
La oportunidad perdida: la financiación sanitaria

Vicente Rambla Momplet

Conseller de Sanidad. Generalitat Valenciana

El planteamiento del problema

Uno de los mayores éxitos que podemos atribuir a la democracia española es la implantación de un sistema sanitario de cobertura universal y de financiación pública. Este sistema, basado en principios como la equidad, la gratuidad y la calidad, al igual que nuestro régimen de libertades, ha venido consolidándose en los últimos 25 años.

Al amparo de nuestra Constitución hemos visto mejorar, año tras año, el nivel de las prestaciones sanitarias, la red de centros asistenciales, los programas preventivos; en definitiva, la calidad global de la atención que se dispensa a todos nuestros conciudadanos.

Creo sinceramente que todos debemos sentirnos orgullosos del esfuerzo colectivo que hemos realizado. Un orgullo que debe movernos a continuar trabajando intensamente en la mejora del modelo de atención médica que representa el Sistema Nacional de Salud (SNS).

Gobiernos, como el del Partido Popular, han sabido asumir esta responsabilidad mientras han ejercido el poder; y lo han hecho impulsando medidas de índole política y legislativa que han ayudado a dinamizar el actual panorama sanitario español. Leyes como la de Cohesión y Calidad del SNS, el Estatuto Marco del personal sanitario o la de Ordenación de las Profesiones Sanitarias son ejemplos muy significativos de esta asunción de responsabilidades de que se ha hecho gala.

No obstante, en los últimos años, el optimismo con el que contemplábamos el futuro se ha visto empañado por distintos factores, tanto políticos como de tipo estructural o financiero.

A los ya tradicionales problemas organizativos, demográficos o epidemiológicos, que desde hace más de una década vienen condicionando la sostenibilidad financiera del Sistema sanitario público, se han unido otros elementos, como por ejemplo la culminación del proceso de transferencias sanitarias.

En el año 2001 y tras 18 años de desarrollo del SNS, las Comunidades Autónomas (CCAA) españolas terminaron de asumir las competencias en esta materia. Este proceso ha tenido una enorme trascendencia para la política sanitaria de nuestro país y no sólo porque ha supuesto un avance decisivo en el nivel de autogobierno de los territorios o por la importancia intrínseca que entraña, para una Comunidad Autónoma, la asunción de la gestión directa del servicio público de salud, sino sobre todo porque las transferencias sacaron a la luz la necesidad de definir los nuevos roles que debían ejercer los distintos actores que intervienen en el proceso de la gestión sanitaria y la atención médica.

Ante el nuevo panorama abierto en el sistema sanitario español, surgieron desde diversos sectores, tanto profesionales como sociales, voces que predecían una pérdida de cohesión del Sistema sanitario público.

Esas voces se entremezclaban con opiniones y mensajes de advertencia en los que se instaba a las autoridades sanitarias a hacer un ejercicio de responsabilidad con el fin de preservar, en este gran proceso de reordenación sanitaria, principios como el ya mencionado de la equidad o el de la cohesión y la solidaridad interterritorial.

La indefinición de un Estado que no asume el papel de coordinación y arbitraje, que la Ley General de Sanidad y la Ley de Cohesión y Calidad del SNS le otorga, ha provocado que haya una sensación de deriva errática del Sistema sanitario público.

La ineficacia de foros, en los que teóricamente deberían plantearse estos problemas, como es el caso del Consejo Interterritorial, y más recientemente la Conferencia de Presidentes autonómicos, ha demostrado, de forma inequívoca, la incapacidad de las autoridades estatales para modular las tensiones y para ejercer el necesario papel de árbitro de esta nueva situación.

En reiteradas ocasiones he hecho hincapié en la necesidad de contar con foros en los que exponer exigencias y establecer consensos políticos con los que hacer frente a problemas como la financiación sanitaria, la política farmacéutica, el diseño de la carrera profesional, el impulso de la investigación, la nueva cartera de servicios, etc. La respuesta a esta reiteración ha sido una continua falta de receptividad a estas propuestas.

Son muchos, por tanto, los frentes políticos que tenemos abiertos en la actualidad. Antes aludía a problemas ya tradicionales de nuestro Sistema sanitario. Problemas como la excesiva rigidez de las

estructuras organizativas, la ineficiencia en la gestión sanitaria y clínica, los desajustes entre la oferta y la demanda, la preponderancia del factor asistencial sobre el gerencial, el aumento constante de los costes asistenciales o la dependencia cada día más notoria de la tecnología sanitaria. Todas ellas son pinceladas de esa realidad compleja a la que nos enfrentamos.

Esa realidad también se está viendo afectada por factores de tipo sociológico, como la demanda creciente de servicios, los movimientos migratorios, el envejecimiento de la población, la evolución de los patrones epidemiológicos y de morbilidad o el aumento de las enfermedades crónicas y por tanto de la dependencia física y psicológica del enfermo.

En su conjunto, todos y cada uno de estos elementos que he reseñado son los que están contribuyendo a elevar el nivel de preocupación de los responsables sanitarios de este país.

Esta situación ha desembocado en un debate político y social que, en el último lustro, se ha centrado en la necesidad de introducir nuevos mecanismos de financiación y gestión que favorezcan una mayor eficiencia en el uso de los recursos, permita la sostenibilidad financiera del Sistema, garantice la calidad de las prestaciones y preserve el principio de equidad.

Parece evidente, que en estos momentos ni la economía española, ni la de las CCAA, está preparada para soportar, a medio plazo, el incremento de los costes que se vaticina y que según todos los indicios vendrá derivado sobre todo de la inmigración o del envejecimiento poblacional.

En este sentido, vale la pena destacar el impacto que ambos factores están provocando en la Comunidad Valenciana.

Así, por ejemplo y respecto al primero de ellos, según el último avance del Padrón del año 2005, que emite periódicamente el Instituto Nacional de Estadística (INE), en la Comunidad Valenciana residen **573.000 extranjeros**, lo que supone aproximadamente el **12,3 %** de la población valenciana.

Por otra parte se debe considerar a toda la población que es atendida en nuestros centros sanitarios. Por ello hay que tener en cuenta a los turistas extranjeros y a los desplazados nacionales. Con ellos la cifra de población que se atiende anualmente en los centros sanitarios valencianos pasa a ser de 5,7 millones de personas, cantidad que coincide con las estimaciones que el propio INE ha llevado a cabo, referido al año 2001, al calcular la *“población vinculada no residente”*.

Y esta cantidad hay que tenerla presente pues, a la hora de calcular la po-

blación atendida en esta Comunidad, el Modelo de financiación del año 2001 no contempló una evolución demográfica tan pronunciada, más bien al contrario, el Modelo tomó como referencia la población residente correspondiente al año 1999, que según el INE era, en aquel momento, de 4.066.474 habitantes.

A este factor hay que añadir además el hecho de que el peso específico del turismo de “tercera edad” es cada vez mayor, con lo que ello conlleva de mayores prestaciones.

Por otra parte, nos encontramos también con el segundo de los factores: el envejecimiento progresivo de nuestra sociedad.

En este sentido en el año 2001, según cifras del último censo de INE, existían en la Comunidad Valenciana un total 696.000 personas mayores de 65 años, lo que suponía un 17,03 % de la población total. Y de cara al 2015, la proyección prevista por el mismo Instituto cifra la población con esa edad en 832.000 personas, es decir, el 19,52 % de la población.

Parece lógico pensar que este envejecimiento va a ir acompañado de un aumento de las enfermedades de tipo neurodegenerativo, de las de carácter crónico y psiquiátrico y de las pluripatologías. Además también es fácil prever un crecimiento de la discapacidad, de los ni-

veles de dependencia del entorno; así como de la demanda de servicios socio-sanitarios, lo cual comportará indudablemente más gasto.

El gasto sanitario de las CCAA ha crecido en los últimos años por encima del Producto Interior Bruto (PIB). En parte por razones exógenas, como las ya expuestas y, en parte también por decisiones que en materia de gestión han ido adoptando las propias CCAA. Este alto nivel de gasto ha quedado reflejado en un esfuerzo presupuestario constante y creciente.

Así, para el año 2006, la Generalitat Valenciana pretende destinar un total de 4.609.383.740 euros a mejorar la calidad de las prestaciones que reciben todos los valencianos. Esta cantidad supone que cada día nos gastemos 12,6 millones de euros en el funcionamiento de nuestra red asistencial, en la mejora de las infraestructuras y en la potenciación de los programas preventivos.

Pues bien, aunque esta cantidad puede parecer importante, resulta claramente insuficiente. España sigue siendo el país, de nuestro entorno, que menos gasta en el mantenimiento de su Sistema sanitario. En la actualidad, dedicamos el 7,5 % del PIB a cubrir este tipo de gastos; mientras que en países como Alemania se dedica el 10,7 % del PIB, en Francia el 9,5 %,

en Suecia el 8,7% y en el Reino Unido el 7,6%.

Con estas cifras en la mano no debe sorprender que se produzcan tensiones presupuestarias, y que éstas se traduzcan en un déficit acumulado en las CCAA.

En estos momentos, la situación financiera de todos los servicios autonómicos de salud empieza a resultar muy compleja y en nuestra opinión esta situación sólo puede solventarse a través de la adopción de nuevas estrategias en materia de política y gestión sanitaria, de mayores esfuerzos presupuestarios, por parte de las diferentes CCAA, y sobre todo de una mayor sensibilidad por parte de quien, hoy en día, tiene la capacidad de financiar a las CCAA y me refiero, lógicamente, al Estado.

El reto de la suficiencia económica va a marcar, sin duda, el devenir de la sanidad española en este decenio, como también lo va a hacer la búsqueda de una mayor eficiencia en la gestión.

Todos los responsables sanitarios de este país, ya sean estatales o autonómicos, tienen la obligación de arbitrar medidas que garanticen la sostenibilidad financiera del Sistema sanitario público. Además también tenemos el deber de emplear las más modernas herramientas tecnológicas y de gestión para mejorar no sólo la faceta clínica, diagnóstica o te-

rapéutica, sino también el funcionamiento interno de nuestra organización.

La estrategia de la Comunidad Valenciana

En este sentido, la Comunidad Valenciana no se está limitando a ver, de forma pasiva, cómo se desarrollan los acontecimientos, sino que hemos procurado ser proactivos y para ello hemos diseñado una estrategia global, orientada hacia varios frentes.

A modo de resumen podría destacar algunos de ellos. Así, por ejemplo, desde 1999 estamos introduciendo las nuevas fórmulas de gestión sanitaria, a nivel hospitalario o clínico. Dos ejemplos ilustran esta medida perfectamente. La extensión de la fórmula jurídica de la concesión administrativa desde el Hospital de Alzira a otros centros hospitalarios como Torrevieja y Denia. Y la potenciación de la gestión clínica a través de las áreas clínicas, las unidades asistenciales, así como a través de los protocolos y las guías clínicas.

También hemos iniciado la integración progresiva de la Atención Primaria y la Especializada, creando un Modelo de “gestión única” con el fin de mejorar la eficiencia de nuestra red asistencial.

Asimismo podría destacar los Acuerdos de gestión que hemos suscrito con

todos los departamentos de salud de nuestra Comunidad y a través de los cuales pretendemos vincular la financiación de los mismos al cumplimiento de unos objetivos asistenciales.

Por otra parte también cabe subrayar la instauración de los nuevos Sistemas de financiación capitativa o de facturación intercentros; así como la implantación de proyectos informáticos como Arterias, Abucasis o Gaia, que creemos van a contribuir también a mantener el necesario equilibrio entre costes y efectividad.

Junto a estas iniciativas que se han visto o se verán plasmadas en un plazo corto de tiempo, cabría resaltar otros proyectos estratégicos, de un gran impacto económico, como el programa “Construyendo Salud 2005-2008”, a través del cual vamos a destinar un montante económico de 1.100 millones de euros a la construcción de más de 100 centros de Atención Primaria y 13 nuevos hospitales.

En materia de calidad y seguridad asistencial hemos diseñado nuevos planes y programas como el Plan de Salud 2005-2009, el Plan de Excelencia de la Sanidad Valenciana o el Plan de garantía de no demora, a través de los cuales vamos a poder aplicar medidas como el control de las demoras asistenciales, el consentimiento informado, la libre elec-

ción de centro y profesional, el acceso a la historia clínica, la información sobre listas de espera, la “segunda opinión” médica, los servicios *on-line* a través de nuestra web como las solicitudes de cita previa, el cambio de médico o la receta electrónica.

También me gustaría reseñar el gran esfuerzo que hemos hecho de cara a potenciar los programas preventivos y educativos como el de las revisiones para mayores de 40 años, el de control de la seguridad alimentaria o los programas de prevención del melanoma, de la obesidad infantil, del cáncer, de la legionelosis, de la osteoporosis, de la asistencia integral del paciente diabético, etc.

Por otra parte, no hemos querido olvidar al que sin duda es el pilar fundamental de la sanidad pública y me refiero lógicamente al profesional sanitario. Iniciativas como la mejora de sus retribuciones, en forma de pago de la productividad variable, el pago por tarjeta en Atención Primaria y el acuerdo retributivo en materia de Atención Continuada y Guardias, son una muestra del interés por apoyar su trabajo.

También hemos actualizado los procesos de selección y provisión y mejorado el entorno laboral diario a través de una nueva regulación de la jornada y el horario de trabajo.

Muy significativo es también el diseño de la que será la nueva carrera profesional de los sanitarios valencianos, con la que pretendemos estimularle en su quehacer diario. A través de ella vamos a premiar el esfuerzo que éste realiza con el fin de aumentar su competencia resolutoria, así como su implicación en las estrategias políticas que el Sistema sanitario público valenciano ha puesto en marcha.

Pues bien, para hacer frente al coste que comporta este gran cúmulo de iniciativas, con las que pretendemos satisfacer las demandas de mayor calidad que nos hace el ciudadano, contamos con un montante financiero que resulta claramente insuficiente.

La financiación de la sanidad

El Acuerdo de financiación, actualmente vigente, y que fue aprobado, por consenso, a través de la Ley 21/2001 de 27 de diciembre, ha permitido disponer de un modelo estable de financiación. Un modelo que recoge además una serie de mecanismos, a partir de los cuales puede ser desarrollado y, por tanto, modificado.

Antes de plantearnos una alteración integral del actual Modelo, con la dificultad que ello supone, deberíamos propi-

ciar, de forma consensuada, un desarrollo integral del mismo, maximizando sus posibilidades.

Esta visión de desarrollo del Modelo es la que creo que, en primer lugar, debe abordarse para hacer frente a la mejora de la financiación sanitaria.

El Modelo del 2001 quedó teóricamente configurado como un mecanismo financiero a través del cual se podía, entre otras cosas, compensar la atención dispensada a aquellas personas que se “desplazan” entre los diferentes territorios autonómicos que forman el SNS o provienen de otros Estados.

Sin embargo, en la práctica algunas CCAA como la valenciana se están viendo claramente perjudicadas por este sistema de financiación pues no se están desarrollando adecuadamente los mecanismos de compensación previstos para atender el mayor gasto que genera la atención a estos colectivos.

En la actualidad la atención a desplazados nacionales supone para la arcas de la Generalitat Valenciana un coste anual de alrededor de 120 millones de euros. Y en compensación el Estado, en el año 2004, nos transfirió, vía Fondo de Cohesión, tan sólo 3,87 millones de euros.

Desde el inicio de la legislatura, la Conselleria de Sanidad ha reclamado, en reiteradas ocasiones, al Gobierno de la Na-

ción, una adecuada regulación del Fondo de Cohesión para que compense a la Generalitat Valenciana por la asistencia prestada a los desplazados. Hemos abogado para que este fondo se desarrolle tanto normativamente, como en cuanto a su volumen crediticio. Sin embargo, nada de ello se ha abordado en este proceso de supuesta mejora de la financiación sanitaria.

El Consejo de Política Fiscal y Financiera aprobó, el pasado mes de septiembre de 2005, un paquete de medidas en materia de financiación sanitaria.

A diferencia del modelo aprobado a través de la Ley 21/2001, que fue aprobado por unanimidad por todas las CCAA, la actual propuesta de financiación suplementaria ha sido aceptada sólo con los votos favorables de las autonomías socialistas, País Vasco, Navarra y Canarias, y con la abstención de las CCAA gobernadas por el PP, entre ellas la valenciana.

En nuestra opinión las circunstancias actuales aconsejaban profundizar en el actual Modelo de Financiación, especialmente en el llamado Fondo de Cohesión, con el fin de hacerlo más eficaz. Sin embargo, el criterio del Gobierno ha sido anunciar el diseño de un nuevo Modelo de Financiación que tendrá que esperar dos o tres años para ver la luz. Esta so-

lución del Gobierno central no nos ha satisfecho a los valencianos, como tampoco al resto de CCAA, por ser una propuesta muy alejada de la realidad y de las necesidades de la sanidad pública.

El aumento de financiación que nos han propuesto se basa en una serie de fondos, algunos de ellos ya existentes, sin que esto suponga un crecimiento sustancial y suficiente de los recursos.

Además desconocemos los criterios que van a aplicarse de cara a su distribución, lo que arroja aún más sombras sobre la intencionalidad política de esta iniciativa.

Por tanto creemos que el suplemento especial para la financiación sanitaria aprobado por el Consejo de Política Fiscal y Financiera en el pasado mes de septiembre es un fracaso del Presidente José Luis Rodríguez Zapatero que se comprometió ante los españoles a garantizar la suficiencia económica del SNS.

En cualquier caso, tras una primera valoración de estos fondos, estimamos que la financiación a la Comunidad Valenciana va a resultar insuficiente. Los 187,8 millones de euros que prevemos nos van a asignar no van a permitirnos cubrir las necesidades de financiación anual que hemos calculado ascienden a cerca de 700 millones de euros. Y mucho menos van a permitirnos corregir el dé-

Propuesta Conferencia Presidentes	Millones de euros
Aportaciones a las CCAA sin anticipos	1.677^a
Transferencia a las CCAA	500 ^b
Plan de Calidad e Igualdad del Sistema Nacional de Salud	50 ^c
Fondo de Cohesión Sanitaria	45
Insularidad	55
Fondo presupuestario anual específico para mantenimiento de la garantía sanitaria a partir de 2005 a pagar en 2007	500
Asistencia de accidentes extranjeros	200
Atención de accidentes laborales no cubiertos por mutuas	100
Incremento de la imposición indirecta en tributos sobre alcoholes y tabacos	227
Incremento de anticipos a cuenta de impuestos cedidos y del Fondo de suficiencia a partir de 2005	1.365,4
Capacidad normativa en impuestos indirectos	1.838,1
Existente (matriculación e hidrocarburos)	696,9
Nueva (hidrocarburos y electricidad)	1.141,2
Total de la propuesta	4.880,5

^aA esta cifra habría que añadir la cantidad que le corresponderá a las Comunidades Forales en aplicación de sus regímenes específicos.

^bEsta cantidad se incrementará en 100 millones de euros para el año 2007.

^cSe incluyen las mejoras de las prestaciones de los servicios sanitarios en Ceuta y Melilla (1,2) millones de euros.

Fuente: Diario El Mundo, domingo 11 de septiembre de 2005.

Tabla 1. Propuesta para pagar la sanidad

ficit acumulado que ciframos en unos 1.020 millones de euros.

Una vez más las aportaciones del Estado, no consideradas anticipos, y que el Gobierno de la Nación estima en 1.677 millones de euros no tienen en cuenta el déficit sanitario acumulado en las diferentes CCAA, sino que establece otros parámetros de distribución.

Si realizamos un análisis pormenorizado de la propuesta del actual Gobier-

no de la Nación podemos descubrir fácilmente las razones de nuestra insatisfacción (tabla 1).

Así, por ejemplo, se ha acordado una **transferencia directa a las CCAA** de 500 millones de euros. Esta aportación es nueva y se crea con el fin de resolver el déficit sanitario.

En este sentido, es importante resaltar que el Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario, constituido a raíz de la

Conferencia de Presidentes celebrada el 28 de octubre de 2004, determinó que las CCAA a las que se les había transferido la sanidad, con anterioridad al año 2001, entre ellas la valenciana, tenían un déficit sanitario acumulado mayor que el resto.

En el caso concreto de nuestra Comunidad, el grupo de trabajo reconocía que somos más eficientes que la media en cuanto al gasto sanitario y teniendo en cuenta su población protegida. Además resaltaron también que realizábamos más actividad sanitaria de la esperable dado el nivel de población. Por último estimaron que la deuda sanitaria que teníamos acumulada ascendía a 1.020 millones de euros.

Es evidente, por tanto, que este fondo, que nace con la pretensión de resolver el déficit acumulado, debería distribuirse con arreglo a las necesidades financieras detectadas en cada Comunidad Autónoma y no en función de la población de 2004, como creemos que se va a hacer ahora.

Por otra parte, la cuantía con la que se ha dotado al fondo no se acerca en absoluto a la cifra real del déficit que ha contabilizado el mencionado Grupo de expertos y que han estimado en más de 7.000 millones de euros.

Otro de los temas contemplados en la propuesta y al que somos especialmente

sensibles es el montante económico dedicado al **Fondo de Cohesión Sanitaria**.

Antes mencioné que el gasto originado por la atención a desplazados en la Comunidad Valenciana se eleva a 120 millones de euros anuales. Esta cifra se deriva de la atención médica que dispensamos a los cerca de 5 millones de turistas que nos visitan cada año. Frente a ella el Estado sólo aporta 3,8 millones de euros.

Pues bien, a dicho Fondo, el Gobierno va a destinar sólo 45 millones de euros suplementarios; estableciéndolo, para el año 2006, en un total de 99 millones de euros. Una cantidad que ni remotamente puede cubrir las necesidades financieras no ya de la Comunidad Valenciana, sino de todas aquellas CCAA en las que el turismo tiene un peso específico muy elevado.

Este Fondo de Cohesión, por tener la condición de crédito ampliable, debería tener la dotación necesaria para hacer frente a las necesidades que el Decreto que regule el mencionado Fondo pueda determinar.

Por tanto, la primera de las iniciativas que deberíamos acometer es el desarrollo de este Fondo de Cohesión con el fin de propiciar la necesaria cohesión del SNS.

En cuanto al **Fondo de Garantía Sanitaria** se anuncia que estará dotado

con 500 millones de euros. Este fondo se creó con la intención de compensar a las CCAA cuyo crecimiento económico se situaba por debajo del PIB. La Ley de financiación de 2001 estableció que su vigencia fuera de 3 años, pasados los cuales desaparecería. El Gobierno Nacional pretende, por tanto, prorrogarlo. Además la cuantía del fondo está “hinchada” en casi el doble de lo necesario, si tenemos en cuenta los 224 millones de euros que el Estado gastó en el año 2003 por este concepto.

Hasta el momento la Comunidad Valenciana nunca ha recibido un importe con cargo a este fondo y no creemos que los criterios de asignación varíen en la nueva propuesta gubernamental.

Otra de las medidas incluidas en la propuesta ha sido la creación de un Fondo nuevo bajo el epígrafe de **“Convenios de Asistencia de residentes extranjeros”** y que ha sido dotado con 200 millones de euros.

Este fondo como su nombre indica pretende compensar a las CCAA que cuentan con residentes extranjeros de países con los que España mantiene convenios de asistencia mutua.

El montante económico del mismo no lo aporta el Estado español sino los Gobiernos de los extranjeros residentes, que pagan al gobierno español una canti-

dad fija de 2.416 euros por cada uno de ellos.

La Comunidad Valenciana tiene contabilizados 37.000 residentes extranjeros, por lo que aplicando esa cuantía le correspondería 90 millones de euros. Hasta la fecha nunca hemos percibido cantidades por parte del gobierno central. Por tanto, ese fondo además de no suponer ningún esfuerzo económico está infravalorado, porque debería de estar dotado con la cantidad exacta que el Gobierno percibe, por este concepto, de los países de origen.

Otra de las cantidades contempladas en el nuevo Acuerdo es el **Pago de accidentes laborales no abonados por las Mutuas**. A dicho fin se destinan 100 millones de euros.

En la actualidad, la Generalitat Valenciana presta asistencia sanitaria a todos aquellos trabajadores que sufren accidentes laborales, independientemente de cual sea el organismo que los asegure, facturándose, posteriormente, los costes derivados de la actuación sanitaria a la aseguradora correspondiente.

En el caso de los empleados cuyos riesgos por accidente laboral están cubiertos por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), este organismo debería satisfacer a la Generalitat Valenciana los costes que se derivan de la

atención de los accidentes laborales. Estamos hablando de un colectivo que oscila pero que se sitúa en el entorno de 700.000 trabajadores.

La Conselleria de Sanidad llegó a facturar en el año 2004, 600.000 euros al INSS por este concepto, sin que el tesoro público valenciano haya ingresado cantidad alguna por este concepto.

Por ello, parece claro que el importe de 100 millones de euros asignados a este fondo es claramente superior a la cifra en que va a incurrir nuestro país. Por tanto, se convierte en una fuente de ahorro para el Gobierno y en consecuencia en un ejemplo perfecto de incremento ficticio de la cantidad global asignada a esta propuesta sanitaria.

Otro de los temas valorados en la propuesta es la Participación de las CCAA en el **incremento de los impuestos de alcohol y tabaco**. La primera estimación que hizo el Gobierno estatal de los ingresos que por este concepto se iban a recaudar fue de 170 millones de euros. Posteriormente se aumentó esta cifra a 227 millones de euros sin que sepamos a día de hoy el porqué de esta variación. En cualquier caso son unos ingresos obtenidos de impuestos que pagan los propios ciudadanos de la Comunidad Valenciana.

En cuanto **Plan de Calidad e Igualdad**, que anunció la Ministra de Sanidad,

el importe de 50 millones destinados al mismo van directamente al Presupuesto del Ministerio. Por tanto no conocemos los criterios que se seguirán a la hora del reparto; no obstante, prevemos que la Comunidad Valenciana una vez más no recibirá cantidades significativas, ya que irán destinadas a financiar planes concretos y no a paliar el déficit.

En cuanto a los **Anticipos a cuenta**, el Gobierno piensa destinar a los mismos 1.365 millones de euros. Esta cantidad es un adelanto a cuenta de la cantidad que les corresponde por recaudación de tributos y fondos. Se trata, por tanto, de una operación de tesorería y no de una aportación a fondo perdido. Por ello, no debería sumarse esta cantidad al resto de componentes económicos de la propuesta.

Por último, el Gobierno de la Nación sugiere que las CCAA apliquen al máximo su capacidad normativa en materia de hidrocarburos, matriculación y nuevos recargos sobre gasolinas y electricidad. A través de esta vía se nos anuncia una recaudación de 1.838 millones de euros.

Como es lógico, todos los presidentes autonómicos se han negado a aplicarla, pues se considera que quien tiene que hacer el esfuerzo económico es el Estado Central y no los ciudadanos de las CCAA, ya que el problema de fondo es

la definición estructural del reparto de fondos entre la Administración Central y la Autonómica.

Como conclusión y teniendo en cuenta todo lo dicho anteriormente, podemos señalar que el verdadero importe de la propuesta del gobierno no asciende a 4.880 millones de euros sino que se sitúa en el entorno de 1.300 millones de euros para toda España. Cantidad que está muy por debajo de las cifras estimadas por el Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario como necesaria para equilibrar el gasto en materia sanitaria y las fuentes de financiación.

Los valencianos, ante esta situación, no podemos por menos que sentir un agravio comparativo. El Gobierno de la Nación no tiene en cuenta la realidad sanitaria que le hemos descrito reiteradamente y en cambio responde con absoluta diligencia a los requerimientos de aquellas CCAA de su mismo color político.

Un buen ejemplo de ello serían los casos de cofinanciación de algunas infraes-

tructuras hospitalarias como los hospitales de Asturias, Santander o la recientemente anunciada del Hospital de Puigcerdá. Frente a estos casos, los valencianos nos encontramos con un Ministerio que rechaza reiteradamente las peticiones de cofinanciación de una de las obras sanitarias de mayor envergadura que se están abordando en Europa, el nuevo Hospital Universitario La Fe de Valencia.

Ante la actitud del Gobierno de la Nación parece evidente que la Generalitat Valenciana tendrá que seguir realizando todo el esfuerzo presupuestario para responder a las demandas de más y mejores servicios y prestaciones por parte de los valencianos.

En nuestra opinión se está perdiendo una oportunidad histórica y no sólo para la Comunidad Valenciana. La solución que el Estado ha dado al problema es un mero parche que sólo va a servir para demorar en el tiempo su resolución y por tanto va a comportar un perjuicio aún mayor para el ciudadano.

