
El modelo de financiación autonómica de la sanidad de 2001: ¿era previsible su pronto fracaso?

Francisco Alfonso Ferrández Manjavacas

Economista. Vocal Asesor de la Subsecretaría. Ministerio de Justicia.

Introducción

Cuando han transcurrido más de tres años desde la entrada en vigor del actual modelo de financiación de las Comunidades Autónomas, que a diferencia de los anteriores, nacía con carácter indefinido, las partes que acordaron el mismo lo dan por agotado. La importancia de esta circunstancia es notable, ya que junto a los problemas de competitividad, productividad y balanza comercial, uno de los principales retos a los que se enfrenta la economía española es lograr y consolidar un sistema de financiación estable y suficiente para las Comunidades Autónomas. A ello responde el compromiso político, alcanzado en la primera Conferencia de Presidentes Autonómicos celebrada en 2004, de elaborar una nueva propuesta de financiación autonómica. Actualmente se están desarrollando las negociaciones entre representantes del Gobierno cen-

tral y las Comunidades Autónomas, que previos preliminares técnicos, deberían permitir alcanzar un acuerdo que cristalizaría en un nuevo modelo de financiación.

Aunque en un modelo de financiación territorial inciden distintos factores, fundamentalmente de carácter político y económico, sin duda uno de los componentes que ha precipitado su crisis ha sido la presunta insuficiencia de recursos financieros para satisfacer la creciente evolución del gasto sanitario en las Comunidades Autónomas. La experiencia de los tres años transcurridos ha servido para que diversas Comunidades evidencien la crisis fiscal en la que se encuentran inmersas por este motivo. El gasto sanitario y su gestión se han convertido en un elemento clave para el equilibrio de las haciendas autonómicas, y de su adecuado tratamiento y encaje depende en gran medida la viabilidad y

éxito futuro de cualquier alternativa al actual modelo de financiación. Por esta razón resulta de interés volver la mirada hacia atrás e intentar obtener alguna explicación al interrogante de qué es lo que ha fallado, desde el ámbito de la financiación sanitaria, en el modelo que todavía se encuentra vigente. Se trataría de intentar aprender de lo ya hecho y evitar, si resulta posible en un ámbito tan complicado, repetir errores anteriores, ahora que surge la oportunidad de empezar de nuevo.

El contenido de mi intervención se dirige a ofrecer algún tipo de respuesta a esta cuestión, con el objeto de obtener conclusiones que positivamente se puedan proyectar hacia el futuro, posibilitando la corrección de los errores del pasado. Para ello me centraré en el análisis de aquellas características o defectos del vigente modelo de financiación que en mayor o menor medida tienen capacidad explicativa del aparente fracaso producido.

Las bases técnicas del modelo de 2001

Antes de entrar en los problemas de las bases técnicas sobre las que se asienta el modelo de financiación de 2001, cabe plantearse si las presentes dificultades de suficiencia financiera en el Siste-

ma Nacional de Salud (SNS) significan algo novedoso respecto a períodos anteriores. A este interrogante se puede responder terminantemente que no. Considerando el modelo vigente, a lo largo de su todavía corta historia, el SNS ha conocido tres acuerdos de financiación distintos; los dos primeros, que se extendieron durante los cuatrienios 1994-1997 y 1998-2001, fueron modelos finalistas que se dirigían específicamente a la financiación sanitaria, que en aquellos años no se encontraba todavía transferida a la totalidad de las Comunidades Autónomas. El tercer sistema, que es el actual, no se diseñó exclusivamente para el sostenimiento del gasto sanitario –si bien le prestó una especial atención–, sino que lo incorporó dentro del conjunto de las necesidades económicas de las Comunidades Autónomas que debían ser financiadas.

Aunque los citados modelos tenían diferencias entre sí, algunas incluso importantes, éstos mostraban una doble caracterización común. De una parte, revelaron su incapacidad para satisfacer la creciente evolución del gasto sanitario –insuficiencia dinámica–, que se agudizaba según transcurrían sus años de vigencia. El crecimiento de los recursos asignados en esos años se referenció a variables como el producto interior bruto (PIB) nominal, cuyo crecimiento fue

inferior a la propia evolución del gasto sanitario. De otra, afrontaron la cobertura del gasto sanitario casi exclusivamente desde el plano de la aportación de los recursos financieros y no modulando la misma con los factores que inducían e impulsaban el crecimiento de aquél. En este sentido, resulta paradigmático que en los tres modelos comentados, el acuerdo y entrada en vigor de cada uno de ellos significó la aportación de recursos financieros adicionales sin evaluar los resultados del modelo al que se sustituía, y sin entrar prácticamente en análisis de ningún tipo que relacionase las decisiones de gestión y de gasto con los desequilibrios financieros producidos.

En cierta medida, y considerando los antecedentes previos, el fracaso del modelo de financiación de 2001, pese a que contó con el acuerdo de todos los partidos políticos, que previamente lo habían negociado en el seno del Consejo de Política Fiscal y Financiera de las Comunidades Autónomas, resulta explicado por la propia lógica interna de sus características, como a continuación explicaré.

Problemas de insuficiencia: estática y dinámica

El modelo de financiación de 2001 utilizó tres variables –población, envejeci-

miento e insularidad– para determinar las necesidades de financiación del gasto sanitario de las Comunidades Autónomas. Aunque la metodología empleada y el reparto territorial alcanzado parecían garantizar de manera transparente la suficiencia financiera inicial del modelo, los resultados obtenidos resultaron precarios para garantizar el equilibrio de partida del mismo porque:

- La determinación de las necesidades de financiación de las Comunidades, que debería haber sido el resultado del coste efectivo obtenido por la aplicación de las citadas tres variables, resultó desvirtuada por la negociación bilateral entre cada Comunidad y el Estado, dirigida a cerrar las cifras definitivas que correspondían a cada una de aquéllas. Bajo la pretensión de que “nadie debía perder financiación”, ninguna Comunidad admitió ver disminuidos sus recursos financieros, aunque sus pretensiones no resultasen justificadas técnicamente por la aplicación de las referidas variables de asignación. Asimismo, la negociación bilateral permitió que diferentes Comunidades, unas con mayor éxito que otras, acordasen con la Hacienda central, y bajo el argumento de unos costes efectivos adicionales superiores, el reconocimiento de necesidades de financiación mayores que las acreditadas técnicamente.

Lo anteriormente señalado apunta a que las bases técnicas para determinar las necesidades de financiación carecieron de transparencia en los resultados, e incluso de la propia credibilidad inicial entre las partes. El definitiva, las Comunidades lo que perseguían eran obtener los recursos que, según sus pretensiones, se ajustasen a sus estimaciones de suficiencia, independientemente de cuál fuese el resultado de partida ofrecido por el modelo. De esta manera, la negociación de las variables de determinación de las necesidades de financiación siguió un planteamiento de “ingeniería de resultados” para que nadie viese perjudicada su situación en detrimento de otras alternativas, con un soporte más ajustado a las necesidades objetivas, siempre más conflictivas y difíciles de determinar.

- Por otra parte, existen razones para pensar que el propio coste efectivo obtenido como resultado de la aplicación del modelo se encontraba infravalorado. Para determinar éste se utilizó la liquidación del presupuesto del INSALUD del ejercicio 2000, deflactándola al año 1999. Sin embargo, la citada liquidación no se correspondía con el gasto real de la entidad en aquél año, puesto que en el gasto presupuestario no se recogían las obligaciones contraídas con terceros que no se podían registrar por no existir pre-

supuesto suficiente. De haberse cuantificado el gasto real, las necesidades de financiación global de las Comunidades Autónomas gestionadas por el antiguo INSALUD hasta 2001 deberían haber sido incrementadas en al menos un 2,6%, si bien este aumento estaría desigualmente repartido, con Comunidades Autónomas que obtuvieron ganancias de financiación muy por encima de lo que les debería haber correspondido y otras con pérdidas superiores al referido porcentaje¹.

La consecuencia de esto fue que hubo Comunidades claramente ganadoras en el proceso de asignación financiera y otras, por el contrario, resultaron perdedoras, con lo que su suficiencia financiera estática de partida se encontró más comprometida a partir de 2002.

- Adicionalmente, el modelo incorporó dos dotaciones adicionales de recursos para financiar el gasto sanitario: el Fondo de Cohesión y el Fondo de Incapacidad Temporal. El reparto de estos fondos, que aunque potencialmente permitían a las Comunidades acceder a una mayor financiación, generó también problemas de incertidumbre y variabilidad en su suficiencia, porque:

- Pese a la importancia de la figura del Fondo de Cohesión –que en el acuerdo alcanzado en 2001 en el Consejo de Po-

lítica Fiscal y Financiera tenía inicialmente el objetivo de garantizar la igualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias – el mismo se desvirtuó posteriormente hacia un “Fondo de Desplazados” cuya orientación última, factores de determinación y dotación se quedó sin definir inicialmente en el propio modelo. Los esfuerzos realizados posteriormente para su regulación han resultado insuficientes para satisfacer las pretensiones de las Comunidades Autónomas, algunas de las cuales, especialmente las que tienen un alto flujo de pacientes procedentes de otras Comunidades, tenían importantes expectativas en este Fondo que posteriormente no se han visto confirmadas. Todo ello ha propiciado una fuerte confrontación política de algunas Comunidades con el Ministerio de Sanidad y Consumo para determinar una dotación y criterios de asignación más favorables a sus intereses.

– Heredado del anterior modelo vigente, se mantuvo en el acuerdo de financiación de 2001 el Fondo “Programa de Ahorro en Incapacidad Temporal”. Por medio de este fondo la Seguridad Social aporta una financiación adicional que se encuentra comprometida a que las Comunidades Autónomas contribuyan, a través de sus Servicios de Salud, al control de la prestación económica de

incapacidad temporal. A pesar de la separación que desde hace ya muchos años existe en España entre las fuentes de financiación de las prestaciones contributivas y las no contributivas –entre las cuales se encuentra la asistencia sanitaria– del Sistema de la Seguridad Social, continúan existiendo interdependencias financieras, como ocurre con la gestión de este Fondo, entre las prestaciones económicas de la Seguridad Social y el SNS. La supeditación que en esta y otras cuestiones tiene el SNS respecto del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, como son la gestión, que éste último sigue desempeñando, de los convenios internacionales en materia de asistencia sanitaria, o que el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria de la gran mayoría de los españoles continúe estando supeditado a su vinculación a alguno de los regímenes de la Seguridad Social, no resulta congruente, y precisaría de los cambios normativos y organizativos pertinentes.

Pero el problema de este Fondo no es solamente estructural y organizativo, sino que introduce incertidumbre en la financiación sanitaria de las Comunidades Autónomas. De una parte, las Comunidades Autónomas no tienen garantizado el acceso a la totalidad de la financiación de este Fondo, que se encuentra compro-

metido a que aquellas alcancen unos objetivos de gestión de la prestación que habitualmente han resultado ser muy exigentes y difíciles de alcanzar. De otra, los costes que para los servicios de salud significa la gestión de esta prestación económica no resultan compensados, ni por este Fondo ni a través de otra vía, ya que el SNS continúa asumiendo cargas financieras que en realidad son del Sistema de la Seguridad Social. En definitiva, el mantenimiento de este Fondo no contribuyó a aportar una mayor suficiencia y estabilidad en la financiación autonómica de la sanidad.

Como resumen de lo hasta aquí expuesto, el modelo de financiación acordado en 2001 presentaba significativas carencias para garantizar la suficiencia financiera del gasto sanitario. Así, en términos globales, se produjo una infravaloración de las necesidades reales de financiación de las Comunidades, tanto en la determinación de su coste efectivo como en el imperfecto diseño y dotación de los dos Fondos adicionales que establecía el acuerdo. A esto debe añadirse otro factor, como fue que en el año 2000, del que data el ejercicio que se utilizó como base para la determinación del coste efectivo, el impacto del incremento de la población protegida como consecuencia de la emigración era todavía limi-

tado, ampliándose muy considerablemente en los años posteriores. De esta manera, la capacidad dinámica de las bases técnicas del nuevo modelo de financiación para atender este fenómeno también ha resultado muy limitada.

Modelo de financiación desligado de los factores impulsores de la demanda de los servicios públicos, en especial de los sanitarios

Otro aspecto del modelo de financiación de 2001, que considero que debe ser comentado, es que éste solamente se trazó desde la perspectiva de ofrecer fondos para el sostenimiento del gasto público. En este sentido, fue un acuerdo donde manifiestamente primó la visión de los "ingresos" sobre la del "gasto". Se presumía que las dosis de corresponsabilidad fiscal que asumirían las Comunidades incorporarían los incentivos de control sobre el gasto sanitario que el propio modelo no introducía endógenamente. La experiencia de estos últimos años nos ha mostrado que esto no ha sido así. En este sentido, nos señala que es preciso introducir mecanismos que interrelacionen la financiación con la modulación de las demandas y necesidades públicas. Los resultados obtenidos desde 2002 apuntan que, salvo algunas cau-

telas transitorias agotadas en el tercer ejercicio de su vigencia, resultaba poco realista creer que al incorporar el gasto sanitario dentro del modelo generalista de financiación de las Comunidades Autónomas, la evolución de aquél se ajustaría a los parámetros de crecimiento de otras políticas públicas de gasto.

Con todo, el actual modelo de financiación no ha incorporado adecuadamente, o ha ignorado, ciertos factores propulsores del gasto sanitario, alguno de ellos ya citado, como son:

- El dinamismo cuantitativo y cualitativo de la población protegida, cuyas tres manifestaciones más importantes son: población migrante, flujos de desplazamiento de la población entre Comunidades y envejecimiento.

- Un catálogo de prestaciones definido y establecido en consonancia con la financiación atribuida, lo cual significa hablar también, en su sentido más amplio, de la calidad de las prestaciones, el acceso a las mismas, así como la gestión de las listas de espera.

- Prestación farmacéutica, que requiere la clarificación de las relaciones entre el marco de decisión de la política farmacéutica, realizado principalmente en el ámbito del Ministerio de Sanidad y Consumo, y la gestión de su gasto, efectuado por las Comunidades.

- El tratamiento financiero que merece la espinosa cuestión de la equidad, que se introdujo inicialmente en el modelo de forma marginal a través del Fondo de Cohesión, para exigirse posteriormente con carácter normativo, desde el ámbito central, por medio de la Ley de Cohesión y Calidad en 2003.

Se puede sostener, por tanto, que el modelo de financiación se diseñó principalmente bajo la visión financiera del entonces Ministerio de Hacienda, configurándose como de "oferta" de recursos, prescindiéndose de ligarlo a posibles factores estabilizadores de la demanda impulsora del gasto sanitario, por entender que esto sería una responsabilidad de las Comunidades Autónomas. Sin embargo esta corresponsabilidad no ha sido ejercida desde las Comunidades, pues los resultados alcanzados muestran que no se ha controlado el crecimiento del gasto, sino más bien al contrario; como tampoco aquéllas han utilizado la capacidad fiscal normativa que les confería el nuevo modelo para acceder a mayores niveles recaudatorios. Transcurridos unos años ha sucedido como en los dos anteriores acuerdos de financiación: las Comunidades han dirigido su mirada a la Hacienda central para que desde allí se solucionen sus problemas de déficit fiscal.

Inexistente relación entre la financiación del Sistema Nacional de Salud y sus aspectos orgánicos e institucionales de gobierno

No quisiera poner fin a esta intervención sin hacer una referencia a determinados aspectos orgánicos e institucionales del SNS, que a mi juicio tienen una marcada influencia en el diseño y resultados de su sistema de financiación.

Parece imprescindible que un SNS completamente descentralizado, pero que trascienda de la mera suma de las partes, deba disponer de instrumentos organizativos de ejecución y gestión que propicien su cohesión y entidad propia. Los actuales órganos de coordinación y cooperación –principalmente el Consejo Interterritorial del SNS– no parecen haber ofrecido resultados suficientemente satisfactorios. Tradicionalmente, desde el Ministerio de Sanidad y Consumo, y especialmente a partir de la aprobación de la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad, se apostó por una coordinación “normativa” que está procurando unos logros muy discretos. Resulta sensato pensar que una articulación del SNS que se encontrase dotado de ciertos instrumentos propios de “autoridad” ejecutiva, aceptada por las partes desde un plano cooperativo mutuamente beneficioso, se encontraría en mejores

condiciones para ofrecer respuestas a problemas que inciden en gran medida sobre el gasto sanitario y erosionan su sistema de financiación, como son:

- Los problemas específicos en la gestión de los recursos humanos del Sistema. En este ámbito resultaría del mayor interés para las propias Comunidades propiciar un marco de gestión diferente a cuestiones tales como los incrementos retributivos, donde desde 2002, y como consecuencia de la insuficiente coordinación del Sistema, se han producido una sucesión en cascada de incrementos retributivos por “simpatía territorial” entre las distintas comunidades. Es evidente que la negociación colectiva dentro del Sistema, aunque respete los ámbitos de decisión y peculiaridades de cada territorio, debe tener unos ejes vertebradores homogéneos para las administraciones sanitarias. Para garantizar la propia viabilidad del SNS es muy importante vincular los incrementos salariales a las mejoras en la productividad. Asimismo, tampoco lo es menos favorecer e impulsar la libre circulación de los profesionales y del conocimiento, además de continuar apostando por un sistema uniforme de formación especializada.

- Si la equidad y la cohesión del SNS preocupan verdaderamente, como pare-

ce, ¿es posible salvaguardarlas con éxito por medio de su exigencia jerárquica y normativa sin vincularlas a una financiación específica que las garantice? Parece difícil que sin instrumentos financieros de cohesión de una cierta potencia sea posible articular líneas efectivas de actuación en este ámbito.

- Está también todo el debate que gira en torno a cuestiones como los modelos de gestión, la dimensión territorial óptima en la prestación de los servicios, el debate entre compra frente a producción, etc. El SNS han proliferado experiencias de este tipo, que sin embargo, no parece que hayan sido objeto de evaluación y análisis para extrapolar sus resultados. En este sentido, se manifiesta un cierto retroceso respecto a la década de los años noventa del pasado siglo, cuando estas cuestiones centraban gran parte del debate de la eficiencia en la gestión de los servicios públicos sanitarios. Si, como parece sensato pensar, no todas las experiencias valen ni ofrecen los resultados más óptimos ¿no sería conveniente intentar obtener conclusiones válidas para el conjunto del SNS? Y ello sin olvidar la estrecha relación que los factores económicos tienen con todas estas cuestiones, lo cual invita a la necesidad de vincularlas a la financiación del SNS.

Aspectos como los anteriores, junto a otros no mencionados aquí, tienen una clara incidencia en la evolución del gasto sanitario, encontrándose el actual modelo de financiación desvinculado de los mismos.

Conclusiones

Para finalizar, y a modo de resumen, se puede señalar que el actual modelo de financiación nació sobre unas bases técnicas endebles, que no garantizaban su suficiencia financiera estática. Asimismo, incorporaba incertidumbres adicionales y elementos de discrepancia y conflicto en la configuración y dotación de los Fondos de Cohesión y de Ahorro de Incapacidad Temporal. El nuevo modelo que se apruebe debería surgir son unas bases técnicas más sólidas, que afronte la realidad de las necesidades de gasto que deben ser financiadas y que resulte más transparente en su negociación y resultados.

Asimismo, el acuerdo de financiación de 2001 se articuló como un modelo generalista de financiación de las Comunidades Autónomas, desvinculado por completo de los componentes específicos de evolución de la demanda de servicios sanitarios, y sin capacidad de estimular la corresponsabilidad fiscal de los entes territoriales. Si se desea propiciar

una suficiencia dinámica en el nuevo modelo que se acuerde, éste debería incorporar alguna de las mencionadas variables, con capacidad para modular mutuamente la evolución de la financiación y el gasto sanitario.

Con todo, y como superestructura, en los momentos actuales el SNS responde a esquemas institucionales de organización y gobierno asentados sobre criterios de coordinación normativa vertical, que no estimulan de manera óptima la cooperación entre los agentes territoriales y que erosionan la base financiera de su funcionamiento. El nuevo acuerdo de financiación debería complementarse

con la introducción de reformas en la organización y funcionamiento de los órganos de cooperación, como es el Consejo Interterritorial del SNS, estimulando su capacidad ejecutiva.

BIBLIOGRAFÍA

- I. Ferrández Manjavacas FA. Los problemas de suficiencia en la financiación de la asistencia sanitaria transferida a las Comunidades Autónomas: ¿se valoró adecuadamente el coste de los servicios traspasados? Rev Adm Sanit. 2004;2(4).

