



Ángel García Millán. Juan José Criado-Álvarez.

## Una cláusula adicional para ceder el patrimonio público

<sup>1</sup>García Millán A, <sup>2</sup>Criado-Álvarez JJ

<sup>1</sup>Responsable del Servicio de Recursos Humanos.  
Área de Salud de Talavera de la Reina.

Hospital General Nuestra Señora  
del Prado. Talavera de la Reina, Toledo

<sup>2</sup>Médico General. San Bartolomé de las Abiertas, Toledo.

Dirección para correspondencia: [agmillan@sescam.jccm.es](mailto:agmillan@sescam.jccm.es)

### Resumen

La Ley 27/2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social, donde se recogía la prolongación de la edad de jubilación, cuestión que estuvo rodeada de polémica y que obligó al Gobierno entonces en el poder a buscar apoyos de otras fuerzas políticas, fue publicada el día 2 de agosto. En una "discreta" disposición adicional (la trigésima octava) se recogía la posibilidad de ceder patrimonio de la Tesorería General de la Seguridad Social (TGSS) a las entidades gestoras de la asistencia sanitaria (las comunidades autónomas). Así, un patrimonio ubicado en el balance de una entidad estatal que se sustenta en el principio de Caja Única puede pasar, en virtud de esa disposición adicional, al balance de las administraciones autonómicas. ¿Estamos ante una pérdida de patrimonio de la TGSS? ¿Qué sucede si esta cesión es demandada por todas las comunidades autónomas? ¿En qué beneficia al conjunto de los españoles?

*Palabras clave:* Seguridad Social, Sistema Nacional de Salud, Financiación, Provisión, Aseguramiento.

### Addendum for public release of wealth

#### Abstract

Law 27/2011 of 1 August, on updating, improvement and modernization of Social Security, where he picked up the extension of retirement age, an issue that was surrounded by controversy and forced the government then in power to seek

---

Nota: Las opiniones de los autores no reflejan los de la institución en la que prestan servicios.

support from other political forces, was posted on August 2. In a “discreet” additional provision (the thirty-eighth) was collected the possibility of transferring the assets of the General Treasury of Social Security (TGSS) to the managing bodies of health care (the regions). Thus, an estate located in the balance of a state entity that is based on the principle of Single Box, you can pass under the additional provision to the balance of the regional administrations. Is this a loss of assets of the TGSS? What if this release is demanded by all regional governments? What benefits the whole of the Spanish?

**Key words:** Social Security, National Health Service, Financing, Procurement, Assurance.

## Introducción

Durante el verano de 2011 apareció en la prensa nacional la noticia del cambio de titularidad de los hospitales de la Seguridad Social, los cuales fueron cedidos a la Comunidad Autónoma de Cataluña como posible contrapartida al apoyo de los nacionalistas catalanes para sacar adelante la reforma de la normativa de la Seguridad Social que prolongaba la edad de jubilación. En efecto, la propuesta recogida en la enmienda 368, de Convergencia i Unió establecía que *“la titularidad de los bienes y derechos que el 1 de enero de 2011 formasen parte del patrimonio único de la Seguridad Social y estuvieran adscritos a las comunidades autónomas le será atribuida a estas, en virtud de los correspondientes reales decretos de transferencia que se tramiten en los términos previstos en la normativa vigente”*. La iniciativa parte de Cataluña, pero con la enmienda en la mano podrían beneficiarse el resto de las comunidades autónomas, lo que supondrá, de hecho, dejar sin parte de su patrimonio a la Tesorería General de la Seguridad Social (TGSS)<sup>1</sup>.

Esta cesión supuso un trasvase de activos de una administración pública, la TGSS, a otra con personalidad jurídica diferente, la Comunidad Autónoma de Cataluña. Pero la cuestión no solo planteaba el porqué de este traspaso

de activos, sino qué posible uso podría darse en el futuro a estos bienes: ¿quedaban afectos a un fin o servicio público? ¿O podían ser enajenados a entidades privadas, para ser luego alquilados por la propia Administración? ¿Su venta podía estar justificada para sanear las adeudadas arcas públicas? Pero además, esta primera cesión dejaba expedito el camino para que otras administraciones autonómicas reclamasen la cesión de patrimonio de la Seguridad Social.

## La disposición adicional trigésima octava

Como parte integrante del contenido de la Ley 27/2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social, y muy avanzado el texto legal, casi de soslayo, en la disposición adicional trigésima octava se dispone que, el Gobierno (en un plazo de seis meses) debía llevar a cabo las medidas normativas necesarias para cancelar, en un plazo de diez años, en el balance patrimonial de la Seguridad Social los préstamos concedidos por el Estado para compensar las insuficiencias de financiación del INSALUD producidas en las sucesivas leyes de Presupuestos Generales del Estado previas a la separación de fuentes de financiación. Para ello, la TGSS en-

tregaría como pago de dichos préstamos a la Administración General del Estado (AGE) exclusivamente sus edificios y equipamientos afectos a fines de asistencia sanitaria y de servicios sociales, dejando a salvo de tal cesión algunas excepciones. Finaliza el texto especificando que se persigue que la *“culminación del proceso de separación de fuentes de financiación a efectos patrimoniales pueda realizarse sin inconvenientes para la adecuada gestión de las cuentas públicas y permita la gestión patrimonial más adecuada por los actuales titulares de la gestión de la competencia, a través del traspaso inmediato de dichos inmuebles a los mismos”*.

Sin dejar de lado lo llamativo que puede parecer a los ojos de cualquier lector el hecho de que una cuestión de esta trascendencia aparezca en una disposición adicional, lo que claramente aparece como pretexto es el hecho de que este cambio de titularidad de bienes de la Seguridad Social (cuyo patrimonio, según el Real Decreto 1221/1992, de 9 de octubre, figura bajo la titularidad de la TGSS)<sup>2</sup>, a la AGE (entidad que no cuenta con competencias para la gestión de la asistencia sanitaria), se justifica por una operación de cancelación de deudas. Tras esta explicación el legislador, amparándose en una pretendida mejora de la gestión, prevé que quienes hasta la fecha vienen gestionando la asistencia sanitaria, esto es, las comunidades autónomas (artículo 149.1.17 de la Constitución Española) también gestionen los bienes que ahora pasarían a formar parte de su titularidad.

El primer aspecto a destacar, como ya apuntan Javier Rey y Pedro Sabando<sup>3</sup>, es que estas deudas que pretenden saldarse son operaciones de crédito adicional que la AGE realizó y anotó como préstamos a la Seguridad Social entre 1992 y 1996 para resolver déficits

de financiación del INSALUD en esos periodos. Continúan señalando que esa anotación contable se realizó en un periodo en el que la responsabilidad de la financiación sanitaria recaía fundamentalmente ya en la propia AGE, como consecuencia de las actuaciones necesarias para garantizar no solo la asistencia sanitaria, sino el sistema de prestaciones y en especial las pensiones, por lo que la financiación de la asistencia sanitaria tenía un importante componente de los ingresos de los Presupuestos Generales del Estado.

## El modelo sanitario

El Sistema Nacional de Salud (SNS) es el resultado de diferentes momentos e impulsos normativos a lo largo de las tres últimas décadas, con la particularidad española de una total descentralización autonómica. Su punto de partida lo podemos situar en el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) creado por la Ley de 14 de diciembre de 1942, que se concibió como un mecanismo de protección para los trabajadores asegurados y sus familiares, incorporando la asistencia sanitaria debida a enfermedad, el reconocimiento de un derecho a subsidio como consecuencia de la pérdida de salario derivada de aquella y la protección en caso de maternidad. El SOE cubría al trabajador y a sus familiares recogiendo el concepto de Seguro Social de Bismarck y la correspondiente obligatoriedad de un aseguramiento o afiliación al Seguro cuya gestión se encomendó al Instituto Nacional de Previsión (INP), considerado una entidad aseguradora única del seguro de enfermedad. Para proveer la asistencia, se optó por crear una red asistencial propia con su propio personal, mediante la construcción de hospitales o residencias y ambulatorios mediante el Plan Nacional de Instalaciones<sup>4</sup>.

Con la Ley 193/1963 de bases de la Seguridad Social; y el Decreto-Ley 907/1966 se configuró la asistencia sanitaria como una prestación contributiva de la Seguridad Social, perviviendo la idea del aseguramiento obligatorio del trabajador y sus beneficiarios, sin extender la atención al resto de la población. Tras la reforma de la Seguridad Social (Ley 24/1972 y Decreto-Ley 2065/1974) el Real Decreto Legislativo 1/1994 supuso la refundición de la legislación de la Seguridad Social y marcó las bases de la misma: en 1978 se produce un hecho relevante: el artículo 43 de la Constitución Española reconoce el derecho de todos a la protección de la salud. El aumento de prestaciones y por necesidades organizativas hizo que el INP desapareciese y se creasen como entidades gestoras el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO), y el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), este último encargado de la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social. Como consecuencia de la entrada en vigor de la Constitución, en un largo periodo de tiempo, se llevó a cabo la transferencia de la gestión de la asistencia sanitaria a siete comunidades, como materia propia de la Seguridad Social (y no de Sanidad). Sin embargo, realmente la asistencia sanitaria nunca se ha separado de la Seguridad Social, a tenor de lo que se señalaba en la Ley 24/1997, y posteriormente con el artículo 69 de la Ley 21/2001, que modificó el artículo 86.2 del RDL 1/1994.

Los decretos de transferencias donde se atribuían competencias de la gestión de la asistencia sanitaria del año 2001 incluían mención expresa respecto a los bienes necesarios para la prestación de la misma *"que dichos bienes se adscriben a la Comunidad de... sin perjuicio de la unidad del patrimonio de la Seguridad Social, distin-*

*to del Estado y afecto al cumplimiento de sus fines específicos, cuya titularidad corresponde a la Tesorería General de la Seguridad Social, debiendo figurar los inmuebles adscritos en el Balance de la Seguridad Social, en la forma que determine la Intervención General de la Seguridad Social",* añadiendo además *"Que los bienes inmuebles del patrimonio de la Seguridad Social adscritos revertirán, conforme a lo dispuesto en las normas reguladoras del patrimonio de la misma a la Tesorería General en el caso de no uso o cambio de destino para el que se adscriben"*.

Poco a poco, el sistema de seguridad social iba alejándose del concepto de aseguramiento y adquiriendo tintes universalistas en cuanto a la protección a través de prestaciones no contributivas y de prestaciones que, como la asistencia sanitaria, nada tenían que ver muchas veces con la condición de trabajador. Este factor fue el desencadenante de una fuerte crisis económica del sistema, que hizo plantearse a los poderes públicos y a la sociedad en su conjunto la sostenibilidad del modelo de protección social tal y como estaba configurado, especialmente por la incidencia deficitaria del incremento de las prestaciones de jubilación e invalidez y el incremento de gasto asociado a la asistencia sanitaria, debate reabierto como consecuencia de la actual crisis económica. La búsqueda de soluciones a estos déficits llevó a la culminación del Pacto de Toledo para la racionalización del sistema, donde se acordó la separación de fuentes de financiación de manera que las prestaciones de naturaleza contributiva pasaron a depender de las cotizaciones sociales y las prestaciones no contributivas y universales (entre las que figura la asistencia sanitaria), de las aportaciones al presupuesto a través de la imposición general, ingresos que debían ser sufi-

cientes para garantizarlas, principio se plasmó en la Ley 24/1997, de 15 de julio, de consolidación y racionalización del Sistema de Seguridad Social. Sin embargo, esto no era nuevo, pues ya desde 1995 venía produciéndose una progresiva disminución del peso relativo de la financiación procedente de las cotizaciones sociales, así, desde 1995 la aportación contributiva se redujo un 20% del presupuesto general hasta solo el 2,6% de 1998, hasta su completa eliminación en 1999<sup>5</sup>. Los servicios sanitarios, por tanto, pasaron a considerarse como prestaciones de naturaleza no contributiva (lo que se plasmó en la modificación de los artículos 1 y 86 del RDL 1/1994 y en la Exposición de motivos de la Ley 49/1998, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado).

El modelo sanitario establecido en 1986 se hace realidad en el año 2001 con el traspaso de la gestión de los servicios, centros y funciones de "asistencia sanitaria de la Seguridad Social" (nótese que no se traspasa la competencia en legislación de Seguridad Social) a las diez comunidades autónomas que quedaban por hacerlo<sup>5,6</sup>. Al coincidir prácticamente en el tiempo este traspaso de servicios con la integración financiera de la sanidad en los presupuestos generales; se puede entender finalizado el reparto de competencias en lo que respecta la materia sanidad (artículo 149.1.16 de la CE) entre el Estado y las comunidades autónomas. La financiación del SNS ha pasado de un sistema de cotizaciones a un sistema no contributivo. El artículo 7.3 de la Ley 21/2001 reforzó la idea de separación entre Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social (ASSS tal y como viene en los precintos de los medicamentos), y la asistencia procurada por el resto del sistema; desapareciendo de este modo las subvenciones y fondos finalistas<sup>5</sup>. También se

modificó el sistema de financiación de las comunidades autónomas por la Ley 61/2003, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y del orden social, en la medida en que se mantuvo el sistema de cohesión y estableció el Fondo de Cohesión para el año 2002.

Esta inestabilidad normativa ha hecho que la financiación sanitaria discurriera por sus propias vías, al no existir un marco normativo que haya servido de referencia para el cálculo de la financiación. La determinación de las cantidades a percibir ha sido el resultado de complejas negociaciones en las Comisiones Mixtas de Transferencias o en el seno del Consejo de Política Fiscal y Financiera (CPFF). En su acuerdo de 27 de julio de 2001 se pretendió que el modelo integrara los traspasos de las competencias comunes, competencias sanitarias y sociales. Pero esa integración no abarcaba a todas las instituciones sanitarias, sino solo aquellas que eran de titularidad de la Seguridad Social, dejando fuera al mutualismo administrativo, MATEPP o sanidad penitenciaria. En ese acuerdo se asignaban nuevos recursos a la financiación, pero a condición de tener traspasados la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social. Esta mejora legislativa, al incorporar los acuerdos del CPFF, es pequeña, ya que al tratarse de una Ley ordinaria, no vincula al legislador en materia presupuestaria de años posteriores. A pesar de todos los cambios sigue sin haber una Ley de Financiación propia de la Sanidad, o un "Pacto por la Sanidad"<sup>7</sup>. Este sistema de financiación tiene sus disfunciones como quedó reflejado en la I Conferencia de Presidentes (2004), y el anuncio de su tratamiento monográfico en la II Conferencia de Presidentes (2005). Esto ha permitido conocer con mayor precisión la evolución del gasto sanitario y de la población en España durante el periodo 1999-

2003, aspecto fundamental para abordar las necesidades de financiación. Se constata la necesidad de revisar el sistema de financiación mediante un acuerdo político y social, asegurando la sostenibilidad futura del SNS como uno de los pilares fundamentales del Estado de Bienestar. En la II Conferencia se decide incrementar la aportación directa de la AGE a la financiación sanitaria, además de aprobar el incremento de la capacidad recaudatoria de las comunidades, y una serie de medidas tendentes a racionalizar el gasto. Vemos que se trata de una utilización de la Conferencia para incrementar la financiación, dejando fuera otras medidas relacionadas con el funcionamiento del sistema. El acuerdo no prevé que las comunidades deban incrementar las dotaciones presupuestarias vía impuestos. Tenemos por tanto un sistema caracterizado por una debilidad de su arquitectura jurídica, competencial y financiera<sup>8</sup>. Esta fragilidad puede suponer que el sistema sea una víctima del "tsunami" que está siendo la crisis económica<sup>9</sup>.

## Reflexión

Llegados a este punto, y como ya se ha expuesto, en el año 2011, con la excusa de compensar deudas entre diferentes administraciones estatales y una mejora de la gestión de la asistencia sanitaria, le son cedidos a la Comunidad Autónoma de Cataluña bienes de una entidad, la TGSS, que se asienta sobre el eje del principio de caja única y la titularidad del patrimonio de la Seguridad Social. Es también curioso que unas deudas generadas antes del periodo de separación de fuentes de financiación no hayan sido antes minoradas o canceladas (al menos en el periodo en el que la Seguridad Social mantuvo un remanente positivo en los años de "bonanza económica"); y se haya esperado casi 20 años para, a

través de una disposición adicional realizar esta cesión de bienes a una Administración autonómica (pudiendo abrirse el camino para otras).

Se trata de una cesión de activos (bienes o derechos pertenecientes o controlados por la entidad para la obtención de rendimientos futuros), que en el ámbito de la administración pública pueden ser de carácter económico (cuando se espera obtener bienes o flujos de efectivos), o bien de carácter social (son los denominados bienes portadores de servicios, generadores de beneficios para la colectividad). Pues bien, el inmovilizado y su equipamiento destinado a prestar servicios sanitarios pertenecen a estos últimos, es decir, su destino está motivado por el beneficio que la prestación sanitaria ofrece a los ciudadanos (en un sistema sanitario como el nuestro, con vocación de atención universal).

patrimonial de Desde una perspectiva más economicista, se plantea la siguiente situación: el balance la Seguridad Social se ha visto minorado en su activo por la pérdida de inmovilizado, se supone que en la misma proporción que la cuantía de la deuda que tenía con otra administración (la AGE), que no posee competencias para la gestión sanitaria. En una fase siguiente cede ese patrimonio a un tercero, gestor de la asistencia sanitaria (para lo cual ya cuenta con la financiación vía impuestos, como la recaudación del Impuesto sobre el Valor Añadido) pero, en este caso, sin ninguna compensación o transferencia de bienes hacia la AGE. La comunidad autónoma beneficiada con esa cesión experimenta un incremento patrimonial sin que esa cesión esté necesariamente condicionada a que el bien y el equipamiento cedido estén afectos a la asistencia sanitaria. Así, parece que el incremento en los recursos que pasan a las arcas autonómicas puede perfec-

tamente pasar a ser cedido a terceros a cambio de condonar la ya abundante deuda de las propias comunidades.

Es decir, el patrimonio que podía entenderse “de todos” puesto que estaba asociado a una entidad (la TGSS) de marcado carácter estatal y garante, por tanto, de todo el territorio y de todos sus ciudadanos, pasa ahora a poder ser propiedad de terceros entre los que pueden aparecer entidades no públicas, lo que supone, a la postre, una descapitalización del sector público.

¿Acaso esta cesión puede dejar de lado la otra finalidad propia de los activos de la administración? ¿No abre la puerta esta cesión a que el beneficio de la colectividad pueda verse comprometido? ¿En qué beneficia realmente esta cesión al conjunto de la ciudadanía, cuando la Administración “de todos”, la Tesorería, ve reducido su activo y este pasa o puede pasar a diferentes Administraciones autonómicas? Pensemos que, si en una primera acción se ha cedido parte del patrimonio a la Comunidad Autónoma Catalana, ¿cuál sería la cuantía de la pérdida de patrimonio de la TGSS en el caso de que se hiciera lo mismo con otras comunidades autónomas? Dudas que se acentúan cuando estos bienes podrían perfectamente ser enajenados a terceros como consecuencia de otros intereses.

Recordemos que cuando se hicieron las transferencias de la gestión de la asistencia sanitaria, a la que iba unido el uso de los inmuebles y bienes destinados a la misma, normativamente se establecía una serie de salvaguardas, como que la titularidad de los bienes la ostentaba la TGSS y que “*los bienes inmuebles del patrimonio de la Seguridad Social adscritos revertirán, conforme a lo dispuesto en las normas reguladoras del patrimonio de la mis-*

*ma a la Tesorería General en el caso de no uso o cambio de destino para el que se adscriben”*. Sin embargo, estas previsiones operaban cuando la cesión era de uso y no de propiedad. Es decir, la disposición adicional trigésimo octava de la Ley 27/2011 (aprobada en el ocaso de la legislatura del gobierno socialista) deja sin efecto estas previsiones, puesto que ahora la cesión se hace bajo otra figura jurídica, otorgando la titularidad a la comunidad autónoma, que ya no se ve impedida a devolver los bienes en el caso de que estos no se destinen a la asistencia sanitaria.

Al no ser la TGSS la que cede los bienes para uso, tampoco opera lo previsto en el artículo 16 del Real Decreto 1221/1992, de 9 de octubre, sobre el patrimonio de la Seguridad Social (“*si los bienes inmuebles cedidos no fuesen destinados al uso previsto dentro del plazo señalado en el acuerdo de cesión, dejaran de serlo posteriormente o el cesionario no cumpliera las condiciones fijadas en dicho acuerdo, el Ministro de Trabajo y Asuntos Sociales, previo informe de la entidad gestora o colaboradora y de la Tesorería General de la Seguridad Social, declarará resuelta la cesión y acordará su reversión a esta, y el cesionario deberá abonar el valor de los deterioros experimentados en los bienes, previa tasación pericial*”). En consecuencia, nada impide que este patrimonio cedido a la Comunidad Autónoma Catalana pueda ser utilizado por esta para, por ejemplo, contar con vías de refinanciación.

En definitiva, cabe afirmar que esta medida supone una pérdida de patrimonio pero, hoy más que nunca, como ciudadanos, podemos preguntarnos, por un lado, si el conjunto de la población, como destinataria de la asistencia sanitaria, puede verse beneficiada desde la perspectiva del rendimiento

social y colectivo propio de este tipo de servicios; y por otro, en el caso de que la TGSS y la AGE hayan previsto una serie de medidas que puedan paliar los efectos de esta despatrimonialización o tienen habilitadas otras vías de recuperación de activo, ¿sobre quiénes pueden recaer?

## Bibliografía

1. Calleja M, Sanz G. Todos los grupos de la oposición volverán a censurar la gestión de Zapatero. ABC. Martes 28 de junio de 2011; Nacional: 24.
2. Real Decreto 1221/1992, de 9 de octubre, sobre el patrimonio de la Seguridad Social. (BOE de 11 de noviembre de 1992).
3. Izquierdo L. El Gobierno cede la titularidad de siete hospitales a la Generalitat. La Vanguardia. Martes 28 de junio de 2011; Política.
4. Pemán Gavín JM. Del Seguro Obligatorio de Enfermedad al Sistema Nacional de Salud. El cambio en la concepción de la asistencia sanitaria pública durante el último cuarto del siglo XX. En: Pemán Gavín JM. Asistencia sanitaria y Sistema nacional de Salud. Estudios jurídicos. Granada: Editorial Comares; 2005. p. 3-42.
5. Molina Garrido MC. Análisis del proceso de descentralización de la asistencia sanitaria de las comunidades de régimen común: Implicaciones del nuevo modelo de financiación autonómica. Navarra: Thomson Civitas, Aranzadi SL; 2005.
6. Beltrán Aguirre JL. Prestaciones sanitarias y autonomías territoriales: cuestiones en torno a la igualdad. Derecho y Salud. 2002;10:15-28.
7. Repullo Labrador JR. Gasto Sanitario y descentralización: ¿saldrá a cuenta haber transferido el INSALUD? Presupuesto y Gasto Público. 2007;49:47-66.
8. Criado-Álvarez JJ, Repullo Labrador JR, García Millán A. Vigencia de la Ley General de Sanidad tras veinticinco años. Rev Esp Salud Pública. 2011;85:437-48.
9. Repullo Labrador JR. Las debilidades estructurales del Sistema Nacional de Salud ante la crisis económica. Referent. 2009;8:4-11.