

La financiación de los Servicios Sanitarios. ¿Qué modelo fortalecerá el Sistema Nacional de Salud?

Francisco Sevilla Pérez

*Consejero de Trabajo y Asuntos Sociales en Francia.
Embajada de España y Representación Permanente ante la OCDE.*

La mesa de financiación afrontó algunos de los elementos claves en la reflexión sobre el modelo actual de financiación autonómica para intentar dar respuesta a las expectativas y necesidades de los servicios sanitarios. La alternativa de un nuevo modelo de financiación se consideró menos realista, y por tanto poco probable, frente a la alternativa de mejorar el modelo actual acordado en el año 2001.

En primer lugar se abordó la problemática de la suficiencia; es decir, si la financiación disponible se ajusta a las necesidades del Sistema Sanitario y de los diferentes Servicios de Salud. Parece que no hay duda de que la respuesta es no. En concreto, diferentes análisis, entre ellos el presentado en la mesa para discusión, muestran una insuficiencia inicial de la masa monetaria que se tomó como restricción inicial, el gasto de 1999, para las

transferencias acordadas en el año 2001. Igualmente, parece evidente que también existe una insuficiencia dinámica relacionada con dos aspectos: el incremento del gasto que ha ocurrido, si bien de forma dispar, en todos los territorios, y el cambio demográfico en el que el envejecimiento estaba previsto, pero no así el importante crecimiento de la población relacionado con los movimientos migratorios y que se ha hecho especialmente patente en los últimos 4-5 años, y que afecta, además de forma muy distinta, a las diferentes Comunidades Autónomas.

El debate sobre este aspecto fue de gran interés y se centró sobre qué se entiende por suficiencia y no sobre lo obvio: que el Sistema Sanitario necesita más recursos. No hay duda de que en este momento hay insuficiencia, y tampoco la hay en el hecho de que los costes van a seguir aumentando, reflejando tanto la

innovación tecnológica como la intensidad en la utilización de recursos, o las mayores expectativas de los ciudadanos.

La pregunta pertinente es, sin embargo, si todo lo que se gasta está justificado, aunque en el debate actual no sea habitual que se plantee con esta formulación. En resumen, como señalaba uno de los ponentes, es necesario llevar el Sistema Sanitario a la realidad que significa ajustarse a los presupuestos disponibles y no seguir manteniendo la tradicional liberación de la cultura de la escasez en que se desarrollan sus actividades. En el debate se convergió en la necesidad de reconocer que los Sistemas Sanitarios en general, como señala la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) en uno de sus estudios del año 2004¹, y el Sistema nacional de Salud (SNS) en particular, como reconocen los expertos, tienen un gran margen de mejora en su eficiencia: incrementando su productividad, reduciendo el derroche en la utilización de determinados recursos cuyo coste es muy superior al valor añadido que aportan, o aumentando el coste/efectividad de los cuidados. Así, es posible encontrar suficiente evidencia empírica de que los mejores resultados no se encuentran siempre asociados con una utilización más intensiva o con un volumen mayor de recursos,

sugiriendo que existen posibilidades para reducir costes y mejorar los resultados de forma simultánea.

La utilización de los recursos o la calidad técnica en la provisión han sido objeto de tabúes dejados exclusivamente a la autorregulación profesional. Sin embargo, hoy en día existen estudios relevantes sobre la variabilidad, su extensión y la consistencia del uso con las mejores prácticas de acuerdo con el estado del arte en cada momento, que no se deben seguir ignorando y que sugieren que el margen de mejora de eficiencia es muy importante, aunque sea necesario también reconocer que aumentar la eficiencia en el sector se ha mostrado tradicionalmente difícil.

Por tanto, cuando se habla de suficiencia es importante enfatizar que el gasto realizado debe ajustarse a la financiación disponible y que éste es el que se debe hacer conforme a la evidencia en cada momento. Sin embargo, lo habitual no es eso y la referencia a la suficiencia se hace sobreentendiendo que el gasto realizado era necesario, de hecho el único que se cuestiona habitualmente es el de la farmacia ambulatoria, y que obligatoriamente debe financiarse. Así, por ejemplo, al abordar acuerdos salariales, casi siempre lineales, por encima de su crecimiento en el resto de la función pública, se da por

hecho que están siempre justificados por unas u otras razones, e incluso el gasto en farmacia se considera que tiene un crecimiento razonable si sus tasas de incremento anual no exceden el crecimiento del PIB nominal, objetivo planteado en los sucesivos acuerdos entre las autoridades sanitarias y Farmaindustria.

El problema, en consecuencia, es quién determina el nivel retributivo del personal, los procedimientos más eficientes para la incorporación de bienes y servicios, y de forma aún más importante, cuál es la combinación de recursos y la intensidad más adecuada en su utilización. Para ello, y dado que no existen ni es previsible que existan determinantes universales para los diferentes parámetros señalados, parece imprescindible que quien tiene las decisiones de gasto, ha de tener la responsabilidad en los ingresos. Un elemento clave para avanzar en este sentido es la *accountability*, (asumir la responsabilidad de dar cuentas), lo que implica sistemas de información eficaces, relevantes, adecuados, útiles y transparentes; sistemas de información que deben generalizarse a toda la escala de toma de decisiones en el sector salud. La disociación entre las políticas de gastos e ingresos en sanidad sólo contribuye a perpetuar el “dejar hacer” de una cultura de la abundancia en la que todo es posible.

En consecuencia, se considera que debe diferenciarse claramente la insuficiencia existente en el momento actual de la necesidad perentoria de empezar a señalar que no todo el gasto está justificado y que, por tanto, quien toma las decisiones de gasto debe asumir la responsabilidad de financiar y dotarse de los instrumentos adecuados para que tales medidas se tomen en las mejores condiciones. En este contexto, adquiere una especial importancia la solución que se da a las “deudas” existentes en el año 2005 en los Servicios de Salud, de cuantía muy diferente dependiendo de unas Comunidades u otras, y es relevante señalar que los acuerdos anteriores de financiación sanitaria (1993 y 1997) se acompañaron de operaciones de saneamiento. Por un lado, parece correcto y necesario poner el contador a cero; por otro, también es importante señalar, más aún cuando se plantea un sistema basado en la responsabilidad sobre los gastos y los ingresos, que no deberían introducirse incentivos perversos en el Sistema.

El segundo elemento planteado fue el de la responsabilidad a la hora de asumir el coste de los servicios sanitarios. El primer aspecto en emerger fue, lógicamente, el del copago, con un debate sin matices entre los partidarios y aquellos que están radicalmente en contra. La conclu-

sión, a pesar de las posiciones tan encontradas, era común: si hay que aumentar los recursos, al final éstos salen del ciudadano y debe buscarse la forma más solidaria y más equitativa, dando el mayor número de alternativas posibles. El problema se plantea cuando algunos agentes, especialmente los responsables políticos, plantean en la práctica la contradicción de mayores necesidades de financiación para un servicio público y simultáneamente una menor carga impositiva, contradicción ya evidente cuando algunas de las administraciones que plantean grandes necesidades de financiación no han agotado (algunas ni siquiera se han planteado su utilización) todos los instrumentos de financiación disponibles con el modelo actual. Parece imprescindible que el modelo que se adopte evolucione claramente a la responsabilidad y no facilite trasladar a los agentes que no deciden el gasto, la necesidad de financiarlo, ya que en sanidad, en muy pocos servicios, el usuario decide los recursos ni la intensidad de su utilización.

El tercer elemento es el de los criterios de reparto y la solidaridad. La historia señala que hasta el presente todos los acuerdos en relación con la financiación sanitaria han sido facilitados por inyecciones importantes de dinero, es decir, no han sido el resultado de un proceso

transaccional de suma cero, como sería lo lógico desde el punto de vista teórico. La hipótesis más realista de trabajo indica que esta inercia ya no va a ser posible, y cada vez la teoría va a estar más cerca de la práctica, de manera que cada vez va a ser más difícil poder añadir recursos adicionales en el sentido tradicional, que la Administración General los aporte.

La realidad actual señala, además, que sigue existiendo una amplia variabilidad en el coste per cápita entre diferentes Comunidades Autónomas. El problema añadido es la dificultad de establecer un coste medio “justo”, con las ponderaciones que se consideren necesarias, que sirviese de punto de partida.

Como consecuencia de todo ello parece necesario:

- Acordar el coste capitativo, para algunos puro y para otros ponderado por envejecimiento, e incluso para otros mediante fórmulas complejas que introduzcan el mayor número de variables significativas. Dado que el acuerdo tiene que ser político, lógicamente con la mayor solidez técnica, la experiencia demuestra que a mayor complejidad la ganancia en “adecuación” es pequeña y las dificultades para el acuerdo son mayores.
- Determinar claramente la autoridad responsable de generar los ingresos

necesarios para hacer frente a dicho coste medio y garantizar mediante un fondo de suficiencia la solidaridad, de manera que aquellas Comunidades donde los recursos propios no sean suficientes para llegar a dicho coste medio, puedan garantizar servicios similares. Una premisa para que ello funcione es la transparencia en el fondo de suficiencia.

- Dada la dificultad y complejidad para el control del gasto en los sistemas sanitarios y la plena descentralización de la política sanitaria en el SNS, debería valorarse el equilibrio entre el principio de autonomía plena en el proceso de toma de decisiones o la utilidad de la colaboración en un mundo con unidad de mercado, tanto para los agentes sociales como para las empresas suministradores de bienes y servicios. La cooperación y el planteamiento de estrategias comunes parecen una necesidad evidente para alcanzar mejor los objetivos del

SNS como Sistema Sanitario de todos para todos.

En resumen, los elementos de acuerdo fundamentales que se alcanzaron en el debate se centraron en: la necesidad de vincular financiación y gasto, resaltar la responsabilidad de los agentes que generan el gasto y la cooperación necesaria entre ellos para obtener mejores resultados y disponer de información transparente y útil tanto para la gestión como para su control por parte de los ciudadanos, y trasladar al conjunto del sistema la oportunidad de mejorar su eficiencia.

BIBLIOGRAFÍA

- I. OECD. The OECD Health Project: Towards High-Performing Health Systems, Policy Studies. Paris: OECD, 2004.

