

---

# El acuerdo sobre financiación sanitaria. ¿Hemos avanzado?

*M. Sánchez Bayle*

*Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública*

---

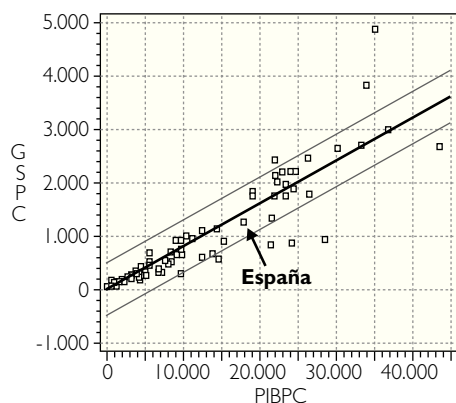
El último acuerdo sobre financiación sanitaria conseguido en la reunión del Consejo de Política Fiscal y Financiera el pasado 13 de septiembre parece haber abierto más polémica que consenso. De entrada sobre la misma existencia o no de acuerdo, dada la abstención de las Comunidades Autónomas (CCAA) gobernadas por el PP, y luego sobre el sistema de debate que no fue claramente el más apropiado. Pero aparte de estos aspectos coyunturales, merecería la pena analizar más en detalle el problema y ver en qué medida se ha avanzado en su solución y qué cuestiones quedan pendientes.

## **¿Es suficiente nuestro gasto sanitario?**

---

Calcular la suficiencia del gasto sanitario es realmente una tarea difícil y llena de controversias. Parecería obvio pensar que esta definición debería de realizarse tras un estudio detallado de las necesidades de salud de la población y de los

recursos necesarios para atenderlas en un momento dado. No obstante este enfoque no es habitual, sino que suelen utilizarse datos comparativos del gasto sanitario según la pertenencia a organizaciones determinadas o a agrupaciones de países (OCDE, UE, etc.). Obviamente este enfoque tiene limitaciones conceptuales, pero aun así ha servido para hacer afirmaciones categóricas como la de que España tiene el “gasto sanitario que le corresponde a su riqueza”, recogida en el Informe Abril<sup>1</sup> y repetida de manera acrítica desde entonces, que se sustenta en el hecho de que España se encontraba situada en la recta de regresión entre Producto Interior Bruto (PIB) per cápita y gasto sanitario per cápita. Ya se ha señalado que este tipo de planteamientos parte de evidentes errores metodológicos en la medida en que a la hora de considerar el valor predictivo de la recta de regresión hay que considerar los intervalos de confianza<sup>2</sup> y en el hecho fácilmente constatable de que la



**Figura 1.** Datos del Informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2004<sup>3</sup>.

mayoría de los países no se encuentran en ella, además de que los datos, y por lo tanto la situación concreta de cada país, varían anualmente. La figura 1 señala la situación de España siguiendo los datos del Informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2004<sup>3</sup>, y en la misma se observa que estamos situados ligeramente por debajo de la recta de regresión (corresponderían 1.112,81\$ para nuestro PIB per cápita), pero si consideramos los intervalos de confianza al 95 % nos situaríamos en un gasto per cápita que oscilaría entre 1.007,47 y 1.230,41\$ (gasto real = 1.088\$)<sup>4</sup>. De ello se deduce como se ha señalado que no existe una cantidad predeterminada de gasto sanitario, y que éste está muy in-

fluido por una serie de condicionantes políticos y sociales<sup>5</sup>.

Dicho lo anterior, puede comprobarse que tenemos un gasto sanitario, en porcentaje sobre el PIB, tanto público como total, y en unidades monetarias/habitante, claramente inferior al promedio de los países de la OCDE, y al de la Unión Europea (UE), tanto de la UE de 15 países, como al de la nueva UE de 25 países, si bien es cierto que en este caso nuestra situación relativa ha mejorado bastante<sup>6,7</sup>. También lo es que existe una desproporción histórica entre el gasto sanitario público presupuestado y el realmente liquidado, generando una deuda histórica, así como que algunos parámetros como el número de camas por 1.000 habitantes o el de médicos y enfermeras/1.000 habitantes es comparativamente bajo respecto a los demás países de la UE, y que existen numerosas necesidades de atención sanitaria insuficientemente cubiertas<sup>5-7</sup>. Por todo ello se ha producido un consenso casi unánime en la necesidad de incrementar el gasto sanitario y la financiación del Sistema Nacional de Salud (SNS).

### El acuerdo de financiación de 2001

En el contexto de la finalización del proceso de transferencias se llevó a cabo

el último acuerdo de financiación sanitaria que tenía como grandes novedades el incorporar la financiación sanitaria a la general de las CCAA, y el incluir un mecanismo de reparto que tenía en cuenta la población y el porcentaje de personas mayores de 65 años, así como la insularidad (medida como distancia al punto más cercano de la península)<sup>8</sup>.

Los problemas de este acuerdo podrían resumirse en:

**1. Cálculo insuficiente del gasto inicial.** El acuerdo se basaba en el establecimiento de la liquidación de 1999 y su reparto de acuerdo con los nuevos criterios, evolucionando el gasto hasta 2001 de acuerdo con el crecimiento del PIB. Sin embargo no tenía en cuenta la costumbre de los servicios sanitarios de “dejar las facturas en el cajón” que consiste en que los gastos no cubiertos en el presupuesto que se producían a finales de año quedaban ocultos para aflorarlos a principios del siguiente año. Se ha estimado que con esta fórmula se ocultaría en torno a un 10 %-15 % del gasto real anual.

**2. Población fijada en 1999.** El acuerdo de 2001 fija la población (número de habitantes y porcentaje de mayores de 65 años) según el censo de 1999, dejando una cláusula de revisión en el caso de que alguna CCAA tenga un crecimiento

superior a 3 puntos del de la media española, lo que resulta prácticamente casi imposible, de hecho algunas CCAA (Madrid, Cataluña, Andalucía, etc.) han experimentado crecimientos muy notables sin que haya podido alcanzarse el nivel de revisión.

**3. Fondo de Cohesión.** El nombre induce a confusión porque realmente se limita a un fondo para pagar a los desplazados de otras CCAA y su gestión práctica se limita tan sólo a los que reciben asistencia hospitalaria.

**4. Financiación sin carácter finalista.** Aunque hablamos continuamente de “financiación sanitaria” la realidad es que el acuerdo de 2001 no obliga a las CCAA a destinar una partida específica a Sanidad, de manera que se trata de una decisión política el reparto final del presupuesto entre las competencias transferidas y ello explica en parte la notoria disparidad del gasto per cápita entre CCAA desde la finalización de las transferencias.

**5. Financiación basada en la capacidad económica de cada CCAA.** El sistema de financiación autonómica sustenta a ésta sobre los impuestos cedidos a cada autonomía, en la idea de que deben de hacerse autosuficientes para su financiación, dejando la capacidad del incremento del impuesto sobre los carburantes (el lla-

| CCAA               | €/habitante y año |
|--------------------|-------------------|
| La Rioja           | 996,57            |
| Cantabria          | 905,20            |
| Asturias           | 870,96            |
| Extremadura        | 854,23            |
| Aragón             | 831,72            |
| Castilla-La Mancha | 801,57            |
| Castilla-León      | 800,01            |
| Murcia             | 768,28            |
| Baleares           | 724,94            |
| Madrid             | 715,84            |

Fuente: Sánchez Bayle M<sup>9</sup>.

**Tabla 1.** Financiación per cápita de la transferencia a las CCAA en diciembre de 2001

mado “céntimo sanitario”) que ha sido usado por pocas CCAA hasta la fecha (Madrid, Cataluña, Asturias y Galicia). Por otro lado los impuestos “afectados” a la Sanidad (que sólo son transferidos si se transfiere ésta) son impuestos indirectos (IVA, alcohol, tabaco, carburantes) y por lo tanto tienen un marcado carácter regresivo. Una digresión que conviene hacer es que al tratarse de impuestos sobre el consumo, los generan todas las personas que consumen en el territorio de cada CCAA (tenga o no carácter legal su estancia), de manera que algunas argumentaciones sobre el papel de los emigrantes en la insuficiencia del sistema deben de ser matizadas.

Por otro lado conviene recordar el bajo gasto social de nuestro país que en muchas ocasiones presiona hacia la utilización inadecuada de los recursos sanitarios.

Y finalmente que en la recta final de la negociación cada autonomía, con excepción de la madrileña que aceptó sin más la propuesta inicial, procuró una cantidad más favorable a sus intereses, condicionando a ella la aceptación de la transferencia sanitaria, siendo La Rioja, a pesar de estar gobernada por el PP, la que mantuvo más tiempo este tira y afloja y consiguió finalmente una mayor financiación per capita (tabla 1)<sup>9</sup>.

## El acuerdo de 2005

La evidencia demostró 4 cosas: a) las CCAA incrementaron el gasto sanitario por encima de las cantidades previstas para su financiación cifrado en 4.846 millones de euros en 2003 por el Ministerio de Hacienda; b) hubo un gran crecimiento de población que se distribuyó de manera no homogénea entre las distintas CCAA; c) se produjo una gran disparidad entre el gasto per cápita entre ellas (media 2005: 1.054 euros, rango: 916 euros-1.290 euros, tabla 2), y d) se incrementó el endeudamiento de las CCAA<sup>10,11</sup>.

Además existe una situación de fondo que favorece el incremento del gasto basado sobre todo en el crecimiento del gasto farmacéutico y de la utilización de la tecnología sanitaria. Estas dos presiones de fondo dificultan una solución a largo plazo si no se resuelven, y a la vez tienen una solución muy complicada porque dependen de la cultura profesional, que sólo puede cambiarse a medio plazo, y de la gran capacidad de las multinacionales para fomentar la utilización de recursos<sup>12</sup>.

En este contexto, y en el ámbito de la Conferencia de Presidentes de septiembre y posteriormente de la reunión del Consejo de Política Fiscal y Financiera se aprobó un acuerdo (con la abstención de las CCAA gobernadas por el PP) que se queda a medio camino en la solución del problema<sup>13</sup>.

El acuerdo contiene varios aspectos positivos. El primero de ellos, sin lugar a dudas, es el incremento de 1.677 millones de euros, lo que supone un aumento del gasto sanitario público de casi un 0,5 % del PIB, con lo que recuperamos la posición que tenía cuando se comenzaron los gobiernos del PP. Otra novedad positiva son algunos de los conceptos de este incremento, muy especialmente el que tiene que ver con el fondo de garantía para compensar la distinta capacidad

| CCAA                 | €/habitante y año |
|----------------------|-------------------|
| Cantabria            | 1.290,93          |
| La Rioja             | 1.228,58          |
| Navarra              | 1.158,62          |
| Extremadura          | 1.142,34          |
| Asturias             | 1.111,23          |
| País Vasco           | 1.084,97          |
| Aragón               | 1.069,19          |
| Cataluña             | 1.061,59          |
| Castilla-León        | 1.047,04          |
| Canarias             | 1.032,31          |
| Baleares             | 1.022,05          |
| Castilla-La Mancha   | 1.004,47          |
| Galicia              | 976,00            |
| Madrid               | 949,29            |
| Andalucía            | 934,96            |
| Comunidad Valenciana | 916,68            |
| Murcia               | 914,54            |

Fuente: FADSP<sup>11</sup>.

**Tabla 2.** Previsión de gasto sanitario per cápita según CCAA en 2005

recaudatoria de las CCAA y paliarla en parte, y el fondo de calidad e igualdad del SNS que permite una mayor capacidad para hacer política sanitaria al Ministerio de Sanidad. Por fin se incrementan los impuestos sobre alcohol y tabaco, con la argumentación de que se trata de productos nocivos para la salud y que una mayor presión fiscal puede favorecer la reducción del consumo, no obstante la subida impositiva es muy modesta y

sus precios continúan por debajo del resto de los países europeos.

No obstante, las limitaciones son evidentes. La primera la insuficiencia financiera que plantea, pues resulta ilógico que si el propio Ministerio de Hacienda reconoce una desviación entre ingresos y gastos de casi 5.000 millones de euros en 2003 y una tendencia alcista de esta desviación con una proyección de 7.000 millones de euros en 2005, no se contemple solucionar cuando menos este desfase entre gastos en ingresos. Bien es cierto que se propuso una fórmula que planteaba la posibilidad de que las CCAA pudieran incrementar los impuestos sobre gasolina y consumo eléctrico, a lo que éstas se negaron en principio. Por otro lado existe la constatación de que las CCAA han adoptado decisiones presupuestarias para Sanidad muy diferentes, derivando fondos generales, lo que en principio es una de las explicaciones de la gran disparidad en el gasto per cápita<sup>14</sup>.

La segunda es que se mantiene básicamente el sistema de financiación de 2001, es decir, cada comunidad depende de los impuestos cedidos, que son sobre todo impuestos indirectos, y no se han corregido las importantes discrepancias que hay en el reparto de la base inicial (aumentos de población, etc.) y menos aún se garantiza que las cantidades perci-

bidas vayan a destinarse al sistema sanitario. La base ideológica está en la llamada "corresponsabilidad fiscal" que exige que las CCAA, puesto que tienen capacidad de gestión y decisión sobre el gasto, asuman también los costes políticos y de oportunidad de la recaudación impositiva que sustenta el gasto público, sin atender tal y como se ha referido a la distinta capacidad impositiva de cada CCAA que refleja una gran disparidad en la renta per cápita<sup>15</sup>. En este contexto no se entiende muy bien la actitud de las CCAA gobernadas por el PP en la medida en que este modelo de financiación fue el propuesto en su día por este partido y además condicionando la entrada en el modelo de financiación a la aceptación de la transferencia sanitaria.

La tercera y quizás la más importante tiene que ver con el hecho de que todo el proceso de debate se ha realizado ajeno a cualquier criterio sanitario, sin tener en cuenta ni analizar las necesidades de salud de la población ni los objetivos de salud del SNS. Resulta un tanto sorprendente y desde luego preocupante que sólo se haya tratado de conseguir más recursos para las CCAA sin abordar en ningún momento los problemas del SNS con un planteamiento exclusivamente economicista que evidencia que, como viene siendo tradicional en nuestro país,

la sanidad es considerada exclusivamente como un problema generador de gasto, y como mucho fuente de descontento y terreno abonado para la demagogia.

Esta preocupación ha sido expresada, con diferentes matices, por entidades de índole tan diversa como CCOO, UGT, FADSP y SemFyc y, en general, se han concretado en la petición de un Pacto por la Sanidad que incluya de una manera integral los aspectos de salud pública, económicos y asistenciales del futuro del SNS.

### **Algunas posibles soluciones**

---

Hasta aquí cómo han quedado las cosas. Existe un compromiso de debatir en el plazo de 2 años un nuevo modelo de financiación autonómica, lo que abre algunas expectativas de solución de los problemas detectados. En cualquier caso parece que ésta debería de venir dada por:

1. Establecer las necesidades en salud y las prioridades de la atención sanitaria mediante la elaboración del Plan Integrado de Salud. Lo que conviene recordar debería haberse elaborado de acuerdo con lo dispuesto en la Ley General de Sanidad<sup>16</sup>. Parece lógico pensar que la mejor manera de establecer las necesidades financieras del SNS es primero fijar los objetivos generales de la política sanitaria,

evaluar las actuaciones precisas para conseguirlo y los medios precisos (de infraestructuras, dotaciones, personal, etc.) y sólo después es factible el conocer de una manera aproximada los costes que supondrán estas actuaciones, todo lo demás es lo más parecido al voluntarismo y la improvisación.

2. Asegurar la suficiencia financiera del SNS. Evidentemente se precisa de una financiación suficiente del SNS y ello conlleva el compromiso de asegurar al menos los recursos que se están utilizando en el momento actual, contemplando además un incremento razonable (el del PIB por ejemplo), porque es impensable que el gasto vaya a disminuir aunque sólo sea por el efecto del aumento de población. Así por ejemplo el gasto farmacéutico, donde se ha hecho un esfuerzo de control, no se ha logrado disminuirlo, sino que su incremento pase del 12,66 % en 2003 y 13,06 % en 2004 al 6,4 % acumulado en 2005<sup>17</sup>, lo que es una buena noticia pero evidencia las dificultades que existen para disminuir el gasto sanitario.

3. Financiación específica sanitaria. Volver a recuperar el carácter finalista de la financiación sanitaria es un modelo que serviría para consolidar el funcionamiento del SNS y para dotarle de elementos de cohesión y coordinación. El posicionamiento de los incrementos pre-

supuestarios que aporta el Estado en los Fondos de Cohesión una vez que éstos, a partir de la Ley de Cohesión<sup>18</sup>, han quedado abiertos a tener una función de reequilibrio interterritorial, podría ser una buena solución, que estaría en concordancia con la dada a este mismo problema en otros países con un sistema sanitario territorializado como sucede en Italia o Canadá<sup>19</sup>.

**4. Reforzar el carácter progresivo de la financiación.** El modelo actual se basa en los impuestos indirectos (IVA, gasolinas, etc.) de fuerte carácter regresivo, sería pues conveniente el que se reforzase el papel de los impuestos progresivos para incrementar el carácter solidario y redistribuidor del sistema sanitario.

**5. Mejorar la eficiencia del SNS.** Se trata de un tema en el que todo el mundo está de acuerdo y sobre el que todos recalcan su importancia, sin que se haya avanzado al respecto, lo cual en Sanidad suele ser sinónimo de que se ha convertido en un eslogan y su aplicación práctica goza de escasa credibilidad entre los gestores y políticos del ramo. Un buen ejemplo es que algunas actuaciones sen-

cillas, y potencialmente útiles como la creación de agencias de compra de tecnología que aprovechen la capacidad de cliente preferente del sistema sanitario público, están todavía por explorar. Seguramente se debe a que se trata de medidas de impacto a medio plazo, difíciles de evaluar y que en todo caso suponen una profunda implicación, moral y cultural, de los profesionales, aparte de ir contracorriente en un entorno donde prima la sobreutilización tecnológica, el abuso de lo novedoso y los potentes incentivos de la industria tecnológica y farmacéutica. No obstante se trata de la clave no sólo de la sostenibilidad económica, sino también de la eficacia y eficiencia de los sistemas públicos de salud.

En conclusión, no se ha producido la solución a los problemas de la financiación del SNS que continúan estando pendientes. Parece difícil que ésta pueda conseguirse sin reforzar los mecanismos de cohesión y coordinación del sistema sanitario público, pero además precisa el abordar los objetivos y necesidades de salud de los ciudadanos y el compromiso de los profesionales de la salud.

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud: sucinta descripción del sistema y evaluación del mismo. Madrid: 1991.
2. Pérttega Díaz, Pita Fernández S. Técnicas de regresión: regresión lineal simple. Cad Aten Primaria. 2000;7:91-4.
3. World Health Organization. The World Health Report 2004. Changing history. Disponible en: [www.who.org](http://www.who.org) Visitado 21/9/2005.
4. Sánchez Bayle M, Martín García M, Reverte Cejudo D. Limitaciones del uso de la relación entre el gasto sanitario y PIB per cápita. Gest y Eval de Costes Sanitarios. 2004;5:21-6.
5. Navarro V. La Sanidad en España. Salud 2000. 2005;102:5-14.
6. OECD Health Data 2004. Disponible en: [www.oecd.org](http://www.oecd.org) Visitado 21/9/2005.
7. Eurostat Sante. Disponible en: [www.europa.eu.int/comm/eurostat](http://www.europa.eu.int/comm/eurostat) Visitado 21/9/2005.
8. Sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común. Madrid: Ministerio de Hacienda; 2001.
9. Sánchez Bayle M. Después de las transferencias sanitarias. Salud 2000. 2002;85:2-4.
10. Aizpelo LR, Marcos P. El PP apoyará la financiación sanitaria si Solbes garantiza que no hay discriminación. El País; 13/9/2005. p. 18.
11. FADSP. Comparación entre los servicios de salud de las CCAA. Salud 2000. 2005;102:22-3.
12. Smith R. Medical journals are an extension of the marketing arm of pharmaceutical companies. Plos Medicine. 2005;2:364-6. Disponible en: [www.plosmedicine.org](http://www.plosmedicine.org)
13. Aizpelo LR, Marcos P. Aprobado el sistema que da más recursos para la sanidad con la abstención del PP. El País 14/9/2005. p. 16.
14. Sánchez Bayle M. Los retos del Sistema Nacional de Salud. Rev Adm Sanit. 2003;1:471-86.
15. De la Fuente A. Los mecanismos de cohesión territorial en España: un análisis y algunas propuestas. Laboratorio Alternativas. Documento de trabajo 62/2005.
16. Ley General de Sanidad. BOE 29/4/1986:15207-24.
17. Disponible en: [http://www.msc.es/Diseno/informacionProfesional/profesional\\_farmacia.htm](http://www.msc.es/Diseno/informacionProfesional/profesional_farmacia.htm) Visitado 30/9/2005.

**18.** Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE 29/5/2003:20567-88.

**19.** Rey J, editor. Jornadas sobre descentralización y transferencias sanitarias. Madrid: CCOO; 2001.

