

**DESCENTRALIZACIÓN SANITARIA Y FINANCIACIÓN AUTONÓMICA: INCIDENCIA
EN EL PERÍODO 1997-2000 Y ESCENARIOS ALTERNATIVOS PARA EL PERÍODO
2002-2006 (*)**

Rosa M. Urbanos Garrido

Alfonso Utrilla de la Hoz

Universidad Complutense de Madrid

(*) El presente trabajo se integra en el proyecto “El sistema sanitario público en la Comunidad de Madrid: implicaciones económicas del traspaso de competencias al gobierno regional”, en curso de realización. Agradecemos la ayuda a la investigación concedida por la Comunidad de Madrid para la elaboración de este proyecto (ref. 06/0077/98).

ABSTRACT:

El presente documento de trabajo evalúa, partiendo de la distribución territorial completa de las competencias sanitarias bajo distintas hipótesis, los efectos financieros generados en la evolución de los recursos de las Comunidades Autónomas, mediante la comparación del actual sistema de financiación diferenciada de la sanidad con la situación de integración en el sistema de financiación general autonómica. El análisis contempla dos períodos, que coinciden con los quinquenios -actual y futuro- de financiación regional. Para el segundo período se consideran escenarios alternativos de financiación, que contemplan diversos cambios en la cesta de impuestos cedidos a las Comunidades Autónomas.

Palabras clave: competencias sanitarias, financiación autonómica.

JEL: H51, H72.

1. INTRODUCCIÓN.

El proceso de descentralización autonómica en España lleva asociada la transferencia de aquéllas competencias que, bajo la perspectiva teórica del federalismo fiscal y el marco normativo español, las Comunidades Autónomas (CC.AA.) pueden gestionar más eficaz y eficientemente que el Estado. Hasta el momento, y en el caso particular de la sanidad, sólo 7 CC.AA. han asumido competencias plenas en esta materia: Cataluña (1981), Andalucía (1984), Comunidad Valenciana y País Vasco (1987), Galicia y Navarra (1991) y, finalmente, Canarias (1994). Este conjunto de CC.AA. gestionan la sanidad a través de sus respectivos Servicios Regionales de Salud, mientras el INSALUD, por su parte, mantiene la gestión sanitaria en las 10 regiones restantes. No obstante, el proceso descentralizador descrito se extenderá al resto de las regiones españolas en los próximos años. Por este motivo resulta relevante analizar la incidencia que el traspaso de competencias sanitarias tendrá, previsiblemente, sobre los presupuestos autonómicos.

Las consecuencias financieras del traspaso de competencias sanitarias constituyen un elemento fundamental a valorar dentro del proceso de descentralización, tanto por la magnitud absoluta del gasto sanitario público como por su relevancia en comparación con el resto de partidas de gasto de las CC.AA.

En primer lugar, cabe destacar la evolución sufrida en nuestro país en cuanto al peso que la sanidad pública representa sobre el conjunto de la economía española. Si bien en la década de los 80 la magnitud relativa del gasto era moderada en comparación con el resto de Estados Miembros de la Unión Europea (4,5% sobre el PIB en 1980, sólo superior a las cifras de Grecia y Portugal), a finales de los años 90 España se sitúa entre los países cuyo sector sanitario público representa un mayor peso sobre el PIB (5,8% en 1997), lo que representa un crecimiento de casi un 30% entre el inicio y el final del período citado. En términos absolutos, las cantidades presupuestadas en los últimos años con destino a la sanidad pública alcanzan magnitudes considerables. De hecho, para el año 2000 está previsto que el gasto sanitario alcance los 4 billones y medio de pesetas.

En segundo lugar, el gasto sanitario público tiene una relevancia notable en los presupuestos de las regiones españolas. Según los últimos datos disponibles, correspondientes a 1998, el porcentaje que la función sanitaria representaba sobre su total de gastos en dicho año ascendió al 25,74%, por encima del 19,67% destinado al gasto en educación. Por lo tanto, en términos cuantitativos supuso la partida de gasto regional más importante. En términos absolutos, las CC.AA. destinaron a sanidad más

de 2 billones y medio de pesetas de los 10,5 billones de su total de gastos.¹ Por su parte, el conjunto de transferencias procedentes del INSALUD que reciben las CC.AA. con competencias sanitarias², supuso en 1998 el 29,07% del total de transferencias recibidas por todas las regiones.³ Además, los gastos en sanidad representaron la partida de gasto más importante para cada una de estas CC.AA. De hecho, el porcentaje de gasto sanitario sobre el total en los territorios con competencias transferidas osciló en 1998 entre el 21,33% de Navarra y el 35,94% de la Comunidad Valenciana.

El presente trabajo plantea un doble objetivo. El primero de ellos consiste en simular, bajo distintas hipótesis, la distribución territorial completa de las competencias sanitarias y sus efectos económicos en los recursos autonómicos. En segundo lugar, el trabajo trata de evaluar los efectos financieros generados en la evolución de los recursos recibidos por las distintas CC.AA., comparando la situación actual de financiación diferenciada de la sanidad con la situación de integración en el sistema de financiación general autonómica. El análisis incluye dos períodos: en primer lugar, el período 1997-2000, que abarca la parte del actual quinquenio de financiación para el que se dispone de información, y para el cual se ofrece un resumen de los resultados obtenidos.⁴ En segundo lugar, el estudio se centra en el período 2002-2006, próximo quinquenio de financiación autonómica, para el que se simula una reforma del sistema mediante diversos cambios en la cesta de impuestos cedidos a las CC.AA. Para el primero de los dos períodos se toma como año base 1996, y se consideran los recursos a financiar en cada Comunidad en dicho año sin contemplar las últimas transferencias en educación no universitaria realizadas en 1999. Para el segundo quinquenio se toma el año 2000 como año base, y se incorporan en la financiación de partida los recursos correspondientes a las transferencias educativas. En ambos períodos se parte del supuesto de transferencias generalizadas de las competencias sanitarias.

El trabajo se estructura del siguiente modo: a continuación, el apartado dos revisa los modelos recientes de financiación sanitaria y describe las hipótesis de territorialización del gasto que se considerarán en la parte aplicada. Seguidamente, el tercer apartado analiza el actual sistema de financiación autonómica. Por su parte, los

¹ *Presupuestos de las Comunidades y Ciudades Autónomas. Ejercicio 1998*. Dirección General de Coordinación con las Haciendas Territoriales. Secretaría de Estado de Hacienda. Ministerio de Economía y Hacienda (1999).

² Aproximadamente 2 billones de pesetas.

³ Las transferencias del INSALUD se repartieron entre las 7 CC.AA. con competencias sanitarias de acuerdo con las siguientes proporciones: Andalucía recibió el 32.63% del total, Canarias el 7.31%, Cataluña el 28.63%, Galicia el 12.51%, Navarra el 0.13%, País Vasco el 0.53% y la Comunidad Valenciana el 18.26% restante.

⁴ Véase Urbanos y Utrilla (2000) para una ampliación de los resultados obtenidos en el primer período.

apartados cuarto y quinto detallan los supuestos empleados para calcular la evolución de los recursos de las CC.AA., y presentan los principales resultados obtenidos, para cada uno de los dos períodos considerados. Finalmente, el apartado sexto se dedica al resumen de conclusiones.

2. LA FINANCIACIÓN DEL GASTO SANITARIO Y SU TERRITORIALIZACIÓN.

La financiación sanitaria pública, en el contexto de descentralización descrito anteriormente, ha sido una cuestión sometida a reformas sucesivas desde comienzos de la década de los 80. Desde 1981 y hasta 1993, el coste histórico de los servicios sanitarios constituyó el punto de partida para la financiación de las CC.AA. con competencias en esta materia, si bien se articuló un período transitorio durante el cual los porcentajes de reparto debían adaptarse al criterio de población protegida. El sistema anterior, no obstante, distaba de garantizar los principios de estabilidad, suficiencia y equidad con que se pretendía dotar al mecanismo de financiación sanitaria. El montante de recursos a distribuir se calculaba a partir de los datos de liquidación del INSALUD Gestión Directa, a pesar de que el porcentaje de población protegida en las regiones sin competencias sanitarias tan sólo alcanza el 40%. Por otra parte, dicho sistema registraba una insuficiencia crónica de ajuste entre las cantidades presupuestadas y el gasto real, además de generar diferencias en el reparto de recursos entre regiones difícilmente justificables. Este conjunto de problemas motivó la revisión del sistema de financiación en 1994. En esa fecha, a raíz del acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera (CPFF), se estableció un nuevo mecanismo de financiación sanitaria para el cuatrienio 1994-1997, que definía como criterio de reparto el porcentaje de población protegida,⁵ lo que supuso una aplicación directa de los principios contenidos en la Ley General de Sanidad de 1986 (art. 82). La única desviación de este criterio correspondía al fondo de compensación por pacientes desplazados, que se distribuía en función de unos porcentajes cuyo cálculo no se hizo explícito. Por otro lado, el acuerdo citado incorporaba otras novedades importantes en relación con el sistema anterior. En primer lugar, se adoptó el criterio de suficiencia dinámica, que establecía como referente de crecimiento del gasto sanitario el índice de crecimiento de la economía del país (PIB nominal) y, en segundo lugar, se introdujo mayor rigidez en el gasto de las CC.AA. al eliminar la posibilidad de financiación con cargo a créditos ampliables.

Finalmente, el CPFF acordó, a finales de 1997, el sistema de financiación autonómica de la sanidad que regirá durante el cuatrienio 1998-2001. Si bien el nuevo acuerdo mantiene las líneas básicas del anterior (población protegida

actualizada para 1996 como criterio de reparto, y escenario de evolución del gasto ligado al incremento del PIB), introduce dos novedades fundamentales: el aumento del volumen de recursos a distribuir entre las regiones, y la creación de un fondo finalista de atenciones específicas. Para el ejercicio 1998 se parte de un gasto presupuestado inicial que asciende a 3.719.396,5 millones de pesetas y que, junto con 50.000 millones adicionales por aumento en la garantía de cobertura y por ahorro estimado en las prestaciones de incapacidad, se distribuye en función de la población protegida. Por su parte, el fondo finalista se destina, en primer lugar, a compensar las pérdidas de población de las CC.AA. entre 1991 y 1996 y, en segundo lugar, a compensar desequilibrios territoriales originados por los costes de docencia y de atención a desplazados (nuevamente a partir de criterios no justificados).

A pesar de las reformas descritas, la cuestión de cómo debe financiarse la sanidad continúa generando un intenso debate, dado que siguen sin garantizarse los principios de equidad y suficiencia financiera en el reparto de los fondos sanitarios. Este debate ha dado lugar al planteamiento de dos alternativas básicas de reforma de la financiación autonómica de la sanidad. En primer lugar, la llamada “línea de gasto” consistiría en estimar el gasto necesario para costear la prestación de los servicios transferidos y repartir los ingresos precisos para su financiación. En segundo lugar, la línea de ingreso o “espacio fiscal” se propone como la garantía de una financiación estatal básica derivada fundamentalmente de la participación de las regiones en ciertos impuestos, y complementada con el esfuerzo fiscal propio de las CC.AA.

La primera de las alternativas señaladas exigiría sofisticar el criterio capitativo simple con el fin de compensar desequilibrios territoriales.⁶ El criterio de asignación de los recursos sanitarios a partir de la población ajustada por necesidad resultaría coherente con el principio de equidad vertical, por el cual las regiones con mayores necesidades sanitarias deberían recibir un volumen de recursos superior al correspondiente a regiones con menor nivel de necesidades. Por este motivo se ha utilizado como una de las hipótesis de territorialización de los gastos sanitarios. Los porcentajes de población ajustada por necesidad fueron calculados para el caso español por Rico y Rubio (1996), a partir de la fórmula de asignación británica conocida como RAWP (Resource Allocation Working Party). Esta fórmula ha sido utilizada en el Reino Unido durante los últimos 25 años con el objetivo de repartir equitativamente los fondos sanitarios, partiendo de las necesidades objetivas de cada

⁵ Población de derecho de cada región para el año 1991 menos aquellos colectivos protegidos por las Entidades de Seguro Libre (MUFACE, ISFAS y MUGEJU).

⁶ Así como establecer un fondo redistributivo adicional al general.

región.⁷ La RAWP pondera el criterio capitativo simple con indicadores de la estructura demográfica (que ajustan por las diferencias en la utilización de los servicios sanitarios de los distintos grupos de sexo y edad), con indicadores socioeconómicos y sanitarios (que ajustan por las diferencias en la morbilidad y mortalidad de los distintos grupos sociales) y, finalmente, con indicadores representativos de las diferencias en los costes de prestación de los servicios (que incluyen los costes por atención a desplazados y la docencia). La adaptación de la fórmula al caso español que ha sido utilizada en este trabajo ha considerado únicamente los dos primeros tipos de indicadores, puesto que los recursos sanitarios distribuidos a las regiones excluyen los fondos finalistas dotados para compensar los costes por docencia, desplazados, o por cambios en la población.⁸ Partiendo de este criterio de población ajustada como norma de reparto de la financiación, es posible comprobar cómo la asignación por coste efectivo o por población protegida resulta inequitativa.

En primer lugar, el reparto efectivo de los recursos sanitarios en el año base del actual período de financiación no se corresponde, salvo en el caso de Asturias, con la norma fijada por el criterio de población ajustada. Como indica el cuadro 1, Cantabria, Madrid y Cataluña son, por este orden, las CC.AA. más beneficiadas del reparto por coste efectivo, seguidas por Aragón y Murcia. El resto de las regiones consideradas reciben una cantidad de recursos inferior a lo que correspondería a su situación de necesidad. En este último grupo cabe destacar la situación de Baleares y Castilla-León, que son las CC.AA. más perjudicadas por la asignación real de los fondos sanitarios.

⁷ La RAWP se somete a un proceso de revisión continuo, que ha conseguido refinar la fórmula inicial. Las estimaciones de Rico y Rubio constituyen una adaptación de la fórmula revisada en el período 93-95. No obstante, se ha producido recientemente una revisión de dicha fórmula.

⁸ Las variables utilizadas por Rico y Rubio corresponden al sexo y edad de la población, la razón de mortalidad estandarizada, la razón de enfermos crónicos estandarizada, la tasa de desempleo, la proporción de mayores de 65 años que viven solos y la proporción de menores de 17 años en hogares monoparentales.

Cuadro 1. Índices de reparto del gasto sanitario en comparación con la norma de necesidad (1996).

	P. ajustada	C. efectivo	P. protegida
INSALUD G.D.			
Aragón	100	109	100
Asturias	100	100	93
Baleares	100	86	99
Cantabria	100	116	109
C.La Mancha	100	91	94
C.León	100	89	92
Extremadura	100	96	93
La Rioja	100	90	98
Madrid	100	115	110
Murcia	100	108	109
Gestión Transferida			
Andalucía	100	93	94
Canarias	100	97	103
Cataluña	100	110	109
Galicia	100	95	92
C.Valenciana	100	98	102
Total	100	100	100
Desviación típica		9,73	6,88

Fuente: Elaboración propia a partir de Rico y Rubio (1996).

En segundo lugar, cuando se considera el criterio de población protegida, definido como fórmula de reparto de los fondos generales en los dos últimos acuerdos de financiación sanitaria, se sigue constatando una situación inequitativa generalizada, si bien en este caso las diferencias regionales se reducen. Según indica el cuadro 1, se produce un acercamiento al criterio definido como norma para la mayor parte de las CC.AA. Tan solo Asturias, Extremadura, Galicia y Murcia registran mayores diferencias en comparación con el reparto por coste efectivo. En los tres primeros casos la aplicación de los porcentajes de población protegida supone una disminución de los recursos asignados, mientras en Murcia sucede lo contrario (se registra un leve incremento de los fondos correspondientes a esta región en comparación con el criterio de coste efectivo). Por su parte, Canarias y la Comunidad Valenciana mantienen la distancia con la norma, si bien el criterio de población protegida les asigna un volumen de fondos superior al que indican sus necesidades, al contrario de lo que resultaba de aplicar el coste efectivo. A la luz de estos resultados se observa, en consecuencia, que la elección del criterio de distribución de recursos genera efectos importantes en la situación relativa que ocupa cada una de las regiones españolas.

La segunda alternativa de reforma de la financiación sanitaria autonómica definida anteriormente se muestra, en comparación con la primera, como una opción más atractiva, puesto que permitiría que las CC.AA. dispusieran de una capacidad real para diseñar sus políticas de gasto. A su vez, la introducción de un componente de financiación redistributivo podría articularse a partir de un fondo específico y

condicionado al margen de la financiación ordinaria, tal y como se propone en López (1998).

Al hilo de esta segunda opción, la posibilidad de integrar la financiación sanitaria en la financiación autonómica general se muestra como la alternativa más coherente si se tiene en cuenta que las cotizaciones sociales han dejado de formar parte de la financiación de la sanidad. Por otro lado, también aparece como la alternativa más probable una vez se complete el traspaso de competencias a las CC.AA. que aún no las han asumido (Cabasés, 1998). En el presente artículo se analizan las consecuencias financieras del traspaso competencial comparando la situación actual de no integración con la de integración en el sistema de financiación general. Para ello se partirá de tres hipótesis distintas de territorialización del gasto sanitario que ya han sido citadas: en primer lugar, se contempla la distribución en función del coste efectivo, que recoge para el año base la cantidad real de recursos que recibieron las CC.AA. para cubrir la prestación de los servicios sanitarios; en segundo lugar, se distribuye el gasto en función de los porcentajes de población protegida, tal y como se establece en los dos últimos acuerdos de financiación sanitaria y, por último, se considera la distribución de recursos que se obtendría de aplicar el criterio de población ajustada.

En cuanto a la evolución del gasto aplicable en los modelos sin integración, se han considerado los siguientes criterios. En el primer período analizado, y cuando se toma como referencia la hipótesis de coste efectivo, el gasto sanitario de las regiones con gestión transferida se corresponde, según los años, con los publicados en los Presupuestos de las CC.AA. y en los Presupuestos Generales del Estado. Al no estar disponibles para todo el período los datos de reparto del coste entre las regiones gestionadas por el INSALUD-Gestión Directa, se ha considerado que estos gastos crecen cada año a una tasa común, e igual al índice de crecimiento anual de los recursos destinados a Atención Primaria y Especializada. Finalmente, cuando se consideran las hipótesis de población protegida y población ajustada, el gasto sanitario público evoluciona al mismo ritmo que el PIB, tal y como rige en los acuerdos de financiación del CPFF. Este supuesto se extiende al conjunto del período 2002-2006, para todas las hipótesis de territorialización del gasto.

3. LA APLICACIÓN DEL SISTEMA DE FINANCIACIÓN AUTONÓMICO Y LÍNEAS DE REFORMA.

Como es sabido, en 1996 se aprueba una reforma sustancial del sistema de financiación regional que resulta aplicable a 12 Comunidades Autónomas (todas salvo las forales del País Vasco y Navarra y Andalucía, Extremadura y Castilla-La Mancha que no han aceptado el nuevo modelo). La reforma presenta tres aspectos destacados. En primer lugar, modifica el sistema de participación en los ingresos del Estado al introducir el IRPF como un impuesto parcialmente cedido, reduciendo la participación en los ingresos estatales a una transferencia residual establecida inicialmente como diferencia entre la financiación incondicionada recibida por cada Comunidad Autónoma y los ingresos fiscales con base regional, que se amplían sustancialmente. En segundo lugar, se otorga una amplia capacidad normativa a las Comunidades Autónomas en los tributos total o parcialmente cedidos. Finalmente, se modifican los índices de referencia en la evolución de los ingresos autonómicos, estableciéndose una serie de garantías de suficiencia en los recursos que obtienen las Administraciones regionales.

Su articulación concreta respeta los recursos asignados inicialmente a cada Comunidad y sustituye una parte de los ingresos obtenidos por participación en los ingresos del Estado (PIE) por una participación en dos tramos (15%+15%) en la cuota líquida del IRPF recaudada en cada región en función del nivel de competencias asumido. Uno de los elementos fundamentales del nuevo sistema de financiación es la determinación de los criterios de evolución temporal que van a prevalecer a lo largo de su vigencia. Inicialmente, los recursos tributarios (tributos cedidos e IRPF) evolucionarán en función de la recaudación efectiva obtenida en cada territorio y la recaudación normativa y la participación en los ingresos del Estado se indicarán en función de la evolución de los ingresos del Estado (ITAE) como base de referencia. No obstante, se han establecido una serie de garantías para fijar un mínimo de recursos a las Comunidades Autónomas que, con carácter general, se fijan en función del crecimiento del PIB estatal nominal.

En la liquidación definitiva del ejercicio 1997, único para el que hay datos disponibles del nuevo sistema de financiación, los recursos obtenidos por IRPF y participación en los ingresos generales del Estado (PIG) por las 12 Comunidades Autónomas que suscribieron el modelo aumentó el 7,54% respecto a 1996. Si se hubiese aplicado el sistema anterior, el índice que hubiese prevalecido (PIB) habría hecho aumentar la financiación en un 5,46% sobre el año 1996. Esta mayor financiación conseguida con el nuevo sistema se ha alcanzado fundamentalmente por la entrada en funcionamiento de los Fondos de Garantía actualmente vigentes, que han aportado 31.877 millones de pesetas adicionales.

Las ganancias por Comunidades Autónomas han resultado desiguales, ya que frente a incrementos del 9,49% en Canarias o 9,48% de Galicia, la Comunidad de Madrid ha aumentado sus ingresos sólo un 4,94%, porcentaje inferior al crecimiento del PIB, índice de referencia del modelo anterior, siendo la única Comunidad que "pierde" recursos respecto a lo que hubiese representado la prórroga del sistema anterior.

En ausencia de garantías, los mejores resultados obtenidos por algunas Comunidades se explican básicamente por dos motivos: bien porque el crecimiento del IRPF ha resultado elevado en su región (caso de Canarias o Baleares), afectando tanto a la tarifa autonómica (TIR) como a la participación territorializada en el IRPF (PIR) y/o porque la proporción de PIG resulta muy elevada en su financiación (caso de Galicia o la propia Canarias). Igualmente, las causas de que algunas regiones hayan aumentado poco su financiación se encuentran en el comportamiento de su IRPF (caso de Castilla y León o Asturias) o en la baja proporción de transferencias estatales (PIG) respecto al total de ingresos (caso de Madrid con una participación negativa equivalente al 25,06% de sus ingresos, nuevamente Asturias o Murcia). En algunas Comunidades como en Galicia y, en menor medida, la Comunidad Valenciana, el mal comportamiento del IRPF se compensa con el mayor crecimiento de las subvenciones recibidas por PIG. En otras, como La Rioja y Aragón, se solapan los efectos negativos de su menor crecimiento por IRPF y su baja proporción de PIG en la financiación total obtenida.

El sistema de garantías fijado definitivamente tras el acuerdo de 1998 permite por un lado, mediante la primera garantía, aumentar los recursos propios complementando el aumento conseguido por el IRPF en la región (que afecta a la TIR y PIR de cada Comunidad) hasta alcanzar el aumento del PIB. Por otro lado, a través de la tercera garantía permite asegurar un crecimiento de los recursos obtenidos por los tres conceptos (TIR, PIR y PIG) equivalente al 90% de la media. La segunda garantía, hasta el momento, no se ha tenido que materializar al crecer los ITAE (11,31%) por encima del PIB (5,46%). Los mayores recursos del conjunto de garantías los han obtenido Cataluña, la Comunidad de Madrid, Castilla y León, la Comunidad Valenciana y Galicia. En general, la división entre regiones en función de su grado de competencias es la que explica las mayores divergencias territoriales en las ganancias obtenidas, mientras se reducen las diferencias dentro de cada grupo. Así, las regiones que aumentan más su financiación son las de mayores competencias, con algún efecto redistributivo interno, mejorando la financiación de las regiones más pobres. En el otro grupo de regiones esta situación no se mantiene, ya que Baleares, Aragón o La Rioja obtienen mayores ganancias que otras Comunidades menos desarrolladas, como Asturias o Murcia.

De proseguir esta tendencia en los siguientes años la dependencia financiera de los fondos estatales volverá paulatinamente a incrementarse al aumentar más rápidamente las transferencias procedentes del Estado. Así, el sistema que se plantee para el próximo período quinquenal 2002-2006 debería avanzar en el grado de autonomía fiscal de las Comunidades Autónomas, garantizando un mayor grado de corresponsabilidad fiscal mediante el aumento de la cesta de tributos total o parcialmente cedidos, una vez cerrado el bloque principal de traspasos de competencias (educación y sanidad) a todas las regiones. Este aumento de la corresponsabilidad fiscal debería ser neutral en su implantación y garantizar la suficiencia del sistema de financiación a un coste razonable para el conjunto de la Administración.

Entre las alternativas posibles para aumentar la base tributaria propia en la financiación regional, podría destacarse la cesión de una parte o del conjunto, según los casos, de los impuestos especiales, el IVA o el IRPF. Si se pretende garantizar la neutralidad en el año base de implantación, la asignación de la recaudación impositiva por estos impuestos a cada Comunidad Autónoma debería descontarse de la cantidad recibida por participación en ingresos generales del Estado (PIG) una vez integrada la sanidad, de tal forma que, siendo los recursos obtenidos por cada región los mismos, variaría su composición al asignar una parte o la totalidad a los impuestos cedidos.

A la luz de lo expuesto, se realizan a continuación una serie de simulaciones respecto a los efectos económicos de la integración de la financiación de la sanidad en el sistema general de financiación vigente, bajo distintas hipótesis y para los dos períodos citados. El análisis se realiza para todas las CC.AA., exceptuando País Vasco y Navarra, bajo el supuesto de que todas ellas se financian a partir del nuevo modelo aprobado en 1996 -incluyendo, por lo tanto, Andalucía, Extremadura y Castilla-La Mancha-.

4. MÉTODO Y RESULTADOS PARA EL PERÍODO 1997-2000.

El cuadro 2 muestra la composición de los recursos autonómicos para el año base del primer período (1996). En él se distinguen, en primer lugar, las cantidades correspondientes al gasto sanitario según los criterios de coste efectivo, población protegida y población ajustada. En segundo lugar, el cuadro muestra los recursos correspondientes a la financiación general de las distintas regiones, y su composición en términos de TIR, PIR y PIG. Los dos primeros componentes evolucionan en función del crecimiento de la cuota líquida del IRPF, tomando como referencia el

comportamiento diferencial que cada región ha experimentado en 1997 respecto de la evolución de la cuota nacional en ese año, y extendiéndolo al período 1998-2000.⁹ Por su parte, la PIG evoluciona al ritmo de crecimiento de los ITAE. Los índices de evolución relevantes para el período 1997-2000 se resumen en el cuadro 3.

Por su parte, los cuadros 4-6 resumen las diferencias en la financiación total obtenida por las CC.AA. (para las tres hipótesis de reparto del gasto sanitario), entre el escenario de integración de la sanidad en la financiación general y el modelo vigente, para el período 1997-2000. Los resultados muestran que, en conjunto, las regiones analizadas obtienen una ganancia potencial de financiación, cualquiera que sea la hipótesis de territorialización de los recursos sanitarios que se utilice, si se integra la financiación de la sanidad en el sistema general actualmente vigente. Esto se debe fundamentalmente al fuerte crecimiento de los ITAE en el período considerado, que determina el crecimiento de la PIG, muy superior al aumento del PIB que servía de referencia al crecimiento de la financiación sanitaria en las hipótesis de población protegida y ajustada, y al crecimiento del coste efectivo realmente producido.

Por otro lado, se observa que las ganancias entre el sistema de integración y el esquema actual de financiación diferenciada del gasto sanitario son superiores entre 1997 y 1999 bajo el criterio de coste efectivo. Este hecho se debe a que, hasta 1999, la tasa de crecimiento de los recursos sanitarios según esta primera hipótesis de reparto es inferior al PIB, variable que determina la evolución del gasto en sanidad bajo los criterios de población protegida y ajustada. Lo contrario ocurre, sin embargo, para el año 2000.

Bajo el sistema de coste efectivo (véase cuadro 4), las ganancias globales de la integración en el modelo general oscilan entre un 3,05% de financiación suplementaria en 1999 y un 4,35% en 1997. Todas las Comunidades Autónomas, excepto Canarias en los años 1999 y 2000, experimentarían ganancias con este nuevo sistema, aunque los resultados difieren en las distintas regiones. En prácticamente todos los casos las mayores ganancias potenciales corresponden a las CC.AA. que aún no gestionan las competencias sanitarias.

Si se toma como referencia el sistema de población protegida (véase cuadro 5), las ganancias globales de la integración en el modelo general oscilan entre un 1,89% de financiación suplementaria en 1998 y un 3,79% en el año 2000. En este caso, una

⁹ Para los años 1999 y 2000, se ha considerado el aumento en el porcentaje cedido de IRPF del 15% al 16,5% como consecuencia del cambio de tarifas del nuevo IRPF. Entre los años 2002 y 2006 se considera que el incremento de las cuotas líquidas de cada Comunidad en ningún caso supera el crecimiento del PIB nominal.

parte de las ganancias se debe al mayor volumen de garantías correspondientes al modelo con integración (salvo en 1997), si bien la mayor proporción de recursos adicionales se deriva del buen comportamiento de los ITAE previstos para el período. Todas las Comunidades Autónomas experimentarían ganancias integrando la financiación de la sanidad en el modelo general de financiación autonómica, y el grado de dispersión se reduce considerablemente con respecto a la hipótesis anterior.

Finalmente, si se toma como referente el sistema de reparto en función de la población ajustada bajo criterios objetivos de necesidad (véase cuadro 6), los resultados apenas varían en comparación con los presentados en el cuadro anterior. También en este caso todas las Comunidades consideradas ven incrementar sus recursos si se integra el sistema de financiación de la sanidad. Las ganancias globales de la integración en el modelo general oscilan entre un 1,89% de financiación suplementaria en 1998 y un 3,83% en el año 2000. Por su parte, las ganancias regionales resultan diferentes en relación con la hipótesis de población protegida ya que, aunque las diferencias máximas y mínimas apenas cambian, se produce una reordenación regional, aumentando comparativamente los beneficios relativos obtenidos por Asturias, las dos Castillas, Extremadura, Andalucía o Galicia, y disminuyendo los de Cantabria, Comunidad de Madrid, Canarias y Cataluña.

Cuadro 2. Financiación autonómica año 1996.

	Gasto sanitario: hipótesis de territorialización						Financiac. general	TIR	PIR	PIG
	Coste efec.	%	P. protegida	%	P. ajustada	%				
INSALUD G.D.										
Aragón	111789	3,50%	102016	3,19%	102097	3,20%	42135	27488	9163	5484
Asturias	105466	3,30%	97841	3,06%	105489	3,30%	30927	22438	7479	1010
Baleares	55461	1,74%	63857	2,00%	64725	2,03%	20739	17111	0	3628
Cantabria	50460	1,58%	47287	1,48%	43580	1,36%	26665	10178	10178	6308
C.La Mancha	142401	4,46%	146046	4,57%	155991	4,88%	72697	22146	22146	28405
C.León	213729	6,69%	220607	6,91%	240073	7,52%	120071	44969	44969	30134
Extremadura	95053	2,98%	92720	2,90%	99192	3,11%	56153	11156	11156	33842
La Rioja	21361	0,67%	23305	0,73%	23742	0,74%	10834	5678	3785	1371
Madrid	439914	13,77%	420681	13,17%	383347	12,00%	142941	178759	0	-35818
Murcia	90476	2,83%	91488	2,86%	83986	2,63%	26756	14788	9858	2109
G.Transferida										
Andalucía	609991	19,10%	620203	19,42%	658708	20,62%	624993	89001	89001	446992
Canarias	130518	4,09%	139591	4,37%	134881	4,22%	153730	26410	26410	100910
Cataluña	543114	17,00%	540538	16,92%	494063	15,47%	449838	171375	171375	107088
Galicia	245718	7,69%	237242	7,43%	259279	8,12%	267950	41861	41861	184228
C.Valenciana	338919	10,61%	350947	10,99%	345218	10,81%	261758	71339	71339	119080
Total (a)	3194370	100,00%	3194370	100,00%	3194370	100,00%	2308187	754697	518720	1034771

* Las cantidades están expresadas en millones de pesetas

(a) Se excluyen País Vasco y Navarra.

Fuente: Elaboración propia a partir de D.G. de Coordinación con las Haciendas Territoriales (1998), INSALUD (1998), y Rico y Rubio (1996).

Cuadro 3. Índices de evolución relevantes: período 1996-2000.

	AÑO BASE				
	1996	1997	1998	1999	2000
PIB	1,0000	1,0546	1,1133	1,1801	1,2476
IRPF (CUOTA LÍQUIDA)	1,0000	1,0286	1,0979	1,2182	1,2234
ITAE	1,0000	1,1131	1,1529	1,2291	1,3412
SANIDAD C. EFECTIVO	1,0000	1,0298	1,0755	1,1642	1,2606

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 4. Diferencias en financiación total con y sin integración % (Período 1, Coste efectivo).

	1997	1998	1999	2000
INSALUD G.D.				
Aragón	6,21%	6,00%	6,36%	5,79%
Asturias	6,68%	6,47%	6,54%	6,00%
Baleares	5,62%	5,74%	6,59%	5,51%
Cantabria	6,17%	5,77%	6,10%	6,83%
Castilla-La Mancha	6,23%	5,83%	6,19%	7,01%
C.León	6,03%	5,64%	5,78%	6,36%
Extremadura	5,87%	5,51%	5,85%	6,59%
La Rioja	5,94%	5,64%	5,98%	5,66%
Madrid	5,29%	5,45%	6,34%	4,57%
Murcia	7,10%	6,71%	7,15%	7,45%
Gestión Transferida				
Andalucía	3,84%	3,22%	1,49%	1,57%
Canarias	2,62%	1,78%	-0,44%	-0,95%
Cataluña	3,12%	2,86%	1,02%	1,20%
Galicia	4,60%	3,85%	3,83%	5,39%
C.Valenciana	3,23%	2,64%	1,22%	1,80%
Total	4,35%	3,92%	3,05%	3,16%

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 5. Diferencias en financiación total con y sin integración % (Período 1, Población protegida).

	1997	1998	1999	2000
INSALUD G.D.				
Aragón	3,21%	2,06%	2,45%	3,29%
Asturias	3,52%	2,29%	2,38%	3,39%
Baleares	3,06%	2,07%	2,94%	3,71%
Cantabria	3,53%	2,27%	2,63%	4,69%
Castilla-La Mancha	3,68%	2,36%	2,76%	5,01%
C.León	3,57%	2,30%	2,48%	4,45%
Extremadura	3,41%	2,20%	2,56%	4,62%
La Rioja	3,47%	2,23%	2,61%	3,85%
Madrid	2,35%	1,40%	2,35%	2,29%
Murcia	4,06%	2,60%	3,09%	5,07%
Gestión Transferida				
Andalucía	2,71%	1,75%	2,03%	3,65%
Canarias	2,59%	1,67%	1,93%	3,48%
Cataluña	3,01%	1,93%	2,24%	4,10%
Galicia	2,55%	1,65%	1,92%	3,45%
C.Valenciana	3,14%	2,02%	2,35%	4,27%
Total	2,95%	1,89%	2,26%	3,79%

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 6. Diferencias en financiación total con y sin integración % (Período 1, Población ajustada)

	1997	1998	1999	2000
INSALUD G.D.				
Aragón	3,22%	2,06%	2,45%	3,30%
Asturias	3,63%	2,36%	2,48%	3,62%
Baleares	3,08%	2,08%	2,95%	3,75%
Cantabria	3,43%	2,20%	2,55%	4,54%
Castilla-La Mancha	3,76%	2,42%	2,82%	5,11%
C.León	3,68%	2,36%	2,57%	4,62%
Extremadura	3,50%	2,25%	2,63%	4,74%
La Rioja	3,50%	2,24%	2,63%	3,89%
Madrid	2,35%	1,25%	2,22%	2,29%
Murcia	3,96%	2,54%	3,02%	4,91%
Gestión Transferida				
Andalucía	2,79%	1,80%	2,09%	3,76%
Canarias	2,54%	1,64%	1,90%	3,42%
Cataluña	2,89%	1,85%	2,14%	3,93%
Galicia	2,68%	1,73%	2,01%	3,62%
C.Valenciana	3,12%	2,01%	2,33%	4,24%
Total	2,97%	1,89%	2,26%	3,83%

Fuente: Elaboración propia.

5. MÉTODO Y RESULTADOS PARA EL PERÍODO 2002-2006.

El año 2000 sirve como año base para los cálculos referidos al segundo período. Para el quinquenio 2002-2006 se consideran varios escenarios alternativos de financiación autonómica. En el primero de ellos se mantiene el sistema actual, que incorpora la cesión parcial del IRPF a las CC.AA. En el segundo escenario se parte del supuesto de cesión de los impuestos especiales, territorializados en función de la población del año 2000. Los porcentajes de recaudación cedidos difieren según se considere la financiación de la sanidad sin integrar en el sistema general (25%), o incorporándola en la financiación general (100%). Por otra parte, en el tercer escenario se simula la cesión del IVA, territorializado según los datos de consumo individual de la Encuesta Continua de Presupuestos Familiares, y ajustados por la población del 2000. En este caso, se considera un porcentaje de impuestos cedidos del 10% en la alternativa de financiación diferenciada de la sanidad, y del 50% en la alternativa de financiación integrada. Finalmente, el cuarto escenario consiste en incrementar el porcentaje de cesión del IRPF, a partir del reparto del año base. En el sistema sin integración, el porcentaje adicional cedido a las CC.AA. es el 8,5%, salvo en Madrid, donde se asigna el 31,5% de partida correspondiente al resto de regiones. En el sistema con integración se supone un porcentaje adicional del 38,5% para todas las CC.AA. En todos los casos la evolución del IRPF en cada Comunidad se determina en función de la evolución del PIB, ya que se supone el mantenimiento de la primera garantía.

Una vez determinadas las cantidades a recibir por cada Comunidad en el año base de este segundo período, hay que fijar reglas de evolución temporal para los distintos conceptos contemplados, de tal modo que garanticen un cierto automatismo en la financiación regional y un marco estable de financiación. El escenario más simple, en el caso de los impuestos cedidos, consiste en hacer evolucionar los recursos obtenidos por estos conceptos en función de su comportamiento recaudatorio global a nivel nacional.

De cara a realizar una simulación de resultados para el próximo quinquenio de financiación autonómica se considera un escenario macroeconómico basado en un crecimiento económico estable, con una desaceleración del ritmo de crecimiento paulatino que se acentúa en el año 2005, para iniciar una recuperación de los niveles de crecimiento en el año 2006. Consecuentemente con los objetivos de reducción del déficit público, se plantea un ligero incremento de la proporción de los ITAE sobre el PIB hasta el 2003 (33,45%), iniciándose una reducción de la proporción a partir del 2004 y estabilizándose en el año 2006 (33,25%). Con este marco de referencia general se considera que los ITAE crecen a una tasa superior al PIB durante todo el período.

Este comportamiento de los ITAE es consecuencia de la evolución diferenciada de los distintos impuestos que lo forman. Los impuestos especiales, salvo los que recaen sobre la cerveza y productos intermedios, que permanecen estables, se mantienen por encima del crecimiento del PIB, con la excepción del impuesto de hidrocarburos que mantiene un crecimiento tendencial inferior. Por su parte, el IVA registra un crecimiento superior al PIB durante todo el período, mientras el IRPF evoluciona a una tasa algo inferior a la correspondiente al PIB. El cuadro 7 muestra los índices de evolución relevantes para todos los conceptos correspondientes al período 2002-2006.

Los resultados muestran nuevamente cómo la integración de la financiación sanitaria en el sistema de financiación general ofrece ganancias globales para el conjunto del período, aunque más moderadas que en el actual (cuadros 8-11). El mayor volumen de ganancias acumuladas se produce en el escenario de cesión del IVA (2,61%, equivalente a 1,3 billones de pesetas en todo el período), seguido por el escenario actual (1,02%, equivalente a 497.928 millones de pesetas), el de cesión de impuestos especiales (0,69%, equivalente a 337.570 millones de pesetas) y, por último, el de aumento en el porcentaje de IRPF cedido (0,56%, equivalente a 270.305 millones de pesetas). Esta ordenación se explica básicamente por la evolución de las fuentes de financiación consideradas en cada caso. Así, tal y como indica el cuadro 4, los índices acumulados de crecimiento estimados para el IVA son superiores a los correspondientes a los ITAE (que determinan la financiación vía PIG), y estos a su vez resultan mayores a los asociados a los impuestos especiales, mientras la recaudación por IRPF a lo largo del período registra las menores tasas de crecimiento, aun incluyendo la primera garantía (PIB).

Los cuadros 12-23 muestran los efectos de la integración del sistema de financiación de la sanidad en el modelo general (a partir de los distintos escenarios simulados y considerando las tres hipótesis de territorialización del gasto sanitario), sobre cuatro aspectos de la financiación autonómica. Para cada uno de los cuadros se indica, en primer lugar, el efecto total en el conjunto del período sobre la suficiencia financiera de las regiones, expresado como incremento de la financiación con respecto a la situación inicial de no integración. En segundo lugar se muestran los efectos sobre la corresponsabilidad fiscal, a partir del cambio en la proporción de ingresos fiscales sobre el volumen de recursos totales. La tercera columna presentada en los cuadros señala, en números índice, las ganancias per cápita que corresponden a las distintas regiones para el conjunto del período, generadas por la integración de la sanidad en la financiación general.¹⁰ La comparación de estas cifras con las que aparecen en la cuarta columna (que representan la financiación per cápita para el

¹⁰ En todos los casos se considera la población del año 2000.

conjunto del período en el sistema de financiación sanitaria diferenciada), permite observar si las regiones inicialmente más beneficiadas/perjudicadas con respecto de la media nacional ven compensados a la baja/al alza sus recursos mediante la integración de la sanidad. De este modo resulta posible aproximarse a los efectos generados sobre la equidad horizontal en la financiación regional para cada uno de los escenarios simulados. Por último, la columna final de los cuadros 12-23 muestra, de nuevo en índices sobre la media nacional, la renta por habitante en cada una de las regiones.¹¹ Estas cifras, comparadas con las que aparecen en la tercer columna, indican hasta qué punto la integración de la sanidad en la financiación general contribuye a reducir o a aumentar los desequilibrios regionales, permitiendo de esta forma extraer conclusiones sobre su contribución a la equidad vertical.

Los efectos globales de la integración de la sanidad, en términos de suficiencia financiera, han sido resumidos anteriormente. En cuanto al reparto de ganancias entre regiones, cabe destacar algunas peculiaridades.¹² A pesar de que en el escenario actual se producen ganancias globales en el conjunto de la financiación (cuadros 12-14), algunas regiones participan del reparto de las mismas en una proporción especialmente reducida: es el caso de Extremadura, que en las tres hipótesis de territorialización del gasto aparece por debajo del 95% de la media, de Galicia, Cantabria, Castilla-León y Castilla-La Mancha (que se sitúan por debajo de dicho nivel en dos de las tres hipótesis de reparto del gasto sanitario) y, en menor medida, de Madrid, La Rioja y Canarias. Por el contrario, Cataluña, Asturias, Comunidad Valenciana y Baleares son las regiones que obtienen mayores ganancias (en general, bajo todas las hipótesis de asignación del gasto en sanidad). Bajo el escenario de cesión del IVA (cuadros 18-20), el reparto de ganancias entre regiones resulta similar al descrito. La diferencia más destacable con respecto al escenario actual está representada por el caso de Madrid, que en esta ocasión es la región con mayores ganancias netas de la integración sanitaria en la financiación general.

En cuanto a los escenarios que ofrecen menores ganancias de financiación total al integrar la sanidad (cesión de los impuestos especiales –cuadros 15 a 17- e incremento del porcentaje cedido por IRPF –cuadros 21 a 23-), merece destacarse nuevamente la situación de Madrid, que aparece sistemáticamente como una de las regiones con peor posición relativa (de hecho, esta Comunidad Autónoma registra una pérdida de recursos en el escenario de cesión del IRPF bajo las hipótesis de población ajustada y población protegida). Por el contrario, la Comunidad Valenciana aparece

¹¹ La renta per cápita se calcula a partir de la renta correspondiente a 1998, última disponible, y de la población del año 2000.

¹² En los cuadros aparecen señaladas en negrita las regiones con cifras inferiores al 95% de la media, y señaladas en cursiva las que registran cifras superiores al 105% de la media.

como una de las regiones más beneficiadas en términos de suficiencia financiera, junto con Asturias y Baleares en el escenario de cesión de impuestos especiales, y junto a Andalucía, Castilla-La Mancha y Extremadura cuando se incrementa el porcentaje de IRPF. En este último caso, son Madrid y Cataluña las CC.AA. con peor situación relativa.

En el ámbito de la corresponsabilidad fiscal, el escenario de cesión del IVA es el que garantizaría un mayor volumen de recursos fiscales en relación con el total, como consecuencia de la evolución estimada de su recaudación, seguido por los correspondientes a la cesión de los impuestos especiales y al aumento en el porcentaje del IRPF. Entre las regiones que presentan menor aumento en el grado de corresponsabilidad fiscal al integrar la sanidad en la financiación general destacan Extremadura (para todos los escenarios contemplados) y Castilla-La Mancha (en los escenarios de cesión del IVA y de aumento en el porcentaje cedido por IRPF). Lo contrario sucede en Madrid, que registra un aumento en el grado de corresponsabilidad muy superior a la media en todos los casos. Incluso en el escenario actual, bajo el cual el resto de regiones ve reducida su proporción de ingresos tributarios al integrar la sanidad, Madrid experimenta ganancias netas. Este hecho se explica por el aumento en la financiación vía IRPF que se produce al pasar del sistema sin integración al modelo que incorpora el gasto sanitario en la financiación general.

Cuando se analizan las ganancias de la integración de la sanidad en términos per cápita, la situación relativa de cada región varía dependiendo del escenario considerado, como consecuencia de los distintos criterios de territorialización de los impuestos cedidos contemplados en cada caso. Así, en el caso de Madrid, el escenario más beneficioso corresponde al de cesión del IVA, puesto que, al margen del ritmo de crecimiento que experimenta la recaudación por este concepto, la cuota de consumo que corresponde a Madrid es mayor que la de población, utilizada para territorializar los impuestos especiales.

En relación con los efectos sobre la equidad horizontal, se comprueba en general que la integración de la sanidad en el modelo de financiación autonómica general reduce la dispersión entre regiones, a excepción de cuando se contempla el escenario de aumento en el porcentaje cedido de IRPF.

Bajo la hipótesis de coste efectivo, se observa cómo algunas regiones que partían de una situación de financiación per cápita más alejada de la media en el sistema sin integración, aparecen relativamente beneficiadas por la integración de la sanidad: es el caso de Asturias, Cantabria y Aragón en la mayor parte de los escenarios de financiación contemplados. Por su parte, Murcia, Baleares y Madrid

aparecen como regiones poco beneficiadas por la integración, a pesar de partir de niveles de financiación per cápita relativamente bajos en el sistema sin integración. Esto sucede tanto en el sistema actual como en el escenario de cesión de los impuestos especiales. Murcia reproduce esta situación en el escenario de cesión del IVA, y Madrid y Baleares en el escenario de cesión adicional del IRPF. No obstante, también se producen compensaciones a la financiación inicial para algunas regiones. Así, Madrid en el escenario de cesión del IVA y Murcia y Valencia en el correspondiente al IRPF, obtienen ganancias de la integración que compensan el bajo nivel de financiación per cápita inicial. Por su parte, Galicia, Extremadura y Castilla-La Mancha, que partían en la situación sin integración de niveles de financiación relativamente elevados, obtienen en el escenario de cesión del IVA con integración ganancias inferiores al 95% de la media.

En segundo lugar, bajo la hipótesis de población protegida se comprueba que ciertas regiones (Cantabria y Rioja en todos los escenarios salvo en el de cesión del IVA, y Andalucía, Castilla-La Mancha y Extremadura en el escenario de mayor cesión del IRPF) obtienen ganancias relativamente elevadas del sistema de integración de la sanidad, a pesar de contar con niveles de financiación superiores a la media en el sistema sin integración. Otras regiones con una situación de partida menos favorable reciben, por el contrario, menores ganancias de la integración de la sanidad: es el caso de Madrid (en todos los escenarios salvo en el de cesión del IVA), y de Baleares y Cataluña (en el correspondiente a un incremento en el porcentaje de IRPF). La mayor contribución al criterio de equidad horizontal derivada de la inclusión de la financiación sanitaria en el modelo general se pone de manifiesto en los casos de Cataluña, Baleares, Madrid y Comunidad Valenciana, que bajo ciertos escenarios consiguen compensar la situación de desventaja relativa que muestran en el sistema sin integración.

Bajo la hipótesis de población ajustada, las ganancias obtenidas de la integración de la sanidad se reparten, en términos generales, entre las regiones que disfrutaban de mayor nivel de financiación per cápita en la situación inicial de no integración (Galicia, Asturias, La Rioja, Castilla-León, Andalucía, Castilla-La Mancha y Extremadura). La excepción corresponde al escenario de cesión del IVA, en el que una parte de las regiones que partían de niveles de financiación relativamente elevados reciben ganancias inferiores a la media en el sistema con integración. Asimismo, también se observa que ciertas regiones situadas por debajo de la media en la situación sin integración obtienen ganancias relativamente bajas de la reforma del sistema de financiación de la sanidad: es el caso de Murcia y Madrid en la mayor parte de escenarios considerados, y de Baleares y Cataluña en el escenario de cesión de un porcentaje superior de IRPF. No obstante, algunas CC.AA. ven compensada su

situación de desventaja relativa inicial al integrar la sanidad, como Cataluña, Baleares y Madrid en el escenario de cesión del IVA, y la Comunidad Valenciana en el escenario de incremento en el IRPF cedido.

Finalmente, la comparación de las ganancias per cápita obtenidas por las regiones en el sistema de integración con la correspondiente a su renta por habitante, permite extraer algunas conclusiones acerca de cómo afectaría la integración de la sanidad a la equidad vertical del sistema de financiación.

Bajo el escenario actual, y considerando la hipótesis de coste efectivo, las mayores ganancias per cápita de la integración de la sanidad no siempre corresponden a las regiones de menor nivel de renta. El cuadro 12 indica que algunas CC.AA. relativamente ricas, como Cataluña o Aragón, se ven especialmente favorecidas cuando se integra la sanidad en la financiación general. Por el contrario, Murcia y Castilla-La Mancha se encuentran entre las CC.AA. que obtienen menores ganancias por habitante de la integración, a pesar de que registran niveles relativamente bajos de renta per cápita. Sin embargo, también se observa que la integración de la sanidad contribuye a reducir las desigualdades territoriales en algunas CC.AA., como Madrid, Baleares o La Rioja, regiones de renta per cápita relativamente elevada que se encuentran en el grupo de las que obtienen menores ganancias del sistema de integración. Cuando se territorializa el gasto sanitario siguiendo el criterio de población protegida (cuadro 13), nuevamente algunas regiones relativamente ricas se ven especialmente favorecidas por la integración de la sanidad (como Cataluña o La Rioja). La única compensación significativa en relación con el nivel de renta por habitante corresponde a Madrid, región con menores ganancias relativas del sistema con integración. Finalmente, cuando se parte de la asignación del gasto sanitario por población ajustada (cuadro 14), los desequilibrios iniciales en la renta per cápita parecen corregirse en mayor medida cuando se integra la sanidad en la financiación general, salvo en algunos casos concretos, como los de La Rioja y Murcia.

En el escenario de cesión de los impuestos especiales también se registran algunos casos en los que la integración de la sanidad beneficia a las regiones con mayor nivel de renta per cápita: es el caso de Aragón y Cataluña bajo la hipótesis de coste efectivo (cuadro 15). Por el contrario, la región de Murcia, pese a su baja riqueza relativa, obtiene pocas ganancias del sistema con integración. Las diferencias regionales de renta se compensan en mayor medida bajo la hipótesis de población protegida (cuadro 16) y, especialmente, de población ajustada (cuadro 18), salvo para algunas CC.AA., como La Rioja y Murcia.

En el tercero de los escenarios propuestos, que corresponde a la cesión del IVA (cuadros 18-20), la contribución de la integración sanitaria a la reducción de los desequilibrios regionales presenta un panorama similar independientemente de la hipótesis de territorialización del gasto considerada. En los tres casos se observa cómo el sistema de integración reproduce los desequilibrios territoriales en buena parte de las CC.AA., puesto que las mayores ganancias corresponden a Cataluña, Aragón, Baleares y Madrid, mientras Galicia, Murcia, Andalucía, Castilla-La Mancha y Extremadura obtienen menores ventajas del sistema de integración.

Finalmente, en el escenario de cesión adicional de IRPF (cuadros 21-23) se comprueban claramente los efectos del sistema de integración de la sanidad sobre la reducción de los desequilibrios regionales puesto que, salvo con la excepción de Aragón al considerar el criterio de coste efectivo, son las CC.AA. con menor nivel de renta per cápita las que obtienen mayores ganancias relativas de la integración, y viceversa.

Cuadro 7. Escenarios financieros simulados período 2002-2006: índices relevantes.

	AÑO BASE		2002	2003	2004	2005	2006
	M.M. PTS	ÍNDICES					
	2000	2000					
IRPF	5007	1,0000	1,0973	1,1411	1,1811	1,2165	1,2652
SOCIEDADES	2563	1,0000	1,2320	1,3059	1,3582	1,3989	1,4828
IVA	5656	1,0000	1,1877	1,2530	1,3157	1,3683	1,4436
I.ESPECIALES	2630	1,0000	1,1192	1,1757	1,2288	1,2764	1,3412
HIDROCARBUROS	1522	1,0000	1,0816	1,1249	1,1699	1,2137	1,2623
ALCOHOL	130	1,0000	1,1880	1,2830	1,3600	1,4280	1,5137
CERVEZA	29	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000	1,0200
PROD.INTERMED	4	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
TABACO	638	1,0000	1,1664	1,2364	1,2982	1,3501	1,4446
MATRICULACIÓN	203	1,0000	1,2320	1,3306	1,4104	1,4668	1,5548
ELECTRICIDAD	104	1,0000	1,1109	1,1665	1,2190	1,2677	1,3311
COT.S.S.	9453	1,0000	1,1109	1,1665	1,2155	1,2616	1,3247
COT.INEM	1754	1,0000	1,1289	1,1876	1,2351	1,2820	1,3461
OTROS	515	1,0000	1,1025	1,1521	1,1982	1,2401	1,2897
ITAE	27578	1,0000	1,1372	1,1945	1,2452	1,2904	1,3553
PIB	84443	1,0000	1,1109	1,1665	1,2190	1,2677	1,3311
ITAE/PIB	32,66%	32,66%	33,43%	33,45%	33,36%	33,24%	33,25%

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 8. Diferencias entre integración y no integración en el sistema actual (resumen del período 2002-2006).

Millones de pesetas							
	CE		PP		PA		
	PTS	%	PTS	%	PTS	%	
CATALUÑA	88801	1,15%	85799	1,13%	78446	1,08%	
GALICIA	37796	0,95%	37677	0,95%	41175	0,99%	
ASTURIAS	16278	1,11%	15517	1,08%	16734	1,12%	
CANTABRIA	7788	0,96%	7505	0,94%	6896	0,89%	
LA RIOJA	3297	0,93%	3702	0,99%	3752	0,99%	
MURCIA	13964	1,00%	14503	1,02%	13336	0,97%	
C.VALENCIANA	55268	1,17%	55729	1,17%	54816	1,17%	
ARAGON	17254	1,06%	16176	1,03%	16227	1,03%	
CANARIAS	21952	0,96%	22160	0,96%	21399	0,94%	
BALEARES	8560	1,01%	10142	1,10%	10294	1,10%	
MADRID	58737	0,98%	57624	0,97%	51691	0,92%	
C Y LEON	32987	0,91%	35040	0,94%	38133	0,98%	
TOTAL	362682	1,04%	361572	1,04%	352901	1,03%	
ANDALUCIA	98597	1,01%	98476	1,01%	104561	1,04%	
C-LA MANCHA	21978	0,91%	23174	0,94%	24746	0,97%	
EXTREMADURA	14671	0,88%	14706	0,88%	15720	0,92%	
TOTAL	497928	1,02%	497928	1,02%	497928	1,02%	

Nota: CE = coste efectivo; PP = población protegida; PA = población ajustada.

Fuente: elaboración propia.

Cuadro 9. Diferencias entre integración y no integración con impuestos especiales (resumen del período 2002-2006).

Millones de pesetas							
	CE		PP		PA		
	PTS	%	PTS	%	PTS	%	
CATALUÑA	62431	0,81%	59429	0,78%	52077	0,72%	
GALICIA	25995	0,65%	25875	0,65%	29374	0,71%	
ASTURIAS	11715	0,80%	10954	0,76%	12171	0,82%	
CANTABRIA	5495	0,68%	5212	0,65%	4603	0,60%	
LA RIOJA	2171	0,61%	2576	0,69%	2627	0,70%	
MURCIA	9109	0,65%	9647	0,68%	8481	0,62%	
C.VALENCIANA	38035	0,81%	38495	0,81%	37582	0,80%	
ARAGON	12157	0,75%	11080	0,71%	11130	0,71%	
CANARIAS	14878	0,65%	15086	0,66%	14325	0,63%	
BALEARES	5307	0,63%	6889	0,75%	7041	0,76%	
MADRID	36760	0,62%	35647	0,60%	29714	0,53%	
C Y LEON	22183	0,61%	24236	0,65%	27329	0,70%	
TOTAL	246236	0,71%	245126	0,70%	236454	0,69%	
ANDALUCIA	66937	0,68%	66816	0,68%	72901	0,72%	
C-LA MANCHA	14465	0,60%	15660	0,63%	17232	0,68%	
EXTREMADURA	9932	0,60%	9967	0,60%	10981	0,64%	
TOTAL	337570	0,69%	337570	0,69%	337570	0,69%	

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 10. Diferencias entre integración y no integración con cesión del IVA (resumen del período 2002-2006).

Millones de pesetas							
	CE		PP		PA		
	PTS	%	PTS	%	PTS	%	
CATALUÑA	235123	3,02%	232122	3,04%	224769	3,08%	
GALICIA	89074	2,23%	88954	2,23%	92453	2,22%	
ASTURIAS	39813	2,69%	39052	2,71%	40269	2,68%	
CANTABRIA	18753	2,29%	18470	2,30%	17861	2,31%	
LA RIOJA	8949	2,50%	9353	2,48%	9404	2,48%	
MURCIA	33612	2,39%	34151	2,38%	32984	2,40%	
C.VALENCIANA	135294	2,85%	135755	2,85%	134842	2,86%	
ARAGON	43814	2,69%	42737	2,71%	42787	2,71%	
CANARIAS	54191	2,35%	54399	2,35%	53638	2,36%	
BALEARES	26313	3,08%	27894	3,00%	28047	3,00%	
MADRID	197281	3,28%	196168	3,29%	190235	3,36%	
C Y LEON	83362	2,28%	85414	2,28%	88508	2,27%	
TOTAL	965579	2,76%	964470	2,76%	955798	2,77%	
ANDALUCIA	229025	2,33%	228905	2,33%	234990	2,32%	
C-LA MANCHA	52898	2,18%	54094	2,18%	55666	2,18%	
EXTREMADURA	32398	1,94%	32433	1,94%	33448	1,95%	
TOTAL	1279901	2,61%	1279901	2,61%	1279901	2,61%	

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 11. Diferencias entre integración y no integración con mayor % de IRPF (resumen del período 2002-2006).

Millones de pesetas							
	CE		PP		PA		
	PTS	%	PTS	%	PTS	%	
CATALUÑA	38210	0,49%	35209	0,46%	27856	0,38%	
GALICIA	25677	0,65%	25557	0,64%	29056	0,70%	
ASTURIAS	9826	0,67%	9065	0,63%	10282	0,69%	
CANTABRIA	4805	0,59%	4522	0,57%	3914	0,51%	
LA RIOJA	1644	0,46%	2049	0,55%	2099	0,56%	
MURCIA	9602	0,69%	10140	0,71%	8974	0,65%	
C.VALENCIANA	34398	0,73%	34859	0,74%	33946	0,72%	
ARAGON	9249	0,57%	8171	0,52%	8222	0,52%	
CANARIAS	13973	0,61%	14181	0,62%	13420	0,59%	
BALEARES	3434	0,41%	5016	0,54%	5168	0,56%	
MADRID	161	0,00%	-952	-0,02%	-6885	-0,12%	
C Y LEON	20108	0,55%	22160	0,59%	25254	0,65%	
TOTAL	171086	0,49%	169976	0,49%	161305	0,47%	
ANDALUCIA	72159	0,74%	72038	0,74%	78123	0,78%	
C-LA MANCHA	15589	0,65%	16785	0,68%	18357	0,72%	
EXTREMADURA	11471	0,69%	11506	0,69%	12520	0,73%	
TOTAL	270305	0,56%	270305	0,56%	270305	0,56%	

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 12. Efectos de la integración sanitaria en la financiación regional 2002-2006 (CE, escenario actual).

	SUFIC	CORRESP	PTS/H (con int)	PTS/ H (sin int)	RENTA/H
CATALUÑA	1,15%	-0,4%	108	97	121
GALICIA	0,95%	-0,1%	103	111	91
ASTURIAS	1,11%	-0,2%	115	106	97
CANTABRIA	0,96%	-0,2%	109	117	98
LA RIOJA	0,93%	-0,2%	94	104	115
MURCIA	1,00%	-0,2%	93	95	85
C.VALENCIANA	1,17%	-0,3%	103	90	103
ARAGON	1,06%	-0,3%	109	105	111
CANARIAS	0,96%	-0,2%	100	107	96
BALEARES	1,01%	-0,3%	85	86	154
MADRID	0,98%	6,9%	86	89	114
C Y LEON	0,91%	-0,2%	98	111	98
TOTAL	1,04%	1,0%	100	98	108
ANDALUCIA	1,01%	-0,1%	100	102	78
C-LA MANCHA	0,91%	-0,1%	94	106	83
EXTREMADURA	0,88%	-0,1%	100	116	79
TOTAL	1,02%	0,7%	100	100	100

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 13. Efectos de la integración sanitaria en la financiación regional 2002-2006 (PP, escenario actual).

	SUFIC	CORRESP	PTS/H (con int)	PTS/ H (sin int)	RENTA/H
CATALUÑA	1,13%	-0,4%	105	95	121
GALICIA	0,95%	-0,1%	103	111	91
ASTURIAS	1,08%	-0,2%	110	104	97
CANTABRIA	0,94%	-0,2%	105	115	98
LA RIOJA	0,99%	-0,2%	106	110	115
MURCIA	1,02%	-0,2%	96	97	85
C.VALENCIANA	1,17%	-0,3%	104	91	103
ARAGON	1,03%	-0,3%	102	101	111
CANARIAS	0,96%	-0,2%	101	107	96
BALEARES	1,10%	-0,3%	100	93	154
MADRID	0,97%	7,0%	84	89	114
C Y LEON	0,94%	-0,2%	104	114	98
TOTAL	1,04%	1,0%	100	98	108
ANDALUCIA	1,01%	-0,1%	100	102	78
C-LA MANCHA	0,94%	-0,1%	99	108	83
EXTREMADURA	0,88%	-0,1%	100	116	79
TOTAL	1,02%	0,7%	100	100	100

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 14. Efectos de la integración sanitaria en la financiación regional 2002-2006 (PA, escenario actual).

	SUFIC	CORRESP	PTS/H (con int)	PTS/ H (sin int)	RENTA/H
CATALUÑA	1,08%	-0,4%	96	90	121
GALICIA	0,99%	-0,1%	112	116	91
ASTURIAS	1,12%	-0,2%	118	108	97
CANTABRIA	0,89%	-0,2%	97	111	98
LA RIOJA	0,99%	-0,2%	107	110	115
MURCIA	0,97%	-0,2%	88	93	85
C.VALENCIANA	1,17%	-0,3%	102	90	103
ARAGON	1,03%	-0,3%	103	102	111
CANARIAS	0,94%	-0,2%	97	105	96
BALEARES	1,10%	-0,3%	102	94	154
MADRID	0,92%	7,3%	76	84	114
C Y LEON	0,98%	-0,2%	114	118	98
TOTAL	1,03%	1,0%	98	97	108
ANDALUCIA	1,04%	-0,1%	106	105	78
C-LA MANCHA	0,97%	-0,1%	106	112	83
EXTREMADURA	0,92%	-0,1%	107	119	79
TOTAL	1,02%	0,7%	100	100	100

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 15. Efectos de la integración sanitaria en la financiación regional 2002-2006 (CE, impuestos especiales).

	SUFIC	CORRESP	PTS/H (con int)	PTS/ H (sin int)	RENTA/H
CATALUÑA	0,81%	25,7%	112	97	121
GALICIA	0,65%	22,1%	105	111	91
ASTURIAS	0,80%	23,6%	122	106	97
CANTABRIA	0,68%	21,3%	114	117	98
LA RIOJA	0,61%	22,3%	92	104	115
MURCIA	0,65%	25,4%	89	95	85
C.VALENCIANA	0,81%	27,0%	105	90	103
ARAGON	0,75%	24,1%	113	105	111
CANARIAS	0,65%	22,9%	100	107	96
BALEARES	0,63%	26,1%	77	86	154
MADRID	0,62%	35,0%	79	89	114
C Y LEON	0,61%	21,6%	98	111	98
TOTAL	0,71%	26,1%	100	98	108
ANDALUCIA	0,68%	24,1%	100	102	78
C-LA MANCHA	0,60%	22,7%	91	106	83
EXTREMADURA	0,60%	21,3%	100	116	79
TOTAL	0,69%	25,4%	100	100	100

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 16. Efectos de la integración sanitaria en la financiación regional 2002-2006 (PP, impuestos especiales).

	SUFIC	CORRESP	PTS/H (con int)	PTS/ H (sin int)	RENTA/H
CATALUÑA	0,78%	25,7%	107	95	121
GALICIA	0,65%	22,1%	104	111	91
ASTURIAS	0,76%	23,6%	114	104	97
CANTABRIA	0,65%	21,3%	108	115	98
LA RIOJA	0,69%	22,3%	109	110	115
MURCIA	0,68%	25,4%	94	97	85
C.VALENCIANA	0,81%	27,0%	106	91	103
ARAGON	0,71%	24,1%	103	101	111
CANARIAS	0,66%	22,9%	101	107	96
BALEARES	0,75%	26,1%	101	93	154
MADRID	0,60%	35,0%	77	89	114
C Y LEON	0,65%	21,6%	107	114	98
TOTAL	0,70%	26,1%	100	98	108
ANDALUCIA	0,68%	24,1%	100	102	78
C-LA MANCHA	0,63%	22,7%	99	108	83
EXTREMADURA	0,60%	21,3%	100	116	79
TOTAL	0,69%	25,4%	100	100	100

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 17. Efectos de la integración sanitaria en la financiación regional 2002-2006 (PA, impuestos especiales).

	SUFIC	CORRESP	PTS/H (con int)	PTS/ H (sin int)	RENTA/H
CATALUÑA	0,72%	27,0%	94	90	121
GALICIA	0,71%	21,2%	118	116	91
ASTURIAS	0,82%	22,7%	127	108	97
CANTABRIA	0,60%	22,2%	95	111	98
LA RIOJA	0,70%	22,2%	111	110	115
MURCIA	0,62%	26,5%	83	93	85
C.VALENCIANA	0,80%	27,2%	104	90	103
ARAGON	0,71%	24,1%	104	102	111
CANARIAS	0,63%	23,3%	96	105	96
BALEARES	0,76%	25,9%	103	94	154
MADRID	0,53%	36,8%	64	84	114
C Y LEON	0,70%	20,7%	120	118	98
TOTAL	0,69%	26,5%	96	97	108
ANDALUCIA	0,72%	23,4%	109	105	78
C-LA MANCHA	0,68%	22,0%	109	112	83
EXTREMADURA	0,64%	20,7%	110	119	79
TOTAL	0,69%	25,4%	100	100	100

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 18. Efectos de la integración sanitaria en la financiación regional 2002-2006 (CE, escenario con IVA).

	SUFIC	CORRESP	PTS/H (con int)	PTS/ H (sin int)	RENTA/H
CATALUÑA	3,02%	34,1%	112	97	121
GALICIA	2,23%	23,4%	95	111	91
ASTURIAS	2,69%	29,4%	109	106	97
CANTABRIA	2,29%	24,8%	102	117	98
LA RIOJA	2,50%	27,1%	100	104	115
MURCIA	2,39%	24,9%	87	95	85
C.VALENCIANA	2,85%	30,2%	98	90	103
ARAGON	2,69%	30,3%	108	105	111
CANARIAS	2,35%	25,3%	96	107	96
BALEARES	3,08%	34,2%	101	86	154
MADRID	3,28%	48,4%	112	90	114
C Y LEON	2,28%	24,5%	97	111	98
TOTAL	2,76%	32,2%	104	99	108
ANDALUCIA	2,33%	24,2%	91	102	78
C-LA MANCHA	2,18%	22,8%	88	106	83
EXTREMADURA	1,94%	19,5%	86	115	79
TOTAL	2,61%	29,7%	100	100	100

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 19. Efectos de la integración sanitaria en la financiación regional 2002-2006 (PP, escenario con IVA).

	SUFIC	CORRESP	PTS/H (con int)	PTS/ H (sin int)	RENTA/H
CATALUÑA	3,04%	34,1%	110	95	121
GALICIA	2,23%	23,4%	94	111	91
ASTURIAS	2,71%	29,4%	107	104	97
CANTABRIA	2,30%	24,8%	101	115	98
LA RIOJA	2,48%	27,1%	104	110	115
MURCIA	2,38%	24,9%	88	97	85
C.VALENCIANA	2,85%	30,2%	99	91	103
ARAGON	2,71%	30,3%	105	101	111
CANARIAS	2,35%	25,3%	96	107	96
BALEARES	3,00%	34,2%	107	94	154
MADRID	3,29%	48,4%	112	89	114
C Y LEON	2,28%	24,5%	99	114	98
TOTAL	2,76%	32,2%	104	98	108
ANDALUCIA	2,33%	24,2%	91	102	78
C-LA MANCHA	2,18%	22,8%	90	108	83
EXTREMADURA	1,94%	19,5%	86	115	79
TOTAL	2,61%	29,7%	100	100	100

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 20. Efectos de la integración sanitaria en la financiación regional 2002-2006 (PA, escenario con IVA).

	SUFIC	CORRESP	PTS/H (con int)	PTS/ H (sin int)	RENTA/H
CATALUÑA	3,08%	35,7%	107	91	121
GALICIA	2,22%	22,5%	98	115	91
ASTURIAS	2,68%	28,3%	111	108	97
CANTABRIA	2,31%	25,7%	98	111	98
LA RIOJA	2,48%	26,9%	105	110	115
MURCIA	2,40%	26,0%	85	93	85
C.VALENCIANA	2,86%	30,5%	98	90	103
ARAGON	2,71%	30,2%	105	102	111
CANARIAS	2,36%	25,7%	95	105	96
BALEARES	3,00%	33,9%	108	94	154
MADRID	3,36%	50,8%	108	85	114
C Y LEON	2,27%	23,5%	103	118	98
TOTAL	2,77%	32,6%	103	97	108
ANDALUCIA	2,32%	23,5%	93	105	78
C-LA MANCHA	2,18%	22,1%	93	112	83
EXTREMADURA	1,95%	19,0%	88	119	79
TOTAL	2,61%	29,7%	100	100	100

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 21. Efectos de la integración sanitaria en la financiación regional 2002-2006 (CE, escenario con IRPF).

	SUFIC	CORRESP	PTS/H (con int)	PTS/ H (sin int)	RENTA/H
CATALUÑA	0,49%	31,5%	86	97	121
GALICIA	0,65%	14,4%	129	111	91
ASTURIAS	0,67%	21,2%	128	106	97
CANTABRIA	0,59%	17,6%	124	117	98
LA RIOJA	0,46%	20,8%	87	104	115
MURCIA	0,69%	14,4%	117	95	85
C.VALENCIANA	0,73%	20,7%	118	90	103
ARAGON	0,57%	24,1%	108	105	111
CANARIAS	0,61%	16,3%	117	107	96
BALEARES	0,41%	26,2%	63	86	154
MADRID	0,00%	54,9%	0	89	114
C Y LEON	0,55%	16,3%	110	111	98
TOTAL	0,49%	27,3%	87	98	108
ANDALUCIA	0,74%	12,7%	135	102	78
C-LA MANCHA	0,65%	12,2%	123	106	83
EXTREMADURA	0,69%	9,0%	144	116	79
TOTAL	0,56%	23,0%	100	100	100

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 22. Efectos de la integración sanitaria en la financiación regional 2002-2006 (PP, escenario con IRPF).

IRPF	POBLACIÓN PROTEGIDA CON INTEGRACIÓN				
	SUFIC	CORRESP	PTS/H (con int)	PTS/ H (sin int)	RENTA/H
CATALUÑA	0,46%	31,5%	79	95	121
GALICIA	0,64%	14,4%	128	111	91
ASTURIAS	0,63%	21,2%	118	103	97
CANTABRIA	0,57%	17,6%	117	115	98
LA RIOJA	0,55%	20,8%	108	110	115
MURCIA	0,71%	14,4%	124	97	85
C.VALENCIANA	0,74%	20,7%	120	91	103
ARAGON	0,52%	24,1%	95	101	111
CANARIAS	0,62%	16,3%	119	107	96
BALEARES	0,54%	26,2%	91	93	154
MADRID	-0,02%	54,9%	-3	89	114
C Y LEON	0,59%	16,3%	122	114	98
TOTAL	0,49%	27,3%	87	98	108
ANDALUCIA	0,74%	12,7%	135	102	78
C-LA MANCHA	0,68%	12,2%	133	108	83
EXTREMADURA	0,69%	9,0%	144	116	79
TOTAL	0,56%	23,0%	100	100	100

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 23. Efectos de la integración sanitaria en la financiación regional 2002-2006 (PA, escenario con IRPF).

IRPF	POBLACIÓN AJUSTADA CON INTEGRACIÓN				
	SUFIC	CORRESP	PTS/H	EQUIDAD H	EQUIDAD V
CATALUÑA	0,38%	33,1%	63	90	121
GALICIA	0,70%	13,8%	146	116	91
ASTURIAS	0,69%	20,4%	134	108	97
CANTABRIA	0,51%	18,3%	101	111	98
LA RIOJA	0,56%	20,7%	111	110	115
MURCIA	0,65%	15,0%	110	93	85
C.VALENCIANA	0,72%	20,9%	117	90	103
ARAGON	0,52%	24,1%	96	101	111
CANARIAS	0,59%	16,6%	113	105	96
BALEARES	0,56%	26,0%	94	94	154
MADRID	-0,12%	57,7%	-19	84	114
C Y LEON	0,65%	15,6%	139	118	98
TOTAL	0,47%	27,7%	82	97	108
ANDALUCIA	0,78%	12,3%	146	105	78
C-LA MANCHA	0,72%	11,8%	145	112	83
EXTREMADURA	0,73%	8,8%	157	119	79
TOTAL	0,56%	23,0%	100	100	100

Fuente: Elaboración propia.

6. CONSIDERACIONES FINALES.

A pesar de las reformas sucesivas que ha experimentado en los últimos años el sistema de financiación sanitaria en nuestro país, se sigue cuestionando el grado de cumplimiento de los principios de suficiencia y equidad territorial en la distribución de los recursos alcanzado hasta el momento. A la vista de la desaparición de las cotizaciones sociales como fuente de financiación sanitaria, la alternativa de integrar la sanidad en el sistema general de financiación autonómica se impone al mantenimiento del modelo diferenciado actual. Además, resulta necesario incorporar, en la medida de lo posible, medidas que permitan ejercer a las CC.AA. un esfuerzo fiscal propio como complemento a los recursos estatales. Por otro lado, la perspectiva de que se complete el proceso de transferencia de las competencias sanitarias exige analizar los efectos presupuestarios de los posibles cambios en el sistema de financiación.

De acuerdo con los resultados presentados, se puede concluir que la integración del sistema de financiación sanitaria en el modelo de financiación general de las CC.AA. generaría más recursos económicos para éstas, cualquiera que sea el sistema de distribución de los fondos sanitarios escogido. Este hecho se debe, fundamentalmente, a que en los períodos analizados el comportamiento de los índices de evolución relevantes en la financiación regional provoca que los recursos obtenidos por transferencias incondicionadas (participación en los ingresos generales del Estado) crezcan a una tasa muy superior a la que aumentan actualmente los recursos sanitarios y los ingresos tributarios.

Los recursos financieros obtenidos por las Comunidades Autónomas en general dependen fundamentalmente de su estructura de financiación (% de ingresos obtenidos a través del IRPF, de la participación en los ingresos generales del Estado y, en su caso, de las transferencias destinadas a financiar la sanidad) y de los índices de evolución específicos para cada fuente de recursos (IRPF y PIB -1ª garantía- para el primer caso, ITAE para los ingresos del Estado y PIB para la sanidad).

En la medida en la que en el actual período de financiación se espera un fuerte crecimiento de los ingresos, muy por encima del crecimiento del PIB nominal, todas las Comunidades Autónomas obtienen recursos adicionales, ya que se benefician de los mayores índices de evolución de los ITAE. La ganancia relativa de las Comunidades será superior en aquellas regiones donde la proporción de transferencias incondicionadas recibidas suponga un mayor porcentaje de sus recursos totales.

De acuerdo con los resultados expuestos, resulta recomendable desde el punto de vista de la suficiencia financiera y de la corresponsabilidad fiscal cambiar la financiación condicionada de la sanidad por una financiación incondicionada dentro del sistema general de financiación. Además, en la medida en que los impuestos especiales tuviesen un mejor comportamiento recaudatorio que el conjunto de la cesta de tributos que forman los ITAE, sería conveniente ceder éstos a las Comunidades. En todo caso no cabe esperar, en una situación de crecimiento económico estable, un comportamiento de los impuestos especiales similar al experimentado en los últimos años, salvo que se produzca un incremento de tipos impositivos, para el que existe margen y justificación social y de gestión pública.

Con este contexto de referencia resulta esperable una mejor evolución de otros impuestos indirectos (IVA) en relación con los impuestos especiales en los próximos años en ausencia de grandes alteraciones en los precios de referencia (combustible, tabaco, etc) o en los tipos impositivos. Sin embargo, algunos impuestos sobre bienes específicos tienen y tendrán en el futuro un mejor comportamiento recaudatorio, lo que puede hacer deseable un planteamiento singular en la cesión de estas figuras tributarias.

Tomando como referencia los escenarios contemplados, se puede concluir que la integración de la sanidad en el sistema general de financiación siempre resulta positiva, especialmente si se financia mediante la cesión del IVA, dado que los índices acumulados de crecimiento de la recaudación resultan muy superiores al índice del PIB que guía actualmente la financiación sanitaria. En cualquier caso, es preciso señalar la importancia de los primeros años de cada quinquenio en el cálculo de la financiación de todo el periodo, dado que se utilizan índices acumulados en cada año respecto al año base. Por otro lado, el escenario de cesión del IVA permitiría aumentar significativamente el grado de corresponsabilidad fiscal de las regiones.

Asimismo, la integración de la sanidad en el modelo general contribuye a reducir los niveles de financiación per cápita de las regiones, salvo cuando se contempla un incremento en el porcentaje de IRPF cedido. No obstante, este escenario es el que más contribuye a compensar los desequilibrios regionales en términos de renta por habitante.

Al margen de los condicionantes políticos que determinan los procesos de negociación, la modificación del sistema de financiación debería considerar, tanto su posible repercusión sobre la suficiencia, la corresponsabilidad fiscal y la equidad, como los posibles cambios que puede experimentar la recaudación de los distintos impuestos a lo largo del tiempo. Los resultados expuestos muestran cómo, a partir de

un escenario macroeconómico de crecimiento estable, la recaudación por IVA tiende a crecer más que la correspondiente a los impuestos especiales. Sin embargo, en un contexto menos favorable, la recaudación de impuestos especiales resulta más inflexible a la baja que la del IVA por las propias características de los consumos gravados. Además, el margen para una subida de tipos impositivos en los impuestos especiales resulta mayor, y su implementación más justificable desde una perspectiva social (gravan recursos escasos -naturales- o bienes "indeseables") y de gestión pública (afectación de impuestos a determinadas prestaciones sociales y sanitarias). En consecuencia, parece necesario considerar la posibilidad de combinar los distintos escenarios que se han contemplado hasta el momento, con el fin de evaluar sus efectos.

REFERENCIAS:

Cabasés, J. M. (1998), “La financiación sanitaria autonómica. Bases para una propuesta”, *Papeles de Economía Española* 76, pp. 67-77.

Consejo de Política Fiscal y Financiera (1996), “Sistema de Financiación de las Comunidades Autónomas para el quinquenio 1997-2001”. Madrid, 23 de septiembre.

Consejo de Política Fiscal y Financiera, Grupo de trabajo para la financiación de la sanidad (1997), “Financiación de los servicios de sanidad en el período 1998-2001”. Madrid, 27 de noviembre.

Consultores de las Administraciones Públicas (1997), “Análisis del sistema de financiación de los servicios sanitarios en las Comunidades Autónomas”, *Las notas de las Monografías de las Comunidades Autónomas*, nº 18.

Dirección General de Coordinación con las Haciendas Territoriales (varios años), *Presupuestos de las Comunidades Autónomas y Ciudades Autónomas*.

Dirección General de Coordinación con las Haciendas Territoriales (1998), *Liquidación de Presupuestos de las Comunidades Autónomas. Ejercicio 1996*.

Dirección General de Coordinación con las Haciendas Territoriales (1999), *Financiación de las Comunidades Autónomas por tarifa autonómica de IRPF, participación en los ingresos del Estado y Fondo de Garantía en 1997, y liquidación definitiva de dicho ejercicio*.

Instituto Nacional de la Salud (1998), Memoria 1996.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

López, G. (1998), “Financiación autonómica y gasto sanitario público en España”, *Papeles de Economía Española* 76, pp. 2-14.

López, G. (1999), *La capitación en la financiación territorial de los servicios públicos transferidos: el caso de la sanidad y la educación*, Ministerio de Sanidad y Consumo.

Ministerio de Economía y Hacienda (varios años), *Informe Económico y Financiero. Proyecto de Presupuestos Generales del Estado*.

Ministerio de Economía y Hacienda (1999), *Presentación del Proyecto de Presupuestos Generales del Estado 2000*.

OECD (1998), *Health Data File*.

Rico, A., y Rubio, P. (1996), “Necesidades sanitarias y redistribución regional de recursos en España”, mimeo.

Urbanos, R., y Utrilla, A. (2000), “Incidencia del traspaso de competencias sanitarias de los recursos autonómicos: una simulación de escenarios alternativos de financiación”, *Papeles de Economía Española* (próxima publicación).

Utrilla, A., y Cuadrado J.R. (1997), *Financiación autonómica. La incidencia del nuevo sistema en la Comunidad de Madrid*. Ed. Civitas.