

LA FINANCIACIÓN DE LA SANIDAD PÚBLICA

Juan M Cabasés Hita
Catedrático de Economía Aplicada
Universidad Pública de Navarra

Introducción¹

En este trabajo se presentan algunas reflexiones sobre la situación actual del sistema de financiación territorial sanitaria, uno de los temas más relevantes del quehacer público en nuestro país en los últimos tiempos. Estamos convencidos de que no es un problema que pueda encontrar una solución definitiva, sino que está llamado a ser un continuo en la agenda pública, pero que admite encontrar un camino estable, probablemente en un marco como el establecido en el modelo de financiación vigente desde enero de 2002.

Tomamos como punto de partida la implantación del nuevo modelo, para hacer una valoración de su evolución durante los 3 primeros años de vigencia. Se describe y valora, a continuación, el acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera (CPFF) de septiembre de 2005, que ha introducido algunos ajustes coyunturales al modelo para aumentar la dotación financiera a las Comunidades Autónomas (CCAA) y ha dispuesto una agenda para la revisión del modelo en 2007. Se realizan, finalmente, algunas consideraciones basadas en las predicciones de crecimiento futuro del gasto sanitario para enmarcar la agenda de investigación. No se hace referencia al contenido de las propuestas, aún en curso, con motivo de la redacción del nuevo Estatuto de Autonomía de Cataluña, que parecen estar sentado las bases de la reforma anunciada para 2007. En un marco descentralizado, el problema de la financiación sanitaria consiste en conciliar los objetivos de suficiencia, es decir, la adecuación de la capacidad finan-

ciera de cada región con las necesidades que debe atender, de equidad, definida en nuestra legislación como garantía universal de acceso a la atención sanitaria pública y corrección de las desigualdades sociales y geográficas, y de autonomía, o respeto a la libertad de elección de las Comunidades Autónomas sobre la asignación de recursos y la forma de gestionarlos. Todo ello sustentado en un soporte ético adecuado que, en nuestro país, aunque sin ser fruto de un debate explícito, bien podría ser el principio de igualdad de oportunidades para lograr similares niveles de salud.

I.- El modelo de financiación sanitaria autonómica

Suficiencia, equidad y autonomía son los 3 objetivos básicos del modelo de financiación territorial vigente desde 2002, que integra por primera vez en un solo sistema los subsistemas de servicios comunes, sanitarios y de servicios sociales. Sin duda, constituyó un paso muy importante en la configuración de un sistema de financiación estable para todas las funciones en manos de las CCAA. En primer lugar, estima la necesidad normativa, aplicando una fórmula que ajusta la población según necesidad relativa, a partir de la restricción inicial medida por la liquidación presupuestaria última. Segundo, garantiza una financiación suficiente mediante un mecanismo de corresponsabilidad fiscal que pone en manos de las CCAA los impuestos y la capacidad normativa para una gestión autónoma de gastos e ingresos. Por último, contempla la equidad creando un fondo de cohesión y regulando las asignaciones de nivelación.

Estamos pues ante un nuevo modelo cuya arquitectura añade elementos para lograr una mayor eficiencia, puesto que amplía la autonomía de decisión de las CCAA, lo que añade valor en sí mismo, introduce decididamente la corresponsabilidad fiscal en la financiación sanitaria, traslada riesgos a las CCAA rompiendo la asimetría anterior de responsabilidad en el gasto pero no en los ingresos, ajusta la capacidad financiera con las necesidades de gasto, ga-

¹ Este trabajo forma parte del estudio "Análisis y valoración del impacto del nuevo modelo de financiación autonómica del subsistema sanitario" coordinado por el autor, con ayuda no restringida de la Fundación BBVA en la primera convocatoria de ayudas a la investigación de 2002 en Ciencias Sociales. Se ha beneficiado de los comentarios a una versión anterior presentada en el XIV Congreso Derecho y Salud celebrado en Zaragoza en noviembre de 2005. Las ideas aquí expuestas constituyen una extensión actualizada del trabajo "La financiación sanitaria en el sistema nacional de salud descentralizado" publicada por el autor en esta revista en 2002 (Cabasés, 2002).

rantizando así en principio la suficiencia, e incorpora variables de necesidad relativa (Cabasés, 2002).

Del análisis del nuevo modelo, sin embargo, destaca la rapidez con la que se ha visto superado por la aparente insuficiencia financiera y la aparición de déficit, que ha obligado a reabrir el debate. El modelo plantea problemas en su diseño y en su aplicación. Las variables de necesidad escogidas (población general, población mayor de 65 años, e insularidad) y sus ponderaciones (75%, 24.5%, y 0.5%, respectivamente), no responden a análisis previos de necesidad sanitaria sino, más bien, al intento de hacer mínimo el presupuesto adicional necesario para cerrar el modelo.

Pero, además, tampoco se aplicaron los criterios aprobados, que se vieron modificados por mecanismos de garantía de mínimos. Por ejemplo, la vinculación de los presupuestos sanitarios autonómicos a la evolución del PIB los 3 primeros años del sistema fue de aplicación a 11 CCAA cuyos recursos regionales crecieron por debajo del PIB, con un coste global de 200 millones de euros. Igualmente, requirieron cantidades adicionales los acuerdos entre el gobierno central y las CCAA con ocasión de las transferencias de servicios a las 10 CCAA que las tenían pendientes.

El resultado es que, finalmente, las CCAA están financiando la sanidad de manera heterogénea (cuadro A 1), sin que los criterios de ponderación de las variables de necesidad utilizados respondan a una base que los justifique.

El modelo tampoco previó la posibilidad de revisar la estimación de necesidades de la restricción inicial, definiendo un escenario continuista de la situación a finales de la década, hoy superado por la evolución de la población, que se ha visto incrementada en un 8% entre 1999 y 2004 (cuadro A 2).

El Fondo de Cohesión Sanitaria, una reserva del sistema para ser gestionada directamente desde la Administración Central del Estado para el cumplimiento de ciertos fines relacionados con la mejora de la eficiencia o la equidad, no cumple su cometido, por dedicarse a la compensación de pacientes de hospitalización desplazados. Por último, las asignaciones de nivelación, previstas en la Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas (LOFCA) desde 1980 para garantizar a todos los ciudadanos el acceso a un nivel similar de servicios públicos fundamentales, educación y sanidad, sólo serán de aplicación cuando haya variaciones regionales en la población que excedan en un 3% a las que se produzcan en el conjunto del país, supuesto muy improbable.

1.1.- Valoración del modelo vigente

En el marco de la estabilidad presupuestaria establecido en nuestro país, ¿garantiza el modelo la suficiencia y la equidad en términos dinámicos? La suficiencia vendrá determinada por la evolución de las necesidades de gasto, vinculadas a la evolución demográfica y a la cantidad y la calidad de las prestaciones sanitarias, y por la evolución de los recursos financieros, vinculados a las fuentes tributarias propias de las CCAA, y a la evolución de los índices de consumo, relacionados con la evolución económica regional.

Comenzando por los recursos, las CCAA, según el principio de afectación, vienen obligadas a dotar a sanidad, como mínimo, la cantidad que resulte de la aplicación de los índices de necesidad e incrementarla cada año en una cuantía igual a la que se incrementen los Ingresos Tributarios del Estado (ITE nacional). El análisis de la evolución de la financiación total del sistema entre el año de referencia 1999 y 2002 muestra un incremento de las cantidades canalizadas a través del modelo de financiación de un 23%, algo superior al ITE nacional (21,29%) y algo menor al crecimiento del PIB (23,13%), que era la referencia de crecimiento del gasto sanitario en el modelo anterior. Según el nuevo modelo, la suficiencia financiera parece haber estado garantizada desde la perspectiva de los ingresos obtenidos durante el período considerado.

La evolución del gasto sanitario público en dicho período (24,42%), sin embargo, ha sido algo superior al crecimiento del PIB y, por tanto, la suficiencia no ha estado garantizada con los ingresos previstos. Los presupuestos sanitarios aprobados por las CCAA para los años siguientes confirman esta tendencia.

Las simulaciones realizadas por nuestro grupo de trabajo sobre los ingresos tributarios derivados del actual sistema de financiación para cada una de las CCAA para los próximos años hasta 2008, muestran un horizonte de estabilidad y suficiencia financiera, que puede verse solamente afectado por la tendencia al aumento del gasto sanitario. Más que un problema de financiación sanitaria, podría hablarse de un problema de tendencia incesante al alza del gasto sanitario (Cabasés, coord. 2006).

Esta tendencia también se ha constatado en los países de la OCDE (cuadro A 3). Bajo el efecto conjunto de la aceleración del ritmo de crecimiento de los gastos sanitarios y del menor crecimiento de la actividad económica, el peso del gasto sanitario se ha intensificado, pasando del 7,8 % al 8,5% del PIB, como media, entre 1997 y 2002. Una situación muy diferente a la del período 1992-1997, en el que el peso del gasto sanitario con relación al PIB permaneció prácticamente estable (OECD Health Data 2005). En España, en esa década, el gasto sanitario se ha ajustado a la pauta presupuestaria de la Administración en conjunto

y no ha sido un componente de tensión del gasto público (se ha mantenido prácticamente inalterado a lo largo de la década en el 5,4% del PIB). La política salarial de moderación y la escasa participación del gasto en inversión han sido la clave del control del gasto.

Respecto a la equidad, la comparación interterritorial es probablemente insuficiente, debiendo también abordarse las desigualdades intraterritoriales en la salud y en el acceso a los servicios sanitarios. El análisis de la evolución de la esperanza de vida al nacer y la tasa de mortalidad infantil a nivel provincial entre 1975-2000, lejos de haber alcanzado una convergencia, muestra una mayor dispersión al final del período. Cuando se analizan áreas pequeñas en España se observan claras desigualdades en la esperanza de vida y en el riesgo de mortalidad. A este respecto, existen ejemplos recientes de políticas de equidad que persiguen corregir desigualdades de salud evitables, como el Reino Unido, que ha reorientado su política en este sentido tras constatar la persistencia de las mismas después de más de 25 años de aplicar fórmulas de reparto financiero con ajustes poblacionales según necesidad relativa. El Fondo creado con este fin (*the Health Inequalities Adjustment*) utiliza como base de reparto una variable tan sencilla de calcular como el Índice de Años de Vida Perdidos por determinadas causas de mortalidad consideradas prioritarias en su plan estratégico.

También se observan diferencias provinciales en la utilización de los servicios sanitarios, más influidas por la oferta existente que por diferencias en el estado de salud

(Benach et al, 2004). A este fin, existen también ejemplos de política de financiación condicionada a la satisfacción de objetivos específicos, como la canadiense, donde se ha creado en 2004 una nueva transferencia específica (*Health Reform Transfer*), que durante 5 años ofrecerá apoyo financiero a las provincias para llevar a cabo reformas en el ámbito de la atención primaria, atención domiciliaria y otras áreas (Health Canada, 2005). Una posible propuesta para España sería la creación de un Fondo de Igualdad del Sistema Nacional de Salud gestionado centralmente con participación de las CCAA, de financiación condicionada para mejorar la equidad y la cohesión del sistema.

II.- El acuerdo de revisión del modelo en septiembre de 2005

Con la intención de paliar los problemas financieros más acuciantes y de sentar las bases para la revisión en 2007 del modelo vigente, el Consejo de Política Fiscal y Financiera, en su reunión celebrada el 13 de Septiembre de 2005, aprobó las medidas de mejora de la financiación sanitaria consensuadas en la II Conferencia de Presidentes, y que supondrán una mejora de los recursos que reciben las CCAA con cargo a los Presupuestos Generales del Estado, de 1.677 millones de euros cada año, más otros 1.365 millones de euros que recibirán, con dos años de antelación, de la liquidación del Sistema de Financiación, ya a partir de 2005.

Cuadro 1

Nueva financiación sanitaria (acuerdo del CPFF de 13 de septiembre de 2005)	
	Millones de euros.
Transferencia a las CCAA	500,0
Plan de Calidad e Igualdad del SNS	50,0
Fondo de Cohesión Sanitaria	45,0
Insularidad	55,0
Fondo de Garantía	500,0
Convenios de asistencia a pacientes extranjeros	200,0
Atención de accidentes laborales no cubiertos por mutuas	100,0
Incremento imposición indirecta en tributos sobre alcohol y tabaco	227,0
TOTAL APORTACIÓN DEL ESTADO SIN ANTICIPOS	1.677,0

Fuente: Ministerio de Economía y Hacienda (2005)

Eso supone, en la práctica, que las CCAA tendrán casi 4.400 millones de euros adicionales en los 15 meses siguientes al acuerdo: 1.677 millones con cargo a los PGE en 2006; 1.365 millones de anticipos en 2005 y otros 1.365 millones en 2006.

Este aumento de recursos procedentes del Estado, podría incrementarse hasta un 40%, si las CCAA hiciesen uso de su capacidad normativa, que, de nuevo, se ve ampliada en los siguientes términos:

- Posibilidad de duplicar la capacidad normativa de las CCAA en el Impuesto sobre ventas minoristas de determinados hidrocarburos, de los 24€ por mil litros actuales hasta los 48€ por mil litros.

- Posibilidad de establecer un recargo de hasta 2 puntos en el Impuesto sobre la Electricidad, cuyo tipo pasaría del 4,864% al 6,864 %.

Los criterios de reparto de cada uno de los fondos estatales, así como, en los casos en los que es posible su territorialización son los siguientes:

- La transferencia a las CCAA de 500 millones de euros en 2006 y de 600 millones en 2007 se repartirá siguiendo los criterios establecidos en la Ley de Financiación autonómica de 2001: población protegida (75 %), población mayor de 65 años (24,5%) e insularidad (0,5%), actualizando los datos de población al año 2004. La aportación a Ceuta y Melilla se realizará con criterios idénticos a los aplicados al resto de CCAA. Los resultados de este reparto pueden observarse en el cuadro nº 4

Cuadro 2

Reparto de la transferencia directa a las CCAA	
	Millones de euros.
Andalucía	91,1
Aragón	16,2
Asturias	14,5
Baleares	12,0
Canarias	24,0
Cantabria	7,1
C. León	33,0
C. Mancha	23,7
Cataluña	85,8
C. Valenciana	56,1
Extremadura	13,6
Galicia	36,1
Madrid	68,0
Murcia	15,2
La Rioja	3,7

Fuente: Ministerio de Economía (2005)

- La aportación a Baleares y Canarias por insularidad se realizará teniendo en cuenta el incremento de la población experimentado entre 1999 y 2003; el aumento de financiación experimentado entre 1999 y 2002, y la población protegida en 2003.

- La mejora en el sistema de entregas a cuenta en 2005 y 2006, que pasarán del 98 al 100%, se repartirá con los mismos criterios que según la ley vigente se han venido aplicando para el pago de los anticipos. (Ver cuadro nº 5).

Cuadro 3

Anticipos a cuenta		
	Millones de euros.	
	2005	2006
Andalucía	274,7	274,7
Aragón	46,6	46,6
Asturias	41,2	41,2
Baleares	30,7	30,7
Canarias	66,2	66,2
Cantabria	23,5	23,5
C. León	100,2	100,2
C. Mancha	69,8	69,8
Cataluña	214,2	214,2
C. Valenciana	131,7	131,7
Extremadura	47,5	47,5
Galicia	109,6	109,6
Madrid	157,4	157,4
Murcia	40,0	40,0
La Rioja	12,3	12,3

Fuente: Ministerio de Economía (2005)

- El Fondo específico de garantía sanitaria dotado con 500 millones de euros, que se distribuirá con el criterio establecido por la Ley de 2001 para la garantía de financiación sanitaria y que se destinará a garantizar a las CCAA que sus recursos para financiación sanitaria crezcan al mismo ritmo que el PIB nominal nacional.

- El Fondo de 200 millones para compensar la asistencia a residentes extranjeros se repartirá en función de los documentos E-21 que acredite cada comunidad autónoma (documento acreditativo en la UE del derecho a la asistencia sanitaria en otro Estado miembro).

- El Fondo de 100 millones para compensar por la atención por accidentes de trabajo no cubiertos por las mutuas se instrumentará mediante una disposición adicional en los Presupuestos de 2006, según la cual la Tesorería de la Seguridad Social abonará a las CCAA, con cuyos servicios públicos de salud tenga suscritos convenios, las prestaciones derivadas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales a los afiliados a la Seguridad Social.

- En cuanto al Plan de Calidad dotado con 50 millones de euros, será gestionado por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

- Para el reparto de los 45 millones adicionales destinados al Fondo de Cohesión Sanitaria, que también gestiona el Ministerio de Sanidad y Consumo, se modificará el Decreto 1247/2002 ampliando considerablemente los supuestos que actualmente cubre este fondo.
- Por último, para el reparto de los 227 millones derivados de la subida de los impuestos indirectos sobre el alcohol y el tabaco se utilizarán los criterios de la Ley de 2001 que prevé la aplicación de los índices de consumo de estos productos en cada Comunidad Autónoma para determinar la recaudación atribuible a cada comunidad y transferirle el 40%.

El acuerdo también ha indicado un conjunto de medidas orientadas al control y racionalización del gasto, así como a la cohesión del Sistema Nacional de Salud (SNS), entre las que destacan:

- Definir la Cartera Básica de Servicios prestados por el Sistema Nacional de Sanidad (SNS). Actualmente, ya se ha elaborado una propuesta.
- Desarrollar la atención primaria y la atención domiciliaria
- Mejorar los sistemas de compras de productos sanitarios y la eficiencia en la prestación farmacéutica.
- Mejorar de forma sustancial los canales y sistemas de información a los pacientes.

II. 1.- Valoración del Acuerdo²

El primer rasgo destacable del nuevo Acuerdo aprobado en el Consejo de Política Fiscal y Financiera el 13 de septiembre de 2005, es que se trata de un acuerdo estrictamente financiero, en el que se ha aprobado y aceptado la aportación con la que el Estado va a contribuir a la financiación de la asistencia sanitaria. Sería recomendable que en el mismo se hubiesen acordado, con el consenso necesario del Estado y de las CCAA, determinadas medidas destinadas a la racionalización del gasto sanitario.

Un segundo rasgo a destacar es que el peso del mismo es exclusivo del Estado. La asistencia sanitaria es una competencia asumida por la totalidad de CCAA que, en este sentido, se han limitado a aceptar las cantidades propuestas por el Estado. No se ha derivado ningún compromiso por parte de las regiones.

El ejercicio de la corresponsabilidad fiscal por parte de las CCAA ha sido, y parece seguir siendo, muy limitado hasta

este momento, centrándose el ejercicio de las competencias normativas en la concesión de deducciones.

Un tercer rasgo significativo del Acuerdo es la estructura del mismo en distintas aportaciones finalistas que pretenden resolver algunos de los problemas concretos de la financiación de la asistencia sanitaria:

- En primer lugar, destaca la aportación de un fondo finalista que se distribuirá con el criterio establecido por la Ley 21/2001 para la garantía de financiación sanitaria y que se destinará a garantizar a las CCAA que sus recursos para financiación sanitaria crecerán al mismo ritmo que el PIB nominal nacional. Mantener esta garantía es un rasgo positivo para la suficiencia del modelo, dado que el importe de la garantía a percibir por cada CCAA varía sustancialmente dependiendo de que se tenga en consideración lo establecido en la Ley 21/2001 o el procedimiento reglado en las Leyes de Presupuestos Generales del Estado.

- En segundo lugar, destacan las aportaciones del fondo para compensar la asistencia sanitaria a residentes extranjeros, el Plan de Calidad y las aportaciones del fondo destinado a la compensación económica por la atención sanitaria por accidentes de trabajo no cubiertos por las mutuas. Este último fondo supone una inyección adicional de recursos, puesto que cuando el riesgo era cubierto directamente por el INSS, al no disponer éste de medios propios para la asistencia sanitaria, el servicio se prestaba por los correspondientes Servicios de Salud de las CCAA, sin contraprestación alguna.

- En tercer lugar, destaca la dotación del Fondo de Cohesión Sanitaria, ya que uno de los objetivos de este Fondo es la compensación económica por la asistencia sanitaria a pacientes desplazados, que ha adolecido de los problemas ya enumerados.

El cuarto rasgo significativo del Acuerdo, es la aprobación del cumplimiento integro del sistema de entregas a cuenta. Una de las características evidentes del gasto sanitario es el abrumador predominio que dentro del mismo tienen los gastos de naturaleza corriente, cuyos pagos han de atenderse en un plazo temporal muy corto.

Esta característica es poco compatible con un sistema de entregas a cuenta del 98 % de los fondos previstos para cada ejercicio, y en el que la liquidación definitiva se percibe por las CCAA con una demora de entre 22 y 34 meses desde el momento en que se realizaron los gastos.

Por último, un quinto rasgo significativo del Acuerdo, es la propuesta de revisión completa del sistema de financiación de la sanidad para el año 2007. La búsqueda estabilidad de los modelos de financiación sanitaria parece no encontrarse, por la propia dinámica del sistema y por la ausencia, en los que han existido, de mecanismos efecti-

² Este apartado ha sido elaborado en colaboración con José Sánchez Maldonado

vos de ajuste ante cambios en las variables determinantes de las necesidades.

Por lo tanto, estamos ante un acuerdo cuya característica esencial es que supone una inyección de recursos necesarios para el sistema. La responsabilidad del mismo ha recaído en exclusiva en el Estado, siendo deseable que las CCAA avanzasen, en el futuro, en un mayor cumplimiento del principio de corresponsabilidad fiscal. Esto contribuiría a rebajar los problemas de suficiencia del sistema.

III.- Evolución futura de las necesidades de gasto sanitario

Para que el sistema de financiación pueda abordar los problemas de suficiencia, es importante conocer los factores de crecimiento actual del gasto sanitario regional distinguiendo los exógenos, principalmente los relacionados con la demografía y la salud y los precios de los productos farmacéuticos, de los endógenos, resultado de las decisiones de las CCAA, como la revisión de las líneas retributivas o la introducción de nuevas prestaciones. No hay que olvidar que el sistema de financiación opera como un acuerdo ex – ante que no garantiza iguales resultados ex – post, una vez adoptadas las decisiones descentralizadas de los agentes. Al riesgo financiero que asumen las CCAA por la corresponsabilidad fiscal se une también la incertidumbre en los resultados de la gestión. Con ser importante el problema de la financiación, éste parece ser secundario al del gasto sanitario. Lograr la eficiencia en la asignación de recursos sanitarios es quizá la tarea más importante a la que se enfrentan las CCAA.

El actual modelo de financiación autonómica de la sanidad, incluso con los cambios derivados del acuerdo del CPFF sigue presentado al menos tres problemas fundamentales: una definición arbitraria del criterio de necesidad, insuficiencia de los mecanismos de nivelación de servicios que garanticen un mínimo de igualdad, e insuficiencia de los mecanismos diseñados para una coordinación efectiva de políticas sanitarias en el Sistema Nacional de Salud.

Cualquier planteamiento financiero a largo plazo para la sanidad pública en España ha de tener en consideración la situación de partida del sistema sanitario y las perspectivas futuras de crecimiento.

Algunas notas caracterizadoras de la evolución reciente del gasto sanitario en España en la última década: El gasto sanitario se ha ajustado a la pauta presupuestaria de la Administración en conjunto y no ha sido un componente de tensión del gasto público. La política salarial de moderación ha sido una pieza clave del control del gasto. Esa política a largo plazo puede generar problemas de des-

contento y desincentivación de la mano de obra, principal factor de la producción de servicios sanitarios. En general, el mantenimiento de una política de austeridad en el conjunto del gasto público en función de la ortodoxia presupuestaria durante un número prolongado de años pudiera estar pesando como una losa en el gasto sanitario. La inversión pierde participación en el gasto de manera progresiva y notable.

Estas características permiten prever una época de tensiones notables en el sistema que sugieren un abordaje integral de los problemas de personal y de obsolescencia física del equipo capital, atendiendo a su vez a las presiones de la demanda y a los factores que harán plantear la incorporación de nuevos recursos financieros a la sanidad pública.

¿Cuáles serán los factores que harán crecer el gasto en las próximas 2 décadas? Las influencias sobre la necesidad de nuevos recursos pueden provenir de (Wanless, 2002): Exigencias impuestas por la mejora de la *calidad* (tiempos de espera, tratamientos específicos garantizados, seguridad de las intervenciones...); *Expectativas* cambiantes (capacidad de elección, mayor utilización de los servicios); Avances *tecnológicos* (genética, medicamentos, maquinaria), ámbito de elevada incertidumbre; *Precios*, incluidos los costes de personal especializado con posibles novedades de dedicación (exclusividad, nuevos horarios), compromisos de calidad y carrera profesional; Mejoras en la *productividad*: Tecnologías de información y comunicación, mejoras en la gestión, cambios en la utilización de recursos hospitalarios por pacientes crónicos; Renovación de las *infraestructuras* sanitarias, de acuerdo con las exigencias de la demanda (habitación individual, nuevos edificios); Mayor implicación de los *individuos* con su salud; Aumento de la esperanza de vida; Mayor *utilización* de servicios sanitarios que son capaces de dar respuesta con tecnología avanzada a necesidades, de manera más eficiente.

En este contexto, las previsiones de crecimiento del sector sanitario pueden ajustarse a escenarios diversos. Podrían resumirse en tres los escenarios para la sanidad española.

- Escenario *continuista*. Un escenario consistente en mantener un crecimiento reducido pero constante, de acuerdo con el crecimiento del gasto total del presupuesto público y, en última instancia, con el crecimiento de la economía española. Es el escenario del sistema de financiación actual vigente desde 2002.
- Escenario *revisado*. Un escenario más dinámico que incorpora al escenario continuista los nuevos compromisos de la reflexión estratégica, concretada en los planes de Salud, Planes Estratégicos,

Planes de Calidad, Acuerdos Socio sanitarios, y Atención a la Dependencia.

- Escenario *de convergencia europea*. Un escenario que contempla una relevante expansión del gasto sanitario dirigido a asegurar unos niveles de protección social cercanos a la media europea. Un escenario expansivo como éste requiere estimar un crecimiento del sector en términos reales notablemente superior al previsto en los acuerdos vigentes de financiación sanitaria.

La elección del escenario es importante para definir un modelo estable de financiación. Pero, además, la financiación sanitaria ha de encontrar un marco fiscal y presupuestario coherente, compatible con el programa económico a medio y largo plazo del Estado, hoy definido por el programa de estabilidad a medio plazo entre ingresos y gastos públicos para el conjunto de las Administraciones Públicas. Esto puede suponer una restricción notable al crecimiento del gasto sanitario.

IV.- Conclusión

En nuestra opinión, la revisión del sistema de financiación debería mantener sus líneas básicas e introducir mejoras en la estimación del gasto normativo de referencia mediante una más precisa estimación de la necesidad relativa. Esta no es una cuestión menor, y no existen referencias comparadas claras, tratándose de juicios de valor sobre las variables que mejor expresan la necesidad sanitaria. Nuestros modelos concluyen que la población no ajustada pudiera ser la variable de necesidad. En todo caso, las estimaciones deberían tomar como referencia el gasto real. Habría que introducir algunas transferencias condicionadas instrumentadas a través del Fondo de Cohesión Sanitaria y considerar la creación de un Fondo de Igualdad del Sistema Nacional de Salud, de carácter estatal, cuyos recursos se utilizarían para financiar políticas de salud orientadas a la corrección de desigualdades mediante programas definidos y evaluables. Por último, habría que establecer, además, garantías de evolución dinámica del

sistema. Estas ideas podrían desarrollarse para nutrir la propuesta de revisión completa del sistema de financiación de la sanidad prevista para el año 2007.

Abordar estas cuestiones, sin embargo, no es tarea exclusiva del sistema de financiación. Las reformas del marco institucional y las reformas en la gestión han de acompañar a los cambios en el sistema de financiación. En un entorno descentralizado, corresponde tanto a las CCAA como a la Administración Central del Estado garantizar la suficiencia y la equidad y lograr la cohesión del Sistema Nacional de Salud.

Referencias

- Benach J, Y Yasui, J M Martínez, C Borrell, MI Pasarín, A Daponte. The geography of the highest mortality areas in Spain: a striking cluster in the southwestern region of the country. *Occup Environ Med* 2004;61:280–281.
- Cabasés JM (2002). La financiación sanitaria en el sistema nacional de salud descentralizado. *Derecho y Salud*, Vol. 10, Núm. 1, Enero-Junio 2002, pp 29 – 37.
- Cabasés JM (coord.) (2006). Análisis y valoración del impacto del nuevo modelo de financiación autonómica del subsistema sanitario. Fundación BBVA. Madrid
- Hauck K, R Shaw and PC Smith (2002). Reducing avoidable inequalities in health: a new criterion for setting health care capitation payments, *Health Economics*, 11, nº 8, p. 667-677.
- Health Canada (2005): Health Care Renewal. <http://www.fin.gc.ca/FEDPROV/chte.html>
- OECD Health Data 2005: Statistics and Indicators for 30 Countries. <http://www.oecd.org>
- Sheldon TA and PC Smith (2000): Equity in the allocation of health care resources, *Health Economics*, 9, p. 571-574.
- Wanless D (2002). *Securing our future health: taking a long-term view*. Final Report. April 2002. HM Treasury. London.

Anexo

Cuadro A 1

Gasto sanitario por persona protegida					
	Euros				
	1999	2000	2001	2002	2003
Andalucía	680	766	791	837	903
Aragón	776	824	899	955	1.069
Asturias	757	810	872	946	1.061
Baleares	614	637	677	800	908
Canarias	770	820	840	910	999
Cantabria	773	833	921	1.014	1.073
C. León	726	787	840	898	1.029
C. Mancha	675	721	774	879	936
Cataluña	722	777	817	869	958
C. Valenciana	689	750	790	846	934
Extremadura	725	786	826	949	1.026
Galicia	754	797	864	902	980
Madrid	725	752	788	815	863
Murcia	709	768	806	861	951
La Rioja	720	791	834	910	994

Fuente: Informe Grupo de Trabajo sobre Gasto sanitario. IGAE.

Cuadro A 2

Evolución de la población			
Población CCAA	1999	2004	% Variación
Andalucía	7.305.117	7.687.518	5,23
Aragón	1.186.849	1.249.584	5,29
Asturias	1.084.314	1.073.761	-0,97
Baleares	821.820	955.045	16,21
Canarias	1.672.689	1.915.540	14,52
Cantabria	528.478	554.784	4,98
C. León	2.488.062	2.493.918	0,24
C. Mancha	1.726.199	1.848.881	7,11
Cataluña	6.207.533	6.813.319	9,76
C. Valenciana	4.066.474	4.543.304	11,73
Extremadura	1.073.574	1.075.286	0,16
Galicia	2.730.337	2.750.985	0,76
Madrid	5.145.325	5.804.829	12,82
Murcia	1.131.128	1.294.694	14,46
La Rioja	265.178	293.553	10,70
CCAA régimen común	37.433.077	40.355.001	7,80

Fuente: INE.

Cuadro A 3

Gasto sanitario comparado. Año 2002			
Países	Gasto sanitario per cápita (1)	Gasto sanitario como % PIB	Gasto sanitario público como %PIB
UE-15			
Alemania	2.817	10,9	8,6
Austria	2.220	7,7	5,4
Bélgica	2.515	9,1	6,5
Dinamarca	2.580	8,8	7,3
España	1.646	7,6	5,4
Finlandia	1.943	7,3	5,5
Francia	2.736	9,7	7,4
Grecia	1.814	9,5	5
Irlanda	2.367	7,3	5,5
Italia	2.166	8,5	6,4
Luxemburgo	3.065	6,2	5,3
Países Bajos	2.643	9,1	n.d.
Portugal	1.702	9,3	6,5
Reino Unido	2.160	7,7	6,4
Suecia	2.517	9,2	7,9
EE. UU.	5.267	14,6	6,6

(1) Gasto sanitario per cápita en paridades de poder de compra (PPC EE UU \$)

Fuente: *OECD Health Data 2004*.