



TRIBUNAL DE CUENTAS

Nº 1.364

**INFORME DE FISCALIZACIÓN DEL SISTEMA DE
COMPENSACIÓN DE LOS GASTOS POR ASISTENCIA
SANITARIA GESTIONADO POR EL MINISTERIO DE
SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL,
EJERCICIO 2017**

EL PLENO DEL TRIBUNAL DE CUENTAS, en el ejercicio de su función fiscalizadora establecida en los artículos 2.a), 9 y 21.3.a) de la Ley Orgánica 2/1982, de 12 de mayo, y a tenor de lo previsto en los artículos 12 y 14 de la misma disposición y concordantes de la Ley 7/1988, de 5 de abril, de Funcionamiento del Tribunal de Cuentas, ha aprobado, en su sesión de 30 de enero de 2020 el INFORME DE FISCALIZACIÓN DEL SISTEMA DE COMPENSACIÓN DE LOS GASTOS POR ASISTENCIA SANITARIA GESTIONADO POR EL MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL, EJERCICIO 2017, y ha acordado su elevación a las Cortes Generales, así como al Gobierno de la Nación, según lo prevenido en el art. 28.4 de la Ley de Funcionamiento.

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	7
I.1.	INICIATIVA DEL PROCEDIMIENTO FISCALIZADOR.....	7
I.2.	ANTECEDENTES.....	7
I.3.	ÁMBITOS SUBJETIVO, OBJETIVO Y TEMPORAL.....	9
I.4.	MARCO NORMATIVO.....	10
I.5.	OBJETIVOS Y ALCANCE.....	11
I.6.	TRÁMITE DE ALEGACIONES.....	12
II.	RESULTADOS DE LA FISCALIZACIÓN.....	13
II.1.	FONDO DE COHESIÓN SANITARIA (FCS).....	13
II.1.1.	FCS: Descripción de la actividad y costes objeto de compensación	13
II.1.2.	FCS: Liquidación del ejercicio 2017	15
II.1.3.	FCS: Normativa y sistema de compensación aplicado.....	15
II.2.	FONDO DE GARANTIA ASISTENCIAL (FOGA)	19
II.2.1.	FOGA: Descripción de la actividad y costes objeto de compensación	19
II.2.2.	FOGA: Liquidación del ejercicio 2017	21
II.2.3.	FOGA: Normativa y sistema de compensación aplicado.....	21
II.3.	LIQUIDACIÓN FCS Y FOGA: DISTRIBUCIÓN ENTRE CCAA	24
II.3.1.	Procedimiento de compensación	24
II.3.2.	Resultados relativos a la liquidación FCS y FOGA	24
II.4.	FINALIDAD DE LOS FONDOS (FCS Y FOGA)	29
II.5.	IMPLEMENTACIÓN DEL TERCER OBJETIVO DE DESARROLLO SOSTENIBLE DE LA AGENDA 2030 DE LAS NACIONES UNIDAS.....	31
II.6.	CUMPLIMIENTO DE LA LEY ORGÁNICA 3/2007 DE 22 DE MARZO, PARA LA IGUALDAD EFECTIVA DE MUJERES Y HOMBRES, Y DE LA LEY 19/2013, DE 9 DE DICIEMBRE, DE TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA Y BUEN GOBIERNO	32
III.	CONCLUSIONES	32
III.1.	CONCLUSIONES RELATIVAS A LA ADECUACIÓN A LA NORMATIVA VIGENTE DE LA LIQUIDACIÓN FCS Y FOGA REALIZADA POR EL MSCBS, EN EL EJERCICIO 2017	32
III.2.	CONCLUSIONES RELATIVAS A LA FINALIDAD DE LOS FONDOS.....	34
III.3.	CONCLUSIONES RELATIVAS A LAS ACTUACIONES SEGUIDAS POR EL MSCBS EN LA PREPARACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL TERCER OBJETIVO DE DESARROLLO SOSTENIBLE DE LA AGENDA 2030 DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU), RELATIVO A LA SALUD	34
III.4.	CONCLUSIONES SOBRE LAS PREVISIONES CONTENIDAS TANTO EN LA LEY ORGÁNICA 3/2007 DE 22 DE MARZO, PARA LA IGUALDAD EFECTIVA DE MUJERES Y HOMBRES, COMO EN LA LEY 19/2013, DE 9 DE DICIEMBRE, DE TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA Y BUEN GOBIERNO	35
IV.	RECOMENDACIONES.....	36
IV.1.	RECOMENDACIONES DIRIGIDAS AL MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL.....	36
	ANEXOS.....	37
	ALEGACIONES FORMULADAS.....	45

RELACIÓN DE ABREVIATURAS, SÍMBOLOS, SIGLAS Y ACRÓNIMOS

AGE	Administración General del Estado
BOE	Boletín oficial del Estado
CA	Comunidad Autónoma
CCAA	Comunidades Autónomas y Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla
CISNS	Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
CPF	Comisión Permanente de Farmacia
CSUR	Centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud
DGCB	Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia
GDR	Grupos de Diagnósticos Relacionados.
INGESA	Instituto Nacional de Gestión Sanitaria
INSS	Instituto Nacional de la Seguridad Social
FCS	Fondo de cohesión sanitaria
FOGA	Fondo de garantía asistencial
LPGE	Ley de Presupuestos Generales del Estado
MSCBS	Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social
ODS 3	Objetivo de Desarrollo Sostenible número 3 de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de la ONU, “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”
ONU	Organización de Naciones Unidas
PGE	Presupuestos Generales del Estado
PTTP	Patologías Técnicas, Tecnologías y Procedimientos diagnósticos o terapéuticos
RD	Real Decreto
RDL	Real Decreto-Ley
SFA	Sistema de Financiación Autonómico
SGTPF	Secretaría General del Tesoro y Política Financiera
SIFCO	Sistema de información del Fondo de cohesión sanitaria (FCS)
SIFOS	Sistema de información del Fondo garantía asistencial (FOGA)
SNS	Sistema Nacional de Salud

STC	Sentencia del Tribunal Constitucional
TGSS	Tesorería General de la Seguridad Social
TTP	Técnicas, Tecnologías y Procedimientos

RELACIÓN DE CUADROS

CUADRO Nº 1 LIQUIDACIÓN 2017 FONDO COHESION SANITARIA/ CCAA CON SALDOS POSITIVOS:.....	15
CUADRO Nº 2 LIQUIDACIÓN FOGA 2017 /CCAA CON SALDOS POSITIVOS.....	21
CUADRO Nº 3 LIQUIDACIÓN CONJUNTA FCS Y FOGA 2017	25
CUADRO Nº 4 DISTRIBUCIÓN POR CCAA DEL AJUSTE DERIVADO DE LA RECTIFICACIÓN DE LA LIQUIDACIÓN FCS+FOGA DEL EJERCICIO 2017	26
CUADRO Nº 5 LIQUIDACIÓN 2017 FCS+FOGA CCAA CON SALDOS NETOS POSITIVOS PENDIENTES DE PERCIBIR	26
CUADRO Nº 6 LIQUIDACIÓN 2017 FCS+FOGA / CCAA CON SALDOS NETOS NEGATIVOS.....	27
CUADRO Nº 7 LIQUIDACIONES FCS+FOGA PERIODO 2013-2018 / CCAA CON SALDOS POSITIVOS PENDIENTES DE COMPENSAR.....	28
CUADRO Nº 8 CCAA CON SALDOS NEGATIVOS PENDIENTES DE COMPENSAR, DEDUCIR O RETENER DE LOS PAGOS DE LOS RECURSOS DEL SFA.....	28

I. INTRODUCCIÓN

I.1. INICIATIVA DEL PROCEDIMIENTO FISCALIZADOR

El Tribunal de Cuentas, en el ejercicio de las funciones que le atribuye la Ley Orgánica 2/1982, de 12 de mayo, ha realizado una fiscalización del Sistema de compensación de los gastos por asistencia sanitaria gestionado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, ejercicio 2017. Esta actuación fiscalizadora se ha efectuado por iniciativa del propio Tribunal y en ejecución del programa anual de fiscalizaciones del año 2018, tras la modificación aprobada por el Pleno en su sesión de 28 de junio de 2018.

Este procedimiento de fiscalización se enmarca dentro del Plan estratégico 2018-2021 del Tribunal de Cuentas, y se vincula con el objetivo 1, contribuir al buen gobierno y a la mejora de la actividad económico-financiera del Sector Público, y específicamente, a fomentar “buenas prácticas de organización, gestión y control de las entidades públicas y el impulso de auditorías operativas”.

El inicio del procedimiento fiscalizador, previsto en el artículo 3.b) de la Ley 7/1988, de 5 de abril, de Funcionamiento del Tribunal de Cuentas, fue acordado por el Pleno del Tribunal en su sesión de 20 de julio de 2018, y las correspondientes directrices técnicas fueron aprobadas en su sesión de 20 de diciembre de 2018.

I.2. ANTECEDENTES

La compensación de los gastos por asistencia sanitaria gestionada por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (en adelante, MSCBS) se instrumenta a través de los dos fondos que se citan a continuación, definidos como mecanismos de financiación de la atención sanitaria a las personas residentes en una comunidad autónoma distinta de la que está prestando la atención, con el fin de contribuir a la cohesión e igualdad del derecho a la asistencia sanitaria.

El Fondo de Cohesión Sanitaria (FCS), fue creado por el artículo 4.B.c) 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*, con la finalidad de garantizar la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria públicos en todo el territorio español, y la atención a ciudadanos de países desplazados procedentes de países de la Unión Europea o de países con los que España tenga suscritos convenios de asistencia sanitaria recíproca. En desarrollo de la Ley 21/2001 se aprobó el Real Decreto 1247/2002, de 3 de diciembre, que regulaba la gestión de dicho fondo.

No obstante, posteriormente, la *Ley de 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud* (SNS), en su artículo 4, estableció que los ciudadanos tienen derecho, en el conjunto del sistema, a “recibir, por parte del servicio de salud de la Comunidad Autónoma (CA) en la que se encuentre desplazado, la asistencia sanitaria del catálogo de prestaciones del SNS que pudiera requerir, en las mismas condiciones e idénticas garantías que los ciudadanos residentes en esa CA” y, en su artículo 24.1, estableció que el acceso a las prestaciones sanitarias “se garantizará con independencia del lugar del territorio nacional en que se encuentren en cada momento los usuarios del SNS”.

La necesidad de adaptar la normativa del FCS a la mencionada Ley 16/2003, hizo necesaria una nueva regulación del FCS, que fue aprobada por el Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, siendo esta disposición la que actualmente regula la gestión de dicho fondo.

Por otra parte, el Fondo de Garantía Asistencial (FOGA) fue creado por el artículo 3 del *Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del*

Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, con el fin de garantizar la cohesión y equidad, mediante la cobertura de los desplazamientos temporales, entre Comunidades Autónomas y Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla (en adelante, CCAA), de las personas que gozan de la condición de asegurado o de beneficiario en el SNS, estableciendo diferentes conceptos de compensación, en función de la duración de dichos desplazamientos.

Ambos fondos surgieron como mecanismos de compensación de determinados gastos de asistencia sanitaria, que se detallan en los párrafos siguientes, si bien cabe resaltar que el FOGA fue creado con la peculiaridad de ser un fondo de carácter extrapresupuestario mientras el FCS surgió, inicialmente, como un fondo de naturaleza presupuestaria y, por tanto, se preveía su dotación anual en las respectivas Leyes de Presupuestos Generales del Estado (LPGE). No obstante, las sucesivas LPGE desde la Ley 17/2012, de 27 de diciembre, de PGE para el año 2013, vienen suspendiendo, anualmente, la aplicación de determinados artículos del RD 1207/2006, estableciendo el carácter extrapresupuestario del FCS¹.

En cuanto a los gastos de asistencia sanitaria susceptibles de compensación por cada uno de estos fondos, se prevé que a través del FCS se compensen los supuestos establecidos en el artículo 2.1 del mencionado RD 1207/2006, englobando los gastos de asistencia sanitaria prestada:

- a pacientes residentes en España derivados entre CCAA y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) por determinados procesos con hospitalización y procesos ambulatorios establecidos en los anexos I y II del citado real decreto, respectivamente, siempre que dicha asistencia haya sido solicitada por la CA de residencia cuando no disponga de los servicios o recursos adecuados².
- a pacientes residentes en España derivados entre CCAA para su atención en centros, servicios y unidades de referencia del SNS por las patologías, técnicas, tecnologías y procedimientos (en adelante, PTPP) y por las cuantías previstas en el anexo III de dicho real decreto, así como por la realización de las técnicas, tecnologías y procedimientos (TTP) cuyo uso tutelado haya sido autorizado por el MSCBS, dentro de los que figuran en el anexo IV del aludido real decreto.
- a asegurados desplazados a España en estancia temporal, con derecho a asistencia a cargo de otro Estado, que pertenezcan a países de la Unión Europea o a otros con los cuales España tenga firmados acuerdos bilaterales en esta materia. En este caso se establece la compensación, a través del FCS, del gasto real siempre que los ciudadanos permanezcan legalmente en España y la asistencia prestada esté cubierta por los convenios internacionales suscritos por España en materia de Seguridad Social con el respectivo Estado. A este respecto, cabe matizar que la gestión y facturación de estas asistencias se desarrolla por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), quien informa de los importes facturados al MSCBS para su consideración en la compensación que este último realiza.

Conviene resaltar que la financiación de la asistencia sanitaria prestada a pacientes residentes en otras CCAA, en los supuestos distintos de los señalados en los párrafos anteriores y, por tanto, no contemplados en el RD 1207/2006, se efectúa conforme al sistema general previsto en la *Ley 22/2009, de 18 de diciembre, por la que se regula el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía y se modifican*

¹ Disposición adicional 71ª de la Ley 17/2012, de PGE para 2013; disposición 69ª de la Ley 22/2013, de PGE para 2014; disposición adicional 69ª de la Ley 36/2014, de PGE para 2015; disposición adicional 71ª de la Ley 48/2015, de PGE para 2016; y, disposición adicional 92ª de la Ley 3/2017, de PGE para 2017.

²La disposición adicional única del RD 1207/2006, señala que las referencias que en dicha norma se realizan a las CCAA, se entenderán hechas al INGESA, en relación con las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla.

determinadas normas tributarias, de acuerdo con lo previsto en el artículo 2.2 del citado real decreto³.

En lo que respecta al FOGA, se prevé la compensación, a través de este fondo, de los gastos por la asistencia sanitaria derivada de los desplazamientos temporales de asegurados o sus beneficiarios, bien entre CCAA o entre estas y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, estableciéndose dos modalidades de compensación según la duración del desplazamiento.

Corresponde al MSCBS, la gestión de ambos fondos, así como la elaboración de la normativa en esta materia. Las asistencias sanitarias prestadas susceptibles de compensación por cualquiera de estos dos fondos son registradas por los respectivos centros sanitarios y CCAA en los sistemas de información desarrollados por el MSCBS, en colaboración con las CCAA, destinados a recoger los flujos de pacientes entre CCAA, el Sistema de Información del FCS (en adelante, SIFCO) y el Sistema de Información del FOGA (en adelante, SIFOS), practicándose por el MSCBS la liquidación derivada del sistema de compensación⁴.

Por otro lado, el artículo 11 del RD 1207/2006 prevé la existencia de la Comisión de seguimiento del FCS, en el marco del Consejo Interterritorial del SNS (en adelante, CISNS)⁵. Este órgano colegiado se halla integrado por representantes de todas las CCAA y de distintos departamentos ministeriales (MSCBS; Trabajo, Migraciones y Seguridad Social; y Hacienda), y asume, entre sus funciones todas aquellas cuestiones relacionadas con el FCS que el CISNS le encomiende, y en particular, informa de la actualización de la lista de procesos incluidos en el ámbito del FCS que se hallan contemplados en los anexos del RD 1207/2006; realiza el seguimiento y actualización del SIFCO; y, coordina las actuaciones entre el Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social y las administraciones sanitarias de las CCAA, para tratar las cuestiones referentes a la facturación por la asistencia sanitaria prestada a asegurados desplazados temporalmente a España con derecho a la asistencia a cargo de otro Estado.

I.3. ÁMBITOS SUBJETIVO, OBJETIVO Y TEMPORAL

Constituye el ámbito objetivo de la presente fiscalización la revisión del sistema de compensación de los saldos resultantes de las liquidaciones efectuadas por el actual Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS) y por el Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social, a través del INSS, en ejecución de lo dispuesto en la disposición adicional nonagésima segunda de la Ley 3/2017, de 27 de junio, de PGE para el año 2017. Dichas liquidaciones se refieren a la compensación de la asistencia sanitaria prestada en los casos y por las cuantías que se determinan en el Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de Cohesión Sanitaria (FCS) y a la asistencia sanitaria prestada por los desplazamientos temporales regulados en el artículo 3 del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, por el que se crea el Fondo de Garantía Asistencial (FOGA).

³ La mencionada Ley 22/2009 derogó la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulaban *las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común y ciudades con Estatuto de autonomía*, que en su artículo 4 establecía los criterios de determinación de las necesidades homogéneas de financiación, entre otras, en relación con las competencias de gestión de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

⁴ El registro y validación, a través del sistema de información SIFCO, de los servicios asistenciales derivados de los flujos de pacientes entre CCAA está previsto en los artículos 4.3, 7.1.a), y 9.5 del RD 1207/2006. En el caso del SIFOS, en ausencia de desarrollo normativo, se han implementado, por el propio MSCBS, los subsistemas SIFOS-Atención primaria y SIFOS-Farmacia.

⁵ El Consejo Interterritorial del SNS se regula en los artículos 69 a 75 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Su finalidad es promover la cohesión del SNS a través de la garantía efectiva y equitativa de los derechos de los ciudadanos en todo el territorio del Estado.

El ámbito subjetivo de la fiscalización está constituido por la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia (en adelante, DGCB), órgano dependiente de la Secretaría General de Sanidad y Consumo, del MSCBS. Dicha Dirección General gestiona el sistema de compensación de ambos fondos a través de la Subdirección General de Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Fondos de Compensación.

En cuanto al ámbito temporal, la fiscalización se refiere a la liquidación del FCS y FOGA realizada en el ejercicio 2017, sin perjuicio de que en las actuaciones fiscalizadoras, se han tenido en cuenta las liquidaciones relativas a los años inmediato anterior e inmediato posterior con el fin de contribuir a la consecución de los objetivos previstos en esta fiscalización.

I.4. MARCO NORMATIVO

La normativa específica correspondiente al FCS y al FOGA se enumera a continuación:

1) Fondo de cohesión sanitaria (FCS):

- Ley 22/2009, de 18 de diciembre, por la que se regula el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de autonomía y se modifican determinadas normas tributarias.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria.
- Real Decreto 1302/2006, de 10 de noviembre, por el que se establecen las bases del procedimiento para la designación y acreditación de los centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud.
- Disposición Adicional 12ª del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social.
- Orden SSI/2204/2014, de 24 noviembre, por la que se actualizan los anexos I, II y III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria.
- Orden SCB/1421/2018, de 27 de diciembre, por la que se actualizan los anexos I, II y III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria.

2) Fondo de garantía asistencial (FOGA):

- Artículo 3 del Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.
- Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

En cuanto a la normativa aplicable a ambos fondos cabe señalar:

- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

- Ley 2/2015, de 30 marzo, de desindexación de la economía española, desarrollada por el Real Decreto 55/2017, de 3 febrero.

El procedimiento de liquidación del FCS y del FOGA, desde el año 2013, viene regulado por las siguientes disposiciones:

- Disposición adicional 71ª. Fondo de cohesión sanitaria, de la Ley 17/2012, de 27 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2013.
- Disposición adicional 69ª. Fondo de cohesión sanitaria, de la Ley 22/2013, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2014.
- Disposición adicional 69ª. Fondo de cohesión sanitaria, de la Ley 36/2014, de 26 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2015.
- Disposición adicional 71ª. Fondo de cohesión sanitaria, de la Ley 48/2015, de 29 de octubre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2016.
- Disposición adicional 92ª. Fondo de cohesión sanitaria, de la Ley 3/2017, de 27 de junio, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2017.

I.5. OBJETIVOS Y ALCANCE

De conformidad con lo establecido en las Normas Técnicas de Fiscalización del Tribunal de Cuentas, aprobadas por su Pleno en sesión de 23 de diciembre de 2013, se ha efectuado esta fiscalización, operativa y de cumplimiento, sobre el procedimiento de gestión y el sistema de compensación aplicado en el FCS y FOGA por el MSCBS. El procedimiento fiscalizador ha tenido los siguientes objetivos:

1. Comprobar que la liquidación realizada por el MSCBS, en el ejercicio 2017, relativa al FCS y al FOGA, así como su distribución entre CCAA, se adecua a la normativa vigente para dicho ejercicio (la disposición adicional nonagésima segunda de la Ley 3/2017, de 27 de junio, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2017).
2. Evaluar, desde la perspectiva de los principios de eficacia, eficiencia y economía, si la liquidación realizada en 2017 conforme a la citada normativa responde a la finalidad para la que se creó el FCS y el FOGA, consistente en garantizar la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria pública en todo el territorio español y la atención a ciudadanos de países desplazados procedentes de países de la Unión Europea o de países con los que España tenga suscritos convenios de asistencia sanitaria recíproca.
3. Revisión de las actuaciones seguidas por el MSCBS derivadas de su participación en la preparación e implementación del tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de las Naciones Unidas (ONU), relativo a la salud, con el fin de garantizar una vida saludable y promover el bienestar universal.
4. Asimismo, se han abordado las cuestiones relacionadas con las previsiones contenidas en la Ley Orgánica 3/2007 de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, como en la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno, en todo aquello que, de conformidad con dicha normativa, pudiera tener relación con el objeto de las actuaciones fiscalizadoras.

Particularmente, el análisis ha partido de la información disponible en el MSCBS y contenida en el Sistema de información del Fondo de Cohesión Sanitaria (SIFCO), en el Sistema de información de FOGA-Atención Primaria (en adelante, SIFOS-AP) y en el Sistema de información de

FOGA-Farmacia (en adelante, SIFOS-Farmacia). No obstante, debe destacarse que el análisis no incluye la verificación de los registros incorporados por los respectivos servicios de salud y CCAA, relativos a los datos de asistencia sanitaria en los sistemas de información SIFCO y SIFOS.

Por otro lado, de acuerdo con lo establecido en el artículo 8 del RD 1207/2006, la compensación de la asistencia sanitaria prestada a asegurados desplazados a España en estancia temporal, con derecho a asistencia a cargo de otro Estado, se efectúa sobre la base de la facturación presentada por cada CA al INSS, siendo esta entidad quien realiza su validación⁶. En este sentido, se excluye del ámbito de esta actuación fiscalizadora la gestión efectuada por el INSS para la determinación de los importes certificados al MSCBS (en concepto de cuota global y gasto real) a efectos de la compensación que este Ministerio gestiona.

La ejecución del trabajo se ha efectuado de acuerdo con las Normas de Fiscalización del Tribunal de Cuentas. El examen ha incluido la aplicación de aquellas pruebas y procedimientos de auditoría que se han considerado necesarios sobre los documentos, aplicaciones informáticas y registros en los sistemas de información obrantes en el órgano que conforma el ámbito subjetivo de esta fiscalización.

La AGE ha rendido en plazo la cuenta correspondiente al ejercicio fiscalizado y ha cumplido, a través del MSCBS, con el deber de colaboración con el Tribunal de Cuentas establecido en los artículos 7 de la Ley Orgánica 2/1982, del Tribunal de Cuentas y en el artículo 30 de la Ley 7/1988, que regula su funcionamiento.

I.6. TRÁMITE DE ALEGACIONES

Conforme a lo dispuesto en el artículo 44.1 de la LFTCu, los resultados de las actuaciones practicadas en el procedimiento fiscalizador fueron puestos de manifiesto a los actuales responsables del Ministerio de Hacienda y del MSCBS, así como a la titular de este último departamento ministerial durante el periodo fiscalizado, al actual responsable de la Secretaría General de Sanidad y Consumo y al titular de dicho órgano durante el periodo fiscalizado, otorgándoles un plazo para la formulación de las alegaciones y la presentación de los documentos y justificantes que estimasen convenientes.

El plazo inicialmente concedido fue prorrogado a solicitud del Ministerio de Hacienda, finalizando el 3 de diciembre de 2019. Se han recibido alegaciones del Ministerio de Hacienda y de la Secretaría General de Sanidad y Consumo. La actual titular del MSCBS se ha remitido a las alegaciones presentadas por el Secretario General de Sanidad y Consumo. Las alegaciones presentadas han sido adjuntadas a este informe.

A la vista de las alegaciones, este Tribunal ha efectuado las oportunas modificaciones en el texto del informe y ha reflejado en notas a pie de página las consideraciones que se han estimado precisas en algunos casos respecto al contenido de las alegaciones formuladas. No se ha efectuado valoración ni modificación del texto del informe respecto de aquellas alegaciones que constituyen explicaciones o justificaciones sobre los resultados expuestos sin fundamentar en soporte documental o normativo, ni respecto de las alegaciones relativas a medidas puestas en práctica con posterioridad a esta actuación fiscalizadora. En todo caso, con independencia de las consideraciones que se hayan efectuado en las alegaciones recibidas, el resultado definitivo de las actuaciones fiscalizadoras es el expresado en los posteriores apartados de este informe.

⁶ El apartado 2 del citado artículo 8 establece que “la distribución entre comunidades autónomas del saldo neto (...) se realizará tomando como base la facturación que cada comunidad autónoma presente por dicho concepto al Instituto Nacional de la Seguridad Social y sea validada por este, y la que este organismo reciba de otros Estados por la asistencia sanitaria prestada a asegurados de la comunidad autónoma desplazados en el extranjero”. Añade, asimismo, que dicha facturación será transmitida y gestionada mediante los sistemas de información de facturación internacional del INSS puestos a disposición de las CCAA por el citado Instituto.

II. RESULTADOS DE LA FISCALIZACIÓN

Atendiendo al ámbito subjetivo de la fiscalización, se han analizado las actuaciones desarrolladas por el MSCBS, a través de la Subdirección General de Cartera de Servicios del SNS y Fondos de Compensación, dependiente de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia. En este apartado se exponen los resultados de la fiscalización, realizándose previamente una breve descripción de las características de ambos fondos para continuar resaltando aquellos aspectos que presentan incidencias en relación con la normativa o con la gestión de estos fondos por parte del MSCBS. Se exponen en primer lugar los resultados relativos a cada uno de ellos y, posteriormente, los referidos a la liquidación conjunta del FCS y del FOGA, efectuada por el MSCBS.

II.1. FONDO DE COHESIÓN SANITARIA (FCS)

II.1.1. FCS: Descripción de la actividad y costes objeto de compensación

Como se ha señalado en el epígrafe I.2, con cargo al FCS se compensa la actividad sanitaria contemplada en el catálogo de prestaciones del SNS, prestada a pacientes residentes en España derivados a una CA distinta de aquella en la que tienen su residencia habitual, bien por determinados procesos con hospitalización o bien por procesos ambulatorios (los establecidos en los anexos I y II del RD 1207/2006)⁷, siempre que dicha asistencia sanitaria haya sido solicitada por la CA de residencia cuando esta no dispone de los servicios o recursos adecuados, o para su atención en Centros, Servicios y Unidades de Referencia del SNS (CSUR), por las patologías, técnicas, tecnologías y procedimientos (PTTP) previstas en el anexo III de dicho real decreto. A este respecto cabe añadir que, desde marzo de 2013, se dio por finalizado el uso tutelado del tratamiento quirúrgico de la lipoatrofia facial asociada a VIH-SIDA, por lo que, desde dicha fecha el MSCBS no ha autorizado ningún procedimiento en uso tutelado (contemplado en el anexo IV del RD 1207/2006), ni se ha elevado acuerdo alguno al Consejo Interterritorial del SNS para su autorización por lo que desde dicho ejercicio no ha sido objeto de compensación, a través del FCS, ningún supuesto de esta naturaleza⁸.

Los CSUR tienen como objeto garantizar la equidad en el acceso a una atención sanitaria de calidad, segura y eficiente a las personas con patologías que, por sus características, precisen de cuidados de elevado nivel de especialización, que requieren concentrar los casos a tratar en un número reducido de centros por tratarse de patologías de muy baja prevalencia. La designación de los CSUR se acuerda por el "Comité de designación de CSUR", dependiente del CISNS y se acredita, por el MSCBS, conforme a lo establecido en la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud* y en el *Real Decreto 1302/2006, de 10 de noviembre, por el que se establecen las bases del procedimiento para la designación y acreditación de los*

⁷ El RD 1030/2006, de 15 de septiembre, establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización.

⁸ El uso tutelado tiene como finalidad establecer el grado de seguridad, eficacia, efectividad o eficiencia de la técnica, tecnología o procedimiento (TTP) antes de decidir sobre la conveniencia o necesidad de su inclusión efectiva en la cartera de servicios del SNS. La evaluación previa de la TTP que ello requiere puede llevarse a cabo por diferentes mecanismos que permitan poner de relieve la evidencia científica disponible (informes de evaluación, criterios de expertos, entre otros), pero hay casos en los que no es posible la evaluación por estas vías por no existir suficiente información que lo avale. Para estos casos está indicado el uso tutelado, como un mecanismo de valoración de las TTP antes de ser financiados con carácter general por el sistema sanitario público, por un periodo de tiempo limitado, en centros expresamente designados por los servicios de salud y de acuerdo a un protocolo consensuado con los clínicos y sociedades científicas implicados, tratando de conseguir las máximas garantías de calidad, seguridad, eficacia y eficiencia en su aplicación a los usuarios del sistema, facilitando así la recogida de información sobre procesos y resultados para obtener evidencia científica con la que apoyar una decisión sobre su implantación o generalización.

*centros, servicios y unidades de referencia del SNS*⁹. Los CSUR dan cobertura a todo el territorio nacional y deben garantizar a todos los usuarios del SNS que lo precisen su acceso a dichos centros en igualdad de condiciones, con independencia de su lugar de residencia. Desde el punto de vista económico, la asistencia sanitaria derivada, entre CCAA, a un CSUR se financia con cargo al FCS, según se establece en el artículo 28.2 de la citada ley y en el artículo 9 del mencionado real decreto, si bien exclusivamente en las PTTTP para las que dicho centro haya sido designado, y en las condiciones y cuantías que regula el anexo III del RD 1207/2006.

Por tanto, toda asistencia incluida en el sistema de compensación del FCS, requiere la tramitación de un proceso previo de derivación entre centros sanitarios de CCAA diferentes. Tanto el proceso de derivación, como la propia prestación de la asistencia sanitaria, se registra, por los centros asistenciales de las CCAA, en el SIFCO¹⁰. Los procedimientos para la derivación de pacientes a centros hospitalarios de una CA distinta a la de residencia, previstos en el art. 4.3 del RD 1207/2006, se recogen en un documento de consenso aprobado por la Comisión de seguimiento de FCS, en el que se acordó asignar al SIFCO como el único instrumento de canalización de estas solicitudes de asistencia sanitaria, debiendo registrarse en él todas las solicitudes de derivación de pacientes, independientemente de si son compensables por el FCS (ya que solo los supuestos tasados en el RD 1207/2006 son objeto de compensación). Análogamente, en el caso de la atención sanitaria en un CSUR, el procedimiento de derivación de pacientes fue acordado en el Comité de designación de CSUR, de 6 de noviembre de 2008. En ambos casos, se establece un plazo máximo para la aceptación o denegación de solicitudes de derivación, siendo este de 20 días en el primer caso, a contar desde la fecha de autorización de la solicitud, y de 15 días, en el caso de asistencias en CSUR.

A efectos del cálculo de la compensación que corresponde a cada CA, se define aquella como el saldo neto entre el importe resultante de la atención prestada en dicha comunidad a pacientes de otras CCAA y el importe de la atención recibida por pacientes de esa comunidad en otras CCAA, sobre la base de la asistencia prestada en el ejercicio inmediato anterior. Por tanto, la actividad compensada en 2017 corresponde a la registrada en SIFCO en el año 2016, habiéndose verificado que las cuantías aplicadas por el MSCBS, a efectos de esta compensación en 2017, han sido las aprobadas por la Orden SCB/1421/2018, de 27 de diciembre, que actualiza los citados anexos I, II y III del RD 1207/2006, estableciendo, en su disposición adicional única, que dichos importes son de aplicación en la liquidación del FCS del año 2017.

El coste de los procesos a compensar aprobados en la citada orden para los anexos I y III del RD 1207/2006, corresponde al 80 % del coste medio de los procesos de hospitalización para el sistema de clasificación de pacientes¹¹, calculados y publicados por la Subdirección General de Información Sanitaria del MSCBS. Asimismo, para los procesos ambulatorios, previstos en el anexo II, el coste aprobado representa el 80 % del coste medio. La citada Orden SCB/1421/2018, incorpora tres procesos y no presenta variación respecto a los 31 procesos establecidos en la orden vigente con anterioridad¹².

⁹ El Comité de designación de CSUR fue constituido el 28 de noviembre de 2006, en el seno del CISNS, formado por representantes de todas las CCAA y del MSCBS. Entre sus funciones se encuentra la de proponer el procedimiento y los criterios para la designación de CSUR.

¹⁰ Este sistema de información se encontraba en 2019 en proceso de migración al sistema SIFCO-WEB.

¹¹ Respecto a las versiones en vigor de la familia de Grupos de Diagnósticos Relacionados (GDR-Version 32), base-2015. Los GDRs, también denominados GRDs (Grupos Relacionados de Diagnósticos), constituyen un sistema de clasificación de pacientes que permite relacionar la casuística de los distintos tipos de pacientes tratados en un hospital con el coste que representa su asistencia. Se utilizan como herramienta de gestión estandarizada en el ámbito sanitario.

¹² Orden SSI/2204/2014, de 24 de noviembre, por la que se actualizan los anexos I, II y III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria.

II.1.2. FCS: Liquidación del ejercicio 2017

La liquidación del FCS, realizada por el MSCBS en el primer semestre de 2017, ha incluido la compensación de un total de 21.560 actuaciones de asistencia sanitaria correspondientes a los supuestos contemplados en las letras a), c) y d) del artículo 2.1 del RD 1207/2006 y por los procedimientos establecidos en los anexos respectivos de dicha disposición, aludidos en el epígrafe anterior.

El procedimiento aplicado por el MSCBS supone la compensación de los saldos netos existentes entre las CCAA, resultante de los distintos supuestos señalados con anterioridad. Concretamente, en el ejercicio 2017, los saldos positivos de cinco CCAA, por importe total de 56.402.976,52 euros, han compensado los saldos negativos de las catorce CCAA restantes¹³. Los saldos de la liquidación del FCS 2017, se muestran en el anexo 1 de este informe.

En el ejercicio fiscalizado, la CA de Madrid concentra el 66,55 % del saldo total positivo del FCS, seguida de Cataluña con el 24,53 %, como se deduce del cuadro nº 1. Por el contrario, las CCAA que presentan los mayores saldos negativos en 2017 resultaron ser Castilla La Mancha (24,53 %), Castilla-León (15,20 %) y Extremadura (11,82 %).

CUADRO Nº 1
LIQUIDACIÓN 2017 FONDO COHESION SANITARIA/
CCAA CON SALDOS POSITIVOS:
(euros)

Comunidad autónoma	Saldos positivos FCS	% sobre total
ANDALUCÍA	894.393,81	1,59
CANTABRIA	3.024.725,18	5,36
CATALUÑA	13.833.991,01	24,53
COMUNIDAD VALENCIANA	1.113.653,87	1,97
MADRID	37.536.212,65	66,55
Total	56.402.976,52	100,00

Fuente: MSCBS, datos del Sistema SIFCO.

Por tipo de asistencia sanitaria, un 43 % de dicho saldo procede de la asistencia sanitaria prestada en los CSUR (por los procesos del anexo III del RD 1207/2006), otro 43 % de la atención prestada en procedimientos hospitalarios (de los previstos en el anexo I de dicha disposición), y el 14 % restante, de los procedimientos ambulatorios (recogidos en el anexo II del citado real decreto).

II.1.3. FCS: Normativa y sistema de compensación aplicado

Tras el análisis efectuado, se concluye que la compensación y liquidación del FCS efectuada por el MSCBS en 2017 corresponde a la actividad del ejercicio inmediato anterior (2016) que se halla registrada en el sistema de información SIFCO y que ha superado las validaciones técnicas implementadas en dicho sistema. Asimismo, se ha verificado que los costes compensados, aplicados en 2017, son los aprobados por la Orden SCB/1421/2018, de 27 de diciembre. No obstante, como resultado de dicho análisis se ponen de manifiesto las consideraciones que se detallan en los siguientes apartados.

¹³ El saldo neto positivo de una CA expresa que el coste de la asistencia sanitaria prestada por dicha comunidad a pacientes de otras CCAA es superior al coste de la asistencia sanitaria recibida en otras CCAA por los pacientes de dicha comunidad.

II.1.3.1. ASPECTOS RELATIVOS A LA NORMATIVA DEL FCS

- Como se ha señalado en el epígrafe I.2 de este informe, el carácter presupuestario con que surgió el FCS, regulado en el RD 1207/2006, ha venido excepcionándose en las sucesivas LPGE desde la relativa al año 2013, que le asigna “la misma naturaleza extrapresupuestaria que al FOGA”. Simultáneamente, se ha ido reduciendo de forma progresiva la dotación presupuestaria del FCS desde los 93,99 millones de euros con que se dotó en la LPGE para 2012, a los 3,76 millones reflejados en la LPGE para 2017.

La principal diferencia entre ambos escenarios (extrapresupuestario y el presupuestario) radica en que, el primer caso no implica financiación por parte de la Administración General del Estado (AGE), limitándose el MSCBS a gestionar el sistema de compensación, de tal forma que los saldos netos positivos de unas CCAA se financian con los negativos de las restantes. En el segundo caso, la dotación presupuestaria de los créditos del MSCBS correspondientes a esta finalidad, reflejados en la respectiva LPGE, se empleaba para financiar directamente a las CCAA que presentaban saldo positivo como resultado de la atención prestada. En este sentido, considerando los flujos de pacientes y asistencias sanitarias que han servido de base para la liquidación 2017, de no hallarse excepcionada la naturaleza presupuestaria del FCS por la disposición adicional 92ª de la LPGE 2017, la liquidación del FCS hubiera supuesto la imputación a la liquidación del presupuesto de gastos de la AGE de obligaciones reconocidas, en concepto de transferencias corrientes, por un importe estimado de 63.174.826,90 euros, según los datos facilitados por la DGCB, distribuidos por CCAA según el detalle reflejado en el anexo 2. Este escenario constituye un mayor incentivo para la prestación del servicio por parte de las CCAA que el resultante de la mera compensación de saldos entre ellas, más aún cuando con el sistema de compensación aplicado en 2017 no llega a compensarse la totalidad del coste de asistencia sanitaria de aquellas CCAA que reflejan saldos netos positivos, como se refleja en el epígrafe II.3.2.

Así, en esta línea, la propia DGCB ha acreditado que con motivo de la tramitación del proyecto de LPGE para 2018, se propuso recuperar el carácter presupuestario del FCS, al menos para la asistencia sanitaria a pacientes para su atención en CSUR, si bien, finalmente esta propuesta no resultó aprobada.

- Los costes utilizados por el MSCBS, a efectos de la compensación del FCS practicada en 2017 y en 2018, corresponden a los actualizados por la Orden SCB/1421/2018, de 27 de diciembre, a pesar de que las citadas liquidaciones se practicaron meses antes de la aprobación de esta, que se vio retrasada por problemas en su tramitación. A fin de dar cobertura legal a este proceder, la citada orden ministerial estableció, en su disposición adicional única, que los nuevos anexos I, II y III del RD 1207/2006 (en los que se actualizaban estos costes) se aplicarían “por primera vez en la liquidación del FCS del año 2017”. A este respecto, si bien se considera que la aplicación de los supuestos y las cuantías actualizadas en la liquidación de los ejercicios 2017 y 2018 se encontraría amparada por esta disposición adicional, se estima que su inclusión refleja una deficiente técnica normativa empleada para dar cobertura a una situación de hecho propiciada por el retraso en la tramitación de la referida Orden.

II.1.3.2. ASPECTOS SOBRE EL SISTEMA DE COMPENSACIÓN DE FCS: ACTIVIDAD Y COSTES COMPENSABLES

Respecto al cálculo de los costes compensables cubiertos por el FCS se observa que existen actuaciones de asistencia sanitaria que no se hallan incluidas en los supuestos susceptibles de compensación, quedando limitada, por tanto, la eficacia de este fondo como instrumento de garantía de acceso en igualdad de condiciones a los servicios sanitarios. Dichas actuaciones son, al menos, las siguientes:

- La asistencia sanitaria que no haya sido derivada por la CA de origen, o que aún solicitada la derivación, no haya sido autorizada por la CA receptora de la solicitud.
- La asistencia sanitaria que no haya sido debidamente registrada y validada en el sistema de información SIFCO.
- La asistencia sanitaria por procesos hospitalarios, ambulatorios y de PTP no incluidos expresamente en alguno de los supuestos tasados en los anexos I, II y III del RD 1207/2006. Concretamente, en la liquidación de 2017, se han identificado, al menos, 85 tipos de procesos¹⁴ clasificados como “no compensables por el Fondo de cohesión (NFC)” que, de acuerdo con la información obtenida del sistema SIFCO, en relación con la liquidación del ejercicio fiscalizado, implica que se han excluido de compensación por esta causa un total de 5.990 actuaciones, con un coste estimado de, al menos, 13.582.619,74 euros.
- La atención sanitaria urgente solicitada por el propio paciente durante un desplazamiento a una CA, ya que las prestaciones de dicha naturaleza se hallan expresamente excluidas del ámbito del FCS por el artículo 4.2 del RD 1207/2006.

Adicionalmente, como se ha señalado en el epígrafe II.1.1, el coste compensable por FCS tasado en los respectivos anexos del RD 1207/2006, se ha definido como un porcentaje (80 %) de los costes medios de cada supuesto de asistencia sanitaria derivada contemplado en estos anexos, sin bien no han sido aportados los criterios, técnicos o económicos que motivan la determinación de dicho porcentaje¹⁵.

Con relación a los costes compensables previstos para los procesos ambulatorios (incluidos en el anexo II del RD 1207/2006), se resalta que, a pesar de la actualización de este anexo, llevada a cabo por la Orden SCB/1421/2018, de 27 de diciembre, que ha supuesto la incorporación de tres nuevos tipos de procesos ambulatorios susceptibles de compensación, sus cuantías no han sido modificadas desde 2014¹⁶. La necesidad de actualización de estos costes y los procesos tipificados se ha venido poniendo de manifiesto por las CCAA en reiteradas ocasiones, según se deduce de las actas de la Comisión de seguimiento del FCS, y, a estos efectos, en la reunión de este órgano de 18 de julio de 2018 se adquirió el compromiso de establecer un grupo de trabajo con esta finalidad, sin embargo, en marzo de 2019, no se habían presentado los resultados de dicho grupo.

Respecto a las actuaciones de asistencia sanitaria registradas en SIFCO, relativas al ejercicio 2016 y, por tanto, objeto de la liquidación practicada por el MSCBS en 2017, se considera necesario resaltar que figura registrado en el citado sistema de información un número significativo de actuaciones (23.574) que no han sido objeto de compensación en la liquidación de 2017, al no resultar validadas por el sistema por distintas causas, entre otras, por corresponder a solicitudes de asistencia para las que no se había producido el alta a 31 de diciembre de 2016, por anulación de la solicitud de asistencia por la CA de origen, o por rechazo de la asistencia sanitaria por la CA de destino. En este último supuesto, los datos del sistema SIFCO, muestran que el número de solicitudes denegadas ascendió a 3.595, sin que conste, en la documentación soporte

¹⁴ Estos procesos se elevan a 340 GDRs al incluirse los cuatro grados de severidad en que puede subdividirse cada proceso.

¹⁵ El MSCBS ha manifestado en el trámite de alegaciones que “esta medida surge de los acuerdos alcanzados en la II Conferencia de Presidentes que elevó el presupuesto del FCS y aumentó el porcentaje de compensación y así viene expresado en la exposición de motivos del RD 1207/2006”. Sin perjuicio de que dichas menciones están incluidas en el citado expositivo del real decreto, ello no constituye una justificación de los criterios por los que en dichos acuerdos fue adoptado el citado porcentaje del 80 %.

¹⁶ Los costes vigentes coinciden con los aprobados por Orden SSI/2204/2014, de 24 de noviembre.

de la liquidación del FCS de 2017 aportada por la DGCB, la motivación por las que estas solicitudes fueron denegadas¹⁷.

El sistema de información no prevé el seguimiento de estas denegaciones y no están tipificadas las causas por las que se producen. No obstante, de la información facilitada por los servicios informáticos del MSCBS, relativa a la coordinación de estas solicitudes entre la CA de origen y la de destino, se han identificado diferentes motivos de rechazo, entre otros, la saturación del servicio o la extensa lista de espera, la argumentación de que la patología es asumible por la CA de origen del paciente o que el centro en el que se ha solicitado la asistencia no ha sido designado CSUR a efectos de esa patología, sin que estos extremos hayan sido objeto de análisis por parte de la DGCB¹⁸.

II.1.3.3. ASPECTOS SOBRE CENTROS CSUR: DESIGNACIÓN Y ACTIVIDAD COMPENSABLE

De las actas del Comité de designación de los CSUR se deduce que la preceptiva revisión de la designación de estos centros por el MSCBS se está efectuando con significativo retraso respecto al plazo establecido en la normativa. Así, de acuerdo con lo señalado en los artículos 5 y 6 del RD 1302/2006, la designación de un CSUR (llevada a cabo por resolución del MSCBS, previo acuerdo del CISNS) debe ser revisada por el Ministerio, cada cinco años, a efectos de verificar si continúa cumpliendo los criterios que motivaron su designación como centro de referencia y, en su caso, renovar dicha designación, previa reevaluación por la Agencia de Calidad del SNS, antes de la finalización del período de validez de la resolución.

No obstante, se ha verificado que del total de 276 CSUR que figuraban designados a 1 de junio de 2018, 185 habían obtenido su designación en el periodo 2008-2014 y, sin embargo, a dicha fecha el MSCBS no había iniciado la revisión señalada en el citado artículo 5. Concretamente, este departamento ministerial inició la revisión de los primeros CSUR en el año 2018. A mayor abundamiento, a la fecha de realización de esta actuación fiscalizadora (marzo, 2019), para 91 de ellos, el MSCBS no había iniciado la citada revisión y el resto se encontraba en distintas fases del proceso de renovación de su designación¹⁹.

Por otra parte, los criterios para la designación de un CSUR se hallan regulados en el artículo 3 del RD 1302/2006 y se refieren, entre otros, a la actividad del centro (volumen, equipamiento, personal), indicadores de procedimiento y de resultado y a la evaluación de la calidad de los servicios prestados. A efectos de obtener dicha información de los CSUR, el Comité de designación de estos centros, en su reunión de 1 de diciembre de 2009, acordó el desarrollo por parte del MSCBS junto con las CCAA, del "Sistema de Información para el Seguimiento de los CSUR" definido en una doble vertiente: por un lado, la destinada a obtener los registros de la actividad del centro y de sus principales indicadores de procedimiento y de resultados, efectuada a través de la implementación del "Sistema de información para el seguimiento específico de los CSUR", cuyos datos deben remitirse por cada centro al MSCBS, antes del 15 de febrero del año siguiente, para su análisis, evaluación y presentación por el Ministerio al Comité de designación de CSUR en el primer cuatrimestre de cada año; y por otro lado, la destinada al seguimiento de los flujos de pacientes y los motivos de traslado a los CSUR, efectuada a través del SIFCO, con

¹⁷ El MSCBS ha indicado en sus alegaciones que la tipificación de los motivos de denegación, los datos relativos al número de solicitudes que esperan más de 15 días para ser citadas y tiempo que tardan los pacientes en ser atendidos en CSUR y el seguimiento de las situaciones de rechazo de derivación o en el punto de acceso de los pacientes al centro sanitario, son aspectos que han sido incorporados en la última versión de SIFCO (denominada SIFCOWEB), que en 2018 estaba ultimando su desarrollo y que a fecha de presentación de las alegaciones está plenamente implantado.

¹⁸ Sin perjuicio de otras denegaciones por errores de codificación o duplicados en la solicitud.

¹⁹ Las fases en las que se encontraban estos CSUR eran: 22 en trámite de redesignación, 24 propuestos al Comité de designación para iniciar la tramitación de renovación y 48 pendientes de la revisión de los criterios de designación previa al inicio del trámite de renovación.

los datos que cada centro introduce en dicho sistema y que el Ministerio debe evaluar y presentar al citado Comité de designación, antes del 31 de marzo del año siguiente al que se refiere la actividad. A este respecto, cabe señalar que:

- El análisis y evaluación de los datos del seguimiento específico de los CSUR aludido anteriormente, referido a la actividad de 2017 y 2016, se estaba llevando a cabo, por el MSCBS, en marzo de 2019 y, por tanto, con significativo retraso (uno y dos años, respectivamente) respecto al procedimiento establecido por el citado Comité de designación para su valoración.
- El seguimiento, a través de SIFCO, definido por dicho Comité de designación, mediante acuerdo adoptado en diciembre de 2009, establecía la necesidad de conocer, entre otras variables, el número de solicitudes que esperan más de 15 días para ser citadas y el tiempo que tardan los pacientes en ser atendidos en CSUR. No obstante, de la información de SIFCO, facilitada a efectos de la liquidación de 2017, no es posible efectuar un análisis de estos aspectos al no constar los datos que permitirían comprobar dichos extremos¹⁷. En este sentido cabe resaltar que en el acta de la reunión celebrada por el Comité de designación de CSUR, el 20 de diciembre 2017, consta que el representante de una CA puso de manifiesto que “algunos CSUR están tardando más de 100 días en dar respuesta a los pacientes que se les derivan desde otra CA”, pese a que el plazo acordado por el citado órgano a estos efectos es de 15 días.

Adicionalmente, en las actas del Comité de designación CSUR correspondientes a las reuniones celebradas por este órgano, el 14 de abril y 18 de mayo de 2016, respectivamente, en relación con la revisión de los resultados del sistema de información de seguimiento de los CSUR relativos a los criterios de designación acordados por el CISNS, se refleja que existían 23 CSUR con incidencias por no cumplir algún criterio de designación relativo a la actividad en 3 o más años. A pesar del tiempo transcurrido desde dicha fecha, en el momento de realización de esta fiscalización (marzo, 2019), el MSCBS no había propuesto, en el seno del CISNS, ninguna decisión sobre la continuidad de la designación de estos centros, o en su defecto, la revocación de su designación, conforme establece el artículo 6.1 RD 1302/2006, por lo que dichos centros continuaban prestando asistencias como CSUR.

A este respecto, cabe añadir que en la liquidación de 2017 se incluyen 81 asistencias prestadas por CSUR que presentaban la incidencia señalada en el párrafo anterior, habiéndose compensado por dichas asistencias un coste total de 428.669,87 euros.

II.2. FONDO DE GARANTIA ASISTENCIAL (FOGA)

II.2.1. FOGA: Descripción de la actividad y costes objeto de compensación

Como se ha indicado en el epígrafe I.2, el FOGA fue creado con el objeto garantizar la cohesión y la equidad, a través de la compensación a las CCAA de las atenciones que sus servicios de salud presten a personas, que gocen de la condición de asegurado o de beneficiario del SNS, en sus desplazamientos temporales, en el marco de la aplicación de la cartera común básica de servicios asistenciales y de la cartera suplementaria²⁰. La primera comprende todas las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o socio-sanitarios, así como el transporte sanitario urgente, que son cubiertas en su totalidad por financiación pública. La cartera suplementaria incluye todas aquellas prestaciones cuya provisión se realiza mediante dispensación ambulatoria y están sujetas a aportación del

²⁰ En estos términos se establece en el artículo 3.2 del *Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.*

usuario, en concreto, la prestación farmacéutica, prestación ortoprotésica, prestación con productos dietéticos, y transporte sanitario no urgente²¹.

A estos efectos, el artículo 3.4 del RD-Ley 16/2012, por el que se crea el FOGA prevé dos modalidades de desplazamiento, estando pendiente de desarrollo reglamentario la determinación del importe a liquidar en cada modalidad. El citado artículo señala que dicho importe vendrá determinado en función del tipo de desplazamiento, de forma que establece que el de corta duración (inferior a un mes), se abona siguiendo las tarifas nacionales que se establezcan en concepto de asistencia sanitaria de atención primaria, incluyendo la prestación por cartera suplementaria que corresponda. Para los desplazamientos de larga duración (igual o superior a un mes), señala que se abonarán de acuerdo a la “cápita” mensual utilizada para los cálculos estadísticos de contabilidad sanitaria del sistema de cuentas de salud, con dos posibilidades de aplicación, para la cartera común básica de servicios asistenciales completa y para la cartera común básica de servicios asistenciales parcial, referida a asistencia en nivel primario o especializado.

En ausencia del desarrollo normativo previsto en el artículo 3.4 del mencionado real decreto, desde 2013, el MSCBS viene compensando con cargo al FOGA solo la atención primaria y el gasto farmacéutico, con las siguientes limitaciones:

- Se compensa la atención primaria en desplazamientos de corta duración, a través de “FOGA-Atención primaria”, clasificada en 17 actuaciones médicas y de enfermería, según los acuerdos y criterios acordados por la Comisión de seguimiento del FCS, el 27 de mayo de 2014, que figuran en el acta de dicha reunión. Concretamente, las cuantías aplicadas en 2017 en la compensación de FOGA-Atención primaria corresponden al 60 % de la tarifa ponderada propuesta por el MSCBS, calculada a partir de las tarifas acordadas en el seno de la citada Comisión²².
- Se compensa el gasto farmacéutico, a través de “FOGA-Farmacia”, incurrido por una CA debido a la prescripción de recetas de medicamentos y otros productos sanitarios financiadas por el SNS, expedidas o dispensadas por las oficinas de farmacia de otra CA distinta de la que ha expedido la tarjeta sanitaria del paciente, de acuerdo con lo establecido en el documento “Sistema de gestión del Fondo de garantía asistencial para farmacia (FOGA-Farmacia)”, acordado por la Comisión Permanente de Farmacia (CPF), en su sesión de 1 de octubre de 2013. En este caso, el coste a compensar es el resultado de restar al coste total del medicamento dispensado, el descuento correspondiente, según el tipo de producto en aplicación del RDL 8/2010, y el importe que abona el paciente en base a su nivel de aportación farmacéutica²³.

En ambos supuestos, los servicios que se compensan son aquellos que figuran registrados y validados en el sistema SIFOS, bien a través del subsistema SIFOS-Atención primaria, o bien a través de SIFOS-Farmacia. El primero, registra la información de atención primaria compensable remitida mensualmente por cada una de las CCAA, a partir de la cual, una vez validada por la aplicación, se generan los informes anuales que sirven para la liquidación del FOGA-Atención Primaria. A este respecto, se destaca que la aplicación no distingue si la atención se deriva de un desplazamiento de corta o de larga duración. En el segundo caso, los datos del sistema de información SIFOS-Farmacia se obtienen de la explotación que la Subdirección General de Calidad de Medicamentos y Productos Sanitarios del MSCBS realiza de los datos contenidos en

²¹ La cartera común básica de servicios asistenciales y la suplementaria se regula en el art. 8 bis, y 8 ter de la *Ley 16/2003, de 28 mayo de cohesión y calidad del SNS*, y en el *Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización*.

²² Dichas cuantías son propuestas por el “Grupo de Tarifas”, creado en el seno de la Comisión de seguimiento del FCS.

²³ *Real Decreto-ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público*.

los ficheros de facturación de recetas (sistema receta-web), añadiendo determinados campos, tales como el código de identificación personal del paciente, la CA de origen, la identificación de la CA expendedora y dispensadora de la receta, y el importe del gasto a compensar.

Al igual que en el FCS, la compensación de cada CA corresponde a su saldo neto, obtenido tras considerar el importe resultante de la atención prestada en esa CA a pacientes de otras CCAA y el importe de la atención recibida por pacientes de la CA en otras CCAA.

II.2.2. FOGA: Liquidación del ejercicio 2017

El importe de la liquidación del ejercicio 2017, compensada, a través del FOGA, ha ascendido a 48.069.646,94 euros y ha supuesto que los saldos positivos que reflejan ocho CCAA han compensado los negativos de las restantes CCAA. Los saldos resultantes de la liquidación del FOGA realizada en 2017, desglosada por atención primaria y farmacia, se muestran en el anexo 3 de este informe.

Las CCAA que presentan los mayores saldos negativos del FOGA son: Madrid (44,46 %), País Vasco (27,36 %) y Cataluña (15,12 %) mientras que la CA Valenciana concentra el 39,51 % del saldo total positivo del FOGA, seguida de Castilla-León (16,52 %), y Andalucía (15,65 %), como se deduce del cuadro nº 2.

CUADRO Nº 2
LIQUIDACIÓN FOGA 2017
/CCAA CON SALDOS POSITIVOS
(euros)

Comunidad autónoma	Liquidación FOGA 2017: saldos positivos	% sobre total
ANDALUCÍA	7.520.861,72	15,65
CANTABRIA	2.454.778,58	5,11
CASTILLA Y LEÓN	7.940.741,21	16,52
CASTILLA LA MANCHA	4.938.533,64	10,27
COMUNIDAD VALENCIANA	18.989.925,79	39,51
GALICIA	5.344.960,62	11,12
MURCIA	722.148,33	1,50
NAVARRA	157.697,05	0,33
Total	48.069.646,94	100,00

Fuente: MSCBS, liquidación del ejercicio 2017

En cuanto a la composición del saldo de FOGA en la liquidación de 2017, el 53,93 % procede de la asistencia sanitaria prestada en atención primaria y el 46,07 % restante del FOGA-Farmacia.

II.2.3. FOGA: Normativa y sistema de compensación aplicado

Se ha comprobado que la actividad del año 2016 compensada por el FOGA corresponde a la registrada y validada en el sistema de información SIFOS, y que los costes compensados en 2017 en atención primaria son los fijados en el acta de la Comisión de seguimiento del FCS de 27 de mayo de 2014, citada anteriormente. Asimismo, los costes compensados por FOGA-Farmacia son los certificados por la Subdirección General de Calidad de Medicamentos y Productos Sanitarios el 22 de mayo de 2017, utilizando la información recogida en los ficheros de facturación de recetas. No obstante, tras el análisis efectuado se ponen de manifiesto las siguientes consideraciones:

II.2.3.1. ASPECTOS RELATIVOS A LA NORMATIVA DEL FOGA

A pesar del tiempo transcurrido desde la entrada en vigor del RDL 16/2012, cuyo artículo 3 remitía al desarrollo reglamentario a efectos de la determinación del importe a liquidar por el FOGA a cada servicio de salud, este desarrollo reglamentario no se ha producido. Si bien, por parte del MSCBS, se ha impulsado en distintos momentos dicho desarrollo, a fecha de redacción de este informe continuaba pendiente de aprobación esta normativa. Así, en el ejercicio 2015, el citado Ministerio inició la tramitación de un proyecto de real decreto por el que se regulaba la gestión del FOGA (y se modificaba el RD 1207/2006, relativo al FCS) que finalmente no prosperó. Posteriormente, en enero de 2018, el MSCBS, en aplicación del artículo 133 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, sustanció la consulta pública previa a la elaboración del proyecto de real decreto, sin embargo, dicha norma continuaba pendiente de tramitación a fecha de realización de esta actuación fiscalizadora (abril, 2019).

Cabe destacar que el propio MSCBS reflejó en la citada consulta pública que la ausencia de dicha regulación *“podría implicar la pérdida de garantías en el acceso a los servicios sanitarios del SNS en todo el territorio nacional en igualdad de condiciones, así como la no continuidad de la compensación a través del FCS y FOGA de la asistencia sanitaria prestada a pacientes procedentes de otras comunidades autónomas”*. Conviene puntualizar que la alusión al FCS se debía a que el proyecto de real decreto que se pretendía tramitar incorporaba, a su vez, modificaciones en la regulación de la gestión de este último fondo con el fin de adaptarlo a las medidas adoptadas en el *Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones*, las LPGE publicadas desde 2013 y la Ley 2/2015, de 30 de marzo, de desindexación de la economía española.

En defecto del citado desarrollo reglamentario, que concrete los criterios y procedimientos de gestión y distribución del FOGA, el MSCBS ha venido efectuando las liquidaciones de este fondo, desde su creación, conforme a los acuerdos adoptados a este respecto por la Comisión de seguimiento del FCS y por la CPF anteriormente señalados. No obstante, estos órganos no se hallan facultados para aprobar el desarrollo normativo de esta materia. De hecho, según se deduce de la información facilitada, la Comisión de seguimiento del FCS, cuyas funciones se regulan en el artículo 11 del RD 1207/2006, está adoptando acuerdos que afectan a la gestión del FOGA y actuando como órgano de seguimiento de este fondo sin tener atribuidas estas funciones, por lo que los acuerdos adoptados en dicho seno relativos al FOGA no cuentan con la adecuada cobertura legal.

II.2.3.2. ASPECTOS SOBRE EL SISTEMA DE COMPENSACIÓN DE FOGA: ACTIVIDAD Y COSTES COMPENSABLES

Las prestaciones sanitarias que están siendo objeto de compensación en la liquidación del FOGA efectuada por el MSCBS en el ejercicio 2017 se ajustan a los acuerdos adoptados por las comisiones señaladas anteriormente²⁴, abarcando la asistencia sanitaria prestada en atención primaria derivada de los desplazamientos de corta duración y los gastos netos de recetas dispensadas por oficinas de farmacia de CCAA distintas a la de origen del titular de la tarjeta sanitaria. Sin embargo, estos supuestos no se ajustan totalmente a las previsiones del artículo 3 del RDL 16/2012, de acuerdo con las siguientes consideraciones:

- En el caso de FOGA-Atención primaria, los acuerdos citados no contemplan la cobertura de todas las prestaciones de la cartera de servicios comunes del SNS reguladas en el *Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios*

²⁴ Acta de la Comisión de seguimiento de FCS 27/5/2014, para FOGA-Atención primaria y Acta de la Comisión Permanente de Farmacia de fecha 1/10/2013 para FOGA-Farmacia.

comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, entre los que cabe mencionar los productos dietéticos, la prestación ortoprotésica y el transporte sanitario no urgente²⁵.

- En el supuesto de FOGA-Farmacia, únicamente se están compensado las dispensaciones a través de oficinas de farmacia, quedando excluida la dispensación hospitalaria²⁶. Asimismo, como se destacó anteriormente, dicho sistema no recoge datos a efectos de tener en consideración si la asistencia deriva de un desplazamiento de corta o de larga duración.

Por otra parte, el MSCBS invocando la falta de desarrollo reglamentario, no incluye en la liquidación del FOGA la compensación de los desplazamientos considerados de larga duración, por plazo superior a 30 días, que afectan, entre otros, a una diversidad de grupos de asegurados o de beneficiarios del SNS, entre los que cabría señalar a estudiantes, trabajadores desplazados, personas mayores que acuden a vivir con algún familiar o personas que son habitualmente atendidas en poblaciones limítrofes de otras CCAA.

Respecto a los costes aplicados en la compensación, como se ha señalado en los párrafos anteriores, no han sido aprobados por el órgano competente ni se hallan publicados. Adicionalmente, de forma análoga a lo señalado para el FCS, se ha observado que los costes a compensar por FOGA-Atención primaria fijados por la Comisión de seguimiento del FCS, se han establecido en un porcentaje (60 %) sobre la tarifa ponderada propuesta por el MSCBS, sin que haya sido aportado el criterio adoptado para determinar el citado porcentaje.

Por otra parte, respecto a los costes compensables por FOGA-Farmacia, no se han tenido en cuenta los límites máximos de aportación establecidos en el artículo 102.6 del *Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto Refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios*, en función del nivel de renta, para los pacientes con tratamiento de carácter crónico o pensionistas con tratamientos de larga duración.

Por último, si bien en la documentación aprobada por la CPF relativa al “Sistema de gestión del FOGA-Farmacia” se contempla la posibilidad de realizar una verificación de las compensaciones calculadas por la aplicación con la información remitida por las distintas CCAA, dicho control no se efectúa. Así, la Subdirección General de Calidad de Medicamentos y Productos Sanitarios que certifica los datos de SIFOS-Farmacia, no efectúa ninguna revisión sobre la información cargada por las CCAA en dicho sistema.

²⁵ El MSCBS ha argumentado en sus alegaciones que las posibilidades de aplicación de la compensación por FOGA no abarcarían los supuestos de cartera suplementaria citados en este párrafo del informe. No obstante, dicha interpretación contradice lo reflejado por el propio MSCBS en la “memoria de análisis de impacto normativo” del proyecto de real decreto que fue publicado en su día en la web del Ministerio relativo a la regulación de la gestión del FOGA (si bien la norma no ha prosperado hasta la fecha como se ha reflejado en el epígrafe II.2.3.1 de este informe). Concretamente, en el epígrafe 3.c.i).3 de dicha memoria, relativo al análisis del impacto presupuestario de las compensaciones por FOGA por desplazamientos de corta duración derivado de “otras prestaciones de cartera suplementaria”, se citan expresamente dichas atenciones como susceptibles de compensación, concordando esta interpretación con lo manifestado en este párrafo del informe.

²⁶ El MSCBS ha manifestado en sus alegaciones que “no se considera que se pueda afirmar que la prestación de farmacia hospitalaria estuviera contemplada en los supuestos compensables por FOGA”. No obstante, dicha interpretación no se corresponde con los criterios reflejados en la documentación soporte de las reuniones de la Comisión Permanente de Farmacia (punto 5 del acta de 1 de octubre de 2013 y punto 6 del acta de la reunión de 3 de junio de 2014) y de la Comisión de Seguimiento del FCS de 27/5/2014 (punto 2.IV del acta de la reunión de 27 de mayo de 2014). Concretamente en esta última se refleja que se planteaba la necesidad de conocer la opinión de los miembros de dicho órgano respecto a, entre otros aspectos, la ratificación de diversos acuerdos planteados, entre ellos, el de “compensar la prestación farmacéutica dispensada en oficina de farmacia o farmacia hospitalaria ambulatoria, independiente de que el traslado sea de larga o de corta duración”.

II.3. LIQUIDACIÓN FCS Y FOGA: DISTRIBUCIÓN ENTRE CCAA

II.3.1. Procedimiento de compensación

Sin perjuicio de la diferenciación en la gestión de la información relativa a FCS y FOGA a efectos de determinar la cuantía a compensar resultante de cada uno de estos fondos, descrita en los subapartados II.1 y II.2, el MSCBS viene realizando, desde el ejercicio 2013, la liquidación anual de forma conjunta sobre la base de los saldos compensables resultantes de cada uno de estos fondos (agregados por cada CA), de conformidad con el procedimiento descrito en las respectivas LPGE de cada año, por lo que el resultado de la liquidación (de suma cero), constituye, *de facto*, una mera compensación entre los saldos positivos y negativos de las distintas CCAA.

Concretamente, en el ejercicio 2017, de acuerdo con lo establecido en la disposición adicional 92ª de la LPGE de 2017, el sistema de compensación de los saldos positivos o negativos resultantes de las liquidaciones realizadas por el MSCBS y el INSS responde a las siguientes fases y toma como referencia la actividad realizada en el año anterior (2016):

- 1º El MSCBS comunica al INSS, durante el primer semestre, los saldos negativos resultantes de la asistencia sanitaria prestada a pacientes residentes en España derivados entre CCAA por los supuestos contemplados en el FCS y en FOGA que, en el caso de la liquidación efectuada en 2017 ascendía a 59.075.423,68 euros, sin perjuicio de la observación que se efectúa en el epígrafe siguiente que eleva esta cuantía a 60.268.691,09 euros.
- 2º El INSS deduce los mencionados saldos negativos de las CCAA de los pagos que deba efectuar a cada una de ellas y, en su caso, al INGESA, en concepto de saldo neto positivo por cuota global y gasto real por la cobertura de la asistencia sanitaria²⁷.
- 3º A continuación, el INSS comunica al MSCBS, durante el tercer trimestre, las deducciones efectuadas e ingresa a través de la Tesorería General de la Seguridad Social (TGSS) en la Secretaría General del Tesoro y Política Financiera (SGTPF), el importe deducido a las CCAA (que en 2017, ascendió a 34.720.564,67 euros) con aplicación a una cuenta extrapresupuestaria gestionada por el MSCBS²⁸. A su vez, el INGESA, a través de la TGSS, ingresa, en su caso, los saldos negativos pendientes de descontar a las ciudades de Ceuta y Melilla (en 2017, este ingreso ascendió a 2.114.240,30 euros).
- 4º El importe total ingresado en la cuenta de la SGTPF (36.834.804,97 euros, en 2017) se distribuye, por el MSCBS, entre las CCAA (o INGESA), que presenten saldos netos positivos por la asistencia prestada con cobertura del FCS y el FOGA, una vez descontados los saldos netos negativos por gasto real que no han podido ser deducidos de los saldos netos positivos por cuota global, y de forma proporcional a dichos saldos netos positivos.
- 5º Finalmente, los saldos netos negativos del FCS y FOGA que resten, deben ser compensados, deducidos o retenidos, según proceda, por el Ministerio de Hacienda de los recursos del sistema de financiación, cuando se cumplan las condiciones previstas para ello, según establece la disposición adicional nonagésima segunda de la LPGE para el ejercicio 2017.

II.3.2. Resultados relativos a la liquidación FCS y FOGA

De acuerdo con el procedimiento descrito, el MSCBS, en 2017, efectuó la liquidación durante el primer semestre del año, cumpliendo con el plazo establecido en la citada disposición adicional a

²⁷ Corresponde al INSS, por tanto, pagar a las CCAA e INGESA los saldos netos positivos resultantes por cuota global o gasto real, una vez deducidos los citados saldos negativos comunicados por el MSCBS.

²⁸ La citada cuenta se aplica al concepto extrapresupuestario "320419 CCAA Acreedores por Fondo de Cohesión".

estos efectos y comunicando al INSS los saldos negativos de las respectivas CCAA. El importe conjunto de dichos saldos ascendió, inicialmente, a 59.075.423,68 euros. No obstante, con posterioridad, y como consecuencia de las alegaciones efectuadas por una CA, la liquidación fue rectificada por el MSCBS durante el tercer trimestre de 2017, dando lugar a un importe superior en la suma de saldos negativos de las CCAA (por importe de 60.268.691,09 euros), con la distribución por CCAA que se refleja en el cuadro nº 3 y en el anexo 4 de este informe.

CUADRO Nº 3
LIQUIDACIÓN CONJUNTA FCS Y FOGA 2017
(euros)

Comunidad Autónoma	Saldos positivos	Saldos negativos
ANDALUCÍA	8.415.255,53	0
ARAGÓN	0	(5.232.427,95)
ASTURIAS	0	(4.469.218,41)
BALEARES	0	(5.121.747,07)
CANARIAS	0	(4.206.343,25)
CANTABRIA	5.479.503,76	0
CASTILLA Y LEÓN	0	(631.473,45)
CASTILLA LA MANCHA	0	(8.896.327,26)
CATALUÑA	6.566.127,24	0
COMUNIDAD VALENCIANA	20.103.579,66	0
EXTREMADURA	0	(6.951.635,26)
GALICIA	3.539.861,26	0
MADRID	16.164.363,64	0
MURCIA	0	(1.010.105,98)
NAVARRA	0	(1.046.216,54)
PAÍS VASCO	0	(15.365.041,85)
LA RIOJA	0	(4.355.224,17)
CEUTA	0	(1.672.588,66)
MELILLA	0	(1.229.881,79)
INGESA	0	(80.459,45)
Total	60.268.691,09	(60.268.691,09)

Fuente: MSCBS, liquidación del ejercicio 2017

Dado que los saldos negativos comunicados inicialmente por el MSCBS al INSS sumaban un importe inferior (59.075.423,68 euros), el INSS efectuó las liquidaciones a las CCAA sobre la base de dicha información y, por tanto, descontando esta cuantía de los saldos netos por cuota global o gasto real, en lugar de la que hubiera correspondido de acuerdo con la liquidación definitiva practicada posteriormente por el MSCBS, una vez rectificada (60.268.691,09 euros). De haber sido aplicados los saldos resultantes tras la rectificación señalada, las cuantías transferidas a las CCAA e INGESA por el INSS, en aplicación de la mencionada disposición adicional, en concepto de saldo neto positivo resultante por cuota global o gasto real, hubieran resultado inferiores en el caso de seis CCAA, por importe conjunto de 684.817,03 euros. Ya que el proceso de revisión de la liquidación se produjo una vez certificados al INSS los saldos negativos resultantes del FCS y FOGA, y sin perjuicio de que el citado Instituto se halla representado en la Comisión de seguimiento del FCS, el MSCBS debería haber comunicado el resultado de esta revisión al INSS a efectos de su recuperación o en su caso, ajuste en la liquidación de ejercicios posteriores. La distribución por CCAA de dicho ajuste se refleja en el cuadro nº 4.

CUADRO Nº 4
DISTRIBUCIÓN POR CCAA DEL AJUSTE DERIVADO DE LA RECTIFICACIÓN DE LA
LIQUIDACIÓN FCS+FOGA DEL EJERCICIO 2017
(euros)

Comunidad Autónoma	Importe
ASTURIAS	49.845,34
BALEARES	138.626,23
CANARIAS	255.680,61
CASTILLA Y LEÓN	53.078,32
MURCIA	100.458,18
NAVARRA	87.128,35
Total ajuste	684.817,03

Fuente: MSCBS, liquidación del ejercicio 2017

Se ha verificado que, de acuerdo con lo dispuesto en la disposición adicional 92ª, el INSS ingresó, en la Secretaría General del Tesoro y Política Financiera (SGTPF), el 28 de julio de 2017, el importe restante de la cuota global o gasto real (34.720.564,67 euros) con aplicación a la cuenta extrapresupuestaria “320419 CCAA acreedoras por FCS” gestionada por el MSCBS. Asimismo, el INGESA ingresó, con fecha 19 de octubre de 2017 en la SGTPF con aplicación a esta cuenta el importe de 2.114.240,30 euros, correspondiente a los saldos negativos del FCS y FOGA pendientes de descontar imputables a las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, una vez deducidos por el INSS sus respectivos saldos positivos por cuota global y gasto real. Finalmente, el MSCBS distribuyó el importe total ingresado en la SGTPF, por el INSS e INGESA (36.834.804,97 euros), entre las seis CCAA que en la liquidación de 2017 presentaban saldos netos positivos, efectuando la distribución de forma proporcional a su respectivo saldo. Cabe señalar que con este procedimiento, la cuantía realmente compensada por el MSCBS en 2017 a estas seis CCAA representa el 61,12 % de su saldo positivo. El detalle por CCAA de los saldos positivos pendientes de percibir se refleja en el cuadro nº 5.

CUADRO Nº 5
LIQUIDACIÓN 2017 FCS+FOGA CCAA CON SALDOS
NETOS POSITIVOS PENDIENTES DE PERCIBIR
(euros)

Comunidades Autónomas	Saldo pendiente de compensación
ANDALUCÍA	3.272.049,49
CANTABRIA	2.130.560,08
CATALUÑA	2.553.064,87
COMUNIDAD VALENCIANA	7.816.745,11
GALICIA	1.376.381,40
MADRID	6.285.085,17
Total	23.433.886,12

Fuente: MSCBS, liquidación del ejercicio 2017

El 39,82 % restante del saldo positivo de estas seis CCAA (por importe de 23.433.886,12 euros), según establece la disposición adicional nonagésima segunda de la LPGE para el ejercicio 2017, debe ser compensado, deducido o retenido, según proceda, por el Ministerio de Hacienda, de los recursos del sistema de financiación “cuando se cumplan las condiciones previstas para ello”, de las CCAA que arrojaban saldos negativos tras la citada liquidación con el detalle que se presenta en el cuadro nº 6.

CUADRO Nº 6
LIQUIDACIÓN 2017 FCS+FOGA / CCAA CON SALDOS NETOS NEGATIVOS
(euros)

Comunidades Autónomas	Liquidación FCS + FOGA 2017
ARAGÓN	(2.267.964,54)
ASTURIAS	(37.512,16)
BALEARES	(104.326,10)
CANARIAS	(192.417,84)
CASTILLA Y LEÓN	(39.945,21)
CASTILLA LA MANCHA	(3.874.866,61)
EXTREMADURA	(2.366.549,15)
MURCIA	(75.601,93)
NAVARRA	(65.570,28)
PAÍS VASCO	(11.563.286,85)
LA RIOJA	(2.829.320,88)
INGESA	(16.524,57)
Total	(23.433.886,12)

Fuente: MSCBS, liquidación del ejercicio 2017

A este respecto se ha verificado que el Ministerio de Hacienda no ha iniciado actuación alguna a efectos de llevar a cabo la compensación, deducción o retención de los recursos del sistema de financiación, señalada en la disposición adicional 92ª de la LPGE de 2017, como consecuencia de los saldos netos negativos por asistencia sanitaria prestada correspondientes a la liquidación del FCS y FOGA de dicho ejercicio. Tampoco ha efectuado alguna actuación como resultado de las liquidaciones de dichos Fondos en ejercicios anteriores, desde el 2013, para dar cumplimiento a lo dispuesto en similares términos en las respectivas disposiciones adicionales de las LPGE del periodo 2013-2016.

En este sentido el Ministerio de Hacienda ha manifestado que no tiene constancia de que se hayan formalizado los instrumentos de colaboración precisos, ni ha recibido ningún acto de ejecución del MSCBS, como gestor de estos Fondos, que active el procedimiento de retención de los recursos del Sistema de Financiación Autonómico (SFA) para los años de referencia, como fase previa necesaria a las actuaciones que, en su caso, debiera realizar²⁹.

Cabe añadir que el MSCBS no ha comunicado formalmente al citado Ministerio de Hacienda dichos saldos negativos a efectos de que este último lleve a cabo lo señalado en dicha disposición adicional, si bien el Ministerio de Hacienda está representado en la Comisión de seguimiento del FCS que gestiona y verifica la liquidación. En este sentido, se estima necesario resaltar que no se ha articulado ningún procedimiento, por parte del MSCBS ni del Ministerio de Hacienda, a efectos de dar cumplimiento a lo dispuesto en las respectivas LPGE para permitir la compensación total resultante de las distintas liquidaciones del FCS y FOGA del periodo 2013-2016. De acuerdo con la información facilitada por el MSCBS, el importe de los saldos positivos que se hallarían

²⁹ El Ministerio de Hacienda ha señalado que “no se han producido las compensaciones porque no se han cumplido las condiciones previstas para ello” dado que la aplicación de la retención de los recursos del sistema de financiación autonómico (SFA) requiere que “el supuesto concreto de retención se regule mediante Ley Orgánica o, alternativamente, que se suscriban los correspondientes convenios o instrumentos de colaboración entre las CCAA a tales efectos” (STC 41/2016, de 3 de marzo) y en la medida en que la aplicación de la retención de los recursos del SFA para la liquidación de los saldos del FCS y FOGA no están actualmente regulados mediante Ley Orgánica, la plena efectividad de lo dispuesto en las leyes de PGE en relación con los mismos “requiere la adopción previa de los correspondientes convenios o instrumentos de colaboración a los efectos señalados entre las distintas CCAA y el MSCBS, como centro gestor de los citados Fondos”.

pendientes de compensar a distintas CCAA, a través de los recursos del SFA correspondientes a CCAA que reflejaban saldos negativos en las liquidaciones del periodo 2013-2018, se elevaría a 172.286.552,90 euros con el detalle que se refleja en los cuadros nº 7 y 8 siguientes:

CUADRO Nº 7
LIQUIDACIONES FCS+FOGA PERIODO 2013-2018 / CCAA CON SALDOS POSITIVOS
PENDIENTES DE COMPENSAR
(euros)

CCAA	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
ANDALUCÍA	1.739.721,57	1.236.759,28	6.250.723,46	2.387.138,63	3.272.049,49	4.586.759,55	19.473.151,98
CANTABRIA	3.093.883,55	3.493.854,14	3.442.546,71	1.301.180,81	2.130.560,08	3.982.614,53	17.444.639,82
CATALUNA	6.673.895,42	7.448.548,00	7.270.670,88	3.829.649,96	2.553.064,87	5.845.425,48	33.621.254,61
C. VALENCIANA	930.989,49	1.064.198,25	11.388.432,60	4.314.291,32	7.816.745,11	11.125.799,07	36.640.455,84
GALICIA	0,00	55.509,29	1.540.680,29	205.749,39	1.376.381,40	2.409.412,61	5.587.732,98
MADRID	21.067.085,96	10.584.536,06	12.412.113,44	4.121.580,22	6.285.085,17	4.476.880,63	58.947.281,48
LA RIOJA	572.036,19	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	572.036,19
Total	34.077.612,18	23.883.405,02	42.305.167,38	16.159.590,33	23.433.886,12	32.426.891,87	172.286.552,90

Fuente: Elaboración propia, a partir de las liquidaciones del periodo 2013-2018 facilitadas por el MSCBS

CUADRO Nº 8
CCAA CON SALDOS NEGATIVOS PENDIENTES DE COMPENSAR, DEDUCIR O RETENER
DE LOS PAGOS DE LOS RECURSOS DEL SFA
(euros)

CCAA	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
ARAGÓN	(3.587.019,38)	(2.981.558,17)	(4.766.928,02)	(2.543.750,80)	(2.267.964,54)	(3.851.680,95)	(19.998.901,86)
ASTURIAS	(39.554,00)	(859.735,19)	(1.864.599,52)	0,00	(37.512,16)	(1.520.700,65)	(4.322.101,52)
BALEARES	(313.455,00)	(46.432,71)	0,00	0,00	(104.326,10)	0,00	(464.213,81)
CANARIAS	(174.126,00)	(64.425,70)	(1.015.436,31)	0,00	(192.417,84)	0,00	(1.446.405,85)
CASTILLA Y LEÓN	(6.067.479,58)	0,00	0,00	0,00	(39.945,21)	0,00	(6.107.424,79)
C. LA MANCHA	(16.786.080,87)	(4.910.214,81)	(11.866.406,72)	(285.757,55)	(3.874.866,61)	(6.533.476,97)	(44.256.803,53)
EXTREMADURA	(4.013.980,17)	(2.087.286,92)	(2.913.244,77)	0,00	(2.366.549,15)	(2.633.313,35)	(14.014.374,36)
MURCIA	(25.395,00)	(268.242,34)	(863.717,21)	0,00	(75.601,93)	0,00	(1.232.956,47)
NAVARRA	(121.684,00)	0,00	(187.453,65)	0,00	(65.570,28)	(197.153,05)	(571.860,98)
PAÍS VASCO	(2.948.838,18)	(11.584.559,43)	(16.291.847,64)	(11.243.384,75)	(11.563.286,85)	(13.189.372,81)	(66.821.289,66)
LA RIOJA	0,00	(974.375,76)	(2.484.814,23)	(2.068.438,61)	(2.829.320,88)	(4.500.962,29)	(12.857.911,77)
CEUTA	0,00	(106.573,99)	(3.994,26)	(12.004,21)	0,00	0,00	(122.572,46)
MELILLA	0,00	0,00	(3.994,26)	(5.448,60)	0,00	0,00	(9.442,86)
INGESA	0,00	0,00	(42.730,79)	(805,81)	(16.524,57)	(231,80)	(60.292,97)
Total	(34.077.612,18)	(23.883.405,02)	(42.305.167,38)	(16.159.590,33)	(23.433.886,12)	(32.426.891,87)	(172.286.552,90)

Fuente: Elaboración propia, a partir de las liquidaciones del periodo 2013-2018 facilitadas por el MSCBS

Finalmente, se señala que la Ley 6/2018, de 3 julio, de PGE para 2018, no contiene una disposición adicional equivalente a la existente en los ejercicios anteriores (desde 2013) por la que se establecía el procedimiento de compensación de ambos fondos y la naturaleza extrapresupuestaria del FCS, ni regula en su articulado ningún aspecto relativo al FCS ni al FOGA. No obstante, el MSCBS ha realizado la liquidación correspondiente al año 2018 en los mismos términos que la del ejercicio 2017, asumiendo por tanto, que el FCS se configuraba, como en ejercicios anteriores, como un fondo de naturaleza extrapresupuestaria. Sin embargo, se estima que, ante la falta de disposición expresa en la LPGE de 2018 que establezca la suspensión de lo dispuesto en los apartados a, b, c y d del artículo 2.1 del RD 1207/2006 relativos al FCS, estos preceptos vuelven a estar vigentes, perdiendo este carácter extrapresupuestario que le habían atribuido las LPGE en ejercicios anteriores y recobrando su naturaleza original. En similares términos se ha pronunciado el Consejo de Estado en el Dictamen emitido en relación con la tramitación del proyecto de Orden de actualización de los anexos I, II y III del RD 1207/2006

(nº 765/2018, de 26 de noviembre de 2018)³⁰. En consecuencia, la liquidación correspondiente al ejercicio 2018 ha sido practicada con arreglo a criterios, que en el momento de aplicarse, carecían de cobertura legal³¹.

II.4. FINALIDAD DE LOS FONDOS (FCS Y FOGA)

Como se viene manifestando en este informe, ambos fondos tienen por finalidad garantizar la cohesión, la equidad, y la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria públicos en todo el territorio nacional³². No obstante, en la medida que funcionan, al menos desde 2013, exclusivamente como instrumentos de compensación parcial de los costes incurridos entre CCAA, limitándose además esta compensación a determinados servicios de asistencia sanitaria prestados, el análisis desde la perspectiva de la eficacia y eficiencia, y por tanto, de su contribución a la consecución de dicho objetivo, no permite afirmar que sean instrumentos eficaces a efectos de asegurar la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria públicos en otra CA distinta a la de pertenencia del paciente. En cualquier caso, su capacidad en este sentido es muy restringida, especialmente, en el caso del FCS en el que la compensación se halla sujeta al requisito de la previa derivación por la CA de origen y aceptación por la CA de destino.

Aun pudiendo afirmarse que el FCS garantiza la asistencia sanitaria en supuestos de derivación para los procesos tasados en el RD 1207/2006 y el FOGA en algunos de los supuestos previstos en el artículo 3.4 del RD 16/2012, no puede concluirse que con ello contribuyan a la equidad en el acceso a la asistencia sanitaria en los términos previstos en los artículos 4.c), 23 y 24 de la Ley de 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del SNS, y en el propio expositivo de la ley. Este define dicho objetivo señalando: *“Equidad, en la línea de desarrollo del principio constitucional de igualdad, que garantice el acceso a las prestaciones y, de esta manera, el derecho a la protección de la salud en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio y posibilite la libre circulación de todos los ciudadanos”*³³. En este sentido, podría ser un dato indicativo que la liquidación del

³⁰ En dicho dictamen, el Consejo de Estado manifiesta que *“dado que estas cláusulas suspensivas se regían por el principio de anualidad, tras la entrada en vigor de la Ley 6/2018, de 3 de julio, el artículo 2.1 del RD 1207/2006, de 20 de octubre, ha recobrado su vigencia y, aparentemente, el Fondo de cohesión sanitaria ha perdido la naturaleza extrapresupuestaria que las Leyes 17/2012, de 27 de diciembre, 22/2013, de 23 de diciembre, 36/2014, de 26 de diciembre, 48/2015, de 29 de octubre y 3/2017, de 27 de junio, le confirieron expresamente”*.

³¹ El Ministerio de Hacienda ha manifestado en sus alegaciones que la disposición adicional nonagésima segunda de la LPGE para 2017 no incluye ninguna referencia a una vigencia temporal por lo que esta sería indefinida. Con similar argumento se ha manifestado el MSCBS en sus alegaciones. No obstante el citado criterio no es compartido por este Tribunal y contradice el hecho de que anualmente se ha venido regulando en las respectivas LPGE dicha excepción, a pesar de que la redacción de la citada disposición adicional no presenta ninguna modificación en su redacción respecto a las anteriores disposiciones de dichas LPGE que regulaban este aspecto.

³² Disposición adicional 5ª de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y artículo 3 del Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

³³ Artículo 4.c) de la Ley 16/2003: *“los ciudadanos tendrán derecho, en el conjunto del sistema, a recibir, por parte del servicio de salud de la comunidad autónoma en la que se encuentre desplazado, la asistencia sanitaria del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud que pudiera requerir, en las mismas condiciones e idénticas garantías que los ciudadanos residentes en esa comunidad autónoma”*.

Artículo 23: *“Todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud tendrán acceso a las prestaciones sanitarias reconocidas en esta ley en condiciones de igualdad efectiva”*.

Artículo 24: *“El acceso a las prestaciones sanitarias reconocidas en esta ley se garantizará con independencia del lugar del territorio nacional en el que se encuentren en cada momento los usuarios del Sistema Nacional de Salud, atendiendo especialmente a las singularidades de los territorios insulares”*.

FCS y FOGA en 2017, con un importe total compensado de 60.268.691,09 euros, supone tan sólo el 0,08 % del gasto sanitario publicado en el último informe anual del SNS 2017^{34 y 35}.

A la limitada capacidad señalada anteriormente de ambos fondos para contribuir a dicha equidad, se añade el desincentivo que puede suponer para determinadas CCAA, a efectos de aceptar la derivación de un paciente, el hecho de que, desde la liquidación del ejercicio 2013, las CCAA con saldos netos positivos no estén percibiendo la completa compensación del importe que les corresponde, al no llevarse a cabo la última fase del procedimiento establecido en el último párrafo de las respectivas disposiciones adicionales de las LPGE, como se ha detallado en el epígrafe II.3.2 de este informe.

Sin perjuicio de lo anteriormente expuesto, se estima conveniente añadir que, de acuerdo con lo previsto en la disposición adicional quinta de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del SNS, corresponde al MSCBS el impulso y la realización de políticas que aseguren la cohesión sanitaria y la corrección de desigualdades. Sin embargo, el MSCBS no ha desarrollado un sistema de información que le permita identificar las posibles desigualdades en el acceso a la atención sanitaria, tales como el rechazo de la derivación y sus causas, o los rechazos que pudieran estar efectuándose en el punto de acceso de los pacientes al centro sanitario (conviene recordar que si la solicitud de asistencia no figura en SIFOS o SIFCO, el MSCBS actualmente no puede tener conocimiento del rechazo y su causa, a efectos de su valoración y en su caso, proponer medidas destinadas a corregir la desigualdad que ello supone)¹⁷.

Como consecuencia de lo anteriormente expuesto y dado que, a través de los sistemas de información implementados por el MSCBS para la gestión de los Fondos objeto de fiscalización, no es posible inferir si se producen desequilibrios territoriales en la asistencia sanitaria de pacientes de distintas CCAA, se ha revisado el contenido de distintos informes técnicos, entre ellos, los informes anuales del SNS de los años 2016 y 2017, publicados por el MSCBS, con el fin de comprobar si estos reflejan dificultades en el acceso a las prestaciones sanitarias en condiciones de igualdad efectiva.

A este respecto, se ha verificado que estos últimos informes contienen un apartado específico relativo a la "Equidad en la prestación de los servicios" que analiza, a través del Barómetro Sanitario, la percepción que tienen los ciudadanos acerca de si las prestaciones asistenciales de la sanidad pública son iguales para todos³⁶. Así, se señala en dichos informes que los resultados del citado Barómetro muestran que, ni la edad, ni el sexo, ni la nacionalidad, constituyen factores de diferencia³⁷. Sin embargo, resalta que la percepción, en 2017, de la igualdad en la prestación

³⁴ Según el informe anual del SNS 2017, el gasto total del sistema sanitario español (2015) ha supuesto 99.974 millones de euros (71.036 millones financiados por el sector público y 28.937 millones financiados por el sector privado), siendo las administraciones autonómicas, con una participación del 91,8%, los agentes que soportan una mayor carga en la financiación sanitaria pública.

³⁵ El MSCBS ha manifestado en sus alegaciones que "no se puede vincular la garantía del derecho a recibir la asistencia sanitaria en una comunidad diferente a la de residencia, a que sea o no compensada". Sin perjuicio de que este informe no establece la vinculación de ambos aspectos en ninguno de sus epígrafes es razonable afirmar que el hecho de que la asistencia sea susceptible de financiación constituye un mecanismo que favorece que la CA efectúe la prestación de esta (se recuerda que la financiación por FSC requiere la previa derivación del paciente a un CSUR y la posterior aceptación por parte del CSUR de dicha derivación, así como que el MSCBS, a fecha de finalización de los trabajos de fiscalización, no dispone de un sistema de información que permita identificar el rechazo de la derivación y sus causas).

³⁶ El Barómetro Sanitario es un estudio de opinión que viene realizándose con una periodicidad anual desde 1993 por el MSCBS en colaboración con el Centro de Investigaciones Sociológicas.

³⁷ Se señala que son mayoría quienes consideran que la sanidad pública presta los mismos servicios asistenciales a todas las personas con independencia de su sexo (87,0 % en 2016 y 86,7 % en 2017), del nivel social (70,4 % en 2016 y 69,6 % en 2017), de la edad (69,6 % en 2016 y 70,8 % en 2017) o de la nacionalidad (58,0 % en 2016 y 58,6 % en 2017).

de los servicios sanitarios, en función de si se reside en una u otra CA, se sitúa “únicamente en el 37,7 %” (37,2 %, en el caso del informe relativo al año 2016).

Por otro lado, el MSCBS no interviene en la gestión de la asistencia sanitaria en zonas limítrofes, remitiendo a los convenios suscritos entre las distintas CCAA. Así, la DGCB no dispone de los convenios suscritos entre CCAA y tampoco de la información registrada en SIFCO puede diferenciar la asistencia prestada en aplicación de estos convenios. No obstante, tras el análisis de la normativa autonómica y los distintos convenios o acuerdos publicados por las respectivas CCAA, se concluye que existe gran heterogeneidad en la regulación de la atención sanitaria en zonas limítrofes, tanto por el ámbito de la materia regulada (atención primaria, especializada, urgencias, transporte sanitario, asistencia farmacéutica, población cubierta por su condición de limítrofe y financiación) como en la forma en que se regula (ley, orden, acuerdo marco y convenio de colaboración). En concreto, se observa que mientras algunos acuerdos no regulan aspectos relativos a la financiación de la atención sanitaria prestada, otros remiten a la compensación de estas prestaciones vía FCS o FOGA, y otros, a la valoración por la Comisión de seguimiento de cada convenio, a partir de las tarifas y precios públicos o al establecimiento de una “cápita” media asistencial del hospital por paciente atendido. Estas circunstancias ponen de manifiesto un aspecto más de las dificultades existentes para garantizar, bien a través de estos Fondos o con otros mecanismos, el derecho a la equidad en el acceso a las prestaciones sanitarias, reconocido para todos los usuarios del SNS en la Ley 16/2003.

II.5. IMPLEMENTACIÓN DEL TERCER OBJETIVO DE DESARROLLO SOSTENIBLE DE LA AGENDA 2030 DE LAS NACIONES UNIDAS

Entre los objetivos de la Agenda 2030 de las Naciones Unidas, el Objetivo de desarrollo sostenible número (ODS 3), “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”, contiene entre sus 13 metas, la meta 3.8 que persigue “*Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos*”, y que se halla relacionada con el ámbito objetivo de la presente fiscalización.

En relación con la citada meta 3.8, el MSCBS ha promovido diferentes medidas legislativas conducentes a mantener el carácter universal y público del sistema sanitario, así como a garantizar su sostenibilidad y que complementan, en este sentido, a la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del SNS* y al *Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, que establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización*. Entre ellas cabe señalar: el *Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios*; y, el *Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud*, que entró en vigor el 31 de julio de 2018.

Esta última disposición tiene por objeto garantizar la universalidad de la asistencia sanitaria a la que alude la citada meta del ODS 3, al reconocer el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria a todas las personas que se encuentren en territorio de España, recuperando la titularidad de este derecho a todas las personas, independientemente de su nacionalidad, que tengan establecida su residencia en el territorio español, así como la aportación a la prestación farmacéutica y la cobertura sanitaria para las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España, a fin de dar protección a este colectivo más vulnerable³⁸. El citado RDL 7/2018, fue convalidado por el Congreso de los Diputados, en su sesión de 6 de septiembre de 2018 y dicha cobertura asistencial, con carácter universal, se halla vigente desde su entrada en vigor, el 31 de julio de 2018.

³⁸ Este supuesto había sido excluido por el *Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones*.

II.6. CUMPLIMIENTO DE LA LEY ORGÁNICA 3/2007 DE 22 DE MARZO, PARA LA IGUALDAD EFECTIVA DE MUJERES Y HOMBRES, Y DE LA LEY 19/2013, DE 9 DE DICIEMBRE, DE TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA Y BUEN GOBIERNO

No se ha observado por el Tribunal, en las comprobaciones efectuadas, ningún incumplimiento de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, ni de la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno.

La implantación del sistema de compensación desarrollado a través del FCS y FOGA favorece tanto a hombres como a mujeres en su condición de ciudadanos y usuarios de los servicios sanitarios sin establecer diferenciación por razón de sexo. Asimismo, el SNS no hace ninguna diferencia en razón de género.

En relación con la ley de transparencia, el MSCBS cumple con carácter general con los principios generales del artículo 5 de la Ley 19/2013, si bien no publica información específica sobre las liquidaciones del FCS y FOGA, salvo las referencias a estos fondos, de tipo general, contenidas en los informes anuales del SNS publicados por el MSCBS.

III. CONCLUSIONES

III.1. CONCLUSIONES RELATIVAS A LA ADECUACIÓN A LA NORMATIVA VIGENTE DE LA LIQUIDACIÓN FCS Y FOGA REALIZADA POR EL MSCBS, EN EL EJERCICIO 2017

1. EL MSCBS ha realizado la liquidación del Fondo de cohesión sanitaria (FCS) del ejercicio 2017, por la actividad sanitaria correspondiente al año 2016, conforme a la normativa establecida en el *Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria*, y en la *Orden SCB/1421/2018, de 27 de diciembre, por la que se actualizan los anexos I, II y III del RD 1207/2006*. No obstante, aquella fue realizada aplicando los costes compensables aprobados por dicha orden un año después, en lugar de los vigentes en el momento de la liquidación. Si bien se considera que este proceder se encontraría amparado por lo dispuesto en la disposición adicional única de la citada orden, que estableció la aplicación retroactiva de dichos costes, se estima que esta disposición refleja una deficiente técnica normativa, ya que tuvo por objeto dar cobertura a una situación de hecho, propiciada por el retraso en la tramitación de la referida Orden (epígrafe II.1.3).
2. A través del FCS se compensa el 80 % de los costes medios de asistencia sanitaria derivada, conforme a lo establecido en los anexos del citado real decreto de gestión (RD 1207/2006). Sin embargo, no se han aportado los criterios, técnicos o económicos, que motivan la determinación de dicho porcentaje. Análogamente sucede en la liquidación del Fondo de Garantía Asistencial (FOGA), en la que los costes compensados por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS) representan el 60 % sobre la tarifa de cada tipo de prestación de atención primaria (epígrafes II.1.3 y II.2.3).
3. La liquidación de 2017 del Fondo de Garantía Asistencial (FOGA) no se adapta a lo dispuesto en el artículo 3 del *Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones*, por un lado, porque no se extiende a todos los supuestos contemplados en dicho artículo, y en concreto a los desplazamientos de larga duración, ni a la totalidad de la cartera básica y suplementaria de servicios regulada en el RD 1030/2006, ni a la dispensación hospitalaria de recetas; y por otro, por la falta de desarrollo reglamentario del citado artículo, que ha originado que la liquidación practicada por el MSCBS se realice conforme a los acuerdos adoptados por la Comisión de seguimiento del FCS y de la Comisión Permanente de

Farmacia, a pesar de que estos órganos no tienen competencia normativa en esta materia. Concretamente, la liquidación 2017 del FOGA solo incluye los supuestos de la atención primaria y las recetas dispensadas por las oficinas de farmacia (epígrafe II.2.3).

4. El procedimiento de compensación aplicado por el MSCBS en la liquidación conjunta del ejercicio 2017, relativa al FCS y al FOGA, así como su distribución entre CCAA, se adecua a lo regulado en la disposición adicional nonagésima segunda de la *Ley 3/2017, de 27 de junio, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2017*, excepto por la falta de comunicación al Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS) de los ajustes en los saldos netos de cada CA resultantes de la revisión de la liquidación definitiva efectuada por el MSCBS. Esto implica que las cuantías abonadas a determinadas CCAA (Asturias, Baleares, Canarias, Castilla-León, Murcia y Navarra) por el citado Instituto sean superiores, en un importe total de 684.817,03 euros, a las que hubieran resultado de dichos saldos ajustados. El MSCBS debería comunicar esta circunstancia al INSS a efectos de su recuperación o ajuste en liquidaciones posteriores (epígrafe II.3.2).
5. No se ha dado cumplimiento a lo dispuesto en el último párrafo de la disposición adicional 92ª de la LPGE del ejercicio 2017 a efectos de ultimar la compensación de los saldos netos negativos resultantes de la liquidación final (FCS y FOGA), lo que ha originado que los saldos positivos de seis CCAA (Andalucía, Cantabria, Cataluña, Comunidad Valenciana, Galicia y Madrid), por importe conjunto de 23.433.886,12 euros, no hayan sido compensados en relación con la liquidación 2017 del FCS y FOGA. De forma análoga ha sucedido en las liquidaciones efectuadas por el MSCBS desde el ejercicio 2013, sin que se haya articulado ningún procedimiento, por parte del MSCBS ni del Ministerio de Hacienda, para dar cumplimiento a lo dispuesto en las respectivas LPGE que permita la compensación total resultante de las distintas liquidaciones de estos fondos en el periodo 2013-2018, ascendiendo la cuantía pendiente de compensar entre CCAA, a través del Sistema de Financiación Autonómico, por las liquidaciones correspondientes a dicho periodo, a un importe total de 172.286.552,90 euros (epígrafe II.3.2).
6. En relación con el control efectuado por el MSCBS sobre los Centros, servicios y unidades de referencia (CSUR) se observa que el citado Ministerio no había realizado, en marzo de 2019, la revisión de los criterios de designación en la mayoría de los centros designados en el periodo 2008-2014, a pesar de que el artículo 6 del RD 1302/2006 señala que esta debe llevarse a cabo cada cinco años. Adicionalmente, el MSCBS, a dicha fecha, no se había pronunciado sobre la redesignación o revocación de designación de determinados CSUR (23) que reflejaban incumplimientos, durante 3 o más años, en algunos de los criterios relativos a la actividad (epígrafe II.1.3).

Por otra parte, el sistema de información, previsto en el artículo 3 del RD 1302/2006, relativo a la actividad y evaluación de la calidad de los CSUR, no ha estado operativo en 2016-2017 y, en consecuencia, el MSCBS no ha dispuesto de determinada información para la evaluación de los CSUR, entre otra, el número de solicitudes que han esperado más de 15 días para ser citadas y el tiempo que han tardado los pacientes en ser atendidos en los CSUR (epígrafe II.1.3).

7. Finalmente, es preciso señalar, que la liquidación del ejercicio 2018 del FCS y del FOGA (relativa a la actividad de 2017) se ha realizado sin la cobertura legal correspondiente al aplicarse, de forma análoga que en liquidaciones de ejercicios anteriores, la suspensión del artículo 2.1 del RD 1207/2006 y la naturaleza extrapresupuestaria del FCS que venían estableciendo las distintas disposiciones adicionales de las respectivas LPGE desde 2013. Sin embargo, dado que la LPGE para el año 2018 no regula ningún aspecto relativo al FCS, no se habría decretado la suspensión temporal del citado artículo ni se habría establecido, a tal efecto, la naturaleza extrapresupuestaria al citado fondo como se hiciera en las leyes de presupuestos generales de ejercicios anteriores (epígrafe II.3.2).

III.2. CONCLUSIONES RELATIVAS A LA FINALIDAD DE LOS FONDOS

8. La gestión del FCS y del FOGA, en la práctica, supone un sistema de compensación parcial de los costes de asistencia sanitaria entre CCAA, mediante el cual, unas CCAA deberían percibir del resto el importe de las prestaciones de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS), por el flujo neto de pacientes atendidos de otras CCAA, sin que se pueda afirmar que dicho sistema constituya un mecanismo eficaz para garantizar la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria públicos en todo el territorio español, entre otras causas, porque los supuestos susceptibles de financiación por estos fondos no comprenden la compensación de la totalidad de las prestaciones incluidas en la cartera común básica y complementaria de servicios regulada en RD 1030/2006, ni las prestaciones atendidas en una CA que no hayan sido derivadas por la CA de origen y autorizadas por la CA prestadora de la asistencia (subapartado II.4).
9. Adicionalmente, en la liquidación de 2017, se han identificado, al menos, 85 tipos de procesos (GDRs) de asistencia prestada en procesos hospitalarios, ambulatorios y de PTPP que aun reuniendo el requisito de la previa derivación entre CCAA, no han sido objeto de compensación por no hallarse incluidos en alguno de los supuestos tasados en los anexos del real decreto de gestión del FCS, lo que ha supuesto que, 5.990 actuaciones, con un coste estimado de, al menos, 13.582.619,74 euros, no han sido objeto de compensación (epígrafe II.1.3).
10. En el caso del FOGA, en defecto del desarrollo reglamentario al que remite el artículo 3.4 del RDL 16/2012, el sistema de compensación aplicado por el MSCBS solo contempla la atención primaria en desplazamientos de corta duración y las dispensaciones de recetas financiadas por el SNS a través de oficinas de farmacia, pero no incluye, entre otras prestaciones de la cartera de servicios comunes del SNS, los productos dietéticos, la prestación ortoprotésica y el transporte sanitario no urgente, la dispensación farmacéutica hospitalaria, ni la compensación por la asistencia sanitaria en desplazamientos de larga duración, a pesar de que estos supuestos están incluidos en el ámbito de aplicación de este fondo definido en el citado artículo (epígrafe II.2.3).
11. Finalmente, se estima que la normativa del FCS y del FOGA no da una respuesta completa a los principios establecidos en la ley de cohesión y calidad del SNS (Ley 16/2003), en la medida en que los supuestos contemplados no aseguran el acceso a todas las prestaciones sanitarias del SNS en condiciones de igualdad efectiva. De ello puede ser indicativa la escasa importancia relativa que representa la liquidación de estos fondos en 2017 (0,08 %) respecto al total del gasto sanitario reflejado en el informe anual del SNS de 2017 publicado por el MSCBS (subapartado II.4).

III.3. CONCLUSIONES RELATIVAS A LAS ACTUACIONES SEGUIDAS POR EL MSCBS EN LA PREPARACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL TERCER OBJETIVO DE DESARROLLO SOSTENIBLE DE LA AGENDA 2030 DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU), RELATIVO A LA SALUD

12. El MSCBS ha venido promoviendo diferentes medidas legislativas conducentes a mantener el carácter universal y público del sistema sanitario, así como a garantizar su sostenibilidad, en línea con lo previsto en la meta 3.8 del tercer ODS de la Agenda 2030 que persigue “Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos”. Se considera que el cumplimiento de esta meta no está comprometido, al menos en cuanto a la universalidad de la cobertura sanitaria, tras la entrada en vigor del *Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al SNS* (subapartado II.5).

III.4. CONCLUSIONES SOBRE LAS PREVISIONES CONTENIDAS TANTO EN LA LEY ORGÁNICA 3/2007 DE 22 DE MARZO, PARA LA IGUALDAD EFECTIVA DE MUJERES Y HOMBRES, COMO EN LA LEY 19/2013, DE 9 DE DICIEMBRE, DE TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA Y BUEN GOBIERNO

13. No se ha observado, en las comprobaciones efectuadas, ningún incumplimiento de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres ni de la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno (subapartado II.6).

IV. RECOMENDACIONES

IV.1. RECOMENDACIONES DIRIGIDAS AL MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL

El MSCBS debería impulsar la modificación de la normativa vigente con el fin de articular un mecanismo que, de forma efectiva, contribuya a la igualdad de acceso a la prestación sanitaria en toda España, en el que se contemplen todas las prestaciones contenidas en la cartera común de servicios del SNS. Entre tanto, el MSCBS debería:

- promover el desarrollo reglamentario de la gestión del FOGA a fin de dar cobertura a todos los supuestos de asistencia previstos en el artículo 3.4 del RDL 16/2012, especialmente, el relativo a la cobertura de la asistencia sanitaria entre CCAA en desplazamientos de larga duración.
- impulsar, a través del Consejo Interterritorial del SNS y en coordinación con las CCAA, una armonización legislativa en el ámbito de la atención sanitaria a pacientes en su condición de limítrofes ante la heterogeneidad de la normativa de ámbito autonómico existente en esta materia, de forma que garantice la atención ágil y eficaz de los pacientes de aquellas CCAA, que en su condición de limítrofes, son atendidos en otra CA diferente de la emisora de la tarjeta sanitaria individual.
- desarrollar un sistema de información que permita conocer al MSCBS los desequilibrios territoriales en el acceso a la asistencia sanitaria e identificar desigualdades concretas.
- promover, junto con el Ministerio de Hacienda, la articulación de las medidas o los instrumentos de colaboración necesarios que permitan compensar a las CCAA la totalidad de los saldos positivos originados desde el año 2013 por la liquidación conjunta del FCS y del FOGA.
- comunicar al INSS los ajustes en los saldos netos de las seis CCAA afectadas por la rectificación de la liquidación del FCS y FOGA del ejercicio 2017, al objeto de que esta entidad proceda a su recuperación.

Madrid, 30 de enero de 2020

LA PRESIDENTA



M^a José de la Fuente y de la Calle

ANEXOS

RELACIÓN DE ANEXOS

ANEXO 1. LIQUIDACIÓN 2017 FONDO COHESIÓN SANITARIA (FCS)

ANEXO 2. LIQUIDACIÓN FCS 2017: COMPARATIVA FINANCIACIÓN PRESUPUESTARIA Y EXTRAPRESUPUESTARIA

ANEXO 3. LIQUIDACIÓN 2017 FONDO GARANTÍA ASISTENCIAL (FOGA)

ANEXO 4. LIQUIDACIÓN 2017 FCS+FOGA

Anexo 1

LIQUIDACIÓN 2017 FONDO COHESIÓN SANITARIA (FCS)
(euros)

CCAA	Procesos con hospitalización (GDR) anexo I	Procedimientos ambulatorios anexo II	Patologías, técnicas, tecnologías y procedimientos (PTTP) anexo III	Total liquidación FCS
	(1)	(2)	(3)	(4)=(1)+(2)+(3)
ANDALUCÍA	1.031.950,07	535.241,60	(672.797,86)	894.393,81
ARAGÓN	(987.570,27)	(1.570.303,20)	(1.893.462,99)	(4.451.336,46)
ASTURIAS	(12.200,00)	143.332,00	(1.537.792,28)	(1.406.660,28)
BALEARES	(1.585.153,36)	(1.235.062,40)	(1.938.650,74)	(4.758.866,50)
CANARIAS	(1.346.240,85)	(455.729,60)	(1.978.963,79)	(3.780.934,24)
CANTABRIA	1.769.540,18	384.532,00	870.653,00	3.024.725,18
CASTILLA Y LEÓN	(2.266.134,05)	(1.158.378,40)	(5.147.702,21)	(8.572.214,66)
CASTILLA LA MANCHA	(9.822.475,58)	(1.607.679,20)	(2.404.706,12)	(13.834.860,90)
CATALUÑA	4.199.806,16	3.719.548,00	5.914.636,85	13.833.991,01
COMUNIDAD. VALENCIANA	611.708,71	620.842,40	(118.897,24)	1.113.653,87
EXTREMADURA	(2.803.903,61)	(795.055,20)	(3.068.077,65)	(6.667.036,46)
GALICIA	(835.300,81)	(56.623,20)	(913.175,35)	(1.805.099,36)
MADRID	17.039.421,79	2.653.990,40	17.842.800,46	37.536.212,65
MURCIA	(50.551,83)	(55.582,40)	(1.626.120,08)	(1.732.254,31)
NAVARRA	18.172,20	(372.681,60)	(849.404,19)	(1.203.913,59)
PAÍS VASCO	(466.606,78)	(289.452,00)	(1.458.125,65)	(2.214.184,43)
LA RIOJA	(2.995.397,62)	(65.905,60)	(923.741,19)	(3.985.044,41)
CEUTA	(1.000.592,95)	(213.973,60)	(18.370,56)	(1.232.937,11)
MELILLA	(498.471,40)	(181.060,00)	(78.102,41)	(757.633,81)
Total	0,00	0,00	0,00	0,00

Fuente: MSCBS, liquidación del ejercicio 2017

Anexo 2

**LIQUIDACIÓN FCS 2017: COMPARATIVA FINANCIACIÓN PRESUPUESTARIA Y
EXTRAPRESUPUESTARIA**

(euros)

CCAA	Simulación financiación presupuestaria	Financiación extrapresupuestaria
	(Art. 10 RD 1207/2006)	(Disposición Adicional 92ª LPGE 2017)
ANDALUCÍA	1.825.932,76	894.393,81
ARAGÓN	14.759,22	0,00
ASTURIAS	290.961,49	0,00
BALEARES	0,00	0,00
CANARIAS	1.332,00	0,00
CANTABRIA	3.563.163,70	3.024.725,18
CASTILLA Y LEÓN	70.214,30	0,00
CASTILLA LA MANCHA	2.927.264,17	0,00
CATALUÑA	13.868.511,30	13.833.991,01
COMUNIDAD VALENCIANA	1.967.371,64	1.113.653,87
EXTREMADURA	0,00	0,00
GALICIA	26.685,58	0,00
MADRID	38.273.944,99	37.536.212,65
MURCIA	13.829,99	0,00
NAVARRA	18.172,20	0,00
PAÍS VASCO	295.100,90	0,00
LA RIOJA	17.582,66	0,00
CEUTA	0,00	0,00
MELILLA	0,00	0,00
Total	63.174.826,90	56.402.976,52

Fuente: Datos proporcionados por MSCBS

Anexo 3

LIQUIDACIÓN 2017 FONDO GARANTÍA ASISTENCIAL (FOGA)
 (euros)

CCAA	Saldos FOGA Atención Primaria (a)	Saldos FOGA Farmacia (b)	Total FOGA (a)+(b)
ANDALUCÍA	1.910.880,12	5.609.981,60	7.520.861,72
ARAGÓN	(634.615,21)	(146.476,28)	(781.091,49)
ASTURIAS	(2.499.768,43)	(562.789,70)	(3.062.558,13)
BALEARES	(163.029,66)	(199.850,91)	(362.880,57)
CANARIAS	(124.845,25)	(300.563,76)	(425.409,01)
CANTABRIA	1.876.361,21	578.417,37	2.454.778,58
CASTILLA Y LEÓN	2.703.323,23	5.237.417,98	7.940.741,21
CASTILLA LA MANCHA	4.332.852,80	605.680,84	4.938.533,64
CATALUÑA	(4.248.745,17)	(3.019.118,60)	(7.267.863,77)
COM. VALENCIANA	11.626.639,30	7.363.286,49	18.989.925,79
EXTREMADURA	(1.103.189,86)	818.591,06	(284.598,80)
GALICIA	3.607.993,08	1.736.967,54	5.344.960,62
MADRID	(10.611.189,69)	(10.760.659,32)	(21.371.849,01)
MURCIA	182.260,55	539.887,78	722.148,33
NAVARRA	161.319,34	(3.622,29)	157.697,05
PAÍS VASCO	(6.243.451,63)	(6.907.405,79)	(13.150.857,42)
LA RIOJA	(433.770,94)	63.591,18	(370.179,76)
CEUTA	(141.475,58)	(298.175,97)	(439.651,55)
MELILLA	(197.548,21)	(274.699,77)	(472.247,98)
INGESA (*)	0,00	(80.459,45)	(80.459,45)
Total	0,00	0,00	0,00

(*) Recetas que solo hace referencia a la CA prescriptora, pero ninguna referencia al paciente.

Fuente: MSCBS, liquidación del ejercicio 2017

Anexo 4

LIQUIDACIÓN 2017 FCS+FOGA
(euros)

Comunidad Autónoma	Liquidación FCS (1)	Liquidación FOGA (2)	Total FCS y FOGA (1)+(2)
ANDALUCÍA	894.393,81	7.520.861,72	8.415.255,53
ARAGÓN	(4.451.336,46)	(781.091,49)	(5.232.427,95)
ASTURIAS	(1.406.660,28)	(3.062.558,13)	(4.469.218,41)
BALEARES	(4.758.866,50)	(362.880,57)	(5.121.747,07)
CANARIAS	(3.780.934,24)	(425.409,01)	(4.206.343,25)
CANTABRIA	3.024.725,18	2.454.778,58	5.479.503,76
CASTILLA Y LEÓN	(8.572.214,66)	7.940.741,21	(631.473,45)
CASTILLA LA MANCHA	(13.834.860,90)	4.938.533,64	(8.896.327,26)
CATALUÑA	13.833.991,01	(7.267.863,77)	6.566.127,24
COM. VALENCIANA	1.113.653,87	18.989.925,79	20.103.579,66
EXTREMADURA	(6.667.036,46)	(284.598,80)	(6.951.635,26)
GALICIA	(1.805.099,36)	5.344.960,62	3.539.861,26
MADRID	37.536.212,65	(21.371.849,01)	16.164.363,64
MURCIA	(1.732.254,31)	722.148,33	(1.010.105,98)
NAVARRA	(1.203.913,59)	157.697,05	(1.046.216,54)
PAÍS VASCO	(2.214.184,43)	(13.150.857,42)	(15.365.041,85)
LA RIOJA	(3.985.044,41)	(370.179,76)	(4.355.224,17)
CEUTA	(1.232.937,11)	(439.651,55)	(1.672.588,66)
MELILLA	(757.633,81)	(472.247,98)	(1.229.881,79)
INGESA	0,00	(80.459,45)	(80.459,45)
Total	0,00	0,00	0,00
Fuente: MSCBS, liquidación del ejercicio 2017			

ALEGACIONES FORMULADAS

RELACIÓN DE ALEGACIONES

ALEGACIONES FORMULADAS POR LA SECRETARÍA GENERAL DE SANIDAD Y
CONSUMO

ALEGACIONES FORMULADAS POR EL MINISTERIO DE HACIENDA

ALEGACIONES FORMULADAS POR LA SECRETARÍA GENERAL DE SANIDAD Y CONSUMO



ALEGACIONES AL ANTEPROYECTO DE INFORME DE FISCALIZACIÓN DEL SISTEMA DE COMPENSACIÓN DE LOS GASTOS POR ASISTENCIA SANITARIA GESTIONADO POR EL MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL, EJERCICIO 2017.

Desde la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia, estimamos conveniente trasladar las siguientes alegaciones al anteproyecto de informe de fiscalización del sistema de compensación de los gastos por asistencia sanitaria gestionado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, ejercicio 2017, emitido por el Tribunal de Cuentas:

II RESULTADOS DE LA FISCALIZACIÓN

II.1.1. FCS: Descripción de la actividad y costes objeto. Cuando dice: *“..... el MSCBS no ha autorizado la asistencia sanitaria a pacientes mediante la realización de técnicas, tecnologías y procedimientos (TTP) en uso tutelado contemplada en el anexo IV del RD 1207/2006, por lo que desde dicho ejercicio no ha sido objeto de compensación, a través del FCS, ningún proceso de esta naturaleza”*

Alegación: En la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud se establece, en su artículo 22, que “El Ministerio de Sanidad y Consumo, por propia iniciativa o a propuesta de las correspondientes Administraciones públicas sanitarias y previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, podrá autorizar el uso tutelado de determinadas técnicas, tecnologías o procedimientos.”

Dada la normativa vigente, entendemos más ajustado decir que “Desde marzo de 2013, que se dio por finalizado el uso tutelado del tratamiento quirúrgico de la lipoatrofia facial asociada a VIH-SIDA, el MSCBS no ha autorizado ningún procedimiento en uso tutelado, ni se ha elevado acuerdo alguno al Consejo Interterritorial del SNS para su autorización, por lo que desde entonces no se ha realizado ninguna compensación por este supuesto.”

En el párrafo tercero de este mismo apartado **II.1.1**, cuando dice *“... Los procedimientos para la derivación de pacientes a centros hospitalarios de una CA distinta a la de residencia se recogen en un documento de consenso aprobado por el Comité de seguimiento de FCS,...”*

Alegación: La obligación de registrar la derivación de pacientes en SIFCO viene dada por lo establecido en el artículo 4.3 del RD 1207/2006, siendo el documento de consenso el resultado de un acuerdo con objeto de aclarar determinadas cuestiones surgidas de la práctica y homogeneizar el procedimiento en la derivación de pacientes en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Por ello, consideramos que debe recogerse la normativa que establece la obligatoriedad del registro en la derivación de pacientes y tratarse el documento de consenso como una herramienta para homogeneizar la ejecución de dicha obligatoriedad.

En el último párrafo de este mismo apartado **II.1.1** cuando se dice: *“... Asimismo, para los procesos ambulatorios, previstos en el anexo II, el coste aprobado representa el 80 % del coste medio y para 31 de los 34 procesos no presenta variación respecto a los establecidos en la orden vigente con anterioridad.”*

Alegación: Hay que resaltar que los procedimientos ambulatorios 32, 33 y 34 son de nueva incorporación, por lo que no tendrían un coste de referencia anterior. Por ello, consideramos que se



debe eliminar “de los 34 procesos” o bien formularse de cualquier forma que apunte lo trasladado para que no se entienda como una omisión.

II.1.2. FCS: Liquidación del ejercicio 2017, se dice:”... *Concretamente, en el ejercicio 2017, los saldos positivos de cinco CCAA, por importe total de 56.402.976,52 euros, han compensado los saldos negativos de las catorce CC.AA. restantes*”.

Alegación: Consideramos que quizás sea más adecuado expresarlo desde la perspectiva contraria, diciendo que los saldos positivos son compensados con los importes descontados por el INSS de los pagos por cuota global o gasto real internacional que deba hacerse a las CC.AA. que presentan saldos negativos en las liquidación conjunta de FCS y FOGA.

II.1.3 FCS: Normativa y Sistema de compensación aplicado:

II.1.3.1. ASPECTOS RELATIVOS A LA NORMATIVA DEL FCS. En el segundo párrafo cuando se dice:”....*La principal diferencia entre ambos escenarios (extrapresupuestario y el presupuestario) radica en que, el primer caso no implica financiación por parte de la Administración General del Estado (AGE), limitándose el MSCBS a gestionar el sistema de compensación, de tal forma que los saldos netos positivos de unas CCAA se financian con los negativos de las restantes*”.

Alegación: Consideramos pertinente incluir cuando se hace referencia a que el MSCBS se limita a gestionar el sistema de compensación, que esta gestión incluye un estudio y valoración de la coherencia de las asistencias registradas y validadas por SIFCO.

II.1.3.2. ASPECTOS SOBRE EL SISTEMA DE COMPENSACIÓN DE FCS: ACTIVIDAD Y COSTES COMPENSABLES:

En el primer párrafo del apartado, cuando se menciona “*Respecto al cálculo de los costes compensables cubiertos por el FSC se observa que existen actuaciones de asistencia sanitaria que no se hallan incluidas en los supuestos susceptibles de compensación, quedando limitada, por tanto, la eficacia de este fondo como instrumento de garantía de acceso en igualdad de condiciones a los servicios sanitarios*”.

Alegación: La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud recoge en la sección 3 de su Capítulo I, las garantías de las prestaciones a la ciudadanía, siendo éstas: garantía a la accesibilidad, garantías de movilidad, garantías de tiempo, garantías de información, garantías de seguridad y las garantías de calidad y de centros de referencia.

Pues bien, las CC.AA. son las responsables de la prestación de servicios sanitarios a la ciudadanía que reside en su comunidad y éstas disponen de una cartera de servicios definida para su prestación. Con esta cartera de servicios definida, pueden requerir derivar ciertas patologías tal y como se contempla en el artículo 4.1 del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria “siempre que la atención sanitaria haya sido solicitada por la comunidad autónoma de residencia cuando no disponga de los servicios o recursos adecuados”. Por ello suelen requerir derivación los procesos de mayor complejidad.

La compensación de estas derivaciones, con objeto de garantizar el cumplimiento de las garantías antes expuestas, es el objetivo del FCS.

No es objetivo del FCS compensar la asistencia de patologías que son realizadas de manera habitual en todas las CC.AA. Este es el motivo de que se contemplen aquellas actuaciones de asistencia sanitaria que puedan requerir derivación y no aquellas de menor complejidad.



Por ello, consideramos que debería eliminarse que el FCS es un instrumento de eficacia limitada en lo relativo al acceso en igualdad de condiciones a los servicios sanitarios, dado que la garantía de accesibilidad es su principal misión.

De las actuaciones enumeradas como no susceptibles de compensación, la referida **en tercer** lugar, en la parte que dice: “... Concretamente, en la liquidación de 2017, se han identificado, al menos, 85 tipos de procesos 14 clasificados como “no compensables por el Fondo de cohesión (NFC)” que, de acuerdo con la información obtenida del sistema SIFCO, en relación con la liquidación del ejercicio fiscalizado, implica que se han excluido de compensación por esta causa un total de 7.614 actuaciones, con un coste estimado de 22.360.454,82 euros”

Alegación: Se recuerda que existen motivos variados para su no compensación como pueden ser, entre otros, la existencia de duplicados, darse una codificación errónea que dé lugar a la obtención de un GRD no compensable u otras causas. Por ello, consideramos más acertado que se indique lo anteriormente comentado si se considera especificar la cifra de 14 tipos de procesos clasificados como no compensables o bien especificar únicamente aquellos que sí corresponden a la afirmación realizada en el informe.

En cuanto a la mencionada **en cuarto** lugar y que hace referencia a que “...La atención sanitaria urgente solicitada por el propio paciente durante un desplazamiento a una CA, ya que las prestaciones de dicha naturaleza se hallan expresamente excluidas del ámbito del FCS por el artículo 4.2 del RD 1207/2006” pudiera limitar la garantía del acceso en igualdad de condiciones a los servicios sanitarios

Alegación: consideramos que esta exclusión no debe implicar una limitación de acceso al servicio de urgencia dado que este derecho está garantizado por ley y su financiación garantizada por el sistema general de financiación de las comunidades autónomas de régimen común. Por ello, consideramos que debería eliminarse que el FCS limita este acceso dado que la compensación no determina ni limita este derecho reconocido en las leyes.

Segundo párrafo de este mismo apartado II.1.3.2, cuando se dice: “... el coste compensable por FSC tasado en los respectivos anexos del RD 1207/2006, se ha definido como un porcentaje (80%) de los costes medios de cada supuesto de asistencia sanitaria derivada contemplado en estos anexos, sin bien no han sido aportados los criterios, técnicos o económicos que motivan la determinación de dicho porcentaje.

Alegación: Hay que hacer mención que esta medida surge de los acuerdos alcanzados en la II Conferencia de Presidentes que elevó el presupuesto del FCS y aumentó el porcentaje de compensación y así viene expresado en la exposición de motivos del RD 1207/2006. Por ello, no se considera ajustado a la realidad que se afirme que no se han aportado los criterios, técnicos o económicos que motivan la determinación de dicho porcentaje,

En el penúltimo párrafo de este apartado II.1.3.2 cuando se menciona que “Respecto a las actuaciones de asistencia sanitaria registradas en SIFCO, relativas al ejercicio 2016 y, por tanto, objeto de la liquidación practicada por el MSCBS en 2017, se considera necesario resaltar que figura registrado en el citado sistema de información un número significativo de actuaciones (23.574) que no han sido objeto de compensación en la liquidación de 2017, al no resultar validadas por el sistema por distintas causas, entre otras, por corresponder a solicitudes de asistencia para las que no se había producido el alta a 31 de diciembre de 2016, por anulación de la solicitud de asistencia por la CA de origen, o por



rechazo de la asistencia sanitaria por la CA de destino. En este último supuesto, los datos del sistema SIFCO, muestran que el número de solicitudes denegadas ascendió a 3.595, sin que conste, en la documentación soporte de la liquidación del FCS de 2017 aportada por la DGCB, la motivación por las que estas solicitudes fueron denegadas”.

Alegación: Consideramos que debería incluirse alguna mención al proyecto SIFCOWEB, que durante 2018 estaba ultimando su desarrollo y que a fecha de hoy está plenamente implantado. Este proyecto facilita la visualización y recoge la tipificación de los motivos de denegación, que en la anterior versión de SIFCO se comunicaban a las CC.AA. a través de un sistema de mensajería. Cabe añadir que cualquier incidencia que se pudiera dar en un rechazo de solicitudes no justificado puede ser llevada por la comunidad autónoma que lo refiera a la Comisión de seguimiento del FCS para su estudio.

II.1.3.3. ASPECTOS SOBRE CENTROS CSUR: DESIGNACIÓN Y ACTIVIDAD COMPENSABLE.

Cuando se dice que “...De las actas del Comité de designación de los CSUR se deduce que la preceptiva revisión de la designación de estos centros por el MSCBS se está efectuando con significativo retraso respecto al plazo establecido en la normativa. Así, de acuerdo con lo señalado en los artículos 5 y 6 del RD 1302/2006, la designación de un CSUR (llevada a cabo por resolución del MSCBS, previo acuerdo del CISNS) debe ser revisada por el Ministerio, cada cinco años, a efectos de verificar si continúa cumpliendo los criterios que motivaron su designación como centro de referencia y, en su caso, renovar dicha designación, previa reevaluación por la Agencia de Calidad del SNS, antes de la finalización del período de validez de la resolución”.

Alegación: Consideramos que también debería hacerse mención a que el Comité, según se recoge en sus actas, ante los problemas de recursos para abordar al mismo tiempo las revisiones y la definición de nuevos CSUR, acordó prioritario seguir abordando nuevas áreas de especialización para identificar patologías en las que era preciso designar CSUR antes que reevaluar los CSUR existentes y poder dar acceso a más pacientes a los CSUR. Por otra parte, en el último pleno del CISNS celebrado el pasado 14 de octubre de 2019, se acordaron por primera vez las redesignaciones y revocaciones tras la evaluación de los CSUR designados.

También decir en relación al párrafo “El análisis y evaluación de los datos del seguimiento específico de los CSUR aludido anteriormente, referido a la actividad de 2017 y 2016, se estaba llevando a cabo, por el MSCBS, en marzo de 2019 y, por tanto, con significativo retraso (uno y dos años, respectivamente) respecto al procedimiento establecido por el citado Comité de Designación para su valoración”

Alegación: Consideramos necesario hacer constar que el retraso fue debido a falta de recursos y a que se estaba a la espera de la puesta en marcha de la aplicación CSUR WEB.

Ante la consideración que se hace de que “El seguimiento, a través de SIFCO, definido por dicho Comité de Designación, mediante acuerdo adoptado en diciembre de 2009, establecía la necesidad de conocer, entre otras variables, el número de solicitudes que esperan más de 15 días para ser citadas y el tiempo que tardan los pacientes en ser atendidos en CSUR. No obstante, de la información de SIFCO, facilitada a efectos de la liquidación de 2017, no es posible efectuar un análisis de estos aspectos al no constar los datos que permitirían comprobar dichos extremos. En este sentido cabe resaltar que en el acta de la reunión celebrada por el Comité de Designación de CSUR, el 20 de diciembre 2017, consta que el representante de una CA puso de manifiesto que “algunos CSUR están tardando más de 100 días en dar respuesta a los pacientes que se les derivan desde otra CA”, pese a que el plazo acordado por el citado órgano a estos efectos es de 15 días.”



Alegación: Consideramos necesario hacer constar que estos datos se recogen y se va a poder hacer su seguimiento en la nueva aplicación SIFCOWEB a partir del 2020.

II.2. FONDO DE GARANTÍA ASISTENCIAL (FOGA)

II.2.3.2.ASPECTOS SOBRE EL SISTEMA DE COMPENSACIÓN DE FOGA: ACTIVIDAD Y COSTES COMPENSABLES, cuando se hace referencia a que: *“...en el caso de FOGA-Atención primaria, los acuerdos citados no contemplan la cobertura de todas las prestaciones de la cartera de servicios comunes del SNS reguladas en el Real Decreto 103012006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, entre los que cabe mencionar los productos dietéticos, la prestación ortoprotésica y el transporte sanitario no urgente”*.

Alegación: Es importante matizar que el punto 5 del artículo 3 determina que *“El importe de las cuantías a liquidar vendrá determinado por la siguientes modalidades de desplazamiento...”* esto entendemos establece la primera limitación a la compensación que la condiciona según las siguientes modalidades de desplazamiento a) *Desplazamiento de corta duración (inferior a un mes) que se abonarán siguiendo las tarifas nacionales que se establezcan en concepto de atención sanitaria de atención primaria, **incluyendo la prestación por cartera suplementaria que corresponda**”*.

A falta de desarrollo reglamentario, de una primera lectura de este punto se puede concluir que al utilizar el término *que corresponda*, se estaría ligando la compensación por cartera suplementaria a su indicación desde atención primaria, y no se consideraría la prestación suplementaria de forma independiente. Más aun cuando, el resto de la cartera suplementaria está mayormente asociada al nivel de atención especializada.

Por otra parte, continuando con la lectura del punto 5 b) del artículo 3 se establece que en desplazamientos de larga duración (igual o superior a un mes) se abonará la compensación de acuerdo a una cápita mensual con dos posibilidades de aplicación:

1. Para la cartera común básica de servicios asistenciales completa
2. Para la cartera común básica de servicios asistenciales parcial, referida a asistencia en nivel primario o especializado.

Ambas posibilidades de aplicación se limitan a la cartera común básica de servicios asistenciales, lo que excluye la cartera suplementaria.

Es por todo esto por lo que, en principio se podría entender que la prestación suplementaria más común que se compensaría sería la prestación farmacéutica que, mediante receta, se dispensa en farmacia.

A esto debe añadirse que, cuando se dice en el informe que *“En el supuesto de FOGA-Farmacia, únicamente se están compensado las dispensaciones a través de oficinas de farmacia, quedando excluida la dispensación hospitalaria. Asimismo, como se destacó anteriormente. Dicho sistema no recoge datos a efectos de tener en consideración si la asistencia deriva de un desplazamiento de corta o de larga duración”*. Debe tenerse en cuenta que la prestación farmacéutica hospitalaria está contemplada como parte del gasto de atención especializada, su compensación entraría en el supuesto de atención especializada en desplazamientos de larga duración. A su vez, la compensación en la modalidad de desplazamiento por larga duración hace referencia a la cartera común básica, que excluye la suplementaria, que incluye la prestación farmacéutica.



Por lo que no se considera que se pueda afirmar que la prestación de farmacia hospitalaria estuviera contemplada en los supuestos compensables por FOGA

En cuanto la referencia que se hace sobre la compensación por la atención prestada en una comunidad autónoma diferente a la de residencia habitual cuyo motivo principal responde a ser una población limítrofe, se debe tener en cuenta que debería ser objeto de convenios entre CC.AA. afectadas, ya que esta atención se basa en la optimización de recursos y supone una mejora para el ciudadano a la hora de acceder a los servicios sanitarios, y que forma parte de la organización de la gestión de servicios de las CC.AA.

La alusión que se hace en el último párrafo del apartado II.3.2. 'Resultados relativos a la liquidación FSC y FOGA, cuando se hace mención a la falta de comunicación formal por parte del MSCBS al Ministerio de Hacienda... *si bien el Ministerio de Hacienda está representado en el Comité de seguimiento del FCS que gestiona y verifica la liquidación*, convendría sustituir "el Comité" por la Comisión, para adecuarlo a lo establecido en el artículo 11 del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre.

II.4.FINALIDAD DE LOS FONDOS (FCS Y FOGA). En cuanto a la mención que se hace sobre que *"...El MSCBS no ha desarrollado un sistema de información que le permita identificar las posibles desigualdades en el acceso a la atención sanitaria, tales como el rechazo de la derivación y sus causas, o los rechazos que pudieran estar efectuándose en el punto de acceso de los pacientes al centro sanitario (conviene recordar que si la solicitud de asistencia no figura en SIFOS o SIFCO, el MSCBS actualmente no puede tener conocimiento del rechazo y su causa, a efectos de su valoración y en su caso, proponer medidas destinadas a corregir la desigualdad que ello supone"*,

Alegación: Consideramos necesario hacer constar que la nueva versión de la aplicación SIFCO ya permite hacer un seguimiento de estos temas. Además de indicar que en esta Dirección General se da contestación a las cuestiones planteadas por la ciudadanía con referencia a cualquier incidencia de este carácter que tengan en su normal uso de los servicios públicos de asistencia sanitaria.

III CONCLUSIONES

En relación con este apartado estimamos conveniente alegar lo siguiente:

III.1 CONCLUSIONES RELATIVAS A LA ADECUACIÓN A LA NORMATIVA VIGENTE DE LA LIQUIDACIÓN FCS Y FOGA REALIZADA POR el MSCBS, EN EL EJERCICIO 2017.

Punto 1. Si bien es cierto que la publicación de la Orden Ministerial tuvo dificultades de tramitación, también ha de tenerse en cuenta lo establecido en el RD 1207/2006, de 20 de octubre, que determina que se utilizarán los últimos costes disponibles. Esto implica no poder iniciar la tramitación de la orden con mayor antelación, dado que se precisa utilizar para el cálculo de la liquidación los últimos costes disponibles. Lo que supone contar con estrecho margen de actuación para adecuar los plazos de la liquidación con los propios de la tramitación de una norma.

Punto 2 En cuanto a lo referido sobre la falta de aportación de los criterios, técnicos o económicos, que motivan la determinación de dicho porcentaje queremos insistir en que su fundamento se basa en



los acuerdos tomados en la II Conferencia de Presidentes celebrada en 2005 que acordó el incremento presupuestario del FCS y la elevación del importe compensable del 40% al 80%.

En cuanto a la referencia a los costes compensados por la prestación de atención primaria en FOGA se creó un Grupo de Trabajo que acordó, tanto las tarifas como el porcentaje de compensación, basándose en costes aportados por todas las CC.AA. A los costes medios resultantes se les aplicó una reducción del 40% como descuento de la parte correspondiente a la inversión y otros costes fijos que no se consideraron formaban parte del coste de la prestación sanitaria.

Punto 3 En cuanto a lo expresado sobre *“La liquidación de 2017 del Fondo de Garantía Asistencial (FOGA) no se adapta a lo dispuesto en el artículo 3 del Real Decreto-ley 1612012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, por un lado, porque no se extiende a todos los supuestos contemplados en dicho artículo, y en concreto a los desplazamientos de larga duración, ni a la totalidad de la cartera básica y suplementaria de servicios regulada en el RD 1030/2006, ni a la dispensación hospitalaria de recetas; y por otro, por la falta de desarrollo reglamentario del citado artículo, que ha originado que la liquidación practicada por el MSCBS se realice conforme a los acuerdos adoptados por el Comité de seguimiento del FCS y de la Comisión Permanente de Farmacia, a pesar de que estos órganos no tienen competencia normativa en esta materia. Concretamente, la liquidación 2017 del FOGA solo incluye los supuestos de la atención primaria y las recetas dispensadas por las oficinas de farmacia (epígrafe II.2.3).”* queremos insistir a lo ya expuesto en el apartado **II.2.3.2. ASPECTOS SOBRE EL SISTEMA DE COMPENSACIÓN DE FOGA: ACTIVIDAD Y COSTES COMPENSABLES.**

Punto 4 En cuanto a lo expresado en este punto: *“El procedimiento de compensación aplicado por el MSCBS en la liquidación conjunta del ejercicio 2017, relativa al FSC y al FOGA, así como su distribución entre CCAA, se adecua a lo regulado en la disposición adicional nonagésima segunda de la Ley 312017, de 27 de junio, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2017, excepto por la falta de comunicación al Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS) de los ajustes en los saldos netos de cada CA resultantes de la revisión de la liquidación definitiva efectuada por el MSCBS. Esto implica que las cuantías abonadas a determinadas CCAA (Asturias, Baleares, Canarias, Castilla-León, Murcia y Navarra) por el citado Instituto sean superiores, en un importe total de 684.817,03 euros, a las que hubieran resultado de dichos saldos ajustados. El MSCBS debería comunicar esta circunstancia al INSS a efectos de su recuperación o ajuste en liquidaciones posteriores (epígrafe II.3.2)”* debemos insistir en la condición del INSS como miembro de la Comisión de seguimiento del FCS por lo que se le informó de todas las revisiones realizadas a la liquidación del FCS de 2017. Por otra parte en el procedimiento contemplado en la LPGE no se contempla esta comunicación de ajustes. Si bien se vería de forma positiva contemplar en la norma la posibilidad de contemplar este tipo de regularizaciones.

Punto 6 en lo referente al **control efectuado por el MSCBS sobre los Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR.)** y donde se dice *“se observa que el citado Ministerio no había realizado, en marzo de 2009, la revisión de los criterios de designación en la mayoría de los centros designados en el periodo 2008-2014, a pesar de que el artículo 6 del RD 1302/2006 señala que esta debe llevarse a cabo cada cinco años. Adicionalmente, el MSCBS, a dicha fecha, no se había pronunciado sobre la redesignación o revocación de designación de determinados CSUR (23) que*



reflejaban incumplimientos, durante 3 o más años, en algunos de los criterios relativos a la actividad (epígrafe II.1.3)”, se podría añadir el impulso y la progresión que desde el MSCBS se ha conferido a la obtención de esta información con la necesaria colaboración de las CCAA y siendo obligado el desarrollo de un sistema de información que lo permitiera-. Cabe hacer constar que desde 2018 se dispone de la información correspondiente a los ejercicios de 2016 y 2017 y la de 2018 se recogerá a finales 2019. Asimismo, ya se dispone de la información relativa a los tiempos de espera, que se recoge en la nueva aplicación SIFCOWEB, y se hará un seguimiento en 2020.

Punto 7 En cuanto a lo expuesto en este punto, estando de acuerdo con la conveniencia de haber publicado la correspondiente disposición adicional en la LPGE para 2018, es también cierto que la disposición adicional 92 publicada en la LPGE para 2017 establece en su redactado: *“A partir de 2017...”* lo que debería poder modificar el sentido de la conclusión de que *“la liquidación se ha realizado sin la cobertura legal correspondiente”*

III.2. CONCLUSIONES RELATIVAS A LA FINALIDAD DE LOS FONDOS.

Punto 8. Cuando se dice: *“La gestión del FSC y del FOGA, en la práctica, supone un sistema de compensación parcial de los costes de asistencia sanitaria entre CCAA, mediante el cual, unas CCAA deberían percibir del resto el importe de las prestaciones de la cartera de común de servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS), por el flujo neto de pacientes atendidos de otras CCAA, sin que se pueda afirmar que dicho sistema constituya un mecanismo eficaz para garantizar la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria públicos en todo el territorio español, entre otras causas, porque los supuestos susceptibles de financiación por estos fondos no comprenden la compensación de la totalidad de las prestaciones incluidas en la cartera común básica y complementaria de servicios regulada en Real Decreto 1030/2006, ni las prestaciones atendidas en una CA que no hayan sido derivadas por la CA de origen y autorizadas por la CA prestadora de la asistencia (Subapartado II.4).* Debemos insistir en lo apuntado en el apartado **II.1.3.2. ASPECTOS SOBRE EL SISTEMA DE COMPENSACIÓN DE FCS: ACTIVIDAD Y COSTES COMPENSABLES.**

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud recoge en la sección 3 de su Capítulo I, las garantías de las prestaciones a la ciudadanía, siendo éstas: garantía a la accesibilidad, garantías de movilidad, garantías de tiempo, garantías de información, garantías de seguridad y las garantías de calidad y de centros de referencia.

Pues bien, las CC.AA. son las responsables de la prestación de servicios sanitarios a la ciudadanía que reside en su comunidad y éstas disponen de una cartera de servicios definida para su prestación. Con esta cartera de servicios definida, pueden requerir derivar ciertas patologías, tal y como se contempla en el artículo 4.1 del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria “siempre que la atención sanitaria haya sido solicitada por la comunidad autónoma de residencia cuando no disponga de los servicios o recursos adecuados”. Por ello suelen requerir derivación los procesos de mayor complejidad. Se garantiza, por tanto, que las personas de comunidades autónomas que no cuentan con ciertos servicios puedan acceder en igualdad de condiciones a los servicios de otras CC.AA. que sí disponen de ellos. Además con este sistema se encuentra también la eficiencia, concentrando determinados servicios muy especializados y de elevado coste en determinados centros que serían accesibles para toda la ciudadanía desde el resto del territorio.



La compensación de estas derivaciones, con objeto de garantizar el cumplimiento de las garantías antes expuestas, es el objetivo del FCS,

No es objetivo del FCS compensar la asistencia de patologías que son realizadas de manera habitual en todas las CC.AA. Este es el motivo de que se contemplen aquellas actuaciones de asistencia sanitaria que puedan requerir derivación y no aquellas de menor complejidad.

Punto 9 que concluye que: *“ Adicionalmente, en la liquidación de 2017, se han identificado, al menos, 85 tipos de procesos (GDRs) de asistencia prestada en procesos hospitalarios, ambulatorios y de PTPP que aun reuniendo el requisito de la previa derivación entre CCAA, no han sido objeto de compensación por no hallarse incluidos en alguno de los supuestos tasados en los anexos del real decreto de gestión del FCS, lo que ha supuesto que 7.614 actuaciones, con un coste estimado de 22.360.454,82 euros, no han sido objeto de compensación (epígrafe II.1.3).*

Consideramos necesario que debe tenerse en cuenta que el RD 1207/2006 de FCS no contempla la mera derivación como supuesto para que la asistencia prestada sea objeto de compensación. Debe de ajustarse a los GRD incluidos en los anexos al asumir que son procesos complejos, altamente especializados y de elevado coste que han de ser atendidos en determinados centros que deben ser accesibles para todos los asegurados desde el resto del territorio. No solo hay que ver el lado económico del FCS. Su conversión en un fondo extrapresupuestario no puede dar lugar a que se vea más como una caja de compensación, dado que el FCS proporciona las garantías de las prestaciones a la ciudadanía recogidas en la sección 3 de su Capítulo I La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud recoge. Es un elemento básico para garantizar el acceso en condiciones de igualdad efectivo y proporcionar la cohesión territorial al conjunto del SNS.

Punto 10 Nos remitimos a lo ya expresado anteriormente en referencia al apartado II .2.3.2. **ASPECTOS SOBRE EL SISTEMA DE COMPENSACIÓN DE FOGA: ACTIVIDAD Y COSTES COMPENSABLES.**

Punto 11 En relación con lo concluido en este punto, debemos matizar que el acceso a las prestaciones en condiciones de igualdad no se basa en si se compensan o no, se basan en un derecho de la ciudadanía adquirido en virtud de las leyes. Esto debe siempre diferenciarse del sistema de compensaciones que pudiera establecerse o, en su defecto, ser asumido con los presupuestos de las CC.AA. No se puede vincular la garantía del derecho a recibir asistencia sanitaria en una comunidad diferente a la de residencia, a que sea o no compensada.

Madrid, 26 de noviembre de 2019
LA DIRECTORA GENERAL,
Patricia Lacruz Gimeno

ALEGACIONES FORMULADAS POR EL MINISTERIO DE HACIENDA



ALEGACIONES AL ANTEPROYECTO DE INFORME DE FISCALIZACIÓN DEL TRIBUNAL DE CUENTAS SOBRE EL SISTEMA DE COMPENSACIÓN DE GASTOS POR ASISTENCIA SANITARIA GESTIONADO POR EL MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL, EJERCICIO 2017

En cumplimiento del trámite de alegaciones concedido mediante escrito del Consejero Excmo. Sr. Manuel Aznar López de fecha 12 de noviembre de 2019, se trasladan las consideraciones efectuadas por los distintos Centros directivos del Ministerio de Hacienda a las referencias del informe que afectan a sus respectivos ámbitos competenciales:

1º SOBRE LA FALTA DE COMPENSACIÓN DE LOS SALDOS NETOS NEGATIVOS DE LA LIQUIDACIÓN FINAL DEL FCS Y EL FOGA:

En la página 34 del anteproyecto de informe de fiscalización, se recoge, entre otras, la siguiente conclusión:

«5. No se ha dado cumplimiento a lo dispuesto en el último párrafo de la disposición adicional 92ª de la LPGE del ejercicio 2017 a efectos de ultimar la compensación de los saldos netos negativos resultantes de la liquidación final (FCS y FOGA) [...] sin que se haya articulado ningún procedimiento por parte del MSCBS ni desde el Ministerio de Hacienda, para dar cumplimiento a lo previsto en las respectivas LPGE que permita la compensación total resultante de las distintas liquidaciones de estos fondos en el periodo 2013-2018».

Por su parte, la página 37 recoge la siguiente recomendación dirigida al Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS):

«Promover, junto con el Ministerio de Hacienda, la articulación de las medidas o los instrumentos de colaboración necesarios que permitan compensar a las CCAA la totalidad de los saldos positivos originados desde el año 2013 por la liquidación conjunta del FCS y del FOGA».

Se considera que la conclusión quinta del informe debe matizarse, en el sentido de que, si bien es cierto que no se han producido las compensaciones de los saldos netos negativos resultantes de la liquidación final con los pagos de los recursos del sistema de financiación, esto no supone un incumplimiento de la disposición adicional nonagésima segunda de la Ley de Presupuestos Generales del Estado para el año 2017, en contra de lo que señala esta conclusión. Esto es así porque la citada disposición adicional nonagésima segunda señala que se realizarán estas compensaciones, deducciones o retenciones *«cuando se cumplan las condiciones previstas para ello».*

El propio anteproyecto de informe, en su página 29, resulta más claro en este punto, que sólo de forma implícita se recoge en la propia conclusión 5, al señalarse que *«no se ha*



establecido un procedimiento por parte del MCSB ni del Ministerio de Hacienda, para dar cumplimiento a lo previsto en las respectivas LPGE», así como en la citada recomendación, en tanto que precisamente lo que se propone es «la articulación de las medidas o los instrumentos de colaboración necesarios».

Según confirma la Secretaría General de Financiación Autonómica y Local, no se han podido realizar las compensaciones, porque no está previsto en norma con rango de Ley Orgánica, ni tampoco se han formalizado los instrumentos de colaboración precisos, ni tan si quiera se ha recibido ningún acto de ejecución del MSCBS, como gestor de estos fondos, que active el procedimiento de retención de los recursos del sistema de financiación autonómica.

En definitiva, debe concluirse que no se han producido las compensaciones porque no se han cumplido las condiciones previstas para ello. Por tanto, como se señalaba anteriormente, siendo cierto que no se han practicado las citadas compensaciones, en ningún caso puede considerarse un incumplimiento de la disposición adicional nonagésima segunda.

En línea con lo anterior, además de matizarse la conclusión quinta en el sentido indicado, se propone completar el inciso 5º de la página 25 con el tenor literal de la disposición adicional nonagésima segunda:

«5º Finalmente, los saldos netos negativos del FCS y FOGA que resten, debe ser compensados, deducidos o retenidos, según proceda, por el Ministerio de Hacienda de los recursos del sistema de financiación, según establece la disposición adicional nonagésima segunda de la LPGE para el ejercicio 2017, cuando se cumplan las condiciones previstas para ello».

Por su parte, en la nota al pie de página 25 (página 28), se recogen los elementos que deben darse para poder proceder a la retención de los pagos del sistema de financiación autonómica para practicar las compensaciones a las que se refiere la disposición adicional nonagésima segunda de la LPGE para 2017. Debido a la relevancia del contenido de esta nota al pie, se solicita su incorporación al cuerpo del informe.

En esta nota a pie de página se detallan los requisitos para que puedan practicarse las compensaciones, esto es:

- a) **Que estén previstas en una Ley Orgánica.** Respecto de esta necesidad de previsión en Ley Orgánica, existen sentencias del Tribunal Constitucional que lo confirman. En concreto, en la STC 41/2016, de 2 de marzo se viene a señalar que, en la medida en que estas retenciones afectan a la autonomía financiera de las Comunidades Autónomas es necesario que se desarrollen mediante Ley Orgánica, declarando inconstitucionales y nulos artículos en leyes ordinarias que autorizaban a la práctica de estas retenciones. Según el Tribunal Constitucional, con este tipo de previsiones



se «interviene directamente así en las relaciones financieras de la Comunidad Autónoma (...) se incide de modo muy relevante sobre las relaciones financieras del Estado y la Comunidad Autónoma y, con ello, en un ámbito material cuya regulación está reservada a la ley orgánica (art. 157.3 CE)».

- b) Alternativamente, podrían realizarse las compensaciones, aun no existiendo previsión en una Ley Orgánica, mediante la suscripción de convenios o instrumentos de colaboración con las Comunidades Autónomas. A través de estos instrumentos serían las propias Comunidades Autónomas quienes autorizarían voluntariamente a que se retuviesen de los pagos del sistema de financiación autonómica los importes necesarios para atender su deuda por el funcionamiento de estos fondos. Esto también es refrendado por el Tribunal Constitucional quien señala en la STC 41/2016, en su fundamento 16º, que «Ciertamente, si la retención fuera verdaderamente consentida (...), cabría argumentar que trae causa en última instancia de la voluntad de la Comunidad Autónoma y, con ello, que no hay una interferencia estatal en su autonomía financiera que hubiera de revestir rango de ley orgánica».**

En cualquiera de los casos anteriores, el Ministerio de Hacienda colaborará con el MSCBS, de cara a efectuar las correspondientes retenciones, una vez que por parte de este último se adopten las medidas necesarias.

Desde el Ministerio de Hacienda no existe ningún inconveniente a que se tramite la correspondiente regulación por vía de Ley Orgánica para autorizar la práctica de estas compensaciones en forma de retenciones con cargo a los recursos del sistema de financiación autonómica. De igual manera, desde el Ministerio de Hacienda, también se apoyaría la celebración de convenios con las Comunidades Autónomas para conseguir esta misma finalidad.

2º SOBRE LA VIGENCIA DE LA DISPOSICIÓN ADICIONAL NONAGESIMO SEGUNDA:

Por otra parte, en la página 30 del informe se indica que la Ley 6/2018, de 3 de julio, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2018 no incluyó una disposición adicional que estableciera la suspensión de los apartados a, b, c y d del artículo 2.1 del Real Decreto 1207/2006 relativos al Fondo de Cohesión Sanitaria, concluyéndose que estos preceptos volverían a estar vigentes, perdiendo su carácter extrapresupuestario.

A este respecto, debe señalarse que la disposición adicional nonagésima segunda de la LPGE para 2017, al establecer la suspensión del carácter presupuestario del FCS, y a diferencia de otras disposiciones recogidas en esta Ley, **no incluye ninguna referencia a una vigencia temporal (v.gr. «Durante 2017...»)**, por lo que como sucede con otras disposiciones adicionales, al no establecerse una limitación temporal en la vigencia del precepto, la duración de esta sería indefinida.

