

## LA FINANCIACION AUTONOMICA DE LA SANIDAD: «ENTRE LO HUMANO Y LO DIVINO»

Guillem LOPEZ I CASASNOVAS

El tratamiento que se dé a las cuestiones de equidad y eficiencia en la distribución de los recursos públicos no es una cuestión que se pueda resolver desde un punto de vista exclusivamente económico. Tampoco es éste un problema específico de la financiación autonómica de la sanidad, ya que está de hecho presente —se discuta explícitamente o no— en la territorialización de las distintas partidas del gasto público. Sin embargo, en ningún caso su análisis parece haber levantado la polémica hoy existente para el caso sanitario.

Pese a que existe una amplia literatura sobre el tema de la redistribución de los recursos sanitarios, de la que ha resultado paradigmática la referida a la fórmula inglesa del RAWP (1) —véase Gómez Sala y otros en este mismo número—, apenas puede considerarse que haya consenso alguno sobre el tema. Parece existir, sin embargo, una especial predisposición a combatir la desigualdad en el consumo sanitario a la vista del carácter fundamental que se otorga al cuidado de la salud. Este esfuerzo se suele reflejar, por lo demás y casi en exclusiva, en la simple redistribución de recursos. A la vez que ello refleja un optimismo poco fundamentado acerca de la capacidad de mejora de los índices de salud vía el simple trasiego de recursos sanitarios, ignora las causaciones más complejas que tienen lugar en las relaciones sanitarias y las interacciones de las distintas funciones del gasto público en las políticas de redistribución.

### LA PERSPECTIVA DE LA GESTION

En nuestro país, el énfasis en las cuestiones teóricas redistributivas ha hecho perder perspectiva de cómo se deciden las políticas sanitarias en la práctica, de cómo se gestionan los recursos a éstas destinados y, más notoriamente, de las limitaciones existentes en la redistribución de recursos si se quiere evitar que constituya un elemento desestabilizador en la provisión de los servicios colectivos.

Desde una determinada concepción de la equidad («tantas cabezas, tantos dolores de cabeza»), la Ley General de Sanidad ha colocado a la territorialización de los servicios sanitarios en un callejón sin salida (2). La realidad de las transferencias, 1) ha generado, como mínimo, tres sistemas de financiación: a) para las comunidades autónomas de régimen común que gestionan las transferencias (con diferencias, por lo demás, poco justificadas entre ellas); b) para aquéllas que continúan bajo el paraguas presupuestario del Insalud (Madrid, Cantabria y Canarias, como comunidades autónomas particularmente beneficiadas de ello), y c) finalmente, para los territorios vascos, que, como viene siendo costumbre, van «por su cuenta»; 2) ha obstaculizado la deseada generalización de la descentralización sanitaria: cuando la transferencia aporta una reducción de la financiación respecto de lo que supone el coste efectivo en un momento dado, se produce una resistencia lógica —caso, por ejemplo, de Ca-

taluña— o bien a asumir la impopularidad política de reducir estándares sanitarios, o bien, simplemente, a postergar la solicitud de los traspasos. El falseamiento presupuestario del Insalud, infravalorando gastos y encubriendo déficit, ha aminorado parte del efecto anterior, proporcionando cierta holgura financiera en ambos supuestos; 3) el establecimiento de los distintos acuerdos de financiación caso por caso ha acentuado —y éste es el problema de Andalucía— la falta de correspondencia entre la financiación del gasto inversor y del gasto ordinario de financiación de los servicios.

Como consecuencia, para aquellas comunidades autónomas con transferencias sanitarias que ven comprometido en el proceso casi un 40 por 100 del gasto autonómico, el planteamiento actual de la financiación sanitaria —con la totalidad de recursos sometidos a redistribución— ha generado una presión financiera difícil de racionalizar.

### INVENTAR FORMULAS

Los márgenes existentes hoy para buscar una solución técnica a los problemas de la financiación autonómica de la sanidad son muy escasos. La capacidad para «inventar» fórmulas redistributivas compatibles con las distintas realidades autonómicas es muy limitada. Más fácil resulta que cada comunidad busque una formulación que le resuelva sus necesidades financieras, a partir

siempre de la definición de determinadas variables ponderadas de modo «apropiado» y comúnmente «legitimadas» en alguna noción de «necesidad sanitaria». Dichas propuestas difícilmente pueden considerarse respuestas técnicas a los problemas financieros de la sanidad. Como apunta el Informe AES citado en la nota 2, «parametrizar el concepto de necesidad sanitaria implica siempre el juicio de alguien sobre los recursos que alguien más ha de recibir, al margen de la demanda (3) como expresión de las preferencias del consumidor... La pertinencia del concepto de necesidad sobre el de demanda se ha justificado tradicionalmente por la ignorancia del consumidor. Sin embargo, existe una percepción creciente de que ello restringe de manera excesiva e injustificada la capacidad de decisión y elección del consumidor... Para reequilibrar, la mejor alternativa parece ser hoy la de aumentar la capacidad de elección del consumidor».

Una solución siempre atractiva consiste en buscar la fórmula de potencial consenso («que alguien gane sin que nadie pierda»), minimizando la cantidad adicional de recursos que el Estado deba de aportar (de forma similar al acuerdo general de financiación autonómica de noviembre de 1986). Sin embargo, pese a que dicho ejercicio de investigación operativa requiera la técnica de programación lineal en la parametrización pretendida, sus resultados no pueden considerarse ni una respuesta técnica ni una solución definitiva. Tal como ha demostrado, por ejemplo, la instrumentación del reparto del FCI, este tipo de parametrizaciones *ad hoc* (4) fácilmente constituyen una salida hoy para un problema que puede resurgir mañana, quedando la financiación al albur de la evolución futura de las variables incluidas en la fórmula.

## MAYOR REALISMO

Cualquier propuesta realista de reforma de la financiación autonómica de la sanidad (5) requiere hoy, posiblemente, separar la asignación de recursos que corresponda a la financiación ordinaria de los servicios transferidos de la que responda a objetivos de reequilibrio territorial, basados en nociones de equidad. La razón de ello estriba en que el gasto sanitario tiene: a) un componente exógeno a la propia gestión que desde las diferentes autonomías se pueda realizar (decisiones sobre retribución de plantillas y coste de medicamentos, en manos de la Administración central), y b) una fuerte rigidez «política» de estándares sanitarios a la baja (ausencia de efecto «marcha atrás»), dada su asociación a factores tales como nivel de bienestar, envejecimiento demográfico, etc. Por lo tanto, cualquier solución en la que los criterios redistributivos hayan de afectar a la totalidad de recursos

ha de ver cuestionada su aplicabilidad en la práctica (6).

La consignación de recursos se debería producir, a nuestro entender, a un doble nivel: 1) el relativo a la financiación del funcionamiento de los servicios existentes —ligado a una noción de coste efectivo o similar—, con un gradiente de estabilidad «a la ITAE» que ponga fin a los distintos maquillajes presupuestarios hoy presentes, y 2) el relativo al reequilibrio territorial, sobre la base de los criterios que en cada momento aparezca políticamente oportuno aplicar. Este último fondo quedaría vinculado de modo exclusivo a objetivos redistributivos, visualizando —al menos mientras la Administración central retenga la potestad tributaria— el esfuerzo financiero que la sociedad en su conjunto realiza en favor de la equidad interterritorial. En este sentido, debería verse en la desigual financiación *per capita* (distinto esfuerzo fiscal) entre comunidades autónomas, y no en un idéntico gasto *per capita*, la mejor garantía de dicha solidaridad.

En resumen, no aceptar que el consumo sanitario *per capita* difiera entre comunidades autónomas —como difiere, por ejemplo, entre regiones europeas—, forzando a la igualdad por el lado del gasto a través de la aplicación del criterio *capitativo* a la totalidad de los recursos sanitarios, es posiblemente hoy poco realista, posterga la solución efectiva de los problemas de la financiación autonómica de la sanidad e incentiva a «sacar ventaja» del embrollo presupuestario existente.

## NOTAS

(1) Este es el supuesto pese a que no se debe ignorar que, en el caso británico, se trata de un Estado no autonómico y que las regiones sanitarias son unidades administrativas sólo desde el punto de vista sanitario, que no se corresponden con realidades históricas o sociales. Ello explica que los criterios normativos de reparto se basen en legislación ordinaria (como para el propuesto cambio hacia criterios *capitativos* hoy contenido en el *white paper* «Working for Patients»). Ello no parece que se corresponda con la realidad española y, por tanto, con la decisión —vía una ley ordinaria como la LEGSA— de establecer un marco de financiación para la sanidad al margen del régimen general establecido en la Ley Orgánica de Financiación (LOFCA).

(2) Como apunta el documento que para la Comisión Abril Martorell ha realizado recientemente la Asociación Española de Economía de la Salud (AES), en lo que se refiere a las desigualdades territoriales o geográficas y a las desigualdades personales o de acceso, «la LEGSA necesita definirse con más precisión si se pretende realmente que sean conceptos operativos y evaluables, y no mera retórica en el discurso político».

(3) O «necesidad expresada».

(4) Véase, por ejemplo, la nueva Ley del FCI (BOE de 28 de diciembre de 1990), para lo que se pueden considerar deficiencias en la dirección apuntada en el texto.

(5) Un análisis detallado de los criterios que aquí se resumen se incluye en «El financiamiento autonómico de la sanitat: Diagnosi i prognosi dels seus problemes», *Revista d'Economia de Catalunya*, septiembre 1991.

(6) Esta es, por lo demás, la interpretación correcta de la fórmula RAWP. De modo previo a la entrada en operación de los criterios RAWP, las regiones ven garantizados los aumentos que sobre los niveles de financiación anteriores suponen los *cash limits* (incrementos básicamente salariales decididos por la autoridad sanitaria central), y que se consideraran, en todo caso, financiación vinculada. Es al exceso de recursos aplicados a la sanidad, en relación al agregado de financiación vinculada, al que se aplican los criterios normativos de distribución. Aun en este caso, se fijan límites a los márgenes de aumento o disminución resultantes de la fórmula ( $\pm 4$  por 100, aproximadamente), ya que se considera no deseable o infactible para la gestión de los recursos sanitarios la superación anual de dichos márgenes.