

La nueva financiación autonómica de la Sanidad: evaluación de la suficiencia y la equidad

David Cantarero Prieto
Universidad de Cantabria

Este trabajo presenta un análisis de los problemas en la financiación autonómica de la sanidad. En primer lugar, se realizan algunas consideraciones generales sobre las transferencias sanitarias a las Comunidades Autónomas españolas. En segundo lugar, se pasa revista al acuerdo de financiación sanitaria para el cuatrienio 1998-2001 recientemente suscrito en el Consejo de Política Fiscal y Financiera y a los mecanismos de garantía que permitan el logro de los objetivos de la suficiencia y la equidad. Por último, se sugieren algunos resultados importantes.

Financing problems of the decentralized health expenditure. This paper presents an analysis of the financing problems of the decentralized health expenditure. Firstly, we introduce some general considerations about transfers of health to the Spanish Autonomous Communities. In second place, we review the sanitary financing agreement for 1998-2001 recently subscribed in the Fiscal and Financial Policy Council and the guarantee mechanisms that will assure the achievement of the adequacy and equity objectives. Finally, we consider some important results.

Al analizar el proceso de creación del Servicio Nacional de Salud en nuestro país a raíz de la Ley General de Sanidad de 1986 se comprueba que la descentralización ha sido su línea fundamental de actuación. Así, en la actualidad, el Instituto Nacional de Salud (INSALUD) es el responsable en materia sanitaria de las diez Comunidades que aún no tienen asumidas esas competencias, mientras que son los Servicios Regionales de Salud los responsables de dicha prestación en el resto de Comunidades.

En este trabajo se analiza el Acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera que establece el nuevo modelo de financiación autonómica de la sanidad para el cuatrienio 1998-2001. El objetivo de este trabajo es valorar cuáles son sus aportaciones en términos de dos principios fundamentales de todo sistema, la suficiencia y la equidad. Por último, se incluye un apartado de consideraciones finales.

El nuevo modelo para 1998-2001

El sistema de financiación de la sanidad española se inició con el traspaso de las competencias sanitarias en 1981 a Cataluña y en 1993 se estableció el primer Acuerdo para el período de 1994-1997 aunque no consiguió todos sus objetivos con lo que posteriormente al finalizar su vigencia, el 27 de noviembre de 1997 se alcanzó por el Consejo de Política Fiscal y Financiera y después de unas complicadas negociaciones un Acuerdo para establecer un nuevo modelo de financiación de la sanidad para el cuatrienio 1998-2001.

El aspecto más importante del nuevo modelo es que incorpora un incremento presupuestario de 143.000 millones de pesetas (3,88%) respecto a la prórroga del modelo y como criterio de evolución adopta el de la tasa de crecimiento del PIB nominal, al igual que sucedía en el sistema anterior.

Para distribuir los recursos se establece un fondo general de unos 3.719.396,5 millones de pesetas que se distribuye en función de la población protegida y un fondo de atenciones específicas dotado con 68.000 millones de pesetas que se puede desglosar en un fondo destinado a la financiación de los centros de docencia y a la compensación por desplazados de otras Comunidades y un fondo para garantizar una financiación mínima a las Comunidades que experimenten una minoración significativa del porcentaje de su población relativa.

Además, el Acuerdo prevé como financiación adicional una reducción del gasto sanitario de unos 65.000 millones de pesetas, consecuencia de las medidas de ahorro en farmacia, cuya distribución se ha realizado inicialmente en función del porcentaje de población protegida.

Una vez expuestas las líneas maestras del Acuerdo vigente hasta el año 2001, se procede a analizar en que medida garantiza el cumplimiento de los principios fundamentales de la financiación autonómica sanitaria, la suficiencia y la equidad.

Análisis de la suficiencia del sistema

Los problemas básicos de la suficiencia vienen provocados por la peculiar forma con que se lleva a cabo la actividad presupuestaria de los servicios sanitarios, con una gestión secularmente deficitaria de esta competencia y con la tradicional insuficiencia presupuestaria del INSALUD.

El Acuerdo actual aspira a solucionar estos problemas y la primera novedad que introduce es la ampliación presupuestaria tan

reclamada por las Comunidades Autónomas, esto es, la suficiencia estática mientras que para controlar la evolución de la financiación en el tiempo hay que decir que este incremento no garantiza la suficiencia en el sector sanitario ya que el gasto público en esta materia ha estado creciendo por encima del PIB en España y la primera vez que se ha tratado de ajustar el crecimiento a esta variable, en el cuatrienio 1994-1997, no se ha conseguido (López I Casanovas y Casado, 1996).

Por tanto, el nuevo Acuerdo no tiene porque garantizar la suficiencia en un sector como el sanitario, que no logra controlar sus incrementos de gasto, debido a sus características intrínsecas, básicamente ciertos fallos de mercado (efectos externos, información imperfecta, selección adversa o existencia de elementos de monopolio).

Además, no se incorpora el saneamiento de la situación de deficiencia de los años anteriores y obliga a absorber con el crecimiento de recursos que supone para todas las Comunidades las insuficiencias históricas que provienen de los modelos anteriores. En definitiva, el nuevo escenario de financiación sanitaria para el periodo 1998-2001 mejora la situación en el apartado de suficiencia aunque no resuelve totalmente el problema de la cobertura de las necesidades de financiación de gasto al seguir aceptando la tradicional insuficiencia presupuestaria.

Análisis de la equidad del sistema

El paso siguiente una vez analizada la suficiencia del nuevo modelo consiste en evaluar su equidad, que sigue siendo sobre todo en su acepción geográfica, uno de los problemas pendientes del sistema sanitario español.

Para analizarla es necesario tener en cuenta la distribución de los recursos sanitarios a través de dichos fondos en el cuatrienio 1998-2001 que se muestra en la Tabla 1 aunque esto no deja de ser un análisis en términos globales por lo que lo importante es observar la distribución territorial de recursos per cápita (Tablas 2 y 3) que dan como resultado final un sistema heterogéneo y complejo, en el que es casi imposible encontrar justificaciones a las diferencias que se mantienen entre las diversas Comunidades, diferencias que alcanzan hasta el 10% de los recursos per cápita.

Básicamente de los dos fondos en los que se basa el modelo, es el fondo de atenciones específicas el que, a pesar de su menor importancia presupuestaria, introduce claros elementos de inequidad en el sistema debido a su injustificada creación y a la inadecuada contrastación de los datos utilizados para así poder justificar en todo caso su reparto final.

Como contraste a la distribución real de recursos sanitarios para 1998-2001, en este trabajo se presentan una serie de escenarios alternativos para analizar los cambios que introducirían sobre la equidad geográfica considerando en todo momento que los recursos totales del sistema no se modifican:

-Hipótesis 1: Utilizar a la población de derecho, según las últimas cifras del Instituto Nacional de Estadística de que se disponga, como solución aceptable (criterio de reparto per cápita) ya que al ser escasamente manipulable podría alcanzar un notable consenso entre las Comunidades y a que dado el carácter universal de la prestación sanitaria y su financiación vía impuestos tiene poco sentido restar de la población censal a los colectivos protegidos por el mutualismo administrativo y mantener así el criterio de población protegida.

La aplicación de dicho criterio muestra que en términos globales el reparto sería ligeramente más equitativo mientras que en términos de recursos per cápita como es lógico sería claramente más equitativo aunque hay que tener en cuenta que puede que no todas las Comunidades necesiten la misma financiación per cápita ya

| Admón. gestora | Fondo general | Fraude ILT* | Fondo doc. y des. | Fondo compensa. | Fondo específico | Recursos totales |
|----------------|---------------|-------------|-------------------|-----------------|------------------|------------------|
| Cataluña | 593665,3 | 6299,8 | 23373,2 | 7454,6 | 30827,8 | 624493,1 |
| Galicia | 260559,7 | 2765 | 1566 | 3716,9 | 5282,9 | 265842,6 |
| Andalucía | 681160,9 | 7228,3 | 12334,2 | 0 | 12334,2 | 693495,1 |
| Valencia | 385440,5 | 4090,2 | 3314,1 | 0 | 3314,1 | 388754,6 |
| Canarias | 153310,5 | 1626,9 | 1099,7 | 0 | 1099,7 | 154410,2 |
| P.Vasco | 205263,7 | 2178,2 | 538,5 | 2998 | 3536,5 | 208800,2 |
| Navarra | 50669,2 | 537,7 | 138,1 | 830,5 | 968,6 | 51637,8 |
| Insalud gtr | 2330069,8 | 24726,2 | 42363,8 | 15000 | 57363,8 | 2387433,6 |
| Insalud gdi | 1439326,7 | 15273,8 | 5554,6 | 5444,4 | 10999 | 1450325,7 |
| Total | 3769396,5 | 40000 | 47918,4 | 20444,4 | 68362,8 | 3837759,3 |

(*) Lucha contra el fraude en las prestaciones por incapacidad laboral temporal (ILT)
Fuente: Consejo de Política Fiscal y Financiera (1997)

| Admón. gestora | Financ. Pc 1998-2001 | Porcent. | Financ. pc Hipóte. 1 | Porcent. | Financ. Pc Hipóte. 2 | Porcent. |
|----------------|----------------------|----------|----------------------|----------|----------------------|----------|
| Cataluña | 97481 | 102,59 | 95007 | 99,98 | 97146 | 102,24 |
| Galicia | 95003 | 99,98 | 94969 | 99,94 | 102104 | 107,45 |
| Andalucía | 94149 | 99,08 | 94979 | 99,95 | 88356 | 92,98 |
| Valencia | 96136 | 101,17 | 94955 | 99,93 | 94036 | 98,96 |
| Canarias | 95429 | 100,43 | 94790 | 99,75 | 82670 | 87 |
| P.Vasco | 97835 | 102,96 | 94861 | 99,83 | 95268 | 100,26 |
| Navarra | 97333 | 102,43 | 94855 | 99,82 | 98497 | 103,66 |
| Insalud gtr | 95879 | 100,9 | 95018 | 99,99 | 93485 | 98,38 |
| Insalud gdi | 93661 | 98,57 | 94999 | 99,97 | 97446 | 102,55 |
| Total | 95020 | 100 | 95020 | 100 | 95020 | 100 |

La variable financiación per cápita se refiere a la población de derecho de 1996
Fuente: Elaboración propia

| Admón gestora | E. específ. pc 1998-2001 | Porcentaje |
|---------------|--------------------------|------------|
| Cataluña | 5062 | 293,78 |
| Galicia | 1926 | 111,78 |
| Andalucía | 1704 | 98,89 |
| Valencia | 826 | 47,93 |
| Canarias | 684 | 39,69 |
| P.Vasco | 1685 | 97,79 |
| Navarra | 1860 | 107,9 |
| Insalud gtr | 2360 | 136,97 |
| Insalud gdi | 715 | 41,49 |
| Total | 1723 | 100 |

Fuente: Elaboración propia

que pueden existir diferentes necesidades sanitarias en cada una en función de diversos factores.

De todas formas, este criterio per cápita aunque es objetivo y promociona la igualdad de recursos, presenta insuficiencias importantes sobre todo relativas a la estimación de las necesidades específicas de gasto de cada Comunidad.

-Hipótesis 2: Ponderar el reparto per cápita de acuerdo con el criterio de necesidad a través de fórmulas resultantes de la estimación objetiva de una serie de parámetros de necesidad y de sus pesos relativos (por ejemplo, la estructura demográfica). Esto tiene la ventaja de introducir transparencia en el proceso político de asignación de recursos, ya que la distribución se basaría en una serie de indicadores objetivos abiertos a la discusión y a la crítica (Rico, 1996).

Dicho reparto atendería mejor en cuanto a financiación a las Comunidades del INSALUD-Gestión directa que tienen mayores necesidades de gasto simplemente por su mayor grado de envejecimiento poblacional respecto al resto de Comunidades (INSALUD-Gestión transferida), que si hasta ahora han estado recibiendo mayor financiación obedece a su mayor peso en la negociación política final.

En definitiva, este nuevo modelo desde el punto de vista de la equidad parece resultar injusto e insolidario pudiendo provocar en el futuro que las Comunidades perjudicadas exijan el mismo trato, los mismos recursos y las mismas competencias que aquellas que

han salido mejor paradas en dicho reparto lo cual hace pensar en que la polémica no disminuirá en el corto plazo.

Conclusiones

En principio, parece que el nuevo modelo para 1998-2001 manteniendo las líneas maestras del Acuerdo anterior fija un escenario más realista para el futuro ya que se introducen correcciones al criterio capitativo para algunos aspectos, como es el coste diferencial de la atención a desplazados o la financiación de los centros de docencia aunque no introduce variables como son el efecto del envejecimiento de la población y el diferencial de precios relativos (Argente y Alvarez, 1998).

Por tanto, el análisis muestra que el nuevo modelo pone el énfasis en las cuestiones de suficiencia, tanto en principios como en la propuesta práctica, con un probable efecto negativo sobre la equidad. Además, no introduce una mayor corresponsabilidad fiscal al no existir un traslado efectivo de riesgos a las Comunidades Autónomas, lo cual sugiere un fracaso del modelo para controlar el crecimiento del gasto sanitario público.

En definitiva, el nuevo modelo mejora la situación anterior aunque en cualquier caso el encontrar un sistema ideal de financiación sanitaria en nuestro país es una tarea tremendamente compleja ya que cualquier modelo que se proponga no será totalmente neutral.

Referencias

- Argente, M. y Alvarez, M.J. (1998): «El nuevo acuerdo de financiación autonómica de la sanidad». *Fulls Economics del Sistema Sanitari*, nº 31, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya.
- Congreso de los Diputados: *Acuerdo parlamentario de la Subcomisión de modernización del sistema sanitario*. Madrid, 30 de Septiembre de 1997.
- Consejo de Política Fiscal y Financiera: *Grupo de trabajo para la financiación de la sanidad: Financiación de los servicios de la sanidad en el periodo 1998-2001*. Madrid, 27 de Noviembre de 1997.
- Institut d'Estudis Autònoms (1992): *Seminario sobre la distribución entre las Comunidades Autónomas de los recursos públicos de la sanidad*. Barcelona.
- López i Casasnovas, G. y Casado, D. (1996): «La financiación de la sanidad pública española: Aspectos macroeconómicos e incidencia de la descentralización fiscal». *Presupuesto y gasto público*, nº 20, Instituto de Estudios Fiscales, Ministerio de Economía y Hacienda, Madrid.
- López i Casasnovas, G. (1997): «El futuro de la financiación sanitaria». *Fulls Economics del Sistema Sanitari*, nº 29, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya.
- López i Casasnovas, G. (1998): «Financiación y gasto sanitario público: Evolución reciente». *Colegio de Economistas de Madrid*, nº 77, Madrid.
- Monasterio, C. (coord.) (1998): *Seminario sobre financiación autonómica y sanitaria*. Fundación para el análisis y los estudios sociales, Madrid.
- Nieto, J., Cabases, J. y Carmona, G. (1993): «Equidad y eficiencia en la distribución interterritorial de los recursos financieros para la sanidad en España. Análisis teórico y empírico». *Hacienda Pública Española*, supl. I, Madrid.
- Papeles de Economía Española (1998): *Economía de la Salud. Perspectivas económicas de una necesidad social*. Nº 76, Madrid.
- Rico, A. (1996): Aspectos redistributivos de la financiación sanitaria regional. *II Simposio sobre igualdad y redistribución de la renta y la riqueza*. Fundación Argentaria, Madrid.