

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP)

# La financiación del Sistema Nacional de Salud

## Introducción

La OMS define a la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedades, situando pues el horizonte de la misma en un punto difícil de alcanzar. Si para la consecución de la salud individual y colectiva en toda su extensión partimos de que los recursos son limitados, mientras que la demanda provocada por la percepción de la necesidad es infinita, no nos queda otra salida que la de intentar ajustar necesidades, demanda y recursos, siempre bajo los principios de transparencia y racionalidad.

A este hecho hay que sumar algunas tensiones que dificultan ese ajuste a los recursos limitados, como son la fascinación por la tecnología, la creencia en los poderes casi «milagrosos» de la farmacopea, favoreciendo un hiperconsumismo sanitario, y el olvido de conceptos biológicos, antropológicos y científicos del equilibrio «salud-enfermedad».

Quizá deberíamos volver a reformular la obligación de los profesionales sanitarios y del conjunto del sistema sanitario, que debe ser «atender sin medicalizar» (por extensión del «primun non nocere»), principio que parece haberse olvidado cuando diseñan carteras de servicios inadecuadas.

Un corolario de lo dicho sería que una gestión al servicio de intereses mercantiles e inductores de un injustificado consumo de recursos no conseguirá sino promover una generación de ciudadanos hipocondríacos, que conformarán una sociedad hiperconsumidora y despilfarradora de recursos. Y parece más que evidente que hoy existen poderosos intereses que promocionan que avancemos en esa línea.

Cuando en los aspectos de financiación de estos servicios sanitarios asistenciales se plantean diversas interpretaciones y criterios, según los intereses o enfoques de los diversos actores afecta-

dos (como son las distintas CCAA del Estado español), es cuando no podemos por menos que tener que recordar los planteamientos que otorgan la razón de ser del propio sistema como dispositivo redistribuidor de riqueza y dispensador del producto salud.

La Ley General de Sanidad se aprueba en 1986, unos años después de promulgada la actual y vigente Constitución de 1978, y con ella se viene a consolidar legislativamente una serie de cambios profundos en el sistema sanitario, y no sólo en su estructura y organización, sino en su concepto, desarrollo metodológico y alcance social. Destacable es el paso que se da, consolidado en virtud de esta ley, al pasar de un modelo mutual y asistencialista de Seguridad Social a un Sistema Nacional de Salud. La corresponsabilidad fiscal y progresiva del SNS diseñado con esa triple y solidaria transferencia de recursos, como es el de la de ricos a pobres, jóvenes a ancianos y sanos a enfermos, así lo demuestra.

Hoy podemos afirmar que el sistema sanitario español es uno de los más completos y eficientes del mundo, y lo es no sólo desde el punto de vista técnico-científico sino, y esto es quizá más importante, también en cuanto a cotas de eficiencia social, ya que con un gasto muy ajustado nuestro SNS ofrece unos servicios de buena calidad (siempre mejorables) a toda la población, de manera universal, casi totalmente gratuitos en el momento del uso, sin diferencias o distinciones de clase o condición social, y todo ello integrando una oferta de prestaciones sanitarias catalogadas que se acercan al máximo ideal posible.

La culminación de la totalidad de las transferencias de la gestión sanitaria desde el Estado central a las CCAA es un momento de especial relevancia para el Sistema Nacional de Salud, porque supone que estas CCAA son desde entonces las responsables de la gestión de los servicios sanitarios en su territorio.

A ello hay que unir el Acuerdo de la Comisión de Política Fiscal y Financiera de 2001 que establece el actual sistema de financiación de las CCAA, incluyendo la financiación sanitaria en la general de las CCAA, lo que favorece aún más los procesos de dispersión en cuanto a políticas sanitarias se refiere.

Así, se ha producido una gran diversificación del modelo sanitario de las diferentes CCAA, a base de adoptar modelos distintos en cada territorio, dibujando un abanico en el que distinguimos modelos más o menos privatizadores, y en los que se aprecian diferencias que afectan a multitud de aspectos, como por ejemplo con la ejecución de las carteras de servicios, de los calendarios vacunales, de las condiciones laborales de sus recursos humanos, de la diversa capacidad recaudatoria sobre impuestos transferidos a cada comunidad autónoma, diferentes priorizaciones, diversos criterios de planificación, etc.

Debería recordarse que el artículo 81 de la LGS afirma que la generalización del derecho a la protección de la salud, y a la atención sanitaria que implica la homologación de las atenciones y prestaciones del sistema sanitario público, se efectuará mediante una asignación de recursos financieros que tengan en cuenta tanto la población a atender en cada comunidad autónoma como las inversiones sanitarias a realizar para corregir las desigualdades territoriales sanitarias. Además, la propia LGS en su artículo 82 nos recuerda que la financiación de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social transferidos a las comunidades autónomas se efectuará según el sistema de financiación autonómica vigente en cada momento, y que la legislación vigente obliga a que las comunidades autónomas que tengan asumida la gestión de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social deban elaborar anualmente el presupuesto de gastos

para dicha función, que deberá contener como mínimo la financiación establecida en el Sistema de Financiación Autonómica. Por lo que a efectos de conocer el importe de la financiación total que se destina a la asistencia sanitaria, las comunidades autónomas remitirán puntualmente al Ministerio de Sanidad y Consumo sus presupuestos, una vez aprobados, y les informarán de la ejecución de los mismos, así como de su liquidación final.

El problema es cómo se hace operativa esta exigencia en un momento en el que la información sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios de las CCAA es muy escasa. Merece la pena recordar que la Oficina Europea de la OMS ya en 2003 indicaba que uno de los mayores problemas de los sistemas de salud occidentales es la falta de información sobre las necesidades reales de salud de su población.

Un problema muy importante es el de la multiplicidad de los modelos de gestión sanitaria. El hecho de que el proceso transferencial se realizase por fases muy distantes en el tiempo unas de otras (antes de 2002 tenían transferida la gestión sanitaria Cataluña, País Vasco, Navarra, Valencia, Galicia y Andalucía), llegó a configurar un amplio mosaico de maneras de entender la gestión del modelo, en diversas formas que ajustándose al marco de la propia LGS demostraban cómo ésta podía permitir interpretaciones muy distintas, de manera que no pocas CCAA ya venían desarrollando modelos de gestión «atípicos» y mixtos, recurriendo a diversas y sutiles maneras de convivencia entre formas de gestión pública y formas de gestión privada. Este hecho se agravó a partir de 2002, pues a nadie se le escapa que en ese año, además de la gestión sanitaria, también se transfiere el descontrol para que cada gobierno autonómico, dentro del amplio y elástico marco de la LGS, desarrolle el modelo de gestión que el dictado del enfoque político e ideológico que sostiene a cada ejecutivo así le sugiera.

Las condiciones de urgencia e improvisación, y la ausencia de un mínimo análisis riguroso y pormenorizado, que condicionaron el proceso de contabilización y tramitación en que se produjeron las transferencias de 2002, todo ello provocado por las prisas que im-

Uno de los mayores problemas de los sistemas de salud occidentales es la falta de información sobre las necesidades reales de salud de su población

primieron el gobierno de Aznar y su ministra Villalobos, provocó que el monto en el que se estimaron las transferencias económicas desde el Estado a las CCAA no fuesen, en la mayoría de los casos, las más óptimas para poder conjugar ese reto de politización partidista de la gestión de la salud en los ámbitos territoriales.

Esto, aderezado con la ausencia de corresponsabilidad fiscal de los responsables autonómicos, puede haber sido lo que nos ha conducido a un escenario como el actual en el que la financiación del conjunto del sistema sanitario, de ese sistema vertebrado por los distintos servicios regionales de salud de las CCAA, es el verdadero problema que amenaza al SNS. Leyes como la de Cohesión tienden a paliar esta distorsión, y la necesaria reformulación de criterios para el reparto de los fondos entre las CCAA es la tarea que ahora se impone como necesaria y urgente, y todo ello dentro de un marco necesario como podría ser el de un auténtico Pacto de Estado para la Sanidad.

Desgraciadamente algunas CCAA han utilizado criterios irresponsables para la asignación de recursos, teniendo más en cuenta los intereses electorales o partidistas que las necesidades de salud de la población.

La afirmación de que el presupuesto sanitario estatal en términos de porcentaje sobre el PIB debería incrementarse es hoy un discurso recurrente y homogéneo entre todos los responsables de las

La nueva financiación obedecerá al análisis riguroso de las necesidades de cada CA, con especial mención de las necesidades sanitarias objetivadas

CCAA y para todos los partidos políticos, pero no se debe olvidar que en ocasiones no se trata de mejorar la Sanidad, sino de conseguir fondos para deudas contraídas en más de una de ellas en otros sectores transferidos.

¿Es pues el problema de la financiación sanitaria, y su dudosa viabilidad ante su tendencia incrementista en el gasto, un asunto que deba o pueda solucionarse sencillamente incrementando el presupuesto sanitario? Desde la FADSP, pensamos que es absolutamente imprescindible incrementar ese porcentaje de gasto sanitario en términos de PIB, pero no sólo eso...

Un simple incremento del presupuesto sanitario, sin más, no haría sino alimentar hábitos irresponsables, fomentar actividades poco fundamentadas desde el punto de vista sanitario y, como ocurrió con los fondos aportados por la última Conferencia de Presidentes sobre Sanidad, el lograr aportaciones que no se destinan a la Sanidad, ahí el caso de la Comunidad de Madrid es paradigmático.

Si se mantiene una deficiente e injustificada distribución de recursos financieros entre las CCAA, se despertará en ellas la confrontación territorial y se alimentará la aparición de discursos contrarios a la necesaria solidaridad (rechazo de pacientes de otras CCAA, por ejemplo). Por otra parte, si se sostiene la actual e insuficiente asignación financiera a determinadas CCAA, éstas procurarán mantener su tensión en el discurso político sanitario.

Es evidente que mientras no se formulen políticas coordinadas en el sector sanitario público de las CCAA en su conjunto, será más que probable que el gasto sanitario siga incrementándose injustificadamente, y que veamos cómo se contempla la necesidad de demandar mayores recursos sin control alguno sobre la eficiencia de lo que se gasta ni en lo que se emplea.

Por lo tanto, el problema de la estabilidad y sostenibilidad del sistema pasa necesariamente por una serie de condicionamientos preliminares entre los que debemos destacar la necesidad de equilibrar y cohesionar el SNS partiendo de la necesidad de tener toda la información de las diversas CCAA, y potenciando el carácter de dirección del Sistema Nacional de Salud que debería tener el Consejo Interterritorial.

## Condiciones para la nueva financiación sanitaria

Desde la FADSP propugnamos mantener y mejorar un SNS cohesionado, universal y solidario, tal y como nuestra Constitución dispone y la LGS diseña y, por lo tanto, pensamos que:

### La nueva financiación deberá

- PARTIR del análisis riguroso de las necesidades y situación de cada CA en materia de estructura asistencial, con especial mención de las necesidades sanitarias objetivadas y basadas en criterios de salud, tasas de morbimortalidad, aspectos específicos insalubres como contaminación ambiental y atmosférica, siniestralidad laboral y por tráfico rodado, y pirámide poblacional con porcentajes de cortes de población mayor de 75 años, dependientes, discapacitados, etc., y que necesariamente concluyese en la elaboración de las necesidades de salud de las CCAA, para que el Consejo Interterritorial del SNS elabore un Plan Integrado de Salud que pueda ser auditado y revisado periódicamente por parte del propio Consejo.
- ADECUAR el porcentaje sobre el PIB destinado a sanidad, y que consecuentemente deberá repartirse con posterioridad entre las distintas CCAA, tomando como base el porcentaje medio destinado a sanidad en los países de la UE de los 15.
- ACEPTAR la necesidad de que la revisión de los criterios de reparto en la financiación de la sanidad a las diferentes CCAA, y la introducción de elementos de compensación interterritorial, no puedan someterse a criterios políticos partidistas sino a rigurosos análisis políticos sanitarios y sociales.
- INSISTIR en la aplicación de un proceso de cohesión real, en el que deba prevalecer la eficacia y sostenibilidad del sistema sanitario de todo el Estado y un marco de equidad y equilibrio territorial, con prestaciones homogéneas para todos los ciudadanos con independencia de su lugar de origen o residencia.
- EQUILIBRAR el nuevo sistema de financiación, que deberá integrar los

necesarios mecanismos de solidaridad interterritorial que permitan equilibrar el reparto de fondos estatales en la financiación autonómica.

- VALORAR el homogeneizar criterios de gastos y utilización presupuestaria a la hora de ajustar partidas presupuestarias como puedan ser el diferente porcentaje de presupuesto que se deriva para conciertos con la Sanidad Privada, el presupuesto derivado en externalización de servicios, el porcentaje de presupuesto empleado en RRHH, la necesaria homogeneidad de las condiciones laborales de los profesionales, el porcentaje de utilización presupuestaria en investigación, el porcentaje empleado en la búsqueda de la excelencia o calidad asistencial, el porcentaje de fármacos genéricos prescritos, el porcentaje de gasto en farmacia hospitalaria (segregando sector público y privado concertado), fijando unos topes máximos de demora en consultas de especializada, lista de espera quirúrgica y de pruebas diagnósticas, determinando un mínimo pero suficiente tiempo medio por consulta en atención primaria, nivelando el porcentaje de enfermería por cupos poblacionales, exigiendo la dedicación exclusiva para sus profesionales, estableciendo criterios de gestión clínica basados en la evidencia científica contrastada, etc.
- CONTAR con la participación ciudadana y social de forma directa y activa, así como con la participación de los profesionales de la atención sanitaria, por medio de los órganos de participación ya constituidos al efecto en cada comunidad autónoma. El grado de participación deberá ser una de las condiciones a tener en cuenta a la hora de la financiación del Estado a las CCAA.
- SEGREGAR por parte de cada comunidad autónoma el gasto sanitario del gasto social y poner en marcha los mecanismos correspondientes para su atención.
- AUDITAR por parte de organismos dependientes del Ministerio de Sanidad y Consumo la evolución del gasto en cada CA y los diferentes programas y objetivos sobre los que se justifica el presupuesto elaborado por

cada una de ellas, de manera que se asegure que las partidas destinadas a la financiación de la Sanidad son utilizadas con este fin.

- PROCEDER a una evaluación de las ofertas formativas de los profesionales requeridos por cada CA, según sus necesidades, tanto cuantitativamente para el periodo pregrado como en el posgrado y cualitativamente y de forma permanente en el proceso de la formación continua, independiente y de calidad.
- CONCLUIR con la aprobación en el Consejo Interterritorial del SNS, y con su posterior aprobación por el Parlamento como ley orgánica, de un documento consensado y pactado entre todas las CCAA y por todas las fuerzas políticas con representación territorial para el Desarrollo Equitativo y Sostenible de un Sistema de Financiación Eficaz de la Sanidad Pública del Estado Español.

### Propuestas

1. Elaboración por parte del Consejo Interterritorial de Salud de un Plan Integrado de Salud que recoja las necesidades de salud de la población y los recursos necesarios del sistema sanitario público para su atención.
2. Incremento de los recursos destinados al SNS al menos en un punto sobre el PIB de manera adicional a los fondos que ya reciben las CCAA por el actual sistema de financiación autonómica.
3. Reparto de este incremento entre las CCAA, con criterio finalista (es decir con destino exclusivo a la atención sanitaria) y condicionado al cumplimiento de objetivos del Plan Integrado de Salud.
4. Seguimiento del Consejo Interterritorial del cumplimiento de los objetivos propuestos y de la aplicación de la financiación adicional.
5. Debate y aprobación por el Parlamento de un acuerdo para la consolidación, mejora y desarrollo sostenible del Sistema Nacional de Salud.

Desde el convencimiento de que no deben existir ya más concesiones al discurso neoliberal que se inserta en la actual política sanitaria, y de que es el momento de demostrar que todos estamos por la mejora y defensa de un modelo sa-

nitario público eficaz, eficiente, estable, equitativo y responsable, es por lo que ahora hacemos un llamamiento a todas las fuerzas políticas de las CCAA y del

gobierno de la nación para así conseguir el consenso necesario que promueva las acciones pertinentes para sostener uno de los logros más precia-

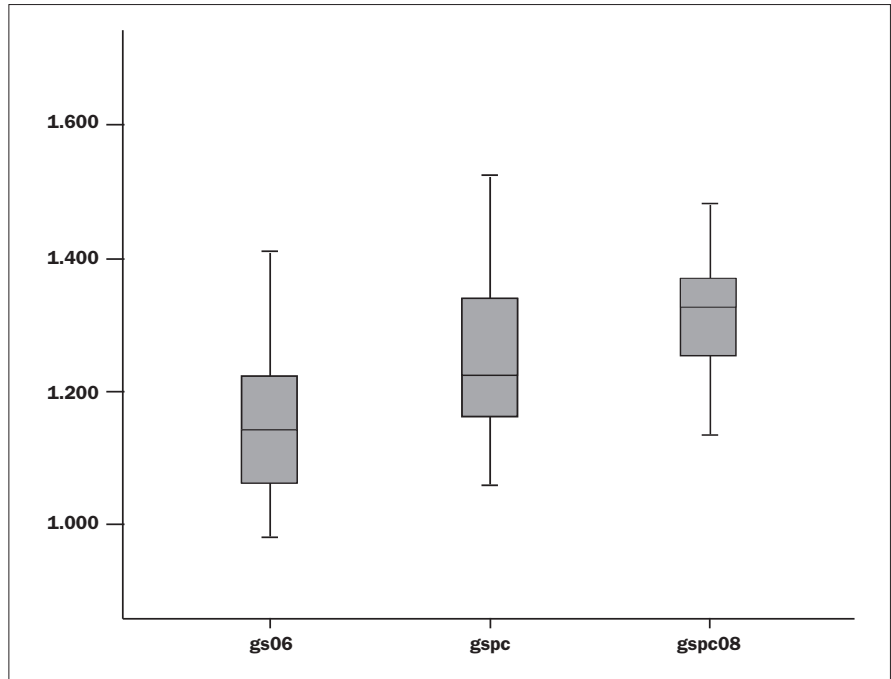
dos de nuestra reciente democracia, que no es otro que nuestro Sistema Sanitario Público. (FADSP, enero de 2008). ■

**Presupuestos sanitarios per cápita CCAA (euros/habitante)**

CCAA	2008
ANDALUCÍA	1.181,08
ARAGÓN	1.349,91
ASTURIAS	1.296,80
BALEARES	1.158,75
CANARIAS	1.333,10
CANTABRIA	1.317,64
CASTILLA Y LEÓN	1.314,45
CASTILLA-LA MANCHA	1.299,85
CATALUÑA	1.261,51
C. VALENCIANA	1.116,58
EXTREMADURA	1.652,50
GALICIA	1.312,48
MADRID	1.143,43
MURCIA	1.237,62
NAVARRA	1.403,31
PAÍS VASCO	1.475,10
LA RIOJA	1.461,28
<b>MEDIA CCAA</b>	<b>1.312,67</b>

- Media CCAA 2005: 1.157,69  
- Incremento 2005-2008: 13,38%

**EVOLUCIÓN DE LOS PRESUPUESTOS SANITARIOS PER CÁPITA 2006-2008**



# Salud 2000

**Boletín de suscripción**

NOMBRE Y APELLIDOS .....  
 DOMICILIO .....  
 LOCALIDAD ..... CP .....  
 TELÉFONO ..... CORREO ELECTRÓNICO .....

Se suscribe a la revista **Salud 2000** por el periodo de un año, prorrogable en años sucesivos salvo aviso en contrario.  
 La suscripción anual (5 números) por un importe de 31 euros.

Marque con un X la forma de pago:  CON TALÓN BANCARIO  DOMICILIACIÓN BANCARIA

BANCO/CAJA ..... OFICINA .....  
 CUENTA .....  
 DOMICILIO ..... LOCALIDAD ..... CP .....

Autorizo el pago anual de los recibos presentados por la revista **Salud 2000**

Fecha: ..... Firma: .....



Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública  
 C/ Arroyo de la Media Legua, 29. Local 49. 28030 Madrid (www.fadsp.org). Tel.: 91 333 90 87. Fax: 91 437 75 06