

Reflexiones acerca de la nueva financiación autonómica de la sanidad

Guillem López Casanovas*
Universidad Pompeu Fabra

BIBLID [0213-7525 (2003); 66; 107-113]

PALABRAS CLAVE: Descentralización sanitaria; Sistema sanitario español; Federalismo fiscal.

KEY WORDS: Health care decentralisation; The Spanish Health System. Fiscal Federalism.

RESUMEN:

Ni los más optimistas podían pensar que el Gobierno central iba a alcanzar en Julio del 2001 un acuerdo con las Comunidades Autónomas que incluyeran las competencias sanitarias en la financiación autonómica general.

Hoy, con los nuevos acuerdos, las quejas contra la Administración central acerca de futuros déficits de financiación deberán de perder peso en la arena política. En todo caso, el punto de partida no es el de una España desigual en financiación per cápita y en indicadores de salud interregionales. Las diferencias observadas, de poca entidad deberían en todo caso ser decididas autónomamente y en consecuencia autofinanciadas con los propios recursos de las Comunidades Autónomas, dado que existen pocas justificaciones para su subsidiación vertical u horizontal. Ello parece ser el caso, aunque hace falta reconocer que sabemos poco en lo relativo a diferencias de salud que tengan que ver con diferencias en la calidad asistencial y variaciones en la práctica clínica. Pero para el análisis de las desigualdades anteriores no está claro que existan pautas regionales distintas y que el foco de atención debiera redirigirse a como cada Comunidad despliega sus recursos y define sus políticas dentro de su propio territorio.

ABSTRACT:

Even the most optimistic did not believe that the central Government were to reach in July 2001 a new fiscal agreements with the Autonomous Communities which included placing health care under regional responsibility for them all.

Now under the new arrangement complaints about central under finance of regional health care will have to cease. Despite common perception, Spain is not an unequal country in terms of health delivery and finance. At any rate the minor observed differences should cause little concern in equity terms as they reflect different political views on public preferences. They should be self financed as there seems little basis for interregional transfers to support them.

Having said this, we should also recognise that we know relatively little about health differences which derive from variations in quality of care and variations in clinical practice. It is probably not the case that there is a fundamental regional pattern in such disparities. The main equity concern probably relates to intra regional differences rather than interregional differences. Those who have spoken

* Una reflexión previa sobre el tema se presentó como ponencia en las Jornadas de Estudios Regionales de Andalucía, celebradas en Málaga en diciembre del 2002. Agradezco los comentarios al texto preliminar de José Sánchez Maldonado.

loudest against the dangers of interterritorial inequities have not usually made most effort to redress imbalances between local areas within the regions.

1. INTRODUCCIÓN.

Al cabo de casi año y medio ya de la generalización de las transferencias sanitarias al conjunto de las CC.AA. – previamente sólo las CC.AA. históricas junto con Canarias las gestionaban– no parece que haya provocado una situación de caos y alarma en la coordinación sanitaria general. Contrariamente a lo que algunos predecían, el traspaso de competencias sanitarias a partir del primero de enero del pasado año a las Comunidades Autónomas de Madrid, Murcia, Baleares, Asturias, las dos Castillas, Extremadura, La Rioja, Cantabria y Aragón no ha provocado la tan temida ruptura de la cohesión social del estado autonómico. Efectivamente, no parece que su gestión haya hecho saltar diferencias nuevas en los indicadores de salud (como no podría ser de otro modo) ni agravar la desigualdad geográfica de acceso a los servicios, aunque puede que acabe haciendo ‘saltar la banca’ para los departamentos de hacienda de algunas CC.AA. en particular.

Desde el punto de vista de la gestión sanitaria, la generalización a todas las CC.AA. de la transferencia de competencias ha servido cuanto menos para acallar el ‘tam-tam’ de que la culpa de todos los déficits la tenía el Gobierno central. Posiblemente ha permitido que la ciudadanía forzara a los políticos a redirigir la mirada a cómo se gestionan los recursos puertas a dentro, emulando si acaso las mejores prácticas de los demás, y mucho menos en las insuficiencias de una transferencia central que todos aceptaron.

Claro está que la unanimidad alcanzada en el acuerdo de traspasos no estuvo exenta de tensión, al vincularse a la aceptación completa del nuevo sistema de financiación autonómica, ni fue gratis. Supuso un coste adicional general de unos 2 mil millones de euros para las arcas públicas, a raíz de las compensaciones ‘ad hoc’ realizadas durante la negociación. Ello benefició en particular a algunas CC.AA. que vieron aumentada la transferencia más allá del coste efectivo del funcionamiento de los servicios en el momento del traspaso (nadie pierde y alguien gana para el consenso) y a través de la ‘garantía de mínimos’ con beneficios relativos particularmente para Aragón, Asturias, Cantabria, Extremadura y Murcia.

2. LA NUEVA FINANCIACIÓN

Los rasgos básicos del nuevo sistema son, por un lado, la integración de la financiación sanitaria en la financiación autonómica general a partir de la singularización de sus componentes que junto con el caso de los servicios sociales, actúan para la determinación de los niveles básicos y fondos de suficiencia

Por otro lado, conviene destacar que el sistema de financiación queda vinculado en niveles mínimos (suelo), pero no a niveles máximos (techos) que definitivamente se ‘destapan’.

En la definición de los puntos de partida de la financiación sanitaria, se consolidan las cifras de gasto pasadas, ya sea por registro histórico –liquidaciones 1999-, o como resultado de una distribución parametrizada (población, envejecimiento, insularidad)- a conveniencia. Su evolución se somete posteriormente a algunas salvaguardas (mínimos), y a una valoración conjunta (general, sanidad, servicios sociales), que permite transvases entre partidas, más allá de los mínimos antes comentados, vinculada a un mayor espacio de financiación . Este va a depender finalmente de la elasticidad recaudatoria de sus cestas fiscales y de los aumentos consiguientes de financiación resultantes del ejercicio de la corresponsabilidad fiscal.

3. EFECTOS PREVISIBLES

Los efectos esperables del nuevo sistema son los siguientes:

1- Incremento de la variación en los gastos sanitarios capitativos por CC.AA. en razón:

- a) Al desglosarse las hasta el momento cifras consolidadas de gasto en torno a la media Insalud Gestión directa. Considerado éste antes como un todo y cuantificado a valores medios, ahora aflorarán las diferencias iniciales encubiertas: des del capitativo de Madrid o Aragón al de Baleares, con diferencias superiores al 30%.

Algunos interpretarán en el incremento del coeficiente de variación, erróneamente, que con la transferencia ha aumentado la desigualdad, pese a que ésta de entrada no ha variado un ápice (más aún es probable que con la transferencia se reconduzca!), pero simplemente, ahora se conocerá en mayor medida

- b) A raíz de las compensaciones ‘ad hoc’ realizadas durante la negociación, en beneficio de las CC.AA. que ven aumentada la transferencia (nadie pier-

de y alguien gana para el consenso), vía ‘garantía de mínimos’) con beneficios relativos particularmente para Aragón, Asturias, Cantabria, Extremadura y Murcia. Las diferencias se argumentarán cara a futuro sobre factores de ‘necesidad relativa’, pero ello será más que discutible, visto el modo en que se llegó a los acuerdos: no resultado de estudio alguno al respecto, sino simplemente de la negociación política.

2- Por lo tanto se imponen claras cautelas en el análisis:

- a) No parece adecuado a partir de los datos anteriores reconocer cara a futuro, en el estudio de la evolución del gasto, la conveniencia de consolidar la financiación, como si se de una cobertura imponderable de gasto ‘necesario’ se tratase. La situación inicial de la que parten hoy las distintas CC.AA. no tiene justificante en argumento alguno de equidad, al no serlo ni la cifra básica del coste efectivo ni la resultante de las compensaciones políticas realizadas para cerrar el acuerdo
Ello descalificaría también las propuestas de nueva financiación para el ajuste de todas las CC.AA. a la de cuantía máxima, al no existir razón justificable para dicha equiparación.
- b) Pese a lo comentado anteriormente, dada la integración y la cesta de impuestos disponible, Madrid, Cataluña, Baleares y Valencia, hoy con una posición relativa ‘empeorada’ pueden previsiblemente remontar fácilmente en su capacidad de gasto. No es tan evidente en los casos de Andalucía y Galicia. Si los datos de que se dispone para el 2002 son correctos, la financiación (euros per cápita y año) de Aragón (721,5), Asturias (709,5), Extremadura (689), Castilla León (684) se sitúa por encima de Andalucía (644). ¿Permitirá recuperar posiciones para la sanidad andaluza la dinámica fiscal y la compensación entre servicios públicos desde la integración efectuada?
- c) Una palabra de cautela, finalmente, a la hora de proceder a la evaluación de las necesidades de financiación futura para cada Comunidad Autónoma (a crecimiento mínimo ITE nacional), sobre la base de proyectar la evolución observada en el pasado en la prestación sanitaria media respectiva: ¿son todas ellas coste-efectivas (no aplicando, por ejemplo, supuestos de financiación selectiva de medicamentos)?, ¿eran las poblaciones beneficiarias las más necesitadas (prioridad buco-dental, prestaciones sociosanitarias)?, ¿han sido las aplicaciones de gasto, en razón a la nueva financiación, adecuadas (como en el caso de los crecimientos salariales altos observados en Baleares, Asturias y Madrid)?

4. UNA PRIMERA VALORACIÓN

En nuestra opinión, por tanto, la nueva situación va a tener dos efectos inmediatos y un efecto mediato. Un primer efecto inmediato, a la vista de la rapidez, y a menudo poca reflexión, con la que los nuevos gestores autonómicos han aplicado los recursos adicionales a satisfacer a los colectivos médicos, es que tenemos previsiblemente reinstalado en nuestro sistema sanitario, el pan para hoy y hambre para mañana. Se han registrado incrementos retributivos anuales -desde los 3.185 euros de Extremadura a los 4.197 euros de Baleares o los 3.700 de Madrid-, y aumentos de plantilla y mejora de las condiciones laborales, de nuevo destacando Baleares, Murcia y Castilla La Mancha en este menester. En algunos casos dichos incrementos salariales se han dado a cambio de contrapartidas: una mayor exclusividad, con particular empechinamiento en Asturias, pero comúnmente se han concedido a cambio de muy poca cosa.

Un segundo efecto inmediato de dicha transferencia rápida y relativamente generosa ha sido la reordenación de la financiación per cápita entre CC.AA., las antiguas con las nuevas gestoras, sin que se adivine ningún patrón redistributivo claro. ¿Qué puede justificar de otro modo, por ejemplo, la diferencia de financiación en euros per cápita entre Aragón (721,5), Asturias (709,5), Extremadura (689), Castilla León (684) por encima de 644 para Andalucía, con Andalucía, Madrid, Valencia y Cataluña, por debajo de la media)?. No lo explica la pirámide demográfica, ni diferencias en costes relativos, ni en indicadores de salud, ni en la excelencia de sus dispositivos asistenciales. Se trata más bien de la proyección del coste efectivo, más las adendas de garantía de mínimos y el plus de negociación que cada cual haya podido sacar. Nada que ver por tanto ni con índices de eficiencia ni de redistribución sanitaria.

Sorprenden los bajos valores de Madrid (622 euros per cápita año) respecto de lo que pudiera ser inicialmente su coste efectivo, aunque se intuye que esta comunidad podrá facturar o conveniar servicios que se añadirían a la financiación anterior – y que antes soportaba directamente el Insalud. Asimismo, puede que la utilización pública del servicio madrileño disminuya relativamente ante una oferta sanitaria privada creciente, alimentada a menudo con recursos públicos procedentes de las Mutualidades de funcionarios. Además el céntimo de euro con el que la Comunidad ha empezado a hacer tributar la gasolina con finalidades sanitarias puede complementar la nueva financiación.

Más sorprendente es el caso de Extremadura, situada ahora por encima de la financiación que recibe Andalucía, Comunidad ésta última que cuenta con un dispositivo asistencial más complejo y cuya financiación no cuenta con las posibilidades de generar nuevos ingresos, como en el caso de Madrid o Cataluña, a resultas

del nuevo sistema de financiación autonómica. Recuérdese que éste se basa en buena medida en cestas autonómicas de impuestos. De este modo, a falta de una recaudación elástica a los nuevos impuestos, puede que Andalucía se vea abocada a una mayor deuda – tal como destacan ya hoy los proveedores sanitarios – y a futuras reivindicaciones para acceder a un Fondo de Cohesión, no pensado inicialmente para dicho propósito.

El efecto mediato de la nueva situación es que muchas haciendas autonómicas previsiblemente tendrán dificultades para hacer frente a los gasto recurrentes que las anteriores decisiones han provocado cara al futuro; aunque claro que en política, el largo plazo no existe. Así particularmente en los casos de mayor generosidad de los nuevos gestores sanitarios: Baleares, Canarias, Madrid, ...

5. PROSPECTIVA

Vale la pena resaltar que en todo caso, las anteriores opciones de gasto son legítimas, y hoy en principio bien trabadas en una financiación con mayores dosis de responsabilidad fiscal. De todo ello no hay aún antecedentes en nuestro país ‘de déficit cero’: limitado el endeudamiento, asumir los costes fiscales de las decisiones autónomamente tomadas. De ahí lo importante de que las consecuencias financieras de las anteriores opciones se soporten plenamente desde cada Comunidad sin que puedan alegar desconocimiento sus decisores.

Por lo demás, y de momento, el gasto sanitario público ha aumentado su peso en el PIB y la proximidad de los ciudadanos a los gestores sanitarios parece haber generado un efecto de mayor apalancamiento: más y no menos gasto social, aunque no siempre en la dirección adecuada. La industria farmacéutica sigue creciendo a dos dígitos, gracias o pese a los nuevos gestores -aunque para el sector sus políticas de inducción de demanda se han vuelto más complicadas-, y se siguen abriendo y no cerrando nuevas camas de agudos. Y a río revuelto ganancia de pescadores. La generalización de la transferencia sanitaria tan ampliamente efectuada (recuérdese 10 CC.AA. españolas no superan la cifra de dos millones de habitantes) por reducción al absurdo justifica ahora para algunos la necesidad de una Ley de Cohesión, de reflujo centralizador, tal como recientemente se ha aprobado. La coordinación pretendida, más de contenidos que de procedimientos, supone posiblemente una vuelta atrás para aquellas CC.AA. históricas que han preconizado un mayor derecho a la diferencia y para la que las mejoras en su gestión no merecían tamaña intromisión. Sin embargo, resulta ahora muy difícil oponerse a algún tipo de coordinación, vista la nueva situación y los peligros potenciales para la salud pública en su ausencia.

6. LA REFLEXIÓN SOBRE LA EQUIDAD Y LA DESIGUALDAD TERRITORIAL

El contexto creado requiere una nueva concepción de las cuestiones de equidad territorial en salud. Si se interpreta cualquier diferencia observada como discriminatoria y se corrige centralmente, se destruye la lógica del sistema de descentralización fiscal en su totalidad. Ello es así (i) dadas las diferencias en gasto pueden proceder ahora de diferencias en financiación por mayor esfuerzo fiscal, mayor priorización de dicho gasto en la Comunidad Autónoma o mayor margen por una mejor eficiencia en el gasto (por la vía, por ejemplo, de la intersectorialidad del gasto), y (ii) dado que en ratios de mortalidad comparada, la dispersión de valores internos de las CC.AA. muestran amplios márgenes de mejora: por ejemplo, en Andalucía existe población que tiene unos ratios de mortalidad comparada un 54% de la media española. Cataluña no muestra tanta fortuna: los que están mejor están al 61% de la media. Pero qué explica que los que estén peor en Andalucía estén mucho peor que los catalanes?. Combatir internamente desde las CC.AA., con políticas selectivas, para que los que están relativamente peor se acerquen a aquellos otros ciudadanos de la misma Comunidad que están inmensamente mejor puede que sea la clave (como en algunas zonas de Huelva o Cádiz respecto de Fuengirola!).

Por lo tanto, y en resumen, las valoraciones que se hagan ahora de la 'equidad sanitaria' devienen ahora más complejas, ya que desigualdades en gasto pueden proceder tanto de diferencias en la financiación básica estatal (incorporada a la financiación general), como de las aportaciones añadidas que hagan las CC.AA. al gasto sanitario a partir de la evolución de sus ingresos (un tema de prioridades políticas autonómicas), o de las contribuciones adicionales de sus ciudadanos (impuestos afectados, recargos, copagos). Mejor por tanto quizás es hablar a partir de ahora de igualdad (más que de equidad), que es un concepto más claro y menos susceptible de manipulación política, y en consecuencia, de niveles de desigualdad justificables o inaceptables. Para ello, el enfoque adecuado sigue siendo el aprehender las realidades causantes de las diferencias personales en salud y combatir las básicamente desde dentro de las CC.AA. y, sobre todo, desde fuera de los dispositivos sanitarios convencionales. Ahí están los retos.