos los requisitos que se establecen para ser considerada como tal; esto es, tiene personalidad jurídica propia, presupuesto de gastos e ingresos diferenciado y debe formar y rendir cuentas al Tribunal de Cuentas. Por otro lado, se constituirían como subentidades contables, todas las Entidades Gestoras y la Tesorería General, individualmente consideradas, ya que las mismas forman parte de una entidad, la cual hemos considerado previamente que es el Sistema de la Seguridad Social en su conjunto. Así mismo, estos entes tienen dotaciones diferenciadas en su presupuesto, competencias para su gestión y, por último, deben elaborar de forma individualizada sus estados financieros, siendo responsables de la rendición de los mismos. De otra parte, sólo restaría considerar a los centros de gestión como oficinas contables, ya que las mismas no tienen personalidad jurídica y tampoco deben rendir cuentas al Tribunal de Cuentas.

La Adaptación contable del P.G.C.P. a las Entidades Gestoras y Servicios Comunes de la Seguridad Social se divide, igual que el Plan General de Contabilidad Pública que le sirve de referencia, en cinco partes: *Marco Conceptual de la Contabilidad de las entidades que integran el Sistema de la Seguridad Social; Normas de reconocimiento y valoración; Cuentas Anuales; Cuadro de Cuentas; Definiciones y relaciones contables.*

- ***Marco Conceptual de la Contabilidad de las entidades que integran el Sistema de la Seguridad Social***

1.º Imagen fiel de las Cuentas anuales.
2.º Requisitos de la información a incluir en las cuentas anuales.
3.º Principios contables.
4.º Elementos de las cuentas anuales.
5.º Criterios de registro o reconocimiento contable de los elementos de las cuentas anuales.
6.º Criterios de valoración.

1.º Imagen fiel de las Cuentas Anuales

Las Cuentas Anuales comprenden el Balance, la Cuenta del Resultado Económico Patrimonial, el Estado de Cambios en el Patrimonio Neto, el Estado de Liquidación del Presupuesto, el Estado de Flujos de Efectivo y la Memoria.

Las Cuentas Anuales deben suministrar información útil para la toma de decisiones económicas y constituir un medio para la rendición de cuentas de la entidad por los recursos que le han sido confiados. Para ello, deben redactarse con claridad y mostrar la imagen fiel del patrimonio, de la situación financiera, del resultado económico patrimonial y de la ejecución del presupuesto de la *entidad contable.*

Se entiende por *entidad contable* todo ente con personalidad jurídica y presupuesto propio, que debe formar y rendir cuentas.

La aplicación sistemática y regular de los requisitos de la información, principios y criterios contables debe conducir a que las cuentas anuales muestren la citada imagen fiel. Es por ello, que la contabilización de las operaciones se atenderá a la realidad económica y no sólo a la forma jurídica.

Cuando se considere que el cumplimiento de los requisitos de la información, principios y criterios contables no resulta suficiente para mostrar la imagen fiel del Sistema de la Seguridad Social, se suministrará, en la Memoria, la información complementaria precisa para alcanzar dicho objetivo.

Sin embargo, a pesar de que en los mismos términos previstos en el P.G.C.P., se indica que la aplicación sistemática y regular de los *requisitos de la información, principios y criterios contables* debe conducir a que las cuentas anuales muestren la citada imagen fiel y, en consecuencia, la contabilización de las operaciones se atenderá a la realidad económica y no sólo a la forma jurídica, apreciamos una cierta preocupación por cuanto la aplicación de los mismos, no vaya dirigida a expresar exclusivamente la imagen fiel de cada una de las entidades individualmente consideradas. Por el contrario, de forma simultánea, la aplicación de los mismos debe ir encaminada a expresar la imagen fiel del conjunto del Sistema, es decir, visto éste desde una perspectiva de conjunto. Más concretamente, se indica que la aplicación de esta primera parte de la Adaptación, "deberá conducir a que las Cuentas Anuales expresen la imagen fiel del patrimonio, de la situación financiera, de la ejecución del Presupuesto y de los resultados de las *Entidades Gestoras y de la Tesorería General de la Seguridad Social y los globales del Sistema"*.

De la misma forma sucede cuando establece que en aquellos casos excepcionales en los que la aplicación de un principio contable sea incompatible con la imagen fiel que deben mostrar las Cuentas Anuales, se considerará improcedente dicha

aplicación. Todo lo cual se mencionará en la Memoria, explicando su motivación e indicando la influencia sobre el patrimonio, la situación financiera, la ejecución del Presupuesto y los resultados de la *entidad afectada* y los *globales del Sistema*.

2.º Requisitos de la información a incluir en las cuentas anuales

De la misma forma que establece el Plan General de Contabilidad Pública, la información incluida en las Cuentas Anuales debe cumplir los requisitos de *claridad, relevancia, comparabilidad y fiabilidad*. Este último requisito implica que la información sea completa y objetiva; que el fondo económico de las operaciones prevalezca sobre su forma jurídica, así como, ser prudente en las estimaciones y valoraciones a efectuar en condiciones de incertidumbre.

3.º Principios contables

El registro y la valoración de los elementos de las Cuentas Anuales se desarrollarán aplicando obligatoriamente los principios contables.

Se efectúa una enumeración más restrictiva de principios contables, distinguiendo entre *principios de carácter económico patrimonial*: gestión continuada, devengo, uniformidad, prudencia, no compensación, e importancia relativa; y *principios de carácter presupuestario*: imputación presupuestaria y desafectación.

Dejan de considerarse como tal una serie principios contables que pasan a ser *criterios de valoración*: precio de adquisición, entidad contable, registro, correlación de ingresos y gastos. Los mismos son definidos en distintos apartados del Marco Conceptual, más concretamente, en los apartados relativos a *criterios de registro o reconocimiento* contable de los elementos de las cuentas anuales y a *criterios de valoración*.

Tampoco existe prevalencia de *principios contables.* En caso de conflicto, prevalecerá el que mejor conduzca a que las Cuentas Anuales expresen la imagen fiel.

4.º Elementos de las cuentas anuales

- Elementos de las cuentas anuales relacionados con el *patrimonio y la situación financiera* de la entidad a registrar en el *Balance*

Activos: bienes, derechos y otros recursos controlados económicamente por la entidad, resultantes de sucesos pasados, de los que es probable que la entidad obtenga en el futuro *rendimientos económicos o un potencial de servicio.* También serán calificados como activos aquellos que son necesarios para obtener los rendimientos económicos o el potencial de servicio de otros activos.

- Los *activos portadores de rendimientos económicos futuros* son aquellos que se poseen con el fin de generar un rendimiento comercial a través de la provisión de bienes y prestación de servicios.

Se considera que un activo genera un rendimiento comercial cuando se utiliza de forma consistente con la adoptada por las entidades orientadas a la obtención de beneficios. La posesión de un activo para generar un rendimiento comercial indica que la entidad *pretende obtener flujos de efectivo a través de ese activo, o a través de la unidad a la que pertenece el activo, y obtener un rendimiento que refleje el riesgo que implica la posesión del mismo.*

- Los activos *portadores de potencial de servicio* se poseen con una finalidad distinta a la de generar rendimiento comercial, como pueden ser los flujos económicos sociales que generan dichos activos y que benefician a la colectividad, es decir, un beneficio social o potencial de servicio.

Pasivos: obligaciones actuales surgidas como consecuencia de sucesos pasados, cuya extinción es probable que dé lugar a una disminución de recursos que incorporen rendimientos económicos o un potencial de servicio. A estos efectos, se entienden incluidas las provisiones.

Patrimonio neto: constituye la parte residual de los activos de la entidad una vez deducidos todos sus pasivos. Incluye, en su caso, las aportaciones realizadas, ya sea en el momento de su constitución o en otros posteriores, por la entidad o entidades propietarias que no tengan la consideración de pasivos, así como, los resultados acumulados u otras variaciones que le afecten.

- Elementos relacionados con la medida del resultado económico patrimonial y otros ajustes en el patrimonio neto, que se reflejarán en la C*uenta de Resultado Económico Patrimonial o en el Estado de Cambios en el patrimonio neto*

Ingresos: incrementos en el patrimonio neto de la entidad, ya sea en forma de entradas o aumentos en el valor de los activos, o de disminución de los pasivos, siempre que no tengan su origen en aportaciones patrimoniales, monetarias o no, de la entidad o entidades propietarias cuando actúen como tales.

Gastos: decrementos en el patrimonio neto de la entidad, ya sea en forma de salidas o disminuciones en el valor de los activos, o de reconocimiento o aumento de los pasivos, siempre que no tengan su origen en devoluciones de aportaciones patrimoniales y en su caso distribuciones, monetarias o no, a la entidad o entidades propietarias cuando actúen como tales.

Los ingresos y gastos del ejercicio se imputarán al resultado del mismo, excepto cuando proceda su imputación directa al patrimonio neto de acuerdo con lo previsto en la segunda parte de la Adaptación del Plan General de Contabilidad Pública a las entidades que integran el Sistema de la Seguridad Social o en su normativa de desarrollo.

- Elementos relacionados con la ejecución del presupuesto a reflejar en el E*stado de Liquidación del Presupuesto*

Gastos presupuestarios: Son aquellos flujos que suponen el empleo de créditos consignados en el presupuesto de gastos de la entidad. Su realización conlleva obligaciones a pagar presupuestarias con origen en gastos, en adquisición de activos o cancelación de pasivos financieros.

Por tanto, este término se reserva para los flujos a imputar al estado de liquidación del presupuesto de la entidad.

Ingresos presupuestarios: Son aquellos flujos que determinan recursos para financiar los gastos presupuestarios de la entidad. Generan derechos de cobro presupuestarios a imputar al correspondiente presupuesto, con origen en ingresos, enajenación, vencimiento o la cancelación de activos y, en la emisión de pasivos financieros.

Por tanto, este término se reserva para aquellos flujos a imputar al estado de liquidación del presupuesto de la entidad.

- Elementos relacionados con los movimientos de tesorería a reflejar en el *Estado de Flujos de Efectivo*

Cobros: Son flujos de entrada de efectivo y suponen un aumento de la tesorería de la entidad.

Pagos: Son flujos de salida de efectivo y suponen una disminución de la tesorería de la entidad.

5.º Criterios de registro o reconocimiento contable de los elementos de las Cuentas Anuales

El registro o reconocimiento contable es el proceso por el que se incorporan a la contabilidad los diferentes elementos de las Cuentas Anuales cuando cumplan las definiciones y los criterios que se establecen a continuación.

Los *activos* deben reconocerse en el Balance cuando se considere probable que la entidad obtenga rendimientos económicos, o un potencial de servicio en el futuro, y siempre que puedan valorarse con fiabilidad.

La primera de las dos condiciones supone que los riesgos y ventajas asociados al activo han sido traspasados a la entidad.

Los *pasivos* se reconocen en el Balance cuando se considere probable que a su vencimiento, y para liquidar la obligación, deben entregarse o cederse recursos que incorporan rendimientos económicos o un potencial de servicio futuros. También resulta necesario que su valor pueda determinarse con fiabilidad.

Cuando se trate de *activos y pasivos que también tengan reflejo en la ejecución del presupuesto*, el reconocimiento podrá realizarse cuando, de acuerdo con el procedimiento establecido para cada caso, se dicten los correspondientes actos que determinan el reconocimiento de los gastos e ingresos presupuestarios. En este caso, al menos a la fecha de cierre del período, aunque no hayan sido dictados los respectivos actos administrativos, tienen que reconocerse en el Balance los activos y pasivos devengados por la entidad hasta dicha fecha.

Los *ingresos* se reconocen en la Cuenta del Resultado Económico Patrimonial o en el Estado de Cambios en el Patrimonio Neto, como consecuencia de un incremento de los recursos económicos o del potencial de servicio de la entidad,

ya sea mediante un incremento de activos, o una disminución de pasivos, y siempre que su cuantía pueda determinarse con fiabilidad.

Los *gastos* se reconocen en la Cuenta del Resultado Económico Patrimonial o en el Estado de Cambios en el Patrimonio Neto, cuando se produce una disminución de recursos económicos o del potencial de servicio de la entidad, ya sea mediante un decremento en los activos, o un aumento en los pasivos, y siempre que pueda valorarse o estimarse su cuantía con fiabilidad.

Cuando se trate de *gastos e ingresos que también tengan reflejo en la ejecución del presupuesto,* el reconocimiento se podrá realizar cuando, de acuerdo con el procedimiento establecido para cada caso, se dicten los correspondientes actos que determinan el reconocimiento de gastos o ingresos presupuestarios. En este caso, al menos a la fecha de cierre del período, aunque no hayan sido dictados los mencionados actos administrativos, también deberán reconocerse en la Cuenta del Resultado Económico Patrimonial o en el Estado de Cambios en el Patrimonio Neto los gastos e ingresos devengados por la entidad hasta dicha fecha.

6.º Criterios de valoración

La valoración es el proceso por el que se asigna un valor monetario a cada uno de los elementos integrantes de las Cuentas Anuales, de acuerdo con lo dispuesto en las normas de registro y valoración relativas a cada uno de ellos incluidas en la segunda parte de la Adaptación. Los criterios de valoración a utilizar son los siguientes:

Precio de adquisición; *Coste de producción*; *Coste de un pasivo; Valor razonable; Valor realizable neto; Valor en uso; Costes de venta; Importe recuperable; Valor actual de un activo o de un pasivo; Coste amortizado de un*

activo o pasivo financiero; Costes de transacción atribuibles a un activo o pasivo financiero; Valor contable; Valor residual de un activo.

- ***Normas de reconocimiento y valoración***

Las normas de reconocimiento y valoración desarrollan los principios contables y otras disposiciones contenidas en la primera parte relativa al marco conceptual de la contabilidad de las entidades que integran el Sistema de la Seguridad Social. Incluyen criterios y reglas aplicables a distintas transacciones o hechos económicos, así como a diversos elementos patrimoniales.

Las normas contempladas en la presente Adaptación se diferencian respecto a las contenidas en el PGCP como consecuencia de la no inclusión de algunas de ellas que no tienen aplicabilidad dentro del campo en que se desarrolla la actividad de la Seguridad Social. Esto sucede con las normas relativas a casos particulares de inmovilizado material: infraestructuras, inversiones militares especializadas de naturaleza material y patrimonio histórico; coberturas contables; y activos construidos o adquiridos para otras entidades. Por lo que respecta a la norma de reconocimiento y valoración relativa a *Pasivos financieros*, no se han incluido los *Pasivos financieros a valor razonable con cambios en resultados*, al contemplarse en esta categoría una serie de operaciones de endeudamiento representadas en valores negociables y derivados, que son totalmente atípicas en el área de la Seguridad Social.

- ***Cuentas Anuales***

1. *Normas de elaboración de las cuentas anuales*

Las Cuentas Anuales previstas en la tercera parte de la Adaptación comprenden el Balance, la Cuenta del Resultado Económico Patrimonial, el Estado de Cambios en el Patrimonio Neto, el Estado de Flujos de Efectivo, el Estado de Liquidación del Presupuesto y la Memoria. Estos documentos forman una unidad y deben ser redactados con claridad y mostrar la imagen fiel del patrimonio, de la situación financiera, del resultado económico patrimonial, y de la ejecución del presupuesto de la entidad y los del Sistema de la Seguridad Social.

Debemos poner de relieve que en la Adaptación se especifica que se elaborará una por cada entidad. Por este motivo, observamos que en la segunda parte, en la cual se establecen los modelos de Cuentas Anuales, se incluye, por un lado, en lo que respecta al Balance, un modelo individual para cada Entidad Gestora y para la Tesorería General, otro modelo de Balance Consolidado de Entidades Gestoras y Tesorería General, y finalmente otro Balance Consolidado de todo el Sistema. Por otro lado, en lo que respecta a la Cuenta del Resultado económico-patrimonial se incluye, una cuenta individual para cada Entidad Gestora y para la Tesorería General, así como otra en la que se incluye el Resultado de las Entidades Gestoras y la Tesorería General de forma conjunta.

En lo referente al Estado de Liquidación del Presupuesto, no se ponen de manifiesto variaciones significativas. Sin embargo, en la Memoria, se observan algunas de ellas al objeto de incorporar la información requerida para completar, ampliar y comentar lo contenido en el resto de Cuentas Anuales.

En la tabla realizamos una comparación entre las normas de elaboración de las Cuentas Anuales contenidas en la Adaptación a las Entidades Gestoras y Servicios Comunes y en el vigente P.G.C.P.

Tabla. Comparación de las *normas de elaboración de las cuentas anuales* de la Adaptación a las Entidades Gestoras y Servicios Comunes de la Seguridad Social y el vigente Plan General de Contabilidad Pública

Adaptación a las Entidades Gestoras y Servicios Comunes de la Seguridad S.	Plan General de Contabilidad Pública
1ª. Documentos que integran las cuentas anuales	1ª. Documentos que integran las cuentas anuales
2ª. Formulación de las cuentas anuales	2ª. Formulación de las cuentas anuales
3ª. Estructura de las cuentas anuales	3ª. Estructura de las cuentas anuales
4ª. Normas comunes al balance, la cuenta de resultado económico patrimonial, el estado de cambios en el patrimonio neto y el estado de flujos de efectivo	4ª. Normas comunes al balance, la cuenta de resultado económico patrimonial, el estado de cambios en el patrimonio neto y el estado de flujos de efectivo
5ª. Balance	5ª. Balance
6ª. Cuenta del resultado económico patrimonial	6ª. Cuenta del resultado económico patrimonial
7ª. Estado de cambios en el patrimonio neto	7ª. Estado de cambios en el patrimonio neto
8ª. Estado de flujos de efectivo	8ª. Estado de flujos de efectivo
9ª. Estado de liquidación del Presupuesto	9ª. Estado de liquidación del Presupuesto
10ª. Memoria	10ª. Memoria

Para finalizar el análisis que estamos realizando de las Cuentas Anuales, hemos de referirnos a la Memoria. En la tabla se facilita una comparación entre los requisitos mínimos de información que deben proporcionar las Entidades Gestoras y Servicios Comunes de la Seguridad Social frente al resto de administraciones públicas, contenidos en las distintas notas del modelo de Memoria.

Tabla. Comparación del *modelo de memoria* de la Adaptación a las Entidades Gestoras y Servicios Comunes de la Seguridad Social y el vigente Plan General de Contabilidad Pública

Adaptación a las Entidades Gestoras y Servicios Comunes de la Seguridad S.	Plan General de Contabilidad Pública
1. Organización y Actividad	1. Organización y Actividad
2. Gestión indirecta de servicios públicos, convenios y otras formas de colaboración	2. Gestión indirecta de servicios públicos, convenios y otras formas de colaboración
3. Bases de presentación de las cuentas	3. Bases de presentación de las cuentas
4. Normas de reconocimiento y valoración	4. Normas de reconocimiento y valoración
5. Inmovilizado material	5. Inmovilizado material
6. Inversiones inmobiliarias	6. Inversiones inmobiliarias
7. Inmovilizado intangible	7. Inmovilizado intangible
8. Arrendamientos financieros y operaciones de naturaleza similar	8 Arrendamientos financieros y operaciones de naturaleza similar.
9. Activos financieros	9. Activos financieros
10. Pasivos financieros	10. Pasivos financieros
11. Existencias	11. Coberturas contables
12. Moneda extranjera	12. Activos construidos o adquiridos para otras entidades y otras existencias
13. Transferencias, subvenciones y otros ingresos y gastos	13. Moneda extranjera
14. Provisiones y contingencias	14. Transferencias, subvenciones y otros ingresos y gastos
15. Activos en estado de venta	15. Provisiones y contingencias
16. Presentación por actividades de la cuenta del resultado económico patrimonial	16. Información sobre medio ambiente
17. Operaciones no presupuestarias	17. Activos en estado de venta

18. Contratación administrativa. Procedimientos de adjudicación	18. Presentación por actividades de la cuenta del resultado económico patrimonial
19. Información presupuestaria	19. Operaciones por administración de recursos por cuenta de otros entes públicos
20. Información sobre reservas y su materialización	20. Operaciones no presupuestarias de tesorería
21. Indicadores financieros, patrimoniales y presupuestarios	21. Contratación administrativa. Procedimientos de adjudicación
22. Información sobre el coste de las actividades	22. Valores recibidos en depósito
23. Indicadores de gestión	23. Información presupuestaria
24. Información sobre medio ambiente	24. Indicadores financieros, patrimoniales y presupuestarios
25. Hechos posteriores al cierre	25. Información sobre el coste de las actividades
26. Patrimonio privativo	26. Indicadores de gestión
	27. Hechos posteriores al cierre

2. ***Modelos de Cuentas Anuales***

BALANCE

Nº CTAS.	ACTIVO	NOTAS EN MEMORIA	EJ. N	EJ. N-1	Nº CTAS.	PATRIMONIO NETO Y PASIVO	NOTAS EN MEMORIA	EJ. N	EJ. N-1
	A) Activo no corriente					**A) Patrimonio neto**			
					10	**I. Patrimonio aportado**			
	I. Inmovilizado intangible								
						II. Patrimonio generado			
200,201, (2800), (2801)	1. Inversión en desarrollo				11	1. Reservas			
					120,122	2. Resultados de ejercicios anteriores			
203, (2803), (2903)	2. Propiedad industrial e intelectual				129	3. Resultados del ejercicio			
						III. Ajustes por cambios de valor			
					136	1. Inmovilizado no financiero			
206, (2806), (2906)	3. Aplicaciones informáticas				133	2. Activos financieros disponibles para la venta			
					130, 131, 132	**IV. Otros incrementos patrimoniales pendientes de imputación a resultados**			
207, (2807), (2907)	4. Inversiones sobre activos utilizados en régimen de arrendamiento o cedidos								
						B) Pasivo no corriente			
208, 209, (2809), (2909)	5. Otro inmovilizado intangible								
						I. Provisiones a largo plazo			
					14				
	II. Inmovilizado material					**II. Deudas a largo plazo**			
210, (2810), (2910), (2990)	1. Terrenos					2. Deudas con entidades de crédito			
					170, 177				
211, (2811), (2911), (2991)	2. Construcciones					4. Otras deudas			
					171,172, 173, 178, 18				
214, 215, 216, 217, 218, 219, (2814), (2815), (2816), (2817), (2818), (2819), (2914), 2915), (2916), 2917), (2918), 2919), (2999)	5. Otro inmovilizado material					5. Acreedores por arrendamiento financiero a largo plazo			
					174				
						C) Pasivo corriente			
						I. Provisiones a corto plazo			
					58				
						II. Deudas a corto plazo			
						2.Deuda con entidades de crédito			
					520, 527				
2300,2310, 234, 235, 237, 2390	6. Inmovilizado en curso y anticipos					4.Otras deudas			
					4003, 521, 522, 523, 528, 560, 561				
	III. Inversiones Inmobiliarias								
220, (2820), (2920)	1. Terrenos					5. Acreedores por arrendamiento financiero a corto plazo			
					524				
						IV. Acreedores y otras cuentas a pagar			
221, (2821), (2921)	2. Construcciones								
						1. Acreedores por operaciones de gestión			
					4000, 401				
2301, 2311, 2391	3. Inversiones inmobiliarias en curso y anticipos					2. Otras cuentas a pagar			
					4001, 41, 550, 554, 557, 5586, 559				
						3. Administraciones públicas			
	IV. Inversiones financieras a largo plazo en entidades del grupo, multigrupo y asociadas								
240, 243, 244, (2933), (2934)					475, 478, 477	4. Acreedores por administración de recursos por cuenta de otros entes públicos			
					452, 456, 457				
248, (2938)	1. Inversiones financieras en patrimonio de entidades de derecho público								
						V. Ajustes por periodificación			
	4. Otras inversiones				485, 488				
250, (259), (296)									
	V. Inversiones financieras a largo plazo								
251, 2520, 2522, 2523, 2529, 254, 256, 257, (297), (2983)	1. Inversiones financieras en patrimonio								
	2. Créditos y valores representativos de deuda								
258, 26									

Nº CTAS.	ACTIVO	NOTAS EN MEMORIA	EJ. N	EJ. N-1	Nº CTAS.	PATRIMONIO NETO Y PASIVO	NOTAS EN MEMORIA	EJ. N	EJ. N-1
2521, (2980)									
	4. Otras inversiones financieras a largo plazo								
38, (398)	**VI. Deudores y otras cuentas a cobrar a largo plazo**								
	B) Activo corriente								
30, (390)									
31. (391)	**I. Activos en estado de venta**								
32, 33, 34, 35, (392), (393), (394), (395)	**II. Existencias**								
	1. Productos farmacéuticos								
	2. Material sanitario de consumo								
4300, 431, 443, 448, (4900)	3. Otros aprovisionamientos								
4301, 440, 441, 449, (4909), 550, 555, 5580, 5582, 5584	**III. Deudores y otras cuentas a cobrar**								
	1. Deudores por operaciones de gestión								
470, 471, 472									
450, 455, 456	2. Otras cuentas a cobrar								
	3. Administraciones públicas								
540, (549), (596)									
4303, (4903), 541, 542, 544, 546, 547, (597), (598)	4. Deudores por administración de recursos por cuenta de otros entes públicos								
	V. Inversiones financieras a corto plazo								
545, 548, 565, 566	1. Inversiones financieras en patrimonio								
480, 567	2. Créditos y valores representativos de deuda								
577	4. Otras inversiones financieras								
556, 570, 571, 573, 575	**VI. Ajustes por periodificación**								
	VII. Efectivo y otros activos líquidos equivalentes								
	1. Otros activos líquidos equivalentes 2. Tesorería								
	TOTAL					**TOTAL**			

CUENTA DE RESULTADO ECONÓMICO PATRIMONIAL

Nº CTAS.		NOTAS EN MEMORIA	EJ. N	EJ. N-1
	1. Cotizaciones sociales			
7200,7210	a) Régimen general			
7211	b) Régimen especial de trabajadores autónomos			
7202, 7212	c) Régimen especial agrario			
7203, 7213	d) Régimen especial de trabajadores del mar			
7204, 7214	e) Régimen especial de la minería del carbón			
7205, 7215	f) Régimen especial de empleados del hogar			
7206	g) Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales			
	2. Transferencias y subvenciones recibidas			
	a) Del ejercicio			
751	a.1) subvenciones recibidas para financiar gastos del ejercicio			
750	a.2) transferencias			
752	a.3) subvenciones recibidas para cancelación de pasivos que no supongan financiación específica de un elemento patrimonial			
7530	b) Imputación de subvenciones para el inmovilizado no financiero			
754	c) Imputación de subvenciones para activos corrientes y otras			
705, 740, 741	***3. Prestaciones de servicios***			
780, 781, 782, 783	***4. Trabajos realizados por la entidad para su inmovilizado***			
	5. Otros ingresos de gestión ordinaria			
776	a) Arrendamientos			
775, 777	b) Otros ingresos			
7970	c) Reversión del deterioro de créditos por operaciones de gestión			
794	d) Provisión para contingencias en tramitación aplicada			
795	***6. Excesos de provisiones***			
	A) TOTAL INGRESOS DE GESTIÓN ORDINARIA (1+2+3+4+5+6)			
	7. Prestaciones sociales			
(630)	a) Pensiones			
(631)	b) Incapacidad temporal			
(632)	c) Prestaciones derivadas de la maternidad y de la paternidad			
(634)	d) Prestaciones familiares			
(635)	e) Prestaciones económicas de recuperación de indemnizaciones y entregas únicas			
(636)	f) Prestaciones sociales			
(637)	g) Prótesis y vehículos para inválidos			
(638)	h) Farmacia y efectos y accesorios de dispensación ambulatoria			
(639)	i) Otras prestaciones			
	8. Gastos de personal			

Nº CTAS.		NOTAS EN MEMORIA	EJ. N	EJ. N-1
(640), (641)	a) Sueldos, salarios y asimilados			
(642), (643), (644)	b) Cargas sociales			
	9. Transferencias y subvenciones concedidas			
(650)	a) Transferencias			
(651)	b) Subvenciones			
	10. Aprovisionamientos			
(600), (601), (602), (603), (604), (605), (607), 606, 608, 609, 61[4]	a) Compras y consumos			
(6930), (6931), (6932), (6933), (6934), (6935), 7931, 7932, 7933, 7934, 7935	b) Deterioro de valor de existencias			
	11.Otros gastos de gestión ordinaria			
(62)	a) Suministros y servicios exteriores			
(6610), (6611), (6612), (6613), 6614	b) Tributos			
(676)	c) Otros			
(6970)	d) Deterioro de valor de créditos por operaciones de gestión			
(6670)	e) Pérdidas de créditos incobrables por operaciones de gestión			
(694)	f) Dotación a la provisión para contingencias en tramitación			
(68)	***12. Amortización del inmovilizado***			
	B) TOTAL DE GASTOS DE GESTIÓN ORDINARIA (7+8+9+10+11+12)			
	I. Resultado (Ahorro o desahorro) de la gestión ordinaria (A+B)			
	13. Deterioro de valor y resultados por enajenación del inmovilizado no financiero y activos en estado de venta			
(690), (691), (692), (6938), 790, 791, 792, 7938, 799	a) Deterioro de valor			
770, 771, 772, 774, (670), (671), (672), (674)	b) Bajas y enajenaciones			
7531	c) Imputación de subvenciones para el inmovilizado no financiero			
	14. Otras partidas no ordinarias			
773, 778	a) Ingresos			

[4] Su signo puede ser positivo o negativo.

Nº CTAS.		NOTAS EN MEMORIA	EJ. N	EJ. N-1
(678)	b) Gastos			
	III.*Resultado de las operaciones no financieras (I +13+14)*			
	IV.			
	15. Ingresos financieros			
760	a) De participaciones en instrumentos de patrimonio			
761, 762, 769	b) De valores negociables y de créditos del activo inmovilizado			
755, 756	c) Subvenciones para gastos financieros y para la financiación de operaciones financieras			
(660), (662), (669)	***16. Gastos financieros***			
784, 785, 786, 787	***17. Gastos financieros imputados al activo***			
	18. Variación del valor razonable en activos financieros			
7640, (6640)	a) Activos a valor razonable con imputación en resultados			
7641, (6641)	b) Imputación al resultado del ejercicio por activos financieros disponibles para la venta			
768, (668)	***19. Diferencias de cambio***			
	20. Deterioro de valor, bajas y enajenaciones de activos y pasivos financieros			
766, 7963, 7964, 7968, (666), (6963), (6964), (6968)	a) De entidades del grupo, multigrupo y asociadas			
765, 7961, 7973, 7979, (665), (6673), (6679), (6960), (6961), (6673), (6979)	b) Otros			
	III. Resultado de las operaciones financieras (15+16+17+18+19+20)			
	IV. Resultado (Ahorro o desahorrro) neto del ejercicio (II + III)			

CUENTAS DEL RESULTADO ECONÓMICO PATRIMONIAL DE ENTIDADES GESTORAS Y TESORERÍA GENERAL

RESULTADOS NEGATIVOS				RESULTADOS POSITIVOS			
Nº ENTIDAD	NOMBRE	EJ. N	EJ. N-1	Nº ENTIDAD	NOMBRE	EJ. N	EJ. N-1

1	INSS			1	INSS		
2	INGESA			2	INGESA		
3	IMSERSO			3	IMSERSO		
4	ISM			4	ISM		
5	TGSS			5	TGSS		
	AHORRO				**DESAHORRO**		

ESTADO DE FLUJOS DE EFECTIVO

	NOTAS EN MEMORIA	EJ. N	EJ. N-1
I. FLUJOS DE EFECTIVO DE LAS ACTIVIDADES DE GESTIÓN			
A) Cobros:			
1. Cotizaciones sociales			
2. Transferencias y subvenciones recibidas			
3. Prestaciones de servicios			
4. Gestión de recursos recaudados por cuenta de otros entes			
5. Intereses y dividendos cobrados			
6. Otros cobros			
B) Pagos:			
7. Prestaciones sociales			
8. Gastos de personal			
9. Transferencias y subvenciones concedidas			
10. Aprovisionamientos			
11. Otros gastos de gestión			
12. Gestión de recursos recaudados por cuenta de otros entes			
13. Intereses pagados			
14. Otros pagos			
Flujos netos de efectivo por actividades de gestión (+A-B)			
II .FLUJOS DE EFECTIVO DE LAS ACTIVIDADES DE INVERSIÓN			
C) Cobros:			
1. Venta de inversiones reales			
2. Venta de activos financieros			
3. Otros cobros de las actividades de inversión			

	NOTAS EN MEMORIA	EJ. N	EJ. N-1
D) Pagos: 4. Compra de inversiones reales 5. Compra de activos financieros 6. Otros pagos de las actividades de inversión			
Flujos netos de efectivo por actividades de inversión (+C-D)			
III. FLUJOS DE EFECTIVO DE LAS ACTIVIDADES DE FINANCIACIÓN **E) Aumentos en el patrimonio:** 1. Aportaciones de la entidad o entidades propietarias **F) Pagos a la entidad o entidades propietarias:** 2. Devolución de aportaciones y reparto de resultados a la entidad o entidades propietarias **G) Cobros por emisión de pasivos financieros:** 3. Préstamos recibidos 4. Otras deudas **H) Pagos por emisión de pasivos financieros:** 5. Préstamos recibidos 6. Otras deudas			
Flujos netos de efectivo por actividades de financiación (+E-F+G-H)			
IV. FLUJOS DE EFECTIVO PENDIENTES DE CLASIFICACIÓN I) Cobros pendientes de aplicación J) Pagos pendientes de aplicación			
Flujos netos de efectivo pendientes de clasificación (+I-J)			
V. EFECTO DE LAS VARIACIONES DE LOS TIPOS DE CAMBIO			
VI. INCREMENTO/DISMINUCION NETA DEL EFECTIVO Y ACTIVOS LÍQUIDOS EQUIVALENTES AL EFECTIVO (I+II+III+IV+V)			
Efectivo y activos líquidos equivalentes al efectivo al inicio del ejercicio			
Efectivo y activos líquidos equivalentes al efectivo al final del ejercicio			

- ***Cuadro de cuentas y Definiciones y relaciones contables***

En la cuarta parte de la Adaptación figura una relación de las cuentas previstas a utilizar por parte de las Entidades Gestoras y la Tesorería General; y, en la quinta parte, las definiciones correspondientes, así como los motivos más habituales de cargo y abono de las diversas partidas. Siguiendo la tónica general de las distintas adaptaciones, se mantiene la estructura prevista en el P.G.C.P., en el que las cuentas se ordenan en grupos y subgrupos, introduciendo las cuentas específicas y, en algunos casos, modificando los subgrupos existentes o creando alguno nuevo.

En lo referente a las diferencias que se ponen de manifiesto, se origina una variación manifiesta con motivo de la actividad específica que desempeña este complejo Sistema, lo cual ha propiciado la eliminación de aquellas cuentas que carecen de interés para estas entidades, e incorporando y desarrollando aquellas otras que son exclusivas en este tipo de organizaciones ramificadas.

Así mismo, en la quinta parte de la Adaptación, lógicamente se han introducido diversas modificaciones en el contenido de las mismas al objeto de alcanzar una mejor adecuación a las peculiaridades ya puestas de manifiesto de las Entidades que integran el Sistema.

En los cuadros siguientes se muestra una comparación entre la estructura y contenido del cuadro de cuentas de la Adaptación que nos ocupa y el vigente P.G.C.P., en que se ponen de manifiesto sus diferencias:

Resulta singular el estudio de los recursos propios ya que se ponen de manifiesto diferencias significativas respecto al resto de los entes que configuran la Administración Pública, dada su particular estructura descentralizada[5]. A este

[5] En esta línea, se entiende que con carácter general, existe coincidencia entre las expresiones recursos propios, fondos propios, patrimonio neto y neto patrimonial. A este respecto, según Arcos (1999, p. 144), los recursos propios se definen como la "parte del pasivo del balance que expresa la representación contable de

respecto, los fondos propios se incluyen en la referida Adaptación del Plan General de Contabilidad Pública a las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad en el grupo financiación básica, más concretamente en los subgrupos patrimonio, reservas y resultados pendientes de aplicación, tal y como sucede en el vigente P.G.C.P. Al objeto de profundizar en su estudio y poner de manifiesto las diferencias más relevantes respecto al resto de los entes que integran la Administración Pública, nos centramos a continuación en el análisis de los citados subgrupos mediante la comparación de la Adaptación y el vigente P.G.C.P.

Centrándonos inicialmente en el subgrupo patrimonio, en el cuadro nº 3 se desglosan las cuentas que lo integran, tanto en lo que respecta a la Adaptación como al vigente P.G.C.P.

Cuadro. Subgrupo "*Patrimonio*" según la Adaptación y el P.G.C.P.

ADAPTACIÓN	**P.G.C.P.**
10. Patrimonio **101. Tesorería General. Cuenta de neto patrimonial** **102. Central Contable** **104. Patrimonio entes mancomunados** 1040. Aportación patrimonial dineraria 1041. Aportación de bienes y derechos 1042. Asunción y condonación de pasivos financieros 1043. Otras aportaciones de la entidad o entidades propietarias 1044. Devolución de bienes y derechos 1045. Otras devoluciones	10. Patrimonio 100. Patrimonio 1000. Aportación patrimonial dineraria 1001. Aportación de bienes y derechos 1002. Asunción y condonación de pasivos financieros 1003. Otras aportaciones de la entidad o entidades propietarias 1004. Devolución de bienes y derechos 1005. Otras devoluciones

la aportación financiera realizada por el sujeto titular de la entidad, bajo la forma de aportación efectiva en bienes o derechos, o como producto de la retención de excedentes o ahorro no distribuidos".

En el subgrupo *Patrimonio* solamente se incluyen aquellas cuentas que, con carácter general, utilizarán las Entidades Gestoras y los Servicios Comunes de la Seguridad Social. Como puede observarse, se opta por mantener la cuenta "Central Contable" e incorporar nuevas cuentas tales como "Fondo de estabilización" y "Tesorería General. Cuenta de neto patrimonial". La singularidad de estas partidas de los recursos propios se concreta en la existencia de un orden preestablecido en la determinación de la situación patrimonial neta al final del ejercicio. Al objeto de facilitar la comprensión del proceso establecido, analizamos en primer término la cuenta "Central Contable".

Esta cuenta figura tanto en la Adaptación como en el vigente P.G.C.P., pero, mientras que en éste último se configura como una cuenta de enlace específica de las organizaciones que presentan una estructura organizativa descentralizada representando el neto patrimonial que existe en las oficinas contables derivado de las operaciones realizadas como consecuencia de sus relaciones con la central contable, en la Adaptación, aún poseyendo idéntico significado, se caracteriza por ajustar su contenido a la organización específica del Sistema de la Seguridad Social española; de esta manera, las oficinas contables serán los centros de gestión y, la central contable, los servicios centrales de la entidad a la que pertenecen. Derivado de las relaciones que se establecen entre ambas, el saldo de esta cuenta debe figurar en el pasivo del balance de los centros de gestión, representando la posición de cada uno de ellos respecto a los citados servicios centrales de cada entidad, abonándose o cargándose por las variaciones positivas o negativas del neto patrimonial. Se corresponde con la cuenta "Oficinas contables", la cual recoge en los servicios centrales de las entidades gestoras y de la Tesorería General el neto patrimonial existente en los demás centros de gestión del respectivo ente, como consecuencia de sus relaciones con los mismos.

Respecto a la cuenta "Fondo de estabilización", su saldo será representativo del resultado obtenido globalmente por todo el Sistema de la Seguridad Social, ya que de conformidad con las disposiciones legales vigentes, afluirán a la misma,

cualquiera que sea su signo, los resultados del Sistema como consecuencia de las variaciones patrimoniales experimentadas por la actividad de la Seguridad Social.

Así pues, se incorporarán los resultados que individualmente han obtenido las diversas Entidades Gestoras y la Tesorería General de la Seguridad Social, figurando exclusivamente en el pasivo del balance de esta última. A este respecto, de acuerdo con lo establecido en el Real Decreto ley 36/1978 de Gestión Institucional de la Seguridad Social, la Salud y el Empleo, "en la Tesorería General se constituirá un fondo de estabilización único para todo el Sistema de la Seguridad Social, que tendrá por finalidad atender las necesidades originadas por desviaciones entre ingresos y gastos. Esta reserva de estabilización será invertida de forma que tenga el grado de liquidez, rentabilidad y seguridad técnicamente precisas". En lo que respecta a sus relaciones contables, esta cuenta se abonará y cargará por la incorporación de forma directa o diferida de los resultados positivos y negativos que se decidan incorporar a la misma, como consecuencia de las variaciones patrimoniales experimentadas por la actividad de la Seguridad Social[6]. Su tratamiento contable será analizado con posterioridad, cuando se efectúe el estudio del subgrupo resultados pendientes de aplicación.

Respecto a la cuenta, "Tesorería General. Cuenta de neto patrimonial", ésta surge con motivo de las relaciones que se establecen entre las diversas Entidades Gestoras y la Tesorería General. Su saldo figurará en el pasivo del balance de los servicios centrales de las Entidades Gestoras y en el balance consolidado de cada entidad, representando el neto patrimonial que existe en cada Entidad Gestora, abonándose o cargándose por las variaciones positivas o negativas, respectivamente. Se corresponde con la cuenta "Entidades gestoras de la Seguridad Social. Cuenta de neto patrimonial", la cual recoge en los servicios centrales de la Tesorería General el neto patrimonial existente en las entidades gestoras de la Seguridad Social.

[6] Segunda disposición adicional del Real Decreto ley 36/1978 de Gestión Institucional de la Seguridad Social, la Salud y el Empleo

Cuadro. Subgrupo "*Reservas*" según la Adaptación y el P.G.C.P.

ADAPTACIÓN	**P.G.C.P.**
11. Reservas 110. Fondo de Estabilización 112. Reserva de estabilización por contingencias profesionales 113. Reserva de estabilización por contingencias comunes 114. Reserva por cese de actividad de trabajadores autónomos 115. Fondo de prevención y rehabilitac. 116. Fondo de excedentes de contingencias comunes 117. Reservas voluntarias 119. Fondo patrimonio privativo	11. Reservas

En cuanto al subgrupo *Reservas*, tal y como se aprecia en el cuadro, en la Adaptación se efectúa el desglose de la cuenta "Reservas legales" a través de la creación de una nueva subcuenta denominada "Fondo de prevención y rehabilitación de accidentes de trabajo a disposición del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales", constituyéndose la misma como la principal modificación que se lleva a cabo en este subgrupo, todo ello con motivo de las reservas que la Seguridad Social debe dotar en cumplimiento de una serie de disposiciones legales con carácter específico, como es el caso del fondo de prevención y rehabilitación de accidentes de trabajo. El saldo de esta cuenta figurará en el pasivo del balance de la Tesorería General de la Seguridad Social y refleja aquellas reservas destinadas a los fines generales de prevención y rehabilitación que alude el artículo 73 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se constituye una reserva con el 80% del exceso de excedentes que resulte de la gestión de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, una vez cubiertas determinadas provisiones y reservas obligatorias de estas últimas.

Cuadro. Subgrupo "*Resultados pendientes de aplicación*" según la Adaptación y el P.G.C.P.

ADAPTACIÓN	**P.G.C.P.**
12. Resultados 120. Resultados de ejercicios anteriores 122. Resultado neto generado por cuotas 129. Resultado del ejercicio	12. Resultados 120. Resultados de ejercicios anteriores 129. Resultado del ejercicio

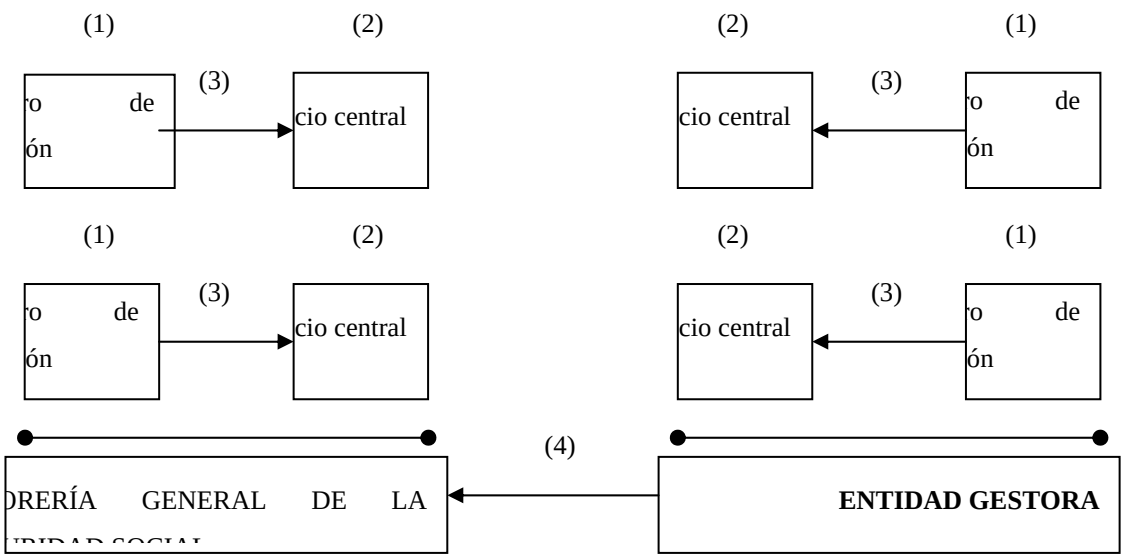
En relación al subgrupo *Resultados pendientes de aplicación* en el cuadro nº X se desglosan las cuentas que lo integran. Desde una perspectiva genérica, se pone de manifiesto que la denominación de las cuentas que lo conforman, tanto en el P.G.C.P. como en la Adaptación, es coincidente. Sin embargo, hay que destacar que si bien en las cuentas "Resultados positivos de ejercicios anteriores" y "Resultados negativos de ejercicios anteriores" no se pone de manifiesto una variación significativa en lo que respecta a la definición y relación contable que establece el P.G.C.P, la correspondiente Adaptación especifica que el saldo de estas cuentas comprenderá el resultado positivo y negativo de ejercicios anteriores que no ha sido incorporado al Fondo de estabilización.

En lo que respecta a la cuenta "Resultados del ejercicio", representativa de los resultados positivos o negativos del último ejercicio cerrado, aunque no presenta modificación alguna en cuanto a su definición, sí se aprecia una variación significativa en lo que a los motivos de cargo y abono se refiere. En esta línea y antes de analizar su tratamiento contable, resulta oportuno ofrecer una visión genérica acerca de la determinación del resultado del ejercicio en el conjunto del Sistema. A este respecto, se observa que, una vez calculado el resultado individual por cada uno de los centros de gestión, de las entidades gestoras y de la Tesorería General, así como, por sus respectivos servicios centrales, se llevará a cabo un proceso de regularización cuyo propósito consiste en que al finalizar el mismo, la Tesorería General en su actuación como central contable, absorba los resultados positivos y negativos del Sistema. Este proceso de regularización está integrado

por diversas fases que siguen una determinada estructura secuencial, la cual consiste básicamente en que, en primer lugar, los centros de gestión trasladen el resultado individualmente alcanzado a sus respectivos servicios centrales y, en segundo lugar, los servicios centrales transfieran a la Tesorería General la totalidad de los mismos.

En base a lo expuesto, este proceso secuencial quedaría reflejada tal y como muestra el cuadro.

Cuadro. Estructura secuencial de la determinación del resultado del Sistema



(1) Determinación del resultado en los centros de gestión
(2) Determinación del resultado en sus correspondientes servicios centrales
(3) Traslado del resultado de los centros de gestión a sus respectivos servicios centrales
(4) Traslado del resultado de las entidades gestoras a la Tesorería General de la Seguridad Social

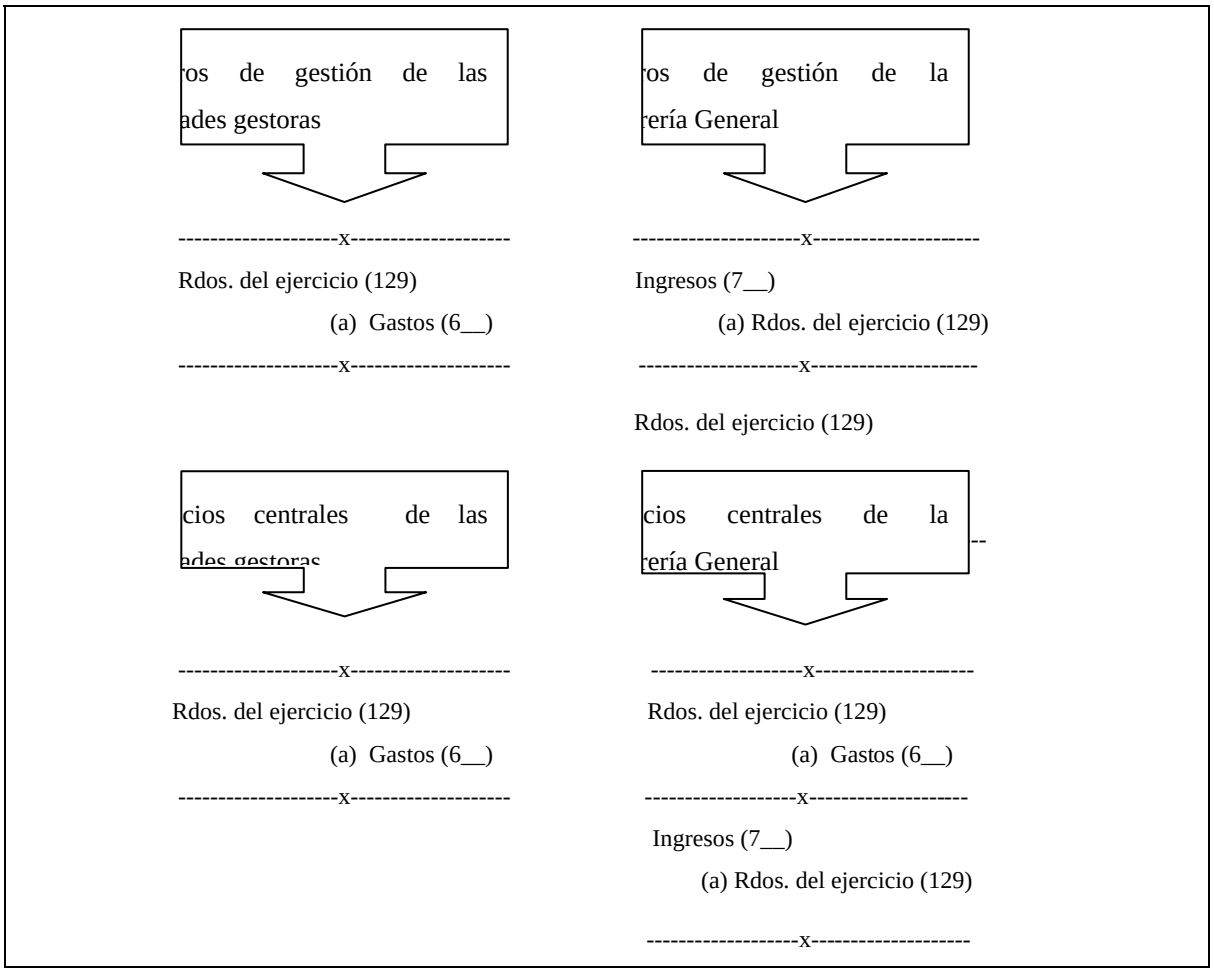
Fuente: Elaboración propia

Entrando en el detalle del tratamiento contable de la determinación del resultado en el Sistema de la Seguridad Social, a continuación analizaremos los movimientos de la cuenta “Resultados del ejercicio”, los cuales se efectúan en tres instantes de tiempo diferenciados:

- Movimientos realizados *antes* del proceso de regularización.
- Movimientos realizados *durante* el proceso de regularización.
- Movimientos realizados *con posterioridad* al proceso de regularización.

En lo concerniente a los movimientos realizados *antes* del proceso de regularización, éstos consisten en la determinación del resultado del ejercicio por parte de cada uno de los centros de gestión, tanto de las entidades gestoras como de la Tesorería General, al objeto de poder delimitar la gestión llevada a cabo en los mismos. Por lo tanto, la cuenta "Resultados del ejercicio" se abonará o cargará con cargo o abono a las cuentas representativas de gastos e ingresos que presenten al final del ejercicio saldo acreedor o deudor, respectivamente. Sin embargo, tal y como se hizo referencia anteriormente, se debe tener presente que de entre los diversos centros de gestión que integran a cada entidad gestora y a la Tesorería General, algunos actuarán como servicios centrales, aspecto que va a tener una incidencia significativa en lo que al proceso de determinación del resultado del conjunto del Sistema se refiere; por ello, se ha considerado oportuno diferenciar a estos servicios centrales del resto de los centros de gestión al objeto de facilitar la comprensión del mismo. De esta manera, los movimientos realizados antes del proceso de regularización quedan reflejados en el cuadro 9.

Cuadro: Movimientos realizados antes del proceso de regularización



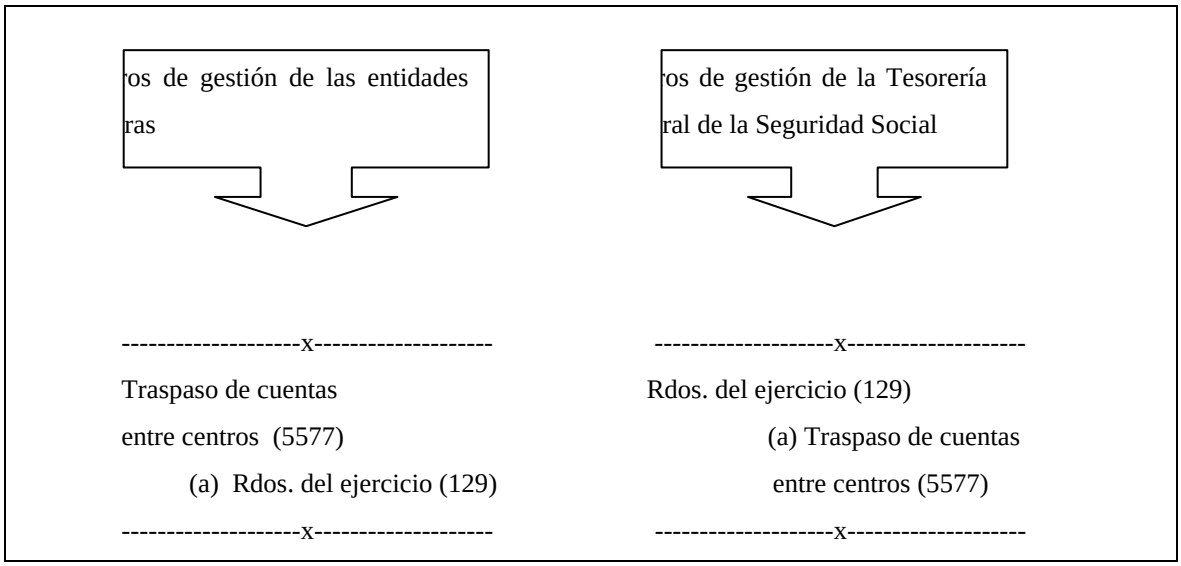
Fuente: Elaboración propia

En cuanto a los movimientos realizados *durante* el proceso de regularización, hay que señalar que en la Adaptación se indica que el mismo transcurre en cuatro fases claramente diferenciadas, siendo éstas las que se detallan a continuación[7]:

*Primera fase***:** En los centros de gestión, la cuenta "Resultados del ejercicio" se salda con cargo o abono según corresponda, a la cuenta de enlace denominada "Traspaso de cuentas entre centros", tal y como se observa en el Cuadro 10.

[7] Para efectuar el desarrollo contable, partimos de la siguiente hipótesis de trabajo: los ingresos del ejercicio siempre son superiores a los gastos.

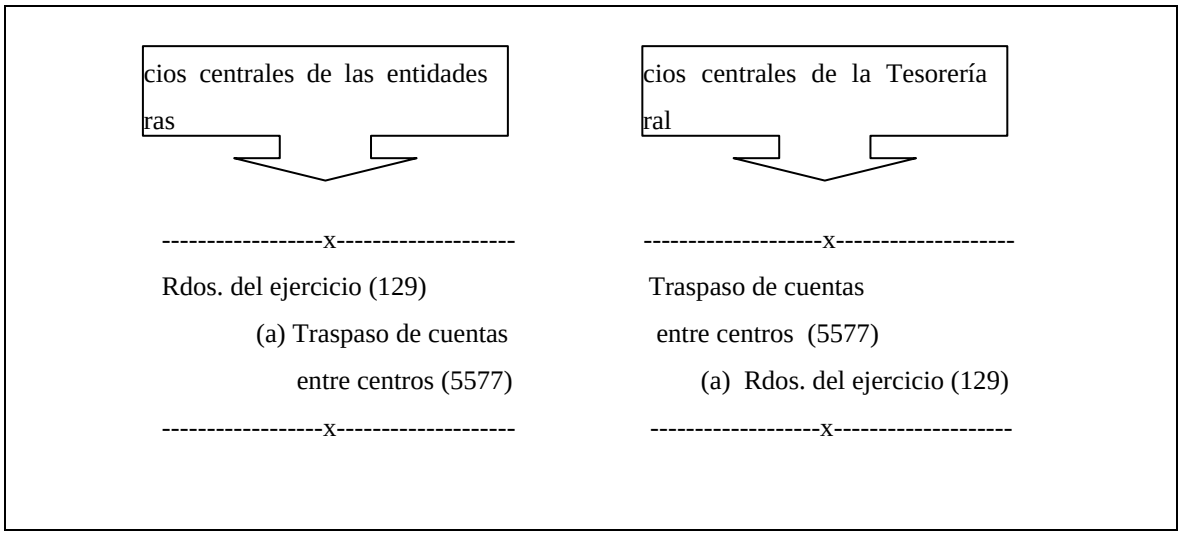
Cuadro: Movimientos realizados durante el proceso de regularización. Primera fase



Fuente: Elaboración propia

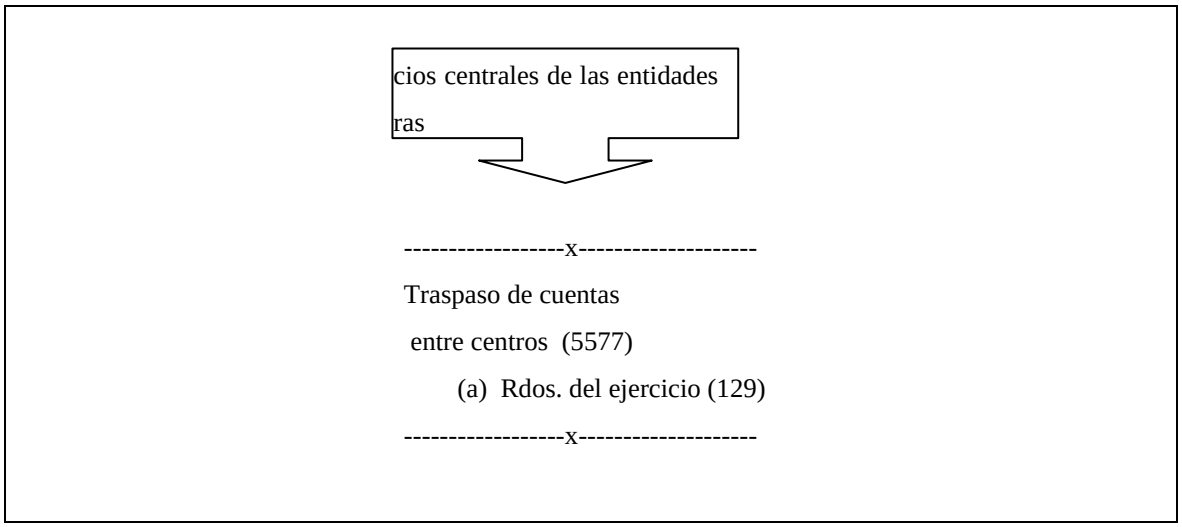
Segunda fase: En los servicios centrales de las Entidades Gestoras y de la Tesorería General, se realizará de forma simultánea el asiento contrario, tal y como se muestra en el Cuadro 11.

Cuadro: Movimientos realizados durante el proceso de regularización. Segunda fase



Tercera fase: En los servicios centrales de las Entidades Gestoras, por el resultado total de la correspondiente entidad, esto es, por el resultado obtenido en los centros de gestión y en los referidos servicios centrales, la cuenta "Resultados del ejercicio" se salda con cargo o abono, según proceda, a la cuenta de enlace denominada "Traspaso de cuentas entre centros", tal y como se indica en el cuadro 12.

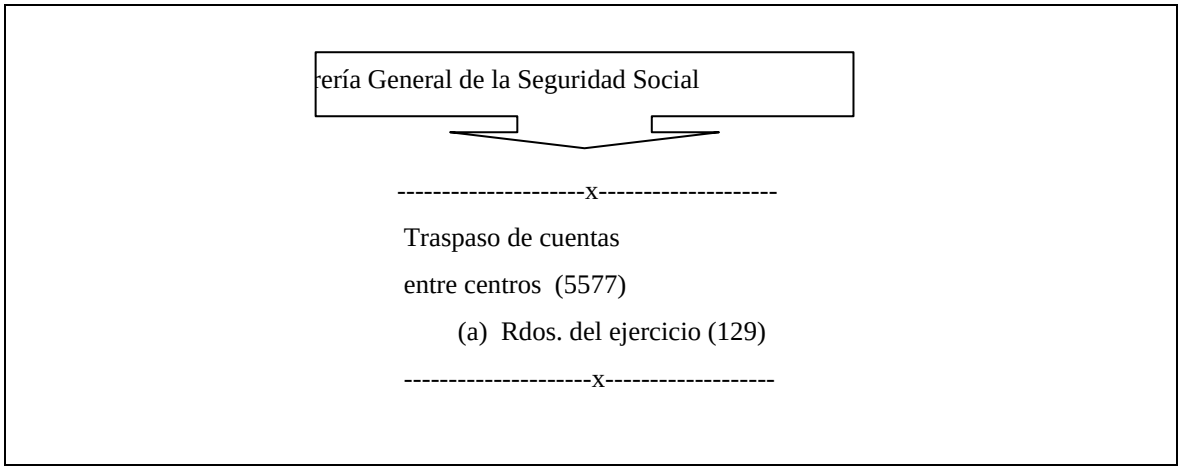
Cuadro: Movimientos realizados durante el proceso de regularización. Tercera fase



Fuente: Elaboración propia

Cuarta fase: Simultáneamente, la Tesorería General realizará el asiento contrario, tal y como queda recogido en el Cuadro 13.

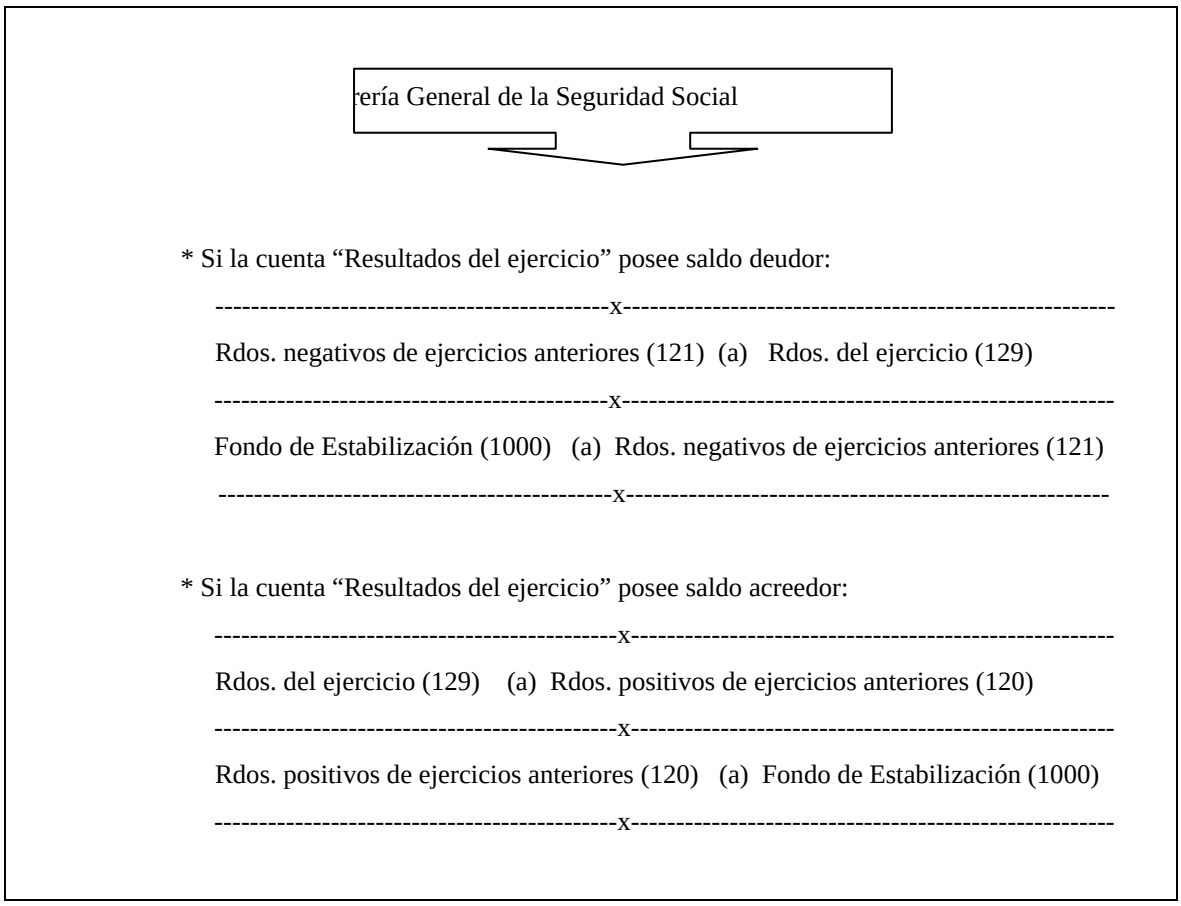
Cuadro: Movimientos realizados durante el proceso de regularización. Cuarta fase



Fuente: Elaboración propia

Una vez finalizada esta última fase, culmina el proceso de regularización, consiguiendo a través del mismo reflejar en la cuenta "Resultados del ejercicio", el montante global de los resultados positivos o negativos del último ejercicio del Sistema de la Seguridad Social, quedando el saldo de esta cuenta reflejado en el balance de la Tesorería General.

Finalmente, en cuanto a los movimientos realizados *con posterioridad* al proceso de regularización, tal y como se indicaba anteriormente, la Tesorería General integra en su cuenta "Resultados del ejercicio", la totalidad de los ingresos y gastos generados por el Sistema de la Seguridad Social en su conjunto. Seguidamente, corresponde realizar el traspaso del saldo deudor o acreedor de esta cuenta, a las cuentas "Resultados positivos de ejercicios anteriores" o "Resultados negativos de ejercicios anteriores", según corresponda. De igual forma, también se contempla en la Adaptación la posibilidad de trasladar el saldo que figura en la cuenta "Resultados del ejercicio" a la cuenta "Fondo de estabilización", si efectuamos la incorporación directa del mismo. El tratamiento contable de ambas situaciones queda reflejado en el cuadro nº 14.



Una vez analizados los recursos propios del Sistema de la Seguridad Social, han quedado finalmente puestas de relieve las peculiaridades más significativas que en lo concerniente a los mismos presenta la Adaptación del Plan General de Contabilidad Pública a las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social respecto al resto de los entes que configuran la Administración Pública, debido fundamentalmente a las características que han motivado asignarle un tratamiento especial, éstas son, su particular estructura organizativa y el sistema de información contable descentralizado adoptado.

En relación a las diferencias que presenta el grupo 2, *Inmovilizado*, conviene destacar que los subgrupos respectivamente, se han eliminado por no ser de aplicación a la Seguridad Social.

Cuadro. Subgrupo "*Inmovilizaciones intangibles*" según la Adaptación y el P.G.C.P.

ADAPTACIÓN	**P.G.C.P.**
20. Inmovilizaciones intangibles	20. Inmovilizaciones intangibles
200. Inversión en investigación	200. Inversión en investigación
201. Inversión en desarrollo	201. Inversión en desarrollo
203. Propiedad industrial e intelectual	203. Propiedad industrial e intelectual
206. Aplicaciones informáticas	206. Aplicaciones informáticas
207. Inversiones sobre activos utilizados en régimen de arrendamientos o cedidos	207. Inversiones sobre activos utilizados en régimen de arrendamientos o cedidos
208. Anticipos para inmovilizaciones intangibles	208. Anticipos para inmovilizaciones intangibles
209. Otro inmovilizado intangible	209. Otro inmovilizado intangible

Cuadro. Subgrupo "*Inmovilizaciones materiales*" según la Adaptación y el P.G.C.P.

ADAPTACIÓN	**P.G.C.P.**
21. Inmovilizaciones materiales	21. Inmovilizaciones materiales
210. Terrenos y bienes naturales	210. Terrenos y bienes naturales
211. Construcciones	211. Construcciones
2110. Administrativas	212. Infraestructuras
2111. Sanitarias	213. Bienes del patrimonio histórico
2112. Asistenciales	214. Maquinaria y utillaje
2118. Otras construcciones	215. Instalaciones técnicas y otras instalaciones
214. Maquinaria y utillaje	216. Mobiliario
2140. Maquinaria	217. Equipos para procesos de información
2141. Aparatos médicos asistenciales	218. Elementos de transporte
2142. Elementos de transporte interno	219. Otro inmovilizado material
2145. Utillaje	
215. Instalaciones técnicas y otras	
2150. Instalaciones técnicas	
2151. Equipos médicos asistenciales	

216. Mobiliario **2160. Mobiliario** **2161. Equipos de oficina** **2162. Electrodomésticos** **2163. Mobiliario médico asistencial** 217. Equipos para procesos de informació 218. Elementos de transporte 219. Otro inmovilizado material	

Tal y como se desprende del cuadro, el subgrupo *Inmovilizado material* se ha adecuado para recoger los inmovilizados propios de la actividad de la Seguridad Social, diferenciando mediante cuentas de cuatro dígitos los activos en función del destino específico de los mismos, así como del inmovilizado en curso, en las cuales predomina la clasificación sanitaria y asistencial.

De la misma forma, el subgrupo relativo a las amortizaciones acumuladas de este inmovilizado presenta idéntica segmentación.

Cuadro. Subgrupo "*Inversiones financieras a largo plazo en entidades del grupo, multigrupo y asociadas*" según la Adaptación y el P.G.C.P. (Nuevo)

ADAPTACIÓN	**P.G.C.P.**
24. Inversiones financieras a largo plazo en entidades del grupo, multigrupo y asociadas **240. Entidades Gestoras de la Seguridad Social. Cuenta de neto patrimonial** **241. Oficinas contables** **243. Participaciones en centros mancomunados** **244. Participaciones en entidades mancomunadas** **248. Participaciones en otras entidades**	24. Inversiones financieras a largo plazo en entidades del grupo, multigrupo y asociadas **240. Participaciones a l/p en entidades del Grupo, multigrupo y asociadas** 2400. Participaciones a l/p en entidades de Derecho Público 2401. Participaciones a l/p en sociedades del grupo 2402. Participaciones a l/p en sociedades controladas conjuntamente 2403. Participaciones a l/p en otras sociedades del grupo, multigrupo y asociadas.

dependientes **249. Participaciones en la sociedad de prevención**	**241. Valores representativos de deuda a l/p en entidades del grupo, multigrupo y asociadas** **242. Créditos a l/p a entidades del grupo, multigrupo y asociadas** **245. Intereses l/p de inversiones financieras en entidades del grupo, multigrupo y asociadas**

Cuadro. Subgrupo "*Relaciones con oficinas contables y entes descentralizados*" según la Adaptación y el P.G.C.P. (Antiguo)

ADAPTACIÓN	**P.G.C.P.**
24. Relaciones con oficinas contables y entes descentralizados **240. Entidades Gestoras de la Seguridad Social. Cuenta de neto patrimonial** **241. Oficinas contables**	24. Relaciones con oficinas contables y entes descentralizados 240. Oficinas contables descentralizadas

El subgrupo 24 se ha adaptado a las necesidades derivadas de la configuración del sistema contable de la Seguridad Social por lo que ha sido necesario el desarrollo de las mismas, a través de las cuales se contemplan las relaciones de contenido patrimonial existentes entre las Entidades Gestoras y la Tesorería General, así como, entre los distintos centros de gestión con su respectiva Entidad.

Más concretamente, la cuenta *Entidades Gestoras de la Seguridad Social. Cuenta de neto patrimonial*, recoge en los servicios centrales de la Tesorería General el neto patrimonial existente en las Entidades Gestoras. A su vez, esta cuenta se corresponde con la cuenta *101. Tesorería General. Cuenta de neto patrimonial*, que figura en los Balances de las Entidades Gestoras y en los Balances consolidados de ellas.

De otra parte, la cuenta *Oficinas contables* recoge en los servicios centrales de las Entidades Gestoras y de la Tesorería General el neto patrimonial existente en los

demás centros de gestión del respectivo ente, como consecuencia de sus relaciones con los mismos. Se corresponde con la cuenta *102. Central contable* que figura en los Balances de los centros de gestión.

Cuadro. Subgrupo "*Inversiones financieras a largo plazo*" según la Adaptación

250. Inversiones financieras a largo plazo en instrumentos de patrimonio

251. Valores representativos de deuda a largo plazo

2510. Valores representativos de deuda a largo plazo mantenidos a vencimiento

25100. Fondo Reserva de la Seguridad Social. Cartera nacional
25101. Fondo Reserva de la Seguridad Social. Cartera eurozona
25102. Fondo Reserva de la Seguridad Social. Cartera zona no euro
25103. Cartera MATEPSS. Emisor Tesoro Público
25104. Cartera MATEPSS. Emisor Público
25105. Cartera MATEPSS. Emisor privado nacional
25108. Valores afectos al Fondo de Prevención y Rehabilitación
25109. Otros valores representativos de deuda a largo plazo

2511. Valores representativos de deuda a largo plazo disponibles para la venta

25110. Fondo Reserva de la Seguridad Social. Cartera nacional
25111. Fondo Reserva de la Seguridad Social. Cartera eurozona
25112. Fondo Reserva de la Seguridad Social. Cartera zona no euro
25113. Cartera MATEPSS. Emisor Tesoro Público
25114. Cartera MATEPSS. Emisor Público
25115. Cartera MATEPSS. Emisor privado nacional
25118. Valores afectos al Fondo de Prevención y Rehabilitación
25119. Otros valores representativos de deuda a largo plazo

2515. Saldo financiero afecto al Fondo de Reserva de la Seguridad Social

252. Créditos a largo plazo

Cuadro. Subgrupo "*Inversiones financieras a largo plazo*" según el P.G.C.P.

250. Inversiones financieras a largo plazo en instrumentos de patrimonio

251. Valores representativos de deuda a largo plazo

2510. Valores representativos de deuda a largo plazo mantenidos a vencimiento
2511. Valores representativos de deuda a largo plazo disponibles para la venta

252. Créditos a largo plazo

Cuadro. Grupo "*Existencias*" según la Adaptación y el P.G.C.P.

ADAPTACIÓN	**P.G.C.P.**
30. Productos farmacéuticos	**30. Comerciales**
300. Fármacos específicos:	300. Mercaderías A
3000. Soluciones hidroelectrolíticas y calóricas	301. Mercaderías B
3001. Sueros y dializantes	
3003. Antibióticos	**31. Materias primas**
3004. Anticoagulantes	310. Materias primas A
3005. Antiinflamatorios	311. Materias primas B
3006. Hemoderivados	
3007. Citostáticos	
3009. Otros fármacos específicos	**32. Otros aprovisionamientos**
309. Otros productos farmacéuticos	320. Elementos y conjuntos incorporables
	321. Combustibles
31. Material sanitario de consumo:	322. Repuestos
310. Material de radiodiagnósticos	325. Materiales diversos
311. Catéteres, sondas, drenajes, colectores y membranas de diálisis	326. Embalajes
312. Material de curas, suturas y apósitos	327. Envases
313. Otro material desechable	328. Material de oficina
314. Reactivos y análogos	**33. Productos en curso**
315. Antisépticos y desinfectantes	
316. Gases medicinales	**34. Productos semiterminados**
317. Material radiactivo	
318. Prótesis e implantes	

319. Otro material sanitario

32. Instrumental y pequeño utillaje:

320. Instrumental y pequeño utillaje de uso clínico

325. Instrumental y pequeño utillaje de uso no clínico

33. Productos alimenticios:

330. Comestibles y bebidas

339. Otros productos alimenticios

34. Vestuario, lencería y calzado:

340. Vestuario y lencería:

3400. Vestuario y uniformes

3401. Ropa de quirófano

3402. Ropa de habitaciones

3409. Otra lencería

345. Calzado

35. Otros aprovisionamientos:

351. Combustibles

352. Repuestos

353. Materiales para reparaciones y conservación

354. Material de limpieza y aseo

358. Materiales de oficina y diversos:

3580. Material de oficina

3581. Material informático

3582. Material fotográfico

3589. Otros materiales diversos

38. Activos en estado de venta

380. Activos en estado de venta

385. Otros activos en estado de venta

39. Deterioro de valor de existencias y otros activos en estado de venta

35. Productos terminados

36. Subproductos, residuos y materiales recuperados

37. Activos construidos o adquiridos para otras entidades

370. Activos construidos o adquiridos para otras entidades

38. Activos en estado de venta

380. Activos en estado de venta

385. Otros activos en estado de venta

39. Deterioro de valor de existencias y otros activos en estado de venta

En relación a las *Existencias*, de aplicación principalmente a los centros de asistencia sanitaria, y las cuentas con ellas relacionadas del grupo 6, más concretamente las *compras* y *variación de existencias*, en la presente Adaptación se ha tenido en cuenta la importancia que a estos efectos tienen los citados centros, por lo que presenta una estructura acomodada a sus necesidades de gestión. En consecuencia, las mismas se han estructurado de forma similar a la prevista en la Adaptación del Plan General de Contabilidad a las empresas de asistencia sanitaria, incorporando la terminología y tipología propia de esta actividad específica.

En relación a las diferencias que presenta el grupo 4, *Acreedores y deudores*, conviene destacar que, entre otras, se han eliminado las cuentas relativas a acreedores y deudores de carácter comercial, dado que la actividad que desarrolla la Seguridad Social es eminentemente administrativa, por lo que en consecuencia no son de aplicación a la misma.

Cuadro. Subgrupo "Acree*dores presupuestarios*" según la Adaptación y el P.G.C.P.

ADAPTACIÓN	**P.G.C.P.**
40. Acreedores presupuestarios 400. Acreedores por obligaciones recono. 4000. Operaciones de gestión. 40000. Obligaciones reconocidas 40001. Propuestas de pago 40002. Pagos ordenados 4001. Otras cuentas a pagar 40010. Obligaciones reconocidas 40011. Propuestas de pago 40012. Pagos ordenados 4003. Otras deudas 40030. Obligaciones reconocidas 40031. Propuestas de pago 40032. Pagos ordenados	40. Acreedores presupuestarios 400. Acreedores por obligaciones recono. 4000. Operaciones de gestión. 4001. Otras cuentas a pagar 4002. Deudas con entidades del grupo, multigrupo y asociadas 4003. Otras deudas 401. Acreedores por obligaciones Reconocidas. Ppto gasto cerrado 405. Acreedores por operaciones comerciales. Presupuesto corriente 406. Acreedores por operaciones comerciales. Presupuestos cerrados

401. Acreedores por obligaciones recono. Presupuestos de gastos cerrados. 4010. Acreedores por obligaciones reco 4011. Propuestas de pago expedidas. 4012. Acreedores por pagos ordenados	

Así mismo, el subgrupo *Deudores presupuestarios* no presenta el mismo desglose que en el vigente plan contable ya que no responde a esa tipología de ingresos.

Cuadro. Subgrupo "*Deudores y acreedores reconocidos por administración [...]*" según la Adaptación y el P.G.C.P.

ADAPTACIÓN	**P.G.C.P.**
45. Deudores y acreedores reconocidos por administración de recursos por cuenta de otros entes públicos 450. Deudores por derechos reconocidos de recursos de otros entes públicos **456. Otros entes, cuentas de relación:** 4560. Servicio Público de Empleo Estatal 4561. FOGASA 4562. Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social 4563. Partícipes en cuotas de formación profesional 4564. Planes de reestructuración 4569. Otros entes por administración de recursos	45. Deudores y acreedores por administración de recursos por cuenta de otros entes públicos 450. Deudores por derechos reconocidos de recursos de otros entes públicos. **456. Entes públicos, c/c efectivo**

Este subgrupo tiene por objeto recoger aquellas actuaciones de gestión que realice la Seguridad Social por cuenta de otros entes públicos y entidades colaboradoras, incluyendo las funciones de liquidación, recaudación y gestión de recursos de dichos entes y la ejecución de anticipos y pagos por su cuenta. Así pues, resulta lógico que presente el grado de desarrollo que se expone debido a que representan

las entidades que en mayor medida se vinculan, a este título, con la Seguridad Social.

Tal y como se muestra en el cuadro, en la Adaptación, a diferencia del P.G.C.P. que presenta un mayor desarrollo, sólo se han habilitado aquellas cuentas que representan créditos a favor de las Entidades Gestoras y la Tesorería General, de los organismos de previsión social relacionados con las prestaciones sociales que efectúen.

Cuadro. Subgrupo "*Otras cuentas financieras*" según la Adaptación y el P.G.C.P.

ADAPTACIÓN	**P.G.C.P.**
55. Otras cuentas financieras **550. Cuentas corrientes no bancarias**. 5501. Tesorería General de la S.Social c/c **552. Cuentas de enlace** **5520. Remesas recibidas** **5521. Remesas remitidas** **5522. Pagos realizados por cuenta de relaciones internas** **5523. Pagos en ejecución de operaciones por cuenta de relaciones internas** **5524. Centros gestores. Ppto de ingresos. Ingresos centralizados** **5525. Tesorería General. Ingresos centralizados** **5526. Ordenes de cobro** **5527. Traspasos de cuentas entre Centros** **5528. Traspasos de conceptos no pptarios** **5529. Formalización de ingresos por cuenta de relaciones internas** **554. Cobros pendientes de aplicación** **5540. Ingresos materiales y virtuales pendientes de aplicación** **5541. Recaudación líquida pendiente de tratamiento**	55. Otras cuentas financieras **550. Cuentas corrientes no bancarias** **554. Cobros pendientes de aplicación** **555. Pagos pendientes de aplicación** **556. Movimientos internos de tesorería** **557. Formalización** **558. Provisiones de fondos para pagos a justificar y anticipo de caja fija**

5542. Impagados y retrocesiones materiales y virtuales pendientes de atribución **5543. Retrocesiones bancarias y formales pendientes de aplicación** **5547. Fondo de Reserva de la Seguridad Social** **5548. Operaciones transitorias con títulos valores** **5549. Otros cobros pendientes de aplicación** **555. Pagos pendientes de aplicación** **5550. Anticipos de tesorería** **5557. Fondo de Reserva de la Segu. Social** **5558. Operaciones transitorias con títulos** **5559. Otros pagos pendientes de aplicación** 556. Reintegros de prestaciones pendientes de aplicación 558. Operaciones con cargo al fondo de maniobra pendientes de justificación	

El grupo 5 *Cuentas Financieras* destinado según la Adaptación a recoger "acreedores y deudores a corto plazo por operaciones financieras, medios líquidos disponibles y cuentas de enlace y de movimientos internos del Sistema", presenta variaciones significativas respecto a lo que para ello establece el P.G.C.P. debido, fundamentalmente, a las funciones que en exclusiva tiene asignadas la Tesorería General en su calidad de *caja única* del conjunto del Sistema de la Seguridad Social.

De entre las diferencias que se ponen de manifiesto destacamos a continuación las vinculadas con las siguientes cuentas del subgrupo *55. Otras cuentas no bancarias* por ser las mas relevantes entre ambas normativas, tal y como se aprecia en el cuadro.

554. Cobros pendientes de aplicación

555. Pagos pendientes de aplicación

557. Cuentas de enlace

En relación a la cuenta 554. *Cobros pendientes de aplicación* mientras en el P.G.C.P. representa para cualquier entidad una cuenta acreedora destinada a recoger lo cobros que se producen en la entidad y que no son aplicables a sus conceptos definitivos por ser esta aplicación provisional un trámite previo para su posterior aplicación definitiva, y no siendo necesario llevar a cabo su desglose, en la Adaptación es una cuenta que exclusivamente figurará en las Tesorerías, representando a través de sus divisionarias los cobros materiales y virtuales que se producen en la Seguridad Social para su posterior aplicación a los conceptos definitivos.

Tal y como se muestra en el cuadro presenta un grado de desarrollo significativo siendo utilizadas, entre otros casos, para recoger los ingresos realizados en efectivo en las diferentes cuentas bancarias; para la recaudación de las cuotas que corresponda a las Direcciones Provinciales de la Tesorería General; por las diferencias de recaudación que puedan presentarse entre las cifras que se deriven del tratamiento de los boletines de cotización y las realmente ingresadas por las entidades financieras; etc.

Así mismo, con independencia de las diferencias señaladas, estas cuentas se abonan principalmente con cargo a cuentas de enlace y específicas del Sistema y no con cargo a cuentas del subgrupo 57. *Tesorería* como sucede en la mayoría de los casos en el P.G.C.P.

Por lo que respecta a la cuenta 555. *Pagos pendientes de aplicación* mientras en el P.G.C.P. recoge los pagos realizados por la entidad cuando, excepcionalmente, se desconoce su origen, y en general, aquellos que no pueden aplicarse definitivamente, en la Adaptación se indica que esta cuenta estará abierta exclusivamente en las Tesorerías para recoger los pagos cuya aplicación definitiva

se va a efectuar en un momento posterior a la realización del mismo, de acuerdo con la legislación vigente.

De la misma forma que para los cobros pendientes de aplicación presenta un desarrollo exclusivo y específico para la Seguridad Social cargándose con abono nuevamente a cuentas de enlace específicas y no al subgrupo de Tesorería.

En relación a las *cuentas de enlace* conviene destacar que según la Adaptación han sido objeto de un mayor desglose con motivo de las múltiples relaciones que se establecen entre las diversas entidades. En esta línea, podemos indicar la incorporación de cuentas de enlace que vinculan exclusivamente a la Tesorería General con las diversas Direcciones Provinciales de la misma; otras que relacionan a los centros de gestión con las Direcciones Provinciales de la Tesorería; otras que relacionan a los diversos centros de gestión entre sí; así como, otras cuentas de enlace que vinculan a las Entidades Gestoras con sus centros de gestión correspondientes. Finalmente, todas estas cuentas de enlace se deberán regularizar y saldar al concluir el ejercicio con arreglo a un determinado procedimiento ya preestablecido.

En relación a este último, mientras en el P.G.C.P. no se especifica ni detalla el mismo, en la Adaptación se señalan tres fases claramente ordenadas y diferenciadas, correspondiéndose con las siguientes:

1. En los centros de gestión se saldan contra la cuenta *102. Central contable* que provoca en la contabilidad de los servicios centrales la asunción de estos saldos en las mismas cuentas, con contrapartida de la cuenta *241. Oficinas contables.*

2. En los servicios centrales las cuentas se saldan contra la cuenta *101. Tesorería General. Cuenta de neto patrimonial*, que provoca en los servicios centrales de la Tesorería General la asunción de estos saldos en las mismas cuentas, con contrapartida de la cuenta *240. Entidades gestoras de la Seguridad Social. Cuenta de neto patrimonial.*

3. Finalmente, en los servicios centrales de la Tesorería General que ha asumido todos los saldos del Sistema comprendidos en las cuentas *557. Cuentas de enlace,* éstas deberán quedar saldadas.

De otra parte, señalamos que lo más destacado en relación a sus movimientos es que mientras en el P.G.C.P. se cargan con abono generalmente a las cuentas del subgrupo de Tesorería, en la Adaptación predomina el abono a las cuentas de enlace específicas del Sistema, así como, en menor medida, a cuentas de Tesorería, pero también muy particulares de este conjunto de entidades.

Cuadro. Subgrupo "*Efectivo y activos líquidos equivalentes*" según la Adaptación y el P.G.C.P.

ADAPTACIÓN	**P.G.C.P.**
57. Efectivo y activos líquidos equivalente	57. Efectivo y activos líquidos equivalente
570. Caja	570. Caja
5700. Caja. Fondo de maniobra **5701. Caja. Patrimonio privativo** **5702. Caja. Pagos a justificar**	**5700. Caja** **5708. Caja. Pagos a justificar** **5709. Caja. Anticipos de caja fija**
571. Bancos e instituciones de crédito. Cuentas operativas	571. Bancos e instituciones de crédito. Cuentas operativas
5710. Bancos e instituciones de crédito **5711. Banco de España** **5712. Cuentas Centralizadas de la Tesorería General** **5713. Banco de España. Fondo de Reserva de la Seguridad Social** **5714. Banco de España. Fondo de Reserva de la Seguridad Social. Cuenta compensadora de activo fijo de carácter financiero** **5718. Banco de España. Fondo de Prevención y Rehabilitación**	573. Bancos e instituciones de crédito. Cuentas restringidas de recaudación 575. Bancos e instituciones de crédito. Cuentas restringidas de pagos 576. Bancos e instituciones de crédito. Otras cuentas restringidas de pagos 577. Activos líquidos equivalentes a efectivo
573. Bancos e instituciones de crédito. Cuentas restringidas de recaudación	
5732. De los centros de gestión **5735. De recursos diversos centralizados** **5736. De recursos diversos provinciales**	

5738. De operaciones de valores 574. Bancos e instituciones de crédito. Cuentas bancarias virtuales 575. Bancos e instituciones de crédito. Cuentas restringidas de pagos **5750. Del fondo de maniobra** **5751. De pagos** **5752. Pagos a justificar** 577. Activos líquidos equivalentes a efectivo	

Tal y como se muestra en el cuadro, el subgrupo de Tesorería representa las disponibilidades de medios líquidos en caja, así como los saldos a favor de las entidades en las cuentas de bancos e instituciones de crédito.

Sin embargo, se observa que en la Adaptación, a diferencia del P.G.C.P., presenta un mayor desarrollo, y más concretamente las cuentas que hacen referencia a *Bancos e instituciones de crédito. Cuentas operativas*; *Bancos e instituciones de crédito. Cuentas restringidas de recaudación*; y *Bancos e instituciones de crédito. Cuentas restringidas de pagos*.

Debido a las competencias que en exclusiva mantiene la Tesorería General como caja única del Sistema, resulta lógico que el saldo de todas estas cuentas subdivisionarias se recojan en el balance de la misma, y que el grado de desarrollo que presentan responda a la localización de los diversos recursos en los distintos centros de gestión, así como, en las Tesorerías Territoriales de la misma.

De otra parte, tan solo indicar que, al igual que sucedía en el anterior subgrupo relativo a *otras cuentas no bancarias,* en la Adaptación predominan los movimientos de cargo y abono de las mismas a las cuentas de enlace específicas del Sistema.

Cuadro. Subgrupo "*Compras*" según la Adaptación y el P.G.C.P.

ADAPTACIÓN	**P.G.C.P.**
60. Compras **600. Compras productos farmacéuticos** **601. Compras de material sanitario de consumo** **602. Compras de instrumental y pequeño utillaje** **603. Compras de productos alimenticios** **604. Compras de vestuario, lencería y calzado** **605. Compras de otros aprovisionamientos** 607. Trabajos realizados por otras entidades **6070. Asistencia sanitaria concertada** **6075. Asistencia social concertada** **6079. Otros trabajos**	60. Compras 600. Compras de mercaderías 601. Compras de materias primas 602. Compras de otros aprovisionamientos 605. Compras de activos adquiridos para otras entidades 607. Trabajos realizados por otras entidades

Tal y como se estableció anteriormente en relación al grupo 3, *Existencias,* este subgrupo se ha estructurado principalmente en atención a los centros de asistencia sanitaria debido a la importancia que los mismos representan. Así pues, en el subgrupo de *Compras* las cuentas se desglosan de forma similar a la prevista en la Adaptación del Plan General de Contabilidad a las empresas de asistencia sanitaria, incorporando la terminología y tipología propia de esta actividad específica.

Cuadro. Subgrupo "*Servicios exteriores*" según la Adaptación y el P.G.C.P.

ADAPTACIÓN	P.G.C.P.
62. Servicios exteriores **620. Gastos en investigación y desarrollo** **6200. Estudios y proyectos de investigación** **6201. Actividades científicas y generales** **6202. Becas de investigación y estudio**	62. Servicios exteriores 620. Gastos en investigación y desarrollo

Cuadro. Subgrupo "*Prestaciones sociales*" según la Adaptación y el P.G.C.P.

ADAPTACIÓN	P.G.C.P.
63. Prestaciones sociales 630. Pensiones 6300. Pensiones contributivas 6301. Pensiones no contributivas 631. Incapacidad temporal 632. Prestaciones derivadas de la maternidad y de la paternidad 6320. Pensiones contributivas 6321. Pensiones no contributivas 634. Prestaciones familiares 6340. Prestaciones familiares contributivas 6341. Prestaciones familiares no contributivas 635. Prestaciones económicas de recuperación e indemnizaciones y entregas únicas 636. Prestaciones sociales 637. Prótesis y vehículos para inválidos 638. Farmacia y efectos accesorios de dispensación ambulatoria 639. Otras prestaciones	**64. Gastos de personal y prestaciones sociales** 645. Prestaciones sociales

Tal y como se hizo referencia en la parte de *Introducción* de esta Adaptación, entre las razones que se citaron para llevar a cabo la realización de la misma, figuraba la importancia que en la actividad principal que desempeña la Seguridad Social, corresponde la gestión de las prestaciones sociales. Es por ello, que no sería razonable utilizar una única cuenta para las prestaciones sociales como sí sucede en el P.G.C.P. En consecuencia, en la presente Adaptación se le ha dado a estas operaciones la importancia que ostentan, habiéndose creado un subgrupo específico para recoger el gasto correspondiente a las distintas *prestaciones sociales* de la Seguridad Social permitiendo un adecuado desarrollo de las mismas. Se han utilizado cuentas de tres dígitos para representar las rúbricas principales según la naturaleza de las prestaciones, reservando las de cuatro dígitos para aquellas que requieren un mayor detalle informativo.

La conveniencia de reflejar en un subgrupo independiente el pormenor de las prestaciones del Sistema de la Seguridad Social, ha sido el motivo por el que los gastos relativos a tributos, que en el P.G.C.P. están comprendidos en el subgrupo 63, en la presente Adaptación figuren junto con los gastos financieros en el subgrupo 66, dada su escasa importancia para la Seguridad Social.

Cuadro. Subgrupo "*Ingresos por prestación de servicios* vs *Ventas*" según la Adaptación y el P.G.C.P.

ADAPTACIÓN	**P.G.C.P.**
70. Ingresos por prestación de servicios **705. Prestaciones de servicios** **7050. Prestación de asistencia sanitaria** **7055. Prestación de servicios sociales** **7059. Prestación de otros servicios**	**70. Ventas e ingresos por activos construidos o adquiridos para otras entidades** 700. Venta de mercaderías 701. Venta de productos terminados 702. Venta de productos semiterminados 703. Venta de subproductos y residuos 704. Venta de envases y embalajes **705. Prestaciones de servicios** 706. Descuentos sobre ventas ppp 707. Ingresos por activos construidos o Adquiridos para otras entidades 708. Devoluciones de ventas y operaciones similares 709. Rappels sobre ventas

Con anterioridad, mas concretamente en el grupo 4, *Acreedores y deudores*, destacamos que se habían eliminado las cuentas relativas a acreedores y deudores de carácter comercial, dado que la actividad que desarrolla la Seguridad Social es eminentemente administrativa. Por esta misma razón, tal y como se puede observar en el cuadro, el subgrupo 70, *Ventas* del P.G.C.P. ha sido sustituido en la Adaptación por el de *Ingresos por prestación de servicios*, ya que en el caso de obtener determinados recursos, más bien escasos, por esta vía a través del ejercicio de su actividad, no principal, derivados de la prestación de servicios, resulta más correcto tratarlos como tales, debido al carácter intangible consustancial de los servicios, frente a la materialidad propia de las existencias.

Cuadro. Subgrupo "*Cotizaciones sociales vs Impuestos directos y cotizaciones sociales*" según la Adaptación y el P.G.C.P.

ADAPTACIÓN	**P.G.C.P.**
72. Cotizaciones sociales **720. Cotizaciones sociales a cargo de los empleadores** 7200. Régimen general 7202. Régimen especial agrario 7203. Régimen especial de trabajadores del mar 7204. Régimen especial de la minería del carbón 7205. Régimen especial de empleados del hogar 7206. Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales **721. Cotizaciones sociales a cargo de los asalariados** 7210. Régimen general 7211. Régimen especial de trabajadores autónomos 7212. Régimen especial agrario 7213. Régimen especial de trabajadores del mar 7214. Régimen especial de la minería del carbón 7215. Régimen especial de empleados del hogar	**72. Impuestos directos y cotizaciones sociales** 720. Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas 721. Impuesto sobre sociedades 722. Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones 723. Impuesto sobre el Patrimonio 724. Impuesto sobre Bienes Inmuebles 725. Impuesto sobre Vehículos de Tracción Mecánica 726. Impuesto sobre el Incremento del Valor de los Terrenos de Naturaleza Urbana 727. Impuesto sobre Actividades Económicas 728. Otros impuestos **729. Cotizaciones sociales**

En relación con lo establecido anteriormente para los *Ingresos por prestación de servicios*, la principal fuente de recursos de la Seguridad Social procede de los ingresos por cotizaciones. Es por ello, que se ha creado un subgrupo para recoger a estas últimas modificando, de esta forma, el contenido del subgrupo 72 del P.G.C.P., *Impuestos directos y cotizaciones sociales*, por el de *Cotizaciones sociales* en la Adaptación.

En este caso, el subgrupo se ha estructurado en cuentas de tres dígitos, al objeto de identificar el origen de la cotización, con separación entre las aportaciones a cargo de los empleadores y las aportaciones a cargo de los asalariados,

distinguiendo, a su vez, dentro de cada una de ellas, los distintos regímenes de afiliación.

4.3 Adaptación sectorial del Plan General de Contabilidad a las entidades no lucrativas

4.3.1 Breve reseña histórica

Los inicios de la regulación contable de las organizaciones sin fines de lucro españolas se suelen situar en la Ley General de Beneficencia, de 20 de junio de 1849, y en el Real Decreto y la Instrucción de 14 de marzo de 1899, sobre fundaciones de beneficencia[8].

En la citada Instrucción se contemplan diversos modelos para la rendición de cuentas y presupuestos que han de elaborar las fundaciones de carácter benéfico y asistencial para su presentación ante el protectorado, que se configura como el mecanismo de intervención y control público de estas entidades[9].

No obstante, la referida normativa no indica ningún tipo de criterio o normas de carácter general que hayan de ser aplicadas por las fundaciones benéfico asistenciales, por cuanto queda sujeto a lo dispuesto por los estatutos de la fundación. Según Fernández Daza (1995, 100), este sistema originó unas

---

8 Ha de recordarse el momento histórico en que se promulgan estas disposiciones legales, tras las políticas desarmotizadoras que no favorecieron a las fundaciones. Al respecto, puede verse Tomás y Valiente (1995).

9 Sin embargo, esta rendición de cuentas no es obligatoria para todas las fundaciones, pues se prevé la posibilidad de que el fundador exima a los patronos o administradores de rendir cuentas, o bien que disponga explícitamente que deja el cumplimiento de su voluntad a la "fe y conciencia" del patrono o administrador, en cuyo caso basta que éste declare solemnemente dicho cumplimiento, ajustado a la moral y a las leyes. Esta excepción prevista en la legislación en la práctica fue generalizada. Según Cabra de Luna (1995, 199), esto se debe a la obligatoriedad que tenían en aquel momento las fundaciones de invertir sus fondos en títulos de Deuda Pública perpetua, por lo que no rendir cuentas era un intento de reparar la fuerte descapitalización que se había producido en estas entidades como consecuencia de la desamortización y de la aplicación de la Ley General de Beneficencia de 1849. De la generalización de tales prácticas puede darnos idea los datos que tomamos de Sánchez (1990, 437), referidos a 1981, en que de un total de 3.236 fundaciones benéfico asistenciales, estaban obligadas a rendir cuentas 1.546, y estaban constituidas "a fe y conciencia", 1.690.

carencias informativas tan importantes que limitó en cierta medida la propia actuación del protectorado en sus funciones de asesoramiento, tutela y control.
Así pues, la liberalidad que otorga la citada Instrucción en cuanto a los procedimientos contables que han de emplear las referidas fundaciones de carácter benéfico y asistencial pudiera calificarse, como afirma de modo un tanto categórico Fernández Daza (1995, 110), de "un atentado en la homogenización de la información".

Como continuación en el tiempo del proceso de normalización, hemos de referirnos a la Ley 191/1964 de 24 de diciembre, reguladora de las Asociaciones, así como al Decreto 1440/1965, de 20 de mayo, de Normas complementarias de la citada ley, que contienen ciertas disposiciones relativas a la contabilidad de estas organizaciones no lucrativas. Así, las asociaciones han de confeccionar los siguientes documentos:

- el *libro de contabilidad*, en que se refleja la vida económica de la asociación;
- el presupuesto anual de ingresos y gastos previstos por la asociación; y
- el *estado de cuentas* de los ingresos y gastos realizados en el ejercicio por la asociación.

La citada normativa da libertad a los administradores para organizar y llevar la contabilidad como estimen conveniente, estableciendo sólo una regla de carácter general, según la cual en los libros de contabilidad figurarán todos los ingresos y gastos de la asociación, indicando de dónde proceden los ingresos y en qué se emplean los recursos[10]. Según López-Nieto (1995, 443), se trata de un simple libro de caja.

[10] Además de esta norma general, se dicta una regulación específica para registrar los ingresos por donaciones, determinando que se haga un asiento por cada uno de ellos, expresando el fin al que se destina.

Un mayor grado de exigencia en cuanto al alcance y contenido de la información contable se establece en el Decreto 2930/1972, de 21 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de las fundaciones culturales privadas, en el que figura una sección dedicada específicamente a la contabilidad de estas fundaciones. Así, las fundaciones culturales están obligadas a llevar el Libro de Inventarios y Balances, Libro de Presupuestos, Libro Diario y Libro Mayor; además de estos registros contables, llevarán un libro de actas que recoja los acuerdos tomados por el órgano de gobierno.

Por lo que respecta a los criterios generales de contabilidad que han de seguir las citadas fundaciones, la normativa remite a las disposiciones previstas para la contabilidad empresarial contenidas en el Código de Comercio[11]. En cambio, se regula específicamente lo relativo a la confección y liquidación presupuestaria, como elementos propios y característicos de las entidades no lucrativas.

Además de la normativa reguladora de la información contable de las entidades sin fines de lucro señaladas -fundaciones benéficas y asistenciales, asociaciones, fundaciones culturales-, también habría que referirse a las disposiciones de carácter fiscal, que imponen ciertos estados contables a las entidades exentas del impuesto sobre sociedades, entre las que se encuentran las asociaciones y fundaciones[12].

Para finalizar la breve revisión histórica que estamos realizando sobre la normalización contable española para las entidades sin fines lucrativos, citaremos el antecedente inmediato de nuestra actual normativa. Nos referimos a la Orden Ministerial de 23 de junio de 1986 sobre contabilidad, rendición de cuentas y delegación de facultades en materia de fundaciones benéfico-asistenciales,

---

11 En concreto, los artículos 38, 39 y 40.

12 Al respecto, véase los artículos 282 y 290 del Reglamento del Impuesto sobre Sociedades, aprobado por Real Decreto 2631/1982, de 15 de octubre.

sometidas al Protectorado del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, que se configura como una adaptación del Plan General de Contabilidad de 1973, que ha de recordarse que tenía un carácter voluntario[13].

Dicha adaptación sectorial lógicamente se inspira en los principios y las directrices del Plan contable vigente en ese momento, con el objeto fundamental de unificar los criterios y sistemas contables, de tal modo que la contabilidad, los presupuestos y la rendición de cuentas se orientase hacia la consecución de una información veraz y homogénea, en contraste con la absoluta libertad que posibilitaba la normativa vigente desde 1899. Además, se pretende que la información de carácter económico y contable que se rinde al protectorado sirva también para el cumplimiento de las obligaciones fiscales.

Hemos de destacar un aspecto de esta adaptación sectorial que nos parece muy significativo, pues incorpora a los administradores de estas fundaciones al proceso de normalización contable. En efecto, por parte de la Dirección General de Acción Social se constituyó un equipo de trabajo compuesto por patronos, administradores y funcionarios, que elaboró un borrador de adaptación sectorial, que se remitió al Instituto de Planificación Contable, donde se tomó como base para el texto definitivo de la adaptación, por lo que se pudieron incorporar muchas sugerencias provenientes del propio sector no lucrativo, en especial en lo relativo a las cuentas específicas de estas organizaciones. No obstante, como la adaptación debía subordinarse al Plan General de Contabilidad de 1973, se mantienen los títulos “cuenta de explotación” y “cuenta de pérdidas y ganancias” que, como señala Barreno (1987, 11), no se corresponden con los propósitos no lucrativos de estas instituciones.

[13] Puede verse un estudio detallado de la citada adaptación sectorial en Barreno (1987) y Morales (1993).

A pesar del alcance limitado de esta adaptación sectorial, que es de carácter voluntario y se refiere a una determinada clase de organizaciones no lucrativas, las fundaciones benéfico-asistenciales, su importancia radica en que establece el actual modelo español de normalización contable dirigido a las organizaciones sin fines de lucro, que se considera como un sector económico más, al que se adapta el esquema general establecido en el plan contable empresarial. Nos cuestionamos cómo es posible que un modelo diseñado para empresas de negocio, que se orienta fundamentalmente a la medición del beneficio y los rendimientos, pueda adaptarse a un entorno que carece de motivaciones lucrativas y, además, no respondiendo a las necesidades específicas de los usuarios de dicha información contable, puesto que el modelo de partida como referente a utilizar difícilmente puede cumplir la misión perseguida, entre otras, recoger contablemente las peculiaridades de este sector.

Como ya se reseñó en el primer capítulo de este trabajo, la normalización contable relativa a las entidades sin fines de lucro en nuestro país presenta en la actualidad una situación que podemos denominar de transición, como consecuencia de las novedades legislativas en materia de fundaciones y asociaciones, que, en el momento de redactar este trabajo, están pendientes de sus correspondientes desarrollos reglamentarios y de una futura actualización de la vigente adaptación sectorial.

Asimismo, muy recientemente, se ha dictado por parte de AECA un documento relativo a la contabilidad de las entidades sin fines lucrativos, con lo que se incorpora al proceso de normalización contable un organismo de carácter privado, que puede suponer una alternativa a la postura adoptada por los organismos armonizadores públicos de adaptar el modelo contable empresarial a las organizaciones no lucrativas. Según AECA (2003, 13), su propuesta contribuye a cubrir una carencia en el tratamiento contable de estas entidades, en la línea de superar la habitual utilización de modelos, principios y criterios contables similares o incluso idénticos a los que se vienen aplicando para las empresas de

negocio, a pesar de que las actuaciones y la finalidad última de una y otra clase de entidades son bastante diferentes.

Entendemos oportuno realizar un análisis tanto de la vigente adaptación sectorial como de la propuesta de AECA, a fin de mostrar el actual escenario en que se encuentra la contabilidad de las organizaciones sin fines de lucro españolas.

Adaptación sectorial del PGC a las entidades no lucrativas

La citada Ley 30/1994, de fundaciones, viene a unificar la regulación sustantiva de estas instituciones, que previamente se hallaba dispersa en varias disposiciones legales cuya vigencia era discutible por constituir una legislación preconstitucional. Por lo que respecta a la contabilidad, la citada ley fija determinados preceptos reguladores de la información contable y presupuestaria de las fundaciones de ámbito estatal y remite a la posterior adaptación sectorial como instrumento práctico para llevar a cabo tales disposiciones reguladoras. Ha de señalarse que la referencia a la adaptación sectorial no queda restringida a las fundaciones, empleándose el término más general "entidades sin fines lucrativos", por lo que se amplía al campo de las asociaciones[14].

Como ya se había señalado, en 1998 se dicta la vigente adaptación de Plan General de Contabilidad a las entidades sin fines de lucro y las normas de información presupuestaria de estas organizaciones, que es de aplicación general para las organizaciones privadas no lucrativas.

[14] Con posterioridad, el Real Decreto 1786/1996, sobre procedimientos relativos a asociaciones de utilidad pública, indica que los documentos contables obligatorios para estas entidades deben ajustarse a las normas de adaptación del Plan General de Contabilidad a las entidades sin fines de lucro.

No obstante, la obligatoriedad de la citada adaptación viene dada por las disposiciones que se dicten al respecto[15]. Así, según el artículo 3 del Real Decreto 776/1998, es de aplicación obligatoria para las fundaciones de competencia estatal y las asociaciones declaradas de utilidad pública[16]. Esto significa que la obligatoriedad de la adaptación sectorial queda restringida a un grupo minoritario de entidades, pues no alcanza a las fundaciones que limitan su ámbito de actuación a una comunidad autónoma[17] y tampoco al inmenso conjunto de asociaciones que no están reconocidas de utilidad pública. En cualquier caso, con independencia de su obligatoriedad desde un punto de vista legal, no cabe duda que la adaptación sectorial constituye un referente autorizado que puede y debe guiar la actuación de los gestores de las entidades no lucrativas españolas en materia de información contable y presupuestaria.

Ya habíamos indicado que el procedimiento empleado en nuestro país para la promulgación de normativa contable específica para un sector concreto de unidades económicas se instrumenta a través de las denominadas adaptaciones sectoriales, que se formulan con la misma estructura que el plan general contable, al que se incorporan ciertos elementos que responden a las características propias de dichas unidades económicas. En general, estas particularidades se detectan en el cuadro de cuentas (y, por tanto, en las definiciones y relaciones contables), en

15 Puede consultarse Esteban (2001).

16 Se exceptúan las Federaciones Deportivas Españolas y a las Federaciones Territoriales de ámbito autonómico integradas en ellas, los clubes y las asociaciones deportivas declarados de utilidad pública, que ya contaban con sus correspondientes adaptaciones sectoriales, recogidas en la Orden del Ministerio de Economía y Hacienda de 2 de febrero de 1994, para el caso de las Federaciones Deportivas, y la Orden del mismo Ministerio de 23 de junio de 1995, en el caso de clubes y asociaciones deportivas.

17 Esta es una cuestión derivada de que las comunidades autónomas tienen competencias en materia de fundaciones que desarrollan su actividad en su ámbito territorial, por lo que se han dictado diversas leyes autonómicas de fundaciones, incluso con carácter previo a la ley de fundaciones estatal. En general, las obligaciones en materia contable son similares y remiten a la adaptación sectorial. Al respecto, puede consultarse Sánchez Arroyo (1993).

los requerimientos informativos específicos a incluir en la memoria, y en las normas de valoración.

En el caso que nos ocupa, la normativa contable específica incluye, además de la adaptación sectorial, la regulación de la información de carácter presupuestario[18], puesto que el presupuesto ha sido tradicionalmente un instrumento de amplio uso en el sector no lucrativo, que responde a necesidades vinculadas al control, la responsabilidad y la rendición de cuentas.

La adaptación sectorial contable de las entidades sin fines lucrativos se divide, igual que el plan general de contabilidad que le sirve de referencia, en cinco partes: *Marco conceptual; Normas de reconocimiento y valoración; Cuentas Anuales; Cuadro de Cuentas; Definiciones y relaciones contables*. Al igual que el plan general contable, las partes cuarta y quinta son de aplicación facultativa.

- ***Marco conceptual de la Contabilidad***

1.º Cuentas anuales. Imagen fiel.

2.º Requisitos de la información a incluir en las cuentas anuales.

3.º Principios contables.

4.º Elementos de las cuentas anuales.

5.º Criterios de registro o reconocimiento contable de los elementos de las cuentas anuales.

6.º Criterios de valoración.

7.º Principios y normas de contabilidad generalmente aceptados.

[18] En opinión de Fernández y Pablos (1996, 57), dicha sistemática de separación de ambas regulaciones parece querer mostrar: por una parte, que tanto las normas de adaptación del plan general de contabilidad como las presupuestarias forman parte del sistema de información contable, lo que supone una clara diferencia con las organizaciones lucrativas, donde el proceso presupuestario y el contable están generalmente diferenciados; por la otra, que ambos grupos de normas gozan, no obstante, de suficientes peculiaridades como para recogerlas en dos partes diferenciadas.

1.º Cuentas anuales. Imagen fiel

Las Cuentas Anuales de una entidad no lucrativa comprenden el Balance, la Cuenta de Resultados, y la Memoria. Estos documentos forman una unidad y, se indica de forma explícita, que deben incluir información sobre los siguientes aspectos:

- El grado de realización en el ejercicio de las actividades previstas para cumplir con los objetivos de la entidad.

- La naturaleza de los activos, pasivos y patrimonio neto de la entidad. En particular, se informará sobre las restricciones a las que, en su caso, estén sometidos los activos.

– El excedente del ejercicio como fruto de las actividades realizadas, y medida de la capacidad de autofinanciación de la entidad, poniendo de manifiesto la variación de patrimonio neto originada en el periodo.

– La variación total del patrimonio neto de la entidad, como expresión de su viabilidad futura y de la capacidad para cumplir con los fines de interés general que se le hayan encomendado.

En comparación con el Marco Conceptual de la contabilidad de las empresas, el aprobado para las entidades sin fines lucrativos presenta una modificación importante de los documentos que integran las Cuentas Anuales, al presentar en un solo estado, concretamente en la Cuenta de Resultados, las variaciones en el patrimonio neto que las empresas muestran en la Cuenta de Pérdidas y Ganancias y el Estado de Cambios en el Patrimonio Neto.

El equipo de trabajo encargado de su elaboración se planteó cuál debería ser el contenido adecuado de la Cuenta de Resultados para una entidad sin fines lucrativos debido a su especial naturaleza. Después de un intenso debate, la mayoría del grupo consideraba que este documento debía mostrar los aumentos y disminuciones del patrimonio neto producidos en el ejercicio, como expresión de la variación en los recursos netos no exigibles puestos a disposición de la entidad, en ese ejercicio, para el cumplimiento de sus fines.

Así, frente a la opción de ceñirse al modelo regulado para las empresas, la mayoría de los integrantes del grupo sostenían que dicha Cuenta, además de corresponderse mejor con el objetivo de imagen fiel que debe lograr la contabilidad de estas entidades, estaba en sintonía con el criterio seguido por otros emisores de normas a nivel internacional como por ejemplo el FASB en EEUU. A nivel interno cabe resaltar que el criterio elegido también está en línea con el propuesto por la Comisión de Entidades sin Fines Lucrativos de la Asociación Española de Contabilidad y Administración de Empresas en el documento n.º 2: *Los Estados Contables de las Entidades Sin Fines Lucrativos, de 2010.*

Una vez fijado este contenido *amplio* de la Cuenta de Resultados, también se decidió que incluir un Estado de Cambios en el Patrimonio Neto carecía de relevancia.

Para finalizar con la exposición de los aspectos más novedosos recogidos en esta primera parte del Marco Conceptual, debemos poner de manifiesto que de forma explícita se indica, que las entidades a las que van dirigidas estas normas, junto a la actividad no lucrativa, pueden realizar actividades lucrativas de carácter mercantil con el objetivo de contribuir a la viabilidad financiera de aquellas, siempre que el régimen jurídico que le sea de aplicación no lo prohíba. La Adaptación tiene por objeto regular el tratamiento contable de las actividades realizadas en el cumplimiento de sus fines, sin ánimo de lucro, con independencia de que la prestación o servicio se otorgue de forma gratuita o mediante contraprestación.

Cuando la entidad desarrolle actividades mercantiles, su contabilidad se ajustará a lo dispuesto en el Plan General de Contabilidad, sin perjuicio de lo dispuesto en la tercera parte de la Adaptación a las Entidades sin fines lucrativos.

En consecuencia, confluyen en unas mismas Cuentas Anuales la actividad propia y la actividad mercantil que pueden realizar algunas entidades cuando su norma sustantiva así lo prevea. Ello es debido a que el artículo 25.9 de la Ley 50/2002, de 26 de diciembre, de fundaciones de competencia estatal dispone que cuando se

realicen actividades económicas, la contabilidad de estas entidades se ajustará a lo dispuesto en el Código de Comercio. Por su parte, el artículo 23 de su Reglamento de desarrollo establece que las fundaciones podrán desarrollar actividades propias y actividades mercantiles, identificándose, a estos efectos exclusivos, una correspondencia entre los términos *actividad económica* y *actividad mercantil*. A su vez, del artículo 23.2 del citad Reglamento parece inferirse que esta última, con carácter general, es la realizada por la entidad percibiendo un precio de mercado por el servicio que presta, al margen de que esté relacionada con los fines fundacionales, sea complementaria o accesoria.

En este contexto normativo, y con el objetivo de preservar la comparabilidad de la información económico-financiera de la actividad empresarial en el modelo contable interno, independientemente de cuál sea la naturaleza jurídica del operador económico que la realiza, esta regulación determina que los criterios contables aplicados por estas entidades en el ejercicio de su actividad mercantil no difieran de los aplicados por las empresas, sin perjuicio de las diferencias ya apuntadas en relación con los documentos que integran las cuentas anuales, que en todo caso serán los fijados por la norma reguladora del régimen jurídico de la entidad.

2.º Requisitos de la información a incluir en las Cuentas Anuales

De la misma forma que establece el Plan General de Contabilidad, la información incluida en las Cuentas Anuales debe ser *relevante y fiable*.

La información es *relevante* cuando es útil para la toma de decisiones, es decir, cuando ayuda a evaluar sucesos pasados, presentes o futuros, o bien a confirmar o corregir evaluaciones realizadas anteriormente. Sin embargo, en particular, indica que para cumplir con este requisito, las Cuentas Anuales deben *mostrar*

adecuadamente el grado de cumplimiento de los objetivos fijados para la entidad en el ejercicio, derivados de los fines que persiga con su actividad.

La información es *fiable* cuando está libre de errores materiales y es neutral, es decir, está libre de sesgos, y los usuarios pueden confiar en que es la imagen fiel de lo que pretende representar.

3.º Principios contables

El registro y la valoración de los elementos de las Cuentas Anuales, se desarrollarán aplicando obligatoriamente los siguientes principios contables: *Entidad en funcionamiento; Devengo; Uniformidad; Prudencia; No compensación; Importancia relativa.*

Los principios contables como mecanismo para lograr alcanzar la imagen fiel, se establecen en la adaptación sectorial de manera idéntica que en el plan general contable; la única concesión que se hace a las organizaciones no lucrativas es la sustitución del término “empresa” por el de “entidad”, con lo que se asimilan los principios destinados a las organizaciones no lucrativas con los de las empresas de negocios.

Al respecto, es de señalar que existe cierta controversia sobre si los principios contables de las entidades sin fin de lucro son o no iguales a los empresariales. Algunos autores argumentan que las organizaciones no lucrativas no son esencialmente distintas de las empresas. Así, Ramos (1993, 41-42) señala que, en la práctica, las diferencias entre unas y otras se centran en la personalidad jurídica, en el objeto no mercantil y, en especial, en el tratamiento fiscal de las organizaciones no lucrativas. Por su parte, Anthony (1995, 46) opina que muy pocas de las diferencias entre entidades no lucrativas y lucrativas podrían justificar diferencias en los principios contables. En sentido similar se manifiesta

Ortega (1997, 200), cuando señala que "la información económica de una entidad sin fines de lucro deberá elaborarse con los mismos principios que los de cualquier otra entidad, ya sea mercantil o no, [...] y todo ello sin perjuicio de incluir la información específica necesaria que se deriva de los distintos fines que puedan perseguir".

Sin embargo, otros autores discrepan de estas opiniones, subrayando las diferencias de las organizaciones sin ánimo de lucro respecto de las empresas mercantiles. Así, Cañibano (1995, 46), al respecto de las organizaciones no lucrativas señala que "al tratarse de entidades que persiguen distintos fines a los de la empresa, ciertos principios contables para la misma serán difícilmente trasplantables sin algún tipo de adaptación". Por su parte, Macintosh (1995, 38) opina que la idea de que los principios contables desarrollados para las empresas de negocios deberían aplicarse igualmente a las entidades sin fines de lucro es sólo una convención, que no está basada en ningún argumento técnico. En esta línea, Sierra (2000, X) plantea que las organizaciones que no tienen ánimo de lucro podrían practicar una contabilidad no capitalista, pero que el afán desmesurado por normalizar ha determinado que se apliquen los principios y normas orientados al resultado a aquellas organizaciones que no están dentro del mundo de la economía de los negocios y que no persiguen, por tanto, el lucro. Añade que es esta filosofía contable capitalista la que lleva a la aplicación de principios contables que podrían ser sustituidos en las entidades no lucrativas por otros principios distintos y alternativos.

Puede decirse, por tanto, que existen aportaciones doctrinales a uno y otro enfoque; por un lado, considerar que los principios contables son, o deben ser, generales para cualquier tipo de organización, con independencia de sus características concretas; y, por otro lado, plantear que las especificidades de dichas organizaciones, especialmente la ausencia de ánimo de lucro, demandan unos principios contables propios, diferentes de los mercantiles, dado que éstos están muy vinculados con la medición del beneficio y, por tanto, no procede su aplicación a entidades que no persiguen tal objetivo.

Por nuestra parte, entendemos que la traslación de los principios empresariales a las entidades sin afán de lucro no puede realizarse de una forma indiscriminada, sin un previo estudio de su idoneidad y repercusiones en las entidades a las que van destinados, pues la idea de partida, la obtención de beneficio, no existe en estas organizaciones.

4.º Elementos de las Cuentas Anuales

Los elementos que cumplan los criterios de registro o reconocimiento contable se registran en:

- El Balance

Activos: bienes, derechos y otros recursos controlados económicamente por la entidad como resultado de sucesos pasados, *de los que se espera que la entidad obtenga rendimientos aprovechables en su actividad futura. En particular, cumplirán esta definición aquellos que incorporan un potencial de servicio para los usuarios o beneficiarios de la entidad.*

Pasivos: obligaciones actuales surgidas como resultado de sucesos pasados, para cuya extinción la entidad espera desprenderse de recursos económicos. A estos efectos, se entienden incluidas las provisiones.

Patrimonio neto: constituye la parte residual de los activos de la entidad, una vez deducidos todos sus pasivos. Incluye las aportaciones realizadas en concepto de dotación fundacional o fondo social, ya sea en el momento de su constitución o en otros posteriores, por los fundadores o asociados, que no tengan la consideración de pasivos, así como los excedentes acumulados u otras variaciones que le afecten.

- La Cuenta de Resultados

Ingresos: incrementos en el patrimonio neto de la entidad durante el ejercicio, ya sea en forma de entradas o aumentos en el valor de los activos, o de disminución de los pasivos, siempre que no tengan su origen en nuevas aportaciones, monetarias o no, a la dotación fundacional o fondo social.

Gastos: decrementos en el patrimonio neto de la entidad durante el ejercicio, ya sea en forma de salidas o disminuciones en el valor de los activos, o de reconocimiento o aumento del valor de los pasivos.

El excedente del ejercicio es la diferencia entre los ingresos y gastos devengados en el periodo al que se refieren las cuentas anuales, salvo los que deban contabilizarse directamente en el patrimonio neto.

La cuenta de resultados de la entidad mostrará las variaciones en el patrimonio neto originadas en el ejercicio. En particular se presentará con el debido desglose la variación originada por el excedente del ejercicio.

Otra modificación a destacar en esta parte de Marco Conceptual, es el introducido en la redacción de los elementos que integran las Cuentas Anuales, en particular la nueva definición de *activo* en respuesta a los objetivos de naturaleza social que, con carácter general, persiguen estas entidades. Esta circunstancia exige sustituir la referencia *al logro de beneficios o rendimientos económicos*, por *la expectativa de obtener rendimientos aprovechables en la actividad futura*, concepto que incluye a los primeros y, adicionalmente, amplía la definición a aquellos que sin generar los citados beneficios, sí incorporan un potencial de servicio para los usuarios de la entidad.

5.º Criterios de registro o reconocimiento contable de los elementos de las Cuentas Anuales

El registro o reconocimiento contable es el proceso por el que se incorporan al Balance y a la Cuenta de Resultados, los diferentes elementos de las Cuentas Anuales, de acuerdo con las normas de registro relativas a cada uno de ellos incluidas en la segunda parte de la Adaptación.

El registro de los elementos procederá cuando, cumpliéndose la definición de los mismos, se cumplan los criterios *de probabilidad en la obtención o cesión de recursos* y su valor pueda determinarse con un adecuado *grado de fiabilidad*. Cuando el valor tiene que estimarse, el uso de estimaciones razonables no menoscaba su fiabilidad.

Los activos se reconocen en el balance cuando sea probable la obtención a partir de los mismos de rendimientos aprovechables en su actividad futura, y siempre que se puedan valorar con fiabilidad. El reconocimiento contable de un activo implica el reconocimiento simultáneo de un pasivo, la disminución de otro activo o el reconocimiento de un ingreso u otros incrementos en el patrimonio neto.

Los pasivos se reconocen en el balance cuando sea probable que, a su vencimiento y para liquidar la obligación, deban entregarse o cederse recursos que incorporen rendimientos aprovechables en su actividad futura, y siempre que se puedan valorar con fiabilidad. El reconocimiento contable de un pasivo implica el reconocimiento simultáneo de un activo, la disminución de otro pasivo o el reconocimiento de un gasto u otros decrementos en el patrimonio neto.

El reconocimiento *de un ingreso* tiene lugar como consecuencia de un incremento de los recursos de la entidad, y siempre que su cuantía pueda determinarse con fiabilidad. Por lo tanto, conlleva el reconocimiento simultáneo o el incremento de un activo, o la desaparición o disminución de un pasivo y, en ocasiones, el reconocimiento de un gasto.

El reconocimiento de un *gasto* tiene lugar como consecuencia de una disminución de los recursos de la entidad, y siempre que su cuantía pueda valorarse o estimarse con fiabilidad. Por lo tanto, conlleva el reconocimiento simultáneo o el

incremento de un pasivo, o la desaparición o disminución de un activo y, en ocasiones, el reconocimiento de un ingreso o de una partida de patrimonio neto.

6.º Criterios de valoración

La valoración es el proceso por el que se asigna un valor monetario a cada uno de los elementos integrantes de las Cuentas Anuales, de acuerdo con lo dispuesto en las normas de registro y valoración relativas a cada uno de ellos incluidas en la segunda parte de la Adaptación. Los criterios de valoración a utilizar son los siguientes:

Coste histórico o coste; Valor razonable; Valor neto realizable; Valor actual; Costes de venta; Coste amortizado; Costes de transacción atribuibles a un activo o pasivo financiero; Valor contable o en libros; Valor residual; Coste de reposición de un activo.

La modificación más relevante en los criterios de valoración, hace referencia a la incorporación del *coste de reposición* como la mejor estimación del valor en uso de los activos no generadores de flujos de efectivo a los efectos de calcular su deterioro. Su tratamiento se ha llevado a cabo por analogía al regulado en la Orden EHA/733/2010, de 25 de marzo, para los activos no generadores de flujos de efectivo de las empresas públicas que operan en determinadas circunstancias.

7.º *Principios y normas de contabilidad generalmente aceptados*

Se considerarán principios y normas de contabilidad generalmente aceptados para las entidades no lucrativas los establecidos en:

a) El Código de Comercio, la restante legislación mercantil y sus disposiciones de desarrollo. En particular, el Plan General de Contabilidad, el Plan General de Contabilidad de Pequeñas y Medianas Empresas y sus Adaptaciones Sectoriales, en la medida que pueda apreciarse una identidad de razón entre la transacción o el

hecho económico que deba contabilizar la entidad no lucrativa y el regulado en el ámbito mercantil.

b) Las normas de desarrollo que en materia contable establezca el Instituto de Contabilidad y Auditoría de Cuentas.

c) La demás legislación española que sea específicamente aplicable.

- ***Normas de registro y valoración***

En esta segunda parte se consideró oportuno tratar exclusivamente las operaciones o hechos económicos que requieren un criterio particular basado en la especial naturaleza de los activos no generadores de flujos de efectivo, así como, del tratamiento contable de las operaciones específicas que, con mayor frecuencia, se presentan en las entidades sin fines lucrativos, concretamente:

- Inmovilizado material no generador de flujos de efectivo.
- Normas particulares sobre los gastos de investigación y desarrollo que se califiquen como activos no generadores de flujos de efectivo.
- Bienes del Patrimonio Histórico.
- Créditos y débitos por la actividad propia.
- Existencias no generadoras de flujos de efectivo.
- Impuesto sobre beneficios.
- Gastos e ingresos de las entidades no lucrativas.
- Subvenciones, donaciones y legados recibidos.
- Fusiones entre entidades no lucrativas.

- ***Cuentas Anuales***

La tercera parte de la Adaptación incluye las *normas de elaboración* de las cuentas anuales y los *modelos* de Balance, Cuenta de Resultados y Memoria de las entidades sin fines lucrativos.

En la tabla realizamos una comparación entre las *normas de elaboración* de las cuentas anuales contenidas en el Plan General Contable y en la adaptación sectorial a las entidades sin fines lucrativos.

Tabla. Comparación de las *normas de elaboración de las cuentas anuales* del plan y de la adaptación sectorial a las entidades sin fines lucrativos

Adaptación sectorial a las entidades sin fines lucrativos	Plan general de contabilidad
1ª. Documentos que integran las cuentas anuales	1ª. Documentos que integran las cuentas anuales
2ª. Formulación de cuentas anuales	2ª. Formulación de cuentas anuales
3ª. Estructura de las cuentas anuales	3ª. Estructura de las cuentas anuales
4ª. Normas comunes al balance y la cuenta de resultados	4ª. Cuentas anuales abreviadas
5ª. Balance	5ª. Normas comunes al balance, la cuenta de pérdidas y ganancias, el estado de cambios en el patrimonio neto y el estado de flujos de efectivo
6ª. Cuenta de resultados	6ª. Balance
7ª. Memoria	7ª. Cuenta de Pérdidas y Ganancias
8ª. Información sobre los flujos de efectivo	8ª. Estado de cambios en el patrimonio neto
9.ª Cifra anual de negocios	9ª. Estado de flujos de efectivo
10ª. Número medio de trabajadores	10ª. Memoria
11.ª Entidades del grupo, multigrupo y asociadas	11ª. Cifra anual de negocios
12.ª Estados financieros intermedios	12ª. Número medio de trabajadores
13.ª Partes vinculadas	13ª. Empresas del grupo, multigrupo y asociadas
	14ª. Estados financieros intermedios
	15ª. Partes vinculadas

En lo que respecta a los *modelos* de cuentas anuales, se diferencian tres modelos, el *Normal, Abreviado* y *Simplificado*.

Las cuentas anuales de las entidades sin fines lucrativos deben adaptarse al ***modelo Normal***.

Sin embargo, podrán utilizar los modelos de cuentas anuales Abreviados en los siguientes casos:

Balance y Memoria Abreviados, concretamente la *Aplicación del Plan General de Contabilidad de Pequeñas y Medianas Empresas a las entidades sin fines lucrativos*, aquellas entidades en las que a fecha de cierre del ejercicio concurran, al menos, dos de las circunstancias siguientes:

– El total de las partidas del activo no supere los dos millones ochocientos cincuenta mil euros. A estos efectos, se entenderá por total activo el total que figura en el modelo del balance.

– El importe neto de su volumen anual de ingresos no supere los cinco millones setecientos mil euros. A estos efectos se entenderá por importe neto del volumen anual de ingresos la suma de las partidas 1. *Ingresos de la entidad por la actividad propia* y, en su caso, del importe neto de la *cifra anual de negocios de la actividad mercantil*.

– Número medio de trabajadores empleados durante el ejercicio no superior a 50.

Cuenta de Resultados Abreviada, las entidades en las que a fecha de cierre del ejercicio concurran, al menos, dos de las circunstancias siguientes:

– El total de las partidas del activo no supere los once millones cuatrocientos mil euros. A estos efectos, se entenderá por total activo el total que figura en el modelo del balance.

– El importe neto de su volumen anual de ingresos no supere los veintidós millones ochocientos mil euros. A estos efectos se entenderá por importe neto del volumen anual de ingresos la suma de las partidas 1. *Ingresos de la entidad por la*

actividad propia y, en su caso, del importe neto de la *cifra anual de negocios de la actividad mercantil*.

– Número medio de trabajadores empleados durante el ejercicio no sea superior a 250.

Las características específicas que se han introducido para los modelos Normales se adecuarán también en los modelos Abreviados.

Por último, en el artículo 8. se regulan los ***criterios específicos aplicables por microentidades sin fines lucrativos***. En este sentido, señala que podrán ser aplicados por todas las entidades que habiendo optado por aplicar el Plan General de Contabilidad de PYMES, durante dos ejercicios consecutivos reúnan a la fecha de cierre, dos de las siguientes circunstancias:

- El total de las partidas del activo no supere 150.000 euros.

- El importe neto del volumen anual de ingresos no supere los 150.000 euros. También se entenderá por importe neto del volumen anual de ingresos la suma de las partidas 1. *Ingresos de la entidad por la actividad propia* y, en su caso, del importe neto de la *cifra anual de negocios de la actividad mercantil*.

- Número medio de trabajadores empleados durante el ejercicio no sea superior a cinco.

BALANCE AL CIERRE DEL EJERCICIO 200X

Nº CTAS.	ACTIVO	NOTAS DE LA MEMORIA	200X	200X-1
	A) ACTIVO NO CORRIENTE			
	I. Inmovilizado intangible			
201, (2801), (2901)	1. Desarrollo			
202, (2802), (2902)	2. Concesiones			
203, (2803), (2903)	3. Patentes, licencias, marcas y similares			
204	4. Fondo de comercio			
206, (2806), (2906)	5. Aplicaciones informáticas			
207, (2807), (2907)	6. Derechos sobre activos cedidos en uso			
205, 209, (2805), (2830), (2905)	7. Otro inmovilizado intangible			
	II. Bienes del Patrimonio Histórico			
240, (2990)	1. Bienes inmuebles			
241, (2991)	2. Archivos			
242, (2992)	3. Bibliotecas			
243, (2993)	4. Museos			
244, (2994)	5. Bienes muebles			
249	6. Anticipos sobre bienes del Patrimonio Histórico			
	I. Inmovilizado material			
210, 211, (2811), (2831), (2910), (2911)	1. Terrenos y construcciones			
212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, (2812), (2813), (2814), (2815), (2816), (2817), (2818), (2819), (2912), (2913), (2914), (2915), (2916), 2917), (2918), (2919)	2. Instalaciones técnicas y otro inmovilizado material			
	3. Inmovilizado en curso y anticipos			
	IV. Inversiones Inmobiliarias			
23	1. Terrenos			
	2. Construcciones			
	V. Inversiones en entidades del grupo y asociadas a largo plazo			
220, (2920)	1. Instrumentos de patrimonio			
221, (282), (2921), (2832)	2. Créditos a entidades			
	3. Valores representativos de deuda			
2503, 2504, (2593), (2594), (293)	4. Derivados			
2523, 2524, (2953), (2954)	5. Otros activos financieros			
2513, 2514, (2943), (2944)	**VI. Inversiones financieras a largo plazo**			
	1. Instrumentos de patrimonio			
	2. Créditos a terceros			
	3. Valores representativos de deuda			
	4. Derivados			
2505, (2595), 260, (269)	5. Otros activos financieros			
2525, 262, 263, 264, (2955), (298)				
2515, 261, (297), (2945)	**VII. Activos por impuesto diferido**			
265				
268, 27				
474				
	B) ACTIVO CORRIENTE			

Nº CTAS.	ACTIVO	NOTAS DE LA MEMORIA	200X	200X-1
	I. Existencias			
30, (390) 31, 32, (391), (392) 33, 34, (393), (394) 35, (395) 36, (396) 407	1. Bienes destinados a la actividad 2. Materias primas y otros aprovisionamientos 3. Productos en curso 4. Productos terminados 5. Subproductos, residuos y materiales recuperados 6. Anticipos a proveedores			
447, 448, (495)	**II. Usuarios y otros deudores de la actividad propia**			
	III. Deudores comerciales y otras cuentas a cobrar			
430, 431, 432, 435, 436, (437), (490), (4935) 433, 434, (4933), (4934) 440, 441, 446, 449, 5531, 5533 460, 464, 544 4709 4700, 4707, 4708, 471, 472 558	1. Clientes por ventas y prestaciones de servicios 2. Clientes, entidades del grupo y asociadas 3. Deudores varios 4. Personal 5. Activos por impuesto corriente 6. Otros créditos con las Administraciones Públicas 7. Fundadores por desembolsos exigidos			
	IV. Inversiones en entidades del grupo y asociadas a corto plazo			
5303, 5304, (5393), (5394), (593) 5323, 5324, 5343, 5344, (5953), (5954) 5313, 5314, 5333, 5334, (5943), (5944)	1. Instrumentos de patrimonio 2. Créditos a entidades 3. Valores representativos de deuda 4. Derivados 5. Otros activos financieros			
5353, 5354, 5523, 5524	**V. Inversiones financieras a corto plazo**			
5305, 540, (5395), (549) 5325, 5345, 542, 543, 547, (5955), (598) 5315, 5335, 541, 546, (5945), (597) 5590, 5593 5355, 545, 548, 551, 5525, 565, 566	1. Instrumentos de patrimonio 2. Créditos a entidades 3. Valores representativos de deuda 4. Derivados 5. Otros activos financieros			
480, 567	**VI. Periodificaciones a corto plazo**			
	VII. Efectivo y otros activos líquidos equivalentes			
570, 571, 572, 573, 574, 575 576	1. Tesorería 2. Otros activos líquidos equivalentes			
	TOTAL ACTIVO (A + B)			

Nº CTAS.	PATRIMONIO NETO Y PASIVO	NOTAS DE LA MEMORIA	200X	200X-1
	A) PATRIMONIO NETO			
	A-1) Fondos propios			
100, 101 (103), (104)	**I. Dotación fundacional/Fondo social** 1. Dotación fundacional/Fondo social 2. (Dotación fundacional no exigida/Fondo social no exigido)			
111 113, 114, 115	**II. Reservas** 1. Estatutarias 2. Otras reservas			
120 (121) 129	**III. Excedentes de ejercicios anteriores** 1. Remanente 2. (Excedentes negativos de ejercicios anteriores)			
	IV. Excedente del ejercicio			
	A-2) Ajustes por cambios de valor			
133	**I. Activos financieros disponibles para la venta**			
1340	**II. Operaciones de cobertura**			
137	**III. Otros**			
	A-3) Subvenciones, donaciones y legados recibidos			
130, 1320	**I. Subvenciones**			
131, 1321	**II. Donaciones y legados**			
	B) PASIVO NO CORRIENTE			
140 145 146 141, 142, 143	**I. Provisiones a largo plazo** 1. Obligaciones por prestaciones a largo plazo al personal 2. Actuaciones medioambientales 3. Provisiones por reestructuración 4. Otras provisiones			
177, 179 1605, 170 1625,174 176 1615, 1635, 171, 172, 173, 175, 180, 185, 189	**II. Deudas a largo plazo** 1. Obligaciones y otros valores negociables 2. Deudas con entidades de crédito 3. Acreedores por arrendamiento financiero 4. Derivados 5. Otros pasivos financieros			
1603, 1604, 1613, 1614, 1623, 1624, 1633, 1634	**III. Deudas con entidades del grupo y asociadas a largo plazo**			
479	**IV. Pasivos por impuesto diferido**			

Nº CTAS.	PATRIMONIO NETO Y PASIVO	NOTAS DE LA MEMORIA	200X	200X-1
181	**V. Periodificaciones a largo plazo**			
	C) PASIVO CORRIENTE			
	I. Provisiones a corto plazo			
499, 529140 500, 505, 506 5105, 520, 527 5125, 524 5595, 5598 509, 5115, 5135, 5145, 521, 522, 523, 525, 528, 5525, 5530, 5532, 555, 5565, 5566, 560, 561, 569	**II. Deudas a corto plazo** 1. Obligaciones y otros valores negociables 2. Deudas con entidades de crédito 3. Acreedores por arrendamiento financiero 4. Derivados 5. Otros pasivos financieros			
5103, 5104, 5113, 5114, 5123, 5124, 5133, 5134, 5143, 5144, 5523, 5524, 5563, 5564	**III. Deudas con entidades del grupo y asociadas a corto plazo**			
412	**IV. Beneficiarios – Acreedores**			
400, 401, 405, (406) 403, 404 410, 411, 419 465, 466 4752 4750, 4751, 4758, 476, 477 438 485, 568	**V. Acreedores comerciales y otras cuentas a pagar** 1. Proveedores, entidades del grupo y asociadas 2. Proveedores, entidades del grupo y asociadas 3. Acreedores varios 4. Personal (remuneraciones pendientes de pago) 5. Pasivos por impuesto corriente 6. Otras deudas con las Administraciones Públicas 7. Anticipos recibidos por pedidos			
	VI. Periodificaciones a corto plazo			
	TOTAL PATRIMONIO NETO Y PASIVO (A + B + C)			

CUENTA DE RESULTADOS

CUENTA DE RESULTADOS CORRESPONDIENTE AL EJERCICIO TERMINADO EL….

Nº CUENTAS		NOTA	(Debe) Haber	
			EJ. N	EJ. N-1
	A) Excedente del ejercicio			
	1. Ingresos de la actividad propia			
720	a) Cuotas de asociados y afiliados			
721	b) Aportaciones de usuarios			
722, 723 740, 748	c) Ingresos de promociones, patrocinadores y colaboradores			
747	d) Subvenciones imputadas al excedente del ejercicio			
728	e) Donaciones y legados imputados al excedente del ejercicio			
	f) Reintegro de ayudas y asignaciones			
	2. Gastos por ayudas y otros			
(650)	a) Ayudas monetarias			
(651)	b) Ayudas no monetarias			
(653), (654)	c) Gastos por colaboraciones y del órgano de gobierno			
(658)	d) Reintegro de subvenciones, donaciones y legados			
(6930), 71*, 7930	**3. Variación de existencias de productos terminados y en curso de fabricación**			
73	**4. Trabajos realizados por la entidad para su activo**			
(600), (601), (602), 6060, 6061, 6062, 6080, 6081, 6082, 6090, 6091, 6092, 610[1], 611[1], 612[1], (607), (6931), (6932), (6933), 7931, 7932, 7933	**5. Aprovisionamientos**			
75	**6. Otros ingresos de la actividad**			
	7. Gastos de personal			
(640) (641)	a) Sueldos, salarios y asimilados			
(642), (643), (649)	b) Cargas sociales			
(644), 7950	c) Provisiones			
	8. Otros gastos de la actividad			
(62)	a) Servicios exteriores			
(631), (634), 636, 639	b) Tributos			
(655), (694), (695), 794, 7954	c) Pérdidas, deterioro y variación de provisiones por operaciones comerciales			
	d) Otros gastos de gestión corriente			
(656), (659) (68)	**9. Amortización del inmovilizado**			

Nº CUENTAS		NOTA	(Debe) Haber	
			EJ. N	EJ. N-1
745 746	**10. Subvenciones, donaciones y legados de capital traspasados al excedente del ejercicio** a) Subvenciones de capital traspasadas al excedente del ejercicio b) Donaciones y legados de capital traspasados al excedente del ejercicio			
7951, 7952, 7955, 7956	**11. Exceso de provisiones**			
(690), (691), (692), 790, 791, 792 (670), (671), (672), 770, 771, 772	**12. Deterioro y resultado por enajenaciones del inmovilizado** a) Deterioro y pérdidas b) Resultados por enajenaciones y otras			
	A.1) EXCEDENTE DE LA ACTIVIDAD (1+2+3+4+5+6+7+8+9+10+11+12)			
7600, 7601 7602, 7603 7610, 7611, 76200, 76201, 76210, 76211, 7612, 7613, 76202, 76203, 76212, 76213, 767, 769	**13. Ingresos financieros** a) De participaciones en instrumentos de patrimonio a1) En entidades del grupo y asociadas a2) En terceros b) De valores negociables y otros instrumentos financieros b1) De entidades del grupo y asociadas b2) De terceros			
(6610), (6611), (6615), (6616), (6620), (6621), (6650), (6651), (6654), (6655) (6612), (6613), (6617), (6618), (6622), (6623), (6624), (6652), (6653), (6656), (6657), (669)	**14. Gastos financieros** a) Por deudas con entidades del grupo y asociadas b) Por deudas con terceros c) Por actualización de provisiones			
(660) (6630), (6631), (6633), 7630, 7631, 7633 (6632), 7632	**15. Variación de valor razonable en instrumentos financieros** a) Cartera de negociación y otros b) Imputación al excedente del ejercicio por activos financieros disponibles para la venta			
(668), 768	**16. Diferencias de cambio**			
	17. Deterioro y resultado por enajenaciones de			

Nº CUENTAS		NOTA	(Debe) Haber	
			EJ. N	EJ. N-1
(696), (697), (698), (699), 796, 797, 798, 799 (666), (667), (673), (675), 766, 773, 775	**instrumentos financieros** a) Deterioros y pérdidas b) Resultados por enajenaciones y otras			
	A.2) EXCEDENTE DE LAS OPERACIONES FINANCIERAS (13+14+15+16+17)			
	A.3) EXCEDENTE ANTES DE IMPUESTOS (A.1 + A.2)			
6300[1],6301[1], (633), 638	**18. Impuestos sobre beneficios**[2]			
	A.4) Variación de patrimonio neto reconocida en el excedente del ejercicio (A.3 + 18)			
	B) Ingresos y gastos imputados directamente al patrimonio neto			
(800), (89), 900, 991, 992 (810), 910 940, 9420 941, 9421 (85), 95 (8300)[1], 8301, (833), 834, 835, 838	**1. Activos financieros disponibles para la venta.** **2. Operaciones de cobertura de flujos de efectivo.** **3. Subvenciones recibidas.** **4. Donaciones y legados recibidos.** **5. Ganancias y pérdidas actuariales y otros ajustes.** **6. Efecto impositivo.**			
	C) Reclasificaciones al excedente del ejercicio.			
(802), 902, 993, 994 (812), 912 (840), (8420) (841), (8421) 8301[1], (836), (837)	**1. Activos financieros disponibles para la venta.** **2. Operaciones de cobertura de flujos de efectivo.** **3. Subvenciones recibidas.** **4. Donaciones y legados recibidos.** **5. Efecto impositivo.**			
	C.1) Variación de patrimonio neto por reclasificaciones al excedente del ejercicio (1+2+3+4+5)			
	D) Variaciones de patrimonio neto por ingresos y gastos imputados directamente al patrimonio neto (B.1 + C.1)			
	E) Ajustes por cambios de criterio			
	F) Ajustes por errores			
	G) Variaciones en la dotación fundacional o fondo social			
	H) Otras variaciones			
	I) RESULTADO TOTAL, VARIACIÓN DEL PATRIMONIO NETO EN EL EJERCICIO (A.4+D+E+F+G+H)			

- ***Cuadro de cuentas y Definiciones y relaciones contables***

En la cuarta parte de la adaptación sectorial figura una relación de las cuentas previstas a utilizar por parte de las fundaciones y asociaciones; y, en la quinta parte, las definiciones correspondientes, así como los motivos más habituales de cargo y abono de las diversas partidas. Siguiendo la tónica general de las distintas adaptaciones sectoriales dictadas por el ICAC, se mantiene la estructura prevista en el Plan General de Contabilidad, en que las cuentas se ordenan en grupos y subgrupos, introduciendo las cuentas específicas y, en algunos casos, modificando los subgrupos existentes o creando alguno nuevo.

Además de las incorporaciones, también han de citarse las ausencias de cuentas que figuran en el Plan General de Contabilidad, pero se eliminan en la adaptación, al entenderse que no son necesarias; como por ejemplo las relativas a las reservas o los gastos de ampliación de capital, que lógicamente no tienen sentido en entidades que no tienen forma mercantil.

En algún caso significativo se modifica el nombre de la cuenta existente en el plan, a fin de recoger de forma más idónea las particularidades de las organizaciones sin fines de lucro; así ocurre con la cuenta *129. Pérdidas y ganancias*, que se sustituye por *129. Excedente del ejercicio.*

También se desglosan varias cuentas en subcuentas, al objeto de facilitar una información más detallada, que puede servir para discriminar aquellas operaciones afectas directamente a las actividades de carácter no lucrativo de aquellas otras de tipo mercantil que se lleven a cabo como apoyo a las que constituyen la razón de ser de estas entidades no lucrativas.

Por último, cabe señalar que en el cuadro de cuentas no se ha previsto, como así ocurre en el caso del plan general de contabilidad pública, la inclusión de un grupo destinado a las cuentas de control presupuestario, que entendemos que podría haberse planteado por cuanto el presupuesto es de especial importancia para estas organizaciones no lucrativas, máxime cuando, junto a la adaptación

sectorial, también se aprobaron las normas de información presupuestaria, como ya se había indicado.

En la tabla se muestra una comparación entre la estructura y contenido del cuadro de cuentas del Plan General de Contabilidad y de la adaptación sectorial que nos ocupa, en que se pone de manifiesto sus diferencias:

Cuadro. Subgrupo "*Capital*" según la Adaptación y el P.G.C.

ADAPTACIÓN	**P.G.C.**
10. Capital	10. Capital
100. Dotación fundacional	100. Capital social
101. Fondo social	101. Fondo social
103. Fundadores/asociados por desembolsos no exigidos	103. Socios por desembolsos no exigidos
1030. Fundadores, por desembolsos no exigidos	104. Socios por aportaciones no dinerarias pendientes
1034. Asociados, por desembolsos no exigidos	108. Acciones o participaciones propias en situaciones especiales
104. Fundadores/asociados por aportacione no dinerarias pendientes	109. Acciones o participaciones propias para reducción de capital
1040. Fundadores, por aportaciones no dinerarias pendientes	
1044. Asociados, por aportaciones no dinerarias pendientes	

Cuadro. Subgrupo "*Excedentes pendientes de aplicación*" según la Adaptación y "*Resultados pendientes de aplicación*" según el P.G.C.

ADAPTACIÓN	**P.G.C.**
12. Excedentes pendientes de aplicación	**12. Resultados pendientes de aplicación**
120. Remanente	120. Remanente
121. Excedentes negativos de ejercicios anteriores	121. Resultados negativos de ejercicios anteriores
129. Excedente del ejercicio	129. Resultado del ejercicio

Cuadro. Subgrupo "*Subvenciones, donaciones, legados y otros ajustes por cambios de valor*" según la Adaptación y el P.G.C.

ADAPTACIÓN	**P.G.C.**
13. Subvenciones, donaciones, legados y Otros ajustes por cambios de valor	13. Subvenciones, donaciones y ajustes por cambios de valor
130. Subvenciones oficiales de capital	130. Subvenciones oficiales de capital
1300. Subvenciones del Estado	131. Donaciones y legados de capital
1301. Subvenciones de otras Administraciones Públicas	132. Otras subvenciones, donaciones y legado
132. Otras subvenciones, donaciones y legados	133. Ajustes por valoración en activos financieros disponibles para la venta
1320. Otras subvenciones	134. Operaciones de cobertura
1321. Otras donaciones y legados	135. Diferencias de conversión

Cuadro. Grupo "*Activo no corriente*" según la Adaptación y el P.G.C.

ADAPTACIÓN	**P.G.C.**
20. Inmovilizaciones intangibles	20. Inmovilizaciones intangibles
207. Derechos sobre activos cedidos en uso	21. Inmovilizaciones materiales
24. Bienes del Patrimonio Histórico	22. Inversiones inmobiliarias
240. Bienes inmuebles	23. Inmovilizaciones materiales en curso
2400. Monumentos 2401. Jardines históricos 2402. Conjuntos históricos 2403. Sitios históricos 2404. Zonas arqueológicas	**24. Inversiones financieras a l/p en partes vinculadas**
241. Archivos	25. Otras inversiones financieras a l/p
242. Bibliotecas	
243. Museos	
244. Bienes muebles	
249. Anticipos sobre bienes del Patrimonio Histórico	

Cuadro. Grupo "*Existencias*" según la Adaptación y el P.G.C.

ADAPTACIÓN	**P.G.C.**
30. Existencias **300. Bienes destinados a la actividad**	30. Comerciales 300. Mercaderías A 301. Mercaderías B 31. Materias primas 310. Materias primas A 311. Materias primas B

Cuadro. Grupo "*Acreedores y deudores por operaciones de la actividad*" según la Adaptación y el P.G.C.

ADAPTACIÓN	**P.G.C.**
41. Beneficiarios y acreedores varios **412. Beneficiarios, acreedores** 44. Usuarios y deudores varios **447. Usuarios, deudores** **448. Patrocinadores, afiliados y otros deudores** 4480. Patrocinadores 4482. Afiliados 4489. Otros deudores 46. Personal **464. Entregas para gastos a justificar** 47. Administraciones Públicas **470. H.P., deudora por diversos conceptos** **475. H.P., acreedor por diversos conceptos**	**41. Acreedores varios** 410. Acreedores por prestación de servicios **44. Deudores varios** 440. Deudores

Cuadro. Subgrupo "*Otras cuentas no bancarias*" según la Adaptación y el P.G.C.

ADAPTACIÓN	**P.G.C.**
55. Otras cuentas no bancarias **551. Cuenta corriente con patronos y otros** **558. Fundadores y asociados por desembolsos exigidos**	55. Otras cuentas no bancarias 551. Cuenta corriente con socios y administra 558. Socios por desembolsos exigidos

Cuadro. Subgrupo "*Compras*" según la Adaptación y el P.G.C.

ADAPTACIÓN	**P.G.C.**
60. Compras **600. Compras de bienes destinados a la actividad**	60. Compras **600. Compras de mercaderías** 601. Compras de materias primas

Cuadro. Subgrupo *"Ayudas monetarias de la entidad y otros gastos de gestión"* según la Adaptación y el P.G.C.

ADAPTACIÓN	**P.G.C.**
65. Ayudas monetarias de la entidad y otros gastos de gestión **650. Ayudas monetarias** **6501.** Ayudas monetarias individuales **6502.** Ayudas monetarias a entidades **6503.** Ayudas monetarias realizadas a través de otras entidades o centros **6504.** Ayudas monetarias de cooperación internacional **651. Ayudas no monetarias** **6511.** Ayudas no monetarias individuales **6512.** Ayudas no monetarias a entidades **6513.** Ayudas no monetarias realizadas a través de otras entidades o centros **6514.** Ayudas no monetarias de cooperación internacional **653. Compensación de gastos por prestaciones de colaboración** **654. Reembolsos de gastos al órgano de Gobierno**	65. Otros gastos de gestión **650. Pérdidas de créditos comerciales incob** **651. Resultados de operaciones en común** **659. Otras pérdidas en gestión corriente**

655. Pérdidas de créditos incobrables derivados de la actividad **656. Resultados de operaciones en común** **658. Reintegro de subvenciones, donaciones y legados recibidos, afectos a la actividad propia de la entidad** **659. Otras pérdidas en gestión corriente**	

Cuadro. Grupo *"Ventas e ingresos"* según la Adaptación y el P.G.C.

ADAPTACIÓN	**P.G.C.**
72. Ingresos propios de la entidad **720. Cuotas de asociados y afiliados** **721. Cuotas de usuarios** **722. Promociones para captación de recursos** **723. Ingresos de patrocinadores y colaboraciones** 7230. Patrocinio 7231. Patrocinio publicitario 7233. Colaboraciones empresariales **728. Ingresos por reintegro de ayudas y asignaciones** **74. Subvenciones, donaciones y legados** **740. Subvenciones a la actividad** **745. Subvenciones del capital transferidas al excedente del ejercicio** **746. Donaciones y legados de capital transferidas al excedente del ejercicio** **747. Donaciones y legados transferidos al excedente del ejercicio** **748. Otras subvenciones transferidas al excedente del ejercicio**	70. Ventas de mercaderías, de producción propia, de servicios, etc. 71. Variación de existencias 73. Trabajos realizados para la empresa 74. Subvenciones, donaciones y legados 740. Subvenciones, donaciones y legados a la explotación 746. Subvenciones, donaciones y legados de capital transfer. al resultado del ejercicio 747. Otras subvenciones, donaciones y legados de transferidos al resultado del ejercicio

- *Cuentas anuales*

Las cuentas anuales previstas en la cuarta parte de la adaptación sectorial, al igual que en el plan contable general, comprenden el balance, la cuenta de resultados y la memoria, que forman una unidad y deben ser redactadas con claridad al objeto de mostrar la imagen fiel del patrimonio, de la situación financiera y de los resultados de la entidad.

A este respecto, nos planteamos si hubiese sido oportuno incorporar dentro de las cuentas anuales de las entidades sin fines lucrativos el estado de liquidación presupuestaria, como así ocurre en el Plan Contable Público, extendiendo también el objetivo de la imagen fiel a la ejecución del presupuesto de la entidad. No obstante, este enfoque no está ausente completamente en la adaptación que estamos analizando, puesto que dentro de la memoria se recogen ciertos requerimientos informativos relativos a la liquidación presupuestaria, aunque no se considera a ésta como una cuenta anual.

Pueden apreciarse en la referida tabla ciertas matizaciones introducidas en la adaptación sectorial, de entre las que destacamos la sustitución de algunos términos, como "pérdidas y ganancias" por "resultados" y "operaciones intersocietarias" por "operaciones con entidades vinculadas". En cambio, se conserva la expresión "cifra de negocios", que desde nuestro punto de vista, no nos parece apropiada para unas organizaciones que no son empresas de negocio.

Por lo que respecta a la posibilidad de elaborar cuentas anuales según los modelos abreviados, la adaptación sectorial fija los límites previstos en la ley de fundaciones para aquellas entidades obligadas a auditar sus cuentas anuales[19], sin

[19] En el artículo 23.3. de la Ley 30/1994, se señala que deberán auditarse las cuentas de las fundaciones en las que concurran, en la fecha de cierre del ejercicio, durante dos años consecutivos, al menos dos de las siguientes circunstancias:
a) que el total de su patrimonio supere los 400 millones de pesetas;

perjuicio de que si la organización realizase actividades mercantiles, estará sujeta a los límites establecidos en la legislación mercantil.

Los modelos previstos de balance y cuenta de resultados en la adaptación sectorial presentan una estructura y contenido muy similares a los del Plan General Contable, sin prácticamente ninguna diferencia significativa, salvo la inclusión de una partida en el balance para recoger los bienes del Patrimonio Histórico y la sustitución, en la cuenta de resultados, del término pérdidas y ganancias (beneficio/pérdida) por excedente (ahorro/desahorro).

Esto puede interpretarse como una preferencia por la comparabilidad de la información, de tal modo que los estados contables de las empresas de negocio y de las entidades sin fines de lucro puedan considerarse equivalentes y homogéneos entre sí. No obstante, en nuestra opinión, la comparabilidad tendría sentido entre organizaciones similares, pero no nos parece significativo realizar una comparación entre entidades que persiguen beneficios y rendimientos económicos frente a las que pretenden resultados sociales; es decir, es difícil buscar homogeneidad cuando la base a comparar es heterogénea.

A nuestro juicio y como consecuencia de emplear el modelo empresarial, la adaptación sectorial incurre en ciertas incorrecciones. Tal es el caso de emplear en el balance la partida de fondos propios, para unas entidades que no tienen propietarios y en las que, desde nuestro punto de vista, carece de sentido la utilización de tal término.

Asimismo, resulta insuficiente la información relativa a los recursos que recibe la entidad afectos a un fin específico. En opinión de Giménez (1995, 60-62), si la

b) que el importe neto de su volumen anual de ingresos sea superior a 400 millones de pesetas;
c) que el número medio de trabajadores empleados durante el ejercicio sea superior a 50.

afectación de la donación no quedara reflejada en los estados financieros, éstos no reflejarían la imagen fiel; al respecto, plantea tres posibles alternativas: la aplicación del sistema de contabilidad de fondos, la utilización de indicaciones en el balance o de notas explicativas en la memoria.

Esta última alternativa es la que se ha adoptado en la adaptación sectorial, por lo que la información contenida en el balance, según Giménez (1995, 62), no se ajusta al principio de imagen fiel, ya que presenta consolidadamente todos los bienes y recursos de la entidad, sin separar aquellos que están afectos de cuestiones específicas.

Por lo que respecta a la cuenta de resultados, ha de señalarse que este estado financiero, aunque presenta en la adaptación sectorial un formato y contenido muy similar al de las empresas de negocios, sin embargo tiene un significado diferente en el entorno no lucrativo.

Ortega (1997, 183) señala el distinto significado que la magnitud resultado tiene en el ámbito empresarial y en las organizaciones sin fines de lucro, pues "en una actividad empresarial el resultado ofrece, entre otras, una idea de la rentabilidad de la inversión (capital) aportada por los propietarios, mientras que en una actividad no lucrativa su significado ha de entenderse que se identifica con el mantenimiento o no de la capacidad para seguir consiguiendo los fines a que se dedica la entidad, al aumentar (excedente), mantener o disminuir (pérdidas) la financiación propia de la entidad; es decir, informa sobre la autogeneración de recursos para el cumplimiento de los fines a través del ahorro producido".

Como ya se ha señalado con anterioridad, las organizaciones sin fines de lucro necesitan del apoyo continuado de aquellos que aportan recursos a estas entidades, y los gestores de las mismas han de rendir cuentas del empleo que han hecho de tales fondos recibidos, de tal modo que se dediquen a aquellas actividades para las que fueron concedidas. En este sentido, la cifra de resultados

no es un indicador de la eficiencia con la que los directivos y administradores han desempeñado sus responsabilidades, sino que informa acerca de si la entidad ha mantenido o no el capital inicial con el que contaba para el desarrollo de sus actividades y el cumplimiento de los fines propuestos.

Según Giménez (1995, 65), la tradicional cuenta de pérdidas y ganancias empresarial presenta, con respecto a las entidades sin ánimo de lucro, las siguientes peculiaridades:

- A diferencia de las empresas, no resulta un estado financiero fundamental, ya que la determinación del excedente periódico no tiene la misma trascendencia que en un negocio.
- No puede utilizarse, a pesar de uso difundido, como elemento único de control presupuestario, ni como base única para elaborar éste.
- No resuelve, en su construcción tradicional, las necesidades de información de la entidad no lucrativa, tanto por su catalogación de gastos por naturaleza, como por la falta de seguimiento de los fondos de actividades específicas.
- No obstante, y a pesar de lo anterior, puede suministrar información útil acerca de las variaciones en el patrimonio fundacional debidas a la operación de gastos e ingresos. Es evidente que las pérdidas constantes implicarán una disminución del patrimonio que, si no se ve compensado con nuevas aportaciones, podrá llevar a la desaparición de la entidad. Además, su formato permite la comparación.

En nuestra opinión, la cuenta de resultados prevista en la adaptación sectorial de las organizaciones sin fines lucrativos presenta diversas carencias, que limitan su utilidad para el usuario, lo cual puede explicarse porque no se ha diseñado atendiendo a los requerimientos y necesidades de éstos, sino que se ha copiado el modelo empresarial.

Para finalizar el análisis que estamos realizando de las cuentas anuales, hemos de referirnos a la memoria, que ha de recordarse que completa, amplía y comenta la información contenida en el balance y en la cuenta de resultados. En el caso que nos ocupa, la memoria presenta diversas peculiaridades, aunque siempre sin abandonar la referencia del modelo empresarial. Sin embargo, para las organizaciones sin fines lucrativos, la memoria, en opinión de Fullana (2001, 2), "constituye el documento fundamental en sus estados contables, frente al carácter complementario que posee en el ámbito lucrativo".

En primer lugar, ha de destacarse que los requerimientos informativos que deben facilitarse en la memoria son más amplios que los previstos en el plan contable general, a fin de dar cabida a ciertas disposiciones de la normativa legal relativa principalmente a las fundaciones, así como a información relacionada con la liquidación presupuestaria y ciertas peculiaridades de las entidades no lucrativas.

En la tabla se facilita una comparación entre los requisitos mínimos de información que deben proporcionar las organizaciones sin ánimo de lucro frente a las empresas de negocio, contenidos en las distintas notas del modelo de memoria normal.

Tabla. Comparación del *modelo de memoria normal* del plan general contable y de la adaptación sectorial a las entidades sin fines lucrativos

Memoria de la adaptación sectorial a las entidades sin fines lucrativos	Memoria normal del Plan General de Contabilidad
1. Actividad de la entidad	1. Actividad de la empresa
2. Excedente del ejercicio	2. Bases de presentación de las cuentas anuales
3. Normas de registro y valoración	3. Aplicación de resultados
4. Inmovilizado material	4. Normas de registro y valoración
5. Bienes del Patrimonio Histórico	5. Inmovilizado material
6. Usuarios y otros deudores de la actividad propia	6. Inversiones inmobiliarias
7. Beneficiarios - Acreedores	7. Inmovilizado intangible
8. Fondos propios	8. Arrendamientos y otras operaciones de naturaleza similar
9. Existencias	9. Instrumentos financieros
10. Situación fiscal	10. Existencias
11. Ingresos y Gastos	11. Moneda extranjera
12. Fusiones entre entidades no lucrativas y combinaciones de negocios	12. Situación fiscal
13. Actividad de la entidad. Aplicación de elementos patrimoniales a fines propios. Gastos de administración	13. Ingresos y gastos
14. Operaciones con partes vinculadas	14. Provisiones y contingencias
15. Estado de flujos de efectivo	15. Información sobre medio ambiente
16. Inventario	16. Retribuciones a l/p al personal
	17. Transacciones con pagos basados en instrumentos de patrimonio
	18. Subvenciones, donaciones y legados
	19. Combinaciones de negocios
	20. Negocios conjuntos
	21. Activos no corrientes mantenidos para la venta y operaciones interrumpidas
	22. Hechos posteriores al cierre
	23. Operaciones con partes vinculadas
	24. Otra información
	25. Información segmentada

De la citada tabla se destaca el incremento del número de notas aclaratorias, puesto que se incorpora información adicional relativa a:

- Bienes del Patrimonio Histórico (Nota 7);
- Usuarios y otros deudores de la actividad propia (Nota 11);
- Aplicación de elementos patrimoniales a fines propios (Nota 20);

- Bases de presentación de la liquidación del presupuesto (Nota 25); e
- Información de la liquidación del presupuesto (Nota 26).

Estos requerimientos informativos propios de las entidades no lucrativas tratan de dar respuesta a determinadas problemáticas que pueden presentarse en este tipo de organizaciones. Así por ejemplo, la información relativa a los bienes del patrimonio histórico puede ser de especial interés para las entidades de tipo cultural o educativo, en las que estos elementos están directamente vinculados con sus actividades propias, y, en el caso de las fundaciones, estos bienes con frecuencia forman parte de la dotación fundacional.

En este sentido, deberá informarse sobre los bienes y derechos que constituyen la dotación fundacional o el fondo social, así como de aquellos vinculados directamente al cumplimiento de los fines propios de la entidad[20], y también del destino que se ha dado a las rentas obtenidas de la actividad, a fin de cumplir los requerimientos legales al respecto de esta aplicación y mostrar que se está dentro de los límites establecidos por la legislación.

De igual forma, las notas relacionadas con la liquidación presupuestaria atienden a la relevancia que el presupuesto y, por consiguiente, su liquidación ostentan en organizaciones que carecen de ánimo de lucro, por lo que han de emplearse estos instrumentos para el control y la evaluación de la gestión desempeñada por los administradores y patronos. Además, ha de mencionarse que, en cumplimiento de

[20] No se facilita ningún esquema o modelo para realizar este desglose, por lo que entendemos que se podría emplear el cuadro previsto en la adaptación sectorial del Plan General de Contabilidad a las sociedades anónimas deportivas, en que se prevé un esquema donde se detallan las distintas partidas afectas a las diversas actividades deportivas, financieras, etc., esquema que podría servir de referencia a las organizaciones sin fines de lucro, máxime cuando la citada normativa contable para las sociedades anónimas deportivas también es aplicable a los clubes deportivos, que son entidades sin ánimo de lucro.

la normativa legal aplicable a las organizaciones sin ánimo de lucro, el cuadro de financiación se incorpora también en el modelo abreviado de memoria[21].

Sin perjuicio de estos requerimientos específicos, el resto del contenido de la memoria es muy similar al del plan general contable que le sirve de referencia, con ciertas matizaciones[22]. Esta sujeción al modelo empresarial es tal que incluso impone requisitos informativos derivados de la legislación mercantil y no contemplados por la normativa legal de las organizaciones sin fines de lucro, como ocurre con la información detallada que ha de facilitarse relativa a las retribuciones y prestaciones obtenidas por los patronos, en que se exige la misma información que el Texto Refundido de la Ley de Sociedades Anónimas (TRLSA) obliga a las sociedades en relación con las retribuciones del órgano de gobierno.

Estos contenidos previstos en la memoria de la adaptación sectorial podrían completarse con los que han propuesto diversos autores. Así, Giménez (1995, 68-69) estima que la memoria debe contener una serie de medidores que reflejen el nivel de consecución de los objetivos previstos para cada actividad o programa concreto.

Por su parte, Socías (1999, 117-118) señala que a la memoria de la adaptación sectorial objeto de estudio se le debe añadir información de carácter social, en concreto, la siguiente:

- Los objetivos operativos previstos y reales, dejando constancia de qué se pretendía conseguir y qué se ha conseguido. Es lo que se denomina producción social o outputs finales.
- Actividades previstas y realizadas para llevar a cabo los objetivos. Se trata de indicadores de proceso y, en algunos casos, de resultados.

---

21 Recuérdese que en el plan general contable el cuadro de financiación figura únicamente en el modelo normal de memoria, y no en el abreviado.

22 A título de ejemplo, en la nota relativa a la distribución de resultados, obviamente no se contempla la posibilidad de destinarlos a reserva legal ni al reparto de dividendos.

- Impacto social previsto y conseguido.
- Medios para llevar a cabo los objetivos previstos. Su cuantificación monetaria se refleja en el presupuesto de gastos. En la memoria se debería incluir, también, la parte cualitativa.
- Indicadores de economía, eficacia y eficiencia utilizados para la evaluación de la entidad, en general, y de sus proyectos, en particular.
- Información sobre el voluntariado. Tipos de tareas que realizan, horas de dedicación y valoración a coste de oportunidad.
- Información sobre la posibilidad de valorar la producción social de la entidad, ya sea en el mercado real o en un mercado potencial a través de aproximaciones. En base a ello, incorporar las magnitudes de resultado social, resultado social aportado y valor añadido social, magnitudes propuestas por el citado autor.

En suma, el hecho de que la adaptación sectorial de las entidades sin fines lucrativos se haya plegado completamente al modelo empresarial ha tenido como consecuencia unos estados contables que muestran una imagen empresarial de unas organizaciones que, paradójicamente, no son empresas de negocios, con la utilización de unos formatos y contenidos que no responden a las peculiaridades de estas organizaciones, y que, por todo ello, son insuficientes para atender las necesidades de los usuarios de tales estados financieros.

- *Normas de valoración*

Tampoco las normas de valoración contenidas en la adaptación sectorial difieren de las del Plan General de Contabilidad. En efecto, se contemplan pocas innovaciones, salvo los siguientes criterios valorativos:

- Bienes del Patrimonio Histórico;
- Impuesto sobre sociedades;

- Gastos e ingresos propios de estas entidades; y
- Subvenciones, donaciones y legados.

Por lo que respecta a la valoración de los bienes del Patrimonio Histórico, la adaptación sectorial ha optado por la aplicación estricta del criterio del precio de adquisición, incluso en el caso de que tales bienes, como ocurre con cierta frecuencia, se reciban a título gratuito en forma de donación, por lo que la cuantificación monetaria, es decir, importe por el que estos elementos lucirían en la información contable sería absolutamente irrelevante.

En este caso, no se ha seguido el criterio general de la valoración de los activos adquiridos gratuitamente, es decir, el valor venal[23], por el que se asigna un valor convenido que no se corresponde con la contraprestación. Este valor venal no plantea especiales problemas para aquellos bienes que cuentan con un mercado accesible y en el que los precios son fácilmente conocidos; sin embargo, en ocasiones los bienes recibidos son de una naturaleza tal que no cabe referirse a un valor venal, pues se trata de elementos únicos, que no tienen equivalente en el mercado; así ocurre con las obras de arte, edificios emblemáticos, colecciones museísticas, elementos del patrimonio histórico, restos arqueológicos, etc. En estos casos no cabe referirse a un valor venal, pues no se puede establecer un valor de intercambio de estos bienes considerados únicos.

Quizá sean las dificultades prácticas de asignar un valor venal a unos bienes tan particulares la causa de esta divergencia con la normativa contable general, pero podrían haberse considerado otras posibilidades, tales como las siguientes:

- Tasaciones que efectúan las compañías aseguradoras.

[23] Según se estipula en la normativa general dictada por el ICAC relativa a las donaciones los activos que se incorporan al patrimonio con carácter gratuito deben valorarse por su valor venal, entendido éste como "el precio que se presume estaría dispuesto a pagar un adquirente eventual teniendo en cuenta el estado y el lugar en que se encuentre dicho bien. El valor venal se apreciará en función de la situación de la empresa y, generalmente, bajo la hipótesis de continuidad de la explotación del bien" (Plan General de Contabilidad 1990. Normas de valoración, 2ª.4) .

- Acudir a un perito o experto para que asigne un valor racionalmente fundado al elemento en cuestión.
- Considerarse la valoración que a efectos fiscales hubiese establecido la autoridad tributaria como base para el cálculo de la cuota impositiva de los impuestos que gravasen la operación.
- Tomar de referencia, si fuese el caso, la valoración realizada por la Junta de Calificación, Valoración y Exportación de Bienes del Patrimonio Histórico Español en el ámbito del estado español o el organismo autonómico correspondiente.

En suma, desde nuestro punto de vista, se pueden considerar en algunos casos la información sobre la valoración realizada por expertos en la materia y en otros por organismos oficiales, todas ellas válidas, pero probablemente con diferentes cuantías a recomendar para el mismo bien a valorar, si bien con un valor más cercano y fiable al que establece la normativa contable específica de este sector.

Para finalizar la reseña de la norma de valoración relativa a los bienes del Patrimonio Histórico, ha de señalarse que no se contempla su amortización. En cambio, habrá de constituirse una provisión para reparaciones y conservación por el importe estimado para atender tales cuestiones, que habrá de dotarse de manera sistemática. Puede estimarse que esta práctica es coherente con la especial naturaleza de tales bienes, en los que el paso del tiempo contribuye a su apreciación, pero que precisamente por su antigüedad, necesitan de tratamientos específicos, restauraciones, etc., destinados a conservarlos y preservarlos para el futuro.

Por lo que respecta a la norma de valoración relativa al impuesto de sociedades, ésta contempla las peculiaridades del régimen fiscal específico de las organizaciones sin fines de lucro, en las que coexisten actividades propias, y por tanto exentas del impuesto, con actividades de apoyo, que están gravadas por el

impuesto, lo que va a producir diferencias permanentes entre el resultado contable y la base imponible del impuesto.

De igual modo, se dictan ciertas pautas para la imputación contable de ingresos y gastos propios de este tipo de organizaciones, tales como las ayudas concedidas, las cuotas de usuarios y afiliados, y los ingresos procedentes de campañas de captación de fondos, que se contabilizarán atendiendo al criterio del devengo, frente a la práctica más habitual en la mayoría de las organizaciones sin fines de lucro que emplean criterio de caja.

En último lugar hemos de referirnos a la norma de valoración relativa a las subvenciones, donaciones y legados, que destacan como fuentes de financiación de las entidades no lucrativas. Aunque no son exclusivas de este tipo de organizaciones, sí son mucho más frecuentes que en el ámbito empresarial. No obstante, la importancia cuantitativa de estas vías de financiación es muy diversa en el conjunto del sector no lucrativo, donde podemos encontrar organizaciones que, para garantizar su independencia política y económica, renuncian a obtener financiación a través de subvenciones públicas, hasta otras entidades cuya principal y, en ocasiones, única fuente de financiación está constituida por tales subvenciones públicas. Así pues, la relevancia de esta cuestión es muy heterogénea en el sector no lucrativo, siendo más acusada en aquellas entidades que se dedican a los servicios sociales, lo que en cierto modo responde a una consideración sobre tales servicios como de carácter público, que debiera prestar el Estado, y que se instrumentan y gestionan a través de organizaciones no gubernamentales.

De igual modo que en la normativa contable empresarial, las subvenciones, donaciones y legados se valoran por su valor venal, salvo que se trate de bienes del Patrimonio Histórico, como ya habíamos indicado. Se contabilizan como ingresos a distribuir en varios ejercicios y se imputarán, dependiendo de su finalidad, a resultados del ejercicio como ingresos propios de la entidad, si están

afectos a la actividad propia, y como ingresos extraordinarios, si están afectos a la actividad mercantil.

Así pues, la adaptación sectorial ha contemplado un tratamiento diferente al previsto en la normativa contable general, puesto que posibilita que la imputación de las referidas subvenciones, donaciones y legados se realice al resultado ordinario, si están referidos a actividades propias. Esto responde a la consideración de que tales fuentes de recursos no tienen el carácter extraordinario que presentan en el ámbito mercantil.

En resumen, como cabría esperar de unas normas de valoración que desarrollan unos principios contables mercantiles, los tratamientos que se ofrecen para las organizaciones sin fines de lucro presentan pocas diferencias con respecto a los referidos a las empresas de negocio, aunque se tienen en cuenta ciertas peculiaridades, como el tratamiento de las subvenciones, donaciones y legados. Sin embargo, no se han considerado otras especificidades como, a título de ejemplo, la valoración del voluntariado, a pesar de que es un factor clave en multitud de organizaciones sin fines de lucro.

Tras el análisis que hemos venido realizando de la adaptación sectorial a las entidades sin fines lucrativos, hemos de efectuar al menos una breve reseña de las normas de información presupuestaria, que se aprobaron conjuntamente con la citada adaptación, y que determinan los formatos y contenidos de la información presupuestaria que deben confeccionar estas organizaciones, que responde a las necesidades de control y rendición de cuentas por parte de los gestores y patronos de tales organizaciones.

Según se señala en la introducción de las referidas normas de información presupuestaria, ésta debe alcanzar los objetivos propios de un presupuesto, es decir:

- planificación de las actividades;

- información sobre si los ingresos presupuestarios obtenidos son suficientes para financiar los gastos presupuestarios del ejercicio, lo que ofrece una idea sobre la continuidad de la entidad; y
- posibilitar el control, a través de la ejecución presupuestaria, de la consecución de los objetivos de la entidad.

Asimismo, se define el presupuesto como el documento que recoge de manera cifrada, conjunta y sistemática la previsión de gastos presupuestarios de la entidad para el período considerado y los ingresos presupuestarios con los que espera contar para hacer frente a dichos gastos.

Se han previsto dos modelos de información presupuestaria, normal y abreviado, presentando éste último una estructura más simplificada y agrupada que el modelo normal. El primero se destina a aquellas entidades que presentan modelo normal de balance y memoria, mientras que el segundo se dirige a las que elaboran modelo abreviado de balance y memoria. Recordemos que tanto en un caso como en otro, la memoria ha de contener información relativa a la liquidación presupuestaria. En la tabla se resume el contenido de las normas de información presupuestaria de las entidades sin fines de lucro.

Tabla. Normas de información presupuestaria de las entidades sin fines de lucro

Introducción
Norma 1ª Elaboración del presupuesto
Norma 2ª Estructura del presupuesto
Norma 3ª Normas de elaboración del presupuesto
Norma 4ª Normas de elaboración del presupuesto por programas
Norma 5ª Estados de liquidación del presupuesto
Norma 6ª Modelos de información presupuestaria
6.1 Modelo normal
6.1.1 Presupuesto
Presupuesto de gastos
Presupuesto de ingresos
Distribución del presupuesto por programas
6.1.2 Liquidación del presupuesto
Liquidación del presupuesto de gastos
Liquidación del presupuesto de ingresos
Distribución por programas de la liquidación del presupuesto
6.2 Modelo abreviado
6.2.2 Presupuesto
6.2.3 Liquidación del presupuesto

Es de señalar que en la elaboración del presupuesto ha de aplicarse el criterio de devengo, del mismo modo que el empleado en las cuentas anuales, por lo que figurarán las previsiones de gastos e ingresos a incurrir por la entidad. Esto contrasta con la práctica habitual de las organizaciones sin ánimo de lucro, en las que, según Arnau (2002), "es más frecuente encontrarse con presupuestos de ingresos y gastos elaborados en función del principio de caja que del de devengo". Dicho de otro modo, generalmente los presupuestos que vienen elaborando estas entidades reflejan previsiones de cobros y pagos a efectuar por las mismas.

Los gastos e ingresos presupuestarios se agrupan en dos niveles distintos, en función de la naturaleza de las operaciones que los originan. Así, se distinguen las operaciones "de funcionamiento", que se corresponden con la cuenta de resultados, frente a las operaciones "de fondos", en las que se emplean las partidas del balance que puedan producir variaciones presupuestarias.
Por último, destacamos el presupuesto por programas, que posibilita un análisis segmentado para cada uno de los diferentes programas de actuación que desarrolla la entidad, indicando sus realizaciones, el cumplimiento de los objetivos y los costes de las actividades realizadas para alcanzar los fines.

Finalizado el análisis que hemos llevado a cabo de la normativa contable vigente en materia de información contable que debe ser elaborada y divulgada por las organizaciones sin fines de lucro, han quedado de manifiesto unos requerimientos que comprenden la elaboración de las cuentas anuales, en términos similares e incluso más amplios que las empresas; y, además, la confección del presupuesto y su liquidación[24].

Al respecto, puede detectarse una cierta controversia sobre la utilidad que la información presupuestaria ofrece como información de carácter externo, puesto

[24] En opinión de Rúa y Vara (2001, 113), "a las entidades sin fines lucrativos se les ha impuesto el sistema de información más amplio y costoso de todos los sectores económicos: cuentas anuales, cuadro de financiación, destino de rentas e ingresos, presupuesto y liquidación presupuestaria".

que la elaboración de presupuestos habitualmente se realiza con fines de gestión y control interno. Así, Rúa y Vara (2001, 106) se cuestionan si es realmente útil el presupuesto como instrumento de información al protectorado, entendiendo que es una obligación perfectamente suprimible. Por su parte, Arnau (2002) estima que, a pesar de sus limitaciones, el presupuesto y su liquidación son documentos que, utilizados con el resto de los estados contables, ayudan tanto a la gestión interna de las entidades sin fines de lucro como a los usuarios externos en su proceso de toma de decisiones.

Concluimos la descripción de la normativa contable vigente en la actualidad recordando que nos encontramos en un período de transición, puesto que esta regulación ha de experimentar una reforma a fin de actualizarse como consecuencia del nuevo marco legal que regula a las organizaciones sin fines de lucro, que contempla diversas directrices acerca de la información que han de elaborar las entidades sin fines de lucro[25]. Además, ha de tenerse en cuenta que el proceso general de normalización contable en nuestro país está también en fase de reforma, en línea con la actual estrategia europea que apuesta por las normas internacionales. Es de prever, por tanto, que la futura adaptación sectorial habrá de esperar a la promulgación del reformado plan general de contabilidad.

En este sentido, la comisión de expertos del Libro Blanco sobre la reforma de la contabilidad en España (2002, 346-347) ha recomendado proseguir la tarea de elaborar una normalización específica para las entidades no lucrativas, formulando un plan contable sectorial para ellas, que otorgue la debida atención a los aspectos que interesa resaltar en su actividad, lo que se concreta en las propuestas siguientes:

---

[25] Así, la nueva Ley 50/2002 de Fundaciones contempla un modelo simplificado de cuentas anuales para fundaciones de reducido tamaño; la sustitución del presupuesto anual por un plan de actuación y la inclusión en la memoria de un inventario de los elementos patrimoniales, cuyo contenido y normas de elaboración están pendientes de desarrollo reglamentario.

- Necesidad de ahondar más en la regulación de determinadas operaciones y situaciones que se presentan en las organizaciones sin fines de lucro (inmovilizado material, fondos propios, subvenciones, ingresos y gastos).
- Además del resultado de sus actividades, se ha de incidir en otros aspectos importantes para los usuarios de la información financiera, como la consecución de determinados objetivos (información no financiera) y el equilibrio entre fuentes de fondos y empleo en las actividades desarrolladas.
- Desarrollar estados de resultados o de variaciones patrimoniales, para recoger la actividad lucrativa y la no lucrativa llevada a cabo en el ejercicio por la entidad, así como estados de flujos de tesorería.
- Desarrollar la información presupuestaria, para que se puedan conocer los planes de la entidad y la manera de llevarlos a cabo disponiendo fondos para la consecución de los objetivos de la entidad en el período.
- Diseñar una información especial, donde se describan tanto la estrategia de la entidad como las líneas de actuación, y se pueda dar información del grado de realización de las actividades y de otros indicadores de gestión.

Así pues, cabe esperar que el actual escenario de la normalización contable de las entidades sin fines de lucro en nuestro país va a experimentar cambios en el futuro, lo que supondrá nuevos desafíos para estas organizaciones y para los gestores de las mismas. Estos nuevos retos pueden constituirse en oportunidades para mejorar la comunicación con aquellos que apoyan y colaboran con estas entidades, proporcionándoles una información que realmente atienda a sus necesidades y a las peculiaridades de unas entidades que no son empresas de negocios.

En este sentido, es probable que los próximos avances puedan verse influidos por los trabajos que ha realizado recientemente AECA con respecto a las entidades sin fines de lucro, en especial por el Documento nº 23, de la serie de Principios

Contables, *Contabilidad de las Entidades sin Fines Lucrativos* (2003)[26], puesto que este organismo armonizador de carácter privado ha venido ejerciendo un importante papel en la normalización contable de nuestro país desde su fundación, y ha ejercido una particular influencia en el órgano público a cargo de la normalización contable española, el ICAC. Es por ello que estimamos oportuno reseñar la citada propuesta de AECA, en especial en lo relativo a sus grandes líneas maestras en torno a la información que deben elaborar y comunicar las organizaciones sin ánimo de lucro.

[26] Previamente se había promulgado el documento nº 24 de la serie Contabilidad de Gestión, *La Contabilidad de Gestión en las Entidades sin Fines de Lucro* (2001a).

4.4 Adaptación sectorial del Plan General de Contabilidad a las empresas de asistencia sanitaria

4.4.1 Breve reseña histórica

La disposición final primera del Real Decreto 1643/1990, de 20 de diciembre, por el que se aprueba el Plan General de Contabilidad, prevé la aprobación por el Ministerio de Economía y Hacienda, a propuesta del Instituto de Contabilidad y Auditoría de Cuentas, las adaptaciones sectoriales del Plan General de Contabilidad, las cuales se elaborarán tomando en consideración las características y naturaleza de las actividades del sector concreto que se trate, adecuándose al mismo tanto las normas y criterios de valoración como la estructura, nomenclatura y terminología de las cuentas anuales.

A tales efectos se constituyó en el seno del ICAC un grupo de trabajo para adaptar el Plan General de Contabilidad a las características concretas y a la naturaleza de las operaciones y actividades de las empresas de asistencia sanitaria.

Las normas de adaptación elaboradas se estructuran igual que el Plan General de Contabilidad en cinco partes, que van precedidas por una introducción en la que se explican las principales características de la actividad de las empresas de asistencia sanitaria, así como las modificaciones introducidas en esta adaptación y su justificación.

En el texto de normas de adaptación del Plan General de Contabilidad a las empresas de asistencia sanitaria, sólo se han incluido aquellas partes que se han visto modificadas respecto a dicho texto debido a que el resto coincide plenamente.

Así mismo, con el objeto de delimitar claramente la aplicación de las distintas adaptaciones para aquellas empresas que realizan conjuntamente varias actividades, se introduce una disposición adicional con carácter general que establece la obligatoriedad de las normas que regulan cada actividad,

especificando que en todo caso se aplicarán las normas de valoración correspondientes y que las cuentas anuales se formularán teniendo en cuenta la información específica de cada actividad.

En este sentido, la referida disposición adicional, establece que para aquellas empresas que realicen una actividad sanitaria conjuntamente con otra u otras actividades ordinarias, se aplicarán las normas de adaptación correspondientes a cada actividad, aplicando, en todo caso, lo siguiente:

1. Las normas de valoración que correspondan a cada una de las actividades.

2. Las cuentas anuales se formularán:

   - En los modelos de balance y de cuenta de pérdidas y ganancias deberán aparecer todas las partidas correspondientes a las distintas actividades, según el modelo normal o abreviado, siempre que sean significativas, en cifra de negocios o en montante de gastos, sin perjuicio de lo dispuesto sobre agrupación, subdivisión y adición de partidas.

   - En la memoria deberá incluirse toda la información correspondiente a cada una de las actividades, desglosando, en su caso, la correspondiente a inmovilizaciones materiales e inmateriales, existencias, créditos y débitos correspondientes a operaciones de tráfico, los gastos e ingresos de explotación, así como la cifra de negocios correspondiente a cada actividad.

Por todo lo expuesto, con objeto de que las empresas de asistencia sanitaria puedan disponer de un texto técnicamente preparado para facilitar, de forma normalizada, la correspondiente información contable, a propuesta del ICAC las normas de adaptación del Plan General de Contabilidad a las empresas de asistencia sanitaria.

Este texto será de aplicación obligatoria para todas las empresas, cualquiera que sea su forma jurídica, individual o societaria, que realicen la actividad indicada, para los ejercicios que se inicien con posterioridad a 31 de diciembre de 1996.

Introducción

Las normas de adaptación del Plan General de Contabilidad a las especiales características de las empresas de asistencia sanitaria han sido elaboradas por un grupo de trabajo formado por expertos que han desarrollado sus trabajos de adaptación en el ICAC.

En el curso de las reuniones celebradas se han estudiado las diferentes cuestiones que plantea la materia, profundizando en los problemas más típicos de la actividad sanitaria y proponiendo, en cada caso, las soluciones que se juzgan más razonables, con el objetivo de conseguir un texto técnicamente adecuado para contabilizar las operaciones que realizan las empresas de asistencia sanitaria. Estas normas tienen como base de elaboración los principios, la estructura y la sistemática del Plan General de Contabilidad, aprobado por el Real Decreto 1643/1990, de 20 de diciembre, que constituye el desarrollo en materia contable de la legislación mercantil.

La adaptación del Plan General de Contabilidad a las empresas de asistencia sanitaria ha venido impuesta por las características diferenciales que ofrecen estas empresas respecto a otros sectores de actividad.

La actividad sanitaria está inmersa en un entorno socio-económico determinado: los hechos diferenciales de esta actividad son significativos, de forma que el servicio que realizan, que constituye el principal objeto de tráfico del sector, está destinado a satisfacer una necesidad básica de los ciudadanos.

Las presentes normas de adaptación se aplicarán por las empresas que realicen las actividades que a continuación se incluyen, de acuerdo con la denominación contenida en el Real Decreto 1560/1992, de 18 de diciembre, por el que se

aprueba la Clasificación Nacional de Actividades Económicas, y que han sido definidas de la siguiente forma:

85.1. Actividades sanitarias, comprenden:

- Actividades *hospitalarias*
- Actividades *médicas*
- Actividades *odontológicas*
- Otras actividades sanitarias
- Actividades de servicio de ambulancias
- Laboratorios de análisis clínicos de anatomía patológica y similares

Al objeto de complementar la clasificación anterior, el grupo de trabajo también ha considerado que pueden citarse como ejemplo de actividad sanitaria las siguientes *actuaciones:* las que tienen como finalidad principal la prestación de servicios asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación en régimen domiciliario, ambulatorio o de internado y, en particular, las siguientes: hospitales, clínicas, sanatorios, centros de salud, policlínicas, ambulatorios, consultorios, centros de urgencia, clínicas dentales, centros de diagnóstico, centros de rehabilitación, centros de hemodiálisis, así como todas aquellas actividades que desde un punto de vista económico sean similares a las incluidas en el citado epígrafe.

El grupo de trabajo que ha estudiado la adaptación del Plan General de Contabilidad fue consciente desde el primer momento de que el sector sanitario requería un detallado estudio de aquellos hechos económicos propios de la actividad, que el Plan General de Contabilidad contempla, si bien su análisis particular debe ser objeto de concreción en la presente adaptación.

Aunque se han valorado los criterios expuestos por los distintos componentes del grupo de trabajo, en las decisiones adoptadas han primado aquellos que, de

acuerdo con las líneas marcadas por el Plan General de Contabilidad y atendiendo a la naturaleza de los hechos, permiten lograr un adecuado reflejo contable de su significación económica y financiera.

La adaptación sectorial contable de las empresas de asistencia sanitaria se estructura, igual que el plan general de contabilidad que le sirve de referencia, en cinco partes: principios contables, cuadro de cuentas, definiciones y relaciones contables, cuentas anuales y normas de valoración, precedidas de una introducción explicativa de las principales novedades introducidas. Al igual que el plan general contable, las partes segunda y tercera, cuadro de cuentas y definiciones y relaciones contables, son de aplicación facultativa. De igual modo, los principios contables, las cuentas anuales y las normas de valoración tienen carácter obligatorio.

- *Principios contables*

Esta primera parte no ha sufrido modificación alguna, por lo que exactamente en los mismos términos previstos en el plan general contable, se indica que la aplicación de los principios contables deberá conducir a que las cuentas anuales, formuladas con claridad, expresen la imagen fiel del patrimonio, de la situación financiera y de los resultados de la empresa.

- *Cuadro de cuentas y Definiciones y relaciones contables*

En la segunda parte, cuadro de cuentas, aunque no se intentan agotar todas las posibilidades que puedan producirse en la realidad, se han habilitado subgrupos y cuentas específicos del sector, que no figuran en el Plan General de Contabilidad, y aquellos otros que han sufrido algún tipo de adaptación, sin perjuicio de que las empresas de asistencia sanitaria, en los casos en que determinadas operaciones así los exijan, tengan que servirse de otras cuentas incluidas en el Plan General de Contabilidad.

Se han respetado en los posible los títulos y estructura de los subgrupos del plan contable, pero la elaboración de la elaboración de la adaptación sectorial ha exigido, en algunos casos más significativos, la modificación de denominaciones de cuentas y el desglose de varias de ellas en cuentas de cuatro cifras, habiéndose creado además cuentas específicas de la actividad sanitaria.

De otra parte, en la tercera parte, definiciones y relaciones contables, se ha dado contenido y claridad a las cuentas en virtud de las definiciones que se incorporan, añadiendo los conceptos específicos de la actividad sanitaria.

En los cuadros siguientes se muestra una comparación entre la estructura y contenido del cuadro de cuentas de la adaptación que nos ocupa y el vigente plan contable, en que se ponen de manifiesto sus diferencias:

Cuadro. Subgrupo "*Inmovilizaciones materiales*" según la Adaptación y el P.G.C.

ADAPTACIÓN	**P.G.C.**
22. Inmovilizaciones materiales	22. Inmovilizaciones materiales
220. Terrenos y bienes naturales	220. Terrenos y bienes naturales
221. Construcciones	221. Construcciones
2210. De uso clínico	222. Instalaciones técnicas
2211. Para fines sociales	223. Maquinaria
2212. Administrativos	224. Utillaje
2213. De uso docente	225. Otras instalaciones
2219. Otras construcciones	226. Mobiliario
	227. Equipos para procesos de información
222. Instalaciones técnicas	228. Elementos de transporte
2220. De diagnóstico	229. Otro inmovilizado material
2221. De tratamiento	
2222. De rehabilitación	
223. Maquinaria y aparatos	
2230. Maquinaria de uso clínico	
2231. Aparatos de uso clínico	
2232. Elementos de transporte interno	

2235. Maquinaria y aparatos de uso no clínico 224. Instrumental y utillaje **2240. Instrumental y utillaje de uso clínico** **2245. Instrumental y utillaje de uso no clínico** 225. Otras instalaciones **2250. Instalaciones para recepción y distribución** **2251. Tratamiento de residuos sólidos y líquidos** **2252. Sistemas contra incendios** **2253. Climatización** **2259. Otras instalaciones no técnicas** 226. Mobiliario **2260. Mobiliario de uso clínico** **2261. Mobiliario de uso no clínico** **2262. Mobiliario de hostelería** **2269. Otro mobiliario** 227. Equipos para procesos de información 228. Elementos de transporte 229. Otro inmovilizado material	

Tal y como se desprende del cuadro, el subgrupo *Inmovilizado material* se ha adecuado para recoger los inmovilizados propios de la actividad sanitaria, diferenciando mediante cuentas de cuatro dígitos aquellos activos que se destinan específicamente al uso clínico de aquellos otros que, aun siendo necesarios para la prestación del servicio, no son propiamente clínicos.

Hay que tener en cuenta que dicha clasificación se ha realizado en función del uso del bien y no por su naturaleza, tal y como se efectúa en el plan contable, ya que

en las empresas sanitarias resulta significativo obtener información sobre el inmovilizado afecto al uso clínico frente al resto de actividades auxiliares que puedan desarrollar.

De la misma forma, el subgrupo relativo a las amortizaciones acumuladas de este inmovilizado presenta idéntica segmentación.

Cuadro. Subgrupo "*Productos farmacéuticos*" según la Adaptación y el P.G.C.

ADAPTACIÓN	**P.G.C.**
30. Productos farmacéuticos	30. Comerciales
300. Fármacos específicos	300. Mercaderías A
3000. Soluciones hidroelectrolíticas y calóricas	301. Mercaderías B
3001. Sueros y dializantes	
3003. Antibióticos	
3004. Anticoagulantes	
3005. Antiinflamatorios	
3006. Hemoderivados	
3007. Citotásticos	
3009. Otros fármacos específicos	
309. Otros productos farmacéuticos	

Cuadro. Subgrupo "Material sanitario de consumo" según la Adaptación y el P.G.C.

ADAPTACIÓN	**P.G.C.**
31. Material sanitario de consumo	31. Materias primas
310. Material de radiodiagnóstico	310. Materias primas A
311. Catéteres, sondas, drenajes, colectores y membranas de diálisis	311. Materias primas B
312. Material de curas, suturas y apósitos	
313. Otro material desechable	
314. Reactivos y análogos	

315. Antisépticos y desinfectantes **316. Gases medicinales** **317. Material radiactivo** **318. Prótesis e implantes** **319. Otro material sanitario**	

Cuadro. Subgrupo "*Instrumental y pequeño utillaje*" según la Adaptación y el P.G.C.

ADAPTACIÓN	**P.G.C.**
32. Instrumental y pequeño utillaje **320. Instrumental y pequeño utillaje de uso clínico** **321. Instrumental y pequeño utillaje de uso no clínico**	32. Otros aprovisionamientos 320. Elementos y conjuntos incorporables 321. Combustibles 322. Repuestos 325. Materiales diversos 326. Embalajes 327. Envases 328. Material de oficina

Cuadro. Subgrupo "*Productos alimenticios*" según la Adaptación y el P.G.C.

ADAPTACIÓN	**P.G.C.**
33. Productos alimenticios **330. Comestibles y bebidas** **3300. Perecederos** **3305. No perecederos** **3308. Refrescos y bebidas** **339. Otros productos alimenticios**	33. Productos en curso 330. Productos en curso A 331. Productos en curso B

Cuadro. Subgrupo "*Vestuario, lencería y calzado*" según la Adaptación y el P.G.C.

ADAPTACIÓN	**P.G.C.**
34. Vestuario, lencería y calzado	34. Productos semiterminados
340. Vestuario y lencería	340. Productos semiterminados A
3400. Vestuario y uniformes	341. Productos semiterminados B
3401. Ropa de quirófano	
3402. Ropa de habitaciones	
3409. Otra lencería	
345. Calzado	

Cuadro. Subgrupo "*Otros aprovisionamientos*" según la Adaptación y el P.G.C.

ADAPTACIÓN	**P.G.C.**
35. Otros aprovisionamientos	35. Productos terminados
351. Combustibles	350. Productos terminados A
3510. Gasolina, fuel-oil, gas-oil	351. Productos terminados B
3511. Gas	
3519. Otros combustibles	
352. Repuestos	
353. Materiales para reparaciones y conservación	
3530. Mecánica	
3531. Carpintería	
3532. Electricidad	
3533. Fontanería y calefacción	
3534. Albañilería	
3535. Pintura	
3536. Electrónica	
3539. Otros materiales para reparaciones y conservación	

354. Material de limpieza y aseo **3540. Material de limpieza** **3545. Productos de aseo** 358. Materiales de oficina y diversos **3580. Material de oficina** **3581. Material informático** **3582. Material fotográfico** **3588. Embalajes y envases** **3589. Otros materiales diversos**	

El grupo 3, *Existencias*, cuya importancia en las empresas de asistencia sanitaria es obvio resaltar, tiene una estructura acomodada a las necesidades de la gestión propia de las mismas, por lo que ha sufrido modificaciones significativas en cuenta a definición y contenido.

Los subgrupos *30, 31, 32, 33, 34* y *35* están desarrollados en cuentas de tres cifras, desarrollo que se ha hecho a título orientativo pudiendo, de acuerdo con las necesidades de cada empresa en base a su experiencia, agrupar del modo más racional posible y formando unidades distintas a los diversos elementos que componen estos subgrupos. Así mismo, de forma explícita se establece que por razones de control pueden incluirse otros desarrollos, de nivel inferior, en cada caso concreto para conseguir información más pormenorizada sobre los movimientos de productos farmacéuticos y de material sanitario de consumo.

Una cuestión importante que es necesario contemplar dentro de las empresas de asistencia sanitaria es el desarrollo de otras posibles actividades, tales como la producción propia de medicamentos, destinados en general al consumo final de la propia empresa y que se han excluido de estas normas, debido a que por ser consideradas auxiliares o complementarias de la específica no están generalizadas en la asistencia sanitaria. En aquellas empresas que realicen este tipo de actividad

auxiliar, se podrán aplicar las cuentas del Plan General de Contabilidad necesarias para obtener la información precisa y un control más eficaz.

Cuadro. Subgrupo "*Compras*" según la Adaptación y el P.G.C.

ADAPTACIÓN	**P.G.C.**
60. Compras	60. Compras
600. Compras de productos farmacéuticos	600. Compras de mercaderías
601. Compras de material sanitario de consumo	601. Compras de materias primas
602. Compras de instrumental y pequeño utillaje	602. Compras de otros aprovisionamientos
603. Compras de productos alimenticios	607. Trabajos realizados por otras empresas
604. Compras de vestuario, lencería y calzado	608. Devoluciones de compras y operaciones similares
605. Compras de otros aprovisionamientos	609. Rappels por compras
606. Servicios asistenciales prestados por profesionales y otras empresas	
6060. Licenciados sanitarios	
6061. Técnicos sanitarios	
6062. Servicios asistenciales prestados por otras empresas	
607. Trabajos realizados por otras empresas o profesionales	
6070. Lavandería	
6071. Limpieza	
6072. Seguridad	
6073. Restauración	
6079. Otros trabajos y servicios	
608. Devoluciones de compras y operaciones similares	
609. Rappels por compras	

Tal y como se estableció anteriormente en relación al grupo 3, *Existencias,* este subgrupo se ha estructurado principalmente en atención a los centros de asistencia sanitaria debido a la importancia que los mismos representan. Así pues, en el subgrupo de 60. *Compras* las cuentas se desglosan de forma similar al de las existencias, comprendiendo además de las compras, los servicios y trabajos que se encargan a otras empresas y profesionales, incorporando la terminología y tipología propia de esta actividad específica.

Cuadro. Subgrupo "*Ingresos por prestaciones de servicios*" vs "*Ventas*" según la Adaptación y el P.G.C.

ADAPTACIÓN	**P.G.C.**
70. Ingresos por prestaciones de servicios **700. Prestaciones por servicios a particulares** 7000. Hospitalización 7005. Urgencias 7006. Consultas externas 7009. Otros servicios de no hospitalización **701. Concertados con entidades aseguradoras privadas** 7010. Hospitalización 7015. Urgencias 7016. Consultas externas 7019. Otros servicios de no hospitalización **702. Concertados con mutuas de accidentes de trabajo y empresas colaboradoras de la Seguridad Social** 7020. Hospitalización 7025. Urgencias 7026. Consultas externas 7029. Otros servicios de no hospitalización	70. Ventas de mercaderías, de producción propia, de servicios, etc. 700. Ventas de mercaderías 701. Ventas de productos terminados 702. Ventas de productos semiterminados 703. Ventas subproductos y residuos 704. Ventas de envases y embalajes 705. Prestaciones de servicios 708. Devoluciones de ventas y operaciones similares 709. Rappels sobre ventas

704. Concertados con entidades u organismos del Sistema Nacional de Salud 7040. Hospitalización 7045. Urgencias 7046. Consultas externas 7048. Diferencias por concertación 7049. Otros servicios de no hospitalización **706. Concertados con otras entidades y organismos públicos** 7060. Hospitalización 7065. Urgencias 7066. Consultas externas 7068. Diferencias por concertación 7069. Otros servicios de no hospitalización **708. Bonificaciones** 7080. Por indicación social 7083. Al personal y sus familiares 7085. Por relaciones públicas 7089. Otras bonificaciones **709. Otros ingresos por prestaciones de servicios**	

Tal y como se muestra en la tabla el subgrupo 7 ha sido objeto de importantes modificaciones.

En el subgrupo 70 se incluyen las cuentas necesarias para contabilizar los ingresos que obtiene la empresa por la asistencia sanitaria; se desarrollan cuentas de tres cifras con el propósito de diferenciar el origen de los ingresos que producen las

diferentes organizaciones, separando adecuadamente los conciertos realizados con aquellas entidades públicas y privadas más representativas.

Así mismo, en relación a la clasificación de los ingresos, se podría optar en función de la naturaleza del servicio sanitario prestado, tales como intervenciones quirúrgicas, exploraciones radiológicas, determinaciones analíticas, etc., o bien en función del régimen en el que se realiza dicho servicio, es decir, hospitalización, urgencias, consultas, etc. Sin embargo, en las normas de adaptación se ha optado por la segunda solución, al considerar que en la mayoría de las empresas los medios personales y materiales de dichos servicios tienen una adscripción concreta distinta a las actividades previstas en la primera clasificación.

Se ha modificado la cuenta 709. *Otros ingresos por prestación de servicios* para recoger aquellos ingresos que aun siendo específicos de estas empresas no se derivan estrictamente de la asistencia sanitaria, como pueden ser los obtenidos como consecuencia de los servicios prestados a los acompañantes de los pacientes, que en ocasiones pueden ser una fuente importante de ingresos.

Igualmente se ha variado el contenido de la cuenta 708. *Devoluciones de ventas y operaciones similares* del Plan General de Contabilidad, incluyendo en esta adaptación, bonificaciones que las empresas sanitarias conceden por diferentes conceptos a sus clientes, siempre y cuando se concedan fuera de factura, omitiendo de esta forma las devoluciones que no pueden practicarse al tratarse de servicios prestados.

Cuadro. Subgrupo "*Otros ingresos de gestión*" según la Adaptación y el P.G.C. **ADAPTACIÓN**	**P.G.C.**
75. Otros ingresos de gestión **750. Ingresos por actividades complementarias** 751. Resultados de operaciones en común 7510. Pérdida transferida (gestor) 7511. Beneficio atribuido (partícipe o asociado no gestor) 752. Ingresos por arrendamientos 753. Ingresos de propiedad industrial cedida en explotación **754. Ingresos por prestación de servicios docentes** **755. Ingresos por servicios al personal** **756. Ingresos por prestación de servicios de investigación** **757. Ingresos por ventas de productos diversos** **758. Ingresos por ventas de publicaciones** 759. Ingresos por servicios directos	75. Otros ingresos de gestión 340. Productos semiterminados A 341. Productos semiterminados B

Cuentas anuales

La cuarta parte de la adaptación, de obligado cumplimiento, ha sido objeto de algunas modificaciones. Al igual que en el plan contable incluye las normas de elaboración de las cuentas anuales, en su modelo normal y abreviado, así como aclaraciones y normas sobre el contenido material y la forma de cumplimentar los mismos. También se incluyen los modelos de balance, cuenta de pérdidas y ganancias y memoria que han adaptado sus diversas partidas a las especiales características de las empresas de asistencia sanitaria.

En particular, en el modelo de la memoria se introducen innovaciones en varios apartados. A este respecto, en relación a la *actividad de la empresa* se exige dar información sobre la existencia de cualquier actividad realizada por la misma que no sea de naturaleza clínico-asistencial, así como la integración en organizaciones sanitarias. En el apartado que corresponde a *inmovilizado material* se demanda información sobre las correcciones de valor efectuadas como consecuencia de obsolescencia técnica, el importe de las inversiones en inmovilizado material más representativas en función de su valor o complejidad tecnológica, así como el inmovilizado material dado en cesión, usufructo o cualquier otra figura análoga a otras empresas. En relación al epígrafe correspondiente a las *subvenciones*, se exige dar información sobre el origen de dichas subvenciones especificando si se reciben del sector público o del sector privado indicando, para el caso del sector público, el ente que la concede. Y, por último, en el apartado de *deudas no comerciales* se exige información en *otras deudas*, distinguiendo específicamente las de la Administración Pública y la Seguridad Social.

- *Normas de valoración*

La normas de valoración contenidas en la quinta parte de la adaptación se han ajustado en gran medida a las contenidas en el Plan General de Contabilidad. No

obstante, ha sido necesario incluir modificaciones en la norma de valoración relativa a *ingresos por prestación de servicios*, así como la introducción de criterios necesarios para valorar adecuadamente los diferentes ingresos que obtienen las empresas sanitarias.

De otra parte, un aspecto ampliamente debatido por el grupo de trabajo lo constituyó el tratamiento contable que se debe dar a las subvenciones, donaciones y legados que con frecuencia reciben las empresas de asistencia sanitaria. Así pues, en la norma de valoración correspondiente a las *subvenciones, donaciones y legados* se han incluido las diferentes formas en que se materializan estas operaciones, incluyendo los criterios necesarios para su adecuada contabilización. Como criterio general, estos importes se consideran como resultados extraordinarios, sin perjuicio de que en determinados casos, cobertura de déficit y asegurar una rentabilidad mínima, se traten como un ingreso ordinario.

CONCLUSIONES

1.- A pesar de que se interprete que la Constitución permite efectuar las distintas alternativas de prestación sanitaria y prestación social por el mismo u organismos independientes, se puede decir que a raíz de las últimas transferencias a las diez Comunidades Autónomas, así como del último acuerdo de financiación adoptado, a través del cual se ha producido una incorporación de la financiación de la asistencia sanitaria en la financiación autonómica general, se ha conseguido desvincular definitivamente a ambos Sistemas por cuanto las prestaciones de la asistencia sanitaria pública ya no son responsabilidad del ente gestor de la Seguridad Social sino de los correspondientes servicios de salud autonómicos.

2.- El conocido sistema de financiación como "*línea de ingreso"* a partir del cual la financiación de la función de Sanidad ya no se efectúa vía transferencias específicas por parte del Estado sino que son las Comunidades Autónomas las responsables directas de su financiación vía ingresos tributarios propios supone un cambio sustancial, tanto por la responsabilidad sanitaria de las citadas Comunidades como por la propia gestión sanitaria.

3.- La estructura organizativa del Sistema Nacional de Salud español, desde un punto de vista global, puede decirse que en el mismo se aprecia la convivencia paralela de las dos realidades económicas que existían en este entonces, de una parte, el Sistema de la Seguridad Social con la Tesorería General y el Instituto Nacional de Salud y, de otra, los Servicios Regionales de Salud de las C.C.A.A. que asumieron en primer término las competencias en materia de gestión sanitaria.

4.- Para alcanzar los principios de universalidad de la asistencia a toda la población, la financiación pública vía impuestos, la prestación de una atención integral en condiciones de equidad, así como, la coordinación e integración de los agentes partícipes del Sistema han estado condicionados, entre otros factores, a dos hechos de especial relevancia para el sector, estos son, el proceso de descentralización de las competencias en materia de gestión sanitaria, así como, el proceso de financiación al que ha estado sujeto el Sistema.

5.- Ante un marco descentralizador como el que se presenta en el ámbito sanitario actual, y su previsible continuación en el futuro, se demanda la configuración de un Sistema Nacional de Salud integrado, es decir, bajo la concepción de un verdadero Sistema, del cual, no se desea ofrecer como imagen la suma de los diecisiete Servicios de Salud autonómicos por cuanto el primero de ellos abarca un ámbito mucho más amplio que el derivado de la simple agregación de las partes.

6.- En la actualidad, la opinión, casi generalizada, de los agentes sociales y la ciudadanía española es que en nuestro país se continúe con un modelo universal, financiado públicamente y equitativo para el conjunto de la población. Los

ciudadanos españoles, con carácter general, consideran que el concepto de Seguridad Social se asocia o al menos se vincula, en cierta forma, con el término "Estado del Bienestar" aunque este último sea más amplio, puesto que incorpora otros aspectos cuanto menos de igual relevancia que el que estamos tratando.

7.- Si ya con anterioridad a su descentralización la gestión del servicio sanitario planteaba grandes dificultades, en la actualidad ha incrementado su relevancia debido, principalmente, a que todas las CCAA asumen la responsabilidad, ya no tan sólo de la gestión y asignación de los recursos, sino, a su vez, de la generación de los mismos para su correspondiente financiación. En consecuencia, todo ello ha traído consigo que se planteen nuevas necesidades en el ámbito de la gestión pública sanitaria española.

8.- La sanidad se enmarca, casi generalizadamente, como bien preferente del ciudadano y, en consecuencia, encaminada a satisfacer en realidad una necesidad privada, planteándose la disyuntiva de llevar a cabo una producción pública o privada en torno a la provisión de la misma. Ante esta alternativa son numerosos los planteamientos que, desde un punto de vista teórico, argumentan que la producción pública de los servicios sanitarios no tiene cabida. Por el contrario, otra parte de la doctrina considera que determinados servicios, entre ellos la sanidad, reclaman necesariamente una producción pública. Finalmente, en nuestro caso nos inclinamos por una producción pública o del Estado que, además, sea acompañada por unos instrumentos de gestión privados.

9.- La preocupación manifiesta por la gestión y financiación del servicio sanitario ha conducido a sus responsables, en su gran mayoría, a la incorporación de numerosas disposiciones que hacen referencia a las nuevas necesidades de gestión

a las que se enfrenta, en la actualidad, la realidad sanitaria específica de cada Comunidad Autónoma. Ello pone de manifiesto que los modelos de gestión tradicionales aplicados con anterioridad no se adecuan, convenientemente, al nuevo contexto financiero y de rigor presupuestario al que se hallan sujetas las diversas Comunidades Autónomas.

10.- Tras analizar el conjunto de las Leyes de Ordenación Sanitaria en cada Comunidad Autónoma, entre otros aspectos, y realizado un diagnóstico de la situación actual de la estructura funcional que pueden adoptar los Sistemas Sanitarios autonómicos que integran el Sistema Nacional de Salud, en síntesis, se puede observar que continúa primando la descentralización en la gestión del servicio, es decir, si ya ésta se había dado a nivel general en el sector, en la que hubo un mayor predominio de la descentralización territorial, apreciamos que este nivel de descentralización se acentúa a nivel autonómico y con carácter funcional.

11.- Como prueba de lo anterior y, entre ellas, destacamos y hacemos especial incidencia en la adopción, en el nivel de la microgestión o provisión del Sistema, de cualquier tipología de las formas de gestión de servicios públicos amparadas en nuestro ordenamiento legal, lo cual implica, entre otros aspectos, disponer de un amplio margen de autonomía para llevar a cabo una importante descentralización en la gestión de estos servicios.

12.- Entre los condicionantes en la gestión de los servicios públicos sanitarios, sin duda, tiene carácter preeminente la dificultad en la medición del producto sanitario y, en tal sentido, debemos poner de relieve dicha dificultad en torno a la definición y medición de la producción de servicios sanitarios lo cual condicionará, evidentemente, la determinación de medidas adecuadas de

rendimiento. Así pues, no resultará fácil disponer de una evidencia sobre la eficacia, la efectividad y la eficiencia de los mismos.

13.- Los distintos responsables de la gestión del gasto sanitario se enfrentan, diariamente, al desafío procedente de la evidencia de que los recursos económicos disponibles crecen en menor proporción de lo que lo hacen las necesidades, y siendo conscientes de que estas últimas no se pueden determinar de forma exacta, ni conceptual ni empíricamente, hace que adquiera mayor protagonismo la idea genérica de que, por muchos recursos económicos que se destinen a la financiación de este tipo de servicios, nunca se terminarán de cubrir las necesidades existentes, y menos aún las potenciales.

14.- En lo referente al ámbito específico de la sanidad, el desconocimiento de los fundamentos económicos que, de una parte, no consideran a la sanidad una función incluida entre aquellas clasificadas como bienes públicos puros y, de otra parte, los que argumentan que tampoco cumple la condición específica de bien privado, conlleva en numerosas ocasiones a establecer erróneamente determinadas hipótesis de comportamiento que no son aplicables a la realidad sanitaria, al menos no específicamente a la española.

15.- Aunque esté enmarcada la sanidad como bien preferente del ciudadano y, por consiguiente, quedar incluida en el conjunto de servicios y prestaciones que el Estado se compromete a garantizar a la sociedad, los poderes públicos deberán decidir si su producción se realizará desde el ámbito público o, por el contrario, permitir que sea el sector privado el que lleve a cabo la misma. En tal sentido, en la actualidad la mayoría de los países desarrollados prefieren un marco en el que predomine un sistema sanitario público con imperfecciones, por cuanto la

uniformidad en las prestaciones, así como, las restricciones en la cantidad y/o calidad de los servicios, constituyen las características más sobresalientes del ámbito público frente al mercado como institución.

16.- En los servicios que se producen paralelamente por las Administraciones Públicas y por las empresas privadas, estas últimas emplean técnicas de gestión empresariales para la producción y venta de dichos servicios, mientras que las Administraciones Públicas utilizan procedimientos meramente administrativos en la producción de los mismos dando lugar a que, en numerosas situaciones similares, los costes unitarios sean bastante más elevados en el sector público que en la empresa privada. Cuando en España dicha producción pública supone en la actualidad el factor principal que incrementa el gasto público, parece inconcebible que la producción, en sentido estricto, de las Administraciones Públicas no se organice con una orientación empresarial. Es decir, a pesar de que en los años transcurridos se ha incrementado la producción de este tipo de servicios, la organización y el sistema de gestión han permanecido, prácticamente, sin modificación alguna en lo que al ámbito público se refiere. Sin embargo, a nuestro juicio, y en línea con otros autores, no somos tan “optimistas” en considerar que la mera transposición de las técnicas de gestión privada a las actividades que desempeña la Administración resulten del todo satisfactorias, sin tener en cuenta características propias de éstas.

17.- A partir del decreto citado en la anterior conclusión se pone de manifiesto la tendencia generalizada de transformar los centros provisores de servicios sanitarios en organizaciones empresariales. A nuestro entender se ha originado un grado de desagregación muy importante de los agentes gestores del gasto sanitario público, lo cual perjudica y disminuye considerablemente la imagen global y comparación del sistema de la red sanitaria provisora pública de servicios sanitarios en nuestro país.

18.- Esta propuesta de separación de funciones se basa, fundamentalmente, en incorporar el principio de división funcional de competencias en el proceso para la toma de decisiones que concierne a la gestión de los servicios sanitarios. Más concretamente, consiste en la separación de las funciones de financiación y provisión que, hasta el momento, se encuentran integradas en la organización pública sanitaria. En consecuencia, se trata de diferenciar dos de las principales funciones incluidas en cualquier unidad económica permitiendo, para este ámbito específico, convertir los actuales modelos organizativos en los que la financiación y la provisión de los servicios se encuentran integrados jerárquicamente, a un nuevo modelo en el que prevalecerán estructuras desagregadas por funciones. Cuando hacemos alusión a la propuesta de separación de funciones nos referimos a la dicotomía convencional que diferencia, exclusivamente, a las funciones de financiación y provisión de los servicios sanitarios sin la incorporación de mercado y sin la incorporación de una tercera función, concretamente la de compra.

19.- Las CCAA, a nuestro juicio, han optado decididamente por una puesta en práctica de los principales planteamientos de la Nueva Gestión Pública. En esta línea, consideramos que prevalece una medida integral, la separación de funciones, ya que entendemos que es una propuesta de reforma global que abarca a todos los niveles de gestión del Sistema Sanitario de la Comunidad Autónoma en su conjunto. En consecuencia, de esta forma se observa la intención de trasladar riesgo a todos los responsables de la ejecución presupuestaria, con independencia del nivel de decisión vinculante a la respectiva Comunidad Autónoma. De otra parte, también se ponen de relieve propuestas de reforma parciales, entre ellas, adoptar en el nivel de la microgestión o provisión del Sistema, cualquier tipología de las formas de gestión de servicios públicos amparadas en nuestro ordenamiento jurídico, lo cual implica disponer de un

amplio margen de autonomía para llevar a cabo una importante descentralización en la gestión de estos servicios.

20.- En esencia, el objetivo planteado con esta reforma potencial de la organización de nuestro sistema sanitario público consiste, fundamentalmente, en la búsqueda de una mayor eficiencia y calidad del mismo, para lo cual, se pretende adoptar una serie de medidas encaminadas a lograr una mayor implicación de los profesionales y demás agentes intervinientes del Sistema para con el Sistema. Para el alcance de tal propósito, se apuesta por la constitución de diversas modalidades de gestión en las que la dotación de personalidad jurídica propia adopta un significado relevante en aras de alcanzar un modelo organizativo óptimo dotado con la suficiente autonomía para llevar a cabo su gestión e implicar a los referidos agentes con la realización de la actividad y consecución de los resultados del conjunto del Sistema.

21.- De entre los diversos análisis y estudios efectuados por distintos autores en la materia, podemos afirmar que la sanidad española llegó a las puertas de la Constitución con numerosas deficiencias que, a nuestro modo de entender, se pueden sintetizar en dos problemas principales. Por un lado, la presencia de un ordenamiento jurídico dispar y, por otro lado, la confluencia de un conjunto heterogéneo de redes asistenciales encargado de llevar a cabo la prestación sanitaria.