

# ¿Es de buena calidad nuestro sistema de financiación?

**José R. Repullo**

*Departamento de Planificación y Economía de la Salud. Escuela Nacional de Sanidad/Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.*

Correo electrónico: jrepullo@isciii.es

Septiembre ha estado presidido por el tema de la “financiación sanitaria”, con una reunión política de alto nivel –la Conferencia de Presidentes–, dos reuniones institucionales de alto nivel –del Consejo de Política Fiscal y Financiera–, la publicación de dos gruesos informes, uno del grupo de trabajo de gasto y otro del grupo de trabajo de población, un número enorme de reuniones multilaterales y también iniciativas de grupos de expertos en las distintas comunidades autónomas para estudiar los escenarios y estrategias. Por lo tanto, se trata de una tremenda inversión de tiempo y esfuerzo, que respondía a la vivencia de crisis financiera aguda en la sanidad, expresada como un grito de auxilio que las administraciones autonómicas han lanzado al gobierno central.

El resultado de todo este proceso ha sido: derivar la cantidad de 1.677 millones de euros desde los presupuestos del Estado (parte de los cuales se obtienen del incremento de imposición indirecta sobre alcoholes y tabacos) en distintas rúbricas que añaden fondos o líneas de financiación a las ya existentes en el modelo de la Ley 21/2001, Plan de Calidad, Insularidad, Asistencia a Residentes Extranjeros, atención de accidentes laborales no cubiertos por las mutuas, etc.; aportar anticipadamente el dinero que actualmente se retiene en las aportaciones del Estado a las comunidades autónomas para mejorar su liquidez (financieramente supone anticipar el uso de 1.365 millones de euros), y finalmente permitir que la capacidad de recaudar más impuestos indirectos de las comunidades autónomas suba hasta un total de 1.838 millones de euros.

Ahora brevemente intentaremos caracterizar si esta “solución” aporta suficiencia y sostenibilidad al Sistema Nacional de Salud (SNS) y si está concebida desde la racionalidad técnica.

Para empezar, no se puede hablar de financiación sanitaria; la financiación es autonómica, y no hay impuestos afectados a la sanidad (ni siquiera el mal llamado céntimo sanitario), sólo hay una obligación de dedicar un mínimo de recursos a la sanidad establecidos en la norma. Por ello no tiene mucho sentido hablar del déficit de la sanidad; su cálculo como la diferencia entre lo presupuestado y lo gastado (incluidas las facturas guardadas en los cajones), en realidad, depende de lo que haya querido presupuestar cada comunidad autónoma; dicho en otros términos, el dato relevante es el flujo de ingresos que ha recibido (que depende en buena medida del PIB regional) y el flujo de gastos totales en que ha incurrido la comunidad autónoma. Algunas comunidades

autónomas han visto crecer sus ingresos por encima de la media nacional (un 4%), han mantenido un perfil bajo de gasto sanitario (en relación con sus posibilidades de crecimiento), anuncian bajadas de impuestos y reclaman más dinero para la sanidad. El modelo de corresponsabilidad fiscal parece no haber funcionado ni siquiera 3 años.

Y la solución ha complicado más dicho modelo, pues sin modificar los esquemas en que se basaba, ha introducido cambios que sólo por razones de coyuntura pueden entenderse, y que probablemente crearán rivalidad y confrontación cuando se evidencie el efecto del reparto.

Para seguir, los problemas que subyacen a la suficiencia de financiación son en realidad de dos tipos: la arquitectura política e institucional del Estado de las Autonomías, y los problemas estructurales de la sanidad.

Respecto al primero, cabe decir que el modelo de financiación evidencia graves disfuncionalidades, al no estar alineados los intereses y responsabilidades de los agentes: este alineamiento se produciría si el que toma decisiones que afectan al gasto asume su coste (incluso el coste político de tener que aumentar los impuestos para financiar estos mayores gastos); como vemos, en este caso el Estado ha abonado, casi en su totalidad, los mayores gastos de las comunidades autónomas; veremos si alguna de éstas acaba utilizando de forma significativa su capacidad impositiva. Muchos pensamos que el conjunto del sistema de financiación autonómica se debe revisar profundamente, y que habrá que poner más énfasis en cómo establecer el cálculo de las necesidades homogéneas de financiación para la sanidad, de sus correcciones y garantías y su evolución dinámica (éste es el verdadero debate sanitario y no el de cómo buscar impuestos para sacar más dinero); en este contexto, el Fondo de Cohesión sigue siendo un elemento central para definir la solidaridad, la conectividad y la funcionalidad de todo el SNS, y en las cifras actuales no deja de ser simplemente irrelevante.

Respecto al segundo, los problemas estructurales de la sanidad española siguen pendientes de un abordaje sistemático y en profundidad; un grupo de profesionales hemos desarrollado un proyecto, desde hace 2 años, precisamente para buscar las claves de cambio y revitalización del SNS; la idea de un pacto en la sanidad con claves similares al “pacto de Toledo” sobre la seguridad social nos llevó a aproximarnos a los agentes sociales, de los cuales Comisiones Obreras tuvo el interés de facilitar los medios para que con total independencia y autonomía se hiciera una revisión de la situación y los

problemas centrales del SNS; el resultado de este trabajo ha sido una publicación<sup>1</sup> en la que se establecen cinco ejes de trabajo para estructurar un “nuevo contrato social para un SNS sostenible”: la suficiencia financiera, la solidaridad, la sostenibilidad (mediada por agentes externos y también por internos), la gobernabilidad (del propio SNS) y la racionalidad.

A pesar del triunfalismo y de las comparaciones intencionales, nuestro sistema público de salud se enfrenta a crecientes problemas y tensiones, que ya están afectando a su capacidad de responder con efectividad y eficiencia a las necesidades y demandas de la población; aún tenemos margen para abordar estos problemas, y quizá la única virtud de la inyección de fondos antes referida es que crea una ventana temporal (de aquí a final de la legislatura) donde se pueden abordar los temas importantes, y no sólo los urgentes.

El reto es rediseñar el gobierno del SNS, de forma que esté en condiciones de encauzar las presiones de cambio demográfico, tecnológico y de expectativas y preferencias sociales de forma racional, efectiva, solidaria y sostenible. La función financiera debe estar al servicio de este proceso de racionalización, y no ser algo independiente; la financiación

de calidad será aquella que responda a los objetivos del sistema, y que sea capaz de crear recursos e incentivos que produzcan efectos en la salud y en la calidad de los servicios sanitarios.

Muchos creemos que esto es posible, y que no precisa de mucho más dinero, sino mucho más de inteligencia, lealtad y compromiso. A este esfuerzo estamos convocados todos los que consideramos el SNS como patrimonio colectivo, y los que pensamos que el nuevo contrato social de los profesionales debe incluir tanto la protección de nuestros pacientes individuales (relación de agencia clásica) como una nueva función de abogacía a favor de las instituciones que hacen posible que la comunidad pueda tener garantizada una atención sanitaria efectiva y de calidad.

### **Bibliografía**

1. Repullo JR, Oteo LA, editores. Un nuevo contrato social para un sistema nacional de salud sostenible. Barcelona: Ariel; 2005.