

LA FINANCIACIÓN SANITARIA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DESCENTRALIZADO

*Juan M. Cabasés
Departamento de Economía
Universidad Pública de Navarra*

Sumario:

0. Introducción
1. El estado actual de la financiación sanitaria autonómica
2. Las opciones de financiación sanitaria autonómica.
 - 2.1. La integración de la sanidad en el modelo LO-FCA
 - 2.2. El mantenimiento separado de la sanidad en la financiación.
3. La capitación ajustada
4. El nuevo modelo de financiación sanitaria
 - 4.1. Las características del nuevo sistema de financiación sanitaria
 - 4.1.1. Los principios del nuevo sistema de financiación
 - 4.1.2. Las líneas básicas del nuevo sistema
 - 4.1.3. ¿Cómo se establece la financiación del nuevo sistema?
 - 4.2. Otros aspectos del nuevo sistema de financiación sanitaria
 - 4.2.1. Asignaciones de nivelación
 - 4.2.2. Modificaciones de la Ley General de Sanidad y obligaciones presupuestarias de las CCAA
 - 4.2.3. Naturaleza de la prestación sanitaria objeto del nuevo sistema
5. Valoración del nuevo sistema de financiación sanitaria
6. Temas para debate
7. Referencias

Introducción

La financiación sanitaria en España se encuentra en un momento de cambio. Con el año 2001 finaliza el acuerdo de financiación sanitaria vigente aprobado en el seno del Consejo de Política Fiscal y Financiera (CPFF) en 1997 y entra en vigor el nuevo acuerdo de financiación autonómica aprobado por el CPFF el 27 de Julio de 2001, en el que se inserta por vez primera la financiación sanitaria en la financiación general, aunque con sus particularidades.

Además, se ha iniciado la fase final del proceso de transferencias de los servicios sanitarios del Insalud a las Comunidades Autónomas que se inició en 1981, estando prevista la transferencia generalizada a lo largo de 2002. Con las transferencias, cambiará también el papel del Ministerio de Sanidad y Consumo, que deja de tener la responsabilidad de la gestión de los servicios del Insalud, para concentrarse en el papel de regulador del sistema, a la luz de los objetivos de equidad de la Ley General de Sanidad. Ello obligará a reforzar los mecanismos de coordinación general del sistema.

La desaparición del Insalud como referente de las necesidades de financiación obliga a mejorar el sistema de información sanitaria y los canales de transmisión de la política de salud hacia las CCAA. La aprobación de nuevas prestaciones del Sistema Nacional de Salud, que deben ser financiadas adicionalmente a las ya existentes, siguiendo el procedimiento legislativo habitual según se establece en el decreto de ordenación de Prestaciones de 1995, es competencia del gobierno central.

En este trabajo se realizan algunas reflexiones en torno al cambio que se ha de producir como consecuencia del nuevo acuerdo de financiación autonómica. Se revisa la situación de partida de la financiación sanitaria, se

analizan las razones que se esgrimían en defensa de las dos alternativas en liza, integración en el sistema general *versus* financiación separada, y se presenta el nuevo sistema de financiación, en cuanto concierne a la sanidad. Al final, se hacen una valoración del nuevo sistema, planteando algunas cuestiones para el debate.

1.- El estado actual de la financiación sanitaria autonómica

El acuerdo vigente desde 1998 vino a consolidar los criterios establecidos para el cuatrienio anterior, que establecían un referente de crecimiento al presupuesto sanitario público, el incremento cada año del PIB nominal, y un criterio de distribución a las CCAA con Insalud transferido, la población protegida no ajustada como base del reparto. En el acuerdo se incorporó, además, un segundo fondo que, aunque reducido en su cuantía, afectaba directamente a los criterios anteriores, al permitir crecimientos presupuestarios superiores al de referencia y alejarse del criterio capitativo puro al impedir que las CCAA con descensos relativos de la población ajustasen su presupuesto a su nueva población protegida, lo que se denominó ajuste por modulación financiera. Este fondo incluía también asignaciones adicionales para algunas CCAA en función de la formación de especialistas y los desplazamientos de pacientes. Los cálculos para la estimación de estas asignaciones distaban mucho de ser objetivas. Sin embargo, fue probablemente la existencia de este segundo fondo lo que permitió lograr el consenso deseado que dio lugar al acuerdo.

El acuerdo citado no ha conseguido el pretendido control del crecimiento del gasto sanitario público, siendo en todos los años del período el crecimiento del gasto mayor al del PIB. Esto ilustra la tendencia inequívoca del

¹ Las reflexiones que aquí se presentan responden a trabajos en curso desarrollados en el marco del proyecto 2FD1997-1443-C04-01, financiado por la Unión Europea a través de fondos "FEDER", en el que colaboran: el Departamento de Economía Aplicada de la Universidad de Granada (Jiménez Aguilera, Juan de D.; Sánchez Campillo, José; Martín Martín, José J.); el Departamento de Economía de la Universidad Pública de Navarra (Cabasés Hita, Juan (coordinador); Galilea Salvatierra, Pedro J.; Gil Canaleta, Carlos A.; Lera López, Fernando; Pascual Arzo, Pedro); el Departamento de Economía Aplicada (Hacienda Pública) de la Universidad de Málaga (Sánchez Maldonado, José; Gómez Sala, Jesús S.; Ordóñez de Haro, M^a Carmen); el Departamento de Economía Aplicada (Matemáticas) de la Universidad de Málaga (Caballero Fernández, Rafael; Gómez Núñez, Trinidad; Ruiz de la Rúa, Francisco) y la Escuela Andaluza de Salud Pública. El objetivo es profundizar en el estudio de la financiación autonómica de la sanidad en España, así como ayudar a resolver algunos de sus problemas pendientes mediante la construcción de herramientas de decisión que se basan en técnicas matemáticas de programación multicriterio.

gasto sanitario público a crecer por encima del crédito autorizado, aunque en España se mantenga en cifras razonables si se compara con otros países de nuestro entorno. Además, los responsables sanitarios hablan de que ya se han generado déficits en el período, lo que requerirá probablemente una nueva operación de saneamiento financiero como las realizadas con ocasión de los acuerdos anteriores.

En estas condiciones, garantizar un presupuesto sanitario suficiente se convierte en una exigencia para los responsables públicos. Ello supone contemplar el coste del proceso de transferencias pendientes que, dependiendo de las diferentes hipótesis respecto a los criterios de asignación presupuestaria a realizar en la situación de culminación del proceso, oscilará entre unas necesidades financieras adicionales de 47 mil millones de pts (población protegida, nadie pierde) y 318 mil millones de pts (población de derecho, todas las CCAA se ajustan siguiendo a la Comunidad con mayor presupuesto capitativo), lo que obligará a un crecimiento del presupuesto sanitario durante los próximos años, en la hipótesis más extrema, de un 1.5% por encima del PIB previsto en el plan de estabilización presupuestaria (Montero et al.2001).

2.- Las opciones de financiación sanitaria autonómica

Con respecto a las alternativas abiertas a la hora de revisar el acuerdo en vigor, dos son las que se fueron barajando: La integración en el mecanismo de financiación general autonómica, es decir, en el marco de la LOFCA, una vez incorporada una mayor corresponsabilidad fiscal, opción preferida por los responsables económicos del gobierno central, que, al final, es la que se adoptó, o el mantenimiento de una financiación específica para la sanidad. Cada una de ellas muestra ventajas y desventajas y a ellas nos referimos a continuación utilizando, en su caso, la experiencia comparada.

2. 1.- La integración de la sanidad en el modelo LOFCA

La desaparición desde el año 2000 de las cotizaciones sociales como fuente de financiación de la sanidad, que ha pasado a financiarse fundamentalmente mediante impuestos, es la razón que más se aduce para proponer su incorporación al modelo LOFCA. No parece haber justificación para recibir un trato separado del resto de los servicios públicos. Además, la nueva financiación general autonómica venía introduciendo la corresponsabilidad fiscal, reduciendo parcialmente la asimetría de responsa-

bilidad que hacía responsables a las CCAA del gasto pero no de los ingresos.

Este nuevo marco, que ha quedado mucho más reforzado en el nuevo modelo a aplicar a partir del 2002, supone un traslado de riesgos a las CCAA mayor, lo que significa una mayor conciencia del coste por parte de los responsables sanitarios, algo saludable desde la perspectiva financiera para la sanidad.

Por otra parte, para avanzar en la corresponsabilidad fiscal mediante la cesión de nuevos tramos del IRPF y de otros impuestos indirectos, como el IVA, y los impuestos especiales, el camino finalmente escogido, es necesaria una capacidad de gasto amplia por parte de las CCAA. Ello obliga a incorporar la sanidad entre los servicios a financiar con esos nuevos ingresos. En otro caso, algunas CCAA se verían obligadas a devolver las cantidades generadas en el nuevo modelo. La transferencia sanitaria y su financiación vía LOFCA se convierten así en una exigencia del nuevo modelo de financiación autonómica.

Una ventaja de la integración es que permite un tratamiento conjunto de todas las necesidades de servicios públicos de las CCAA a la hora de proponer los ajustes a incorporar a la población para contemplar las diferencias en las necesidades relativas entre comunidades. Estudios recientes (López Casanovas 1999) muestran cómo las necesidades adicionales sanitarias por envejecimiento en algunas CCAA podrían compensarse con las mayores necesidades para educación por parte de otras CCAA con mayor número de jóvenes.

También cabría considerar argumentos extraeconómicos de gran relevancia, como el de la mayor autonomía y capacidad de decisión que resulta del nuevo modelo LOFCA, consistente con la idea constitucional de descentralización que inspira la estructura administrativa española.

2.2 El mantenimiento separado de la sanidad en la financiación

Contra estos argumentos, desde los ámbitos sanitarios se vive como una amenaza esta integración. Se arguyen razones de suficiencia y de equidad. La transferencia sanitaria introduce incertidumbre en los responsables sanitarios autonómicos, que nunca han tenido la responsabilidad de gestionar el presupuesto del Insalud en sus respectivas comunidades. Desconocen las verdaderas necesidades presupuestarias para hacer frente a las necesidades sanitarias de su población. Su única referencia es el denominado coste efectivo, es decir, el gasto actual del

Insalud en su comunidad. En estas condiciones, es muy arriesgado entrar en un modelo cuya única referencia de gasto total es la del año anterior al de su puesta en práctica, y éste ya no servirá de referencia para guiar el crecimiento de futuros presupuestos.

A este argumento de suficiencia se une el temor a que se abra una brecha en equidad, al generarse previsiblemente desigualdades de acceso indeseables entre CCAA. El escaso impacto del decreto vigente sobre ordenación de prestaciones, cuya redacción hace difícil interpretar lo que se considera como paquete asistencial básico a recibir por todos los ciudadanos, algo que, sin embargo, contribuiría a definir las necesidades de gasto en esta materia. Según el mismo, las nuevas prestaciones deben ser reguladas por ley y financiarse adicionalmente siguiendo el proceso presupuestario habitual de aprobación parlamentaria. Esto requeriría dotaciones presupuestarias específicas para las mismas a contemplar en los presupuestos generales. Esta competencia corresponde a la Administración Central, si bien en el supuesto de integración en la LOFCA la carga financiera la soportarían las CCAA.

Además, la sanidad pública es materia perteneciente al régimen económico de la Seguridad Social, que es la encargada de su gestión y titular de su patrimonio, y a través de la cual todavía se adquiere el título de beneficiario del sistema. Este argumento, como veremos más adelante, pasa a ser crucial en el nuevo modelo recientemente aprobado.

No es de extrañar, por tanto, que los responsables sanitarios de las CCAA y del Ministerio de Sanidad y Consumo se mostrasen favorables a la separación de la financiación sanitaria, es decir, a una financiación condicionada, que diera coherencia al Sistema Nacional de Salud desde los postulados de la Ley General de Sanidad de garantizar el acceso a todos los ciudadanos a la asistencia sanitaria pública en condiciones de igualdad efectiva, corrigiendo los desequilibrios territoriales y sociales.

3.- La capitación ajustada

En cualquier sistema de financiación se hace inevitable la necesidad de estimar los requerimientos financieros de las CCAA para hacer frente a la cobertura asistencial. A esto se denomina capitación, es decir, la financiación sanitaria que debe asignarse a cada persona de la región, en función de las características diferenciales que presente en cuanto a necesidad de servicios sanitarios y, en consecuencia, de fondos para hacer frente a las mismas por parte del responsable de garantizarle los servi-

cios sanitarios, durante un período, sujeta a las restricciones presupuestarias.

Para contemplar las diferencias en la necesidad sanitaria de las personas habría que introducir ajustes a la cifra de población, es decir, a modo de una prima aseguradora, en función del riesgo, que cubra con suficiencia las necesidades de todos los ciudadanos de la región, atendiendo al criterio de equidad señalado en la legislación, lo que se denomina capitación ajustada por riesgo. La suficiencia exige unos recursos financieros capaces de hacer frente a las necesidades financieras, algo complicado de estimar en el sector sanitario público, cuya capacidad de controlar el gasto es limitada.

Pero, además, es difícil establecer un consenso sobre las variables de necesidad que habría que considerar, dado el impacto diferente que cada una alcanza sobre las dotaciones a asignar a cada Comunidad Autónoma. No todas ellas gozan de la misma legitimidad. En principio, sólo deberían utilizarse aquéllas que representan influencias materiales demostrables sobre la necesidad de consumir los servicios considerados. Aquellas otras debidas a la influencia de la oferta existente no deberían ser consideradas.

El análisis comparado muestra la utilización de variables de ajuste que explican el gasto actual de manera estadísticamente significativa, es decir, la necesidad sanitaria satisfecha con la oferta existente, dejando fuera la insatisfecha. Frente a las variables socioeconómicas más comunes, como la edad y el género, que explican escasamente las variaciones en el gasto, otras como la utilización sanitaria en los períodos anteriores, ingresos hospitalarios recientes, estado de salud –diagnosticado y percibido–, parecen explicar mucho mejor las diferencias en el gasto y, consiguientemente, en las necesidades financieras para hacerle frente. Pero la información sobre estas variables más precisas suele ser mucho peor.

La opción en España por no utilizar variables de ponderación y establecer la asignación en base al criterio de la población protegida, establecida en la Ley General de Sanidad y corroborada en los acuerdos de financiación sanitaria de 1993 y 1997, contrasta con las fórmulas utilizadas en los demás países de nuestro entorno donde la edad, por ejemplo, es utilizada prácticamente en todos. Como se ha comentado anteriormente, ni siquiera el criterio de la población protegida está siendo aplicado, pese a ser el criterio explícitamente adoptado, en aras de lograr un acuerdo.

Ahora bien, no debe olvidarse la importancia del divisor en el análisis de las fórmulas de asignación. Es

diferente el reparto al nivel de CCAA que a niveles más descentralizados. En Canadá, por ejemplo, país que combina la descentralización financiera con transferencias desde el centro, las transferencias que realiza el gobierno central a las provincias y territorios se establecen según el criterio capitativo, encontrándose las fórmulas de ajuste por riesgo a niveles intraprovinciales.

4.- El nuevo modelo de financiación sanitaria

Por acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera (CPFF) de 27 de Julio de 2001 se ha aprobado por unanimidad de sus miembros un nuevo acuerdo de financiación autonómica que integra todos los servicios públicos descentralizables en el mismo modelo. La opción de integración de la asistencia sanitaria en el modelo general es, por tanto, la elegida. La integración, sin embargo, no conlleva la pérdida de visibilidad de los presupuestos sanitarios, cuyas necesidades se estiman con variables diferentes a las de los servicios comunes y los servicios sociales. El nuevo modelo introduce cambios notables en la corresponsabilidad fiscal, que amplía la lista de tributos estatales susceptibles de cesión a las Comunidades Autónomas, así como la capacidad normativa de las mismas respecto a ellos, con relación a la existente en el modelo aún vigente, para adecuar los recursos necesarios para hacer frente a la financiación de los servicios transferidos a la nueva situación postransferencial.

Caracterizaremos el nuevo modelo para, a continuación, hacer una valoración inicial del mismo.

4.1 Las características del nuevo modelo de financiación autonómica

La vocación de estabilidad del nuevo modelo se manifiesta en los dos proyectos de ley en que se concreta², de reforma de la LOFCA y regulación del sistema de financiación aprobado en el CPFF.

² El proyecto de Ley Orgánica de Modificación de la Ley Orgánica 8/1980, de 22 de Septiembre, de Financiación de las Comunidades Autónomas (LOFCA) y el proyecto de Ley 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, que incorpora en su articulado modificaciones de la Ley General de Sanidad y del Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social son las referencias básicas de los cambios que introduce el nuevo modelo de financiación autonómica.

4.1.1 Los principios del nuevo sistema de financiación.

Los principios que fundamentan el nuevo modelo son: *generalidad, estabilidad, suficiencia, autonomía, solidaridad, coordinación, participación en la Agencia Estatal de Administración Tributaria y participación en los Tribunales Económico-Administrativos.*

El *principio de generalidad* se refiere a la integración de todos los servicios susceptibles de traspaso, es decir, los servicios comunes, la asistencia sanitaria de la Seguridad Social y los servicios sociales de la Seguridad Social, así como a la aplicación general del modelo a todas las CCAA (sin perjuicio de lo dispuesto en los regímenes forales). No hay que olvidar que el modelo de 1997 no concitó el consenso unánime y 3 CCAA no aceptaron participar en el mismo³.

El *principio de suficiencia* hace referencia a la cobertura de las necesidades financieras para hacer frente a las responsabilidades de las CCAA, suficiencia tanto estática, es decir, en el momento inicial de aplicación del modelo en el año base, como dinámica, en su evolución temporal. La suficiencia estática se concreta en el cálculo de las necesidades financieras de cada CA para cada uno de los bloques de competencias, servicios comunes, asistencia sanitaria y servicios sociales, con formas de determinación específicas para cada uno, y el de los recursos financieros para satisfacerlas, de manera que quede garantizado que la financiación de las distintas CCAA permite dar cobertura, en términos equivalentes a la financiación de los distintos servicios.

Los recursos financieros del sistema son de dos tipos, los tributos cedidos⁴, que se amplían notablemente con relación a la etapa anterior, y el Fondo de Suficiencia, que es la variable de cierre del sistema, cuya finalidad es cubrir la diferencia

entre los recursos tributarios del sistema producidos en las distintas CCAA y sus necesidades de financiación, para hacer efectiva la garantía de suficiencia antes mencionada de prestación equivalente de todos los servicios en todas las CCAA, con independencia de su capacidad de obtención de recursos tributarios. Fuera del sistema, dos fondos adicionales completan el cuadro de los recursos: el Fondo de Compensación Interterritorial y las asignaciones de nivelación a las que nos referiremos más adelante.

Con respecto a la suficiencia dinámica en lo que atañe a la sanidad, se establece la vinculación de todos los recursos del sistema a la financiación de los servicios sanitarios, en el importe que resulte de aplicar al valor en el año base de la financiación de estos servicios, el índice de crecimiento del ITE⁵ en cada año. Además, la revisión temporal del Fondo de Suficiencia procederá cuando se produzcan traspasos de nuevos servicios, ampliaciones o revisiones de valoraciones de traspasos anteriores.

El *principio de autonomía* significa que se amplían las potestades de decisión de las CCAA en materia fiscal.

El *principio de solidaridad* garantiza que las CCAA pueden prestar sus servicios en condiciones equivalentes, con independencia de su capacidad de obtención de recursos, mediante los mecanismos de suficiencia mencionados.

Por el *principio de coordinación* se establecen los mecanismos de atribución de rendimientos de los diferentes tributos y de colaboración entre las diferentes Administraciones para el correcto funcionamiento del sistema.

Los *principios de participación* en la Agencia Estatal de Administración Tributaria y en los Tribunales Económico-Administrativos introducen la colaboración de las CCAA con la Administración Central en la gestión del sistema.

³ Andalucía, Castilla-La Mancha y Extremadura

⁴ Recaudación de tributos cedidos sobre el Patrimonio, Transmisiones Patrimoniales y AJD., Sucesiones y Donaciones, y sobre el Juego, y Tasas afectas por servicios transferidos; tarifa autonómica del IRPF; cesión del 35% de la recaudación líquida por IVA; 40% de la recaudación líquida del impuesto sobre la cerveza, de los impuestos sobre Productos Intermedios, sobre alcohol y bebidas derivadas, Hidrocarburos, labores del tabaco; cesión del 100% de la recaudación líquida por el impuesto sobre Electricidad, el impuesto Especial sobre Determinados Medios de Transporte; Impuesto sobre el vino y bebidas fermentadas.

⁵ El ITE se define como la recaudación estatal, excluida la susceptible de cesión, por IRPF, IVA, y los impuestos especiales de fabricación sobre la cerveza, sobre el vino y bebidas fermentadas, sobre productos intermedios, sobre alcoholes y bebidas derivadas, sobre hidrocarburos y sobre labores del tabaco

4.1.2 Las líneas básicas del nuevo sistema

El nuevo sistema tiene como líneas básicas las siguientes:

1. Toma como año base el ejercicio de 1999
2. Integra la actual financiación de competencias comunes, así como las correspondientes a la gestión de los servicios sanitarios de la Seguridad Social de servicios sociales de la Seguridad Social.
3. Se establece la financiación del año base correspondiente a los tres bloques de servicios, que se toma como punto de partida o restricción inicial del sistema.
4. Se estiman las necesidades totales de financiación, en términos de homogeneidad competencial, mediante la aplicación de las variables sociodemográficas y distributivas, y de las ponderaciones y modulaciones financieras que se establecen. Un resultado de esta estimación es que todas las CCAA ven aumentados sus recursos para la financiación de los servicios asumidos o susceptibles de asumir.
5. La necesidad de financiación en el año base es el resultado de la adición a la asignación señalada en el punto anterior, del valor de los servicios asumidos por las CCAA, que se han descontado a efectos del cálculo de la financiación homogénea.
6. Se establecen los recursos que servirán para financiar las necesidades estimadas, que son de dos tipos, dentro y fuera del sistema. Los recursos dentro del sistema son: las tasas afectas a los servicios traspasados, los impuestos que ya habían sido cedidos anteriormente, los impuestos cedidos en este acuerdo, y el Fondo de Suficiencia, que viene a sustituir a la Participación de Ingresos del Estado (PIE) y que sirve de mecanismo de cierre del sistema. Fuera del sistema se encuentran el Fondo de Compensación Interterritorial, que añade un nuevo elemento a su composición al permitir dotar fondos para gastos corrientes que generen las inversiones del propio FCI y las asignaciones de nivelación, creadas para corregir situaciones especiales que puedan desequilibrar la prestación de servicios públicos fundamentales a un nivel adecuado.

En las líneas básicas se incluyen, además, dos de aplicación específica a la sanidad: el principio de afectación y la constitución de un fondo específico.

Principio de afectación: “De todo el conjunto de recursos que reciben la CCAA estarán obligadas a dotar a sanidad, como mínimo, la cantidad que resulte de la aplicación de los índices de necesidad e incrementarla cada año en una cuantía igual a la que se incrementen los Ingresos Tributarios del Estado (ITE)”.

Fondo específico para sanidad: “Se establece una reserva para el cumplimiento de ciertos fines. La necesidad de implantar o implementar determinadas políticas que coadyuven a lograr una mayor eficiencia en el gasto sanitario exige que una pequeña parte del total de la financiación del mismo sea gestionada directamente desde la Administración General del Estado”.

4.1.3 ¿Cómo se establece la financiación sanitaria en el nuevo sistema?

El sistema de financiación parte del cálculo de la restricción inicial en el año base (1999), que es la suma de las restricciones iniciales de los tres bloques competenciales. Se calculan, a continuación las necesidades homogéneas (a igual nivel competencial) de financiación de cada Comunidad Autónoma en el año base según los criterios acordados para cada bloque. Se estiman los recursos financieros del sistema en el año a base según la nueva estructura tributaria propuesta para las CCAA y los fondos complementarios que se acuerdan. Por último, se establecen los mecanismos de evolución temporal del sistema de financiación (suficiencia dinámica).

Aunque el sistema de financiación acordado es integrado y por tanto para su valoración se requiere una consideración global del mismo, la elección de una financiación diferenciada y condicionada para la sanidad permite, a los propósitos de este trabajo, centrarse en las cuestiones específicas de este bloque competencial.

La restricción inicial para la asistencia sanitaria de la Seguridad Social es la suma de la financiación resultante de la liquidación definitiva del año 1999 para las CCAA con competencias asumidas y de la financiación resultante para las res-

tantes CCAA integradas en Insalud Gestión Directa.

Las necesidades financieras para el bloque de asistencia sanitaria prevén tres tipos de fondos: a) *Fondo general*, cuya masa homogénea de financiación se asigna de acuerdo con los siguientes criterios: Población protegida (proporcional a su valor en 1999, con una ponderación del 75%); Población mayor de 65 años (proporcionalmente a la misma en 1999, con ponderación del 24.5%); Insularidad (0.5%). b) *Garantía de mínimos*, por la que el sistema garantiza que la financiación asignada a cada Comunidad Autónoma por el Fondo General sea, al menos, igual a la que cada una de ellas tiene asignada como masa homogénea de financiación en este bloque de competencias (ninguna CA percibirá menos recursos que los resultantes de aplicar el sistema vigente). c) *Fondos Específicos*, el Fondo “Programa de ahorro en incapacidad temporal” y el Fondo de Cohesión Sanitaria. El primero, dotado con 40.000 millones de ptas., financia la adopción de programas y medidas dirigidas al control del gasto relativo a la incapacidad temporal.

El Fondo de Cohesión Sanitaria tiene por objeto garantizar la igualdad de acceso a los servicios sanitarios públicos en todo el territorio español, independientemente de la CA de residencia, y será gestionado por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Se trata con este fondo de configurar un mecanismo de facturación de desplazados entre las diferentes CCAA, además de los procedentes de otros países de la UE u otros con convenios de reciprocidad. Se trata además de dotar al Ministerio de un fondo centralizado para facilitar un funcionamiento coherente y armónico del SNS, que garantice la equidad y la coordinación entre los diferentes servicios autonómicos de salud y fomente la cooperación.

Las necesidades totales de financiación en el año base son las que resultan de sumar las necesidades homogéneas según el procedimiento anterior, con el valor en el año base de las competencias no homogéneas.

Los recursos financieros del sistema para financiar las necesidades así estimadas son los provenientes de la recaudación autonómica por tributos ya cedidos anteriormente y por la correspondiente a la nueva cesión de tributos, además de

las tasas afectas a los servicios traspasados y por el *Fondo de Suficiencia*, que viene a cubrir la diferencia, positiva o negativa, entre las necesidades totales de financiación de cada CA y el valor de los recursos mencionados. El Fondo puede, por tanto, ser a favor de las CCAA o del Estado. La revisión de este Fondo se llevará a cabo con el traspaso de nuevos servicios o la revisión de valoraciones de traspasos anteriores.

Cuando se transfiera la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, los recursos financieros por este concepto en el año base serán la cantidad que resulte mayor de estas dos: El coste efectivo o la resultante de aplicar el nuevo sistema.

La suficiencia dinámica incorpora en la sanidad un elemento nuevo: Las CCAA que hayan asumido los servicios sanitarios deberán destinar cada año a la financiación de dichos servicios, como mínimo, el importe que resulte de aplicar el valor en el año base establecido para tales servicios, el índice de crecimiento del ITE. A tal fin quedan vinculados todos los recursos del sistema de financiación.

4.2 Otros aspectos del nuevo sistema de financiación sanitaria

4.2.1 Asignaciones de nivelación.

El nuevo sistema de financiación introduce modificaciones en la LOFCA. De relevancia para la sanidad es la modificación del artículo 15, pendiente de desarrollo desde 1980, que hace referencia a la garantía en todo el territorio español del nivel mínimo de los servicios públicos fundamentales. El nuevo artículo 15 concreta en dos los servicios públicos que se consideran fundamentales, la educación y la sanidad, y prevé asignaciones complementarias para las CCAA que no lleguen a cubrir el nivel mínimo de la prestación. Este nivel mínimo se establece en la ley que regula el nuevo sistema, que lo concreta en lo siguiente: Queda afectado el nivel de prestación sanitaria cuando el incremento de la población ponderada entre un año y el siguiente sea el 3% superior al incremento porcentual que experimente en ese mismo periodo la media nacional.

Para la fijación de la cuantía de las asignaciones se tendrá en cuenta, de forma especial, el

incremento de coste que deriva de la extensión del territorio.

4.2.2 Modificación de la Ley General de Sanidad y obligaciones presupuestarias de las CCAA.

El nuevo sistema de financiación ha obligado a adaptar la Ley General de Sanidad en los artículos de financiación. Concretamente, a las fuentes potenciales de financiación de la sanidad (artículo 79) se añaden los tributos estatales cedidos (y no desaparecen las cotizaciones sociales como fuente). El artículo 82, que establecía la población protegida como criterio de asignación de fondos financieros para las CCAA que hubiesen traspasado los servicios sanitarios de la Seguridad Social, se modifica en el sentido de referir la financiación al sistema vigente en cada momento y obliga a las CCAA a que sus presupuestos de Gastos para la función de asistencia sanitaria de la SS contengan como mínimo la financiación establecida en el sistema de financiación autonómica.

4.2.3 Naturaleza de la prestación sanitaria objeto del nuevo sistema.

El texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social es también objeto de adaptación, para establecer en el artículo 86 que la prestación sanitaria de la SS pasa a ser de naturaleza *no contributiva y universal* en coherencia con la idea de mantener ese servicio dentro del marco del régimen económico de la SS, pero financiado con impuestos generales.

5.- Valoración del nuevo sistema de financiación sanitaria

El acuerdo de 27 de Julio de 2001 ha dado un paso decisivo en la configuración del Estado autonómico al ampliar notablemente el grado de corresponsabilidad fiscal de las CCAA. En 2000, el Estado gestionaba el 60.7% del gasto del Sector Público consolidado, y administraba el 80.7% del total de recursos consolidado y las CCAA gestionaban el 26.6% del gasto y sus ingresos representaban el 9.1%, es decir, su autonomía financiera era del 33%. Con el nuevo sistema, cuando todas las CCAA tengan traspasados los servicios de sanidad de la SS sus recursos autónomos serán el 68% de sus ingresos (Ministerio de Hacienda, 2001).

Además, el acuerdo ha sido unánime, algo que no había ocurrido en el acuerdo anterior todavía vigente,

cuando se introdujo la corresponsabilidad fiscal. La suficiencia financiera garantizada por el acuerdo para poder ofrecer un nivel equivalente de servicios públicos en todas las CCAA independientemente de la capacidad fiscal de cada encontrarse en la base del consenso.

El acuerdo es, además, estable, definiendo un sistema indefinido en el tiempo, que quedará fijado por ley. Se acaba, por tanto, con los acuerdos quinquenales y cuatrienales que se establecían anteriormente para la financiación general autonómica y la sanidad, respectivamente.

La integración de los tres bloques competenciales, servicios comunes, asistencia sanitaria de la SS y servicios sociales de la SS, es otra nota característica que despeja la duda mantenida en todos los debates sanitarios en España en los últimos años.

La integración no es plena en el sentido tradicional de la LOFCA, es decir, con financiación incondicionada de los servicios. La asistencia sanitaria se integra con una financiación diferenciada y condicionada. Las variables y las ponderaciones que se utilizan son diferentes para cada uno de los bloques competenciales que se integran, como lo son los diversos fondos que configuran la financiación de cada bloque.

Una valoración inicial del acuerdo en lo que atañe a la sanidad cuando todavía no ha entrado en vigor y ni siquiera han sido aprobadas las reformas legislativas que lo consolidan es un ejercicio arriesgado. No obstante, podemos comentar elementos de su diseño a la luz de los criterios económicos de eficiencia y equidad.

Desde la perspectiva de la eficiencia en la gestión de los servicios sanitarios, teniendo en cuenta las restricciones técnicas y políticas del sistema sanitario público que hacen difícil el logro de la misma, se observan en el acuerdo abundantes aspectos positivos. El acuerdo amplía la autonomía de decisión de las CCAA, lo que añade valor al sistema. Además, al introducir decididamente la corresponsabilidad fiscal en la financiación sanitaria, traslada riesgos a las CCAA, rompiendo la asimetría existente hasta ahora de responsabilidad en el gasto pero no en los ingresos, una característica del proceso de descentralización sanitaria que operaba como un incentivo perverso para la eficiencia. En su diseño, el acuerdo ajusta la capacidad financiera con las necesidades de gasto, lo que garantiza en principio la suficiencia, si bien este ajuste puede verse o no satisfecho, según la capacidad de gestión de los responsables autonómicos. Se incorporan variables de necesidad relativa en la estimación de las necesidades de financiación. Sin embargo, las

variables escogidas pueden no ser las relevantes para estimar necesidades relativas. Como se ha dicho más arriba, la edad no es una variable suficientemente explicativa de las variaciones de gasto sanitario, lo que hace que el peso relativo notable dado a la población mayor de 65 años no refleje adecuadamente la necesidad relativa.

En materia de equidad, es más difícil hacer una valoración sin conocer la incidencia de la cesta de impuestos llamada a financiar los servicios. El esfuerzo en equidad es más visible en los diferentes fondos que completan el sistema, aunque sus efectos pueden ser inciertos. El Fondo de Suficiencia, el Fondo de Cohesión y las asignaciones de nivelación son instrumentos diseñados para mejorar la equidad. Sin embargo, la necesidad de hacer operativos estos fondos obliga a utilizar variables objetivas simples de necesidad que pudieran no captar las situaciones de necesidad que se proponen corregir. Por ejemplo, la regulación de las asignaciones de nivelación utiliza las desviaciones en el tamaño de la población como única variable.

6.- Temas para debate

La naturaleza de la prestación sanitaria de la SS. La asistencia sanitaria se considera como perteneciente al régimen económico de la SS. En todo momento se hace referencia al artículo 41 de la Constitución y al 149 y en ningún momento al artículo 43. Sin embargo, en palabras de Bardají y Viñas: “Como ha puesto de relieve la doctrina, los mandatos constitucionales permiten o incluso exigen que las prestaciones sanitarias se segreguen del contenido clásico de aseguramiento de la Seguridad Social, para integrarse o refundirse en el Sistema Nacional de Salud” (Bardají y Viñas, 2001). Nos preguntamos en este punto si cabrían otras opciones para descentralizar los servicios sanitarios utilizando la vía del artículo 43 de la Constitución. Las implicaciones son claras. La vía escogida posibilita un grado de centralización elevado, hurtando a los parlamentos autonómicos competencias en el manejo presupuestario, al establecer la obligatoriedad de dotar presupuestariamente unos mínimos y de evolucionar los presupuestos sanitarios al ritmo establecido centralizadamente. Es una situación peculiar que no ocurre en el resto de los servicios públicos. ¿Se justifica un nivel de protección centralizado para los servicios sanitarios?. ¿Es coherente una prestación no contributiva y universal con su mantenimiento en la Seguridad Social?.

Nuestra posición anterior al acuerdo (Cabasés, 2001) era la de integración de la sanidad en el sistema general, asumiendo los argumentos esgrimidos al comienzo de este texto, pero dando visibilidad al presupuesto sanitario de las CCAA durante un cierto tiempo para facilitar el proceso de asunción de los servicios a las CCAA que todavía no han traspasado los servicios de Insalud. Consideramos que dotar de estabilidad a un acuerdo que impide a los Parlamentos autonómicos elegir libremente la composición de los presupuestos puede ser atentatorio contra la autonomía. Y ello independientemente de su relevancia práctica, probablemente escasa, dada la inexorable tendencia al alza del gasto sanitario.

7.- Referencias

BARDAJÍ G Y M. VIÑAS, (2001): “Alcance jurídico del ejercicio de las competencias transferidas”. En : Evaluación de las políticas de servicios sanitarios en el Estado de las Autonomías. López-Casasnovas (dir) y A. Rico Gómez (Coord.). Fundación BBVA. Bilbao.

CABASÉS, 2001: “El nuevo modelo de financiación sanitaria”. En González Fidalgo et al: Coordinación e incentivos en sanidad. Asociación de Economía de la Salud. Oviedo.

GONZÁLEZ LÓPEZ VALCÁRCEL, B y R. URBANOS (2000): “Veinte años de estudios sobre equidad y salud en España”. En: Antoñanzas, Fuster y Castaño (Coords.) “Avances en la Gestión Sanitaria”. XX Jornadas de Economía de la Salud. Islas Baleares, pp. 91-115.

LÓPEZ CASASNOVAS, G. (1999): “La capitación en la financiación territorial de los servicios públicos transferidos: el caso de la sanidad y la educación”. Ministerio de Sanidad y Consumo.

MINISTERIO DE HACIENDA (2001): “Proyecto de presupuestos generales del Estado para 2002”.

MONTERO ET AL.(2001): “Financiación autonómica de la sanidad: Escenarios dinámicos básicos”. En González Fidalgo et al: Coordinación e incentivos en sanidad. Asociación de Economía de la Salud. Oviedo.

ROEMER JE, (1998), “Equality of Opportunity” Harvard University Press

SHELDON TA AND SMITH PC, (2000), “Equity in the allocation of health care resources” *Health Economics* 9, 571-574.