
La financiación de los servicios sanitarios: una parte de un debate más amplio

J. Rey del Castillo

Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.

Correspondencia: Javier Rey del Castillo. Ministerio de Sanidad y Consumo. P.º del Prado, 18-20, despacho 5088. 28071 Madrid.

(Financing health services: part of a broader debate)

En el momento actual constituye ya un lugar común, en el que han coincidido diversos análisis^{1,2}, que la descentralización de los servicios sanitarios que ha tenido lugar en España se produjo por razones de política general ajenas en su raíz a la mejora del funcionamiento de los servicios sanitarios, y que esta descentralización fue sobre todo parte de un proceso más amplio, que pretendía ceder áreas de poder y responsabilidad a unas entidades, las Comunidades Autónomas (CC.AA.), inéditas en el panorama político español.

Tal condición general permite también comprender por qué la existencia hasta ahora de un sistema específico de financiación de la asistencia sanitaria no debe ser considerada como expresión de la definición de un sistema diferenciado de solidaridad interpersonal e interterritorial: el establecimiento del sistema propio de financiación sanitaria, fijado en el artículo 82 de la Ley General de Sanidad, respondió más bien a la dificultad de promover una forma distinta de distribución de fondos presupuestarios cuyo origen principal eran en aquel momento las cotizaciones sociales, cuya distribución autonómica no formaba ni forma parte de la descentralización general.

Se ha subrayado también la contradicción existente entre un criterio sanitario teórico de equidad al que se refiere la Ley General de Sanidad (la igualdad en el acceso a los servicios) y el adoptado por la misma norma para la distribución de los fondos sanitarios (con arreglo a la población de cada territorio)^{3,4}; esta contradicción podría considerarse también expresiva de una escasa especificidad en la configuración práctica de la organización y la financiación sanitarias, en cuyo contexto los fondos sanitarios han representado un papel principal de contribución a la financiación autonómica general.

La misma consideración permite también entender que el origen y la evolución del sistema de financiación

general y el sanitario, aunque separados, sean similares (ambos sistemas partieron de una distribución de fondos a las CC.AA. basado en el coste efectivo, calculado con diferentes reglas, de los servicios tras pasados en cada caso; en ambos casos la financiación evolucionó posteriormente a una distribución basada en criterios poblacionales; los correctores de esos criterios establecidos en la financiación autonómica general presentan también amplias coincidencias con los que se han barajado, sin llegar a aplicarse, en la financiación sanitaria); y que una de las propuestas más reiteradas para la financiación sanitaria sea su integración de una u otra forma en el ámbito de la financiación autonómica general⁵.

Un último rasgo de la profunda interrelación entre la financiación sanitaria y la descentralización autonómica es la importancia que tiene aquélla para ésta, toda vez que los presupuestos sanitarios en las CC.AA. con las transferencias «completas» (es decir, incluidas las del INSALUD, aún pendiente de traspasarse a 10 CC.AA.) representan en torno al 36% del total de la aportación del Estado a la financiación de estas últimas³. Y justifica también el profundo interés de los partidos nacionalistas por la financiación sanitaria en los debates correspondientes en torno a la discusión parlamentaria de la Ley General de Sanidad⁴.

Los problemas y la evolución del sistema de financiación sanitaria

Las repetidas descripciones que se han hecho del sistema de financiación sanitaria establecido en dicha ley permiten evitar aquí una nueva descripción pormenorizada del mismo y de su evolución hasta la actualidad.

Entre sus problemas más habitualmente referidos se han encontrado desde el inicio la insuficiencia presupuestaria (que ha exigido sucesivas «operaciones de saneamiento»); la falta de claridad, inestabilidad y diferencia en los criterios aplicados a la financiación de las diferentes CC.AA. que han obtenido el traspaso de los servicios sanitarios, lo que ha generado desigualdades en la distribución presupuestaria territorial; y su ineficiencia. Algunos de esos factores se han combinado para determinar la ineficacia de los presupuestos sanitarios como instrumentos de control del gasto, cuyo ritmo de crecimiento (de manera destacada el gasto farmacéutico si se compara la distribución interna del gasto sanitario con el de otros países) ha resultado hasta ahora muy difícil de controlar, convirtiéndose por sí mismo en un problema central.

Son también conocidas las reformas introducidas en este sistema de financiación en 1994 y 1997. En la primera de esas fechas, las medidas adoptadas⁶ se dirigieron principalmente a establecer un punto de partida de suficiencia relativa de la financiación sanitaria, así como a promover una aplicación homogénea de los criterios de distribución presupuestaria, estableciendo también un criterio específico para la determinación del crecimiento anual de los presupuestos sanitarios, en relación con el PIB nominal previsto (esta medida estaba orientada a proporcionar claridad y estabilidad al sistema, pero también al control del gasto sanitario, que venía creciendo a un ritmo superior al del PIB desde la implantación del sistema de financiación; la eficacia de la medida en este segundo sentido fue escasa, porque en los años siguientes el gasto sanitario siguió creciendo en términos reales por encima del PIB^{3,7}). De los objetivos citados, el primero de ellos no se llegó a alcanzar, en parte por una incompleta determinación de las deudas pendientes en cada uno de los servicios responsables de la gestión y en otra parte por la reducción de la dotación presupuestaria de aquel año, establecido como punto de referencia para presupuestos sucesivos, al computar determinados ahorros previstos por «mejoras en la gestión» antes de haberse evidenciado los efectos de éstas.

Por su parte, la reforma adoptada en 1997 para el período 1998-2001^{7,8} no modificó sustancialmente los avances alcanzados con el sistema anterior, introduciendo, sin embargo, un fondo complementario de financiación para «gastos extraordinarios», obtenido parcialmente a partir de nuevas «mejoras en la gestión». Los criterios adoptados para la distribución de éste (por docencia y asistencia hospitalaria a pacientes desplazados) beneficiaron netamente a Cataluña³, formando parte de un conjunto de medidas que propiciaron el apoyo del grupo parlamentario de CiU, entonces necesario, a la aprobación de los Presupuestos Generales del Estado. La adopción de este acuerdo puso de esa manera de manifiesto la susceptibilidad de los co-

eficientes de distribución para adaptarse a los criterios políticos dominantes en cada caso, bajo un aspecto de aparente objetividad.

Situación actual y perspectivas de futuro

Así las cosas, el sistema de financiación sanitaria en vigor, que caduca con el final del año 2001, sigue adoleciendo de diferentes problemas:

— En primer lugar la suficiencia, frente a la cual existen diferencias de apreciación entre distintas Administraciones (desde un punto de vista general se ha valorado⁹ que aunque España gasta menos que la media de Europa en recursos per cápita, no es así en esfuerzo respecto a su nivel de riqueza, en términos de PIB, comparado con el porcentaje de PIB dedicado a sanidad, en lo que los niveles son equiparables; la diferencia en promedios en el primer caso es, de cualquier forma, mayor en gasto público que en privado). Dejando al margen las Comunidades Forales (con un régimen de financiación peculiar, igual que en la financiación general), algunas de las CC.AA. con alto nivel de renta reivindican un nivel más alto de gasto sanitario en relación directa con la renta. Es precisamente desde estos ámbitos desde donde se plantea de manera más abierta la posibilidad de complementar la financiación pública con otras aportaciones personales¹⁰.

Por otra parte, el establecimiento de un punto de partida de suficiencia (la suficiencia «estática») ha sido un denominador común de todas las modificaciones del sistema de financiación que han tenido lugar hasta ahora. En la práctica, eso quiere decir que cualquier modificación del sistema ha debido venir precedida o acompañarse de ampliaciones de crédito, cuya idoneidad y grado de cobertura de las demandas de aumento del gasto desde diferentes Administraciones ha sido valorado de manera distinta por éstas.

Esa demanda de suficiencia «estática» se acompaña de una demanda de suficiencia «dinámica», que permita atender los sucesivos aumentos del gasto (previ- sibles, conforme a la valoración realizada anteriormente, a medida que los niveles de renta españoles se acerquen a los promedios europeos).

— Por su parte, la eficiencia del sistema y el control del ritmo de crecimiento del gasto sanitario siguen siendo otras de las principales cuestiones pendientes. Las razones de crecimiento de este último desde hace más de una década se han puesto en relación con el incremento de la prestación real media^{7,11,12}. Pero frente a ellas, la organización sanitaria autonómica ha resultado ineficaz, y ha contribuido de manera negativa al control de crecimiento del gasto¹³.

La mayoría de los análisis atribuyen esa escasa eficacia a la ausencia de corresponsabilidad fiscal, lo que

asemeja la caracterización del problema a la que se hace de la financiación autonómica general^{14,15}.

De otro lado, y aunque la descentralización sanitaria se ha valorado positivamente como favorecedora del aumento del gasto sanitario⁴, el control del crecimiento de este último es un elemento crucial para el mantenimiento de la universalidad y gratuidad del sistema, y su aumento no controlado puede llevar por sí mismo a poner en cuestión de una u otra manera esas características básicas de nuestro sistema sanitario.

— Se trata, por último, de un sistema de financiación no cerrado, en el que la referencia última del gasto era y es la parte del INSALUD no transferida (hoy minoritaria), que no resulta aplicable a un sistema sanitario descentralizado por completo. La previsible finalización del proceso de transferencia del INSALUD a las CC.AA. pendientes de ella exige, en consecuencia, el establecimiento de un nuevos sistemas de organización, coordinación, y también de financiación, de los servicios sanitarios.

Entre las características de ese nuevo sistema, la simetría no sólo competencial, sino también financiera, parece una característica necesaria. Esta última supone la aplicación de unos mismos criterios de financiación para todas las CC.AA., aunque de ello no debe necesariamente derivarse la igualdad en financiación per cápita de todas ellas. Se trata, sin embargo, de un requisito de estabilidad indispensable para evitar que la definición del sistema dependa en cada caso de la correlación de fuerzas y de las necesidades políticas generales, cuyo predominio contribuye, por el contrario, a provocar la inestabilidad descrita, como la última modificación del sistema de financiación parece haber demostrado de una manera muy palpable.

Sin embargo, en relación con la simetría del sistema financiero, se han expresado opiniones en el sentido de que debe respetarse la autonomía de decisión de las CC.AA., propiciando la existencia de «válvulas de escape» para ampliar la prestación sanitaria por parte de cada una bajo su propia responsabilidad fiscal¹⁶.

Las propuestas de solución de esos problemas generales se ha venido concretando a lo largo de los últimos años en dos direcciones distintas, basadas respectivamente en la mejora de los criterios de reparto territorial del gasto y en la descentralización de los ingresos, siguiendo en este último caso los patrones de la corresponsabilidad fiscal que ya se han comentado. Una y otra suponen además una distinta priorización de los problemas señalados.

En la primera de esas líneas, el énfasis se pone en la mejora de los criterios de distribución, discutiendo la posibilidad de introducción de criterios de ponderación de la distribución poblacional pura. Los trabajos proponiendo diferentes correctores, así como los efectos de los mismos sobre las distintas CCAA han sido muy

numerosos (pueden servir de ejemplo muchos de los que se citan al final de este texto), sin que haya sido posible alcanzar un acuerdo sobre unos determinados correctores, o una combinación de ellos, que ofrezca suficientes ventajas financieras para todas las administraciones. Otros trabajos en esa línea se han orientado a la aplicación de algunos métodos de estimación de las necesidades sanitarias, singularmente el RAWP británico, a la situación de nuestro país. Algunos autores han defendido también las ventajas (entre otras la sencillez) de aplicar la distribución poblacional pura⁸. Finalmente, partiendo de la existencia de desigualdades tanto en salud como en recursos entre las CCAA, que justifican la necesidad de políticas de nivelación, otros debates en esa línea se han dirigido a valorar si la misma debe hacerse a través del gasto corriente o, por el contrario, deben establecerse fondos específicos para ello.

Por su parte, los trabajos centrados en la línea de la corresponsabilidad fiscal se orientan preferentemente al logro de la eficiencia en el funcionamiento del sistema. Su grado de desarrollo ha sido menor y, sobre todo, se ha alcanzado un nivel mucho más reducido de propuestas concretas para determinar qué impuestos podrían cumplir ese papel en el ámbito específico de la financiación sanitaria.

Otros aspectos complementarios

Frente a las posiciones más habituales que se han indicado, lo que se trata de subrayar aquí es que hay razones de otro carácter que deberían tenerse en cuenta de cara a la definición de nuevos sistemas de organización y financiación sanitarias.

Algunas razones que tienen que ver con la naturaleza de los servicios sanitarios, considerada desde dos perspectivas distintas

1) Una primera está en relación con los aspectos colectivos de la organización sanitaria, y debe partir de valorar el papel que se ha atribuido a los servicios sanitarios en España coincidiendo con el proceso de descentralización.

Conforme a la descripción realizada al principio, nuestros servicios sanitarios han formado más bien parte hasta ahora de un sistema general de identificación regional y de aportación de fondos a las CCAA, antes que constituirse en sistema de protección específico, de carácter universal y solidario.

Ese papel indiferenciado no es igual al que desempeñan los servicios sanitarios en otros países de organización descentralizada federal o similar, en los que la protección sanitaria universal es un elemento de agregación nacional, de favorecimiento de la movilidad

personal y laboral, e incluso de diferenciación respecto a otras realidades nacionales cercanas¹⁷.

2) Pero desde el punto de vista personal, la protección sanitaria ocupa también una posición peculiar, incluso entre los servicios que contribuyen a la redistribución de la riqueza y, de esa manera, a la solidaridad y la cohesión social.

Se ha señalado que lo importante respecto a la protección sanitaria es la equidad planteada en términos personales, y no tanto su valoración a nivel territorial, que puede mantener notorias desigualdades internas dentro de una distribución por regiones más semejante¹². Por otra parte, la redistribución que se realiza a través de estos servicios no tiene lugar a través de su financiación, sino mediante el gasto que se realiza para prestar la atención en cada caso; el efecto redistributivo neto se ha calculado que representa en España el 31% del gasto público realizado¹⁸. Expresado en otros términos, se contribuye también a reducir las desigualdades en renta mediante la prestación universal de los servicios, sin necesidad de otras compensaciones económicas directas¹⁹.

Sin embargo, eso hace que los servicios prestados en este caso resulten difícilmente compensables a nivel personal por otros servicios (no resulta personalmente intercambiable la protección sanitaria por otra prestación diferente que se pueda considerar preferente a nivel territorial). Y, en este sentido, debe considerarse que, aunque los ejercicios que se realizan para valorar la posibilidad de que se compense la financiación territorial de diferentes servicios (como los educativos y los sanitarios) resulten de interés para valorar la posibilidad de su integración en un sistema de financiación común¹¹, tales ejercicios resultan sólo de un valor relativo para su aplicación real si se pretende mantener una protección sanitaria universal.

La consecuencia más coherente con ambos tipos de razones sería el establecimiento de un sistema específico de financiación sanitaria, con criterios propios de equidad (planteados en términos de «igualdad en especie», en el acceso a los servicios según el criterio más común).

Desde un punto de vista comparado, ésa es la situación más común en los Servicios nacionales de salud que funcionan en sistemas descentralizados de diferente carácter, en los que el cálculo de la financiación sanitaria es específico y diferenciado²⁰.

Esa situación se compensa con una tendencia a que en esos países el uso de los fondos recibidos sea de libre disposición y uso indiferenciado de otras partidas de gasto autónomo por parte de las entidades descentralizadas; pero la asignación con arreglo a criterios específicos permite establecer estándares en la cobertura de servicios, de los que demandar responsabilidades a las entidades que llevan a cabo la gestión y reciben fondos específicos para ello.

En esa clase de sistemas sanitarios descentralizados se observa también la tendencia a financiar los servicios sanitarios con impuestos propios de las entidades descentralizadas, pero, siguiendo el criterio de que no se deben descentralizar por completo las políticas estatales que se consideren básicas para combatir las fuentes de desigualdad^{12,21}, se plantea el mantenimiento de una parte de responsabilidad central, y, más en concreto, la necesidad de compensar con fondos centrales la desigual capacidad tributaria.

Por otra parte, la financiación primordial a través de recursos propios de las entidades regionales o, en general, descentralizadas, disminuye la percepción de la condición universal de los servicios públicos sanitarios, a la vez que reduce la capacidad de control sobre el mantenimiento de los principios básicos de la equidad del sistema.

Otro grupo de consideraciones tienen que ver con la eficiencia del sistema sanitario en su conjunto y el control del gasto sanitario

1) En primer lugar, como se ha señalado, las ineficiencias del sistema sanitario se han puesto en relación principalmente con la ausencia de corresponsabilidad fiscal por parte de las CC.AA. que disponen para la gestión de sus servicios sanitarios de unos recursos de cuya generación no responden, defecto similar al que se ha atribuido al sistema de financiación autonómica general.

Diferentes valoraciones más recientes^{11,20} han coincidido, sin embargo, en señalar que las limitaciones en la capacidad recaudatoria de los tributos que pueden ser cedidos, como propios o como participación en los del Estado, a las CC.AA. en un régimen normal de descentralización fiscal no permitirían mantener con ellos los servicios sanitarios, menos aún cuando se produzca la descentralización completa de su gestión. En consecuencia, «un sistema de transferencias sobre los ingresos del Estado que acompañe como elemento residual el de participaciones en recaudaciones propias aparece en todos los casos como inevitable»¹¹.

Sea cual sea el sentido porcentual que se pretenda atribuir a la expresión «residual», el mantenimiento de una parte de financiación centralizada da pie a que la escasez de la financiación sanitaria en su conjunto se mantenga como posible referencia de las insuficiencias presupuestarias que puedan producirse en el futuro, demandando para su solución un aumento de la financiación general.

Éste ha sido el comportamiento habitual de algunas de las CC.AA. en las que el déficit presupuestario es más elevado (como ejemplo puede servir la negociación de la financiación sanitaria en 1997). La misma reclamación de aumento de la financiación sanitaria general ha sido también la pauta de respuesta a los recientes problemas de las listas de espera²².

De ese escenario deriva la necesidad de establecer mecanismos que permitan valorar la eficiencia real en la gestión de los servicios por parte de las Comunidades Autónomas, como mecanismo al menos tan importante como los niveles de corresponsabilidad fiscal que puedan introducirse para estimular la eficiencia de aquéllas.

2) El funcionamiento eficiente de los servicios y el control del gasto sanitario tienen, por otra parte, otro componente principal en las prestaciones cubiertas y los servicios prestados.

Para su valoración es preciso partir de la consideración de las razones del incremento del gasto sanitario que, como se ha señalado, están principalmente en relación con el incremento de la prestación real media desde hace más de una década. Los determinantes de ese incremento (la ampliación de las prestaciones cubiertas y el aumento del coste de los servicios) son atribuibles a factores que actúan de manera global sobre el conjunto del sistema sanitario (así, por ejemplo, los sistemas de aprobación y financiación de nuevos productos farmacéuticos; o la introducción de nuevas tecnologías).

Frente a esa situación, la respuesta del propio sistema continúa favoreciendo el principio de autonomía en la gestión de los servicios sobre la coordinación, ocultando las ventajas que podría proporcionar esta última para el conjunto del sistema en una situación de casi monopolio de la demanda. Las iniciativas unilaterales secundarias a la descentralización (no sólo a nivel regional, sino hasta los centros y servicios) en las políticas de compras y prestaciones, de las que caben numerosos ejemplos recientes, por la vía de la emulación entre distintas administraciones para alcanzar siempre el nivel más amplio, incluso en ausencia de evidencias claras sobre la eficiencia de las medidas adoptadas, proporcionan oportunidades a la ampliación descontrolada de la demanda.

Todo ello conduce a estimar que, en tanto no se fomenten políticas coordinadas en este campo, lo probable es el aumento creciente del gasto y la demanda de mayores recursos sin control de la eficiencia de lo gastado.

Cuestiones peculiares relacionadas con la equidad en el funcionamiento de un sistema descentralizado

1) La igualdad en el gasto regional per cápita no es un criterio de equidad en los sistemas sanitarios con diferentes tipos de descentralización. Las desigualdades en ese concepto están presentes en todos ellos, tanto en países federales, como Canadá, como entre regiones de sistemas de descentralización hasta ahora sólo administrativa, como el Reino Unido, en cifras porcentuales superiores a las que existen en España^{12,16}. Aunque tales desigualdades se han considerado ex-

presivas de la relación entre gasto sanitario y renta en algunos casos, en otros reflejan la necesidad de diferentes niveles de gasto regional para alcanzar determinadas condiciones generales de equidad sanitaria (relacionadas con el acceso a los servicios) establecidas de manera específica.

En el caso español, aunque se constata la existencia de desigualdades, se ha analizado la tendencia dinámica a la convergencia en el gasto sanitario regional per cápita entre las CC.AA. españolas entre 1984 y 1996 (esa tendencia a la convergencia regional parece haberse invertido con la financiación sanitaria promovida por el Partido Popular para el período 1997-2001); lo que, no tratándose de un criterio de equidad sanitaria, se ha considerado una expresión más de la supeditación del gasto sanitario a objetivos globales de igualdad en el gasto público regional per cápita, más propios de una consideración política general de éste²³.

2) Los planteamientos de equidad en sistemas descentralizados tienen, por otra parte, algunas expresiones específicas. Se citan dos de ellas con especial relevancia para nuestro país.

La primera se refiere a los desplazamientos de pacientes. Las razones para éstos pueden ser espontáneas, en relación con circunstancias personales o laborales, o inducidas, para recibir tratamientos no accesibles en la propia región de residencia. La solución más adecuada para estos problemas no es en muchos casos una ineficiente multiplicación de servicios, cuya calidad, por otra parte, puede ponerse en cuestión si se produce esa circunstancia. La planificación histórica de los servicios puede también hacer a los pacientes de ciertos territorios tributarios de los servicios sanitarios situados ahora en una diferente Comunidad Autónoma. Y, como el reciente problema de las listas de espera ha puesto de relieve, la cooperación entre centros puede ser en todo caso puntualmente necesaria.

Las condiciones de un sistema sanitario de protección universal para todos los ciudadanos del país exige en todo caso como requisito imprescindible que no se produzca el rechazo de pacientes en los centros por razones de pertenencia territorial. Con independencia de los sistemas de compensación económica a que ello deba dar lugar, se trata de un requisito que está en vigor en todos los países en los que coincide la cobertura universal vinculada a la condición de ciudadanía y una gestión descentralizada de los servicios. Y aunque hay sistemas específicos, como la Organización Nacional de Trasplantes, que garantizan la «libre circulación» en esas áreas, los rechazos de pacientes por centros de territorios distintos al de residencia han alcanzado ya incluso los ámbitos de las publicaciones no sanitarias²⁴.

Otro aspecto distinto es la repercusión de las aportaciones personales (tasas, copagos) a la financiación

de la asistencia sanitaria. Aunque se trata de un tema en permanente discusión, y es frecuente la propuesta de su introducción desde los ámbitos económicos de los gobiernos, preocupados por el ritmo de crecimiento del gasto sanitario en todas partes, lo que no suscita discusión en los países con gestión sanitaria descentralizada es la inequidad que resultaría de introducir esa clase de aportaciones de manera distinta en diferentes regiones de un mismo país, posibilidad que debe ser, por eso, rechazada.

Puesto que se trata de cuestiones centrales para la equidad del sistema, hay algunos países, como Canadá, que condicionan una pequeña parte de la financiación sanitaria, bajo control central, al mantenimiento de las condiciones de equidad citadas por parte de las administraciones regionales (las «provincias» en aquel caso) y, en consecuencia, a la evitación de esas prácticas. Este sistema de financiación parcial condicionada, frente a los fallos que se han producido en el nuestro con una coordinación deficitaria, ha demostrado su eficacia en la práctica²⁵.

Una visión general del futuro de la financiación sanitaria

Del conjunto de las razones más habitualmente esgrimidas en este campo y las otras razones apuntadas se podría deducir una perspectiva de futuro en los siguientes términos:

1) Plantear el debate sobre el futuro de la financiación sanitaria de manera aislada no resulta adecuado por diferentes razones:

— En primer lugar, las medidas que se pueden adoptar a ese nivel no son suficientes para resolver los propios problemas de esa financiación, de manera especial su suficiencia, la eficiencia y el control del gasto.

— En segundo lugar, el debate exclusivo sobre la financiación sería expresión del predominio del principio de autonomía por encima de la consideración de los servicios sanitarios como instrumento específico de solidaridad y cohesión social, y se orientaría, como viene ocurriendo, al horizonte político general de conseguir una financiación pública capitativa global igual para todas las Comunidades Autónomas, con compensaciones también globales.

La evolución más probable de esa pérdida de especificidad sería la tendencia a la diferenciación de la protección sanitaria en diferentes territorios, y la pérdida del carácter universal de ésta a través de mecanismos diversos (entre ellos, el rechazo de la atención de pacientes desplazados, el establecimiento de niveles de aportación personal (tasas; copagos) distintos en diferentes territorios, o la definición de prestaciones diversas).

Por todo ello, el debate sobre esa financiación debería enmarcarse en un debate más amplio sobre la organización sanitaria una vez que se complete el proceso de traspaso de su gestión a las CC.AA. Ese debate debería llevarse a cabo en un foro específico, diferente a los foros autonómicos financieros, en los que todas las cuestiones se reducen a los aspectos mencionados.

2) En el debate sobre el mantenimiento de un sistema específico de financiación sanitaria o su integración en el conjunto de la financiación autonómica hay razones basadas en la propia naturaleza de los servicios sanitarios y en el análisis comparado de otros sistemas descentralizados que avalan la primera de esas opciones.

Por su parte, algunas de las razones que se han apuntado para apoyar la segunda opción (las ventajas en mayor financiación que se derivarían de la aplicación de los índices de crecimiento previstos en la LOFCA frente a la indiciación por el PIB nominal previsto específicamente en el sistema de financiación sanitaria^{20,26} tienen un carácter meramente coyuntural (de hecho, con unos índices distintos o inexistentes en la situación anterior se ha considerado que la integración de la financiación sanitaria en la autonómica en el momento en que comenzó a demandarse la misma «habría llevado al caos financiero al conjunto de la financiación sanitaria»¹¹).

De la misma manera, el mayor grado de estabilidad y la menor sensibilidad a la variación en las relaciones políticas que cabría esperar de la integración de la financiación sanitaria en la autonómica general¹¹ podría compensarse con la intensidad de la preferencia política que pudieran expresar las distintas administraciones por el mantenimiento de un sistema universal de protección sanitaria, en cuya gestión global pudieran participar de manera distinta a como ahora lo hacen.

3) Dado el origen centralizado de la actual financiación sanitaria el establecimiento de criterios de reparto de ésta es inevitable, sea porque se constituya como única fuente de financiación o como base para el cálculo de los fondos que deberían obtenerse por cada Administración con cargo a sus propias responsabilidades fiscales.

Los análisis sobre criterios de distribución, e incluso las formas en que deben establecerse mecanismos de compensación (a través del gasto global o mediante partes específicas del mismo destinadas a esos fines) permiten disponer de información técnica suficiente como para permitir que se adopten decisiones en ese campo. Sin embargo, la dificultad de llegar a un acuerdo sobre criterios de reparto no es de carácter técnico, sino de naturaleza política, en relación con el objetivo prioritario de cada Administración de obtener la mayor proporción posible de fondos en el reparto.

La solución de esa dificultad podría facilitarse si lo que se propone no es un objetivo exclusivo de financiación autónoma sin control de su uso, sino el compromiso de todas las Administraciones en el mantenimiento de unos servicios sanitarios de protección universal y equitativa, su participación en la gestión global de los mismos, la determinación de unos indicadores específicos de distribución acordes con los objetivos de equidad del sistema sanitario, y el control de estos últimos.

En ausencia de ese objetivo común el volumen de la financiación sanitaria para cada Administración se convierte en un objetivo por sí mismo, y su mantenimiento al margen de la financiación autonómica general puede incluso proporcionar márgenes adicionales de maniobra política al gobierno central correspondiente, como demostró el acuerdo de 1997.

4) Existe una limitación objetiva para la obtención de fondos fiscales por parte de las CC.AA. para la financiación sanitaria, sea con cargo a sus tributos propios, o incluso añadiendo a los mismos los procedentes de la participación en los tributos estatales, siempre que la distribución de los tributos se mantenga en los límites fiscales comunes en sistemas políticos comparables. Por otra parte, la financiación sanitaria con cargo a los ingresos fiscales de las Comunidades Autónomas no parece tampoco ofrecer garantías de sostenimiento de un volumen de financiación estable¹¹.

Como consecuencia, y sin perjuicio de lo que pueda avanzarse en ese campo, parece inevitable en el futuro el mantenimiento de una parte de la financiación sanitaria a través de transferencias sobre los ingresos del Estado.

A su vez, las limitaciones que se derivan de ello para que los mecanismos de corresponsabilidad fiscal actúen como incentivo único de la eficiencia autonómica en la ejecución de los presupuestos sanitarios son evidentes, y se hacen necesarios otros mecanismos de incentivación complementarios. De entre ellos, el más claro parece la constitución de un sistema de información sanitaria, incluida su financiación, que permita conocer la eficiencia en la gestión sanitaria de las diferentes administraciones, contribuyendo con ello al control de las demandas de aumento del gasto.

5) La estructura formal con la que podría constituirse un sistema de información como el citado podría ser comparable a la adoptada en el sistema sanitario canadiense, en el contexto de la estructura federal del país, como «organismo federal pero independiente, constituido como entidad sin ánimo de lucro, responsable de coordinar el desarrollo y mantenimiento de la información sanitaria integrada para el conjunto del país. Su Consejo de Dirección, compuesto por 15 miembros, está constituido proporcionalmente para hacer posible el equilibrio entre los diferentes sectores sanitarios y regiones de Canadá»²⁷.

Esa misma estructura, u otra de similar carácter, podría adoptarse para la coordinación de otras actuaciones sanitarias cuyo desarrollo contribuiría a promover la eficiencia del sistema sanitario español en su conjunto, y el control del crecimiento del gasto. Es el caso, por ejemplo, de una central de compras del sistema, o una agencia de evaluación de tecnologías y prestaciones, que debería integrar en este último caso las diferentes iniciativas que se están desarrollando ya en distintos ámbitos.

Otra iniciativa imprescindible para el desarrollo coordinado del sistema, e incluso para resolver determinados aspectos de la distribución de la financiación sanitaria, es la implantación de una tarjeta sanitaria uniforme para todo el sistema, cuyos obstáculos de implantación son sólo de carácter político, y cuya inexistencia resulta injustificada por completo a la vista de los avances informáticos. Por otra parte, la homogeneización y centralización de las bases de datos correspondientes, aunque en su control deban participar también las Comunidades Autónomas, permitiría establecer una única fuente fiable e independiente de otras ajenas al sistema sanitario para la distribución de la financiación de este último; a la vez, sería coherente con su carácter de sistema de protección universal, y evitaría los problemas que todavía se derivan de la existencia de diferencias en el título de acceso a la cobertura sanitaria.

6) A los elementos de distribución presupuestaria y corresponsabilidad fiscal que son habitualmente planteados en los debates sobre la financiación sanitaria debería unirse un tercer componente: se trataría de considerar la posibilidad de mantener una parte limitada (que podría situarse entre el 5 y el 10% del total) de financiación de distribución central, cuya entrega a cada una de las CC.AA. estuviera condicionada al mantenimiento por éstas de determinadas condiciones de equidad y eficiencia en el funcionamiento del sistema.

Entre las primeras podrían incluirse la inexistencia de rechazo o demoras para los pacientes de otros territorios, o el compromiso de no implantar pagos personales no adoptados en el conjunto del sistema. Por su parte, entre las segundas cabría incluir el compromiso de no introducir nuevas prestaciones o innovaciones tecnológicas sin haber sometido su introducción a debate previo en los órganos de coordinación que pudieran crearse para ello.

Para la distribución de esa parte de la financiación podrían precisarse los porcentajes a distribuir en cada caso. El cumplimiento de esas condiciones debería controlarse por un organismo central, en cuya constitución debería también existir participación autonómica.

Con esta parte de la financiación, cuya filosofía es similar a la de algunos fondos que existen en otros países de estructura política semejante a la nuestra, se trataría de establecer también incentivos financieros al

funcionamiento solidario de nuestro sistema sanitario, en cuya ausencia se ha venido produciendo una deriva hacia la descoordinación del mismo, que puede terminar por poner en cuestión su carácter universal.

7) La dificultad de implantar algunas de estas medidas no se deriva tampoco de los problemas que pudieran surgir para su desarrollo técnico, sino de la falta de apoyos políticos que ha recibido hasta ahora el mantenimiento del carácter específico, universal y solidario del sistema sanitario. Esos apoyos no fueron suficientes por parte del Partido Socialista incluso durante el debate de la Ley General de Sanidad, momento

en el que los partidos nacionalistas acentuaron sus demandas de aumento del volumen y el manejo autónomo de la financiación sanitaria⁴. A la vista de sus posiciones sanitarias y generales sobre el estado de bienestar, tales apoyos parecen todavía menos probables por parte del Partido Popular.

Por todo ello, el resultado más probable del debate sobre la financiación sanitaria es que éste se reduzca al ámbito de la distribución de los fondos sanitarios, en el contexto más global de la financiación autonómica. Y que, de esa manera, se contribuya también a la disgregación de la protección sanitaria universal.

Bibliografía

1. Rico Gómez A. Descentralización y reforma sanitaria en España (1979-1996). Intensidad de preferencias y autonomía política como condiciones para el buen gobierno. Madrid: Instituto Juan March de Estudios e Investigaciones; 1998.
2. Rey del Castillo J. Descentralización de los servicios sanitarios. Consideraciones generales y análisis del caso español. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1998.
3. Cabasés J.M. La financiación sanitaria autonómica: bases para una propuesta. Papeles de Economía Española 1998;76:67-77.
4. Rico Gómez A. La descentralización sanitaria en España: el camino recorrido y las tareas pendientes. Papeles de Economía Española 1998;76:49-66.
5. Sanfrutos N. La financiación de los Servicios Regionales de Salud. Problemas y posibles soluciones. Gac Sanit 1991; 5:219-24.
6. Espadas Moncalvillo L. La financiación de la sanidad. En: Secretaría de Estado para las Administraciones Territoriales. El funcionamiento del Estado Autonómico. Madrid: Ministerio de Administraciones Públicas; 1996. p. 313-33.
7. López Casasnovas G. Financiación autonómica y gasto sanitario público en España. Papeles de Economía Española 1998;76:2-14.
8. Sánchez Maldonado J, Gómez Sala JS. La financiación territorial de la sanidad: especial referencia a España. Papeles de Economía Española 1998;76:19-48.
9. Bohigas L. El gasto sanitario en España en comparación con la Unión Europea. Papeles de Economía Española 1998;76:15-8.
10. López Casasnovas G. Los problemas de la financiación sanitaria. Cuadernos de Información Económica 1996;113-4.
11. López Casasnovas G. La capitación en la financiación territorial de los servicios públicos transferidos: el caso de la Sanidad y la Educación. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo-CRES; 1999.
12. López Casasnovas G. Los problemas de la financiación sanitaria en España. Especial referencia a su descentralización autonómica. En: Herce San Miguel JA, ed. Financiación Autonómica: Aspectos Económicos y Debate Político. Madrid: FEDEA-CEA; 2000. p. 99-119.
13. Echebarría K, Subirats J. Descentralización y coordinación de la Sanidad en el Estado Autonómico. Papeles de Economía Española 1998;76:78-93.
14. Monasterio Escudero C, Pérez García F, Sevilla Segura JV, Solé Vilanova J. Informe sobre el actual sistema de financiación

autonómica y sus problemas. Madrid: Instituto de Estudios Fiscales; 1995.

15. Monasterio Escudero C. Estabilidad y coordinación: bases para un nuevo sistema de financiación autonómica. En: Herce San Miguel JA, ed. Financiación Autonómica: Aspectos Económicos y Debate Político. Madrid: FEDEA-CEA; 2000. p. 33-47.
16. Puig Junoy J. La descentralización del gasto sanitario. Quadern CAPS 1999;26:68-74.
17. Rey del Castillo J. Algunas notas para el diseño de los servicios públicos sanitarios en una España federal. Revista de Administración Sanitaria. En prensa 2000.
18. Calonge S, Rodríguez M. Consecuencias distributivas y de equidad de las políticas de gasto y financiación de la Sanidad. Papeles de Economía Española 1998;76:259-72.
19. Castells A. Algunas reflexiones sobre el papel del sector público en la reducción de los desequilibrios regionales. En: Castells A, Bosch N, eds. Desequilibrios territoriales en España y Europa. Barcelona: Ariel Economía; 1999. p. 7-17.
20. La financiación sanitaria. En: Rey J, coord. El futuro de la Sanidad española. Un proyecto de reforma. Madrid: Fundación Alternativas-EXLIBRIS Ediciones; 1999. p. 51-78.
21. López Casasnovas G. En torno a los conceptos de igualdad y solidaridad. En: Cataluña y España. Una relación económica y fiscal a revisar. Barcelona: Omnium Cultural- Vernal; 1999. p. 111-32.
22. El País. Madrid. El Consejero catalán de Sanidad echa la culpa al sistema de financiación estatal. El País 2000 Mayo 31; p. 32 (col 2-4).
23. Rey J, Montero JM, Rey P. La evolución del gasto sanitario público regional per cápita en Canadá y España. Análisis de las tendencias y consideraciones sobre la equidad de servicios sanitarios descentralizados. En: Comunicaciones y ponencias al VIII Congreso de la SESPAS; 1999 Nov. 17-19; Sevilla, España. Gac Sanit 1999; 13 Supl 3:7.
24. Aja E. El Estado Autonómico. Federalismo y hechos diferenciales. Madrid: Alianza Editorial; 1999.
25. La financiación en sistemas sanitarios descentralizados. Anexo II. Algunos aspectos de la financiación sanitaria en Canadá. En: Rey del Castillo J. Descentralización de los servicios sanitarios. Consideraciones generales y análisis del caso español. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1998. p. 227-8.
26. Urbanos Garrido RM, Utrilla de la Hoz A. Incidencia del traspaso de competencias sanitarias en los recursos autonómicos. Papeles de Economía Española 2000;83:184-206.
27. Who we are. Canadian Institute for Health Information. Disponible en: <http://www.cih.ca/>.