

**LA NUEVA FINANCIACIÓN SANITARIA EN ESPAÑA:
DESCENTRALIZACIÓN Y PROSPECTIVA**

David Cantarero Prieto

FUNDACIÓN DE LAS CAJAS DE AHORROS
DOCUMENTO DE TRABAJO
Nº 196/2005

De conformidad con la base quinta de la convocatoria del Programa de Estímulo a la Investigación, este trabajo ha sido sometido a evaluación externa anónima de especialistas cualificados a fin de contrastar su nivel técnico.

ISBN: 84-89116-07-5

La serie **DOCUMENTOS DE TRABAJO** incluye avances y resultados de investigaciones dentro de los programas de la Fundación de las Cajas de Ahorros.

Las opiniones son responsabilidad de los autores.

PROGRAMA DE ESTIMULO A LA INVESTIGACION - FUNCAS (2004)

**"LA NUEVA FINANCIACION SANITARIA EN ESPAÑA:
DESCENTRALIZACION Y PROSPECTIVA"**

David CANTARERO PRIETO (*)

Departamento de Economía. Universidad de Cantabria

Avda Los Castros, s/n. 39005 – Santander. Tfno: 942-201625. Fax: 942-201603.

E-mail: david.cantarero@unican.es

Resumen

Este trabajo analiza la experiencia previa al modelo actual de financiación autonómica y sanitario desde una perspectiva comparada para a continuación hacer un balance de los retos pendientes bajo este nuevo sistema. En este marco, se estiman mediante la simulación de escenarios dinámicos las principales implicaciones económicas que supone el modelo actual consistente en profundizar en la corresponsabilidad fiscal integrando la sanidad a la financiación autonómica general y el diseño de mecanismos de garantías que permitan la implantación adecuada de las reformas iniciadas en 1986 con la Ley General de Sanidad y continuadas por la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud de 2003. Por último, tras algunos comentarios y observaciones, se cierra el trabajo con un apartado de consideraciones finales.

Palabras clave: Descentralización sanitaria, Financiación pública, prestaciones sanitarias, coordinación, equidad, políticas sanitarias.

JEL classification: H51, I18

(*) El autor agradece la ayuda de los profesores Natividad Fernández, Juan José Rubio, José Villaverde, José María Sarabia, Juan Cabasés, Alfonso Utrilla, Javier Salinas y Santiago Álvarez así como de dos evaluadores anónimos al permitir haberlo mejorado sustancialmente. En todo caso, las opiniones aquí expresadas y cualquier error en este trabajo corresponden a mi exclusiva responsabilidad.

1. Introducción: Federalismo Fiscal y financiación sanitaria comparada

La sanidad está considerada como uno de los pilares básicos del Estado del Bienestar y el derecho a la protección de la salud aparece recogido en la Constitución Española (CE) de 1978 como uno de los derechos fundamentales que ha ido consolidándose en España junto con el cambio desde un modelo de Seguridad Social (SS) al actual Sistema Nacional de Salud (SNS, desde la Ley General de Sanidad de 1986) de carácter descentralizado desde 2002 excepto en Ceuta y Melilla (Cuadro 1). Precisamente, es la Ley 16/2003, de 28 de Mayo, de Cohesión y Calidad del SNS, el nuevo marco legal que ha de garantizar la coordinación y cooperación de los distintos Servicios Regionales de Salud.

Hasta la fecha se han venido produciendo diversas reformas tanto en la financiación autonómica general como en la sanitaria (Ruiz-Huerta y Granado, 2003). En lo que se refiere a este última, se ha aprobado tras una ardua negociación un nuevo sistema cuya vigencia ha comenzado el 1 de Enero del 2002 y que integra a la financiación de las competencias sanitarias siendo ratificado por la Ley 21/2001, de 27 de Diciembre, en las Cortes Generales. Dicho sistema ha introducido un ajuste por necesidad al criterio per cápita simple sobre la base de otras variables, básicamente la población mayor de 65 años e insularidad además de otros ajustes menores sobre la base de asignaciones de nivelación y fondos de pacientes desplazados. Esto supone un claro avance hacia los modelos de funcionamiento de asignación de recursos sanitarios del resto de países desarrollados aunque modesto, ya que aún queda lejos de lo que sucede en otros países de nuestro entorno donde existen diversos grados de refinamiento de estos modelos de capitación, por ejemplo, introduciendo diferentes categorías individuales según la edad y el sexo (Urbanos, 2001; Banting y Corbett, 2002) aunque están condicionadas por la calidad y la cantidad de información disponible en cada país. La práctica totalidad de los sistemas de financiación del gasto sanitario en la OCDE tienen como objetivos compartidos la suficiencia financiera de la actividad que se produce anualmente, la eficiencia y la equidad (Cuadros 2-5 y Gráfico 1). No obstante, es precisamente a nivel poblacional la riqueza y la cultura más que el envejecimiento el que hace que un país gaste más en asistencia sanitaria (Getzen, 1992 y 2000).

CUADRO 1. EVOLUCION DEL SISTEMA SANITARIO EN LA DEMOCRACIA ESPAÑOLA (1975-2003).

Años	Algunas fechas y normas significativas
1975-1978	Derecho a la protección de la Salud, artículo 43 de la Constitución Española (1978); formulación del Estado de las Autonomías y posibilidad de asunción de competencias en materia de asistencia social y sanidad e higiene según artículo 148.1 tras Pactos de la Moncloa (1977). Creación del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social (1977) y del INSALUD (1978) que sustituía al anterior Instituto Nacional de Previsión.
1981	Traspaso de la primera competencia sanitaria a Cataluña (RD 1517/1981, de 8 de Julio).
1984	RD 137/1984 sobre estructuras básicas de salud e inicio de la reforma de Atención Primaria. Traspaso de la competencia sanitaria a Andalucía (RD 400/1984, de 22 de Febrero).
1986	Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad y creación del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS) en España.
1987	Traspaso de la competencia sanitaria a la Comunidad Valenciana (RD 1612/1987, de 27 de Noviembre) y al País Vasco (RD 1536/1987, de 6 de Noviembre).
1989	RD 1088/1989, de 8 de Septiembre, sobre la extensión de la cobertura sanitaria de la Seguridad Social a la población previamente protegida por la beneficencia (universalización) y cambio de fuente de financiación básica sanitaria de cotizaciones sociales a impuestos generales.
1990	Traspaso de la competencia sanitaria a Galicia (RD 1679/1990, de 28 de Diciembre) y Navarra (1680/1990, de 28 de Diciembre). Ley 25/1990 del Medicamento.
1991	Creación e Informe de Comisión de Análisis y Evaluación del SNS (Comisión Abril Martorell) y propuestas de medidas de reforma de tipo organizativo y de contención de costes.
1994	Acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera de 21 de Septiembre. Sistema específico de financiación sanitaria para el cuatrienio 1994-1997. Traspaso de la competencia sanitaria a Canarias (RD 446/1994, de 11 de Marzo).
1996	RD-Ley 10/1996, de 17 de Junio, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del INSALUD.
1997	Ley 15/1997, de 25 de Abril, sobre habilitación de Nuevas Formas de Gestión del Sistema Nacional de Salud. Ley 24/1997, de 15 de Julio, de Consolidación y Racionalización del Sistema de Seguridad Social. Acuerdo 1/1997, 27 de Noviembre, del Consejo de Política Fiscal y Financiera. Sistema específico de financiación sanitaria para el cuatrienio 1998-2001.
1998	Actualización de lista negativa de fármacos de la financiación pública. Firma del primer acuerdo con Farmaindustria sobre medidas de contención de costes.
1999	Por primera vez desaparecen por completo las cotizaciones sociales como fuente de financiación de la sanidad.
2000	RD 29/2000, 14 de Enero, sobre nuevas formas de gestión INSALUD. Introducción de precios de referencia a partir de 1 de Diciembre de 2000 según RD 1035/1999, de 18 de Junio, que regula los precios de referencia.
2001	RD 1471-1480/2001 de traspaso de funciones y servicios del antiguo INSALUD Gestión Directa a las diez CCAA sin competencias sanitarias en esa fecha. Integración sanidad en sistema general financiación (Leyes 7, 21 y 22/2001, 27 de Diciembre) y afectación tramo autonómico impuesto hidrocarburos a sanidad. Protocolos de Coordinación Sanitaria formalizado entre Castilla-La Mancha, Castilla-León, Madrid y Extremadura (Octubre). Ley 10/2001, de 28 de Junio, de Salud de Extremadura y Ley 12/2001, de 21 de Diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.
2002	Período transitorio de tres meses en algunas CCAA Gestión Directa de adaptación en gestión y de tutela del Mº de Sanidad y Consumo. Acuerdos de mejoras laborales y retributivas en la mayoría de CCAA del antiguo INSALUD Gestión Directa. Protocolos de Coordinación Sanitaria entre Castilla y León y Galicia (Enero) y Cataluña y Aragón (Febrero). Coordinación entre Cantabria y Asturias (Junio). Desaparición del INSALUD y creación del INGESA o "Instituto Nacional de Gestión Sanitaria" (RD 840/2002, de 2 de Agosto). Firma del segundo acuerdo con Farmaindustria sobre medidas de contención de costes. Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. RD 1247/2002, 3 de Diciembre, por el que se regula la gestión del Fondo de Cohesión Sanitaria.
2003	Creación del último Servicio Regional de Salud (Comunidad Valenciana). Aprobación de la Ley 16/2003, de 28 de Mayo, de "Cohesión y Calidad" del Sistema Nacional de Salud. Envío al Congreso del RD por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el SNS (Por Consejo Ministros 26 Mayo). Envío al Congreso de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (Aprobado por el Congreso el 6 de Noviembre). Envío al Congreso de la Ley del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud (Aprobación definitiva en Congreso el 27 de Noviembre).

FUENTE: Actualizado de Urbanos y Cantarero (2003).

CUADRO 2. GASTO SANITARIO PER CAPITA EN PARIDADES DE PODER DE COMPRA (PPC EE.UU \$) EN OCDE Y UE. PERIODO 1980-2001

Concepto	1960	1970	1980	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Australia	87		658	1300	1379	1445	1528	1614	1778	1870	1982	2079	2224	2350	
Austria	64	159	662	1204	1271	1416	1542	1617	1750	1862	1786	1888	2006	2170	2191
Bélgica		130	576	1245	1370	1514	1613	1650	1874	1962	1986	1971	2114	2260	2490
Canada	107	255	709	1674	1812	1898	1955	1992	2115	2093	2187	2288	2433	2580	2792
Dinamarca			819	1453	1520	1586	1729	1817	1880	2003	2099	2238	2344	2398	2503
Finlandia	54	161	509	1295	1416	1383	1338	1296	1414	1486	1548	1528	1608	1699	1841
Francia				1509	1635	1751	1810	1841	1984	1987	2032	2096	2211	2387	2561
Alemania		223	824	1600		1870	1878	2047	2263	2340	2465	2520	2615	2780	2808
Grecia		98	348	695	724	854	991	1139	1226	1275	1326	1406	1516	1556	1511
Islandia	45	129	576	1377	1459	1509	1564	1589	1836	1928	2002	2226	2559	2605	2643
Irlanda	36	99	452	719	821	980	1016	1119	1223	1239	1417	1438	1623	1793	1935
Italia				1321	1440	1542	1455	1479	1486	1566	1684	1778	1883	2060	2212
Japón	26	130	523	1082	1164	1273	1362	1460	1581	1686	1734	1730	1852	1984	
Corea				354	373	421	451	486	535	611	657	628	762	893	
Luxemburgo		148	606	1501	1572	1754	1895	1937	2138	2192	2204	2361	2685	2719	
México				260	288	344	408	461	381	365	408	415	457	491	586
Países bajos			668	1333	1409	1522	1577	1636	1787	1818	1958	2176	2310	2348	2626
Nueva Zelanda		177	458	937	989	1062	1086	1157	1238	1261	1357	1431	1527	1611	1710
Noruega	46	132	632	1363	1516	1676	1729	1744	1865	2026	2193	2439	2550	2755	2920
Polonia				259	296	331	339	349	420	473	461	543	558	572	629
Portugal		46	265	611	729	794	872	930	1134	1195	1341	1365	1469	1519	1613
España	14	83	328	813	917	990	1053	1055	1163	1217	1269	1353	1426	1497	1600
Suecia		270	850	1492	1460	1501	1550	1552	1680	1779	1855	1903	2053	2195	2270
Suiza	138	292	891	1836	2021	2204	2284	2375	2555	2615	2841	2952	3080	3160	3248
Turquía		23	75	171	185	193	206	191	190	234	272	301			
Reino Unido	74	144	445	977	1029	1184	1208	1271	1330	1440	1516	1563	1704	1813	1992
Estados Unidos	144	347	1055	2738	2957	3165	3357	3500	3654	3792	3939	4095	4287	4540	4887
Media OCDE	69,58	160,32	587,68	1131,93	1170,86	1285,69	1350,34	1406,76	1519,07	1582,62	1624,67	1700,73	1871,10	1971,72	2090,68
C.V. OCDE	0,60	0,52	0,39	0,50	0,52	0,50	0,49	0,48	0,48	0,47	0,48	0,49	0,45	0,45	0,46

FUENTE: OECD Health Data (2003) y elaboración propia.

CUADRO 3. CAMBIOS EN EL GASTO SANITARIO (PUBLICO Y PRIVADO) EN PORCENTAJE DEL PIB EN LOS PAISES DE LA OCDE Y LA UE. PERIODO 1980-2001

Concepto	1960	1970	1980	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Australia	4,1		7	7,8	8	8,1	8,2	8,2	8,2	8,4	8,5	8,6	8,7	8,9	
Austria	4,3	5,3	7,6	7,1	7,1	7,5	7,9	7,9	8,2	8,3	7,6	7,7	7,8	7,7	7,7
Bélgica		4	6,4	7,4	7,8	8	8,1	7,9	8,6	8,8	8,4	8,4	8,5	8,6	9
Canada	5,4	7	7,1	9	9,7	10	9,9	9,5	9,2	9	8,9	9,1	9,1	9,2	9,7
Dinamarca			9,1	8,5	8,4	8,5	8,8	8,5	8,2	8,3	8,2	8,4	8,5	8,3	8,6
Finlandia	3,8	5,6	6,4	7,8	8,9	9,1	8,3	7,7	7,5	7,6	7,3	6,9	6,9	6,7	7
Francia				8,6	8,8	9	9,4	9,4	9,5	9,5	9,4	9,3	9,3	9,3	9,5
Alemania		6,2	8,7	8,5		9,9	9,9	10,2	10,6	10,9	10,7	10,6	10,6	10,6	10,7
Grecia		6,1	6,6	7,4	7,2	7,9	8,8	9,7	9,6	9,6	9,4	9,4	9,6	9,4	9,4
Islandia	3	4,7	6,2	8	8,2	8,4	8,5	8,3	8,4	8,4	8,2	8,6	9,5	9,3	9,2
Irlanda	3,7	5,1	8,4	6,1	6,5	7,1	7	7	6,8	6,6	6,4	6,2	6,2	6,4	6,5
Italia				8	8,3	8,4	8,1	7,8	7,4	7,5	7,7	7,7	7,8	8,2	8,4
Japón	3	4,5	6,4	5,9	5,9	6,2	6,4	6,7	6,8	6,9	6,8	7,1	7,5	7,6	
Corea				4,8	4,5	4,7	4,7	4,7	4,7	4,9	5	5,1	5,6	5,9	
Luxemburgo		3,6	5,9	6,1	5,9	6,2	6,2	6,1	6,4	6,4	5,9	5,8	6,1	5,6	
México				4,5	4,9	5,4	6,1	6,7	5,7	5,2	5,4	5,2	5,5	5,6	6,6
Países bajos			7,5	8	8,2	8,4	8,5	8,4	8,4	8,3	8,2	8,6	8,7	8,6	8,9
Nueva Zelanda		5,1	5,9	6,9	7,4	7,5	7,2	7,2	7,2	7,2	7,5	8	7,9	8	8,1
Noruega	2,9	4,4	6,9	7,7	8,1	8,2	8	7,9	7,9	7,9	7,8	8,5	8,5	7,6	8
Polonia				5,3	6,6	6,6	6,4	6	6	6,4	6,1	6,4	6,2	6	6,3
Portugal		2,6	5,6	6,2	6,8	7	7,3	7,3	8,3	8,5	8,6	8,6	8,7	9	9,2
España	1,5	3,6	5,4	6,7	6,9	7,2	7,5	7,4	7,6	7,6	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5
Suecia		6,7	8,8	8,2	8,1	8,3	8,6	8,2	8,1	8,4	8,2	8,3	8,4	8,4	8,7
Suiza	4,9	5,6	7,6	8,5	9,2	9,6	9,6	9,8	10	10,4	10,4	10,6	10,7	10,7	10,9
Turquía		2,4	3,3	3,6	3,8	3,8	3,7	3,6	3,4	3,9	4,2	4,8			
Reino Unido	3,9	4,5	5,6	6	6,5	6,9	6,9	7	7	7	6,8	6,9	7,2	7,3	7,6
Estados Unidos	5	6,9	8,7	11,9	12,6	13	13,3	13,2	13,3	13,2	13	13	13	13,1	13,9
Media OCDE	3,79	4,94	6,87	7,13	7,38	7,72	7,87	7,86	7,86	7,91	7,74	7,84	8,06	8,03	8,45
C.V. OCDE	0,29	0,27	0,20	0,24	0,24	0,23	0,22	0,23	0,23	0,23	0,23	0,23	0,21	0,21	0,21

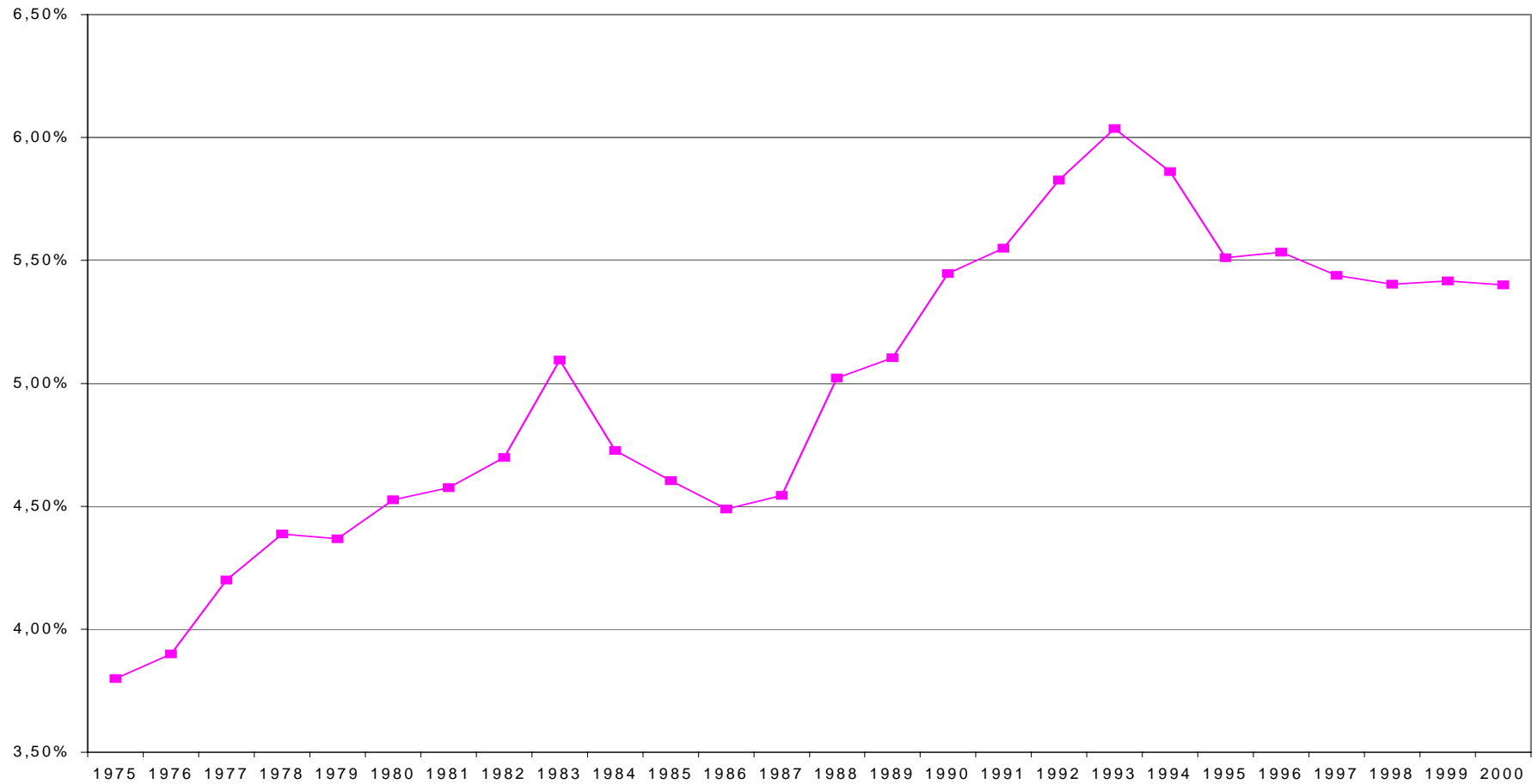
FUENTE: OECD Health Data (2003) y elaboración propia.

CUADRO 4. CAMBIOS EN EL GASTO SANITARIO PUBLICO COMO PORCENTAJE DEL PIB EN LOS PAISES DE LA OCDE Y LA UE. PERIODO 1980-2001

Concepto	1960	1970	1980	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Australia	2,1		4,4	5,2	5,4	5,4	5,4	5,4	5,5	5,5	5,7	5,8	6	6,1	
Austria	3	3,3	5,2	5,2	5,2	5,5	5,9	5,9	5,8	5,8	5,3	5,4	5,4	5,4	5,3
Bélgica									6	6,4	6	6	6,2	6,2	6,4
Canada	2,3	4,9	5,4	6,7	7,2	7,4	7,2	6,9	6,5	6,3	6,2	6,5	6,4	6,5	6,9
Dinamarca			8	7	7	7	7,2	7	6,8	6,8	6,8	6,9	7	6,9	7,1
Finlandia	2,1	4,1	5	6,3	7,2	7,2	6,3	5,8	5,7	5,8	5,5	5,3	5,2	5	5,3
Francia				6,6	6,7	6,9	7,2	7,1	7,3	7,2	7,1	7,1	7,1	7,1	7,2
Alemania		4,5	6,8	6,5		7,7	7,6	7,8	8,1	8,4	8,1	7,9	8	7,9	8
Grecia		2,6	3,7	4	3,9	4,3	4,8	4,8	5	5,1	5	4,9	5,1	5,3	5,2
Islandia	2	3,1	5,5	6,9	7,1	7,1	7,1	6,9	7,1	7	6,8	7,1	8	7,8	7,6
Irlanda	2,8	4,2	6,8	4,4	4,8	5	5,1	5	4,9	4,7	4,8	4,7	4,6	4,7	4,9
Italia				6,4	6,6	6,5	6,2	5,9	5,3	5,4	5,6	5,6	5,6	6	6,3
Japón	1,8	3,1	4,6	4,6	4,6	4,8	5,1	5,3	5,3	5,4	5,3	5,5	5,8	6	
Corea				1,7	1,5	1,6	1,6	1,6	1,7	1,9	2,1	2,4	2,4	2,6	
Luxemburgo		3,2	5,5	5,7	5,5	5,7	5,8	5,6	5,9	5,9	5,5	5,4	5,4	4,9	
México				2	2,3	2,4	2,5	2,6	2,4	2,1	2,4	2,5	2,7	2,7	3
Países bajos			5,2	5,4	5,7	6,1	6,3	6,1	6	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,7
Nueva Zelanda		4,1	5,2	5,7	6,1	5,9	5,5	5,6	5,6	5,5	5,8	6,1	6,1	6,2	6,2
Noruega	2,2	4	5,9	6,4	6,8	6,9	6,8	6,7	6,7	6,6	6,6	7,2	7,3	6,5	6,8
Polonia				4,8	5	5,1	4,7	4,3	4,4	4,7	4,4	4,2	4,4	4,2	4,6
Portugal		1,6	3,6	4,1	4,3	4,2	4,6	4,6	5,1	5,5	5,6	5,6	5,9	6,2	6,3
España	0,9	2,3	4,3	5,3	5,3	5,6	5,8	5,6	5,5	5,5	5,4	5,4	5,4	5,3	5,4
Suecia		5,8	8,2	7,4	7,2	7,3	7,5	7,1	7,1	7,3	7,1	7,1	7,2	7,1	7,4
Suiza				4,5	4,8	5,1	5,2	5,3	5,4	5,7	5,7	5,8	5,9	5,9	
Turquía		0,9	0,9	2,2	2,4	2,5	2,5	2,5	2,4	2,7	3	3,5			
Reino Unido	3,3	3,9	5	5	5,4	5,8	5,9	5,9	5,8	5,8	5,5	5,5	5,8	5,9	6,2
Estados Unidos	1,2	2,5	3,6	4,7	5,2	5,5	5,7	5,9	6	6	5,9	5,8	5,7	5,8	6,2
Media OCDE	2,15	3,42	5,14	5,17	5,36	5,59	5,68	5,62	5,60	5,62	5,54	5,60	5,76	5,74	6,04
C.V. OCDE	0,33	0,36	0,32	0,29	0,29	0,28	0,27	0,26	0,26	0,25	0,23	0,23	0,22	0,21	0,19

FUENTE: OECD Health Data (2003) y elaboración propia.

Gráfico 1. Evolución del Gasto Sanitario Público (GSP) en % PIB 1975-2000



Fuente: Cuentas Satélite del gasto público en sanidad (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999 y 2001) y OCDE *Health Data* (2003).

CUADRO 5. EXPERIENCIA COMPARADA DE SISTEMAS DE FINANCIACION SANITARIA SELECCIONADOS MEDIANTE FORMULAS DE REPARTO CAPITATIVAS

PAIS	CARACTERISTICAS	SISTEMA	UNIDADES	VARIABLES DE REPARTO
ALEMANIA (SS)	Financiación por contribuciones sociales. Mecanismo específico.	Fondos aseguradores federales y también regionales (1997).	16 Lander y unos 453 Fondos de enfermedad obligatorios (fondos generales de tipo regional, sustitutivos, de empresa y pertenecientes a gremios)	Edad y Sexo. Renta.
AUSTRALIA (SNS)	Financiación impositiva. Mecanismo específico.	Formula distributiva. Nueva Gales del Sur. Nueva reforma (1998/99)	6 Estados y 2 territorios 17 Areas de Servicios de Salud.	Población (Edad y Sexo), Grupo étnico, Ciudadanos sin hogar, Discapacidad, Mortalidad, Nivel educativo y Ruralidad. Utilización privada, Flujos interterritoriales y Variaciones en costes.
CANADA (SNS)	Financiación impositiva. Mecanismo de reparto de recursos no específico.	Medicare Modelo de Fondos (T.C.S.P.S desde 1999)	10 provincias y 3 territorios especiales. 17 Autoridades regionales sanitarias (Alberta).	Población, Edad, Sexo, Etnicidad, Estatus social y Distancia geográfica. Flujos interterritoriales, Fondos protectores contra las pérdidas y Variaciones en los costes
ESPAÑA (SNS)	Financiación impositiva. Mecanismo de reparto de recursos mixto.	Formula capitativa compuesta en el sistema general (a partir del año 2002)	17 Autoridades regionales sanitarias	Población, Edad e insularidad. Variaciones en población, Docencia e investigación médica / Desplazados.
ESTADOS UNIDOS (Sistema de Seguros Privados)	Financiación mediante recursos privados. Mecanismo de reparto de recursos específico.	Básicamente Medicare + Organizaciones (desde el año 2000) de elección, HCFA.	Medicare, Medicaid, VHA, Aseguradoras privadas y Sin cobertura privada.	Edad, Sexo Base renta, Necesidades sanitarias, Discapacidad, Estatus social, Diagnóstico previa y residencia
FINLANDIA (SNS)	Financiación impositiva. Reparto no específico.	Sistema de subsidio estatal (1996).	452 municipios.	Edad, Discapacidad, Archipiélagos y Distancia geográfica. Renta.
FRANCIA (SS)	Financiación por contribuciones sociales. Mecanismo de reparto de recursos específico.	Sistema básicamente de contribuciones sociales que combina recursos privados e impuestos (1999).	26 Regiones. 18 fondos de seguro estatutarios (CNAMTS y CANAM)	Edad.

PAIS	CARACTERISTICAS	SISTEMA	UNIDADES	VARIABLES DE REPARTO
HOLANDA (SS)	Financiación por contribuciones sociales. Mecanismo de reparto de recursos específico.	Básicamente Fondo Central asegurador de ajuste al riesgo por enfermedad (1998).	26 fondos de enfermedad	Edad, Sexo, Bienestar, Discapacidad y Urbanización. Ajustes retrospectivos y Renta.
ITALIA (SNS)	Financiación impositiva. Mecanismo de reparto de recursos específico.	Mecanismo de asignación de recursos capitativo ajustado regional (1998)	21 Gobiernos regionales	Edad, Sexo y Mortalidad. Esquema compensador.
NORUEGA (SNS)	Financiación impositiva. Mecanismo de reparto de recursos no específico.	Sistema de financiación de los Gobiernos Locales (1998)	19 condados y 453 municipios	Edad, Sexo, Densidad, Mortalidad, Ancianos que viven solos, Distancias de viaje y Estado civil. Renta
NUEVA ZELANDA (SNS)	Financiación impositiva. Mecanismo de reparto de recursos no específico.	Fórmula de distribución de fondos basados en la población (1996/97)	21 Comités de Salud de Distrito desde el año 2001.	Edad, Sexo, Etnicidad, Estatus Social y Ruralidad.
REINO UNIDO (SNS)	Financiación impositiva. Mecanismo de reparto de recursos no específico.	Formula de capitación compuesta (según necesidades sanitarias) de asignación de recursos. RAWP. (NHS, Executive, 1997)	500 grupos de Atención Primaria y 100 Autoridades sanitarias	Edad, Mortalidad, Morbilidad, Desempleo, Ancianos solos, Etnicidad y Nivel Socioeconómico (Inglaterra). Diferencias en variables de reparto para los casos de Escocia (SHARE), Gales y Norte de Irlanda. Variaciones en los costes.
SUECIA (SNS)	Financiación impositiva. Mecanismo de reparto de recursos no específico.	Formula de asignación de recursos. Consejo del Condado de Estocolmo (1997)	21 Consejos de Condado. 289 municipios. 9 Autoridades regionales.	Edad, Ingresos, cohabitación y estado civil, Situación de desempleo, etnicidad, tipo de vivienda y Diagnóstico previo de pacientes.

FUENTE: Elaboración propia a partir de Urbanos (2001), Banting y Corbett (2002).

2. Los modelos de financiación de la sanidad en España

La Sanidad, en calidad de Bien preferente con unas características muy concretas que le hacen ser diferente al resto de bienes similares como la educación o vivienda, se ha venido manteniendo al margen de la financiación autonómica general del sistema LOFCA. Ello no implica que, a la luz de lo acordado por el Consejo de Política Fiscal y Financiera (CPFF) en Julio de 2001 y ratificado posteriormente por Ley, se fuera a pasar por alto la importancia de este modelo como referente de financiación de recursos para la mayoría de competencias gestionadas por las regiones y como posible vía de reforma por la cual la sanidad podría integrarse dentro de su funcionamiento. Así, en general, en lo que se refiere a la evolución de la financiación autonómica entre 1978 y 2002 puede considerarse que a raíz del nuevo modelo de financiación existe una presencia cada vez más intensa del “principio de corresponsabilidad fiscal”, aceptado generalmente entre los expertos en el tema.

En relación con dicha financiación sanitaria autonómica, la indefinición se ha venido plasmando en la dualidad de criterios existentes en la Ley General de Sanidad (LGS) al respecto. Como resultado, la financiación sanitaria pública, en el contexto de descentralización autonómica, se ha reformado sucesivamente desde comienzos de los 80 con la promulgación de la LOFCA, situación que refleja el tratamiento propio y específico de financiación que se le ha venido otorgando hasta el año 2002.

3. Implicaciones económicas de los escenarios dinámicos del modelo actual sobre la financiación autonómica de los servicios sanitarios públicos

Con la experiencia de modelos quinquenales anteriores y la necesidad de conseguir un nuevo marco de financiación ante la perspectiva de una mayor descentralización del gasto, se plantearon en 2001 las negociaciones Estado-CCAA de cara a conseguir un Acuerdo satisfactorio y estable para los próximos años, eliminando la revisión quinquenal mediante la modificación del artículo 13 de la LOFCA. Como resultado y a propuesta del Gobierno Central, el CPFF aprobó en su reunión de 27 de Julio y, posteriormente, en las de 16 y 22 de Noviembre de 2001 un Acuerdo a fin de establecer un nuevo sistema de financiación autonómica para el conjunto de las CCAA de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía aplicable desde el pasado 1 de Enero de 2002 e incorporado al ordenamiento jurídico mediante la Ley 21/2001, de 27 de Diciembre. En paralelo, también la Ley 18/2001, General de Estabilidad Presupuestaria (LGEP) y la Ley Orgánica 5/2001 complementaria han reforzado el marco estable macroeconómico interno a partir de las obligaciones asumidas por España frente a la Unión Europea a raíz del Pacto de Estabilidad de Crecimiento (PEC).

3.1 Antecedentes y experiencia práctica.

El diseño final del sistema actual de financiación regional español comparte con sus sistemas homólogos en los principales países de corte federal tanto anglosajones (Canadá, Estados Unidos, Australia) como europeos (Alemania, Suiza, Austria) una alta descentralización de gasto (principalmente en sanidad y educación) e ingresos públicos, si bien aquí las diferencias en corresponsabilidad fiscal son notables entre dichos países. Asimismo, España comparte con esos mismos territorios un diseño a este respecto similar en los que debería conjugarse una mayor profundización en la corresponsabilidad fiscal regional con la necesaria solidaridad interterritorial.

Por otro lado, un claro reflejo de las virtudes del sistema actual de financiación general ha sido la generalización del traspaso de la sanidad a las regiones (debido a la separación de fuentes de financiación, la necesidad de diversificación de fuentes tributarias y su correlación con un mayor gasto y la conveniencia de hacerlo coincidir con la reforma del modelo de financiación) tal y como se especificaba en la Disposición final segunda de la Ley se condicionaba la aplicación del nuevo sistema (por tanto, la aceptación íntegra del mismo) a que las CCAA hubieran recibido la transferencia de los servicios que se iban a financiar, es decir, la Sanidad. Muchas fueron las CCAA entonces que alertaron que las cantidades que iban a percibir por la transferencia sanitaria iban a ser insuficientes para cubrir sus propias necesidades regionales, aunque finalmente aceptaron la transferencia para no quedar así fuera del sistema de financiación autonómica, negociado y aprobado conjuntamente por todas las CCAA. En este sentido, el último Consejo de Ministros de 2001 de 27 de Diciembre aprobó los Decretos de traspasos de las competencias sanitarias¹ del Estado a las diez CCAA que aún quedaban pendientes de recibirlas en ese momento y que hace algo que nadie discute y es que se haya cerrado uno de los procesos transferenciales de mayor entidad financiera junto con el de la educación.

En síntesis, a pesar de la evidente y dudosa posición de fuerza del Gobierno Central en este diseño del mecanismo de financiación, las CCAA entendieron que primero había que eliminar el no acuerdo al no ser viable por su elevado coste de oportunidad y por la indefinición respecto a cuáles hubieran sido los mecanismos de financiación de las CCAA (transferencias anuales en los PGE en las Cortes Generales y sin capacidad de participación en la “cesta de impuestos”). Así, las CCAA aceptaban el nuevo sistema como único para financiar todos los servicios que pasaban a prestar a sus ciudadanos y se comprometían a financiar todos los nuevos traspasos de funciones que fuesen recibiendo. De modo idéntico, ambas partes en las Comisiones Mixtas, coincidían en la plena constitucionalidad tanto del régimen de cesión de tributos² como de sus figuras tributarias.

¹ RD 1471-1480/2001, de 27 de Diciembre, sobre traspaso a las Comunidades Autónomas de Aragón, Asturias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Extremadura, Illes Balears, La Rioja, Madrid y Murcia de las funciones y servicios del INSALUD.

² Publicándose las 17 Leyes 17-31/2002, de 1 de Julio, del régimen de cesión de tributos del Estado a la Generalidad de Cataluña, a las Comunidades Autónomas de Galicia, Andalucía, Principado de Asturias, Cantabria, La Rioja, Murcia, Comunidad Valenciana, Aragón, Castilla-La Mancha, Canarias, Extremadura, Illes Balears, Madrid, Castilla y León y de fijación y alcance y condiciones de dicha cesión y afectando de lleno al PGE de 2003.

El modelo explicita unas determinadas las Necesidades Totales de Financiación en el año base 1999 (art.5 de la Ley 21/2001, de 27 de Diciembre) para a continuación establecer los Recursos Financieros de las regiones que básicamente se pueden dividir en tres y que hace que exista ahora un mayor abanico de opciones en cuanto a la política fiscal de los gobiernos autonómicos en términos de atracción de inversiones o bases imponibles:

I) Impuestos propios (no computables a efectos del cálculo del nuevo modelo al igual que el uso de la capacidad normativa en los tributos cedidos a las regiones).

II) Impuestos cedidos total o parcialmente que son los correspondientes a la “Cesta de impuestos” cuyos pesos relativos³ son fruto de la negociación política junto con el nuevo “Fondo de Suficiencia”. De especial relevancia en el caso sanitario en la tramitación parlamentaria de la Ley 21/2001 fue la introducción de un nuevo Impuesto sobre las Ventas Minoristas de Determinados Hidrocarburos cuyo rendimiento se cede al 100% y que se considera especialmente afectado a la financiación sanitaria a semejanza de otros países como Italia y Canadá dónde se han propuesto impuestos específicos para financiar los servicios sanitarios.

III) Recursos fuera del sistema de financiación.

En cuanto a la información relativa a los Presupuestos regionales en el período 2002-2004 parece que la puesta en marcha del sistema actual de financiación ha desatado la euforia entre los gobiernos autonómicos que, con la responsabilidad sobre la capacidad de generar gran parte de sus propios ingresos, han decidido apostar por un fuerte incremento de sus presupuestos regionales tanto en 2002 y 2003 como en 2004. En cuanto al caso del principal gasto por CCAA como es la sanidad pese a que cabía pensar que, al asumir mayor corresponsabilidad fiscal tras haberse completado las transferencias sanitarias, serían más prudentes con sus previsiones financieras, la realidad según las cifras inicialmente presupuestadas muestra lo contrario aunque lógicamente algunos de estos comentarios podrían ser diferentes al considerar los respectivos cierres de ejercicio con la ejecución real del presupuesto⁴ (Cantarero y Urbanos, 2003).

Por ejemplo, en el año 2002 y sólo para las CCAA del antiguo Gestión Transferida cuyas cifras serían comparables las previsiones presupuestarias indicaban crecimientos del gasto sanitario por encima del PIB. En 2003 se vuelve a repetir la tendencia del año anterior aunque de manera más modesta y la mayoría de CCAA presupuestan incrementan gastos sanitarios por encima del PIB.

³ Lógicamente, la optimalidad de las cestas impositivas autonómicas se obtiene a través de la combinación de la maximización del rendimiento impositivo esperado con la minimización de la incertidumbre e inestabilidad recaudatoria (Markowitz, 1952).

⁴ En todo caso, es necesario tener en cuenta que el gasto observado no se corresponde con la financiación central para aquellas regiones que llevan tiempo implícitamente aportando parte de sus propios recursos al gasto sanitario, con lo que no se pueden hacer lecturas de equidad a partir de únicamente las cifras de gasto.

Para 2004⁵ se vuelve a seguir la tendencia del año anterior aunque con mayor cautela (especialmente con subidas sorprendentemente tímidas en el capítulo IV encargado de financiar el gasto farmacéutico) y la mayoría de CCAA presupuestan incrementan gastos sanitarios por encima del PIB teniendo como circunstancia particular por las recientes elecciones autonómicas la prórroga de los presupuestos regionales y sanitarios en Madrid y Cataluña.

En síntesis, la corresponsabilidad fiscal parece haber irrumpido en los años 2002, 2003 y 2004 en el sector sanitario haciendo aumentar sustancialmente el gasto sanitario autonómico⁶ por encima del PIB, sin que en muchas de esas CC.AA se hayan incorporado a su vez nuevas prestaciones sanitarias. No obstante, la descentralización sanitaria en 2003 y 2004 ha llevado a presupuestos con mayor cautela y menos eufóricos que en el ejercicio anterior (2002) debido a que muchas CCAA (especialmente las que pertenecían al antiguo Insalud Gestión Transferida) han empezado a experimentar las primeras dificultades financieras, sobre todo, debido al aumento descontrolado de la factura farmacéutica que sigue en niveles difícilmente sostenibles a pesar de la Orden Ministerial que fija precios de referencia. Precisamente, ello puede condicionar a su vez a una moderación generalizada de las inversiones públicas en un contexto de estabilidad presupuestaria y facilitar en parte la penetración del sector privado. (Cuadros 6 y 7).

Aunque las cantidades no son del todo comparables, las prioridades han sido en muchas de las que asumieron la transferencia en 2002 el impulso de las inversiones (capítulo VI) para así cubrir lo que calificaban como déficit histórico en dotación de infraestructuras como Castilla y León, Asturias, Extremadura y Castilla-La Mancha. Los otros dos grandes pilares han sido el gasto de personal y el farmacéutico.

Respecto al gasto de personal, éste ha crecido en casi todas las CCAA como consecuencia de diversos acuerdos sindicales motivados por la presión de los profesionales para obtener mejoras en este ámbito aprovechando la descentralización y el componente político de demostración de su autonomía en gestión sanitaria como mecanismo de maximización de su apoyo electoral. Por ejemplo, podemos destacar las dudas existentes acerca del grado de coordinación y cooperación que se alcance entre los Servicios Regionales de Salud, además de sus políticas laborales y específicamente retributivas de los próximos años.

⁵ En base a los datos presentados por cada uno de los respectivos Gobierno regionales hasta Diciembre de 2003, que lógicamente han venido sufriendo variaciones en el trámite parlamentario posterior.

⁶ El nuevo sistema de financiación regional, los decretos que regularon las transferencias sanitarias y la enmienda en la Ley de Cohesión y Calidad obligará a las CCAA a remitir al Ministerio de Sanidad información sobre la ejecución así como la liquidación final de sus presupuestos, algo que ya se les ha solicitado con la liquidación presupuestaria de 2002 para elaborar un informe sobre el gasto sanitario en todo el SNS. La obligación de remitir los presupuestos ya existe y se cumple aunque la novedad es estrechar el control financiero exigiendo conocer la ejecución y liquidación presupuestaria que es lo realmente importante para comprobar el correcto funcionamiento de la sanidad dado que la mayoría de CCAA incorporan recursos a la asistencia sanitaria a lo largo del ejercicio.

En la situación actual se da la posibilidad real de fragmentar desde un punto de vista jurídico-laboral el SNS, dado que ahora ya existen las bases para tener 17 modelos retributivos diferentes (Gordo, 2002; López I Casanovas, 2003, Freire *et al.*, 2003; Rey, 2003). De hecho, en las CC.AA del antiguo INSALUD-Gestión Directa ya se ha llegado a Acuerdos en las Mesas Sectoriales de Sanidad en torno a mejoras laborales y acuerdos retributivos post-transferenciales, con subidas medias del 5-12% (aproximadamente 3.000 euros/año, sin tener en cuenta los complementos variables) de clara oportunidad política, con el interrogante de si serán asumibles sin aumentar los impuestos autonómicos y con el peligro de que vuelvan a repetirse creando un “*efecto arrastre*” perverso, incluso en las CC.AA del antiguo INSALUD-Gestión Transferida, con una tendencia a igualarse por arriba. La situación descrita se agudiza dado que, en paralelo al traspaso de medios y servicios que ha afectado sólo a algunas CCAA, en todas se está culminando en estos momentos el proceso de consolidación y “funcionarización” de empleados públicos interinos, lo que genera así importantes costes directos e indirectos.

CUADRO 6. PRESUPUESTOS SANITARIOS REGIONALES 2002-2004. GASTO DE SERVICIOS REGIONALES DE SALUD (millones de euros corrientes y tasa de crecimiento interanual en %)

Concepto	2001	2002	TCI 2002/2001	2003	TCI 2003/2002	2004	TCI 2004/2003	INDICE ACUMULAD
País Vasco (a)	1618,80	1887,76	16,61	2005,53	6,24	205,53	0	22,85
Cataluña (b)	4806,57	5191,10	8,00	5597,60	7,83	5597,60	0	15,83
Galicia (d)	2078,00	2205,45	6,13	2320,13	5,20	2489,50	7,30	18,63
Andalucía	4875,07	5357,70	9,90	5762,60	7,56	6222,70	7,98	25,44
Asturias	n.c.	902,09	n.c.	969,30	7,45	1053,10	8,65	16,10
Cantabria	n.c.	460,20	n.c.	511,17	11,07	552,00	7,98	19,05
La Rioja	n.c.	195,65	n.c.	211,30	8,00	240,40	13,77	21,77
Murcia	n.c.	844,86	n.c.	1003,48	18,77	1084,90	8,11	26,88
C.Valenciana	2793,03	3074,00	10,06	3272,27	6,45	3713,20	13,47	29,98
Aragón (c)	n.c.	1013,88	n.c.	1075,50	6,08	1141,00	6,09	12,17
Cast-Mancha	n.c.	1388,13	n.c.	1520,00	9,50	1644,90	8,22	17,72
Canarias	1341,37	1443,32	7,60	1545,80	7,10	1718,90	11,20	25,90
Navarra (c)	495,49	495,49	0,00	599,50	20,99	625,60	4,35	25,34
Extremadura	n.c.	866,72	n.c.	936,50	8,05	1026,00	9,56	17,61
Illes Balears	n.c.	647,55	n.c.	655,70	1,26	670,90	2,32	3,58
Madrid (b)	n.c.	3452,39	n.c.	3887,40	12,60	3887,40	0	12,60
C.León	n.c.	2015,76	n.c.	2169,90	7,65	2337,00	7,70	15,35
Total	18008,33	31442,05	74,60	34043,68	8,27	38706,99	13,70	96,57
PIB Nac. corr.	596005,09	635316,81	6,60	672165,18	5,80	711150,76	5,80	18,20

Nota: No se ha considerado a 2001 al no ser comparable por el traspaso en las CCAA del antiguo Insalud-Gestión Directa el incremento entre 2001 y 2002 (proyección del importe de la transferencia). Las cifras correspondientes a 2003 y 2004 son de presupuestos iniciales.

(a) En el País Vasco el presupuesto de 2001 fue prorrogado por lo que se utilizó el de 2000. Algo parecido estuvo a punto de suceder para el presupuesto de 2003.

(b) Cataluña y Madrid no han podido aprobar a tiempo el proyecto de Presupuestos regionales para 2004 como consecuencia de los procesos electorales autonómicos por lo que se prorroga el presupuesto anterior (2003). Idem en el País Vasco que prorroga sus presupuestos de 2004 con los de 2003 ya que el Gobierno tripartito no ha contado con apoyo parlamentario suficiente. En Andalucía las elecciones autonómicas se celebraron el pasado mes de Marzo de 2004.

(c) El Consejo de Gobierno de Aragón aprobó sus presupuestos de 2003 en Septiembre de 2003 tras ocho meses prorrogando los de 2002 debido a un desacuerdo político al que puso fin la nueva distribución de escaños surgida de las elecciones de Mayo. Situación similar para Navarra con el presupuesto prorrogado en 2003.

(d) Galicia prorrogó parcialmente sus presupuestos de 2002 a causa de elecciones autonómicas de Octubre de 2001.

Fuente. Elaboración propia a partir de Mº de Hacienda, BADESPE, Consejerías de CCAA (varios años).

CUADRO 7. PRESUPUESTOS SANITARIOS REGIONALES 2002-2004. GASTO DE SERVICIOS REGIONALES DE SALUD (en % del total)

Concepto	2001	2002	2003	2004
País Vasco (a)	31,20	31,54	32,39	32,39
Cataluña (b)	35,14	34,40	34,16	34,16
Galicia (d)	30,75	30,65	29,95	30,50
Andalucía	28,48	28,20	27,83	28,06
Asturias	n.c.	45,26	31,96	33,83
Cantabria	n.c.	45,16	31,51	31,47
La Rioja	n.c.	36,57	25,34	26,48
Murcia	n.c.	49,44	36,70	37,16
C.Valenciana	35,83	36,01	35,91	38,62
Aragón (c)	n.c.	40,30	42,75	29,17
Castilla-Mancha	n.c.	35,09	26,24	25,24
Canarias	33,15	34,05	34,41	35,53
Navarra (c)	20,90	20,90	25,28	22,43
Extremadura	n.c.	34,81	26,07	26,98
Illes Balears	n.c.	60,52	36,25	36,09
Madrid (b)	n.c.	44,80	31,06	31,06
C.León	n.c.	39,46	29,37	28,96
Total	21,76	34,73	30,81	28,69

Fuente. Elaboración propia a partir de Mº de Hacienda, BADESPE, Consejerías de CCAA (varios años).

En relación con lo anterior, nótese también otro de los rasgos característicos de la evolución de nuestro sistema sanitario de los últimos años: el enorme peso del gasto farmacéutico dado el envejecimiento, crecimiento por encima de fármacos hasta tres veces por encima de la inflación, tecnología más cara y el hecho de que algunas dolencias acaban afectando a más gente y los cambios en los estilos de vida (Herce *et al.*, 2003). Tal y como ilustra el Gráfico 2, hasta comienzos de los años 90 la proporción de gasto público destinado a Farmacia era inferior a la correspondiente a Atención Primaria teniendo la Farmacia un crecimiento interanual del 14,93% en 1992. Sin embargo, a partir de 1992 la situación se invierte, y se produce un desplazamiento progresivo del gasto en Atención Primaria de salud a favor de la factura farmacéutica (crecimientos interanual del 7,85% en 1993, 5,63% en 1994, 11,54% en 1995, 12,90% en 1996, 5,82% en 1997, 10,57% en 1998, 9,96% en 1999, 7,52% en 2000 y 7,90% en 2001), que parece seguir aumentando tras la firma del último Pacto con Farmaindustria⁷ en 2002 con un crecimiento medio del 9,89% si bien hoy en buena medida depende de las CCAA. Así, del incremento anterior un 6,39% se debió al incremento en el número de recetas (procedimientos de prescripción) que en buena medida hoy dependen de las CCAA mientras que del Ministerio de Sanidad la responsabilidad se reduciría al gasto medio por receta.

⁷ Finalmente, Farmaindustria ha decidido no romper el Pacto de estabilidad firmado con el Mº de Sanidad en 2001 ante el desbocado crecimiento del gasto y el previsible efecto negativo del nuevo sistema de precios de referencia que ha entrado en vigor en Enero de 2004. El Mº de Sanidad ha asumido inicialmente que se podrían negociar mecanismos para que la aplicación de dicho sistema de precios fuera gradual e incluso asumir la modificación del modelo a partir de 2005 y no con la orden de aplicación inmediata.

Las últimas informaciones al respecto indican que el gasto en medicamentos de la sanidad pública se caracteriza por grandes variaciones entre CCAA al crecer al 12,8% respecto al mismo mes del año anterior o si se utiliza el gasto acumulado en los nueve primeros meses de 2003, el resultado es un 11,30% respecto a dichos nueve primeros meses de 2002. Y si se consideran los últimos doce meses, resulta un aumento del 11,01%. La razón de este incremento es doble ya que por un lado ha crecido el número de recetas⁸ (5,56%) y por otro el precio medio por receta⁹ (5,17%) (Cuadro 8), si bien se observa un crecimiento de las recetas por persona protegida por encima del consumo por receta. No obstante, para apreciar los perfiles de la evolución del gasto farmacéutico es necesario utilizar plazos más largos que el de un simple mes, separando así las incidencias temporales puntuales de las tendencias de medio o largo plazo¹⁰.

Así, las medidas de contención de costes en este ámbito, que comenzaron a adoptarse en la década de los 90, tampoco han tenido todo el éxito que cabía esperar (Decretos de reducción de precios, de importes máximos subvencionados o de referencia y la eliminación de fármacos de la lista cubierta por la Seguridad Social o “medicamentazos¹¹”) y las últimas a este respecto (Nueva orden de precios de referencia de los medicamentos en Enero de 2004 así como el Plan Integral de Farmacia) tampoco se espera que sean la solución final al problema. Las reducciones en el gasto farmacéutico que se han producido en algunos momentos del tiempo, como en 1993 y 1998 han sido transitorias y se han visto seguidas de notables incrementos, en general muy superiores a los correspondientes a las áreas de Atención Primaria y Especializada.

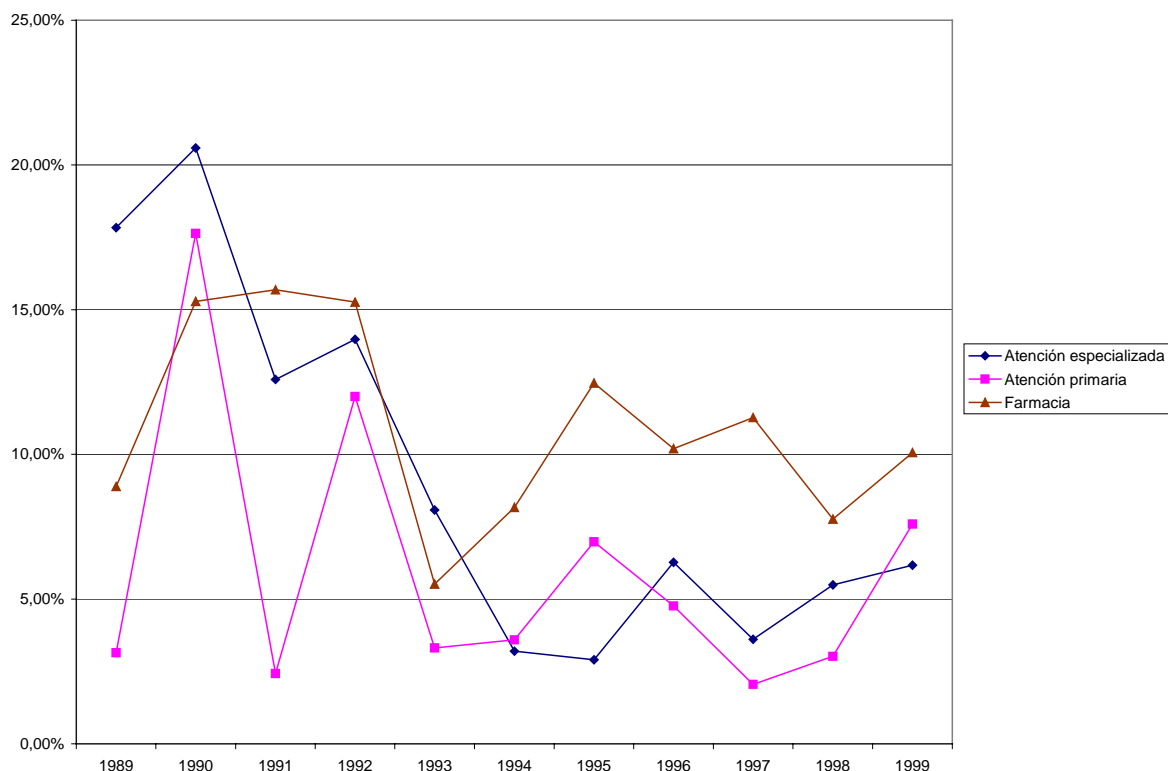
⁸ En este sentido, el rápido aumento del número de recetas de los pensionistas (sobreconsumo) respecto a los activos tiene efectos sobre el consumo, al elevarse el ratio consumo por persona protegida en los últimos años por encima de la media europea.

⁹ Afectado lógicamente también de cara al futuro por la actuación de genéricos y precios de referencia.

¹⁰ Puede en este caso ser digna de consideración las enseñanzas del modelo de Mutualidades de Funcionarios Públicos estructuradas en torno al denominado modelo MUFACE al presentar resultados más favorables que los del SNS aunque por debajo de la media europea en recetas por persona protegida, consumo por receta, consumo por persona protegida, gasto por persona protegida.

¹¹ La aportación de los beneficiarios del sistema se ha duplicado prácticamente en 1990-2002, si bien su cociente respecto al consumo farmacéutico ha descendido debido a la creciente influencia del consumo de los pensionistas y el desgaste del consumo a tarifa reducida, lo que sirve para limitar su papel de moderador del consumo.

Gráfico 2. Variación interanual de los principales componentes del Gasto Sanitario Público



Fuente: Cantarero y Urbanos (2003) a partir de las Cuentas Satélite del gasto público en sanidad (Mº Sanidad y Consumo, 1999 y 2001).

CUADRO 8. GASTOS SANITARIOS POR CCAA EN FARMACIA. INCREMENTO ACUMULADO INTERANUAL (%).

Concepto	Nº Recetas. 02/01	Gasto por receta. 02/01	Gasto Farmacéutico 02/01	Nº Recetas. Octubre 03/ Noviembre 02	Gasto por receta. Octubre 03/ Noviembre 02	Gasto farmacéutico Octubre 03/ Noviembre 02
País Vasco (a)	6,32	0,50	6,85	5,06	2,93	8,14
Cataluña (b)	6,75	2,58	9,51	6,49	4,70	11,49
Galicia (d)	5,77	3,04	8,99	4,63	2,97	7,73
Andalucía	6,10	2,19	8,42	5,27	4,34	9,83
Asturias	5,92	3,89	10,04	4,41	6,28	10,96
Cantabria	4,96	4,53	9,72	4,81	5,91	11,01
La Rioja	5,70	4,09	10,02	5,55	5,66	11,53
Murcia	7,50	4,16	11,98	5,84	6,83	13,07
C. Valenciana	6,22	3,46	9,90	4,46	6,55	11,31
Aragón (c)	7,03	3,78	11,07	4,77	5,22	10,23
Castilla-Mancha	6,01	4,69	10,98	6,25	7,27	13,97
Canarias	5,62	5,02	10,92	6,69	6,19	13,30
Navarra (c)	7,75	4,65	12,76	5,53	5,63	11,47
Extremadura	5,43	4,88	10,58	5,34	5,59	11,24
Illes Balears	7,08	4,34	11,72	6,93	5,80	13,13
Madrid (b)	7,61	4,23	12,17	6,54	5,56	12,46
C. León	5,69	4,40	10,34	5,16	5,72	11,18
Ceuta	9,33	2,32	11,87	4,87	6,86	12,07
Melilla	7,45	6,52	14,46	8,00	6,08	14,56
Total	6,39	3,29	9,89	5,56	5,17	11,01

Fuente. Dirección General de Farmacia, Mº de Sanidad (datos provisionales de facturación de receta médica del SNS).

En definitiva, también la factura en farmacia se ha disparado en 2002 y ha sido el tercero de los capítulos más considerables en casi todas las CCAA. Navarra es una de las que reserva a este programa un protagonismo especial ya que se convierte en el capítulo de gasto sanitario que crece más con respecto al presupuesto anterior. Dicha progresión es coherente dado que la CCAA ha encabezado el crecimiento de este gasto en 2002. Canarias se abstrae del déficit de su servicio sanitario que le ha obligado ya a acudir por tres veces a fondos extrapresupuestarios y afronta 2004 con una variación de su previsión de gastos similar a la de años anteriores. En situación similar se encuentra Galicia mientras que otras como Andalucía parecen tener el gasto controlado. Asimismo, la mayoría de CCAA para 2004 en sus presupuestos sanitarios autonómicos han efectuando previsiones de incremento para el capítulo IV (que incluye el pago de la factura farmacéutica) por debajo del gasto farmacéutico acumulado en 2003.

Una vez explicados los antecedentes y experiencia práctica del modelo a 2003, dado que los recursos financieros dependerán en cada región de la proporción y evolución de las transferencias estatales (*Fondo de Suficiencia*) en función de sus Ingresos Tributarios (ITE) y de la propia evolución del resto de impuestos en un marco de estabilidad presupuestaria, se analizan diversas hipótesis de comportamiento de los ingresos futuros dado el contexto actual y las estadísticas disponibles¹². Para ello, se estiman para dichos años los recursos financieros de que dispondrán las CCAA sobre la base del modelo actual de financiación autonómica y sanitaria evolucionado según los escenarios financieros considerados¹³.

3.2. Fuentes de información y definición de variables del modelo.

Las fuentes de información utilizadas han sido las estadísticas de recaudación tributaria de ejercicios anteriores (Agencia Estatal de Administración Tributaria), los datos definitivos de financiación de 2001 como último año del sistema quinquenal anterior (1997-2001), las estadísticas oficiales de los Informes de Financiación de las CCAA hasta el año 2000 elaborados por el Mº de Hacienda y la Base de Datos del Sector Público (BADESPE) del Instituto de Estudios Fiscales.

¹² Un mayor detalle de la metodología empleada se encuentra en Cantarero (2002b) y (2003).

¹³ En este mismo sentido, en Ruiz-Huerta y Granado (2003) se presentan los rasgos básicos del modelo de financiación de la sanidad en el proceso de descentralización a lo largo de los años que transcurren desde la aprobación de la Constitución y, especialmente, a raíz del Acuerdo de 2001, en el contexto del sistema de financiación aprobado ese año en el Consejo de Política Fiscal y Financiera. Desde su punto de vista, el Acuerdo provoca algunas disfunciones y los riesgos de insuficiencia e ineficiencia del sistema son claros, como lo es el de garantizar la igualdad de acceso de todos los ciudadanos en todas las comunidades. Asimismo, ante las dificultades para gestionar un modelo de sanidad descentralizada como el aprobado en 2001 en España, después de un breve repaso de algunas experiencias comparadas y de explicitar las dificultades para proponer un cambio radical del sistema, proponen algunas vías de reforma en una doble dirección: en primer lugar, algunas propuestas generales de cierta entidad, en los campos de la delimitación competencial, la coordinación del sistema, los instrumentos de financiación y de gasto (con objeto de asegurar suficiencia y eficiencia) y las exigencias de información y conocimiento de cómo se comportan las variables básicas. También exponen con detalle una serie de recomendaciones más específicas dirigidas a asegurar un mejor funcionamiento del mecanismo aprobado en 2001.

Asimismo, se pueden elaborar proyecciones dinámicas tomando como base las previsiones contenidas en el avance de liquidación de 2003, los Presupuestos Generales del Estado (incluido el relativo a 2004), los Presupuestos de las Comunidades Autónomas (incluido los relativos a 2004) y las contenidas en la Actualización del Programa de Estabilidad del Reino de España (2002-2006) en cuanto al comportamiento de las principales variables del modelo. Estas estimaciones se completan con la aplicación propia de técnicas de predicción económica. En cuanto a las variables consideradas en el modelo de simulación dinámica propuesto, señalar que se exponen a continuación al definirlo de modo genérico a partir de las restricciones presupuestarias correspondientes.

3.3. Especificación del modelo.

De manera analítica, el modelo de simulación dinámica que aquí se propone toma como hipótesis de partida el contexto e información estadística oficial disponible desde el año base (1999) en función de la consideración de la integración de las competencias en servicios comunes, sanidad y servicios sociales y de dos condicionantes básicos. A saber, las reglas generales dictadas por las nuevas Leyes de Financiación autonómica 7, 21 y 22/2001 así como la restricción establecida como consecuencia del Pacto de Estabilidad y Crecimiento (PEC) y las Leyes Orgánica y General de Estabilidad Presupuestaria 5 y 18/2001 que determinan a partir de 2003 la condición de equilibrio presupuestario y la ausencia de capacidad o necesidad de financiación y de endeudamiento. En este sentido, la evolución de los gastos públicos regionales y su cobertura por parte de los recursos generados por el modelo determinarán el propio grado de suficiencia financiera del sistema. Inicialmente:

$$\sum_{i=1}^{15} G_{ti} = \sum_{i=1}^{15} (NFCOM_{ti} + NFSAN_{ti} + NFSSO_{ti}) + \sum_{i=1}^{15} I_{ti} = \sum_{i=1}^{15} NF_{ti} + \sum_{i=1}^{15} I_{ti} \quad (3.3.1.)$$

dónde para cada ejercicio económico t , G se define como el total de Gastos autonómicos e I es el total de Ingresos autonómicos mientras que las Necesidades de Financiación totales para cada una de las 15 CCAA “ i -ésima” de régimen común (NF_{ti}) se obtienen por adición de las siguientes partidas:

- 1º Bloque General de Competencias comunes ($NFCOM_{ti}$ todas las competencias menos la Sanidad y Servicios Sociales).
- 2º Bloque: Gestión servicios de Asistencia Sanitaria Seguridad Social ($NFSAN_{ti}$).

2.a) En primer lugar, la fórmula de cálculo de las Necesidades de Financiación en Sanidad para cada CCAA “ i -ésima” es igual a la expresión (3.3.2):

$$NFSAN_{1999} = NGSAN_{1999} * 0,75 * \left(\frac{POBSAN_{1999}}{POBT_{1999}} \right) + NGSAN_{1999} * 0,245 * \left(\frac{POBSAN_{>65_{1999}}}{POBT_{>65_{1999}}} \right) + INS$$

Donde: $NGSAN_{1999}$: Restricción financiera inicial total para sanidad en 1999

$POBSAN_{1999i}$: Población protegida de la $CCAA_i$ en 1999 y $POBT_{1999}$: Población protegida total en 1999

$POBSAN > 65_{1999i}$: Población mayor de 65 años de la $CCAA_i$ en 1999

$POBT > 65_{1999}$: Población mayor de 65 años total en el año 1999

INS = Insularidad. Puede tomar dos valores que son los siguientes: Illes Balears: $INS = 0,05$

* $NGSAN_{1999i}$ * 0,2265 y Canarias: $INS = 0,05$ * $NGSAN_{1999i}$ * 0,7735

2.b) Por otro lado, también se especifica una Garantía de mínimos o de mantenimiento del statu quo anterior¹⁴ tal que el Estado garantiza que ninguna CCAA disponga de menos recursos que los resultantes de aplicar el sistema anterior 1998-2001. Ello supone incrementar los recursos que se han de dedicar a la asistencia sanitaria por el conjunto del sistema (Disposición transitoria segunda de la Ley 21/2001, de 27 de Diciembre) y permite a cada CCAA que la cantidad que tenga que dedicar a financiar la sanidad no sea inferior a la que le correspondería según el coste efectivo aplicando en el año base.

2.c) Además el nuevo modelo reforzará la financiación sanitaria mediante otras vías adicionales o Fondos de carácter específico dado que:

- Se mantiene el Fondo “*Programa de Ahorro en Incapacidad Laboral Temporal*” (FILT), ya existente en el acuerdo anterior 1998-2001, determinado por 240,40 millones de euros. Respecto al fondo del acuerdo anterior relativo al Ahorro en Farmacia no se hace mención alguna en el modelo.

Este FILT en el que las CCAA participan inicialmente según población protegida, se establece para financiar la adopción de programas y medidas dirigidas al control del gasto relativo a la IT y a la mejora de gestión de los servicios de asistencia sanitaria de la seguridad social por estas contingencias, correspondiendo la gestión financiera de dicho fondo a la tesorería General de la Seguridad Social. El convenio fue firmado el 31.12.2002 sobre un montante general de 277,48 millones de euros cuya liquidación definitiva entre todas las CCAA se efectuará en función de la realización de determinadas actividades de gestión y control de la IT y en función de la consecución de unos objetivos de racionalización de los costes fijados en los términos establecidos en las cláusulas del convenio. Las bases de asignación de recursos financieros se pondera bajo los siguientes parámetros :

- 70% según el grado de cumplimiento de objetivos de racionalización del coste medido en términos de reducción del coste IT INSS /por afiliado y mes.

¹⁴ Aplicable hasta siete CCAA: Andalucía, Aragón, Asturias, Cantabria, Cataluña, Extremadura y Murcia.

- 30% según el grado de cumplimiento del programa de actividades relacionadas con la informatización de partes de IT y transmisión de la información al INSS por vía telemática, y tramitación y contestación en plazo de las propuestas de alta formuladas por el INSS.

- Se establece un Fondo de Desplazados en Sanidad (Art. 12 de la LGS) según el Acuerdo que se denomina en la Ley Fondo de “*Cohesión Sanitaria*” (FCS) y se regula por el RD 1247/2002, de 3 de Diciembre. Su objetivo es el de compensar económicamente a las regiones con menos recursos sanitarios y que ahora tienen que hacer un esfuerzo mayor como, por ejemplo, las del antiguo INSALUD-Gestión Transferida (como Cataluña) y otras como Asturias y Madrid (Cuadro 9). No obstante, sería necesaria cierta ampliación del importe de este fondo para así cubrir el sobrecoste que tiene ciertas CCAA como Madrid, C.Valenciana, Cataluña, Canarias y Andalucía principalmente en la atención a los pacientes desplazados dentro del territorio nacional.

CUADRO 9. REPARTO ESTIMADO DEL FONDO DE COHESION SANITARIA (euros corrientes)

Concepto	Importe	% s/ tot.	Población	Euros per cápita	dif.s/media
Cataluña	10.206.113,00	18,53%	6.207.533	1,6441	0,1725
Galicia	1.448.376,00	2,63%	2.730.337	0,5305	- 0,9412
Andalucía	1.460.266,00	2,65%	7.305.117	0,1999	- 1,2717
Asturias	235.691,00	0,43%	1.084.314	0,2174	- 1,2543
Cantabria	3.553.641,00	6,45%	528.478	6,7243	5,2527
La Rioja	25.000,00	0,05%	265.178	0,0943	- 1,3774
Murcia	882.101,00	1,60%	1.131.128	0,7798	- 0,6918
C.Valenciana	2.466.397,00	4,48%	4.066.474	0,6065	- 0,8651
Aragón	260.493,00	0,47%	1.186.849	0,2195	- 1,2521
Castila-La Mancha	93.759,00	0,17%	1.726.199	0,0543	- 1,4173
Canarias	943.273,00	1,71%	1.672.689	0,5639	- 0,9077
Extremadura	172.679,00	0,31%	1.073.574	0,1608	- 1,3108
Illes Balears	1.482.338,00	2,69%	821.820	1,8037	0,3321
Madrid	31.390.560,00	56,98%	5.145.325	6,1008	4,6292
Castila y León	459.479,00	0,83%	2.488.062	0,1847	- 1,2870
Ceuta	4.117,00	0,01%			
Melilla	3.310,00	0,01%			
Total	55.087.593,00	100,00%	37.433.077	1,4716 (Media)	0

FUENTE: Propuesta y distribución a las CCAA (excepto País Vasco y Navarra y Ciudades con Estatuto de Autonomía en el año 2002. MSC subdirección general de administración financiera.2002. (importe en euros)

El reparto del FCS beneficia sobremanera a la Comunidad de Madrid llevándose cerca del 57% del fondo, seguido de Cataluña con 18,53%. Baleares, Cantabria, Cataluña y Madrid respecto del global se sitúan así con más de un euro per cápita y por encima de la media si lo comparamos con el capitativo y así, por ejemplo tanto Baleares como Cantabria reciben por este Fondo de Cohesión un importe per cápita superior a una gran CCAA como es Andalucía con una población hasta 8,89 veces superior a Baleares y 13,82 veces superior a Cantabria.

Dada la subjetividad en el reparto de dicho fondo, supuestamente ligado a los gastos ocasionados por pacientes desplazados, parece que su calificativo de “de cohesión” debería estar más ligado a inversiones, programas de cooperación con las CC AA o la compensación de desequilibrios territoriales más que a sus funciones actuales.

• 3º Bloque: Gestión de Servicios Sociales de la Seguridad Social (NFSSO_{ti}).

Análogamente, el total de gastos e ingresos respondería a las expresiones (3.3.3) y (3.3.4):

$$\sum_{i=1}^{15} G_{ii} = \sum_{i=1}^{15} (RFIGCOM_{ii} + RFIGSAN_{ii} + RFIGSSQ_{ii}) + \sum_{i=1}^{15} OGAD_{ii} = \sum_{i=1}^{15} RFIG_{ii} + \sum_{i=1}^{15} OGAD_{ii}$$

$$\sum_{i=1}^{15} I_{ii} = \sum_{i=1}^{15} (ITRIB_{ii} + FS_{ii}) + \sum_{i=1}^{15} OIAD_{ii} = \sum_{i=1}^{15} RFII_{ii} + \sum_{i=1}^{15} OIAD_{ii}$$

donde de nuevo para cada ejercicio económico t , $OGAD$ es el total de Gastos Autonómicos Discrecionales e $OIAD$ es el total de Otros Ingresos Autonómicos Discrecionales mientras que la Restricción Financiera Inicial de gastos para cada CCAA “i-ésima” ($RFIG_{ii}$) se obtiene por adición del Primer Bloque General de Competencias comunes ($RFIGCOM_{ii}$), el Segundo relativo a la gestión de los servicios de Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social ($RFIGSAN_{ii}$) y el Tercero relativo a la gestión de los Servicios Sociales de la Seguridad Social ($RFIGSSO_{ii}$). También se definen por un lado el Fondo de Suficiencia como “*elemento de cierre del modelo*” (FS_{ii}) y, por otro, los Ingresos Tributarios ($ITRIB_{ii}$), variable que se calcula como la siguiente expresión (2.5.3.8):

$$ITRIB_{ii} = TCN_{ii} + TAN_{ii} + IICAN + IEVMH_{ii} + IEM_{ii} + 0,33 * IRPF_{ii} + 0,35 * IVA_{ii} + 0,40 * IELT_{ii} + 0,40 * IEA_{ii} + 0,40 * IEC_{ii} + 0,40 * IEPI_{ii} + 0,40 * IEH_{ii} + IEE_{ii}$$

dónde: TCN : Tributos normativos autonómicos. Se define esta variable a partir de IPN (Recaudación normativa anual del Impuesto sobre Patrimonio), $ISDN$ (Recaudación normativa anual del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones) e $ITPAJDN$ (Recaudación normativa anual del Impuesto sobre Transmisiones Patrimoniales y Actos Jurídicos Documentados) como:

$$TCN_{ii} = IPN_{ii} + ISDN_{ii} + ITPAJDN_{ii} \quad (3.3.5.)$$

TAN : Tasas Afectas a los servicios transferidos en términos normativos.

$IICAN$: Impuestos Indirectos Canarios (Recaudación Normativa).

$IEVMH$: Impuesto Especial sobre la Venta Minorista de Determinados Hidrocarburos¹⁵.

IEM : Impuesto Especial sobre Determinados Medios de Transporte o de “*Matriculación*”. Se configura como Impuesto Cedido (no armonizado) a las CCAA con capacidad normativa.

¹⁵ Respecto a la utilización de capacidad normativa autonómica en este impuesto en 2002 y 2003 la Comunidad de Madrid ha sido la primera mediante el cual se hace uso de su parte de capacidad normativa para mejorar su asistencia sanitaria. Asturias, Galicia y Cataluña comenzaron a aplicarlo en 2004.

IRPF: Recaudación anual del Impuesto sobre la Renta de Personas Físicas (cedido en 33% de la cuota líquida siendo 36% a partir del pasado año 2003).

IVA: Recaudación anual del Impuesto sobre el Valor Añadido (cedido al 35% como participación territorializada de tipo *tax sharing*¹⁶).

IELT, IEA, IEC, IEPI y IEH: Recaudación anual de los Impuestos Especiales sobre Labores del Tabaco, Alcohol, Cerveza, Productos Intermedios e Hidrocarburos respectivamente (cedidos al 40% como participaciones territorializadas de tipo *tax sharing*).

IEE: Impuesto Especial sobre Electricidad. Se establece una cesión del 100% del rendimiento del impuesto en cada territorio sin tener sobre él capacidad normativa ni de gestión por parte de las CCAA

En cuanto a las garantías y modulaciones del modelo señalar que una vez determinada la cantidad de partida para cada CCAA debería actualizarse su importe al primer año de vigencia (reglas de evolución del sistema o “suficiencia dinámica”) según el artículo 7 de la Ley 21/2001, de 27 de Diciembre. Esto permitirá estimar la financiación de cada CCAA por el valor definitivo correspondiente a cada año de los recursos del sistema de financiación que le sean aplicables, si bien al igual que en períodos anteriores las CCAA recibirán cada año la financiación correspondiente a las Entregas a cuenta¹⁷.

Para actualizar algunos elementos correspondientes al importe de la financiación se va a utilizar en general un índice de crecimiento que sustituye al antiguo ITAE y que son los Ingresos Tributarios del Estado (ITE_n) por la parte estatal, excluida la susceptible de cesión, por IRPF (67%), IVA (65%) e Impuestos Especiales (60%) de Fabricación sobre la Cerveza, Vino y Bebidas Fermentadas, Productos Intermedios, Alcohol y bebidas derivadas, Hidrocarburos y Labores del Tabaco, excluyéndose otros tributos que antes estaban dentro del ITAE como el Impuesto de Sociedades y las cotizaciones sociales (art. 15 de la Ley 21/2001, de 27 de Diciembre). Por otra parte, el ITE regional (ITE_r) lo constituyen la recaudación en la CCAA, sin competencias normativas, por IRPF, IVA e Impuestos Especiales (de Fabricación sobre la Cerveza, Vino y Bebidas Fermentadas, Productos Intermedios, Alcohol y bebidas derivadas, Hidrocarburos y Labores del Tabaco), cedidos y susceptibles de cesión.

¹⁶ Dicho mecanismo tiene que ver más con la imputación hipotética de bases imponibles que con recaudación real. Se trataría de una transferencia de recursos más que de una cesión efectiva de autonomía fiscal.

¹⁷ Las cuales hasta la fecha se han previsto ya en los PGE para 2002, 2003 y 2004.

En cuanto a los condicionantes relativos a las “reglas de evolución o suficiencia dinámica” y garantías financieras del modelo cabe señalar por su importancia que, según el art. 7 de la Ley 21/2001, de 27 de Diciembre, “las CCAA deberán destinar cada año a la financiación de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, excluida la parte correspondiente al Fondo Programa de Ahorro en Incapacidad Temporal, como mínimo, el importe que resulte de aplicar al valor en el año base establecido para tales servicios el índice de crecimiento (suficiencia dinámica) del ITE por la parte de IRPF, IVA e Impuestos Especiales no cedidos (ITE nacional) a que se refiere el artículo 16 de la Ley 21/2001, de 27 de Diciembre (principio de afectación¹⁸). A pesar de esto, esta vinculación del 100% de los ingresos a la financiación de la sanidad esconde la desaparición de la condicionalidad anterior de los recursos destinados a ella.

Además, se establece en la propia Ley un mecanismo transitorio de garantía financiera dinámica por el cual durante los tres primeros años de funcionamiento del nuevo sistema (2002-2004) el Estado garantizará a las CCAA que el índice de evolución de los recursos asignados para sanidad sea el de la evolución del PIB nominal a precios de mercado (Disposición transitoria segunda de la Ley 21/2001, de 27 de Diciembre). Dicho aspecto es importante en el caso de la sanidad ya su índice de evolución de los recursos era hasta el año 2002 el PIB, por lo que puede pensarse que esta garantía financiera que ahora se establece es una reminiscencia de los Acuerdos de Financiación sanitaria anteriores de los cuatrienios 1994-1997 y 1998-2001. Es importante destacar que de todas las políticas públicas, la asistencia sanitaria es la única que en el sistema actual de financiación autonómica tiene garantizada la suficiencia dinámica de sus dotaciones presupuestarias mediante la correspondiente afectación de recursos.

3.4. Metodología y simulación de escenarios dinámicos.

El análisis empírico realizado permite comparar los resultados obtenidos y analizar así los efectos diferenciales en términos de suficiencia financiera (estática y dinámica) y equidad que proporciona el modelo actual de financiación regional considerando la situación de competencias sanitarias y sociales generalizadas para todas las CCAA de régimen común, es decir, lo sucedido realmente en 2002, en el contexto en que todas se financian ya con el nuevo modelo aprobado por la Ley 21/2001, de 27 de Diciembre de 2001, a fin de atisbar cuáles pueden ser sus efectos en el futuro. La evolución de los ingresos de las CCAA con el nuevo sistema de financiación autonómica dependerá así de una serie de factores sintetizados tanto en la composición inicial de sus recursos en el año base 1999 que determina el peso de los impuestos directos e indirectos así como de las transferencias recibidas como en el comportamiento territorial y diferenciado de los impuestos cuya recaudación se les atribuye a las respectivas CCAA.

¹⁸ Y fijado por una Disposición de Ley de Acompañamiento de los PGE para 2003. No obstante, el elevado ritmo de crecimiento del gasto sanitario hace que este requisito no sea probablemente operativo.

La metodología a emplear implica, por un lado, disponer de series temporales suficientemente amplias de recaudación de los impuestos que debían ser territorializados y que van desde 1992 hasta las previsiones oficiales de avance de liquidación para 2003, que incorpora la previsión de la recaudación de los cuatro últimos meses del año, disponibles a partir de las bases de datos anteriormente mencionadas así como por las estimaciones propias para el período 2004-2006 a partir de la Actualización del Programa de Estabilidad 2002-2006, del Proyecto de Presupuestos Generales del Estado para 2004 y de la aplicación de métodos estadísticos de predicción en economía basados en el análisis de series temporales para así poder realizar el ejercicio de simulación dinámica mediante la incorporación de cambio a futuro (principalmente en la cesta de impuestos y en las modificaciones del Fondo de Suficiencia al cambiar los índices ITE nacional y regional).

En cuanto al estudio de las variables de impuestos que han sido objeto de aplicación de las diversas técnicas de predicción económica empleadas señalar que originariamente para todos los casos se ha realizado un análisis gráfico a fin de sopesar su comportamiento observándose así que todas son series con una tendencia bastante clara y sin estacionalidad ya que se trabaja con datos anuales. En base a estas consideraciones, se han analizado las siguientes variables:

- Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF).
- Impuesto sobre el Valor Añadido (IVA).
- Impuesto Especial sobre el Alcohol y bebidas derivadas.
- Impuesto Especial sobre Productos Intermedios.
- Impuesto Especial sobre la Cerveza.
- Impuesto Especial sobre el Tabaco.
- Impuesto Especial sobre Hidrocarburos.
- Impuesto sobre determinados Medios de Transporte.
- Impuesto sobre la venta minorista de determinados hidrocarburos.
- Impuesto Especial sobre la Electricidad.
- Impuesto sobre Sociedades¹⁹.
- Cotizaciones a la Seguridad Social.
- Cotizaciones al INEM.

¹⁹ Configurado como impuesto no cedido a causa de las dificultades técnicas de la imputación territorial de su recaudación. Además, se caracteriza por tener una pronunciada y contrastada tendencia cíclica.

3.5 Resultados.

De acuerdo con las características señaladas del modelo de financiación finalmente acordado, el aumento de la corresponsabilidad fiscal, la integración de los distintos sistemas hasta ahora existentes y la desaparición de las garantías financieras generales que operaban en el modelo anterior representan las principales novedades a tener en cuenta en el ejercicio empírico planteado a continuación. Como se comprobará a continuación, los recursos autonómicos dependerán en cada región de la proporción y evolución de las transferencias recibidas del Estado a través del “*Fondo de Suficiencia*” y de la propia evolución del resto (“*Cesta de impuestos*”). Por ello, una vez estimada la restricción inicial de las CCAA relativa al año base de 1999 y su respectiva necesidad de financiación global (*suficiencia financiera estática*), se pueden plantear las hipótesis de comportamiento de los ingresos fiscales en los próximos años en un contexto de presupuestos regionales equilibrados.

Es decir, la *suficiencia financiera dinámica* del sistema, para cada uno de los distintos conceptos que conforman el nuevo modelo recientemente aprobado (*corresponsabilidad fiscal y solidaridad interterritorial*) y con el objetivo de hacer frente a sus necesidades de gasto en un contexto presupuestario más restrictivo y de mayor rigor derivado de la aplicación desde 2003 de la LGEP. Así, es de esperar que la evolución diferenciada de los recursos generará diferentes grados de suficiencia financiera regionales por la propia composición de sus ingresos, lo cual evidentemente afectará a sus políticas de gasto regional y a sus correspondientes márgenes de maniobra presupuestarios.

En cuanto al caso objeto de estudio, la información disponible a priori son las variables de reparto relevantes para el cálculo de las Necesidades de financiación a partir de la Restricción inicial. Asimismo, en base a diferentes hipótesis señaladas anteriormente en el epígrafe referido a la metodología, se han estimado los criterios de asignación de los recursos en la “*Cesta de impuestos*”. Con estas estimaciones, a continuación se pretende determinar la estructura del sistema en el año base dada la asunción de las competencias en sanidad, aunque contabilizada en los diferentes Acuerdos de Traspaso en base a los valores del año 1999.

Es conveniente señalar que aún no se ha publicado el desglose completo de la restricción financiera definitiva por CCAA por lo que las cifras que a continuación se muestran deben tomarse con las cautelas necesarias²⁰. No obstante, los recursos iniciales estimados del modelo de financiación presentan un margen financiero relevante en términos de suficiencia financiera estática.

²⁰ Vid. al respecto las estimaciones realizadas, entre otros, por Ruiz Huerta y Granado (2002 y 2003), Utrilla (2002 y 2003) y Cantarero (2003).

Así, según los Cuadros 10 y 11, el cálculo de la Restricción financiera inicial efectiva del sistema a partir de las liquidaciones de 1999 para pasar a ser las Necesidades de Financiación puede variar en algunas CCAA, especialmente en Sanidad dónde se elevan claramente (509,88 millones de euros) y en Servicios Sociales (60,93 millones de euros) por el efecto del peso de la población mayor de 65 años y por el hecho que las ganancias no estén limitadas ni moduladas a diferencia de las Competencias Comunes (1.713,25 millones de euros) sino que se han estimado teniendo en cuenta la generalización del proceso de transferencias de Competencias sanitarias y las garantías financieras establecidas.

Todo ello supone que de la Restricción financiera inicial total (51.537,84 millones de euros) se aplican las variables de reparto de la Ley 21/2001, de 27 de Diciembre, a fin de estimar las Necesidades de Financiación (53.821,89 millones de euros) dónde las Competencias Comunes son las de mayor importancia (29.493,41 millones de euros) con un 54,80% del total, seguidas por las de Sanidad²¹ (23.533,75 millones de euros) con un 43,72% del total y Servicios Sociales (794,73 millones de euros) que representan un 1,48% del total.

Respecto a la determinación de las Necesidades de Financiación para cada una de las competencias del sistema cabe hacer las siguientes precisiones generales para las *Competencias en Sanidad*²²: Dichas competencias han supuesto una parte relativamente importante (22,32%) de los recursos adicionales de cada región a través de las Necesidades de Financiación globales, si bien la incidencia regional ha sido desigual. Así, del total de incremento de recursos del modelo obtenido por Castilla y León prácticamente un 100% se debe a la mayor financiación por sanidad mientras que otras CCAA también reflejan una situación similar aunque en menor grado: La Rioja (86,82%), Baleares (59,98%), Galicia (56,20%), Castilla-La Mancha (49,45%), Cantabria (39,33%), Canarias (38,04%) y Aragón (32,57%) mientras que Cataluña, Andalucía²³ y Madrid no obtuvieron ganancias por esa vía.

También se han realizado los cálculos correspondientes a las Necesidades Financieras de las CCAA, incluyendo la denominada *garantía de mínimos* (pero no de máximos que definitivamente se muestran) para aquellas con competencias durante 1999 que podrían perder financiación. A este respecto, el nuevo modelo de financiación provoca la coexistencia de dos formas alternativas de financiación para las CCAA que ya tenían asumidas las transferencias.

²¹ De dónde regiones como Baleares (47,49%), Cataluña (46,18%), Comunidad Valenciana (46,14%) y Asturias (46,05%) tienen un alto porcentaje de recursos sanitarios sobre el total de financiación mientras que en Extremadura (39,26%), Castilla y León (40,98%), Castilla-La Mancha y Galicia (41,69%) sucede lo contrario.

²² Es necesario tener en cuenta la comparación entre los datos padronales de población para 1999, 2000 y 2001 y las previsiones basadas en el censo para esos mismos años, puesto que éstas últimas subestiman el efecto de la inmigración sobre la población total. Esta última circunstancia resulta de especial importancia como lo demuestra el hecho de que puedan existir ya CCAA ganadoras y perdedoras en base a ello y que el Pleno del Consejo de Política Fiscal y Financiera del 14 de Septiembre de 2004 haya acordado la creación de un grupo de trabajo para analizar los efectos de los cambios en la variable población en el sistema de financiación.

²³ Con las dificultades inherentes a un sistema asistencial más complejo y cuya financiación puede no contar con las mismas posibilidades de generar ingresos (al disponer de una cesta autonómica relativamente inelástica de impuestos) con el nuevo sistema, a diferencia de Cataluña y Madrid, viéndose abocada a una mayor deuda y a futuras reivindicaciones de financiación extraregional vía Fondo de Cohesión sanitaria.

Así, mientras unas quedan financiadas a su coste histórico o efectivo (Andalucía y Cataluña), provocando la aplicación de la *garantía de mínimos*, el resto de CCAA se financiarían según las nuevas variables de necesidad introducidas en el modelo.

De todos modos, la comparación entre las Necesidades financieras que se desprenden de la aplicación sin garantías del nuevo modelo de financiación autonómica y las cantidades finalmente recogidas en los acuerdos de las Comisiones Mixtas (incluyendo el subfondo para la lucha contra el fraude en la Incapacidad Temporal) muestra que la diferencia es positiva en todos los casos, lo que significa que el Acuerdo de traspasos finalmente producido ha reconocido una mayor necesidad financiera que el contemplado en el nuevo modelo de financiación autonómica.

El resultado global de los tres componentes de las Necesidades de Financiación (Competencias Comunes, Servicios Sociales y Sanidad) muestra así un aumento relativo de recursos respecto a la restricción inicial del 4,43%, con un aumento significativo en regiones como Baleares (15,35%), Cantabria (14,71%) y La Rioja (13,57%) y menores incrementos en Andalucía (1,67%), Galicia (2,10%) y Castilla y León (2,51%). Si la comparación se realiza en términos absolutos, lógicamente Madrid (606,21 millones de euros), Cataluña (256,51 millones de euros), C.Valenciana (169,66 millones de euros), Andalucía (168,81 millones de euros), Castilla-La Mancha (154,81 millones de euros) y Baleares (146,16 millones de euros) absorben la mayor parte de las ganancias.

CUADRO 10. ESTRUCTURA DEL NUEVO SISTEMA DE FINANCIACION AUTONOMICA (COMPETENCIAS EN SANIDAD EN 1999 (millones de euros corrientes))

Concepto	Restricción inicial. Bloque Competencias en Sanidad	Reparto Variable Población protegida	Reparto Variable Población mayor 65	Reparto Variable Insular	Bloque Sanidad variables reparto	Necesidades Financiac. Competenc en Sanidad	Diferencias respecto a Restricción inicial	Diferencias en %	Diferencias en % s/dfcia total	Bloque Sanidad variables reparto	Acuerdos Traspaso sanitario Art. 143 CE	Criterio mejor posible para cada CCAA
Cataluña	4001,69	2937,53	964,79	0	3902,32	4001,69	0	0	0	0	0	Statu Quo
Galicia	1703,44	1262,15	490,31	0	1752,46	1752,12	48,68	2,78	56,20	0	0	Variables
Andalucía	4418,07	3340,38	937,64	0	4278,02	4418,07	0	0	0	0	0	Statu Quo
Asturias	749,83	510,05	206,42	0	716,47	750,60	0,77	0,10	1,02	716,47	750,60	Coste
Cantabria	357,07	247,24	89,35	0	336,59	402,86	45,80	11,36	39,33	336,59	402,86	Coste
La Rioja	156,63	122,76	46,37	0	169,13	204,42	47,79	23,37	86,82	169,13	204,42	Coste
Murcia	673,13	515,23	146,47	0	661,17	680,74	7,61	1,11	14,71	661,17	680,74	Variables
C. Valencia	2494,97	1898,41	601,16	0	2499,57	2500,38	5,41	0,21	3,19	0	0	Variables
Aragón	796,03	546,36	229,04	0	775,40	816,85	20,82	2,54	32,57	775,40	816,85	Coste
C.L Mancha	1027,84	797,06	307,65	0	1104,71	1104,39	76,56	6,93	49,45	1104,71	1104,71	Variables
Canarias	990,96	772,85	175,32	89,18	1037,35	1037,84	46,88	4,51	38,04	0	0	Variables
Extremadura	676,00	489,30	178,71	0	668,01	698,35	22,35	3,20	19,98	668,01	698,35	Coste
Baleares	434,08	382,10	111,41	26,12	519,63	521,75	87,67	16,80	59,98	519,63	521,75	Variables
Madrid	3017,02	2339,30	680,33	0	3019,63	3019,63	2,61	0,08	0,43	3019,63	3019,63	Statu Quo
Castill León	1527,11	1132,48	491,44	0	1623,92	1624,04	96,93	5,96	100,00	1623,92	1624,04	Variables
CCAA 143 CE	9414,74	7078,43	3142,07	89,18	9590,60	9852,46	408,91	4,15	29,01	9594,66	9823,62	s.d
CCAA 151 CE	13609,14	10211,32	2487,18	26,11	13469,72	13710,11	100,97	0,73	12,55	0	0	s.d
TOTAL	23023,88	17289,75	5655,27	115,29	23060,32	23533,75	509,88	2,17	22,32	9594,66	9823,63	s.d

Nota: La columna correspondiente al criterio mejor posible en financiación sanitaria para cada CCAA supone Esto último se concreta en que al producirse el traspaso de la sanidad a cada una de las CCAA que aún no las habían recibido en el año 2001 se incorpore en el año base del sistema de financiación de cada CCAA la mayor de las siguientes cantidades: Liquidación definitiva del anterior sistema o coste histórico (*Statu Quo*), la resultante para la CCAA del reparto de la financiación sanitaria en dicho año según el nuevo sistema y sus indicadores (población protegida, mayor de 65 años e insularidad) (*Variables*) o el coste efectivo acordado en la Comisión Mixta de transferencias, en valores del año base, derivado del traspaso generalizado de competencias (*Coste*). Es decir, se deduce que si la aplicación de la ponderación de las variables otorga a una CCAA una cantidad superior a la del coste efectivo del presupuesto liquidado de 1999, ésta es la mínima cantidad que hay que afectar para la financiación sanitaria. Si por el contrario, el coste efectivo del año base fuese superior, éste se mantendría como cantidad mínima afectada a la financiación. Por otro lado, también se especifica una Garantía de mínimos o de mantenimiento del statu quo anterior tal que el Estado garantiza que ninguna CCAA disponga de menos recursos que los resultantes de aplicar el sistema anterior 1998-2001. Es decir, se aplica el criterio de todos ganan y, en consecuencia, nadie pierde. Ello supone incrementar los recursos que se han de dedicar a la asistencia sanitaria por el conjunto del sistema (Disposición transitoria segunda de la Ley 21/2001, de 27 de Diciembre) y permite a cada CCAA que la cantidad que tenga que dedicar a financiar la asistencia sanitaria de la Seguridad Social no sea inferior a la que les correspondería de acuerdo al coste efectivo que se estuviese aplicando en el año considerado como base. Cataluña, Andalucía y prácticamente Madrid no obtuvieron ganancias por esa vía.

FUENTE: Elaboración propia a partir de Memorias y liquidaciones presupuestarias del INSALUD, Agencia Estatal para la Administración Tributaria y Consejo de Política Fiscal y Financiera .

CUADRO 11. ESTRUCTURA DEL NUEVO SISTEMA DE FINANCIACION AUTONOMICA (COMPETENCIAS COMUNES, SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES): RESTRICCION INICIAL Y NECESIDADES DE FINANCIACION EN 1999 (millones de euros corrientes)

Concepto	Total Restricción inicial	Bloque general C.Comunes	Nec. Financ C.Comunes	Diferencia	Diferencia en % s/diferencia total	Bloque C.Sanidad	Nec. Financ C.Sanidad	Diferencia	Diferencia en % s/diferencia total	Bloque C.IMSERSO	Nec. Financ C.IMSERSO	Diferencia	Diferencia en % s/diferencia total	Necesidades Financiación globales	Diferencia Nec. Financ y Restr inic	Diferencia Nec. Financ y Restr inic en %
Cataluña	8.408,86	4297,50	4535,42	237,92	92,75	4001,69	4001,69	0	0	109,66	128,25	18,58	7,25	8665,37	256,51	3,05
Galicia	4.115,53	2346,33	2384,27	37,94	43,80	1703,44	1752,12	48,68	56,20	65,76	65,76	0	0	4202,16	86,63	2,10
Andalucía	10.115,32	5590,06	5741,42	151,36	89,66	4418,07	4418,07	0	0	107,19	124,64	17,45	10,34	10284,13	168,81	1,67
Asturias	1.553,85	778,81	851,89	73,08	96,05	749,83	750,60	0,78	1,02	25,21	27,44	2,23	2,93	1629,94	76,09	4,90
Cantabria	791,35	421,15	491,79	70,64	60,67	357,07	402,86	45,80	39,33	13,13	13,13	0	0	907,79	116,44	14,71
La Rioja	405,76	238,33	245,58	7,26	13,18	156,63	204,42	47,79	86,82	10,80	10,80	0	0	460,80	55,04	13,57
Murcia	1.493,09	800,21	844,32	44,11	85,29	673,13	680,74	7,61	14,71	19,75	19,75	0	0	1544,81	51,72	3,46
C. Valenciana	5.249,57	2690,02	2838,94	148,92	87,78	2494,97	2500,38	5,41	3,19	64,58	79,91	15,33	9,03	5419,23	169,66	3,23
Aragón	1.836,90	1002,95	1046,06	43,11	67,43	796,03	816,85	20,82	32,57	37,91	37,91	0	0	1900,83	63,93	3,48
Castilla-La Mancha	2.494,37	1419,17	1497,43	78,26	50,55	1027,84	1104,39	76,56	49,45	47,35	47,35	0	0	2649,18	154,81	6,21
Canarias	2.338,74	1327,46	1400,83	73,37	59,54	990,96	1037,84	46,88	38,04	20,32	23,30	2,98	2,42	2461,98	123,24	5,27
Extremadura	1.666,65	963,21	1052,73	89,52	80,02	676,00	698,35	22,35	19,98	27,44	27,44	0	0	1778,52	111,87	6,71
Baleares	952,44	502,23	560,72	58,49	40,02	434,08	521,75	87,67	59,98	16,13	16,13	0	0	1098,60	146,16	15,35
Madrid	6.249,92	3146,81	3746,06	599,26	98,85	3017,02	3019,63	2,61	0,43	86,09	90,44	4,35	0,72	6856,13	606,21	9,70
Castilla y León	3.865,49	2255,92	2255,92	0	0	1527,11	1624,04	96,93	100,00	82,46	82,46	0	0	3962,43	96,93	2,51
CCAA art. 143 CE	21.309,82	11528,79	12592,51	1063,72	70,55	9414,74	9852,14	437,40	29,01	366,28	372,86	6,58	0,44	22817,52	1.507,70	7,08
CCAA art. 151 CE	30.228,02	16251,37	16900,89	649,53	80,70	13609,14	13710,11	100,97	12,55	367,52	421,87	54,35	6,75	31032,87	804,85	2,66
TOTAL CCAA	51.537,84	27780,16	29493,41	1713,25	75,01	23023,88	23533,75	509,88	22,32	733,80	794,73	60,93	2,67	53821,89	2.284,05	4,43

Nota:

En el año base de 1999 se ha dado la circunstancia de que doce regiones presentaron ajustes por modulaciones en Competencias Comunes (Andalucía, Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Cataluña, Comunidad Valenciana, La Rioja, Madrid y Murcia), siete por Sanidad (Andalucía, Aragón, Asturias, Cantabria, Cataluña, Extremadura y Murcia) y nueve por Servicios Sociales (Aragón, Baleares, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Extremadura, Galicia, Murcia y La Rioja).

FUENTE: Elaboración propia a partir de Memorias del INSALUD e IMSERSO, Liquidaciones de presupuestos de Comunidades y Ciudades Autónomas, Agencia Estatal para la Administración Tributaria y Consejo de Política Fiscal y Financiera.

No obstante, según el Cuadro 12, las diferencias regionales siguen siendo importantes por los topes establecidos en el sistema y pasan a aumentarse con el modelo. Así, en la financiación global por habitante se observa un incremento de las diferencias medias medidas por índices estadísticos de dispersión como: Desviación Típica (D.T.) que pasa de 8,58 a 8,95, Coeficiente de Variación (C.V.) que varía de 0,0858 a 0,0895, Rango (RANGO) que cambia de 27,9398 a 26,9818, Recorrido Intercuartílico (RECO. INTERCUAR.) que pasa de 12,8433 a 14,3991 y Desviación Absoluta Media (DESV. ABSO. MEDIA) que varía de 7,2303 a 7,7159, dado que las modulaciones en C.Comunes y S.Sociales no compensan las desigualdades en Sanidad. Así, las diferencias máximas se sitúan entre La Rioja (115,71) y Cantabria (114,38) y los mínimos de Madrid (88,73) y C.Valenciana (88,74). Precisamente, de las ocho regiones cuya parte de la restricción inicial per cápita superaba a la media nacional (Galicia, Asturias, Cantabria, La Rioja, Aragón, Castilla-La Mancha, Extremadura y Castilla y León) en tres los incrementos en el reparto final de las necesidades de financiación total les han hecho incluso aumentar sus diferencias respecto a dicha media nacional (Cantabria, La Rioja y Extremadura). Por otro lado, en las siete regiones cuya parte de la restricción inicial per cápita era inferior a la media nacional (Cataluña, Andalucía, Murcia, Comunidad Valenciana, Canarias, Baleares y Madrid) en cuatro los incrementos en el reparto final de las necesidades de financiación total les han hecho incluso empeorar sus diferencias respecto a dicha media nacional (Cataluña, Andalucía, Murcia y Comunidad Valenciana, Canarias). En cualquier caso, el resto (Baleares y Madrid) aunque mejorarían relativamente en el reparto final seguirían teniendo una financiación per cápita de partida por debajo de la media nacional.

La principal causa de los desequilibrios iniciales en el nuevo sistema vendría dada por la población, si bien la Ley 21/2001, de 27 de Diciembre, en su artículo 4 señala que anualmente se analizarán los efectos en el nuevo sistema de la evolución de la población, pudiendo solucionarse los problemas a medio plazo. Así, el nuevo sistema es positivo en suficiencia financiera, por los recursos añadidos a la Restricción inicial, aunque no tanto en igualdad de recursos de partida, ya que los desajustes entre la distribución original y final se deben más a los límites fijados (acuerdos políticos y complejidad del modelo en aspectos como las modulaciones financieras que han limitado especialmente el crecimiento de la financiación en CCAA como la Comunidad Valenciana y Madrid y, en menor medida, en Baleares) que a las variables finalmente elegidas.

CUADRO 12. ESTRUCTURA DEL NUEVO SISTEMA DE FINANCIACION AUTONOMICA: PIB PER CAPITA (PIBPC), RESTRICCIÓN INICIAL PER CAPITA (RIPC) Y NECESIDADES DE FINANCIACION PER CAPITA (NFPC) POR COMPETENCIAS GLOBALES (COMUNES, SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES) EN 1999 (euros corrientes)

Concepto	PIBPC	PIBPC Media 100	NFPC globales	NFPC globales Media 100	RIPC global	RIPC global Media 100	NFPC Comunes	NFPC Comunes Media 100	RIPC Comunes	RIPC Comunes Media 100	NFPC Sanidad	NFPC Sanidad Media 100	RIPC Sanidad	RIPC Sanidad Media 100	N
Cataluña	1713,80	123,18	1395,94	92,95	1354,62	95,89	730,63	88,66	692,30	89,62	644,65	98,60	644,65	104,46	
Galicia	1119,41	80,46	1539,06	102,48	1507,33	106,71	873,25	105,97	859,35	111,25	641,72	98,15	623,89	101,10	
Andalucía	994,69	71,50	1407,79	93,74	1384,69	98,02	785,94	95,37	765,22	99,06	604,79	92,51	604,79	98,01	
Asturias	1239,34	89,08	1503,19	100,09	1433,02	101,45	785,65	95,34	718,25	92,98	692,24	105,88	691,52	112,06	
Cantabria	1335,39	95,98	1717,74	114,38	1497,41	106,00	930,58	112,93	796,91	103,16	762,31	116,60	675,65	109,49	
La Rioja	1593,26	114,52	1737,70	115,71	1530,13	108,32	926,10	112,38	898,74	116,34	770,86	117,91	590,66	95,72	
Murcia	1141,26	82,03	1365,72	90,94	1319,99	93,44	746,44	90,58	707,44	91,58	601,82	92,05	595,09	96,43	
Comunidad Valenciana	1308,95	94,08	1332,66	88,74	1290,94	91,39	698,13	84,72	661,51	85,63	614,87	94,05	613,54	99,42	
Aragón	1528,12	109,84	1601,57	106,64	1547,71	109,57	881,38	106,96	845,05	109,39	688,25	105,27	670,71	108,69	
Castilla- La Mancha	1153,35	82,90	1534,69	102,19	1445,01	102,29	867,47	105,27	822,14	106,43	639,78	97,86	595,43	96,49	
Canarias	1293,47	92,97	1471,87	98,01	1398,19	98,98	837,47	101,63	793,61	102,73	620,46	94,90	592,43	96,00	
Extremadura	885,11	63,62	1656,63	110,31	1552,43	109,90	980,58	118,99	897,19	116,14	650,49	99,49	629,67	102,04	
Baleares	1578,38	113,45	1336,79	89,01	1158,94	82,04	682,29	82,79	611,12	79,11	634,87	97,11	528,19	85,59	
Madrid	1883,48	135,38	1332,49	88,73	1214,68	85,99	728,05	88,35	611,58	79,17	586,87	89,76	586,36	95,02	
Castilla y León	1299,42	93,40	1592,57	106,05	1553,62	109,98	906,69	110,03	906,69	117,37	652,73	99,84	613,77	99,46	
MEDIA CCAA	1391,26	100,00	1501,76	100,00	1412,58	100,00	824,04	100,00	772,47	100,00	653,78	100,00	617,09	100,00	
D.T. CCAA	265,26	19,06	134,38	8,95	121,21	8,58	90,82	11,02	97,88	12,67	52,37	8,01	40,07	6,49	
C.V. CCAA	0,1906	0,1906	0,0895	0,0895	0,0858	0,0858	0,1102	0,1102	0,1267	0,1267	0,0801	0,0801	0,0649	0,0649	0
RANGO CCAA	998,37	71,76	405,2041	26,9818	394,6735	27,9398	298,2954	36,1988	295,5738	38,2631	183,9956	28,1432	163,3288	26,4674	20
RECO. INTERCUAR.	405,94	29,18	216,2413	14,3991	181,4228	12,8433	155,5019	18,8705	152,3334	19,7201	52,8259	8,0800	43,3972	7,0325	7
DESV. ABSO. MEDIA	2243,78	101,72	115,8755	7,7159	102,1349	7,2303	81,4906	9,8890	85,3194	11,0449	39,8050	6,0884	31,1396	5,0462	5

FUENTE: Elaboración propia.

Una vez estimadas las cantidades a recibir por cada CCAA en el año base, se puede intentar comparar en base a proyecciones dinámicas la financiación autonómica y, especialmente, la sanitaria en los años 2003-2006. Asimismo, se considera tanto el efecto de la Reforma del IRPF vigente desde 2003 en todos los cálculos realizados sobre la evolución del sistema actual, dada su incidencia positiva sobre la renta disponible y su posterior repercusión sobre la recaudación de los impuestos indirectos como la hipótesis real de restricción de equilibrio presupuestario para las CCAA desde ese mismo año.

Como valoración de los resultados empíricos obtenidos en este ejercicio prospectivo de simulación dinámica, en los años 2003 y 2004 debería hacerse operativa la garantía interna transitoria de crecimiento mínimo de la financiación sanitaria al índice PIB, ya que éste superaría al ITE nacional previsto que es el criterio de evolución del nivel de gasto mínimo (\bar{G}) en sanidad (no siendo efectivo en 2005) como consecuencia de la Reforma del IRPF²⁴ y de su incidencia en el Fondo de Suficiencia especialmente en 2003, si bien las regiones podrían destinar fondos adicionales mediante sus correspondientes ITE regionales²⁵. En cualquier caso, el crecimiento de la financiación sanitaria (1,5633) para el período 1999-2006 se mantendría por encima del crecimiento del PIB (1,5248), lo que es indicativo de la ganancia en suficiencia financiera del modelo si bien pueden existir dudas respecto a la equidad en la utilización de las figuras tributarias destinadas a su financiación y en cuanto al reparto de financiación (en cierta parte “ad hoc”) dadas las distintas vías de acceso a la cuantificación de la transferencia en la CCAA (Cuadros 13 y 14).

²⁴ En este mismo sentido, en Ruiz-Huerta y Granado (2003) se señala que de continuar las actuales tendencias, es evidente que a medio plazo las diferencias de recursos por IRPF sí incidirán en el nivel de suficiencia de las CC.AA, aunque el resultado estará sin duda compensado por el mayor nivel del Fondo de Suficiencia en aquellas CC.AA con menor recaudación por IRPF, que son asimismo las que experimentan un menor incremento.

²⁵ Precisamente, el establecimiento de dicha garantía de mínimos trasladaría parte del riesgo financiero al Gobierno Central. Es decir, la garantía de mínimos en este caso puede servir para generar opciones financieras más arriesgadas en algunas CCAA.

CUADRO 13. ESTRUCTURA DE LA FINANCIACION SANITARIA EN SISTEMA DE FINANCIACION AUTONOMICA: RECURSOS MINIMOS DESTINADOS A SANIDAD EN AÑO BASE Y PERIODO 2002-2006 (millones euros corrientes)

Concepto	Total 1999	Total 2002	Total 2003	Total 2004	Total 2005	Total 2006	Total 02-06
Cataluña	4001,69	5001,81	5.291,91	5598,84	5.918,42	6.255,79	28066,77
Galicia	1752,13	2190,02	2.317,04	2451,43	2.591,35	2.739,07	12288,92
Andalucía	4418,07	5522,24	5.842,53	6181,39	6.534,23	6.906,71	30987,11
Asturias	750,60	938,20	992,61	1050,18	1.110,13	1.173,41	5264,53
Cantabria	402,87	503,55	532,76	563,65	595,83	629,79	2825,58
La Rioja	204,42	255,50	270,32	286,00	302,33	319,56	1433,72
Murcia	680,74	850,87	900,22	952,43	1.006,79	1.064,19	4774,50
C. Valenciana	2500,38	3125,28	3.306,54	3498,32	3.698,00	3.908,81	17536,96
Aragón	816,86	1021,01	1.080,22	1142,87	1.208,11	1.276,98	5729,20
C.La Mancha	1104,40	1380,41	1.460,47	1545,18	1.633,38	1.726,49	7745,92
Canarias	1037,84	1297,22	1.372,46	1452,06	1.534,94	1.622,44	7279,12
Extremadura	698,35	872,88	923,51	977,07	1.032,84	1.091,72	4898,01
Baleares	521,75	652,15	689,97	729,99	771,66	815,65	3659,42
Madrid	3019,63	3774,30	3.993,21	4224,82	4.465,97	4.720,54	21178,84
C.León	1624,04	2029,93	2.147,66	2272,23	2.401,93	2.538,85	11390,59
TOTAL CCAA	23533,75	29415,35	31.121,44	32926,48	34.805,90	36.789,98	165059,16

FUENTE: Elaboración propia.

CUADRO 14. ESTRUCTURA DE LA FINANCIACION SANITARIA EN SISTEMA DE FINANCIACION AUTONOMICA: DIFERENCIAS EN RECURSOS MINIMOS PER CAPITA DESTINADOS A SANIDAD EN AÑO BASE Y PERIODO 2002-2006 (euros corrientes). HIPOTESIS DE UTILIZACION DEL ITAE CON GARANTIA TRANSITORIA 2002-2004

Concepto	Total 1999	Total 2002	Total 2003	Total 2004	Total 2005	Total 2006	Total 02-06
Cataluña	0	7,91	0	33,12	43,33	57,13	141,50
Galicia	0	7,88	0	32,97	43,14	56,86	140,86
Andalucía	0	7,43	0	31,08	40,66	53,59	132,75
Asturias	0	8,50	0	35,57	46,54	61,34	151,95
Cantabria	0	9,37	0	39,17	51,24	67,55	167,33
La Rioja	0	9,47	0	39,60	51,81	68,29	169,21
Murcia	0	7,39	0	30,92	40,46	53,33	132,10
C. Valenciana	0	7,55	0	31,59	41,33	54,49	134,96
Aragón	0	8,45	0	35,36	46,27	60,99	151,07
C.La Mancha	0	7,86	0	32,88	43,01	56,70	140,43
Canarias	0	7,62	0	31,88	41,71	54,98	136,19
Extremadura	0	7,98	0	33,42	43,72	57,64	142,78
Baleares	0	7,80	0	32,62	42,67	56,25	139,35
Madrid	0	7,21	0	30,16	39,45	52,00	128,82
C.León	0	8,01	0	33,54	43,88	57,84	143,27
TOTAL CCAA	0	7,72	0	32,30	42,26	55,71	138,00

FUENTE: Elaboración propia.

Los Cuadros 15 y 16 resumen algunos de los principales resultados del análisis empírico realizado para la hipótesis de comportamiento de financiación mínima y gasto sanitario (PIB). Por un lado, se han utilizado los índices de evolución de la financiación mínima en sanidad para cada CCAA. Por otro, el índice de crecimiento del gasto sanitario estimado lo ha sido en función del PIB así como la “cobertura” o montante de financiación sanitaria mínima proporcionada por el nuevo sistema. Dado que la sanidad es una política prioritaria para los gobiernos regionales cuando la evolución del gasto previsto sea mayor que la de la financiación

mínima la diferencia entre ambas variables supondría minorar los recursos públicos disponibles para el resto de gastos autonómicos de tipo discrecional provocando un efecto desplazamiento.

CUADRO 15. ESTRUCTURA DE LAS NECESIDADES PER CAPITA DE GASTO SANITARIO EN NUEVO SISTEMA DE FINANCIACION AUTONOMICA CON INTEGRACION DE LA SANIDAD: AÑO BASE Y PERIODO 2002-2006 (euros corrientes). CRITERIO PIB.

Concepto	Total 1999	Total 2002	Total 2003	Total 2004	Total 2005	Total 2006	Total 02-06
Cataluña	644,65	784,50	830,00	878,14	929,07	982,96	4404,68
Galicia	641,73	780,94	826,24	874,16	924,86	978,50	4384,68
Andalucía	604,79	735,99	778,68	823,84	871,63	922,18	4132,33
Asturias	692,23	842,41	891,27	942,96	997,65	1055,52	4729,83
Cantabria	762,32	927,68	981,50	1038,42	1098,65	1162,38	5208,62
La Rioja	770,88	938,09	992,50	1050,09	1110,99	1175,40	5267,03
Murcia	601,82	732,38	774,85	819,80	867,35	917,65	4112,04
C. Valenciana	614,88	748,27	791,67	837,58	886,16	937,56	4201,24
Aragón	688,26	837,56	886,14	937,54	991,92	1049,45	4702,61
C.La Mancha	639,79	778,58	823,73	871,51	922,06	975,54	4371,43
Canarias	620,46	755,07	798,86	845,19	894,21	946,08	4239,40
Extremadura	650,49	791,61	837,52	886,10	937,49	991,86	4444,56
Baleares	634,87	772,60	817,42	864,82	914,98	968,05	4337,87
Madrid	586,87	714,18	755,60	799,43	845,80	894,85	4009,87
C.León	652,73	794,34	840,41	889,15	940,72	995,28	4459,91
TOTAL CCAA	628,69	765,08	809,45	856,40	906,07	958,62	4295,61

Fuente: Elaboración propia.

CUADRO 16. ESTRUCTURA DE LA SUFICIENCIA FINANCIERA EN SANIDAD EN NUEVO SISTEMA DE FINANCIACION AUTONOMICA CON INTEGRACION DE LA SANIDAD: GRADO DE COBERTRURA EN AÑO BASE Y PERIODO 2002-2006 (millones euros corrientes),. CRITERIO GASTO SEGUN PIB.

Concepto	Total 1999	Índice 1999	Total 2002	Índice 2002	Total 2003	Índice 2003	Total 2004	Índice 2004	Total 2005	Índice 2005	Total 2006	Índice 2006
Cataluña	100,00	1,0000	102,71	1,2499	102,71	1,3224	102,71	1,3991	102,62	1,4790	102,52	1,5633
Galicia	100,00	1,0000	102,71	1,2499	102,71	1,3224	102,71	1,3991	102,62	1,4790	102,52	1,5633
Andalucía	100,00	1,0000	102,71	1,2499	102,71	1,3224	102,71	1,3991	102,62	1,4790	102,52	1,5633
Asturias	100,00	1,0000	102,71	1,2499	102,71	1,3224	102,71	1,3991	102,62	1,4790	102,52	1,5633
Cantabria	100,00	1,0000	102,71	1,2499	102,71	1,3224	102,71	1,3991	102,62	1,4790	102,52	1,5633
La Rioja	100,00	1,0000	102,71	1,2499	102,71	1,3224	102,71	1,3991	102,62	1,4790	102,52	1,5633
Murcia	100,00	1,0000	102,71	1,2499	102,71	1,3224	102,71	1,3991	102,62	1,4790	102,52	1,5633
C. Valencia	100,00	1,0000	102,71	1,2499	102,71	1,3224	102,71	1,3991	102,62	1,4790	102,52	1,5633
Aragón	100,00	1,0000	102,71	1,2499	102,71	1,3224	102,71	1,3991	102,62	1,4790	102,52	1,5633
C.L Mancha	100,00	1,0000	102,71	1,2499	102,71	1,3224	102,71	1,3991	102,62	1,4790	102,52	1,5633
Canarias	100,00	1,0000	102,71	1,2499	102,71	1,3224	102,71	1,3991	102,62	1,4790	102,52	1,5633
Extremadura	100,00	1,0000	102,71	1,2499	102,71	1,3224	102,71	1,3991	102,62	1,4790	102,52	1,5633
Baleares	100,00	1,0000	102,71	1,2499	102,71	1,3224	102,71	1,3991	102,62	1,4790	102,52	1,5633
Madrid	100,00	1,0000	102,71	1,2499	102,71	1,3224	102,71	1,3991	102,62	1,4790	102,52	1,5633
C.León	100,00	1,0000	102,71	1,2499	102,71	1,3224	102,71	1,3991	102,62	1,4790	102,52	1,5633
TOTAL	100,00	1,0000	102,71	1,2499	102,71	1,3224	102,71	1,3991	102,62	1,4790	102,52	1,5633

Fuente: Elaboración propia.

En relación con lo anterior, al estimar las diferencias en la financiación autonómica sanitaria obtenida por las CCAA entre ambos escenarios (prórroga de la financiación sanitaria específica real e hipótesis de aplicación del modelo específico con variables de reparto del nuevo modelo) se observa que, en conjunto, las regiones analizadas podrían obtener como mínimo en el período 2002-2006 una ganancia potencial de financiación en términos estáticos y

dinámicos considerable al integrarse la financiación de la sanidad en el nuevo sistema general (Cuadros 17 y 18).

CUADRO 17. DIFERENCIAS EN LA FINANCIACION DE LA SANIDAD TERRITORIALIZADA EN 2002-2006 NUEVO MODELO DE FINANCIACION AUTONOMICA INTEGRADO VERSUS PRORROGA APLICACION FINANCIACION SANITARIA ESPECIFICA (MODELO 1998-2001)

Concepto	En %. 1999	En %. 2002	En %. 2003	En %. 2004	En %. 2005	En %. 2006	Millones euros. Total	En %. Total
Cataluña	0,00	2,64	2,64	2,64	2,55	2,46	724,58	2,58
Galicia	2,78	5,34	5,34	5,34	5,26	5,17	649,89	5,29
Andalucía	0,00	2,64	2,64	2,64	2,55	2,46	799,97	2,58
Asturias	0,10	2,74	2,74	2,74	2,65	2,56	141,21	2,68
Cantabria	11,37	13,71	13,71	13,71	13,63	13,55	385,86	13,66
La Rioja	23,38	25,40	25,40	25,40	25,33	25,26	363,52	25,36
Murcia	1,12	3,73	3,73	3,73	3,64	3,55	175,25	3,67
C. Valenciana	0,22	2,85	2,85	2,85	2,76	2,67	489,70	2,79
Aragón	2,55	5,12	5,12	5,12	5,04	4,95	290,15	5,06
C.La Mancha	6,93	9,39	9,39	9,39	9,31	9,22	723,03	9,33
Canarias	4,52	7,04	7,04	7,04	6,96	6,87	508,23	6,98
Extremadura	3,20	5,75	5,75	5,75	5,67	5,58	279,14	5,70
Baleares	16,80	19,00	19,00	19,00	18,93	18,85	693,51	18,95
Madrid	0,09	2,72	2,72	2,72	2,64	2,55	564,59	2,67
C.León	5,97	8,45	8,45	8,45	8,37	8,28	956,38	8,40
CCAA 143	4,44	6,96	6,96	6,96	6,88	100,00	19127,79	27,68
CCAA 151	0,74	3,36	3,36	3,36	3,27	100,00	23923,32	24,88
TOTAL CCAA	2,17	4,75	4,75	4,75	4,67	4,58	7745,01	4,69

FUENTE: Elaboración propia.

CUADRO 18. DIFERENCIAS EN LA FINANCIACION DE LA SANIDAD TERRITORIALIZADA EN 2002-2006 NUEVO MODELO DE FINANCIACION AUTONOMICA INTEGRADO VERSUS PRORROGA APLICACION DEL MODELO DE FINANCIACION SANITARIA ESPECIFICA 1998-2001 SEGUN REPARTO VARIABLES INCORPORADAS EN EL NUEVO MODELO DE FINANCIACION AUTONOMICA (POBLACION PROTEGIDA, MAYOR DE 65 AÑOS E INSULARIDAD)

Concepto	En %. 1999	En %. 2002	En %. 2003	En %. 2004	En %. 2005	En %. 2006	Millones euros. Total	En %. Total
Cataluña	2,52	5,09	5,09	5,09	5,01	4,92	1413,47	5,04
Galicia	0,06	2,70	2,70	2,70	2,61	2,52	324,39	2,64
Andalucía	3,13	5,68	5,68	5,68	5,60	5,51	1744,08	5,63
Asturias	5,24	7,74	7,74	7,74	7,66	7,57	404,57	7,68
Cantabria	17,02	19,21	19,21	19,21	19,14	19,07	541,58	19,17
La Rioja	17,84	20,01	20,01	20,01	19,94	19,87	286,22	19,96
Murcia	3,40	5,95	5,95	5,95	5,87	5,78	281,45	5,89
C. Valenciana	0,05	2,68	2,68	2,68	2,60	2,51	460,53	2,63
Aragón	5,77	8,26	8,26	8,26	8,18	8,09	470,08	8,20
C.La Mancha	0,68	3,30	3,30	3,30	3,22	3,13	251,35	3,24
Canarias	0,12	2,76	2,76	2,76	2,67	2,58	196,69	2,70
Extremadura	5,01	7,51	7,51	7,51	7,43	7,35	365,35	7,46
Baleares	1,09	3,70	3,70	3,70	3,61	3,52	133,24	3,64
Madrid	0,63	3,25	3,25	3,25	3,17	3,08	676,68	3,20
C.León	0,75	3,37	3,37	3,37	3,29	3,20	377,55	3,31
CCAA 143	2,71	5,24	5,24	5,24	5,15	5,07	3580,25	5,18
CCAA 151	1,77	4,39	4,39	4,39	4,31	4,22	4169,96	4,34
TOTAL CCAA	2,17	4,75	4,75	4,75	4,67	4,58	7745,01	4,69

FUENTE: Elaboración propia.

En cualquier caso, la evolución previsible del sistema de financiación en el medio plazo no dejará de estar sometida a un elevado grado de incertidumbre, a pesar de su pretendido carácter estable y duradero, por lo que va a depender de una serie de incógnitas que aún hoy siguen siendo difícilmente predecibles. A nuestro entender, ello va a suponer que la LGEP sí que va a condicionar el saldo presupuestario de cada CCAA, ya que si el gasto público se incrementa más en las CCAA que en el Estado ahora las CCAA tendrán que acudir preferentemente a los diversos mecanismos de “*corresponsabilidad fiscal*” dado que el modelo actual de financiación autonómico establece mayor libertad pero también más obligaciones desde 2002. En cualquier caso, el dilema que se planteará en el futuro será contraponer la suficiencia financiera del modelo con su cohesión territorial.

4. El futuro del sistema de financiación sanitaria.

En lo que respecta al caso de la integración de las competencias sanitarias en el nuevo modelo de financiación autonómica y a su posible balance, en este último apartado se realiza una valoración crítica del reciente modelo y su aplicación práctica hasta el momento presente. Ello se justifica en el hecho de que no tiene mucho sentido proponer una alternativa radical al modelo actual que implicase un nuevo reparto de los recursos disponibles a partir del statu quo sino que se pueden plantear cambios puntuales siempre teniendo en cuenta que del análisis general del sistema se está haciendo referencia a una de sus políticas sectoriales.

El primer efecto que puede comentarse, el cual puede servir también de explicación principal para justificar las presiones para la aplicación final del acuerdo de 2001, es que el actual sistema sanitario supone una apuesta por la vía del “modelo mixto” ya que no existe una integración total de la sanidad sin condiciones si bien supone una mejora en el camino hacia la consecución de una mayor transparencia y objetividad del marco normativo anterior que básicamente era conforme a una negociación política sesgada hacia determinadas CCAA (Acuerdos 1994-1997 y 1998-2001).

Asimismo, el modelo actual de financiación sanitaria plantea diversos interrogantes y riesgos que es convenientemente revisar:

1) El primero tiene que ver con la Suficiencia Financiera (Estática y Dinámica) del sistema diseñado a tal efecto, circunstancia que puede verse afectada por el crecimiento generalizado del gasto sanitario en todos los países de la OCDE más que proporcionalmente que la renta y porque la descentralización puede afectar a la suficiencia financiera de modo negativo como consecuencia de la pérdida de economías de escala.

Así, puede afirmarse que el principio informador de la descentralización que más puede verse afectado es el que se refiere a la suficiencia financiera por cuanto que, de nuevo, no se ha procedido a una apropiada valoración de las necesidades de gasto de cada una de las CCAA pudiendo haber sido ésta una buena ocasión para aprovechar los diversos análisis generados en ámbitos académicos tanto nacionales como extranjeros para incorporar variables o procedimientos asignativos que reflejen las desiguales necesidades de cada una de las CCAA. Es decir, de acuerdo con el escenario aquí planteado, la suficiencia del sistema en los próximos años puede considerarse globalmente garantizada si bien la ausencia de ajustes posteriores en el nuevo modelo puede llevar a algunas CCAA a presentar problemas en la sostenibilidad de sus finanzas en el futuro y a la disminución del margen disponible de su gasto discrecional.

Como experiencia previa hasta el momento presente, el sistema actual de financiación autonómica parece haber desatado ya la euforia entre los gobiernos autonómicos que, con la responsabilidad sobre la capacidad de generar gran parte de sus propios ingresos, decidieron apostar por un fuerte incremento de los fondos para sanidad en 2002 motivado por los compromisos adquiridos (efecto apalancamiento) en gastos de personal (consumiendo así buena parte de los recursos adicionales obtenidos por la CCAA con motivo del modelo para esa partida, de la negociación del traspaso o de la reorientación presupuestaria de créditos no comprometidos pero incluidos en el Decreto de Traspasos) o inversiones así como el fuerte incremento del gasto farmacéutico, si bien las CCAA han optado por una mayor cautela presupuestaria en 2003 y 2004 aunque de nuevo con el gasto sanitario por encima del PIB.

2) El segundo de ellos tiene que ver con un aspecto muy valorado por los ciudadanos y es el que se refiere a la Equidad (entendida de manera general como la garantía de la igualdad de acceso a las prestaciones sanitarias en todo el territorio nacional). En este sentido, la dinámica del modelo de financiación general con cesión de tributos, competencias recaudatorias (“Línea ingreso”) y fondos de solidaridad supone un mayor poder disgregatorio del SNS en el futuro en el sentido de que se incrementará la variación en los gastos sanitarios capitativos por CCAA bien por el desglose de las cifras que hasta 2002 eran “encubiertas” dentro del antiguo Insalud-Gestión Directa o por las compensaciones “ad-hoc” de la negociación transferencial. Dado esto, las diferencias desde 2002 en gasto sanitario capitativo pueden proceder ahora de diferencias en financiación por mayor esfuerzo fiscal, mayor priorización de dicho gasto en la CCAA o mayor margen por una mejor eficiencia en el gasto que puede incluir la propia asunción de políticas selectivas sanitarias internas de la propia CCAA según sus diferencias en Zonas de Salud. En este último caso, el enfoque adecuado sigue siendo el abordaje de las realidades causantes de las diferencias personales en salud así como de combatirlas desde dentro de las CCAA y desde fuera de los dispositivos asistenciales sanitarios convencionales

(Cantarero, 2003; López I Casanovas, 2003; Ruíz-Huerta y Granado, 2003; Tamayo, 2003a y b).

La cuestión está en analizar si se volverá a acudir al Estado mediante los sistemas compensatorios diseñados a tal efecto para cubrir los déficit de nivelación y mantener la igualdad en todos los servicios públicos del Estado ya que incluso siguen existiendo problemas jurídicos del nuevo sistema de financiación regional en el sentido de que la Ley de Cohesión y Calidad atribuye al Consejo Interterritorial de Salud competencias concurrentes con el Consejo de Política Fiscal y Financiera, que la atribución a la Alta Inspección de funciones de supervisión y comprobación del gasto puede lindar con las competencias de la IGAE y se señala la promesa de creación de un nuevo órgano interministerial para informar de asuntos presupuestarios (Zornoza, 2003).

3) Por la parte de los ingresos la financiación de la sanidad pública española pivota ahora sobre la imposición indirecta y existe cierto margen de maniobra mientras que si se examina la estructura del gasto en los últimos años se observa un aumento importante de gastos sanitarios no eficientes. Las Administraciones deberán afrontar el problema y establecer prioridades tanto en las prestaciones y servicios de los hospitales como en la parte de los medicamentos que correrán a cargo del erario público por lo que un tercer elemento de discusión se refiere a la Eficiencia (evitar despilfarros y lograr los mejores resultados con los recursos disponibles).

En relación con este aspecto, existen dificultades para contar con un notable sistema de información, ausencia de mecanismos de control eficaces y eficientes (vid. escaso desarrollo de la Alta Inspección o el mantenimiento de la igualdad de acceso), duplicación ineficiente de servicios al no aprovecharse las economías de escala de no efectuarse acuerdos de cooperación entre CCAA, problemas de coordinación ante la falta de un sistema de sanciones en caso de incumplimiento y las dificultades relacionadas con la puesta en práctica del principio de la lealtad institucional.

En definitiva, la cuestión que puede plantearse finalmente es si este modelo actual de financiación autonómica cumplirá con sus objetivos iniciales: ser estable y definitivo. Especialmente en el caso de la sanidad no parece suficiente con diseñar un nuevo sistema de reparto de los recursos para entender como cerrado el proceso de descentralización sanitaria ya que ello exigiría resolver qué nivel de servicios sanitarios debe considerarse como exigible en cualquier CCAA (mínimo y homogéneo que no genere desigualdades entre territorios) especialmente cuando parte de la financiación se hace depender de los recursos tributarios

autonómicos por lo que aquellas con más renta podrían ofertar más servicios que las relativamente de menor riqueza.

En definitiva, no se trata tampoco de defender la bonanza de un sistema “a la carta” frente al posible desmotivador “café para todos” sino más bien que frente a la siempre discutible negociación política anclada en la situación en el año base las CCAA pudieran con el tiempo poder elegir cuáles serían sus pesos óptimos en las cestas impositivas autonómicas según su diferente grado de aversión al riesgo en términos presupuestarios relacionando a su vez este aspecto con una reforma en el sistema de nivelación español que como se ha mostrado con la reciente reforma del IRPF puede afectar de manera desigual a algunas CCAA. La experiencia comparada nos muestra como los modelos de financiación no son eternos ni definitivos y eso lógicamente también es aplicable al caso español.

5. Conclusiones.

Como se ha demostrado a lo largo de esta investigación, la financiación autonómica no consiste únicamente en analizar sistemas de descentralización de ingresos públicos, sino que además estudia su capacidad de prestación, en condiciones de calidad y modernidad, de servicios públicos tan importantes como la sanidad o la educación, que representarán más de las dos terceras partes de un gasto autonómico, que alcanza ya en el año 2003 algo más del 40% del gasto público total; cifra similar al techo de gasto no financiero presupuestado para el Estado (excepto el de la Seguridad Social). Con estas premisas, en esta investigación se ha abordado el análisis económico reciente de uno de los principales gastos del Estado de Bienestar español, como es el relativo a la Asistencia sanitaria, intentado cuantificarlo en términos reales y teniendo en cuenta a las diferentes Administraciones Públicas empleadas (Central, Autonómica y Local). Adicionalmente, se ha intentado aportar algo de luz acerca de los cambios producidos en la financiación regional de dicho gasto, revisando la situación creada tras la Ley General de Sanidad de 1986 y los efectos económicos previsibles de la integración de la sanidad en el nuevo modelo de financiación autonómica, vigente desde el pasado 1 de Enero de 2002, desde la perspectiva de la suficiencia financiera, la autonomía y la corresponsabilidad fiscal.

A modo de recapitulación, las principales conclusiones que se derivan de esta investigación pueden resumirse de la siguiente forma:

1. Se confirma que hasta el momento, la mayor parte de los países ha optado por mantener un equilibrio entre, por un lado, la autonomía y responsabilidad regional y, por otro, la supervisión y el control central. No obstante, las desviaciones a escala regional son más pronunciadas cuando en la financiación de la sanidad actúa la capacidad fiscal y no, como ha venido sucediendo en España, con un sistema básicamente capitativo y sin responsabilidad

fiscal. Así, la igualdad en el gasto regional per cápita no es un criterio de equidad válido en los sistemas sanitarios con diferentes tipos de descentralización, ya que lo contrario bien se consideraría expresivo de la relación entre el gasto sanitario y renta, bien reflejaría la necesidad de diferentes niveles de gasto regional para alcanzar ciertas condiciones generales de equidad sanitaria (relacionadas con el acceso a servicios) establecidas de manera específica. Por tanto, lo deseable sería encontrar un sistema que conjugase principios como la suficiencia financiera, autonomía y equidad a través de una apertura de un espacio fiscal o “fiscal room” (Canadá) y una adecuada medición de las necesidades sanitarias (Reino Unido), siendo éste el camino que parece haber emprendido nuestro país con la reforma de su sistema de financiación regional en 2001.

2. Como síntesis de todo el ejercicio de recopilación y estimación de las diferentes partidas que componen el gasto sanitario público en nuestro país, la evidencia histórica del proceso de descentralización sanitaria muestra como se ha ido consolidado nuestro Sistema Nacional de Salud, especialmente en el caso de la Administración autonómica donde se ha incrementado de forma sistemática su nivel de gasto sanitario. Dicha circunstancia es de esperar que se mantenga en los próximos años, dada su fuerte demanda por parte de la sociedad y la mayor elasticidad de sus fuentes de financiación impositiva (“cesta de impuestos”) ahora dispuestas por las regiones a través de la reciente Ley 21/2001, de 27 de Diciembre. El análisis de los modelos de financiación sanitaria muestran la subjetividad que los impregnaba especialmente en el del cuatrienio 1998-2001 y llevaba a que la cuantía recibida por cada CCAA fuera el fruto de la negociación bilateral entre ésta y el Gobierno Central y que en lugar de un reparto objetivo en función de variables que reflejasen las verdaderas necesidades de cada CCAA se recurría a la creación de fondos especiales cuyo destino final era bastante discutible.

3. El interrogante que se plantea desde el pasado 1 de Enero de 2002 es si efectivamente este nuevo modelo de financiación autonómica, que ha supuesto también la integración de las competencias sanitarias y la consiguiente desaparición del INSALUD, va a suponer no sólo el cierre del reparto competencial y de las fuentes de incertidumbre anteriores, sino el final de los comportamientos estratégicos de reivindicación de recursos financieros por parte de las regiones, tan arraigados en el pasado y consistentes en la consecución de ventajas comparativas mediante la percepción de transferencias de la Administración Central (“*mercadeo político*”).

Al mismo tiempo, desde la perspectiva de las competencias en sanidad, los traspasos producidos en el año 2002 han hecho que en la negociación sobre el modelo hayan salido más “beneficiadas” las regiones del antiguo INSALUD-Gestión Directa. Con todo, el nuevo sistema permitiría incrementar notablemente los recursos financieros totales de las regiones destinados

para tal fin, resultando más favorable su evolución en las CCAA cuyo índice ITE regional evolucione más favorablemente, debido al relativo estancamiento desde el año 2003 de la evolución del Fondo de Suficiencia (ITE nacional). Así, en los años 2003 y 2004 podría hacerse operativa la garantía transitoria de crecimiento mínimo de la financiación sanitaria al índice PIB, ya que éste superaría al ITE nacional previsto como consecuencia de la Reforma del IRPF y de su incidencia en el Fondo de Suficiencia, si bien las regiones podrían destinar fondos adicionales mediante sus correspondientes ITE regionales.

En cualquier caso, el crecimiento de la financiación sanitaria para el período 1999-2006 se mantendría por encima del PIB, por lo que cabe resaltar la ganancia en suficiencia financiera del nuevo modelo. De todos modos, pueden existir algunas dudas respecto a la equidad en su financiación de cara al futuro y la previsible aparición de desigualdades territoriales.

4. En lo que respecta al caso de la integración de las competencias sanitarias en el nuevo modelo de financiación autonómica y a su posible balance, no tiene mucho sentido proponer una alternativa radical al modelo actual que implicase un nuevo reparto de los recursos disponibles a partir del statu quo sino que se pueden plantear cambios puntuales siempre teniendo en cuenta que del análisis general del sistema se está haciendo referencia a una de sus políticas sectoriales. Asimismo, el modelo actual de financiación sanitaria plantea diversos interrogantes y riesgos en función de tres aspectos tales como la suficiencia financiera, equidad y eficiencia.

En resumen, la valoración correcta del nuevo modelo de financiación autonómica debe realizarse en su aplicación en términos dinámicos y no únicamente estáticos. Para ello, en el contexto de estabilidad presupuestaria actual, es necesario asegurarse que los escenarios de ingresos regionales futuros que proporcione el nuevo modelo sean suficientes, tanto para cubrir las previsiones de necesidades de gasto autonómico (incluido el sanitario que presenta una secular tendencia al alza) como para generar el mayor margen financiero posible para los Gobiernos regionales. Ello supone que si las regiones pretenden priorizar el gasto (por ejemplo, en sanidad) será necesario realizar políticas de ajuste en otros gastos regionales, que resultarían ciertamente restrictivas dadas las previsiones de evolución de ingresos del modelo de financiación.

Bibliografía.

- Banting, K.G. y Corbett, S. (2002): *Health Policy and Federalism. A Comparative perspective on multi-level governance*. McGill-Queen's University Press, Kingston.
- Cantarero, D. (2002a): "Sanidad, financiación autonómica y transferencias". *Investigaciones Regionales*, nº 1, 59-81, Madrid.
- ___ (2002b): "Descentralización del gasto sanitario e implicaciones de su integración en el nuevo modelo de financiación autonómica". En Salinas, J. (dir.): *El nuevo modelo de financiación autonómica (2002)*, pp. 111-160, Estudios de Hacienda Pública, Instituto de Estudios Fiscales, Madrid.
- ___ (2003): *Análisis del gasto sanitario autonómico y su nueva financiación en España*. Investigaciones, nº 8/03, Instituto de Estudios Fiscales, Madrid.
- Cantarero, D. y Urbanos, R. (2003): "Políticas sectoriales de gasto público: Sanidad". En Salinas, J. y Álvarez, S. (eds.): *El gasto público en la democracia. Estudios en el XXV aniversario de la Constitución Española de 1978*. Instituto de Estudios Fiscales, Madrid.
- Freire, J.M., Infante, A. y Rey, J. (2003): "Políticas de Salud en el Estado de las autonomías". En Garde, J.A.: *Informe 2003. Políticas sociales y Estado de Bienestar en España*, Fundación Hogar del Empleado, Madrid.
- Getzen, T.E. (1992): "Population Aging and the growth of Health Expenditures": *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 47(3), S98-S104.
- ___ (2000): "Forecasting Health Expenditures: Short, Medium and Long (long) term". Forthcoming in *Journal of Health Care Finance*, 27.
- Gordo, J.L. (2002): "El sistema retributivo del SNS y su perspectiva de futuro". *Revista de Administración Sanitaria*, VI (23), pp. 39-66, Madrid.
- Herce, J.A., Alonso, J. y Ahn, N. (2003): "Gasto sanitario y envejecimiento de la población en España". *Documentos de Trabajo nº 7/2003, Fundación BBVA*, Bilbao.
- López I Casasnovas, G. (2003): Reflexiones acerca de la nueva financiación autonómica de la sanidad. Mimeo.
- López I Casasnovas, G. y Ribera, B. (2002): "La políticas de equidad en salud y las relaciones entre renta y salud". *Hacienda Pública Española*, 161, pp. 99-126.
- Markowitz, H. (1952): "Portfolio selection". *Journal of Finance*, vol. 7, pp. 77-91, Madrid.
- Rey, J. (2003): "Una propuesta alternativa para la coordinación del Sistema Nacional de Salud español". *Documentos de Trabajo 9/2003, Fundación Alternativas*.
- Ruiz-Huerta, J. y Granado, O. (2002): "La reforma de la financiación autonómica en el 2001: Cierre del modelo de reparto competencial y corresponsabilidad fiscal". *Papeles de Trabajo, Instituto Universitario Ortega y Gasset*, Madrid.
- ___ (2003): "La sanidad en el nuevo modelo de financiación autonómica". *Documentos de Trabajo 31/2003, Fundación Alternativas*, Madrid.
- Tamayo, P.A. (2003a): "Descentralización sanitaria y asignación de recursos en España: un análisis desde la perspectiva de la equidad". *Información Comercial Española*, nº 804, Monográfico de Economía de la Salud, Mº de Economía, Madrid.
- ___ (2003b): "La compensación por desplazados en la financiación de la sanidad descentralizada: valoración del nuevo Fondo de Cohesión Sanitaria". *Cuadernos de Información Económica*, nº 173, Marzo/Abril 2003, Madrid.
- Urbanos, R. (2001): "La financiación sanitaria en los países de nuestro entorno". *Revista de Administración Sanitaria*, V(18), pp. 95-106, Madrid.
- Urbanos, R. y Utrilla, A. (2000): "Incidencia del traspaso de competencias sanitarias en los recursos autonómicos: una simulación de escenarios alternativos de financiación". *Papeles de Economía Española*, nº 83, 184-206, Madrid.
- ___ (2001): "El nuevo sistema de financiación sanitaria y sus implicaciones económicas en las CCAA". *Revista de Administración Sanitaria*, volumen V, nº 20, 25-48, Madrid.
- ___ (2002): "La financiación de los servicios sanitarios: Distribución de fondos por CCAA y efectos sobre la suficiencia dinámica". En Salinas, J. (dir.): *El nuevo modelo de financiación autonómica (2002)*, pp. 161-202, Estudios de Hacienda Pública, Instituto de Estudios Fiscales, Madrid.
- Utrilla, A. (2002): "Los efectos del nuevo sistema de financiación autonómico sobre la suficiencia y la equidad". En Salinas, J. (dir.): *El nuevo modelo de financiación autonómica (2002)*, pp. 61-110, Estudios de Hacienda Pública, Instituto de Estudios Fiscales, Madrid.
- ___ (2003): "La suficiencia financiera en el nuevo sistema autonómico de financiación: un ejercicio de simulación dinámica". *VI Encuentro de Economía Aplicada*, 5-7 de Junio de 2003, Granada.
- Zornoza, J. (2003): "La financiación del Sistema Nacional de Salud". *II Jornadas sobre la Organización de los servicios públicos sanitarios*, 20 y 21 de Noviembre, Universidad Carlos III, Getafe.

FUNDACIÓN DE LAS CAJAS DE AHORROS

DOCUMENTOS DE TRABAJO

Últimos números publicados

- 159/2000 Participación privada en la construcción y explotación de carreteras de peaje
Ginés de Rus, Manuel Romero y Lourdes Trujillo
- 160/2000 Errores y posibles soluciones en la aplicación del *Value at Risk*
Mariano González Sánchez
- 161/2000 Tax neutrality on saving assets. The spanish case before and after the tax reform
Cristina Ruza y de Paz-Curbera
- 162/2000 Private rates of return to human capital in Spain: new evidence
F. Barceinas, J. Oliver-Alonso, J.L. Raymond y J.L. Roig-Sabaté
- 163/2000 El control interno del riesgo. Una propuesta de sistema de límites
riesgo neutral
Mariano González Sánchez
- 164/2001 La evolución de las políticas de gasto de las Administraciones Públicas en los años 90
Alfonso Utrilla de la Hoz y Carmen Pérez Esparrells
- 165/2001 Bank cost efficiency and output specification
Emili Tortosa-Ausina
- 166/2001 Recent trends in Spanish income distribution: A robust picture of falling income inequality
Josep Oliver-Alonso, Xavier Ramos y José Luis Raymond-Bara
- 167/2001 Efectos redistributivos y sobre el bienestar social del tratamiento de las cargas familiares en
el nuevo IRPF
Nuria Badenes Plá, Julio López Laborda, Jorge Onrubia Fernández
- 168/2001 The Effects of Bank Debt on Financial Structure of Small and Medium Firms in some Euro-
pean Countries
Mónica Melle-Hernández
- 169/2001 La política de cohesión de la UE ampliada: la perspectiva de España
Ismael Sanz Labrador
- 170/2002 Riesgo de liquidez de Mercado
Mariano González Sánchez
- 171/2002 Los costes de administración para el afiliado en los sistemas de pensiones basados en cuentas
de capitalización individual: medida y comparación internacional.
José Enrique Devesa Carpio, Rosa Rodríguez Barrera, Carlos Vidal Meliá
- 172/2002 La encuesta continua de presupuestos familiares (1985-1996): descripción, representatividad
y propuestas de metodología para la explotación de la información de los ingresos y el gasto.
Llorenç Pou, Joaquín Alegre
- 173/2002 Modelos paramétricos y no paramétricos en problemas de concesión de tarjetas de crédito.
Rosa Puertas, María Bonilla, Ignacio Olmeda

- 174/2002 Mercado único, comercio intra-industrial y costes de ajuste en las manufacturas españolas.
José Vicente Blanes Cristóbal
- 175/2003 La Administración tributaria en España. Un análisis de la gestión a través de los ingresos y de los gastos.
Juan de Dios Jiménez Aguilera, Pedro Enrique Barrilao González
- 176/2003 The Falling Share of Cash Payments in Spain.
Santiago Carbó Valverde, Rafael López del Paso, David B. Humphrey
Publicado en "Moneda y Crédito" nº 217, pags. 167-189.
- 177/2003 Effects of ATMs and Electronic Payments on Banking Costs: The Spanish Case.
Santiago Carbó Valverde, Rafael López del Paso, David B. Humphrey
- 178/2003 Factors explaining the interest margin in the banking sectors of the European Union.
Joaquín Maudos y Juan Fernández Guevara
- 179/2003 Los planes de stock options para directivos y consejeros y su valoración por el mercado de valores en España.
Mónica Melle Hernández
- 180/2003 Ownership and Performance in Europe and US Banking – A comparison of Commercial, Co-operative & Savings Banks.
Yener Altunbas, Santiago Carbó y Phil Molyneux
- 181/2003 The Euro effect on the integration of the European stock markets.
Mónica Melle Hernández
- 182/2004 In search of complementarity in the innovation strategy: international R&D and external knowledge acquisition.
Bruno Cassiman, Reinhilde Veugelers
- 183/2004 Fijación de precios en el sector público: una aplicación para el servicio municipal de suministro de agua.
M^a Ángeles García Valiñas
- 184/2004 Estimación de la economía sumergida en España: un modelo estructural de variables latentes.
Ángel Alañón Pardo, Miguel Gómez de Antonio
- 185/2004 Causas políticas y consecuencias sociales de la corrupción.
Joan Oriol Prats Cabrera
- 186/2004 Loan bankers' decisions and sensitivity to the audit report using the belief revision model.
Andrés Guiral Contreras and José A. Gonzalo Angulo
- 187/2004 El modelo de Black, Derman y Toy en la práctica. Aplicación al mercado español.
Marta Tolentino García-Abadillo y Antonio Díaz Pérez
- 188/2004 Does market competition make banks perform well?.
Mónica Melle
- 189/2004 Efficiency differences among banks: external, technical, internal, and managerial
Santiago Carbó Valverde, David B. Humphrey y Rafael López del Paso

- 190/2004 Una aproximación al análisis de los costes de la esquizofrenia en España: los modelos jerárquicos bayesianos
F. J. Vázquez-Polo, M. A. Negrín, J. M. Cavasés, E. Sánchez y grupo RIRAG
- 191/2004 Environmental proactivity and business performance: an empirical analysis
Javier González-Benito y Óscar González-Benito
- 192/2004 Economic risk to beneficiaries in notional defined contribution accounts (NDCs)
Carlos Vidal-Meliá, Inmaculada Domínguez-Fabian y José Enrique Devesa-Carpio
- 193/2004 Sources of efficiency gains in port reform: non parametric malmquist decomposition tfp index for Mexico
Antonio Estache, Beatriz Tovar de la Fé y Lourdes Trujillo
- 194/2004 Persistencia de resultados en los fondos de inversión españoles
Alfredo Ciriaco Fernández y Rafael Santamaría Aquilué
- 195/2005 El modelo de revisión de creencias como aproximación psicológica a la formación del juicio del auditor sobre la gestión continuada
Andrés Guiral Contreras y Francisco Esteso Sánchez
- 196/2005 La nueva financiación sanitaria en España: descentralización y prospectiva
David Cantarero Prieto