

## FINANCIACION DE LA SANIDAD AUTONOMICA: PROBLEMAS Y ALTERNATIVAS DE REFORMA

Antonio María SAEZ AGUADO  
Cesar ANTON BELTRAN  
José Antonio DE SANTIAGO-JUAREZ LOPEZ  
Consejería de Sanidad y Bienestar Social  
Junta de Castilla y León

### 1. INTRODUCCION

El Sistema Sanitario constituye en España, como en el resto de países desarrollados, un sector de gran importancia dentro de la actividad económica, estimándose en la actualidad próximo al 7% del P.I.B. Solamente el gasto reconocido del Insalud (componente fundamental del gasto sanitario público) supuso en 1991 el 4,1% del P.I.B. (1)

En las últimas décadas, la confluencia de distintos factores ha contribuido al crecimiento continuado de los gastos sanitarios: universalización de la asistencia, envejecimiento de la población, incremento en la intensidad de los tratamientos, incorporación de nuevas tecnologías etc... En los últimos años los países desarrollados están introduciendo reformas en sus sistemas de salud con un doble objetivo: moderar el incremento de los gastos de salud y mejorar la eficiencia de sus sistemas.

En España estas circunstancias coinciden en el tiempo con la construcción del Sistema Nacional de Salud (S.N.S.), definido en la Ley General de Sanidad (LEGSA) como "el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas". En la actualidad 7 Comunidades Autónomas han accedido a las competencias en materia de gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social. Los distintos criterios utilizados para la valoraciones de los servicios transferidos y el sistema de financiación utilizado ha generado problemas de enorme importancia. Para las Comunidades Autónomas el peso del subsistema de financiación de los servicios transferidos de la Seguridad Social es cada vez más importante: si en 1989 ya alcanzaba al que debiera ser componente más importante del sistema de financiación (la participación en los ingresos del Estado) en la actualidad constituye el primer componente de la financiación básica de las Comunidades Autónomas, representando para algunas más del 40% de su presupuesto (2,3,5) La financiación de la asistencia sanitaria condiciona, por tanto, no sólo el

desarrollo del propio sistema sanitario sino la totalidad de la financiación de las Comunidades Autónomas.

En este trabajo se procede a analizar los criterios de financiación de la asistencia sanitaria establecidos en la LEGSA, y las diferencias con los criterios de financiación territorial de la LOFCA; se analizan los procesos de transferencia realizados hasta la fecha y los problemas que han generado a las Comunidades Autónomas desde la perspectiva de la suficiencia, la equidad y la justicia distributiva. Finalmente se describen los recientes acuerdos para la reforma del sistema de financiación de la asistencia sanitaria y las posibles repercusiones para la Comunidad de Castilla y León proponiéndose algunos criterios para la distribución territorial de recursos sanitarios.

## 2. LA LEY GENERAL DE SANIDAD: UNA INTERPRETACION RESTRICTIVA DE LA LOFCA.

Las razones de la existencia de un mecanismo específico para la financiación de la asistencia sanitaria, diferente del sistema ordinario de la LOFCA para el resto de la financiación pública autonómica han sido estudiadas por distintos autores (2,3,4,5,6,7,8,9) El motivo fundamental es el mantenimiento de la aportación de la Seguridad Social y las consecuencias que de ello derivan: su gestión por la Tesorería General de la Seguridad Social y no por los mecanismos propios de la Hacienda Pública, principio de "caja única", carácter no cedible de las cuotas de Seguridad Social, etc... Debe señalarse que pese a su progresiva disminución, se mantiene en el Proyecto de Presupuestos para 1995 una aportación del Estado con carácter finalista a través de cotizaciones sociales que supone un 20% del presupuesto sanitario.

En el modelo LOFCA están presentes los principios de autonomía de gestión, suficiencia y equidad; el método del Consenso establecido ha ponderado distintas variables que incluyen la población, la superficie, el número de unidades administrativas, la insularidad, la dispersión de la población, la pobreza relativa y el esfuerzo fiscal. Por contra la Ley General de Sanidad establece en su art. 82 un único criterio capitativo: "En el caso de aquellas Comunidades Autónomas que tuvieran competencias para asumir las funciones de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, la financiación de estos servicios transferidos se realizará siguiendo el criterio de población protegida". Se establece, asimismo, un período transitorio para la adaptación del gasto efectivo al que corresponda según el criterio de población: "La desviación positiva o negativa,

entre el porcentaje del gasto sanitario en el momento inicial y el porcentaje de población protegida será anulada en el transcurso de diez años, al ritmo de un 10 por 100 anual".

Se trata pues de un sistema en el que no existe ninguna restricción inicial de suficiencia, que supone una distribución del gasto presupuestado y no de participación en los ingresos del Estado como en el resto de servicios transferidos.

Sin embargo, la realidad del sistema de financiación de los servicios transferidos no se ha adaptado al criterio único establecido en la LEGSA. La disparidad en su aplicación ha sido notable y puede decirse que se ha utilizado un criterio distinto para cada proceso de transferencia, como se observa en el cuadro adjunto.

CRITERIOS DE DISTRIBUCION DE RECURSOS ENTRE CC.AA.		
CRITERIO APLICABLE	COMUNIDAD AUTONOMA	AÑO
1. Población de derecho en el momento del traspaso, con un período transitorio de acercamiento desde el porcentaje de coste de los servicios.	Cataluña	1981
2. Porcentaje del coste de los servicios en el momento del traspaso, excepto para la inversión nueva en la que se aplica el porcentaje de población de derecho.	Andalucía	1984
3. Porcentaje de coste de los servicios en el momento del traspaso.	Valencia	1987
4. Índice de aportación del cupo y de la aportación.	País Vasco Navarra	1987 1990
5. Población protegida en el momento del traspaso, con un período de acercamiento desde el porcentaje de coste de los servicios.	Galicia	1991
6. Porcentaje de coste de los servicios.	Canarias	1994

### 3. PROBLEMAS DEL ACTUAL SISTEMA DE FINANCIACION.

El criterio establecido en la LEGSA y la disparidad en su aplicación ha generado numerosos problemas que se comentan a continuación (muchos de ellos han sido señalados por el propio Consejo de Política Fiscal y Financiera y el Ministerio de Economía y Hacienda (18)).

1º. No satisface el criterio de equidad contenido en la propia Ley General de Sanidad. Debe recordarse que entre los principios del Sistema Nacional de Salud se establece en su art. 3º que "el acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva". "La política de Salud estará orientada a la superación de los equilibrios territoriales y sociales". Asimismo en su art. 12 se orienta la política de financiación: "los poderes públicos orientarán sus políticas de gasto sanitario en orden a corregir desigualdades sanitarias y garantizar la igualdad de acceso a todos los servicios sanitarios públicos en todo el territorio español, según lo dispuesto en los arts. 9º.2 y 158.1 de la Constitución". Se produce, por tanto, una contradicción entre los principios de equidad e igualdad en el acceso y el criterio de financiación (población protegida) que no hace posible la consideración de situaciones de desigualdad sanitaria.

2º. Carácter asimétrico en la determinación de las dotaciones financieras. El referente del gasto total es el gestionado directamente por el Insalud (no transferido). En la actualidad representa el 38,42% del gasto total y sus peculiaridades no son extrapolables al conjunto del Sistema.

3º. Presupuestación inducida, que hurta a los Gobiernos y parlamentos autónomos capacidad de decisión. Ya se ha señalado que el Sistema de financiación de la sanidad distribuye el gasto previamente determinado por la Administración Central.

4º. Insuficiencia presupuestaria. Sin entrar en la discusión acerca de cuál es el nivel del gasto sanitario adecuado para nuestro país, diversos autores (2,3,4,5,6,8,9,10) señalan este problema de la insuficiencia presupuestaria como uno de los fundamentales en nuestro sistema de financiación. En los últimos años las desviaciones presupuestarias se sitúan en una media cercana al 10% respecto al presupuesto inicial. Uno de los problemas que esta situación plantea es que el cálculo de las desviaciones se realiza según la ejecución del presupuesto del Insalud no

transferido y las Comunidades reciben su parte con meses o años de demora. La "premeditada" insuficiencia presupuestaría estimula, por otra parte, la ineficiencia de los gestores sanitarios que perciben que su presupuesto es, insuficiente y se incrementará en función de su desviación al alza.

5º. Finalmente debe señalarse que el actual sistema de financiación se ha mostrado fácilmente influenciado por la capacidad de negociación política de las Comunidades Autónomas en el momento de acceder a sus competencias. Se ha señalado (3) la aplicación de criterios ventajosos para las primeras Comunidades que accedieron a sus competencias sanitarias (Cataluña, Andalucía) o las ventajas del País Vasco y Navarra de carácter financiero y patrimonial. El problema es que en un sistema de suma cero, estas decisiones suponen que alguna parte pierde: en la actualidad, el propio Insalud Gestión-directa y en el futuro las Comunidades que aún no han accedido a sus competencias en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

#### 4. PROPUESTA PARA EL ESTABLECIMIENTO DE UN NUEVO SISTEMA DE FINANCIACION.

Con la aprobación en 1986 de la Ley General de Sanidad se modificó sustancialmente la situación de nuestro sistema sanitario, iniciándose la construcción del Sistema Nacional de Salud sustentado en los principios de universalización, descentralización y solidaridad interterritorial; sin embargo se desaprovechó la oportunidad de unificar las fuentes diversas de financiación sanitaria.

Como se ha señalado, mantener, siquiera parcialmente, la financiación del S.N.S. en función de cotizaciones sociales introduce distorsiones, e incentivos perversos, en la construcción de nuestro S.N.S. La financiación de la asistencia sanitaria a partir de los Presupuestos Generales (eliminando la aportación de cotizaciones sociales) permitiría resolver una parte importante de los problemas señalados. Bien es cierto que, al tiempo, supondría incrementar la capacidad de actuación de las Comunidades Autónomas, actualmente constreñidas al ejercicio de sus competencias de "gestión del régimen económico de la Seguridad Social".

Estas medidas, además de adaptarse de forma más racional a los requerimientos de un modelo sanitario del tipo de los Sistema Nacionales de Salud, facilitarían la aplicación de los criterios de la LOFCA, más sensibles a la equidad y la solidaridad interterritorial que el estricto criterio de

población protegida establecido en la LEGSA.

Numerosos autores (2,6,8,9,10,11,12) han estudiado distintos criterios para la distribución territorial de los recursos sanitarios; experiencias de otros países nos permiten valorar su factibilidad y sus repercusiones en la equidad interterritorial(3). Algunos de estos estudios (10,13) proponen separar la asignación de recursos que permitan la financiación de los servicios transferidos (situándose en la perspectiva de la suficiencia presupuestaría) de la de otros objetivos de reequilibrio territorial (fundamentados en la equidad).

Desde la Comunidad Autónoma de Castilla y León se vienen proponiendo algunos criterios para la modificación del actual sistema de financiación: el establecimiento de fórmulas de participación de las distintas Comunidades Autónomas sobre la base del criterio de población protegida, corregido en función de la estructura de la población por edades y la dispersión. Distintas evidencias empíricas (8,11,12,14,15,16) sustentan esta propuesta, que combina criterios de equidad y de coste efectivo de servicios.

El reciente acuerdo establecido con las Comunidades con trasferencias sanitarias "Bases para la reforma del sistema de financiación de la asistencia sanitaria proporcionada a través del presupuesto del Insalud" (17) pretende superar las disfuncionalidades del actual sistema. Sin embargo, y a la espera de un análisis más detenido de su reflejo presupuestario, no resuelve buena parte de los problemas existentes (19):

- Mantiene, aunque reducida a un 20% del presupuesto global, la aportación de las cotizaciones sociales.

- Pretende la suficiencia presupuestaría; sin embargo, la base del cálculo para el período 94 - 97 se determina a partir del gasto efectivo del Insalud para 1993. Al no considerarse las desviaciones del ejercicio 1994 (con un presupuesto inicial similar al del gasto efectivo de 1993) no cabe plantearse la suficiencia presupuestaría del sistema. Además, una parte de las consignaciones presupuestarias previstas para 1995 y 1996 se destinarán a sanear las deudas generadas en ejercicios anteriores.

- La distribución de recursos a cada una de las Comunidades y al propio Insalud Gestión transferida se efectuará atendiendo al estricto criterio de población protegida. Tampoco parece que este acuerdo satisfaga criterios de equidad y solidaridad interterritorial.

Algunos indicios permiten valorar de forma más adecuada las implicaciones de este Acuerdo. A partir de los escasos datos disponibles (18) se deducen algunas modificaciones en el actual sistema de financiación sanitario:

- La aportación de la Seguridad Social descenderá del 27,28% en 1994 al 20,80% en 1995, incrementándose paralelamente las aportaciones del Estado.

- El presupuesto inicial previsto en el Proyecto de Presupuestos para 1995 es de 3.224.068 millones de pesetas lo que representa un incremento del 13,96% respecto al presupuesto inicial del ejercicio de 1994.

- El incremento del Insalud transferido es del 15,17% mientras que el correspondiente al Insalud Gestión directa es del 12,16%.

- En el nuevo escenario 94-97 se incrementa anualmente el coeficiente de participación del Insalud transferido, y disminuye el del Insalud Gestión directa (para 1995 61,29 y 38,70 respectivamente).

- El % de incremento de todas las Comunidades transferidas es variable pero superior en todos los casos al del Insalud Gestión directa.

Probablemente en la actual situación política y parlamentaria, mantener el criterio capitativo para la financiación sanitaria "es posiblemente hoy poco realista, posterga la solución efectiva de los problemas de la financiación autonómica de la sanidad e incentiva a "sacar ventaja" del embrollo presupuestario existente". Parece que los presupuestos de 1995 confirmarán esta impresión.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

(1) MONTERO HITTA, F. "Convergencia europea y financiación del gasto sanitario". Presupuestos y Gasto Público, Nº 10. 1993

(2) SANFRUTOS VELAZQUEZ, N. "La financiación de los servicios regionales de salud. Problemas y posibles soluciones". Gaceta Sanitaria, n. 26, Vol. 5, 1991, 219-224.

(3) GOMEZ SALA, S. Y OTROS, "Algunas consideraciones sobre la financiación autonómica de la sanidad". Papeles de Economía Española, Nº 48, 1991, 245-253.

(4) CORONA RAMON, J.F., "La financiación de la sanidad autonómica. Alternativas de reforma". Presupuesto y Gasto Público, Nº 7, 1992, 19-35

- (5) ARGENTE I GIRALT, M., "Algunas reflexiones entorno a la financiación de la sanidad". Fulls Econòmics del Sistema Sanitari, N<sup>o</sup> 10, 1991.
- (6) NIETO VAZQUEZ, J. Y OTROS, "Equidad y eficiencia en la distribución territorial de recursos financieros para la sanidad en España. Análisis teórico y empírico". Hacienda pública Española, 1/1993, 109-125.
- (7) JIMENEZ-REYNA RODRIGUEZ, E. Y OTROS, "La reforma de la financiación autonómica". Papeles de Economía Española, N<sup>o</sup> 52/53, 1992, 215-223.
- (8) COLL CUOTA, P., "Demografía y gasto sanitario: el criterio de financiación de la L.G.S.". En "Salud y Equidad", VIII Jornadas de Economía de la Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.
- (9) COSTAS I TERRONES, J.C., "Equidad territorial en España. Condicionantes económicos e institucionales". En "Salud y Equidad". VIII Jornadas en Economía de la Salud. Ministerios de Sanidad y Consumo, 1990.
- (10) LOPEZ I CASASNOVAS, G., "Reflexiones acerca de los problemas de equidad y suficiencia en la distribución de los recursos sanitarios: algunas consideraciones para la reforma de la financiación autonómica de la sanidad". Hacienda Pública Española, 4/1992, 97-106.
- (11) ORTUN RUBIO, V., "Criterios para la distribución de recursos sanitarios en España". Papeles de Gestión Sanitaria, N<sup>o</sup> 2, 1987, 2-29.
- (12) LOPEZ I CASASNOVAS, G. Y OTROS, "Distribución equitativa de recursos y ajuste por variaciones geográficas en el coste de los servicios públicos: El caso de los servicios sanitarios". Economía Pública, Vol. 3, N<sup>o</sup> 2, 1989, 53-65.
- (13) COMISION DE ANALISIS Y EVALUACION DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, "Informe y recomendaciones". 1991.
- (14) BAREA TEJEIRO, J. Y OTROS, "Análisis económico de los gastos públicos en sanidad y previsión de los recursos necesarios a medio plazo". Instituto de Estudios Fiscales, Madrid, 1992.
- (15) BOSCH, A. Y OTRO, "Las necesidades de gastos de las Comunidades Autónomas". En "Cinco estudios sobre la financiación autonómica". Instituto de Estudios Fiscales. Madrid, 1988.



(5) ARGENTE I GIRALT, M., "Algunas reflexiones entorno a la financiación de la sanidad". Fulls Econòmics del Sistema Sanitari, Nº 10, 1991.

(6) NIETO VAZQUEZ, J. Y OTROS, "Equidad y eficiencia en la distribución territorial de recursos financieros para la sanidad en España. Análisis teórico y empírico". Hacienda pública Española, 1/1993, 109-125.

(7) JIMENEZ-REYNA RODRIGUEZ, E. Y OTROS, "La reforma de la financiación autonómica". Papeles de Economía Española, Nº 52/53, 1992, 215-223.

(8) COLL CUOTA, P., "Demografía y gasto sanitario: el criterio de financiación de la L.G.S.". En "Salud y Equidad", VIII Jornadas de Economía de la Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.

(9) COSTAS I TERRONES, J.C., "Equidad territorial en España. Condicionantes económicos e institucionales". En "Salud y Equidad". VIII Jornadas en Economía de la Salud. Ministerios de Sanidad y Consumo, 1990.

(10) LOPEZ I CASASNOVAS, G., "Reflexiones acerca de los problemas de equidad y suficiencia en la distribución de los recursos sanitarios: algunas consideraciones para la reforma de la financiación autonómica de la sanidad". Hacienda Pública Española, 4/1992, 97-106.

(11) ORTUN RUBIO, V., "Criterios para la distribución de recursos sanitarios en España". Papeles de Gestión Sanitaria, Nº 2, 1987, 2-29.

(12) LOPEZ I CASASNOVAS, G. Y OTROS, "Distribución equitativa de recursos y ajuste por variaciones geográficas en el coste de los servicios públicos: El caso de los servicios sanitarios". Economía Pública, Vol. 3, Nº 2, 1989, 53-65.

(13) COMISION DE ANALISIS Y EVALUACION DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, "Informe y recomendaciones". 1991.

(14) BAREA TEJEIRO, J. Y OTROS, "Análisis económico de los gastos públicos en sanidad y previsión de los recursos necesarios a medio plazo". Instituto de Estudios Fiscales, Madrid, 1992.

(15) BOSCH, A. Y OTRO, "Las necesidades de gastos de las Comunidades Autónomas". En "Cinco estudios sobre la financiación autonómica". Instituto de Estudios Fiscales. Madrid, 1988.