

INVESTIGACIONES
INSTITUTO DE ESTUDIOS FISCALES (2003)

**ANALISIS DEL GASTO SANITARIO AUTONOMICO Y SU
NUEVA FINANCIACION EN ESPAÑA**

Autor: David Cantarero Prieto

INV. 2003

UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

Departamento de Economía

Tesis Doctoral

**ANALISIS DEL GASTO SANITARIO
AUTONOMICO Y SU NUEVA
FINANCIACION EN ESPAÑA**

Autor: DAVID CANTARERO PRIETO

Director: NATIVIDAD FERNANDEZ GOMEZ

A mi familia

INDICE

AGRADECIMIENTOS

INTRODUCCION: MOTIVACION, OBJETIVOS Y ESTRUCTURA DE LA INVESTIGACION

CAPITULO I. LOS SERVICIOS SANITARIOS: ASPECTOS TEORICOS RELATIVOS A SU ORGANIZACIÓN Y DESCENTRALIZACION

1. Introducción
2. La Salud y los servicios sanitarios
3. Los fallos del mercado y del sector público en la provisión de los servicios sanitarios
 - 3.1 Los fallos del mercado en sanidad
 - 3.2 La intervención pública en sanidad
 - 3.3 Los fallos de la provisión pública en sanidad
 - 3.4 Las posibilidades de intervención en los mercados sanitarios
4. Una perspectiva teórica del proceso de descentralización de los servicios sanitarios
 - 4.1 Argumentos teóricos sobre la descentralización
 - 4.2 Las fórmulas de descentralización

CAPITULO II. LA EXPERIENCIA COMPARADA DE LA DESCENTRALIZACION DE LA SANIDAD Y SU FINANCIACION

1. Introducción
2. La experiencia comparada de los sistemas de asistencia sanitaria en la OCDE
 - 2.1 La Política Social y los sistemas de asistencia sanitaria en la Unión Europea
 - 2.1.1 Los pilares de la Política Social Europea
 - 2.1.2 La coordinación y supervisión de la Política Social Europea
 - 2.1.3 La armonización de los sistemas de asistencia sanitaria en la Unión Europea
 - 2.2. Descentralización y financiación sanitaria mediante formulas de reparto capitativas
 - 2.2.1 Canadá
 - 2.2.2 Reino Unido

CAPITULO III. LA EVOLUCION DEL GASTO SANITARIO AUTONOMICO EN ESPAÑA (1992-1999)

1. Introducción
2. El marco legal de la sanidad en España
3. La transformación del sistema sanitario español
4. La evolución del gasto sanitario público en España
 - 4.1 El concepto de gasto sanitario a nivel internacional
 - 4.2 El concepto de gasto sanitario a nivel nacional y autonómico
 - 4.3 Aspectos metodológicos
 - 4.3.1 Las tres vías de estimación del gasto sanitario
 - 4.3.2 Análisis de los tres métodos de estimación, su interrelación y método de estimación elegido (vía financiación)
 - 4.4 El gasto sanitario de la Administración Central (INSALUD)
 - 4.4.1 Clasificación funcional y económica del gasto liquidado del INSALUD
 - 4.4.2 Gasto sanitario capitativo liquidado del INSALUD en las Comunidades Autónomas
 - 4.5 El gasto sanitario de las Administraciones territoriales
 - 4.5.1 El gasto sanitario de las Comunidades Autónomas
 - 4.5.2 El gasto sanitario de las Diputaciones, Consejos y Cabildos Insulares
 - 4.5.3 El gasto sanitario de los Ayuntamientos
 - 4.6 La consolidación del gasto sanitario público
 - 4.7 Una referencia al método de estimación en base a la vía de la demanda (Cuentas Satélite del Gasto Sanitario Público)
 - 4.8 El grado de descentralización del gasto en sanidad

CAPITULO IV. LAS ALTERNATIVAS SOBRE LA FINANCIACION AUTONOMICA DEL GASTO SANITARIO PUBLICO Y SU DISTRIBUCION TERRITORIAL

1. Introducción
2. Los modelos de financiación de la sanidad en España
 - 2.1 Período anterior a la Ley General de Sanidad de 1986
 - 2.2 Período posterior a la Ley General de Sanidad de 1986
 - 2.2.1. Subperíodo 1986-1994
 - 2.2.2. Modelo de financiación sanitaria en el cuatrienio 1994-1997
 - 2.2.3. Modelo de financiación sanitaria en el cuatrienio 1998-2001
3. La financiación reciente de las Comunidades Autónomas: Análisis económico de las fuentes tributarias (1992-1996) y (1997-2001)
 - 3.1 Estructura de descentralización fiscal
 - 3.1.1. Los tributos cedidos
 - 3.1.2. Los tributos propios y los recargos sobre tributos estatales
 - 3.2. El Sistema de transferencias a las Comunidades Autónomas
 - 3.3. Estudio comparado de los dos últimos quinquenios de financiación
4. Las alternativas de financiación territorial de la sanidad en España
 - 4.1 Financiación específica (sistema de transferencias condicionadas)
 - 4.1.1 El criterio per cápita
 - 4.1.2. Las necesidades de gasto sanitario autonómicas: el marco conceptual y metodológico
 - 4.1.2.1. El concepto de necesidad de gasto sanitario
 - 4.1.2.2. La evidencia empírica sobre necesidades de gasto sanitario y distribución territorial de los recursos en España
 - 4.1.2.3 Una aproximación a las metodologías de cálculo de las necesidades de gasto sanitario y su aplicación como criterios de reparto de los recursos
 - 4.1.2.3.1. Estimación de los indicadores de necesidad
 - 4.1.2.3.1.1. Análisis de Componentes Principales (ACP)
 - 4.1.2.3.1.2. Análisis Cluster (AC) y Escalado Multidimensional
 - 4.1.2.3.2. Análisis de Regresión (AR)
 - 4.1.2.3.3. Comparación de los sistemas de reparto de recursos sanitarios según criterios de necesidad

- 4.1.3 Los criterios del gasto histórico, efectivo y eficiencia productiva
- 4.2 Integración de la sanidad en el sistema de financiación general
 - 4.2.1 Integración parcial en la financiación territorial general con transferencias condicionadas o incondicionadas
 - 4.2.2 Integración total en la financiación territorial general
 - 4.2.3. La descentralización de los impuestos en España
 - 4.2.3.1 La cesión del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF)
 - 4.2.3.2 La cesión del Impuesto sobre Sociedades (IS)
 - 4.2.3.3 La cesión de los Impuestos Especiales (I.EE)
 - 4.2.3.4 La cesión del Impuesto sobre Valor Añadido (IVA)
- 4.3 El Modelo Mixto de financiación sanitaria

CAPITULO V. REVISION CRITICA E IMPLICACIONES ECONOMICAS DE LA INTEGRACION DE LA SANIDAD EN EL MARCO DEL NUEVO SISTEMA DE FINANCIACION AUTONOMICO (1999-2005)

- 1. Introducción
- 2. El nuevo modelo de financiación autonómica
 - 2.1. El contexto institucional y económico
 - 2.2 Los principios y objetivos
 - 2.3 La restricción inicial, las necesidades de financiación y los recursos financieros totales
 - 2.4 Las reglas de evolución y garantías financieras
- 3. Implicaciones económicas de los escenarios dinámicos del nuevo modelo sobre la financiación autonómica general y la de los servicios sanitarios públicos
 - 3.1 Fuentes de información y definición de variables
 - 3.2 Metodología
 - 3.2.1. Criterios objetivos de imputación territorial de los impuestos descentralizados
 - 3.2.2. Métodos de predicción económica y aplicación práctica

3.3 Resultados dinámicos de la evolución de la financiación regional según el nuevo modelo y cambios respecto al sistema específico de la sanidad 1998-2001

3.3.1 Financiación autonómica general y sanitaria. Distribución estimada en 1999 (año base del nuevo modelo)

3.3.2 Financiación autonómica general y sanitaria. Distribución estimada en 2002 (primer año de aplicación del nuevo modelo)

3.4 Discusión y proyecciones de futuro del nuevo modelo para 2003-2005

4. Valoración crítica del nuevo modelo de financiación autonómica general: Especial referencia al caso de la integración de la financiación sanitaria

CONCLUSIONES Y LINEAS DE INVESTIGACION FUTURAS

BIBLIOGRAFIA

El contenido de esta obra reproduce, debidamente actualizada, parte de la Memoria que para la obtención del grado de Doctor, fue dirigida por la Doctora Doña Natividad Fernández Gómez y defendida por su autor el día 7 de Marzo de 2003 en la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad de Cantabria.

El Tribunal estuvo compuesto por los siguientes miembros: Don Juan José Rubio Guerrero, como Presidente; Don José Villaverde Castro, como Secretario; Don Juan Manuel Cabasés, Don Alfonso Utrilla de la Hoz y Don José María Sarabia Alegría, como vocales; y le otorgó por unanimidad la máxima calificación de sobresaliente *cum laude*.

AGRADECIMIENTOS

En todo el largo camino recorrido desde que esta tesis doctoral comenzó a elaborarse son muchas las personas que me han ayudado en sus distintas etapas a poder finalizarla. A todas ellas quiero, en primer lugar, expresar mi más sincero y profundo agradecimiento si bien, de forma más particular, algunas merezcan una atención especial.

Entre ellas, debo destacar principalmente a mi directora de Tesis, la profesora Natividad Fernández, que me hizo descubrir, ya a comienzos de la Licenciatura, mi vocación por la Economía Pública y cuya profesionalidad y tesón en la dirección magistral de esta tesis el lector reconocerá en las páginas siguientes. A ella le agradezco su dedicación y amistad, especialmente en los últimos años, cuando primero en la Universidad de Cantabria y después desde el Ministerio de Hacienda y con viajes desde Madrid me visitaba en la Facultad de Económicas para así guiarme y animarme en mi trabajo de tesis doctoral. En todo caso, cualquier error en este trabajo corresponde a mi exclusiva responsabilidad.

También quisiera agradecer a los profesores José Villaverde, Patricio Pérez y Blanca Sánchez-Robles, su labor de apoyo y asesoramiento en calidad de tutores durante estos años. Por supuesto, dicho agradecimiento se hace extensivo a mis compañeros y amigos de las áreas de Economía Pública y de Estadística del Departamento de Economía de la Universidad de Cantabria.

Mi más sincero agradecimiento a mis colegas del Departamento de Economía Aplicada VI (Hacienda Pública y Sistema Fiscal) de la Universidad Complutense de Madrid, por la ayuda desinteresada y sus valiosos consejos que me prestaron no sólo durante la parte de mi Doctorado que realice bajo su supervisión sino también posteriormente destacando, en especial, a Alfonso Utrilla y Rosa Urbanos. Asimismo, me gustaría agradecer especialmente a todo un conjunto de personas que me han brindado su apoyo incondicional en mi investigación y ayudado con sus valiosos comentarios y aportaciones en diferentes momentos del tiempo. Entre otros, quisiera agradecer a Juan Cabasés, Laura Cabiedes, David Ceballos, Francisco José Delgado, Roberto Fernández, Juan Carlos Gamazo, Marián García, José Luis Lancho, Guillem López I Casanovas, Vicente Losada, Carlos Monasterio, Manuel Muñiz, Marta Pascual, Francisco Pedraja, Javier Rey, José Sánchez Maldonado, Daniel Santín, José María Sarabia y Javier Suárez Pandiello su atención personal, su interés y sus ánimos para continuarla.

Por último, debo reconocer igualmente tanto a la Asociación Española de Economía Regional el haberme concedido en Noviembre del año 2001 el Premio Nacional Julio Alcaide Inchausti para Jóvenes Investigadores como a la Revista de Estudios Regionales el Premio al Mejor trabajo de las XIII Jornadas de Financiación autonómica concedido en Diciembre de 2002 y también al Instituto de Estudios Fiscales (muy especialmente a Juan José Rubio-Guerrero, Javier Salinas, José Félix Sanz, Santiago Alvarez, Jorge Onrubia, Cesar Pérez, Juan Prieto y Desiderio Romero), el haberme apoyado y ayudado en la elaboración de una parte importante y significativa de esta tesis doctoral. Para finalizar mi más profundo agradecimiento a mi familia que en todo momento me han mostrado su apoyo durante mi vida académica.

INTRODUCCION: MOTIVACION, OBJETIVOS Y ESTRUCTURA DE LA INVESTIGACION

La actividad relativa a los servicios sanitarios es uno de los principales pilares de los modernos Estados de Bienestar al responder a las necesidades y demandas de los ciudadanos en cuanto a la provisión de este bien. En este sentido, el proceso de formación del sistema sanitario público en nuestro país ha estado condicionado, en gran medida, por el peculiar desarrollo del proceso de descentralización del gasto y sus correspondientes fuentes de financiación. De entre los muchos elementos inmersos en este contexto sobresale la vinculación tradicional del Sistema de Salud a la Seguridad Social debido básicamente a razones de predominio histórico de ésta así como por la extensión y complejidad de todo su entramado asistencial, creado a semejanza de otros países de nuestro entorno. No obstante, la promulgación de la Ley General de Sanidad en 1986 y la creación del Sistema Nacional de Salud supuso una auténtica reformulación de la sanidad pública española al establecer y especificar adecuadamente no sólo las reglas de financiación de los recursos del modelo sino también, entre otros, sus criterios de reparto y su grado de descentralización entre regiones mediante la creación de Servicios Regionales de Salud sobre la base de criterios de suficiencia financiera, equidad y eficiencia.

Por ello, la *justificación, interés y utilidad* del tema objeto de estudio en esta tesis doctoral queda patente tanto desde la perspectiva académico-científica como desde el punto de vista político-social debido a que la ciencia económica es capaz de analizar la organización y distribución de los servicios sanitarios en un país como el nuestro y, en concreto, en el ámbito regional. Así, cuando se ha culminado ya en el año 2002 el proceso de transferencias a las Comunidades Autónomas de la gestión de los Servicios de Salud parece aún más claro que éste sigue siendo un tema cuyo estudio tiene una importancia fundamental dada su actualidad y novedad, de ahí precisamente nuestra elección. Esta tesis doctoral pretende así contribuir a estudiar de un modo económico-funcional este tipo de servicios, dada su gran importancia económica, siendo además conscientes de la existencia de diversos factores (envejecimiento de la población, aparición de nuevas enfermedades o cambios tecnológicos) que pueden, por un lado, hacer imposible siquiera mantener el crecimiento porcentual del gasto sanitario respecto al Producto Interior Bruto y, por otro, condicionar sus efectos sobre el crecimiento económico a largo plazo y la mejora en los indicadores de salud.

A su vez, la investigación que aquí se presenta pretende profundizar en una serie de *objetivos científicos* fundamentales como son la estimación y análisis económico del gasto sanitario autonómico reciente y su correspondiente financiación en el contexto del nuevo modelo de financiación general vigente desde el pasado 1 de Enero de 2002 tanto desde una perspectiva teórica como práctica en el conjunto de regiones, dada la inexistencia de trabajos específicos que aborden esta temática con detenimiento.

Por tanto, en esta tesis doctoral se desarrollarán cada uno de los aspectos mencionados anteriormente dentro de las *líneas de investigación* comprendidas en el mismo. En primer lugar, se exponen las principales enseñanzas aportadas por la teoría económica sobre el tema objeto de estudio. En segundo lugar, se repasan los principales sistemas sanitarios actualmente disponibles según la experiencia comparada. En tercer lugar, se describen las principales características del Sistema Nacional de Salud en nuestro país así como su evolución en el tiempo, tanto en términos de gasto como de financiación. En cuarto lugar, se evalúa cuál ha sido el comportamiento reciente de las fuentes de financiación de la sanidad, el impacto de la consideración de las necesidades relativas de gasto por regiones y, a su vez, se exploran las posibles soluciones alternativas en lo referente a los mecanismos de financiación de ese gasto. En quinto lugar, una vez finalizado el proceso de descentralización sanitaria en nuestro país en el año 2002, se efectúa una revisión crítica y prospectiva del nuevo modelo de financiación autonómico aprobado por el Consejo de Política Fiscal y Financiera el 27 de Julio de 2001 y ratificado posteriormente en las Cortes Generales por la Ley 21/2001, de 27 de Diciembre, prestando especial atención al caso de la sanidad. Así, la evolución del gasto sanitario en los próximos años (2002-2005) sigue siendo una incógnita ya que dicho nuevo modelo de financiación autonómica establece que los recursos financieros de los que dispondrán las autonomías los obtendrán no sólo mediante la parte correspondiente a las transferencias estatales ("*Fondo de Suficiencia*") sino también ellas mismas mediante la recaudación de los impuestos que el Estado o bien les ha cedido o bien les ha permitido participar territorialmente en su recaudación ("*Cesta de impuestos*"). Asimismo, en el ejercicio empírico realizado se han estimado los posibles efectos de la Reforma del IRPF desde 2003 sobre el nuevo modelo de financiación autonómica. Por último, se concluye esta tesis doctoral con un último capítulo que contiene un resumen de algunos de las principales enseñanzas obtenidas en todos los apartados anteriores así como las perspectivas de líneas de investigación futuras.

CAPITULO I. LOS SERVICIOS SANITARIOS: ASPECTOS TEORICOS RELATIVOS A SU ORGANIZACIÓN Y DESCENTRALIZACION

1. Introducción

La Salud y su relación con la Economía es uno de los tópicos más frecuentemente señalado, ya que ha venido siendo objeto de interés y estudio por parte de los economistas desde hace tiempo. La Economía de la Salud (“*Health Economics*”) es, por tanto, una disciplina relativamente nueva dentro de la literatura económica, y se agrupa junto a otras recién llegadas a la rama de la Economía Aplicada como la Economía del Medio Ambiente o la Economía Urbana (Henderson et al., 1988). Sus comienzos se remontan al periodo de posguerra (principios de los años sesenta¹) debido fundamentalmente al creciente peso que había adquirido el gasto sanitario en la mayor parte de los países avanzados, destacando los trabajos de diversos investigadores tales como Culyer, Cutler, Enthoven, Evans, Feldstein, Fuchs, Maynard, Newhouse, Pauly, Reindhart, Wagstaff y Williams, todos ellos economistas, que principalmente se concentraban en las Universidades de York, de Stanford, de Harvard y de British Columbia.

Así, no es de extrañar que esta disciplina, a través de diversas fuentes, haya venido generando una amplia producción científica tanto fuera de nuestras fronteras (*European Public Health Association Annual Meeting, World Conferences on Health Economics, International Conferences on Health Policy, International Health Economics Association Annual Meeting, European Journal of Public Health, American Economic Review, Journal of Health Economics, Working Papers of Centre of Health Economics of the Universities of York, Dublin, Aberdeen and Toronto, Reports of the World Health Organization*) como dentro de ellas (*Jornadas de la Asociación de Economía de la Salud, de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, Congreso Nacional de Hospitales, Gaceta Sanitaria, Fulls Economics del Sistema Sanitari, Hacienda Pública Española, Papeles de Economía Española o Gestión Clínica y Sanitaria*) sobre una pluralidad de cuestiones que no siempre son abordables por el análisis económico convencional y que requieren un minucioso estudio del comportamiento de individuos y agentes. Con ello, se distingue de las demás ramas de la literatura económica en cuanto a su pasado, presente y futuro en la complejidad de las preguntas que intenta contestar y los diversos métodos empleados para dicho objetivo (Fuchs, 2000).

¹ Uno de los primeros trabajos de esta reciente disciplina fue el de Arrow en 1963, Nobel de Economía posteriormente, que enfatizaba la importancia de la incertidumbre y la información incompleta, al estar presentes en la mayoría de las decisiones que los agentes económicos han de tomar en los procesos de asignación de los recursos dentro del “*mercado sanitario*”.

No obstante esto, uno de los principales retos a los que ha tenido que hacer frente recientemente la Economía de la Salud ha sido el aumento continuo del gasto sanitario en la mayoría de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). Probablemente este problema, dada la conjunción de diversos factores que presionan al alza dichos niveles de gasto², se agudizará en el futuro. Por otra parte, también se ha venido incrementando la ya abundante literatura sobre el tema a fin de poder estimar cuánto se gasta realmente en este bien, cuestión de vital importancia en un contexto de presupuestos restringidos respecto a lo que se destina a otro tipo de bienes y a los objetivos de eficiencia y equidad que se pretende cumplir. En todo caso, el hecho de que la sanidad tenga dimensiones añadidas a las puramente economicistas, tales como las políticas y sociales, justifica afirmaciones como las realizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su reciente Informe de 2002 al señalar que “*los Gobiernos deberán asumir su función rectora en lo que respecta a los recursos de salud y su responsabilidad de proteger a los ciudadanos*”.

Una vez expuestos estos aspectos, a continuación, se analizan los principales elementos teóricos de la situación actual de los servicios sanitarios y su organización.

2. La Salud y los servicios sanitarios

La asistencia sanitaria viene justificada por su contribución a la mejora del nivel de vida de las personas y, sobre todo, a una de sus dimensiones más relevantes: *la Salud*. Sin embargo, esto no es exclusivo de la sanidad, ya que “*la producción de todo tipo de bienes y servicios obedece a la consecución de un nivel de vida que ha de interpretarse no en el sentido de la posesión de dichos bienes y servicios sino en el tipo de vida que una persona puede desarrollar*” (Sen et al., 1985). Así como casi todo el mundo sabe lo que representa la enfermedad, dado que es muy probable que la haya sufrido de algún modo durante algún momento de su vida, resulta mucho más difícil definir la Salud, ya que éste ha venido siendo un concepto controvertido y susceptible de cambios a lo largo del tiempo. En este marco, los sistemas sanitarios han venido modificando su enfoque desde un planteamiento inicial de “*equilibrio*”, en el que solamente les preocupaba la mera ausencia o recuperación de enfermedades e invalideces, hacia una perspectiva que busca el desarrollo potencial del “*bienestar*” personal e incluso actualmente hacia el concepto de “*capacidad*” como elemento central de la Salud.

² Como el envejecimiento poblacional, las nuevas enfermedades, las mayores demandas asociadas con una mayor renta o la aparición de tecnologías que suponen costes cada vez mayores y que aumentan a su vez las demandas de asistencia.

En relación con dicho aspecto, la OMS en su Carta Constitucional de 1948 definió la Salud como “*el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*”, si bien seguía presentando aspectos criticables. Por ello, autores como Terris (1980) propusieron modificar esta definición de Salud y entenderla como “*un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades*”. Si bien suponía un avance operativo, seguía presentando un inconveniente siendo éste la posible presencia conjunta de Salud (bienestar y capacidad de funcionamiento en diferentes grados) y ciertas enfermedades o afecciones en fase precoz que no producirían síntomas o malestar ni limitarían la capacidad de funcionamiento. Como resultado, en las últimas formulaciones respecto al concepto de Salud parece imperar la “*capacidad*”³ como eje principal, si bien no hay que olvidar que los sistemas sanitarios en las sociedades democráticas avanzadas forman parte de las políticas públicas garantes del bienestar y que, además, contribuyen a la generación de valor económico y social añadidos no sólo por la importancia e influencia sobre los sectores tecnológicamente más avanzados sino también por la consolidación de los valores democráticos de control social y responsabilidad sobre un bien superior y esencial como es la Salud.

Ahora bien, a pesar de la creencia generalizada de que la Salud está influida básicamente por la asistencia sanitaria existen diversas referencias históricas que demuestran que esto no es del todo cierto, por lo que el paso siguiente en este recorrido consistiría en analizar los denominados “*factores determinantes de la salud*” (López I Casasnovas y Ortún, 1998). En este caso, desde, al menos, el Informe Chadwick sobre las condiciones sanitarias de los trabajadores de Gran Bretaña (1842), en donde se señalaba que la salud individual y colectiva estaban condicionadas por el entorno, se ha pasado a que en la actualidad en los países occidentales desarrollados (incluida España) las enfermedades predominantes sean las de tipo crónico. Precisamente, un hito importante en ese intervalo se había producido ya en 1975 cuando bajo la dirección del Ministro de Sanidad de Canadá (Marc Lalonde) se analizó el problema de los determinantes de la salud elaborando un modelo de “*campo de la salud*”.

³ Así, Dubos (1959) la define como el “*Modus vivendi que permite al hombre imperfecto conseguir una existencia recompensante y no demasiado dolorosa mientras se enfrenta a un mundo imperfecto*” y para Doyal y Gough (1991) “*es necesario tener un nivel óptimo de salud física, de autonomía de agencia y gozar de autonomía crítica en el sentido de que la salud está al servicio de la participación social y la libertad individual*”. Recientemente, Corugedo et al. (2000) entienden por Salud el “*Estado caracterizado por la integridad anatómica; la habilidad de actuar personalmente de acuerdo a valores familiares, cumpliendo con los roles laborales y sociales; la habilidad de manejar el estrés físico, biológico y social; un sentimiento de bienestar y el estar libre de riesgos de enfermedad y muerte*” mientras que Elola (2001) la define como “*un estado físico y psíquico, cuyo nivel óptimo depende de la biología y que posibilita tanto la participación del individuo en la sociedad como su autonomía para llevar a cabo su proyecto deseado de vida*”. Por último, para López I Casasnovas y Rivera (2002) es “*un estado de bienestar físico y mental que permite a los individuos realizar sus actividades tanto de trabajo como de ocio*”.

Dicho sistema tuvo un impacto significativo en el debate sanitario internacional de la época además de haberse convertido en un clásico, ya que en el último cuarto del siglo pasado la política de salud ha seguido su estela, al proponer que el nivel de salud de una comunidad venía determinado por la interacción de cuatro variables:

- 1) *Biología humana* (genética y envejecimiento).
- 2) *Medio ambiente* (contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural).
- 3) *Estilos de vida* (conductas de salud).
- 4) *Sistema de asistencia sanitaria*.

De ellas, una casi no se puede modificar (la Biología humana) mientras que las otras tres sí, por lo que sería hacia ellas dónde deberían dirigirse de forma prioritaria las acciones de Salud Pública (Losada et al., 1997 y 1999). De todas formas, es preciso señalar, que todos estos elementos están muy influenciados por diversos factores sociales, ya que se conoce que la salud y la enfermedad están desigualmente distribuidas entre la población y que esto obedece, en gran parte, a diferencias sociales y culturales entre los individuos, grupos y colectividades⁴.

El siguiente aspecto fundamental se refiere a la definición y limitación del concepto de *Servicios sanitarios* que puede convertirse en un auténtico problema, ya que existen solapamientos entre esta área y las de bienestar social y medio ambiente. Al menos, inicialmente los criterios establecidos para delimitar los Servicios sanitarios se han basado en el estudio internacional de Abel-Smith (1969) y en la actualización de dicho trabajo de Maxwell (1981). Así, Abel-Smith define dicho concepto argumentando lo siguiente: “*Servicios sanitarios. Bajo esta rúbrica se consignará la suma de las cantidades correspondientes a los epígrafes de Asistencia Médica, Salud Pública y Enseñanza e Investigación...*”. Por tanto, los diferentes tipos de servicios sanitarios se englobarían en tres grandes grupos:

1) “*Asistencia Médica*”: Incluye los servicios sanitarios prestados por los hospitales y en “*Otras formas de asistencia médica*” estarían además todos los gastos de administración del organismo que facilita el servicio a la asistencia ambulatoria, la asistencia prestada en los Centros de Salud, consultorios y la asistencia domiciliaria prestada en el lugar de residencia del enfermo (domicilio, establecimientos penitenciarios o unidades del M° de Defensa).

⁴ Varios estudios efectuados en Estados Unidos después de la aparición del Informe Lalonde han confirmado diversos aspectos tales como la importancia de los estilos de vida como determinantes de la salud en los países desarrollados, que la distribución de los recursos que destinan al sector de la salud está muy sesgada a favor de la asistencia sanitaria y que las enfermedades causadas por los estilos de vida insanos (cardiovasculares, cáncer, enfermedades de tipo respiratorio de carácter crónico o la cirrosis hepática) son las que mayores costes directos ocasionan a los sistemas sanitarios. En la actualidad, después de todos los avances tecnológicos efectuados, parece persistir este sesgo señalado en su día en este Informe al ser recogido en las estrategias de la OMS hasta incluso en su Informe del 2000. En él también se intentan ordenar los sistemas de salud del mundo de mayor a menor eficiencia mediante el método de análisis de la frontera de producción, si bien éste enfoque es cuando menos discutible además de que sigue siendo complicado determinar el impacto de los determinantes de la salud sobre la misma.

2) “*Salud Pública*”: Sus actividades se relacionan con todas aquellas dedicadas a la promoción y prevención de la salud tales como la promoción de estilos de vida saludables, la higiene alimentaria, la salud medioambiental, la educación sanitaria, el “*screening*” (criba de patologías prevenibles), la prevención de enfermedades crónicas e incapacitantes y de patología infecciosa aguda, la salud laboral, la mental, la escolar, la de los ancianos, la buco-dental, la materno-infantil y la salud en general, la planificación familiar y la sexualidad, las vacunaciones, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y los sistemas de información para el desarrollo de todas estas actividades de Salud pública.

3) “*Enseñanza e Investigación*”: Incluye aquellas actividades realizadas por instituciones sanitarias oficialmente reconocidas y las investigaciones realizadas en el campo de la Salud pública y la asistencia sanitaria tanto por instituciones públicas como privadas.

Precisamente, Maxwell mejoró la aproximación anterior al considerar como Servicios sanitarios los referentes a Hospitales e instituciones similares que prestan servicios médicos (incluyendo los facilitados por los ambulatorios), Atención Primaria, Auto asistencia, Servicios de Salud Pública, Investigación Médica y de servicios sanitarios, Formación de personal de servicios sanitarios y Administración de todos esos servicios. En resumen, la definición de servicios sanitarios de Maxwell es similar a la realizada en su día por Abel-Smith para la OMS y, por ello, es lógico que pueda ser utilizada como referente en adelante en este trabajo a efectos de poder asumir el significado y extensión real del concepto de Servicios sanitarios.

3. Los fallos del mercado y del sector público en la provisión de los servicios sanitarios

En la práctica, si se comparan en la actualidad los sistemas sociales de provisión sanitaria con los de otro tipo de bienes, resulta evidente que en los primeros existe un importante grado de intervención pública. De todos modos, la gran mayoría de los bienes y servicios que constituyen el “*gasto en sanidad*” son bienes privados, ya que en ellos su consumo es rival (beneficios divisibles) y se les aplica el principio de exclusión (técnicamente se les puede aplicar un precio unitario, excepto a servicios como la investigación o la Salud pública). Ambas condiciones hacen de la sanidad un bien comercializable que puede ser producido privadamente aunque, por diversas razones, en la mayoría de países desarrollados (incluido España) se financia y produce principalmente por el sector público ya que es uno de los pilares de los modernos Estados del Bienestar, si bien no deja de preocupar su secular tendencia al alza.

Probablemente, una de las mejores explicaciones de esta importante presencia pública en la sanidad reside en la adopción de un análisis del sector desde una perspectiva normativa.

En este sentido, los teoremas relacionados con la moderna Economía del Bienestar argumentan que la intervención estatal puede aumentar el bienestar social en aquellos casos en los que no se cumplen alguna de las hipótesis que hacen óptima la asignación de recursos del libre mercado. Así, para que el mercado sea óptimo han de cumplirse ciertas condiciones:

a) Debe tratarse de bienes o servicios de consumo rival (la apropiación individual de un servicio hace que nadie más pueda disfrutarla) o, lo que es lo mismo, que no se trate de bienes públicos o de servicios de consumo colectivo que generen importantes efectos externos sobre otros agentes distintos de los que deciden finalmente consumirlos.

b) Han de existir suficientes individuos a ambos lados del mercado como para que cada uno no pueda individualmente influir de forma apreciable en los precios y los tome como dados, es decir, que no existan situaciones de monopolio u oligopolio.

c) La información, sobre la calidad y características de los bienes y servicios intercambiados o sobre las acciones o características de los agentes que influyen en aquellas debe estar distribuida de forma simétrica entre todos los consumidores y productores para que no ocurran situaciones no deseadas de riesgo moral o de selección adversa.

d) Las tecnologías de producción de los bienes y servicios no deben presentar rendimientos crecientes o altos costes fijos, si bien puede ocasionar la inexistencia de equilibrio en el mercado por la imposibilidad de que los precios competitivos cubran los costes totales.

Cuando concurren una o varias de las situaciones anteriores en la provisión de un bien o servicio se dirá que se producen *fallos del “mercado sanitario”* que podrían justificar una intervención pública en la asignación que lo corrija. Sin embargo, es necesario señalar que, aunque menos desarrollada teóricamente, la intervención del sector público (tanto la provisión planificada directa como la intervención indirecta regulatoria) puede no estar exenta de sus propios fallos de asignación que pueden resultar ser más graves de los que intenta paliar, denominados *fallos del sector público* y a los que se volverá posteriormente (Cuadro 1.1).

CUADRO 1.1. LOS FALLOS DEL “MERCADO” Y DEL SECTOR PÚBLICO EN LA PROVISIÓN DE LA SANIDAD

Fallos del “mercado sanitario”	Fallos del Sector Público
La Salud como Bien público y la existencia de Externalidades (tangibles, filantrópicas, “opcionales” y negativas)	La planificación burocrática (sobree expansión del presupuesto y pérdidas de bienestar)
Presencia de rendimientos crecientes a escala (elevados costes fijos) o “monopolios naturales”	Los mecanismos de acción política (compromiso de no-exclusión en sanidad)
La incertidumbre y los problemas de información asimétrica (Riesgo moral y Selección adversa)	Los problemas del Riesgo moral y la “demanda inducida por la oferta”
Conflictos con la eficiencia y equidad	No garantía de la eficiencia y equidad

FUENTE: Elaboración propia

3.1 Los fallos del mercado en sanidad

El paso siguiente en el análisis consistirá en examinar y discutir detalladamente el tipo de “fallos de mercado” que pueden existir en la provisión de servicios de salud:

a) *La Salud como Bien público y la existencia de Externalidades.*

Algunos economistas sostienen que el bien “Salud” de un individuo afecta a toda la sociedad pero ésta no parece ser una postura totalmente aceptable ya que la Salud de una persona le importa fundamentalmente a ella misma (y a sus familiares y amigos) y, excepto en algunas situaciones especiales (por ejemplo, vacunas preventivas de epidemias, tratamiento de enfermedades contagiosas o investigación médica), no tiene ninguna de las características de un bien público o de un bien cuyo consumo genere algún efecto externo (en la mayoría de los casos, puede excluirse a cualquier individuo de los cuidados sanitarios siendo su consumo claramente rival en presencia de recursos escasos). A pesar de todo, en el consumo de atención sanitaria es posible encontrar situaciones en las que se generen efectos externos que supongan un beneficio más allá de la persona que recibe el servicio y que mejoren la productividad de toda la población como pueden ser las siguientes:

- La erradicación de ciertas enfermedades, por tratarse de consumos parcialmente rivales (*Externalidades tangibles*).

- Cuando la salud genere un fuerte sentimiento altruista de modo que el consumo sanitario de los demás incrementase la propia utilidad aunque eso no tuviese consecuencias directas para la salud (*Externalidades filantrópicas*).

- La posibilidad de acceso al servicio sanitario, aunque finalmente no se haga, es beneficiosa ya que sino las fuertes externalidades negativas afectarían al final a la tasa de crecimiento, en términos de individuos productivos contagiados por enfermedades y/o afectados por las respectivas consecuencias familiares (*Externalidades “opcionales”*).

- Por último, una importante clase de externalidades no tiene una relación directa con el sistema de asistencia sanitaria pero constituye también una importante parte del estudio de la Economía de la Salud. Este tipo de externalidades incluye sucesos en los que el comportamiento de una persona afecta a la salud de otra pero en los que el sistema sanitario no necesitaría involucrarse (aunque, en general, acabe haciéndolo). Se incluyen aquí el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales además de los estilos de vida similares que se configuran como Bienes perjudiciales cuyos efectos perniciosos para la salud (*Externalidades negativas*) deben ser asumidos por el sistema sanitario tanto en forma de tratamientos que tienen por finalidad la corrección de sus efectos nocivos sobre la salud como de políticas de prevención de su consumo (concentradas, por ejemplo, en determinados segmentos poblacionales como los jóvenes).

b) *Presencia de rendimientos crecientes a escala o “monopolios naturales”*

Podría justificarse la intervención en los mercados sanitarios por los rendimientos crecientes (o costes decrecientes) o por los elevados costes fijos en la producción de ciertas prestaciones sanitarias (dadas las grandes inversiones requeridas en sanidad), sobre todo en el ámbito local o en determinados cuidados especiales. Así, en muchas áreas rurales la densidad de población es reducida y puede convertir en óptimo no dar cabida a más de un proveedor, pese a que ello cree una situación de monopolio. Esta configuración monopolística determinada por factores tecnológicos se denomina “*monopolio natural*” y puede plantear el riesgo de que determinados agentes no puedan proveer los servicios eficientemente (especialmente, los de costes fijos elevados) porque no alcanzarán el tamaño mínimo para aprovechar las economías de escala como en el caso de la experiencia española de descentralización sanitaria a regiones, en ocasiones, inferiores a los 600.000 habitantes (La Rioja y Cantabria) versus otras equiparables a países pequeños de la UE (Andalucía, Cataluña, Madrid y C.Valenciana)

c) *La Incertidumbre y los problemas de información asimétrica que caracterizan al sector sanitario (Riesgo moral y Selección adversa)*

El análisis económico de los componentes de los “*mercados sanitarios*” iniciado por Newhouse (1970) y Grossman (1972) evidencia como en ellos se producen claras deficiencias que permiten calificarlos, como mínimo, de “*mercados atípicos*”. Así, de entre todos estos problemas derivados de la Teoría relativa a la “*relación de agencia*” se presentan tanto *la Incertidumbre*, inherente en todo el sector sanitario desde la incidencia de la enfermedad hasta el conocimiento de la eficacia del tratamiento médico, como los problemas de asimetrías en la información (*Riesgo moral y la Selección adversa*), apareciendo ambos en dos niveles distintos:

- En la relación entre el proveedor y el asegurado (el médico y el paciente, tal que buena parte de la demanda de asistencia sanitaria la decide el primero apareciendo los problemas de la “*demanda inducida*” por la oferta señalados, entre otros, por Phelps en 1986).

- En la relación entre el asegurador y el asegurado (la Seguridad Social o la compañía de seguros y el paciente potencial o cliente relativo a la aparición de la incertidumbre por el lado de la demanda con relación a la contingencia y a su alcance, tal y como sugirió Arrow en 1963).

c.1) *El Riesgo moral*

Este fenómeno se produce cuando el aseguramiento transforma una transacción bilateral entre proveedor asistencial y paciente en una trilateral entre la aseguradora, el proveedor y el paciente, por lo que éste último se enfrenta a un precio cero al utilizar los servicios asistenciales consumiendo quizás más que la cantidad deseada en caso de no estar asegurado, tal como:

c.1.1) *En la relación entre proveedor y asegurado*

Esta asimetría en la información del “*mercado sanitario*” hace referencia a la relativa poca información que posee el paciente con respecto a la que posee el proveedor sobre diversos aspectos: diagnóstico, tratamientos alternativos, resultados que podrían esperarse y costes del tratamiento entre distintos proveedores (Gisbert, 2002). Así, con unos honorarios por acto médico, el proveedor tendría incentivos para manipular tal información a favor de otra compra de servicios (de curación o tratamiento) que resultaría en una ineficiencia económica dado que el paciente estaría dispuesto a pagar por el diagnóstico más veraz y el tratamiento más efectivo y menos costoso, si bien no posee tal información. La realidad es que, en general, el proveedor siempre tenderá a explotar la diferencia en términos de información por lo que puede que no exista una demanda independiente de la oferta de servicios sanitarios y los mecanismos de mercado no podrían operar (al menos, para cierto segmento de la oferta), debido a los problemas de la “*demandada inducida por la oferta*”⁵ (Phelps, 1997). Por tanto, es el proveedor (en términos generales, el médico) quien por sus conocimientos está capacitado para prescribir la asistencia (consultas, análisis, intervenciones quirúrgicas, medicamentos o estancias hospitalarias) que debe consumir el, por esta razón, llamado paciente. En todo caso, en el actual sistema español de financiación pública el único mecanismo de control real sobre los médicos consiste en la “*reputación*” que éstos desean mantener y éste funciona igualmente bien (o mal) con (o sin) intervención pública. No obstante, según López I Casanovas (1995), este monopolio de la información por parte del médico no debería tampoco exagerarse⁶.

c.1.2.) *Entre asegurado y aseguradora*

Es muy posible que los individuos con seguro médico tiendan a abusar de los servicios asistenciales más de lo que sería socialmente deseable. Así, el paciente asegurado, que se enfrenta a un precio cero al hacer uso de tales servicios, demandará probablemente más atención que la deseada en caso de no estar asegurado debido a que posee también una información adicional sobre la intensidad de sus molestias y sufrimientos difícilmente verificable por el facultativo y que están, sin embargo, cubiertas por el seguro (por ejemplo, las psíquicas).

⁵ Por ello, la Ley de J.B. Say, famoso economista francés, “*la oferta genera su propia demanda*”, tiene en el mundo de la economía sanitaria una especial significación, si bien la asistencia sanitaria se demanda no por el placer que proporciona sino como consecuencia de la pérdida de salud o la amenaza de perderla estando presente en la demanda de seguridad (como en los gastos de defensa) y condicionada por los estilos de vida de la población. En concreto, esta idea de la “*demandada inducida por la oferta*” procede de Evans (1974) y Fuchs (1978), si bien desde ellos han aparecido numerosos trabajos en las publicaciones especializadas.

⁶ Y ello por diferentes razones:

- En teoría, la existencia de una minoría significativa de pacientes relativamente informada puede ser suficiente para poder disciplinar el mercado.

- La relación entre médico y paciente es a menudo personal y no contractual, dependiendo del reconocimiento mutuo y aceptación de derechos y responsabilidades, reforzados por normas tradicionales. Así, el cumplimiento de las normas deontológicas cumple una función supletoria que no hay que olvidar.

- Pauly (1988) demostró que, por lo menos y para el caso americano, alrededor de un tercio del gasto asistencial ambulatorio, domiciliario y de larga estancia se realiza sin problemas de información asimétrica.

Las soluciones más usuales que el libre mercado posee frente a este tipo de problemas suelen basarse en la contratación de seguros parciales que hagan recaer parte del coste de la contingencia de enfermedad sobre el propio asegurado, si bien la mayoría de los sistemas públicos de salud actuales combinan un seguro prácticamente total con una falta de incentivos de los proveedores para actuar como agentes de la aseguradora en el control y detección de los fraudes⁷, por lo que este problema de riesgo moral se acentúa con la intervención pública, que difícilmente podría solucionarlo mejor que el libre mercado.

c.2) *La Selección adversa*

Este problema supone ocultar información por parte del consumidor sobre una situación de riesgo, lo que acabaría quebrando el mercado al convertirlo en incompleto y proporcionaría una cobertura menor a la socialmente deseable. Ello hace que deba obligarse a todos los sujetos a pertenecer al esquema de seguro (no necesariamente con gratuidad universal) y plantea las siguientes relaciones entre los agentes económicos implicados:

c.2.1.) *Entre proveedor y asegurado*

En general, el paciente no posee demasiada información sobre la relación entre medios (tratamientos) y fines (salud en general) o sobre la calidad asistencial con respecto a la que tiene el médico con independencia de que éste pueda aprovecharla en términos informativos. Estas deficiencias se suelen resolver con intervenciones (*barreras de entrada*) con la consiguiente creación de poder de mercado que supone ocultar información sobre una situación de riesgo (regulación sobre certificación, acreditación, práctica médica o fármacos).

Por todo esto, los aspectos de calidad del servicio en general tienen relativamente poca importancia en la demanda de seguro médico, ya que los usuarios tienen poco conocimiento acerca de ella. Los médicos, al igual que la mayoría de las profesiones con alta cualificación y con problemas de asimetría de información (como en el caso de abogados y profesores), además de evitar su culpabilización (por ejemplo, mediante la medicina defensiva que incurre en gastos superfluos y no redundan en el beneficio de los pacientes) han desarrollado asociaciones profesionales que impiden o limitan el flujo de información como la publicidad y la libertad de información sobre sus fallos, errores o conductas impropias por lo que el usuario no tienen más remedio que confiar en que los proveedores de servicios médicos respeten el juramento hipocrático que exige hacer todo lo posible por la salud de los pacientes. En resumen, todo ello hace que sea muy difícil la entrada y salida de los mercados sanitarios alejándoles del comportamiento de los “*mercados perfectos*”.

⁷ Las remuneraciones de los médicos están poco relacionadas con el volumen de gasto gestionado por éstos.

c.2.2.) *Entre el asegurado y la aseguradora*

Otro problema de información asimétrica es el relativo a la diferente propensión de los individuos a contraer enfermedades o a sufrir accidentes. Ello haría que fuese eficiente discriminarlos por riesgos al ofrecerles un seguro que hiciese que los enfermos crónicos o los trabajadores en sectores de mayor peligrosidad laboral pagarán primas más elevadas que los trabajadores más sanos o de sectores más seguros respectivamente. Sin embargo, problemas de asimetría de información en el mercado de seguros médicos entre las propias compañías de seguros y la aseguradora hacen que gran parte de esa información esté más disponible en el lado del asegurado que en el de la aseguradora. El fallo de mercado surgirá porque los individuos que esperan incurrir en relativamente poco gasto asistencial no querrán adquirir una póliza de seguro igual a la de un individuo de alto riesgo. No obstante esto, adquirir la información del coste esperado de cada individuo es costoso para la aseguradora pues, en general, el asegurado sabe más que ésta acerca de su estado de salud. Además, la aseguradora no espera que tal información sea revelada de forma creíble por los individuos pues todos se declararán pertenecientes a categorías de riesgo bajo si esperan que se les ajuste la prima sobre la base de su información. Se produciría así una especie de proceso de “eliminación” de los clientes “buenos” por los “malos” y la compañía se quedaría con estos últimos como los únicos asegurados con lo que el mercado puede desaparecer. En resumen, “solo ofreciendo a todos los individuos una única prima de riesgos promedio llegaría a configurarse un mercado completo de seguros, aunque normalmente ineficiente”. Precisamente, en Stiglitz (1994) se defiende que este tipo de intervención podría ser más eficiente que el libre mercado en algunos casos⁸ (básicamente, cuando la proporción de individuos de alto riesgo no sobrepase cierto nivel).

⁸ En este contexto, un mecanismo que puede disminuir o incluso llegar, en ocasiones, a eliminar los procesos de selección adversa es lo que se conoce como “señalización” (*screening*). La hipótesis es que la compañía de seguros puede tratar de detectar previamente a la firma de la póliza con el asegurado las enfermedades o dolencias de tipo crónico que en algún momento futuro puedan dar lugar a una demanda de atención sanitaria. Así, la “señalización” puede venir por parte de la demanda, pero también puede actuar como mecanismo de discriminación como en el caso de los test con el fin de averiguar los casos de sujetos identificados o “señalizados” como seropositivos dónde se les puede llegar a despedir de su empleo, imposibilitarles encontrarlo o reducirles las posibilidades de promoción y aumentos de sus salarios, sin dar lugar a explicar tales disminuciones en términos de una bajada de su productividad. También puede existir “señalización” por parte de la oferta (*signaling*) si existen incentivos suficientes para que los individuos revelen su estado de salud para mejorar su situación en el mercado.

Estos procesos previos de “*screening*” pueden posibilitar hacer una selección entre futuros asegurados con arreglo a sus niveles de salud, tal que las pólizas del seguro no sólo reflejen aquellas características visibles del individuo (como, la edad) sino aquellas otras inicialmente invisibles y luego detectadas mediante los mecanismos de “señalización” en ciertos procesos de “*screening*” que pueden llevar a cabo las compañías aseguradoras para mejorar la información sobre la salud de los futuros asegurados. En relación con esto, Mas-Colell (1994) ha argumentado que el actual progreso de la tecnología y la ciencia médica está solucionando paulatinamente este problema pues dentro de poco tiempo los análisis genéticos permitirán catalogar a los individuos en categorías de riesgo muy distintas (por ejemplo, con el reciente proyecto Genoma). Así, al ser extremadamente difícil controlar el manejo de esta información, quien pertenezca a categorías desfavorables de riesgo acabará pagando más, acentuándose el problema de la desigualdad a favor de los individuos más sanos. Una posible solución sería la intervención pública a favor de la obligatoriedad de un seguro universal, independientemente de si la gestión sanitaria es pública o privada, si bien ésta sería una intervención motivada por razones éticas que podría entrar en conflicto con la eficiencia económica.

En este sentido, el mercado de seguros médicos posee una demanda altamente inelástica (el volumen de primas contratado es muy poco sensible al precio de las mismas), lo que refleja la gran prioridad indiscutible que los individuos otorgan la salud. Si a esto se añade que los usuarios incurren en costes cuando sustituyen una entidad aseguradora por otra (asociados a la existencia de períodos-puente en los que ciertos servicios médicos no quedan cubiertos), que es difícil evaluar nuevas alternativas y que se pierde capital humano generado a través de la relación continuada entre médico y paciente, ello puede hacer pensar que la provisión privada de servicios sanitarios tiene un alto grado de poder de mercado, concretándose en la existencia de oligopolios en el sector con importantes barreras a la entrada de nuevas aseguradoras para así mantener segmentos de demanda cautiva e imponer precios más altos. En definitiva, esta característica sería suficiente para “condenar” la ineficiencia de la provisión privada de sanidad y para justificar una intervención pública que se podría concretar en la oferta de un seguro público gratuito y/o fuertemente subsidiado que compita en el mercado con las aseguradoras privadas (como sucede en la práctica). Esta intervención no supondría la eliminación del mecanismo de mercado, que atendería determinadas demandas mediante la socialización de la oferta de servicios médicos, sino que daría lugar a la coexistencia simultánea de entidades privadas y públicas de servicios médicos.

d) *Conflictos con la eficiencia y equidad*

Por último, según los postulados de la Economía del Bienestar, el “mercado sanitario” estaría inhabilitado para ejercer de mecanismo de asignación eficiente y distribución equitativa de los recursos sanitarios, es decir, sería difícil que por sí solo cumpliera dichos objetivos.

3.2 La intervención pública en sanidad

Tal y como ya se ha señalado, existen varias razones que hacen que no sea posible confiar en la responsabilidad individual como garante de la eficiencia en la asignación de recursos y justifican que el Sector Público se implique en la provisión de servicios sanitarios:

a) Existencia de “fallos del mercado sanitario”

Esto es así a pesar de que la Atención sanitaria sea un bien predominantemente privado y aún cuando las respuestas institucionales al “fallo del mercado sanitario” generen efectos secundarios. Precisamente, éstos hacen que tanto el sector público como las familias o empresas sanitarias se encuentren atrapadas en un difícil problema, consecuencia de la carencia de información respecto del coste y de la eficacia de las distintas alternativas terapéuticas además de la calidad de los resultados en función del prestador. Sin embargo, también existen más argumentos que apoyan este planteamiento tales como los siguientes (Cuadro 1.2):

CUADRO 1.2. LA INTERVENCION PUBLICA EN LA SANIDAD

Argumentos a favor	Mecanismos de intervención
Existencia de “fallos del mercado sanitario”	El Modelo burocrático (provisión y producción pública)
¿Influencia del gasto sanitario en el crecimiento económico?	El Modelo de Competencia pública
El paternalismo del Estado	La Competencia simulada dirigida (provisión pública por la Autoridad administrativa con producción pública y privada)
El principio ético redistributivo	La Competencia simulada descentralizada (provisión pública por elección del usuario con producción pública y privada)

FUENTE: Elaboración propia

b) *¿Influencia del gasto sanitario en el crecimiento económico?*

Para algunos economistas el gasto social con fines redistributivos solo despilfarra los recursos escasos mientras que otros sostienen que puede facilitar el crecimiento económico, si bien empíricamente es difícil determinar quién tiene razón⁹. Así, desde una perspectiva macroeconómica de crecimiento a medio plazo, el gasto sanitario puede tener un pequeño efecto positivo sobre la tasa de crecimiento de la productividad y empleo, aunque resultaría difícil aislar su efecto del de otros factores¹⁰. La posición generalmente aceptada sostiene que en una economía avanzada el gasto sanitario no puede considerarse una inversión en capital humano debido a que la reducción en las tasas de mortalidad tiende a ser pequeña y se produce entre los ancianos que no contribuyen directamente a la producción. En cuanto a la Salud como Bien preferente (obligación) y Razones de equidad (derecho), algunos economistas sostienen que las intervenciones públicas en la sanidad, tanto de carácter activo (provisión de cobertura médica a toda la población) como la regulación de mercados relacionados con ellas (medicinas, sangre, alimento o drogas), son de carácter no individualista y difícilmente racionalizables por lo que para justificarlas sería preciso argumentar la prevalencia de lo ético sobre lo económico. Por ello, ambos tipos de intervenciones estarían basadas en los siguientes dos principios básicos:

c) *El paternalismo del Estado*

Según esto, el Estado se supone a sí mismo mejor informado y mejor juez de qué es lo que conviene a los individuos que ellos mismos, lo que le llevaría a prohibir el consumo de determinados bienes (drogas ilegales o medicamentos y técnicas curativas no reguladas).

⁹ En términos generales, los gastos sociales podrían incrementar la productividad de la economía bien porque el Estado proporciona inversión en servicios públicos (como la sanidad) que el mercado suministra de un modo ineficiente bien porque la Seguridad Social (incluyendo el gasto sanitario) y las transferencias proporcionadas por el Estado tienden a reducir el absentismo laboral y a elevar la moral de los trabajadores y reducir su resistencia y la de los sindicatos al permitir el desplazamiento de recursos a actividades nuevas y más productivas.

¹⁰ En general, cuando a medida que aumenta la renta del sujeto se demande una menor cantidad de bienes y servicios nos encontraremos con los Bienes inferiores (por ejemplo, alimentación) mientras que otros verían aumentada su demanda con la renta (por ejemplo, productos de lujo) siendo éste el caso de los Bienes superiores. En general, en los países desarrollados al aumentar la renta aumenta el consumo de asistencia sanitaria, si bien el efecto de los incrementos de renta en la demanda de asistencia sanitaria es más complejo ya que puede que el incremento de renta lleve aparejado estilos de vida que producen mayor demanda (obesidad o mayor consumo de alcohol) o bien puede permitir conductas saludables reductoras de la demanda (vivienda saludable, mejor alimentación o mayor consumo de medicina preventiva).

En este caso, se consideraría a la sanidad como un “*Bien preferente*” y como un derecho ya que su consumo se asumiría como necesario (al menos, hasta ciertos niveles mínimos), con independencia de las preferencias individuales (Fuentes Quintana, 1990). Asimismo, la Salud se desearía tanto en calidad de bien de consumo complementario a otros bienes deseables en la vida como de bien de inversión¹¹.

d) *El principio ético redistributivo*

Dicho precepto sostiene que nadie debe tener un acceso preferente a los elementos esenciales para conservar la vida por el hecho de poder comprarlos y que nadie debe sacar provecho de la venta de su propio cuerpo por lo que se justificarían así intervenciones como la cobertura médica pública y la prohibición de comercialización de sangre y órganos. En este sentido, la asistencia sanitaria se concebiría como un derecho dado que el acceso a su consumo debería hacerse en condiciones de igualdad, es decir, con independencia de otras características del sujeto distintas de su necesidad sanitaria. Este principio ético supone así la negación del individualismo como guía exclusiva en el ámbito moral y la consideración de la salud como un bien singular y diferente a otros bienes privados. Por tanto, la justificación ética de la intervención pública en la sanidad, al igual que la justificación de otros principios éticos como la no-discriminación o la no-explotación, debe basarse en la creencia de que existen valores éticos superiores al individualismo, si bien éste sigue siendo un argumento bastante discutible¹².

3.3 Los fallos de la provisión pública en sanidad

No basta con la simple presencia del sector público en el sector sanitario¹³ para garantizar los objetivos que justificaron suficientemente su intervención, ya que su respuesta puede producir una serie de efectos perjudiciales que, por tanto, no son exclusivos del sector privado y que son los denominados “*fallos del sector público*” (Cuadro 1.1):

¹¹ En este mismo contexto se enmarcaría el denominado *igualitarismo específico* según el cual la sociedad está preocupada no sólo por la igualdad de ingresos sino también por la igualdad de otros objetos determinados que no deberían depender del mercado. Así, tal y como no se permite la compra o venta de votos y se intenta que el ámbito político quede un poco distante del mercado, las decisiones sobre la vida y la muerte no deberían quedar sometidas al mercado. Desde esta perspectiva, se han elaborado diferentes criterios para evaluar la protección o cobertura que diferentes tratamientos médicos proporcionan a los individuos para el fin último de garantizar sus capacidades básicas. No obstante, el problema de la aplicación de criterios éticos a los problemas de asignación de recursos sanitarios reside en la dificultad de evaluar mediante indicadores aceptables, prescindiendo de criterios utilitaristas como la manifestación del deseo de servicio y su compra en el mercado, las necesidades de salud de los distintos individuos así como el grado en que éstas se ven cubiertas por los distintos tratamientos alternativos. En este sentido, según Grossman (1972) “*invertir en salud aumenta el flujo de días saludables de los que dispone en individuo, con lo que mejoran en todos sus extremos las opciones entre tiempo de ocio y trabajo (renta) e incluso se ayuda a mejorar la retribución por tiempo trabajado (salario unitario más alto, por mayor productividad)*”. De todos modos, muchos sospechan del altruismo de este argumento al creer en la soberanía y libertad del consumidor.

¹² De todos modos, esta justificación no está libre de críticas tales como que el consumo permitido de tabaco y bebidas alcohólicas tiene un efecto mucho más grave en la expectativa de vida media que el acceso a la asistencia médica más cara y que si preocupará la expectativa de vida de los pobres se dirigirían más recursos a garantizar su buena alimentación o a facilitarles la medicina preventiva lo que, como ya se ha demostrado, tienen un efecto mucho más profundo que los enormes gastos de tratamiento de enfermedades agudas.

a) *Fallos derivados de la planificación burocrática*

Frente a la hipótesis del planificador “*benevolente*” tradicional, han surgido modelos que atribuyen un peso destacado en el sistema de adopción de decisiones a los agentes burocráticos y a su planificación, inspirados en los trabajos de la “*Teoría de la burocracia*” (Niskanen, 1971; Tullock, 1965). Según ellos, las asimetrías de información entre quienes aprueban los programas de gasto (parlamentos en sistemas democráticos) y los encargados de ejecutarlos (agencias burocráticas) introducen un sesgo a favor de las segundas, de modo que la mayor información de la que éstas disponen acerca de las condiciones de producción de los bienes y servicios públicos les coloca en una posición cuasi monopolística que podría ser explotada en su beneficio. La hipótesis de que los burócratas en calidad de gestores sanitarios, al no serles transferido el riesgo y al convertir en público el interés particular, tienen objetivos egoístas (maximizan sus ganancias privadas, monetarias y/o en especie y fallan al planificar) y positivamente correlacionados con el presupuesto llevaría así a una sobre expansión del mismo por encima del óptimo¹⁴. Como resultado, sería posible que las ganancias potenciales en eficiencia que una intervención pública debiera aportar se vieran anuladas por la pérdida de bienestar, especialmente en una sociedad más sensibilizada sobre el mercado asistencial.

b) *Fallos derivados de los mecanismos de acción política*

Los ciudadanos de sociedades modernas no dejan también de ser sensibles a la desgracia de los demás por lo que, con frecuencia, encontrarían intolerable que los enfermos no fueran bien atendidos. Es decir, el Estado tendrá realmente problemas de incentivos debido a la ausencia de competencia y a la imposibilidad de cierre del sistema siendo esto bien conocido por los ciudadanos que podrían optar por ahorrarse los gastos del seguro privado en la convicción de que, ante la contingencia de caer enfermos, sus gastos sanitarios serían cubiertos por la sociedad o el Estado. Si todo el mundo razonase así, nadie se aseguraría en un sistema sanitario de participación voluntaria y, finalmente, sería el Estado el que financiaría su atención médica. Este problema tendría fácil solución si el Estado demostrará su firmeza en el compromiso de no ayudar a aquellos que no puedan pagarse su atención sanitaria con lo que todos los individuos asumirían la responsabilidad del mantenimiento de su propia salud y se asegurarían en el mercado, que alcanzaría así la eficiencia guiada por la “*mano invisible*”.

¹³ En la práctica, puede considerarse que ningún Gobierno ha conseguido garantizar satisfactoriamente la Asistencia sanitaria pese a su esfuerzo económico, a las soluciones políticas ensayadas y a ser un bien preferente.

¹⁴ España es quizás uno de los países occidentales en los que resulta mayor la diferencia entre la efectividad del sistema sanitario (en relación a los recursos sanitarios gastados evaluada mediante indicadores sanitarios) y el grado de satisfacción que sus prestaciones generan entre los ciudadanos, medido a través de encuestas. A este respecto, posiblemente la razón está en la excesiva tutela que sobre la utilización de los servicios ejerce la autoridad sanitaria que no siempre acaba favoreciendo al usuario. De este modo, en la práctica se demuestra que ni la información disponible garantiza la eficiencia asignativa por parte de la administración sanitaria, ni las decisiones tomadas sobre esta base están exentas de coste para el ciudadano, en términos de pérdida de bienestar generadas por la posible frustración de expectativas a una asistencia más individualizada y a una mayor libertad de elección.

No obstante, un Gobierno con la pretensión de salir reelegido ante la irreversible posibilidad de abandonar a su suerte a algunos ciudadanos “*aprovechados*” acabaría financiando su asistencia sanitaria. Precisamente, esta incapacidad de los sistemas políticos actuales de Estados del Bienestar a comprometerse es la que causaría el fallo (o ausencia) de mercados de salud privados, por lo que es defendible la superioridad de un sistema de seguro obligatorio.

c) *Riesgo moral y el problema de la “demanda inducida por la oferta”*

Si bien la presencia de un asegurador público facilita la corrección de problemas del “*mercado sanitario*”, como la selección adversa o la presencia de externalidades, su naturaleza pública no le exime de otros fallos que comparte con el sector privado y que son el riesgo moral y el problema de la demanda inducida por la oferta, ya explicados anteriormente.

d) *No garantía de los objetivos de eficiencia y equidad*

Por un lado, la experiencia en los países de nuestro entorno evidencia que el sector público sanitario, especialmente en su vertiente productora, puede distanciarse del objetivo de *eficiencia* ya que hace especial énfasis en la legalidad y “...*genera un descontrol del gasto y una ineficaz e ineficiente utilización de los recursos públicos*” (Barea y Gómez, 1994). Así, hasta la fecha ningún sistema sanitario ha sido capaz de medir de forma eficiente la cantidad y calidad de la asistencia prestada por los diferentes centros (hospitales principalmente) por lo que, en la práctica, tanto al sector público como a las entidades aseguradoras, familias o empresas les ha resultado difícil controlar el gasto sin afectar a la calidad del servicio, si bien esto puede cambiar con el desarrollo reciente de las tecnologías de la información. Por otro lado, el objetivo de *equidad* en la distribución del gasto sanitario tampoco está garantizado por el simple hecho de estar financiado mayoritariamente por el sector público, dado que un sistema sanitario público caracterizado, por ejemplo, por la gratuidad en sus prestaciones y por un racionamiento basado en las colas puede no asegurar la equidad en el acceso a la atención sanitaria y, menos aún, la equidad en la utilización del sistema.

3.4. Las posibilidades de intervención en los mercados sanitarios

Ante las dificultades en el control del creciente gasto sanitario, en la década pasada se ha producido un creciente debate público sobre las posibilidades de intervención de los sistemas sanitarios. De esta forma, se argumentaba la necesidad de reformar los sistemas sanitarios¹⁵, principalmente los Sistemas Nacionales de Salud (acceso y cobertura universal), basándose en la imposibilidad de mantener el elevado paternalismo existente en la tutela de los cuidados de salud en sociedades tan desarrolladas.

¹⁵ En la pasada década de los noventa, el White Paper británico, Informe Dekker holandés, Competencia pública en Suecia, Reformas en los países del Centro y Este de Europa e Informe Abril en España.

La frustración de expectativas hacia mejores servicios ha forzado a replantearse la actuación pública, tanto en materia de elección de proveedor sanitario como incluso en cuestiones de ordenación de prestaciones sanitarias, dónde la financiación atiende al origen de los fondos, la provisión se define según quién asume la responsabilidad directa de los servicios frente al usuario y la producción a la vista de la titularidad del agente que produce el bien o servicio. Así, las posibilidades abiertas desde la óptica de intervención como búsqueda de la mayor eficiencia en la prestación de los servicios sanitarios (López I Casanovas, 1995) pueden instrumentarse básicamente a través de cuatro modelos (Cuadro 1.2):

a) *El Modelo Burocrático*: En él, la propia Administración Pública es quien decide la compra del servicio (provisión), realiza el suministro (producción) y trabaja con estructuras jerárquicas, presupuestos globales y sobre la base de los principios de autoridad y lealtad.

b) *El Modelo de Competencia Pública*: La decisión de compra de servicios la realiza según la elección directa o indirecta del usuario, aun manteniendo la financiación y/o producción de estos servicios bajo dominio público. Así, se crearía un mercado restringido a productores públicos en el que ganarían protagonismo los elementos de elección (“voice”) por parte de los usuarios siendo Suecia el país de referencia en este sentido.

c) *La Competencia Simulada Dirigida*: Simula competencia entre suministradores u oferentes del servicio (producción pública y privada) bajo una misma envolvente de provisión o compra de servicios (monopsonio público) y de financiación (total o parcial) pero la decisión de compra de los servicios se guiaría exclusivamente por la autoridad administrativa. Se caracteriza por franquicias, financiación según actividad contratada, restricciones de entrada, posibilidades de salida o “exit” y poder de mercado.

d) *La Competencia Simulada Descentralizada*: Igual a la anterior pero en ella existe decisión de compra del usuario, en un contexto de mercado regulado, financiación según elección (“voice and exit”), restricciones de entrada e irrelevancia de la disposición a pagar.

En este sentido, dejando aparte el rígido Modelo Burocrático¹⁶, el Modelo de la Competencia Pública supone la concurrencia por parte de los centros suministradores por una financiación limitada distribuida según niveles de actividad, dentro de un global determinado y a una evaluación de eficiencia relativa de costes por actividad. Ayuda también a la simulación de la competencia el establecimiento de precios de transferencias, ya que la imputación de los costes vinculados a los distintos outputs intermedios de la cadena de valor del servicio incentiva la eficiencia en la medida en que los centros decisores de gasto son capaces de valorar los outputs a la vista de los costes.

¹⁶ En el que quien compra el servicio y realiza su suministro es la propia Administración Pública, lo que supone aceptar el coste histórico heredado y el incrementalismo presupuestario.

No obstante, las posibilidades de reforma del modelo vendrían dadas por la introducción de elementos contributivos del tipo *bonus/malus* o pagos complementarios. Por otro lado, la Competencia Simulada Dirigida supone un mercado de oferta donde productores públicos y privados estén presentes mientras que la decisión de asignación proviene de los usuarios directamente o bien a través del gestor público. Implica formas de control más sensibles a la realidad y a las características de la producción y una mayor adaptación a costes relativos cambiantes así como la adopción de innovaciones además de las ventajas sobre el bienestar de los usuarios derivadas del aumento de las opciones de consumo. No obstante, su puesta en práctica no deja de tener importantes problemas de gestión y organización del procedimiento, si bien la Competencia Simulada Descentralizada puede reformarse mediante la introducción de elementos contributivos complementarios sustitutivos y alternativos. Por ello, la política sanitaria ha de tener una visión más amplia e integrada en la que los proveedores sanitarios se responsabilicen de la mejora del estatus de salud de la población asignando los recursos, tanto en la oferta sanitaria como en otras políticas sociales eficaces (McFarlan y Oxley, 1995).

4. Una perspectiva teórica del proceso de descentralización de la sanidad

En este apartado se intenta realizar una revisión de la literatura existente de la Teoría económica del Federalismo Fiscal para así poder analizar las posibles justificaciones teóricas al actual proceso de descentralización sanitaria en España, objeto de estudio posteriormente.

4.1 Argumentos teóricos sobre la descentralización.

Analizar la conveniencia de descentralizar la Sanidad, entendida como “*la transferencia a diversas entidades de parte de la autoridad sanitaria que antes ejercía el gobierno supremo del Estado*” desde una perspectiva teórica es una tarea bastante compleja ya que, por un lado, existen argumentos de equidad que hacen aconsejables su provisión centralizada y, por otro lado, existen ganancias de bienestar cuando se descentralizan las decisiones sobre dicho bien. Así, una de las características más deseables de la descentralización territorial en materia de sanidad es la adaptación de la política sanitaria a las necesidades y preferencias territoriales. Desde esta perspectiva, cualquier proceso transferencial hará aparecer diferencias, reflejo de diferentes necesidades sanitarias (características demográficas, socioeconómicas o estado de salud), de condicionantes económicos generales (que provoquen un encarecimiento relativo de los inputs sanitarios) y de preferencias sociales (sobre la base de un mayor esfuerzo fiscal o en el “*efecto desplazamiento*” de otras partidas de gasto público de la entidad subcentral). Además, en el Bien Sanidad existirían ciertas características que podrían ser descentralizadas mientras que otras, por su importancia para el conjunto de la nación, tendrían que continuar siendo exclusivas del Gobierno Central. De todos modos, para no complicar el debate teórico, se supondrá que, sin pérdida de generalidad, se le puede tratar como un bien homogéneo.

CUADRO 1.3. EL DEBATE TEORICO SOBRE LA DESCENTRALIZACION SANITARIA

Argumentos a favor	Argumentos en contra
Diversificación en provisión del bien según preferencias y necesidades de distintas jurisdicciones (atendiendo a diferentes gustos) ya que la Sanidad es un Bien Público impuro	Universalización de la Sanidad a todos los colectivos y externalidades sanitarias (Tendencia hacia la uniformidad al ser la Salud un input fundamental para formación del capital humano y el sector sanitario un mercado atípico)
Menores fallos del Sector Público al controlarse mejor el proceso burocrático (sanidad-“ <i>preferencias fuertes</i> ”)	Posibilidad de que se incrementen costes administrativos y fallos de mercado
Mayor corresponsabilidad fiscal	Externalidades derivadas de movilidad de los ciudadanos y del tipo de sistema impositivo
Mayor competitividad (menores costes y mayor calidad) aunque ligada a mayor necesidad de coordinación	Posibles problemas de coordinación que provocarán agravios comparativos
Mayores posibilidades de converger en políticas sanitarias, poder establecer innovaciones y ser difundidas a posteriori	Menores posibilidades de converger y desarrollar experimentos e innovaciones en alguna jurisdicción

FUENTE: Elaboración propia

En una primera aproximación, todos los fundamentos de eficiencia vinculados a la descentralización son aplicables a la provisión de servicios como la Sanidad. Así, las ganancias potenciales a partir de dicha fuente podrían ser las siguientes (Cuadro 1.3):

1) Puede aceptarse la hipótesis de que la descentralización aumenta la receptividad de los Gobiernos para atender de manera diferente las preferencias y las necesidades de los distintos territorios. Es decir, *diversificar la provisión de bienes y servicios públicos*, ya que así se *da solución a la “tendencia a la uniformidad”* (Oates, 1972; King, 1988) que tienen los Gobiernos Centrales al establecer la provisión de un bien o servicio público¹⁷.

2) Acercar a oferentes y demandantes, induciendo así una minimización de alguna manera de los costes inherentes a la provisión, lo que provocaría un mejor control sobre la burocracia y, por tanto, *menos fallos del sector público*. Con esto se lograría *mejorar la eficacia y la eficiencia de los servicios públicos al acercar la Administración a los ciudadanos*, si bien una excesiva dinámica descentralizadora puede desembocar en una creciente complejidad e interdependencia entre niveles de gobierno no siempre deseada. En todo caso, si los ciudadanos prefieren que la presión fiscal disminuya es de esperar que los incentivos para el control del gasto público subcentral aumenten mientras que los países en los que la opinión pública concede mayor prioridad a la mejora de los servicios públicos que a la reducción de los impuestos o al control del gasto la descentralización promoverá el aumento del gasto público. De todos modos, la sanidad ocupa uno de los primeros lugares en la lista de políticas públicas por las que los ciudadanos mantienen “*preferencias fuertes*”, es decir, aquellos servicios por cuya mejora los ciudadanos estarían realmente dispuestos a pagar más.

¹⁷ Reconociendo las diferencias entre colectividades que debe derivar en expresiones en la organización política y administrativa territorial, lo que hace que la percepción de que los servicios sanitarios responden a lo que la población demanda de ellos sea uno de los elementos fundamentales de su legitimación (Elola, 1994).

3) *Incrementar la corresponsabilidad fiscal* (en sintonía con el término inglés “*fiscal accountability*”) que incluye el sentido de “*dar cuenta*” y el de “*representar*” además del de responder en términos fiscales, pero también legales o económicos, del funcionamiento de los servicios, al depositar parte de las decisiones de gasto y financiación en el nivel territorial.

4) *Introducir esquemas de competencia entre los gobiernos territoriales* lo que se traduciría en menores costes o en incremento de la calidad, *pero permitiendo la cooperación*, antídoto adecuado frente a los efectos no deseados de la competencia entre jurisdicciones.

5) La descentralización sanitaria podría generar a medio plazo un proceso de *convergencia de las políticas sanitarias* impulsado en un primer momento por los sindicatos y después por la cooperación intergubernamental, la socialización profesional, la labor de difusión realizada por las sociedades científicas, los experimentos e innovaciones (realizados con menor perjuicio que en el ámbito central y pudiendo ser imitados entre las diversas jurisdicciones subcentrales) y la circulación de expertos a través de esas Administraciones de menor nivel que el central (Rico, 1998).

Además, al considerar el caso concreto de la Sanidad hay que tener en cuenta que está encuadrada dentro de un tipo de Bienes públicos¹⁸ en el cual su prestación va a abarcar todas aquellas actuaciones de las autoridades públicas destinadas a satisfacer las necesidades del colectivo. Entonces su demanda, tanto en términos cualitativos como cuantitativos, va a poder variar enormemente en función de las categorías de renta de los ciudadanos individuales que componen la colectividad y además según la teoría pueden tener una cierta dimensión territorial. No obstante esto, concluir que la Sanidad es un Bien público sería encuadrarlo dentro de una categoría demasiado amplia. Así, siguiendo a Fernández Gómez (1993), en realidad existen tres grandes categorías de Bienes públicos: Bienes públicos puros, impuros y de carácter local. La Sanidad en su sentido más amplio de necesidad preferente pertenece así a la categoría de Bienes públicos impuros, ya que es un bien que incumple el requisito de no-rivalidad, como consecuencia de la existencia de costes de congestión en su consumo. Dado que la Teoría del Federalismo Fiscal establece que los Bienes y Servicios públicos impuros van a ser candidatos al suministro regional, la descentralización¹⁹ puede conducir a ganancias netas de eficiencia en la provisión de servicios como los sanitarios.

¹⁸ Aquellos que, entrando en la función de utilidad de distintas personas, son indivisibles y no excluibles.

¹⁹ Es decir, la ventaja principal de la descentralización va a ser la mejora en el proceso de adopción de decisiones al fragmentar el problema de estimación de necesidades y preferencias en subproblemas más tratables acercando las decisiones a los beneficiarios, argumentos en los que se basan dos de los pilares de la Teoría del Federalismo Fiscal: el Teorema de Tiebout (1956) y el Teorema de la Descentralización de Oates (1972).

Por otro lado, no sólo son importantes los argumentos de eficiencia²⁰ sino también los de equidad²¹ que justifican la intervención directa del Gobierno Central en la provisión de determinados servicios sanitarios²² (Phelps, 1997; Fowland et al., 2001).

En resumen, lo que se observa es que, en el ámbito teórico, existen posturas contrapuestas que, en la práctica, se resuelven compartiendo las responsabilidades de provisión entre los diferentes niveles de gobierno y dejando en manos de cada uno de ellos aquellas funciones que generen un mínimo de efectos externos ínter jurisdiccionales²³. Así, el Gobierno Central debe garantizar el acceso equitativo a los servicios sanitarios mientras que la responsabilidad financiera del Gobierno territorial es consustancial a los fines de la descentralización. En la medida en que el gasto sanitario de las Haciendas regionales alcance cotas considerables éstas se verán abocadas a la utilización de impuestos fundamentados en la capacidad económica del contribuyente para que así se facilite a los consumidores de los bienes públicos una adecuada evaluación del coste y los beneficios obtenidos de cada programa de gasto público. Para alcanzar esto, la asignación de tributos propios a los gobiernos subcentrales tendría que obedecer a los principios teóricos del Federalismo Fiscal aunque cualquier tipo de solución ha de tener en cuenta la disponibilidad de recursos de los distintos niveles de gobierno, ya que la base tributaria territorial puede que, en la práctica, esté muy desigualmente distribuida.

4.2 Las fórmulas de descentralización

En cuanto al proceso descentralizador es necesario señalar también la existencia de diversas “*fórmulas de descentralización*” que pueden clasificarse en dos sistemas diferentes en función de los criterios de descentralización predominantes y de las características de las entidades en que se produce la descentralización (Cuadro 1.4).

²⁰ Como la generación de externalidades sanitarias que afectan a todo el territorio, externalidades derivadas de la movilidad de los ciudadanos y del tipo de sistema impositivo que se elija para la financiación subcentral y la posible existencia de fallos de mercado como la lucha de precios y el poder de mercado.

²¹ Entre otros, universalización de la sanidad, la salud como input fundamental para la formación de capital humano y los rasgos característicos del sector sanitario relativos a la existencia de fenómenos como la incertidumbre e información asimétrica que hacen que se le considere como un mercado atípico.

²² Así, según Rubinfeld (1979), el requisito de igualdad del gasto en cada área de servicio puede crear inequidades (e ineficiencias en el consumo) en situaciones que, en principio, eran acordes con la equidad, ya que familias con gustos diferentes pueden preferir diferentes combinaciones de servicios públicos. Ese argumento a favor de la provisión descentralizada pone de manifiesto uno de los principales conflictos del federalismo, *autonomía versus equidad*, principios contrapuestos aunque se acercarían bastante si se incluye en la función de utilidad social las diferencias interterritoriales en las preferencias de los individuos como variable explicativa de los distintos grados de prestación de servicios en función del territorio. La conformidad de la provisión descentralizada de bienes y servicios públicos con la equidad podría exigir que se maximizase lo que Olson (1969) denomina principio de “*equivalencia fiscal*”. Es decir, se trataría de minimizar el conflicto entre quienes obtienen mayor provecho de la actuación pública y quienes deben pagar en mayor medida por ella, lo que únicamente se conseguiría distribuyendo el coste de los servicios en función del principio del beneficio. No obstante, si al descentralizar se quieren seguir cumpliendo los objetivos de equidad individual (horizontal y vertical) y regional (igualdad de la posición fiscal de las distintas regiones), sería necesario establecer un sistema adecuado de transferencias intergubernamentales, lo cual supondría introducir una restricción adicional en el diseño del sistema de financiación de las haciendas subcentrales.

²³ En este sentido, el grado de descentralización del gasto no tiene porqué coincidir con el grado de descentralización en la definición de las políticas públicas (Castells, 2001).

CUADRO 1.4. LAS FORMULAS DE DESCENTRALIZACION SANITARIA

Según los criterios de distribución predominantes	Según las características de las entidades descentralizadas
Funcionales	Desconcentración (forma vertical o integrada)
Geográficos	Devolución
	Delegación
	Privatización

FUENTE: Elaboración propia a partir de Rondinelli et al. (1981), Mills (1991) y Rey (1998).

1) En cuanto a la primera, al analizar un proceso de descentralización *sobre la base de los criterios de distribución predominantes*, éstos pueden ser de dos tipos:

a) *Funcionales*: Se centran en la distribución de funciones sanitarias entre los niveles centrales y periféricos. Así, las entidades a las que se les otorga un papel (aseguramiento, compra de servicios o su provisión) pueden ser de nivel muy diferente en relación con los grupos de población respecto a los cuales tienen que cumplir su función respectiva. Además, pueden estar coexistiendo niveles de descentralización diferentes en un mismo proceso descentralizador, si bien es preferible la existencia de un nivel “*principal*”.

b) *Geográficos*: En ellos lo más importante a tener en cuenta es la forma de distribución territorial de las responsabilidades como España con un nivel “*principal*” (regiones²⁴).

2) En lo referente a la segunda clasificación, es decir, *según las características de las entidades descentralizadas* para el terreno sanitario, la descentralización de este tipo de servicios puede adoptar cuatro fórmulas diferentes:

a) *Desconcentración*: Consiste en una transferencia de un determinado grado de autoridad administrativa a delegaciones de nivel medio o local por parte del Gobierno Central. Por tanto, es un proceso transferencial administrativo que se corresponde con una descentralización *funcional* y que puede producirse sólo en un ámbito determinado de servicios por lo que tiene también una proyección *geográfica* importante. A su vez, según las formas de relación con las Autoridades Centrales, puede ser: *Vertical* (cada responsable ministerial en el ámbito subcentral lo es ante su propio Departamento directamente) e *Integrada* (con un representante que coordina las funciones dependientes del nivel central en el ámbito subcentral), dónde la coordinación con otros servicios relacionados con los sanitarios resulta más fácil.

²⁴ Si bien no son homogéneas en cuanto a su tamaño poblacional lo que hace que en el caso de las menos pobladas (por ejemplo, Cantabria o La Rioja) no se alcanzará el umbral necesario para ser considerada como “*región sanitaria*” a efectos de la planificación sectorial. Es por ello que la creación de diferentes Servicios de Salud Autonómicos dotados de un poder político considerable y dirigidos por Gobiernos autonómicos de distintos colores políticos e ideológicos en función de los procesos electorales que compiten entre sí y con el Estado central, convierte a nuestro país en uno de los terrenos de juego más prometedores para la investigación sobre los procesos de reforma de los Estados de Bienestar (Rico, 1998).

Además, en este caso, la relación entre la entidad central y las entidades descentralizadas es de subordinación y, por tanto, se utilizan normas del propio órgano central al diseñar los límites en los que deben desarrollarse las actuaciones de las entidades descentralizadas y si aparece algún conflicto éste se resuelve mediante la apelación a la autoridad, impuesta con sentido jerárquico desde los niveles más altos. Resultan pues procesos en los que es fácil volver atrás dado que el poder fundamental se mantendría sin descentralizar al igual que las normas descentralizadoras.

b) Devolución: Implica la creación o refuerzo de niveles de Gobierno inferiores al estatal a los que se les atribuyen responsabilidades más amplias que las administrativas para el desarrollo de determinadas funciones asemejándose a fórmulas de descentralización de tipo *geográfico* en el contexto de cambios políticos más amplios y afectando a un número considerable de servicios y actividades. En este sentido, el proceso de descentralización español tendría como característica esta devolución, si bien podrían existir tensiones en cuanto a la financiación. Las fórmulas de coordinación de los servicios sanitarios que se descentralizan varían entre la constitución de servicios independientes y el mantenimiento de una organización común de funcionamiento descentralizado siendo lo más adecuado la coordinación entre servicios de territorios diferentes, si bien ello no siempre será posible en la práctica.

Esta Devolución implica que la definición de sus poderes y competencias se refleje en normas de rango más alto, si bien se produce una mayor precisión de la distribución de competencias en un sector, como el sanitario. Es por ello que, al poder superponerse las competencias, su ejercicio presenta problemas, si bien el resultado final de las competencias puede ser de dos tipos: *Exclusivas*, si una sola entidad (o varias del mismo nivel) las ejerce y *Compartidas*, si entidades territoriales diferentes y de distinto nivel las ejercen. En concreto, lo habitual en el caso de las competencias sanitarias es que sean *Compartidas* y que las entidades descentralizadas tengan capacidad no sólo de ejecución sino de desarrollo legislativo sobre la base de definiciones generales estatales más amplias. Dicho grado de responsabilidad política tiene relación con la forma de atribuir las competencias:

- *Competencias propias:* Al atribuirse las competencias directamente por las normas correspondientes a las entidades que las ejercen.

- *Competencias delegadas:* Siendo competencias atribuidas por las normas de mayor rango a determinado nivel territorial como propias pero respecto de las que se prevé la posibilidad de su traspaso para el ejercicio concreto a una entidad de nivel inferior que ejerce esa competencia de modo “*delegado*”. Esta forma de ejercicio de la competencia se diferencia también de la propia por su reversibilidad, ya que basta que la entidad que la delega retire el encargo de la gestión para poder recuperar así la competencia propia.

Como es lógico, los conflictos sobre competencias se presentarán de manera más frecuente en los casos de las Compartidas (como en las sanitarias) y dado que en este tipo de procesos su regulación tiene lugar mediante normas de rango constitucional, lo habitual será que la solución tenga que producirse en el Tribunal Constitucional del país correspondiente, siendo algo extraordinario ya que lo importante es la cooperación. En cuanto a las posibilidades de reversión del proceso, éste es el caso opuesto al anterior ya que modificar las decisiones de descentralización supondría volver a cambiar la Constitución del país. Además, por ese mismo motivo, presenta importantes dificultades ya que en los Estados “regionales” las normas de descentralización son de alto rango por lo que su modificación debería implicar la propia modificación constitucional o de los Estatutos de autonomía correspondientes.

c) *Delegación* y d) *Privatización*: En primer lugar, *Delegación* es la transferencia de responsabilidad administrativa para ciertas funciones a entidades de fuera del Gobierno Central y sólo controladas de un modo indirecto por él, lo que supone trasladar las formas de gestión propias del sector privado al ámbito público a fin de evitar las ineficiencias y se basa en un criterio *funcional*. En general, las normas que la regularían serían de rango reglamentario adoptadas por el área concreta del nivel de gobierno que lleve a cabo el proceso de descentralización, siendo las dificultades para revertirlos menores que en el caso anterior. En segundo lugar, la *Privatización* supone atribuir a entidades privadas (lucrativas o no) funciones que anteriormente venía desarrollando el sector público. Se necesitaría así una norma de carácter reglamentario que abriría la posibilidad de que la prestación de los servicios públicos sanitarios se realice a través de entidades privadas mientras que determinadas entidades privadas llevarían a cabo la función encomendada sobre la base de un contrato o forma similar, por lo que no presenta problemas de delimitación de competencias. En cuanto a las posibilidades de revertir este tipo de procesos, las consideraciones serían similares a las de los casos de Devolución no siendo de índole formal y legal sino que derivan de las propias características de los mercados sanitarios y de los contratos de privatización establecidos en cada caso.

Por tanto, puede concluirse este primer capítulo constatando que, tras una revisión de la literatura existente relativa a la Economía de la Salud y la Teoría del Federalismo Fiscal, pueden encontrarse diversos argumentos teóricos para justificar tanto la intervención pública como la descentralización de los servicios sanitarios. Ambos son rasgos característicos del actual sistema sanitario español y, como se comprobará en el siguiente capítulo, de la mayoría de sistemas sanitarios del resto de países avanzados. No obstante esto, la decisión última dependerá de la visión que adopten los diferentes Gobiernos nacionales sin olvidar que su fundamento último viene dado por el apoyo social a sus políticas públicas expresado a través de los respectivos mecanismos de elección colectiva diseñados para tal efecto.

CAPITULO II. LA EXPERIENCIA COMPARADA DE LA DESCENTRALIZACION DE LA SANIDAD Y SU FINANCIACION

1. Introducción

Al adentrarse en los diversos aspectos de la descentralización de los servicios sanitarios, resulta de interés conocer algunas características de su entorno, siendo este conocimiento más amplio, en especial, en el caso del gasto y su correspondiente financiación. Así, el incremento del gasto sanitario junto con la legitimación y reconocimiento de los servicios por parte de los ciudadanos y su organización en el contexto de políticas macroeconómicas más generales de limitación del gasto público y del Estado del Bienestar son unos de los problemas fundamentales que afectan a los servicios sanitarios de todos los países.

En líneas generales, cualquier proceso de descentralización conlleva por sí mismo un reparto de recursos escasos, por lo que actualmente no parece probable que ningún proceso de este tipo pueda beneficiarse de un contexto en el que el gasto sanitario no tenga ya algún tipo de limitación. Como resultado, parece claro que los conflictos de reparto de la financiación sanitaria son uno de los posibles escenarios en todos los procesos de descentralización.

Por tanto, el paso siguiente, una vez que se han concretado ya los principales elementos que configuran un sistema sanitario descentralizado, consistirá en contrastar la teoría con la práctica efectuando una revisión comparada de los modelos existentes en los principales países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) dado que en la mayoría de sus países miembros se han producido importantes logros, tanto en la universalización del cuidado de la salud y la cobertura médica como en la mejora del estado de salud de sus ciudadanos. El resultado de este ejercicio puede constituir así una de las mejores enseñanzas de las que pueden extraerse propuestas y soluciones concretas para el futuro camino por el que debe discurrir el proceso de descentralización sanitaria en nuestro país. Asimismo, se examinan a continuación los diferentes modelos de financiación sanitaria que se utilizan en los 15 países que actualmente pertenecen a la Unión Europea (UE), tratando de identificar a España dentro de estas tendencias comunes y planteando la posibilidad de una armonización efectiva entre ellos de cara al futuro. Por último, se hace una breve revisión de las diversas fórmulas capitativas empleadas por los países, haciendo aquí especial referencia a dos países que tradicionalmente son objeto de atención en la experiencia comparada como son Canadá y el Reino Unido, comparándolas con el sistema empleado por los Gobiernos autonómicos en España desde el año 2002.

2. La experiencia comparada de los sistemas de asistencia sanitaria en la OCDE

Recientemente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha lanzado su estrategia renovada de política de salud en el siglo XXI en la que, por un lado, aboga por una mayor justicia social mundial (OMS, 1998) y, por otro lado, establece indicadores de objetivos y funcionamiento de los sistemas sanitarios, con el fin de servir de base de comparación entre sistemas a la vez de proporcionar una guía para la toma de medidas de política sanitaria y la reducción de riesgos (OMS, 2000, 2001 y 2002). Con objeto de profundizar en estos aspectos, en este apartado se dirige la atención directamente hacia los sistemas sanitarios de los países desarrollados de la OCDE²⁵, tanto de aquellos miembros de la UE como de los externos a ella.

En general, según el último informe disponible (OECD Health Data 2002), la evolución demográfica en la OCDE muestra una clara tendencia al envejecimiento, tal y como muestran la Desviación Típica (D.T) y el Coeficiente de Variación (C.V), así como el hecho de que un 14,07% de la población total tiene más de 65 años en el 2000 frente al 11,6% de 1980. Esta situación se agrava aún más en la UE-15 (un 15,7% de la población total tiene más de 65 años en 1998 frente al 13,4% de 1980) y especialmente en países con población anciana superiores a la media europea como Italia (18,1%), Grecia, (17,6%), Suecia (17,4%) y Bélgica y España²⁶ (17,0%) (Cuadro 2.1). Además, la OCDE estima que el consumo de los mayores de 65 años es superior al resto²⁷, pudiendo provocar un “*crowding-out*” respecto al resto de gastos públicos.

²⁵ Precisamente, en lo que se refiere a este campo, la OCDE lleva más de quince años analizando los sistemas sanitarios y realizando comparaciones internacionales en base a los sucesivos “*OECD Health Data*”.

²⁶ Así, la diferencia de nuestro país (un 17,0% de la población total tiene más de 65 años en 2000 frente al 11,2% de 1980) con otros europeos se ha ido incrementando, por lo que en los próximos 25 años puede un aumento de tres millones adicionales en las personas mayores de 65 años de modo que pasen a representar sobre el total un 22% en el 2025 (Fernández Cordon, 1998). De este modo, España sería uno de los países con que registraría uno de los aumentos más significativos, especialmente en el año 2050. La ratio actual del 0,25 de población de 65 años o más sobre la población de entre 20 y 64 años pasaría a ser del 0,6 en el 2050, cifra sólo comparable a la de Italia y Japón que, no obstante, experimentan crecimientos inferiores al tener poblaciones de partida más envejecidas que la española. De otro lado, Suecia, Holanda, Canadá y Estados Unidos se estabilizarían en ratios inferiores al 0,4 mientras que Alemania, Francia y Bélgica estarían entorno al 0,5.

²⁷ Los estudios que han analizado la información contenida en bases de datos sanitarios individuales (Lubitz y Riley, 1995; Zweifel et al., 1999) muestran que la mayor parte del gasto sanitario realizado por una persona se concentra en los meses que preceden a su propia muerte, lo que confirma que “*no es la edad cronológica per se de los individuos sino sus estados de salud lo que hace que el gasto sanitario pueda aumentar o disminuir*”.

CUADRO 2.1. CAMBIOS EN EL PORCENTAJE DE POBLACION MAYOR DE 65 AÑOS SOBRE EL TOTAL DE POBLACION EN LOS PAISES DE LA OCDE Y LA UE. PERIODO 1980-2000

País	1980	1985	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	DFCIA (80-90)	DFCIA (90-00)
Alemania	15,5	14,8	15,3	15,5	15,6	15,7	15,9	16,1	16,4	-1,3	1,1
Australia	9,6	10,3	11,1	11,9	12,0	12,1	12,1	12,2	12,3	15,6	1,2
Austria	15,4	14,3	15,1	15,1	15,3	15,4	15,3	15,4	15,5	-1,9	0,4
Bélgica	14,4	13,8	14,9	16,1	16,1	16,4	16,6	16,8	17,0	3,4	2,1
Canadá	9,4	10,3	11,3	12,0	12,1	12,2	12,4	12,5	12,6	20,2	1,3
Corea	3,8	4,3	5,1	5,9	6,1	6,3	6,5	6,8	7,1	34,2	2,0
Dinamarca	14,4	15,1	15,6	15,3	15,1	15,0	15,1	15,0	15,0	8,3	-0,6
España	11,2	12,0	13,6	15,3	15,6	15,9	16,3	16,7	17,0	21,4	3,4
Estados Unidos	11,2	11,8	12,4	12,5	12,4	12,4	12,4	12,3	12,3	10,7	-0,1
Finlandia	12,0	12,5	13,4	14,2	14,4	14,6	14,6	14,8	14,9	11,7	1,5
Francia	13,9	12,9	14,1	15,2	15,4	15,6	15,7	15,8	16,0	1,4	1,9
Grecia	13,1	13,4	14,0	15,6	15,8	16,2	16,8	17,2	17,6	6,8	3,6
Holanda	11,5	12,1	12,8	13,2	13,3	13,4	13,5	13,6	13,7	11,3	0,9
Hungría	n.d.	n.d.	n.d.	14,1	14,2	14,4	14,5	14,6	14,6	n.d.	n.d.
Irlanda	10,7	10,8	11,4	11,4	11,4	11,4	11,4	11,3	11,3	6,5	-0,1
Islandia	9,9	10,1	10,6	11,3	11,5	11,5	11,5	11,6	11,7	7,0	1,1
Italia	13,2	13,1	14,9	16,6	17,0	17,3	17,5	17,8	18,1	12,9	3,2
Japón	9,1	10,3	12,1	14,5	15,1	15,7	16,2	16,7	17,2	33,0	5,1
Luxemburgo	13,6	13,2	13,4	14,1	14,2	14,3	14,3	14,3	14,4	-1,5	1,0
México	3,8	3,7	4,0	5,7	6,0	6,2	6,5	6,8	7,1	10,5	3,1
Noruega	14,8	15,7	16,3	15,9	15,8	15,7	15,6	15,5	15,4	10,1	-0,9
Nueva Zelanda	9,7	10,3	11,1	11,5	11,5	11,6	11,6	11,7	11,7	14,4	0,6
Portugal	11,6	11,9	13,4	14,6	14,8	15,0	15,2	15,4	15,6	15,5	2,2
Reino Unido	15,0	15,2	15,7	15,7	15,7	15,7	15,7	15,7	15,8	4,6	0,1
Suecia	16,3	17,2	17,8	17,5	17,5	17,4	17,4	17,4	17,4	9,2	-0,4
Suiza	13,8	14,2	14,3	14,9	15,1	15,3	15,5	15,8	16,0	9,5	1,7
Turquía	4,7	4,2	4,3	5,0	5,2	5,4	5,5	5,6	5,8	-15,0	1,5
Media UE-15	13,4	13,5	14,3	15,0	15,1	15,3	15,4	15,5	15,7	6,7	1,2
Media OCDE	11,6	12,1	12,6	13,3	13,4	13,6	13,7	13,9	14,0	8,9	1,9
Mediana OCDE	11,6	12,1	13,4	14,5	14,8	15,0	14,9	15,0	15,0	15,5	1,6
D.T. OCDE	4,0	4,3	4,2	3,4	3,4	3,4	3,4	3,3	3,3	0,2	-0,9
C.V. OCDE	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0	-0,1

FUENTE: OECD Health Data (2002) y elaboración propia.

Como resultado, la asistencia sanitaria²⁸ es uno de los sectores económicos más importantes en la OCDE y supone, a la vista de lo expuesto en los Cuadros 2.2-2.4, en el año 2000 como media cerca del 8% del PIB, un 0,6% más que en 1990. En concreto, en los países de la OCDE el porcentaje de gasto sanitario sobre el PIB se ha estabilizado desde principios de la década de los noventa y, en concreto, parece que los gastos sanitarios se están incrementando incluso en ocasiones por encima del PIB. Los Estados Unidos son, todavía en toda la década de los noventa y con distancia sobre los demás, el país que más gasta en asistencia sanitaria en porcentaje del PIB del mundo (13,0% del PIB y 4.631\$ per cápita en términos de Paridades de Poder de Compra, PPC, en 2000).

Asimismo, todos los países OCDE combinan la financiación sanitaria de un modo diferente, si bien en la mayoría el sector público provee la mayoría de la financiación (excepto en Estados Unidos y Corea) tal que su gasto en el año 2000 representa la mayor parte del total (5,9% del PIB en la UE y el 5,7% en la OCDE) y oscila entre el 2,6 (Corea) y el 8,0% del PIB (Alemania). De todos modos, la diferencia entre financiación pública y privada se ha acortado en las últimas tres décadas. Por ejemplo, en Estados Unidos la financiación pública se ha incrementado considerablemente, si bien sigue siendo en el 2000 el país con más gasto sanitario privado del mundo (7,2% del PIB). Mientras tanto, países con alta participación pública en la sanidad, como Dinamarca o Irlanda, la han disminuido debido a la introducción de copagos.

²⁸ Dichos aspectos tienen su reflejo en indicadores convencionales para la medición del estado de la salud de la población como la estimación de la Esperanza de Vida al nacer. En los países de la OCDE se observa, en primer lugar, cómo este indicador es siempre más favorable en el caso de las mujeres frente a los hombres y, en segundo lugar, cómo se ha experimentado una clara mejoría respecto a dos décadas atrás. Así, la Esperanza de Vida al nacer media de la OCDE ha aumentado aproximadamente en cuatro años para el caso de los hombres (69,77 años en 1980 y 73,76 en 1999) y también para las mujeres (76,33 años en 1980 y 79,87 en 1999). Además, actualmente las personas llevan una vida más saludable que en el pasado en el área de la OCDE. Por ello, en las dos pasadas décadas la Mortalidad prematura ha sido peor en el caso de la OCDE que en la UE-15 si bien, desde una perspectiva general, es menos que la mitad entre los países de la OCDE y continúa decreciendo (16,6 muertes en media en menores de un año por cada 1.000 recién nacidos en 1980 y 7,3 en 2000 en la OCDE y 12,4 en 1980 y 4,9 en 2000 respectivamente en la UE-15). Cabe destacar que un país tan desarrollado como los Estados Unidos (7,1) siguen teniendo en 2000 un indicador de mortalidad prematura muy alto lo que sugiere que, pese a su alto gasto sanitario, todavía tiene bastante camino que recorrer para converger con los países de la OCDE que tienen mejores niveles de salud. Asimismo, en la UE-15 en ese mismo año, Bélgica (5,2), Grecia (6,1), Irlanda (5,9), Portugal (5,5) y Reino Unido (5,6) presentan unos índices de mortalidad infantil visiblemente por encima de la media europea.

CUADRO 2.2. CAMBIOS EN EL GASTO SANITARIO PER CAPITA EN PARIDADES DE PODER DE COMPRA (PPC EE.UU \$ (PUBLICO Y PRIVADO) EN OCDE Y UE. PERIODO 1980-2000

País	1980	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	DFCIA (80-90)	DFCIA (90-00)
Alemania	824	1600	2264	2341	2465	2520	2616	2748	776	1148
Australia	658	1300	1765	1854	1950	2058	2141	2211	642	911
Austria	662	1206	1831	1940	1873	1968	2061	2162	544	956
Bélgica	577	1245	1896	1982	2013	2008	2144	2269	668	1024
Canadá	710	1676	2114	2091	2181	2285	2428	2535	966	859
Corea	n.d.	355	535	611	657	630	758	893	n.d.	538
Dinamarca	819	1453	1882	2004	2100	2241	2358	2420	634	967
España	328	813	1184	1238	1294	1384	1469	1556	485	743
Estados Unidos	1058	2739	3703	3854	4005	4178	4373	4631	1681	1892
Finlandia	509	1295	1415	1487	1550	1529	1605	1664	786	369
Francia	n.d.	1517	1980	1997	2046	2109	2226	2349	n.d.	832
Grecia	348	712	1131	1179	1224	1307	1375	1399	364	687
Holanda	668	1333	1787	1818	1958	2040	2172	2246	665	913
Hungría	n.d.	534	677	671	693	751	787	841	n.d.	307
Irlanda	454	777	1300	1318	1526	1576	1752	1953	323	1176
Islandia	576	1376	1823	1911	1988	2204	2409	2608	800	1232
Italia	n.d.	1321	1486	1566	1684	1774	1882	2032	n.d.	711
Japón	522	1083	1631	1699	1831	1735	1844	2012	561	929
Luxemburgo	605	1492	2122	2192	2204	2361	2613	n.d.	887	n.d.
México	n.d.	260	388	381	411	431	452	490	n.d.	230
Noruega	632	1363	1864	2042	2220	2421	2453	2268	731	905
Nueva Zelanda	458	937	1244	1267	1364	1450	1526	1623	479	686
Portugal	265	611	1146	1211	1360	1345	1402	1441	346	830
Reino Unido	444	972	1315	1422	1481	1527	1666	1763	528	791
Suecia	850	1492	1622	1716	1770	1748	n.d.	n.d.	642	n.d.
Suiza	881	1836	2555	2615	2841	2952	3080	3222	955	1386
Turquía	75	171	190	234	272	303	n.d.	n.d.	96	n.d.
Media UE-15	563	1199	1626	2367	1793	1859	1980	2008	636	808
Media OCDE	587	1165	1587	2023	1739	1808	1983	2055	578	890
Mediana OCDE	591	1295	1631	1818	1831	1774	2061	2097	704	802
D.T. OCDE	226	544	713	1969	761	799	800	838	318	294
C.V. OCDE	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,1	0

FUENTE: OECD Health Data (2002) y elaboración propia.

CUADRO 2.3. CAMBIOS EN EL GASTO SANITARIO (PUBLICO Y PRIVADO) EN PORCENTAJE DEL PIB EN LOS PAISES DE LA OCDE Y LA UE. PERIODO 1980-2000

País	1980	1985	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	DFCIA (80-90)	DFCIA (90-00)
Alemania	8,8	9,3	8,7	10,6	10,9	10,7	10,6	0,7	10,6	-1,1	1,9
Australia	7,0	7,5	7,9	8,2	8,3	8,3	8,5	8,4	8,3	n.d.	0,4
Austria	7,6	6,6	7,1	8,5	8,7	7,9	8,0	8,1	8,0	-6,6	0,9
Bélgica	6,4	7,2	7,4	8,7	9,0	8,6	8,5	8,7	8,7	15,6	1,3
Canadá	7,1	8,3	9,0	9,3	9,1	8,9	9,1	9,2	9,1	26,8	0,1
Corea	n.d.	4,3	4,8	4,7	4,9	5,0	5,1	5,6	5,9	n.d.	1,1
Dinamarca	9,1	8,7	8,5	8,2	8,3	8,2	8,4	8,5	8,3	-6,6	-0,2
España	5,4	5,4	6,6	7,7	7,7	7,6	7,6	7,7	7,7	22,2	1,1
Estados Unidos	8,7	10,0	11,9	13,2	13,2	13,0	12,9	13,0	13,0	36,8	1,1
Finlandia	6,4	7,2	7,9	7,5	7,7	7,3	6,9	6,9	6,6	23,4	-1,3
Francia	7,4	8,3	8,6	9,6	9,6	9,4	9,3	9,4	9,5	16,2	0,9
Grecia	6,5	n.d.	7,5	8,9	8,9	8,7	8,7	8,7	8,3	15,4	0,8
Holanda	7,5	7,8	8,0	8,4	8,3	8,2	8,1	8,2	8,1	6,2	0,1
Hungría	n.d.	n.d.	7,1	7,5	7,2	7,0	6,9	6,8	6,8	n.d.	-0,3
Irlanda	8,4	7,6	6,7	7,3	7,1	6,9	6,8	6,8	6,7	n.d.	0
Islandia	6,1	7,2	7,9	8,2	8,2	8,0	8,3	8,7	8,9	29,5	1,0
Italia	7,0	7,0	8,0	7,4	7,5	7,7	7,7	7,8	8,1	15,7	0,1
Japón	6,5	6,4	5,9	7,0	7,0	7,2	7,1	7,4	7,8	-6,2	1,9
Luxemburgo	5,9	5,8	6,1	6,3	6,4	5,9	5,8	6,0	n.d.	3,4	n.d.
México	n.d.	n.d.	4,4	5,6	5,3	5,3	5,3	5,4	5,4	n.d.	1,0
Noruega	7,0	6,7	7,8	8,0	8,0	8,0	8,5	8,5	7,5	n.d.	-0,3
Nueva Zelanda	6,0	5,3	7,0	7,3	7,3	7,5	7,9	7,9	8,0	16,7	1,0
Portugal	5,6	6,2	6,2	8,3	8,5	8,6	8,3	8,4	8,2	10,7	2,0
Reino Unido	5,6	5,9	6,0	6,9	7,0	6,7	6,8	7,1	7,3	7,14	1,3
Suecia	9,1	8,7	8,5	8,1	8,4	8,1	7,9	n.d.	n.d.	-6,6	n.d.
Suiza	7,3	7,7	8,5	10,0	10,4	10,4	10,6	10,7	10,7	13,7	2,2
Turquía	3,3	2,2	3,6	3,4	3,9	4,2	4,8	n.d.	n.d.	9,1	n.d.
Media UE-15	7,1	n.d.	7,5	8,1	8,2	7,9	7,9	8,1	8,1	n.d.	0,6
Media OCDE	6,9	6,9	7,3	8,5	8,3	8,5	8,9	11,1	7,9	6,1	0,6
Mediana OCDE	6,5	7,0	7,6	8,0	8,0	8,0	8,1	8,4	8,0	17,7	0,4
D.T. OCDE	2,5	2,7	1,6	1,8	1,8	1,8	1,7	1,7	2,2	-0,9	0,6
C.V. OCDE	0,3	0,4	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	-0,1	0

FUENTE: OECD Health Data (2002) y elaboración propia.

CUADRO 2.4. CAMBIOS EN EL GASTO SANITARIO PUBLICO COMO PORCENTAJE DEL PIB EN LOS PAISES DE LA OCDE Y LA UE. PERIODO 1980-2000

País	1980	1985	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	DFCIA (80-90)	DFCIA (90-00)
Alemania	6,9	7,2	6,7	8,1	8,4	8,1	7,9	8,0	8,0	-0,2	1,3
Australia	4,4	5,4	5,	5,5	5,6	5,7	5,9	6,0	6,0	0,6	1,0
Austria	5,2	5,0	5,2	6,2	6,2	5,6	5,7	5,6	5,6	0	0,4
Bélgica	n.d.	n.d.	n.d.	6,0	6,4	6,0	6,0	6,2	6,2	n.d.	n.d.
Canadá	5,4	6,2	6,7	6,6	6,4	6,3	6,5	6,5	6,5	1,3	-0,2
Corea	n.d.	1,1	1,7	1,7	1,9	2,1	2,4	2,4	2,6	n.d.	0,9
Dinamarca	8,0	7,4	7,0	6,8	6,8	6,8	6,9	7,0	6,8	-1,0	-0,2
España	4,3	4,4	5,2	5,5	5,5	5,4	5,4	5,4	5,4	0,9	0,2
Estados Unidos	3,6	4,0	4,7	6,0	6,0	5,9	5,8	5,7	5,8	1,1	1,1
Finlandia	5,0	5,6	6,4	5,7	5,8	5,6	5,3	5,2	5,0	1,4	-1,4
Francia	5,8	6,4	6,7	7,5	7,4	7,2	7,1	7,1	7,2	0,9	0,5
Grecia	3,6	n.d.	4,7	4,8	4,9	4,8	4,7	4,7	4,6	1,1	-0,1
Holanda	5,2	5,6	5,4	6,0	5,5	5,5	5,5	5,4	5,5	0,2	0,1
Hungría	n.d.	n.d.	6,4	6,3	5,9	5,6	5,5	5,3	5,1	n.d.	-1,3
Irlanda	6,8	5,8	4,8	5,3	5,1	5,3	5,2	5,2	5,1	-2,0	0,3
Islandia	5,4	6,2	6,8	6,9	6,8	6,7	7,0	7,4	7,5	1,4	0,7
Italia	5,6	5,4	6,3	5,3	5,4	5,6	5,6	5,7	5,9	0,7	-0,4
Japón	4,6	4,8	4,7	5,6	5,6	5,7	5,5	5,7	5,9	0,1	1,2
Luxemburgo	5,5	5,2	5,7	5,8	5,9	5,4	5,4	5,6	n.d.	0,2	n.d.
México	n.d.	n.d.	1,8	2,3	2,2	2,3	2,6	2,6	2,5	n.d.	0,7
Noruega	5,9	5,7	6,4	6,7	6,6	6,7	7,1	7,0	6,2	0,5	-0,2
Nueva Zelanda	5,3	4,6	5,8	5,6	5,6	5,8	6,1	6,1	6,2	0,5	0,4
Portugal	3,6	3,3	4,1	5,1	5,5	5,5	5,6	5,9	5,8	0,5	1,7
Reino Unido	5,0	5,0	5,0	5,8	5,8	5,4	5,5	5,7	5,9	0	0,9
Suecia	8,4	7,9	7,6	6,9	7,1	6,8	6,6	n.d.	n.d.	-0,8	n.d.
Suiza	4,8	5,1	5,7	5,4	5,7	5,7	5,8	5,9	6,0	0,9	0,3
Turquía	0,9	1,1	2,2	2,4	2,7	3,0	3,5	n.d.	n.d.	1,3	n.d.
Media UE-15	n.d.	n.d.	n.d.	6,1	6,1	5,9	5,9	6,0	5,9	n.d.	n.d.
Media OCDE	5,2	5,1	5,3	6,3	6,4	6,3	6,4	5,7	5,7	0,1	0,4
Mediana OCDE	5,3	5,4	5,7	5,8	5,9	5,7	5,8	5,7	5,9	0,4	0,2
D.T. OCDE	1,5	1,6	1,5	1,4	1,4	1,4	1,3	1,2	1,2	0	-0,3
C.V. OCDE	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0	-0,1

FUENTE: OECD Health Data (2002) y elaboración propia.

2.1 La Política Social y los sistemas de asistencia sanitaria en la Unión Europea

A continuación, se analiza brevemente tanto el marco jurídico comunitario de la Política Social (dónde se encuentra incluida la asistencia sanitaria) como su nivel de recursos y financiación actual, detectando si realmente existen indicios de que los sistemas sanitarios europeos tienden a ser armonizados de un modo efectivo.

2.1.1 Los pilares de la Política Social Europea

Una de las partes constitutivas del modelo europeo de sociedad es el desarrollo de un amplio sistema de protección social, si bien en los últimos años también se han extendido las críticas al mismo al considerarlo responsable, en buena medida, del desempleo y de la menor flexibilidad y capacidad de las economías europeas para poder competir frente a otras economías más dinámicas. En este sentido, las causas que han hecho emerger la Política Social Europea (PSE) se relacionan fundamentalmente con la propia evolución histórica de la sociedad y la economía europea siendo cinco sus principales áreas de actuación: Educación, sanidad, vivienda, pensiones y seguro de desempleo.

Desde la perspectiva europea, es necesario señalar que, aunque en el Tratado de Roma de 1957 existía un capítulo sobre PSE, estas disposiciones no eran normas jurídicas vinculantes sino simplemente declaraciones políticas de intenciones. En concreto, hasta 1974 no se aprobó el primer programa de Acción Social que, a su vez, puede entenderse como el inicio de una colaboración mucho más activa en la Política Social y que se ha venido concretando en algunas directivas y en los sucesivos programas de Acción Social. El Acta Unica Europea (AUE) aprobada en 1987 supuso un claro punto de inflexión en la política social, con la inclusión en el Tratado del nuevo Título dedicado a la Cohesión Económica y Social, por la preocupación de que el desarrollo del mercado interior diese lugar a prácticas de *dumping social* por parte de algunos países. En 1989 se aprobó, con la única excepción del Reino Unido, la Carta comunitaria de los Derechos sociales fundamentales ("*Carta Social*") incluida después en el Tratado de Maastricht como Protocolo nº 14, habiéndose también ampliado en ese Tratado las competencias comunitarias en materia de empleo y política social y las tareas del Fondo Social Europeo (FSE). Finalmente, en el año 1997 el Tratado de Amsterdam reconoció explícitamente el empleo y la protección social como objetivos primordiales de la UE e incorporó como parte de su articulado la "*Carta Social*", una vez que ésta había sido aceptada por el Reino Unido. Desde muchos puntos de vista, esto puede ser considerado como un importante paso cualitativo en el proceso de integración de la Política Social en el ámbito europeo.

2.1.2 La coordinación y supervisión de la Política Social Europea

Desde una perspectiva institucional, la integración europea se ha visto acompañada por una redistribución de competencias entre las instancias nacionales y supranacionales en la aplicación de dichas políticas y por el establecimiento de mecanismos de coordinación y supervisión multilateral de su orientación y ejecución. Formalmente, no existe en el año 2003 un mecanismo institucionalizado similar al establecido en esa Unión para el caso de la protección social. Sin embargo, desde comienzos de los años noventa se ha ido consolidando una estrategia común basada en la definición de objetivos compartidos y en el intercambio de información, que ha favorecido una cooperación creciente entre los Estados Miembros y la Comisión Europea, que ha ido generando un punto de vista común sobre lo que se ha venido denominando como “*modernización de la protección social*”. Así, la coordinación del resto de políticas económicas a través de los mecanismos institucionalizados implica también la adopción de un buen número de decisiones relativas a los sistemas de protección social, suponiendo una vía indirecta de comunitarización de la PSE.

Por otro lado, al margen de las modificaciones de los Tratados y otras disposiciones legales para incluir aspectos relacionados con la “*dimensión social*” de la integración europea, desde comienzos de los años noventa se ha venido desarrollando una creciente cooperación entre los Estados Miembros en el terreno de la protección social. Este proceso tiene su origen en el año 1991, cuando la Comisión Europea propuso al Consejo una estrategia de convergencia para la protección social con el apoyo del Parlamento europeo y el Comité Económico Social. El primer resultado de esta propuesta fue la aprobación en 1992 de sendas Recomendaciones del Consejo (Consejo Europeo, 1992a y b), en las que, principalmente, se pretendía señalar la existencia de objetivos comunes que deberían tratar de atender las Políticas Sociales nacionales. En principio, existían en ese momento varias circunstancias que favorecían la cooperación en el campo de la protección social. La primera, era la aceptación general de que los fines tradicionales de la Política Social constituían una parte esencial de lo que tradicionalmente se conoce como modelo social europeo, aún con las matizaciones que pudieran hacerse. La segunda, era la existencia de unos retos comunes a los que se enfrentaban los Estados de Bienestar de todos los países europeos como los derivados de los cambios en el mundo laboral, las estructuras familiares, la evolución demográfica o la necesidad de respetar la disciplina presupuestaria en el marco del Pacto de Estabilidad y Crecimiento (PEC). Y existe una tercera circunstancia, especialmente significativa en estos años, como era la aprobación del AUE y el temor de que las diferencias sociales obstaculizaran la libre circulación de personas y el correcto funcionamiento del Mercado Único.

Posteriormente a la publicación de las Recomendaciones señaladas anteriormente, continuó el debate sobre el tipo de Política Social que se pretendía aplicar en la UE, produciéndose dos hitos importantes como el “*Libro Verde*” (Comisión Europea, 1993) y el “*Libro Blanco*” (Comisión Europea, 1994) sobre la PSE, donde se planteaba a discusión una estrategia europea a medio plazo para garantizar la compatibilidad entre el progreso económico y el social. Junto a ellos también se incluyó, de forma explícita, la cuestión del nivel que debía alcanzar en última instancia la coordinación europea de las Políticas sociales. En ese sentido, se reafirmó el principio de subsidiariedad pero se siguió considerando necesario el establecimiento de objetivos comunes para hacer compatibles las diferencias nacionales con los objetivos de integración económica creciente de la UE, adoptándose un planteamiento muy cauto.

Una vez que se reconocía en dicho “*Libro Blanco*” la existencia de unos objetivos comunes en la PSE y a la vez que se establecía la conveniencia de reforzar el intercambio de información en este campo, la Comisión aportó sendas comunicaciones (1995 y 1997) en las que se concretaba en mayor medida cuáles eran los principales problemas que debían abordar los sistemas de protección social. En 1999, publicó una nueva comunicación, en la que analizaba los efectos que podían derivarse de algunos acontecimientos recientes y proponía la adopción de un método de coordinación y supervisión más estrecha de las Políticas Sociales. Teniendo en cuenta la decisión de lograr una mayor coordinación en los objetivos de la Política Social, aun respetando la autonomía nacional para decidir cómo se aplican los sistemas de protección social y considerando tanto los problemas comunes como las nuevas circunstancias del entorno de la política social, la Comisión propuso una “*estrategia concertada de política social*” que comenzó a desarrollarse desde ese año y cuyos objetivos son hacer que trabajar sea rentable, garantizar unos ingresos seguros, conseguir pensiones seguras y sistemas de pensiones viables, promover la inclusión social y garantizar una atención sanitaria viable y de alta calidad.

Por su parte, para alcanzar estos objetivos se activó un mecanismo de intercambio de información sobre experiencias y también de supervisión de los resultados obtenidos por lo que el “*Informe sobre la protección social en Europa*” pasó a tener una periodicidad anual estando publicados ya los informes correspondientes a 1999-2002. En ese sentido, poco después de haberse iniciado este procedimiento, se celebró en Lisboa un Consejo Europeo extraordinario el 23 y 24 de Marzo de 2000 que determinó que el Consejo Europeo celebrará una sesión extraordinaria cada primavera para cuestiones económicas y sociales, hecho producido a raíz de los Consejos de Estocolmo del 23 y 24 de Marzo de 2001, de Barcelona del 15 y 16 de Marzo de 2002 y de Bruselas de 20 y 21 de Marzo de 2003 dónde la Comisión prepara un informe anual de síntesis sobre progresos realizados en el nuevo objetivo estratégico basado en indicadores estructurales sobre el empleo, innovación, reforma económica y cohesión social.

A pesar de todo esto, por razones históricas y políticas, los distintos países que forman la UE siguen disponiendo en la actualidad de regímenes de protección social muy diversos, tanto en su concepción general como en su organización y desarrollo más particular, lo que resulta ser un factor que dificulta ahora y en el medio plazo una construcción europea más intensa de la Política Social.

2.1.3 La armonización de los sistemas de asistencia sanitaria en la Unión Europea

A pesar de la progresiva ampliación del marco de acción social comunitaria, ésta continua siendo insuficiente en importantes aspectos como es el caso de la armonización de los sistemas públicos de asistencia sanitaria. Los países que componen la UE han seguido trayectorias dispares al construir sus Estados del Bienestar y presentan múltiples diferencias en sus marcos legales, así como en la puesta en práctica de sus programas sociales y, en concreto, de los sistemas públicos de asistencia sanitaria. Precisamente, cabe preguntarse ahora por los sistemas de experiencia comparada a fin de analizar la dirección en la que se mueven.

Con relación a este aspecto, en el ámbito europeo es necesario tener en cuenta la diversidad de situaciones institucionales (monarquías o repúblicas, siendo éstas presidenciales o parlamentarias), políticas (países federales o unitarios) y de grados de descentralización. Lo primero que se observa en este sentido es que el modelo sanitario actual en España²⁹ no difiere mucho, excepto en su diacronía, del de aquellos países (Reino Unido, Alemania o Francia) que pueden considerarse artífices de los modernos sistemas sanitarios. En la actualidad, parece pues bastante acertado pensar que el nivel de eficacia y calidad de un sistema sanitario es un indicador preferente del desarrollo y prosperidad de un país. Así, en la UE todos los países disponen básicamente de uno de estos dos sistemas sanitarios:

a) Sistemas de Seguro Sanitario Social (SS), o de corte bismarkiano (ya que fueron inspirados en la legislación social alemana de 1883) o sistemas profesionales. Están basados en una afiliación obligatoria general donde el Estado especifica las prestaciones incluidas y el suministro de servicios se reserva a fondos de aseguramiento con una autonomía y autorregulación relativamente alta por parte de los proveedores.

²⁹ La provisión o asistencia sanitaria es objeto de tratamientos muy variados y de la misma forma que se habla de una Economía de la Salud por la disciplina que las abarca o de una medicina individual frente a otra hospitalaria en referencia a su contenido y ejercicio profesional, se habla de una sanidad pública frente a una privada en atención al agente proveedor. Esta distinción en la provisión de lo sanitario es la que servirá para instrumentar la explicación de los rasgos definitorios del modelo público de salud español como paso previo al análisis de su gasto.

Se financian por cotizaciones de empresarios y empleados, a través de un fondo de seguros, sin ánimo de lucro, no gubernamentales y la propiedad de los medios de producción, así como la provisión de los cuidados de salud, es pública y privada. Han adoptado este sistema en Europa países como Austria, Bélgica, Francia, Alemania, Holanda y Luxemburgo.

b) Sistemas Nacionales de Salud (SNS), inspirados en el Informe Beveridge de 1942, que formalizó la organización adoptada por Suecia en la década de 1930, cuyo fundamento es un acceso y cobertura prácticamente universal (libre acceso de todos los ciudadanos), con financiación impositiva (a través de los presupuestos estatales), un racionamiento implícito (existe una participación en el pago por parte de los pacientes), una provisión directamente regulada y profesionales (asalariados o de pago capitativo) empleados por el Estado, reconociendo para el sector privado un papel alternativo o residual y siendo las orientaciones ideológicas que sustentan la acción de los diferentes Gobiernos las que definen en última instancia el grado de intervención pública. Los países que han adoptado este sistema son Dinamarca, Finlandia, Irlanda, Suecia y Reino Unido después de la II Guerra Mundial mientras que Grecia, Italia, Portugal y España lo hicieron en los ochenta.

Es importante retener aquí las diferencias entre estos dos modelos, ya que el gasto sanitario actualmente constituye uno de los más importantes gastos del Estado del Bienestar en Europa, tanto por su volumen como por su secular tendencia al alza. Representa también un porcentaje elevado del PIB que recae mayoritariamente sobre el Sector Público, algo preocupante dado que las fórmulas para su contención no son populares en términos de elección pública. En este punto, existen varios motivos que hacen esperar una escalada de este tipo de gasto como es el envejecimiento de la población aunque también la subida de los precios relativos de los servicios y productos sanitarios, el aumento de la incidencia de determinadas patologías o la intensificación de la tecnología médica se presentan como factores de riesgo.

Para analizar estos aspectos, en primer lugar, el campo de nuestro estudio es el sector de los cuidados de salud en el contexto de los países de la UE-15. Para ello, se observará, desde una perspectiva comparada, la evolución durante el periodo 1980-2000 del ratio gasto sanitario/PIB, como indicador del peso relativo que el sector tiene en el conjunto de la economía (OECD Health Data 2002). Los datos del Cuadro 2.4 indican así la evolución ascendente del gasto sobre todo público hasta comienzos de la década de los noventa de ahí el centrarse en él. Así, todos los países avanzados en la UE-15 presentan un perfil muy similar, apreciándose cómo el gasto público sanitario en el año 2000 representa la mayor parte del gasto total y supone en media un 5,9% del PIB, oscilando entre el 4,6% del PIB (Grecia) y el 8,0% (Alemania).

Cabe destacar, en el grupo de países con Sistema de SS, un país como Alemania que en el 2000 tiene el mayor gasto (8,0% del PIB) mientras que dentro de los SNS es Dinamarca el país que más gasta (6,8%), lo que supone un cambio de tendencia ya que registra un descenso continuo de las cifras a lo largo de todo el período (baja del 8,0% en 1980 al 7,0% en 1990 y 7,0% en 1999). Por otro lado, en el caso de España si bien en la década de los ochenta la magnitud relativa del gasto era moderada en comparación con el resto de Estados Miembros de la UE (4,3% en 1980, sólo superior a Grecia y Portugal), en el año 2000 se situaba entre los países cuyo sector sanitario público representaba un mayor peso en el conjunto de la economía (5,4% en 2000), consecuencia del desarrollo tardío de su Estado del Bienestar. Ello representaba un crecimiento de casi un 21% en la década de los ochenta y del 4% en los noventa e implica que, en términos absolutos, las cantidades presupuestadas en los últimos años con destino a la sanidad pública alcanzan magnitudes considerables.

En última instancia, lo relevante es averiguar si se ha producido un fenómeno de *convergencia* entre los diferentes sistemas sanitarios europeos. Tal y como indican Cabiedes y Guillén (1997b) uno de los indicadores más utilizados en este tipo de análisis hace referencia al nivel de gasto sanitario, donde la medida preferida es el gasto sanitario real per cápita (expresado en términos de Paridades de Poder de Compra, PPC). En cuanto a la evolución de este indicador para el año 2000, puede observarse que España, a pesar de las mejoras registradas en los últimos años, se encuentra entre los países de menor nivel (1.556\$ PPC) y tan sólo Portugal (1.441\$ PPC) y Grecia (1.399\$ PPC) muestra cifras inferiores a las españolas. Por su parte, los países que destacan por mantener gastos sanitarios reales per cápita más elevados que la media de la UE-15 son Alemania (2.748\$ PPC), Luxemburgo (2.613\$ PPC en 1999), Dinamarca (2.420\$ PPC), Francia (2.349\$ PPC), Bélgica (2.269\$ PPC), Holanda (2.246\$ PPC), Austria (2.162\$ PPC), Italia (2.032\$ PPC), Irlanda (1.953\$ PPC), Reino Unido (1.763\$ PPC), Suecia (1.748\$ PPC en 1998) y Finlandia (1.664\$ PPC) (Cuadro 2.2).

A la vista de estos datos, no parece que estuviera teniendo lugar un proceso de convergencia en la UE en cuanto al gasto sanitario (en el 2000 el CV era de 0,50) y sí una mayor variabilidad relativa en el gasto que en épocas pasadas (en 1980 el CV era del 0,38, en 1990 del 0,49 y en 1995 del 0,48). Sin embargo, no se puede olvidar que esto debe ser interpretado con cautela ya que las diferencias que aquí se muestran reflejan variaciones en precios, cantidades y en estructura de los servicios y suelen ser reflejadas de forma imprevista en las estadísticas (Schneider, 1993), ya que *“lo importante no es lo que se gasta sino lo que se compra y lo que se obtiene”*. Ello es imprescindible para no caer en el engaño de las cifras agregadas, debido a que ni la tipología de sistemas sanitarios en la UE es comparable ni mucho menos lo es la cobertura de prestaciones a las que corresponden las cifras de gasto (Puig, 2000).

A modo de ejemplo, si se comparasen distintos indicadores de actividad y de resultados, se pueden encontrar grandes desigualdades entre los países europeos así como la “ausencia de una lógica que perfilará una tendencia clara”. Es decir, tras niveles de gasto sanitario per cápita cada vez más distintos, podrían estar detrás “condiciones de eficiencia y equidad muy diferentes” (lo que orienta aspectos como la cobertura, las fuentes de financiación o la gestión de servicios prestados) como, por ejemplo, grados cada vez más divergentes en la igualdad de oportunidades de acceso a los servicios sanitarios³⁰.

Por tanto, cada una de las formas de organización y sus variantes dentro de cada modelo sanitario en la UE-15 supone la activación de incentivos que condicionarán el nivel de *Eficiencia* del sistema. Lo que se observa aquí es que, por un lado, los SNS no disponen de competencia en el nivel de provisión y que está bastante condicionada en cuanto a la libertad de elección de los ciudadanos, por lo que no existen incentivos suficientes entre proveedores para competir ni para incitar a los ciudadanos hacia un consumo razonable de servicios sanitarios, ya que el nivel de copagos es bastante bajo. Por otro lado, en los sistemas de SS existe competencia tanto en el “mercado sanitario”, en dónde actúan proveedores tanto públicos como privados,, como en cuanto a la libertad de elección por parte de los ciudadanos. En este escenario, los proveedores sí se ven presionados para competir vía calidad (captar pacientes) o costes (rentabilidad) y el nivel de copagos y servicios no garantizados es mayor, si bien en los países del modelo de SS estos gastos se suelen cubrir con seguro privados con lo que desaparece el efecto disciplinador hacia un consumo sanitario razonable que cabría esperar.

Otro de los elementos esenciales en toda consideración de la reforma de los sistemas sanitarios europeos es la *Equidad*, ya que su ausencia constituye un fallo de mercado desde el momento en que no es aceptada socialmente (Figueras y Saltman, 1997). Respecto a este principio, se diferencian a su vez dos niveles que son los siguientes:

a) *Equidad en la financiación*: Hace referencia a si los pagos destinados a financiar los gastos en salud se relacionan con la capacidad de pagar más que con el uso que se pueda hacer de servicios médicos. Se puede abordar desde una perspectiva *vertical* (progresividad), en dónde los sistemas de SNS se muestran tanto más progresivos cuanto mayor peso suponga la imposición directa mientras que los de SS manejan una financiación menos progresiva.

³⁰ Otro de los indicadores de convergencia podría ser el nivel de satisfacción de los ciudadanos europeos con su modelo sanitario nacional. A este respecto, como referencia puede tomarse el Eurobarómetro donde se preguntaba a diferentes ciudadanos europeos en relación a su valoración global de los sistemas nacionales sanitarios (Mossialos, 1997). Los resultados muestran una relación positiva en los niveles de gasto sanitario per cápita y de satisfacción global en referencia al sistema sanitario destacando el caso de un país de SNS como Dinamarca, en dónde el 90% de la población está bastante o muy satisfecha. También, se recoge la actitud de la población europea respecto a la necesidad de introducir reformas en sus sistemas sanitarios, mostrándose que mayores niveles de insatisfacción se asocian a percepciones intensas a favor de introducir reformas en los sistemas, especialmente en los casos de países como España, Grecia, Irlanda, Italia, Portugal y Reino Unido.

b) *Equidad en el uso*: Representa la medida en la cual el acceso y recepción de los cuidados médicos vendrían determinados por la necesidad más que por la capacidad de pago. Se centra la atención en la equidad *horizontal* (a igual necesidad se recibe la misma atención sanitaria con independencia del nivel de ingresos). Así, por un lado, los modelos de SNS son los que presentan costes de acceso más homogéneos, ya que tanto el nivel de copagos como el de prestaciones no cubiertas suelen ser menores. Por otro lado, si los proveedores reciben distinta compensación económica según atiendan a un paciente asegurado a través de una agencia u otra podría provocar que el sistema tratase desigualmente a personas con igual necesidad, siendo de más fácil aparición en países que siguen un modelo de SS que en los de SNS.

En este punto, también es necesario considerar, desde una perspectiva comparada, las principales diferencias que se observan entre países en relación con tres tipos de variables: los usuarios protegidos por el seguro público, su participación en el coste y las prestaciones sanitarias ofrecidas por cada uno de los modelos. Precisamente, el Cuadro 2.5 resume esta información para los 15 Estados Miembros dónde el tercer elemento (prestaciones) se agrupa en las funciones de Atención Primaria, Atención Especializada y Medicamentos (Farmacia):

1) Existen ciertas diferencias entre países en cuanto a los *Usuarios del seguro público*. Así, se define la población protegida a partir del criterio más amplio posible (residencia) en Dinamarca, Finlandia, Italia, Portugal, Reino Unido y Suecia. El resto establece criterios más restrictivos, si bien la cobertura puede, como en España, considerarse prácticamente universal.

2) La *Participación de los Usuarios en el coste* también es diferente según los países. Así, con relación al primer contacto con el sistema no existe ningún tipo de participación excepto en Austria, Bélgica, Francia y Luxemburgo (dónde se aplica copago), Finlandia (dónde existe una elección entre diversos copagos), Portugal (dónde existe coparticipación en los costes) y Suecia (con copago con niveles máximos). Por lo que respecta a las derivaciones en el sistema, en la mayoría se practica un copago variable o en forma de tasa porcentual, además de niveles de pago máximos y coparticipación en los costes excepto en Dinamarca, España, Holanda, Irlanda y Reino Unido en dónde no existe participación de los usuarios en el coste.

3.a) En cuanto a las prestaciones de *Atención Primaria*, la libre elección del médico está prácticamente generalizada, a pesar de que en ciertos países hay restricciones relacionadas con criterios territoriales (Grecia es el único país que no permite la elección por parte de los asegurados). Por lo que respecta a las limitaciones al acceso mediante precio, se pueden agrupar los países según la asistencia se preste de modo gratuito o el paciente participe en el coste (por un porcentaje del coste total o por el pago de una cantidad fija). En el primero, la asistencia es gratuita en Alemania, Dinamarca, España, Grecia, Países Bajos, Irlanda, Italia y Reino Unido.

Un segundo grupo se caracteriza por establecer copagos en forma de cantidades fijas, pagadas por visita realizada y/o por episodio de enfermedad (Austria, Finlandia, Portugal y Suecia). Por último, en ciertos países el copago se materializa en un porcentaje del coste total (Bélgica, Francia y Luxemburgo). Los porcentajes de participación³¹ en el coste oscilan entre un 20% y un 30% y pueden diferir en función de primera o sucesivas visitas.

3.b) Si se comparan las prestaciones de *Atención Especializada* también se observa que, mientras algunos países ofrecen los servicios de forma gratuita, otros establecen mecanismos de participación en el coste. Los Estados Miembros que ofrecen asistencia gratuita son Dinamarca, España, Grecia, Países Bajos, Irlanda, Reino Unido, Italia y Portugal, si bien en los dos últimos sólo es gratuita la asistencia hospitalaria. Como se observa, a excepción de Alemania e Italia, aquellos países en los que la Atención Primaria se presta de manera gratuita también ofrecen a coste cero los servicios de Especializada. El resto de países tienen en común el haber establecido formalmente pagos por día de hospitalización sujetos a limitaciones temporales.

3.c) El siguiente grupo de prestaciones hace referencia a los *Medicamentos*. La participación en el coste de los fármacos está generalizada, a excepción de Irlanda que provee gratuitamente los medicamentos para los individuos con protección total. Dicha participación en el coste se materializa en una cantidad por fármaco prescrito o en un porcentaje de su coste total. En el primer caso se encuentran Alemania, Austria, Reino Unido y Suecia, mientras que en el segundo está el resto de países a excepción de Finlandia e Italia que combinan copago.

En este sentido, ahora es el momento de plantearse la reforma integral de los servicios públicos de salud de los quince Estados Miembros, ya que la existencia de diversos factores de presión sobre el sistema están llevando el gasto a cotas no asumibles. Así, a los países europeos se les presenta una gran disyuntiva, ya que deben decidir entre asumir el aumento del gasto sanitario (si bien, provoca tensiones y pocos países podrían soportarlo), reducir las prestaciones del servicio público de salud (con los riesgos e impopularidad que conlleva) o promover políticas de ahorro. Esto último parece ser el camino elegido por la mayoría y el más viable.

³¹ Además, en Ros et al. (2000) dónde se analiza una muestra de 18 países europeos, se explica que algunas formas de participación en el coste están asociadas a ciertas características de los sistemas sanitarios. Sin embargo, no se encuentra una relación clara entre el sistema de financiación (basado en impuestos o en seguros) y la forma de participación en el coste o la exclusión de grupos de población vulnerables. Por último, cuando se paga a los médicos sobre una base capitativa no se aplica ninguna participación en el coste para Primaria.

CUADRO 2.5. EXPERIENCIA COMPARADA DE USUARIOS Y PRESTACIONES DE LOS SISTEMAS SANITARIOS EN LA UNION EUROPEA-15 SEGÚN MODELOS DE SEGURIDAD SOCIAL (SS) Y SISTEMAS NACIONALES DE SALUD (SNS)

PAIS	USUARIOS DEL SISTEMA SANITARIO	PARTICIPACION DE LOS USUARIOS EN EL COSTE	ATENCION PRIMARIA	ATENCION ESPECIALIZADA	MEDICAMENTOS
1. ALEMANIA (SS)	Asalariados, pensionistas o en situación de paro, estudiantes, agricultores y asegurados voluntarios (con algunos límites según los casos).	Primer contacto con el sistema: Ninguno. Derivaciones en el sistema: Copago invariable hasta los 14 días de hospitalización anuales, tras los cuales no-participación alguna por parte del usuario.	Libre elección del médico por parte del usuario. Asistencia gratuita, si bien los asegurados voluntarios pueden en su caso optar por el reembolso de los costes.	Gratuita excepto tratamientos no convencionales. Gastos hospitalarios: pago por día durante, como máximo, primeros 14 días de hospitalización anuales.	Copago variable. Sistema de Precios de referencia. No-cobertura de aquellos medicamentos incluidos en listas negativas de financiación pública.
2. AUSTRIA (SS)	Asalariados, pensionistas o en situación de paro, ciertos autónomos y asegurados voluntarios (con límites de edad, si no asegurados personalmente).	Primer contacto con el sistema: No afecta al 80% de la población. Al resto se les aplica una tasa porcentual de copago o bien exentos por reducida renta. Derivaciones en el sistema: Copago y tasa porcentual. Pagos del paciente primeros 28 días.	Libre elección de médico por parte del usuario entre los concertados por el sistema sanitario. Pagos establecidos por cada episodio de enfermedad (excepto para el caso de los niños, los jubilados y los indigentes).	Pago máximo por día, limitado a los primeros 28 días de hospitalización anuales. Para los familiares de los asegurados el pago es del 10% de los costes durante 4 semanas.	Pago prescripción farmacéutica para medicamentos autorizados. Los no prescritos quedan excluidos. No obstante, los fármacos son gratuitos para enfermedades contagiosas o para las personas que no tienen recursos suficientes.
3. BELGICA (SS)	Asalariados y asimilados, pensionistas o en situación de paro, incapacitados y estudiantes de enseñanza superior (incluidas personas a cargo del asegurado bajo ciertas condiciones).	Primer contacto con el sistema: Amplio esquema de copagos y tasas porcentuales, con excepción de los colectivos de rentas bajas. Derivaciones en el sistema: Copago variable según los sistemas de pago de los profesionales, si bien los beneficios se reducen después de 90 días siendo mucho menor para los colectivos de rentas bajas.	Libre elección de médico. Pago adelantado con reembolso según las diferentes tarifas. En general, participación en el coste (máximo 25% y en ocasiones hasta el 40%), si bien por encima de cierta cantidad anual la asistencia es gratuita. Régimen preferencial para inválidos, pensionistas, viudos/as y huérfanos	Libre elección de hospital entre los concertados. Pago de cantidad fija por hospitalización. Pago por día diferenciado según casos excepcionales. Las cantidades pueden variar a partir del 9º día y del 91º día, siendo menores para el segmento de rentas bajas.	Fármacos para enfermedades graves son gratuitos. La participación en el coste en función de la utilidad terapéutica se sitúa entre un 0% y un 85%. Aquellos fármacos fuera de la financiación del sistema no se cubren en modo alguno. Participaciones reducidas para los inválidos, pensionistas, viudas/os y huérfanos

PAIS	USUARIOS DEL SISTEMA SANITARIO	PARTICIPACION DE USUARIOS EN COSTE	ATENCION PRIMARIA	ATENCION ESPECIALIZADA	MEDICAMENTOS
4. DINAMARCA (SNS)	Residentes	Primer contacto con el sistema: Ninguno. Derivaciones en el sistema: Ninguno.	Categoría 1: Libre elección (2 veces al año) entre los médicos del distrito. Asistencia gratuita si resulta ser el médico elegido. Categoría 2: Libertad de elección, con una parte de los honorarios a cargo del asegurado.	Especialista: Categoría 1: gratuita si el generalista elegido ha prescrito la consulta. Categoría 2: una parte de los costes corre a cargo del asegurado. Atención hospitalaria: libre elección entre hospitales.	Tasa porcentual participación en el coste entre el 0% y el 50% aplicada en base a precios de referencia de los medicamentos. Algunos medicamentos se excluyen de la cobertura del sistema sanitario.
5. ESPAÑA (SNS)	Asalariados, pensionistas, beneficiarios de otras prestaciones y residentes con recursos insuficientes (con personas a cargo del asegurado)	Primer contacto con el sistema: Ninguno. Derivaciones en el sistema: Ninguno.	Libre elección del médico generalista y pediatra en la región. Asistencia gratuita	Posibilidad de elección de otros especialistas en consultas externas por áreas. Asistencia gratuita.	Tasa porcentual de participación en el coste del consumo farmacéutico. Lista positiva de medicamentos de cobertura pública.
6. FINLANDIA (SNS)	Residentes	Primer contacto con el sistema: Ninguno. Se establece elección entre pago anual previo, copago o bien copago con máximo de factura de participación del usuario en el coste anual que varía por municipios. Derivaciones en el sistema: Niveles de pago máximo para estancias hospitalarias (diarias) y para visitas de especialista.	Elección del médico limitada. Pago según municipio, por las 3 primeras visitas en el año (excepto para menores de 15 años). Reembolso parcial de honorarios pagados a médicos privados, con ciertos límites.	Pago por visita. Pago por día de hospitalización. Para tratamientos de larga duración, la participación se fija según los ingresos (con ciertos límites máximos). Reembolso parcial de costes en clínicas privadas	Pago fijo más el 50% de la cantidad que exceda de esa suma para los medicamentos prescritos por un médico. Por encima de cierta cantidad pagada al año, reembolso total de costes. Para enfermedades graves o crónicas, reembolso de costes con ciertas condiciones.

PAIS	USUARIOS DEL SISTEMA SANITARIO	PARTICIPACION DE USUARIOS EN COSTE	ATENCION PRIMARIA	ATENCION ESPECIALIZADA	MEDICAMENTOS
7. FRANCIA (SS)	Asalariados o asimilados, pensionistas, parados, y estudiantes (incluidos también los familiares a cargo del asegurado bajo ciertas condiciones).	Primer contacto con el sistema: Tasas porcentuales de participación del usuario en el coste. Se permite facturación extraordinaria. Derivaciones en el sistema: Tasas porcentuales de participación “ <i>per diem</i> ”, junto a copagos. No pagos directos tras primeros 30 días.	Libre elección de médico. Pago adelantado con reembolso según tarifas. En general, participación en el coste, entre el 20% y el 30% según servicio.	Libre elección entre hospitales (públicos y concertados). Participación en el coste (en general, el 20% y no se aplican los pagos directos por parte de los usuarios tras los primeros 30 días) + pago por día de hospitalización.	Mayoritariamente sujetos a participación en el precio (35% ó 65% según el caso), excepto para el caso de enfermos crónicos. También existe una Lista de medicamentos de cobertura pública.
8. GRECIA (SNS)	Asalariados o asimilados, pensionistas y parados (incluidos los familiares a cargo del asegurado).	Primer contacto con el sistema: Ninguno. Derivaciones en el sistema: En este caso, algunos esquemas financiación compartida.	No existe libre elección. Médico asignado por la aseguradora. Asistencia gratuita.	Asistencia Gratuita	Participación del usuario en el coste medicamentos prescritos del 25% (10% en cierto caso), salvo para enfermedades crónicas, accidentes laborales y maternidad (gratuitos)
9. HOLANDA (SS)	Ley de Seguro de enfermedad: Trabajadores y pensionistas. Ley sobre Gastos médicos excepcionales: Residentes y contribuyentes en Holanda.	Primer contacto con el sistema: Ninguno para el seguro público aunque varía en el caso del privado. Derivaciones en el sistema: Ídem.	Libre elección de médico (2 veces al año). Asistencia gratuita en general (salvo para ciertos cuidados)	Libre elección de hospital. Asistencia gratuita en habitaciones de clase inferior.	Sistema de precios de referencia, con exclusión de algunos medicamentos.
10. IRLANDA (SNS)	Residentes habituales, personas con ingresos inferiores a un mínimo (incluidos familiares a cargo del asegurado). Derechos limitados para el resto de población.	Primer contacto con el sistema: Ninguno para categoría I de la población Participación del 100% para el resto. Derivaciones en el sistema: Ninguno para la categoría I. Para el resto, copagos para primera visita hospitalaria externa.	Personas con plenos derechos: Libre elección de médicos dentro de la región. Asistencia gratuita. Individuos con derechos limitados: libre elección y pago total de costes (salvo para enfermedades de larga duración)	Servicios de especialista en hospitales: Gratuita. Asistencia hospitalaria: Gratuita para individuos de categoría I y para personas con derechos limitados pago por noche. Visitas a urgencias por prescritas: Pago por la primera visita.	Fármacos gratuitos para categoría I. Al resto de la población: Reembolso de gastos superiores a cierta cantidad por trimestre y pago por mes para enfermos de larga duración. Medicamentos en lista negativa financiación pública no se cubren.

PAIS	USUARIOS DEL SISTEMA SANITARIO	PARTICIPACION DE USUARIOS EN COSTE	ATENCION PRIMARIA	ATENCION ESPECIALIZADA	MEDICAMENTOS
11. ITALIA (SNS)	Residentes	Primer contacto con el sistema: Ninguno. Derivaciones en el sistema: Coparticipación en costes introducida en el año 1990 para hospitales en diagnósticos, visitas hospitalarias y tratamientos en balnearios.	Libre elección (con limitaciones) de médico generalista. Asistencia gratuita	Coparticipación en costes introducida en 1990, pago por cada visita y análisis en el especialista, excepto menores de 6 años, mayores de 65, enfermos graves o de pensiones bajas. Atención hospitalaria gratuita y libre elección del centro.	Pago entre el 0% y el 100% del precio por tipos de medicamentos según la enfermedad más el pago por receta. Algunos fármacos están también excluidos de la cobertura pública.
12. LUXEMBURGO (SS)	Trabajadores, parados, beneficiarios de ingresos sujetos a cotización, de complementos al ingreso mínimo garantizado y asegurados voluntarios	Primer contacto con el sistema: Tasas porcentuales participación en el coste de los servicios. Derivaciones en el sistema: Copagos "per diem".	Libre elección de médico. Pago anticipado más reembolso. Participación en el coste, 20% primera visita (por períodos de 28 días) y 5% visitas siguientes.	Libre elección entre hospitales (con autorización de la aseguradora). Pago indexado a la inflación por día de hospitalización.	Participación entre 0% y 100% del coste según los fármacos. Medicamentos en internamientos gratuitos.
13. PORTUGAL (SNS)	Residentes	Primer contacto con el sistema: Coparticipación en los costes. Derivaciones en el sistema: Coparticipación en los costes.	Libre elección (entre públicos y concertados). Ticket moderador variable fijado por el Gobierno (excepto para ciertos segmentos de población)	Para Especialistas existe libre elección entre públicos y concertados. Asistencia hospitalaria: libre elección. Asistencia gratuita	Según tipo de enfermedad: participación en el coste entre el 30% y el 60% (para medicamentos de la lista oficial).
14. REINO UNIDO (SNS)	Residentes	Primer contacto con el sistema: Ninguno. Derivaciones en el sistema: Ninguno, con excepción de las camas hospitalarias de reposo.	Libre elección de médico. Asistencia gratuita.	Gratuita, excepto las camas hospitalarias de reposo	Pago por producto prescrito pese a que el 83% están exentos. Bonos para comprar prescritos gratis. Listas de medicamentos que se excluyen de la cobertura
15. SUECIA (SNS)	Residentes	Primer contacto con el sistema: Copago con niveles máximos. Derivaciones en el sistema: Copago "per diem".	Libre elección de médico. Participación en los costes por visita.	Para Especialista pago por tratamiento. Atención hospitalaria: Libre elección. Pago máximo por día.	Participación en el coste. Sistema de precios de referencia de medicamentos con genéricos similares.

FUENTE: WHO, Comisión Europea (1997, 1998, 1999 y 2000), Urbanos y Utrilla (1998), López I Casanovas et al. (1999b) y Urbanos (1999).

2.2. Descentralización y financiación sanitaria mediante fórmulas de reparto capitativas

En este contexto, el grado de descentralización sanitaria de cada país estará ligado a condicionantes de carácter político y al tipo de modelo sanitario vigente en cada caso, siendo mayor en el modelo estadounidense (debido a que es un sistema mayoritariamente privado donde se encuentra la descentralización de las responsabilidades de los individuos) después en los sistemas de SS (el grado de descentralización territorial depende de la organización del Estado) y, finalmente, en los SNS (el grado de descentralización difiere entre los países).

La primera de las cuestiones que debe plantearse llegados a este punto es si debe establecerse una vía de financiación específica para los servicios sanitarios descentralizados o si la financiación recibida por las entidades descentralizadas para este objetivo puede incluirse en la global que, calculada con los métodos que se establezcan, reciban esas entidades para el ejercicio del conjunto de funciones y capacidades que tengan atribuidas. Así, frente a la tendencia a establecer modelos complejos basados en indicadores muy específicos cuyos efectos son difíciles de valorar, pueden ser más adecuados sistemas basados en fórmulas más sencillas y con la utilización de variables más generales relacionadas con las necesidades sanitarias de la población y con el coste de los servicios. Por tanto, justificar un sistema de financiación sanitario basado en la especificidad de los criterios de reparto no es un argumento sólido.

No obstante, existen a su vez otra clase de argumentos que pueden justificar la especificidad de la financiación sanitaria y son los relacionados con la propia naturaleza de los servicios sanitarios y la organización de éstos. Así, por un lado, los servicios sanitarios son de aquellos que en Estados de Bienestar consolidados se estima que deben ser provistos universalmente por el mero hecho de serlo e incluir la financiación sanitaria en sistemas descentralizados junto con la financiación de otras competencias que sean propias de las entidades descentralizadas supone relegar a los servicios sanitarios a un elemento diferenciador más de aquellas y, por otro, si no existe una financiación sanitaria específica, las entidades descentralizadas difícilmente preverán sus inversiones y medios para atender a la población de otros territorios, lo que puede resultar necesario desde un punto de vista sanitario.

Ante esta perspectiva, puede utilizarse una gran diversidad de métodos para distribuir el presupuesto sanitario (por ejemplo, negociaciones bilaterales o extrapolación de niveles históricos de gasto). De todos modos, son fuertemente criticados debido a su arbitrariedad y a que pueden perpetuar la existencia de ineficiencias e inequidades lo que ha hecho que los enfoques académicos se hayan fijado más en una forma de distribuir el presupuesto denominada “*capitación*” o “*ajuste al riesgo sobre la base de la población*” (Newhouse, 1998).

Dicha capitación se puede definir como la cantidad de financiación de servicios de salud asignada para la atención de una persona con ciertas características para un determinado período de tiempo y un servicio en cuestión, sujeto a una restricción presupuestaria global. Por ello, a pesar de que las deficiencias de información condicionan el modo en que se efectúan los “ajustes por riesgo” en los esquemas capitativos, éstos continúan siendo preferibles debido a razones de equidad y eficiencia (Sheldon y Smith, 2000).

Valgan como ejemplos los siguientes:

- La nueva fórmula de distribución de recursos de Nueva Gales del Sur (1999).
- El mecanismo de asignación de recursos para las regiones en Italia donde se avanza en la transformación de un sistema de salud financiado centralmente con impuestos nacionales a uno basado en impuestos regionales. Además, está introduciendo un seguro social complementario que las regiones pueden utilizar para ampliar las prestaciones cubiertas públicamente en donde, dadas las diferencias regionales en capacidad para generar recursos propios, el Gobierno Central ha creado un fondo de nivelación sanitario para compensar dichas divergencias (Mapelli, 1998; France, 2001 y 2002; Rico y Cetani, 2001; Tamayo, 2002).
- El sistema de distribución de recursos sanitarios empleado en Noruega donde los municipios son los responsables de la Atención Primaria (Hagen et al., 1998).
- El sistema de ajuste al riesgo para el *Medicare* implantado en el 2000 por Estados Unidos (HCFA, 1999) o el del caso holandés (Lamers, 1998).
- La fórmula poblacional de distribución de fondos en Nueva Zelanda (1996).
- La fórmula inglesa de asignación de recursos (NHS Executive, 1997).
- El sistema de subsidio estatal implantado por el Ministerio de Asuntos Sociales y Sanidad de Finlandia (1996) para asegurar la “*igualdad de oportunidades de acceso para igual necesidad*” donde sobre los Gobiernos Locales recae la responsabilidad de la provisión sanitaria y la financiación procede fundamentalmente de impuestos municipales (Rice y Smith, 1999).
- El mecanismo de ajuste al riesgo utilizado en la asistencia sanitaria en Alemania para reducir las variaciones de las primas de aseguramiento entre los diversos planes (France, 2001).
- El ajuste menos explícito de los esquemas utilizados en Francia³² donde la posibilidad de elección del plan de aseguramiento está limitada (López I Casanovas, 2001a).
- El caso de Bélgica que emplea medidas agregadas para ajustar por riesgo aproximando la necesidad a través de la estructura demográfica, tasas de mortalidad, proporción de desempleados y de discapacitados o calidad de la vivienda (Urbanos, 2001b).

³² En el 2002 la SS francesa ha elevado su déficit debido al aumento del gasto sanitario (7,2%) por lo que se espera financiarlo con el incremento del 20% de los impuestos sobre el tabaco y la contención del gasto farmacéutico. Lo primero sigue claramente las recomendaciones del Informe 2002 de la WHO al señalar que “*un incremento apreciable de los impuestos estatales sobre el tabaco reportaría importantes beneficios con un costo muy reducido*”.

Por otro lado, los objetivos de eficiencia están implícitos en la mayoría de modelos sanitarios basados en la capitación, en el sentido de que todos ellos están enclavados en un sistema presupuestario que busca hacer más responsables a los compradores y a los proveedores de los costes y beneficios de sus acciones. Estas consideraciones tienden a ser más llamativas en los modelos de capitación utilizados por los sistemas sanitarios con planes de competencia, como los que se encuentran en Alemania, Holanda y el *Medicare* de los Estados Unidos. En esos sistemas hay usualmente un requerimiento legal en los planes para fijar primas que son independientes del estado de salud de sus miembros o del número de personas dependientes cubiertas por el aseguramiento. Además, si las primas están relacionadas con la renta (como, por ejemplo, en Holanda y Alemania) los planes podrían reclutar a miembros de alta renta frente a otros ciudadanos idénticos pero de baja renta y a los miembros con bajo número de personas dependientes frente a aquellos que tengan a muchas personas a su cargo.

En cuanto al caso español, no se podía pedir hasta la fecha a los responsables sanitarios autonómicos que gestionasen y desarrollasen ejercicios de priorización cuando el sistema de financiación de la sanidad transferida no había venido contemplando suficientemente las variables explicativas de gastos diferenciales de unas regiones a otras y cuando los presupuestos sanitarios habían venido siendo en el pasado sistemáticamente insuficientes y, en consecuencia, poco creíbles. La capitación era, por tanto, muy rudimentaria en el caso de España, país encuadrado en la Unión Europea (Leon y Rico, 2002), en donde el anterior Acuerdo de financiación sanitaria correspondiente al período 1998-2001 simplemente asignaba una cifra idéntica del presupuesto para cada persona protegida e introducía algunas variables de ajuste, como las relativas a los fondos especiales que pretendían compensar las pérdidas de población y los desequilibrios territoriales originados por los costes de los centros de docencia e investigación así como por los “*desplazados*” (Urbanos y Utrilla, 2001a). Frente a esto, el modelo de financiación autonómica actual que integra a la financiación de las competencias sanitarias y se ha ratificado en la Ley 21/2001, de 27 de Diciembre, en las Cortes Generales ya 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.

Realmente éste es un paso adelante hacia los modelos de funcionamiento de asignación de recursos sanitarios del resto de países desarrollados aunque bastante tímido, ya que aún queda lejos de lo que sucede ya en otros países de nuestro entorno donde existen diversos grados de refinamiento de este tipo de modelos de capitación, por ejemplo, introduciendo un número de diferentes categorías individuales según la edad y el sexo (Urbanos, 2001b).

La RAWP constituye en este contexto el paradigma de los sistemas de financiación que utilizan datos agregados para establecer la capitación. Sin embargo, varios países han desarrollado métodos de asignación de los fondos sanitarios basados en el empleo de datos individuales³³ (Rice y Smith, 1999). Algunos han introducido ajustes muy rudimentarios al criterio per cápita simple, basados exclusivamente en la Edad (como Francia y España) o en la combinación de la Edad y el Sexo (como Alemania y Suiza). Otros, sin embargo, han empleado métodos más refinados (como sobre todo el Reino Unido con su fórmula RAWP y después, Australia, Canadá, Estados Unidos, Finlandia, Holanda, Italia, Noruega, Nueva Zelanda o Suecia), ya que piensan que la edad y el sexo pueden ser determinantes importantes sobre las variaciones en el gasto, si bien estaban limitados por la disponibilidad de los datos. En ciertos países incluso han decidido alterar los ajustes capitativos obtenidos empíricamente para dirigir recursos adicionales a grupos más desfavorecidos con grado de necesidades no satisfechas como es el caso de Nueva Zelanda dónde se ha incrementado el volumen de fondos destinado a la población aborigen que, según la evidencia empírica disponible, registra un cierto infraconsumo de atención sanitaria. En otros casos, como en Irlanda del Norte, Finlandia o la misma Nueva Zelanda, se establecen también ajustes que compensan por los mayores costes de prestación de la atención sanitaria que se registran en las áreas rurales mientras que el esquema de asignación de recursos al programa de veteranos de Estados Unidos ajusta sobre la base de comparar el nivel de salarios que pagan los distintos proveedores. Asimismo, algunos países establecen compensaciones por pacientes desplazados como en el caso de Canadá o España desde 1994

Un resumen final de los sistemas utilizados en diferentes países en cuanto a financiación de corte capitativo se tiene en el Cuadro 2.6. Eso sí, sin perder de vista que los mecanismos adoptados para asegurar la contención de los gastos sanitarios varían también entre los países e incluso, con todas sus peculiaridades, entre las entidades subcentrales consideradas como “*regiones sanitarias*” (Le Grand y Mossialos, 1999; López I Casanovas, 2001a y Rice y Smith, 2001). Por ejemplo, Estados Unidos ha adoptado la estrategia de la administración sanitaria gestionada (“*managed care*”) (Weisbrod, 1991), mientras que países como Suecia, Italia y Reino Unido cuentan con mercados estatales de control interno (“*state controlled internal market*”) y Holanda y Alemania con mercados competitivos de aseguramiento (“*competitive insurance markets*”) (EU Parliament, 1998).

³³ En esencia, la ventaja fundamental que se deriva del empleo de datos individuales radica en que permite superar el problema de la “*falacia ecológica*” que aparece cuando se utilizan datos agregados. Dicho problema consiste en la identificación de factores que, a nivel agregado, se muestran como determinantes del gasto, pero que no corresponden con factores de necesidad a nivel individual.

En este sentido, cabe destacar, como ejemplo, el caso de un sistema de capitación altamente desarrollado y basado en buenos datos a nivel individual como es la matriz de capitaciones utilizada en Suecia³⁴ (donde los Gobiernos Locales son responsables de la mayoría de la asistencia sanitaria local, vid. Anell, 2002). En particular, en el Condado de Estocolmo, que utiliza la edad, sexo, situación familiar, de desempleo, propiedad de inmueble y diagnóstico previa como la base para discriminar entre las capitaciones a partir de una base de registros individuales detallada (Diderichsen et al., 1997). Un sistema de las características citadas sólo es posible gracias a que en Suecia se dispone de información inexistente en otros países y a que son dos bases de datos³⁵ que se unen a través del número de identificación personal siendo éste un ejemplo a imitar (Urbanos, 2001a) incluso por países con fórmulas distributivas desarrolladas como Inglaterra (Carr-Hill et al., 2000).

En cualquier caso, la experiencia comparada lleva a concluir que en las fórmulas de reparto se ha producido un progreso considerable en el desarrollo de los esquemas capitativos, tanto por la mejora de las fuentes de información utilizadas en la elaboración de las fórmulas de reparto como por los avances metodológicos relacionados con su diseño. Básicamente, estas fórmulas están básicamente condicionadas por la calidad y la cantidad de información disponible en cada país (Rice y Smith, 1999; Urbanos, 2001b). Así, la práctica totalidad de los sistemas de financiación sanitaria tienen como objetivos compartidos la suficiencia financiera de la actividad que se produce anualmente (dado el desequilibrio entre la tendencia en la evolución del gasto y la del crecimiento de la producción), la eficiencia (lo que ha supuesto la dominancia de los presupuestos prospectivos basados en la actividad esperada y en el cálculo de las “capitaciones” que asignan a cada individuo una cantidad de recursos que depende de características individuales tales como el sexo, edad, mortalidad o situación socioeconómica) y la equidad (asegurar la igualdad de acceso a igual necesidad o igual riesgo, si bien recientemente se ha empezado a considerar un criterio alternativo que es el de “contribuir a la reducción en las desigualdades en salud evitables”). A continuación, con esta perspectiva general de estas fórmulas capitativas, se analizan algunas de estas experiencias y, en concreto, países con sistemas sanitarios similares al nuestro (tipo SNS y estructura descentralizada de financiación) como son Canadá y Reino Unido.

³⁴ Inicialmente, la matriz sueca estaba compuesta por 800 celdas, que posteriormente fueron reducidas con el fin de lograr un sistema más operativo utilizándose para distribuir los fondos a 9 autoridades sanitarias.

³⁵ En una de ellas, se registra la utilización de servicios sanitarios y sus costes y en la segunda, información sobre edad, sexo, clase social, nivel educativo, estatus familiar, lugar de nacimiento y condiciones de la vivienda.

CUADRO 2.6. EXPERIENCIA COMPARADA DE SISTEMAS DE FINANCIACION SANITARIA SELECCIONADOS MEDIANTE FORMULAS DE REPARTO CAPITATIVAS

PAIS	CARACTERISTICAS	ESQUEMA	UNIDADES	VARIABLES DE REPARTO	OTROS FACTORES
ALEMANIA (SS)	Financiación por contribuciones sociales. Mecanismo específico.	Corporaciones (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.	Base 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	Implementación por fases.
FINLANDIA (SNS)	Financiación impositiva. Reparto no específico.	Sistema de subsidio estatal (1996).	452 municipios.	Edad, Discapacidad, Archipiélagos y Distancia geográfica.	Base 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	ESQUEMA	UNIDADES	VARIABLES DE REPARTO	OTROS FACTORES
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 Base 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.	Base 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.	Implementación por fases.

FUENTE: Elaboración propia a partir de Carr-Hill et al. (2000), Dixon et al., (2000), López I Casanovas (2001a), Rice y Smith (1999), Smith (1999) y Urbanos (2001b).

2.2.1. Canadá

El estudio de Canadá³⁶ permite ilustrar una apuesta por la autonomía política en materia sanitaria enmarcada en un proceso de descentralización del gasto gracias a la interpretación jurisprudencial descentralizadora y a la propia evolución del Estado hacia un carácter más intervencionista, apoyada en una concurrencia casi total en las competencias fiscales (“*tax power*”) sobre las fuentes tributarias entre la federación y las Provincias (art. 91.3 y 92,2 de la Ley Constitucional de 1.867) en base a los Acuerdos Fiscales de vigencia quinquenal básicamente para los Impuestos Provinciales sobre la renta y sobre Sociedades (“*Tax Collection Agreement*”) junto con mecanismos de autonomía y corresponsabilidad fiscal (Giménez, 2000; Krelove et al, 1997; McLarty, 1998; Tamayo, 2002). Efectivamente, en Canadá, al tratarse de un Estado federal, con poderes compartidos entre el Gobierno Central y los de las Provincias, con un alto nivel de renta, la Sanidad es una competencia atribuida originariamente a las Provincias de forma exclusiva. De modo que son éstas las que planifican, financian y evalúan la provisión de servicios hospitalarios, la atención médica básica, algunos aspectos de la prescripción farmacéutica y la salud pública (art. 92 de la Ley Constitucional de 1.867).

El modelo sanitario canadiense es un sistema público encuadrado universal dentro de los SNS (desde que en el año 1947 la provincia de Saskatchewan introdujera un plan de aseguramiento público para los servicios hospitalarios) con cobertura de servicios asistenciales hospitalarios y extrahospitalarios que recae principalmente en manos de centros de titularidad privada que se encargan de la producción y la provisión y financiación pública mixta compartida por ambos niveles (Bird, 1986; López I Casasnovas, 2001a). Esta provisión es completada con una red de tres planes sanitarios territoriales y diez planes provinciales de aseguramiento enmarcados dentro de un sistema sanitario conocido como *Medicare*.

³⁶ Canadá es un Estado Federal configurado como una monarquía constitucional y una democracia parlamentaria que ha culminado su independencia de la Corona Británica con la reforma constitucional de 1982. Tiene actualmente unos 25 millones de habitantes que ocupan un amplio territorio (el segundo más grande del mundo en cuanto a extensión, si bien la mayor parte de la población se concentra en una franja estrecha del territorio situada al norte de la frontera con los Estados Unidos, especialmente en su zona este), dividido en diez Provincias (Alberta, Columbia Británica, Isla del Príncipe Eduardo, Manitoba, Nueva Brunswick, Nueva Escocia, Ontario, Saskatchewan, Terranova y, por último, Quebec, con una permanente relación de tensión con el resto ya que pretende obtener un estatus diferente) y tres Territorios especiales (Nunavut, Territorios del Noroeste y Yukón). Sólo las Provincias constituyen el nivel de Gobierno subcentral ya que los Territorios especiales están bajo la jurisdicción del Gobierno federal. Es decir, sólo existen dos niveles de gobierno autónomos y coordinados (federal y regional), que es la esencia del “*federalismo cooperativo*”. Se podría añadir un tercer nivel de gobierno que es el local, formado por unos 4.700 municipios, pero son considerados como “*criaturas de las provincias*”. Además, desde hace unas décadas, los Gobiernos provinciales están estimulando la fusión y reducción del número de municipios (Atienza, 2001).

Su financiación inicial para las diez Provincias y los tres Territorios especiales (1948) además del caso especial de Alberta (17 Autoridades Sanitarias Regionales) se basaba en las “*subvenciones para propósitos específicos*” que incluían, por un lado, el aseguramiento hospitalario (1958) y por otro, el médico. El primer componente de la subvención venía determinado inicialmente como la suma del 25% del coste medio de hospitalización per cápita de Canadá multiplicado por la población de la provincia y el 25% restante como el coste medio per cápita de la provincia en cuestión (neto de los impuestos sanitarios per cápita que la provincia de un modo autónomo está cobrando a sus pacientes) multiplicado por la población de la provincia. No existía límite en la cantidad que la Federación se comprometía a financiar del gasto sanitario provincial ni tampoco se imponían condiciones sobre el destino de éste 50%, aproximadamente de la financiación. El segundo componente (aseguramiento médico o *Medicare*) se fijaba también en el 50% del coste federal medio per cápita de Canadá multiplicado por el número de personas elegidas para este programa en esta provincia.

No obstante, la subvención en efectivo a favor de la provincia junto a la participación pasiva por parte de la Federación del 25% del diferente gasto en los programas provinciales de aseguramiento hospitalario (el grueso de la transferencia) fue sustituida en el año 1976, debido a la posibilidad de comportamientos “*poco responsables*” y a que el sistema era poco flexible. Se estableció así un nuevo sistema de financiación que fijaba transferencias capitativas a las provincias y territorios más conectada a la idea de financiación en bloque (“*block funding*”). La idea implícita era hacer corresponsable en mayor medida a la provincia en el diferente gasto sanitario a través de la cesión de espacio fiscal (“*fiscal room o taxing power*”) en el Impuesto sobre la Renta Personal (Esteller y Solé, 2002) y de Sociedades. La reforma consistía en una rebaja inicial de los tipos del Impuesto personal sobre la renta que, juntamente con la rebaja del Impuesto sobre la renta de sociedades, habría de ser suficiente a partir de este momento, para financiar ambos programas de gasto: el sanitario y la educación. A partir de la nueva norma, como respuesta a demandas de la población de cada territorio, fue habitual la extensión de la cobertura hacia nuevas prestaciones, incluyendo los programas de atención dental para niños, la financiación de medicamentos para grupos determinados o el pago de prótesis.

Como resultado, a mediados de los años 80 eran patentes las desigualdades, cada vez más evidentes, en el acceso a los servicios fundamentales, contradiciendo los principios básicos inicialmente establecidos que se seguían manteniendo teóricamente pero que resultaban cada vez más difíciles de garantizar en la práctica.

Esta situación condujo después de un amplio debate a la aprobación de la que es considerada la Ley Sanitaria del Canadá en 1984 (*Canadian Health Act*, CHA), que fue aprobada con carácter unánime en el Parlamento federal, después de una dura oposición por parte de los sectores médicos y las provincias. La norma reiteraba cinco principios básicos para asegurar un nivel razonable de equidad y de acceso como eran los siguientes:

a) *Aseguramiento universal*: Supone garantizar a la totalidad de los residentes en cada territorio los servicios sanitarios asegurados, en términos y condiciones de uniformidad.

b) *Cobertura, al menos, de los servicios de salud de asistencia hospitalaria y extrahospitalaria*: Siempre que resulten necesarios desde el punto de vista médico y que sean proporcionados por hospitales, médicos generales y dentistas

c) *Ausencia de limitaciones en el acceso para toda la población*: Los planes de asistencia sanitaria de las provincias deben proporcionar un acceso razonable a los servicios médicos garantizados sin barreras de carácter directo o indirecto a través de pagos u otros medios. Así, como mecanismos concretos de control, la Ley preveía la reducción de las aportaciones federales a las provincias que mantuvieran sistemas de copagos, tasas por el uso de los servicios u otras formas de aportación de los usuarios, en la cantidad que ésta supusiera fondos adicionales para las provincias. La nueva norma preveía un plazo de 32 meses dentro de los cuales si se suprimían esas tasa o cargas a los pacientes las provincias podrían recuperar los fondos federales que se les habían restado por la aplicación de aquellas³⁷.

d) *Movilidad de la cobertura (Cobertura supra-provincial)*: Los residentes tienen el derecho a la cobertura sanitaria cuando se trasladen de una provincia a otra por lo que las provincias sin recursos que deseen proveer tratamientos muy especializados pueden comprarlos en otras asegurando de esta forma a sus ciudadanos la máxima cobertura asistencial.

e) *Administración de los servicios sanitarios por una autoridad pública sin ánimo de lucro*: Los planes sanitarios de las provincias canadienses deben ser administrados por entidades públicas sin ánimo de lucro que respondan ante el gobierno provincial.

En este contexto, el gasto del sistema sanitario canadiense, además de estar gestionado por las provincias y financiado mediante sus ingresos propios además de los recursos del Gobierno federal, de los Gobiernos locales, de las Mutuas de Trabajadores (*Workers Compensation Boards*, WCB) y de recursos privados, se basa en fuentes de financiación ajenas.

³⁷ Todas las provincias suprimieron sus cargas dentro del plazo, lo que ha mejorado el acceso universal a los servicios fundamentales, por lo que han recuperado los fondos perdidos (menos de un 1/10.000 del presupuesto sanitario total de aquellos años). Ha habido algunos intentos de las provincias para retirar algunas prestaciones añadidas introducidas en la época anterior, con éxito desigual (en una que retiró de entre las prestaciones los procedimientos de esterilización (ligadura de trompas, vasectomía) y los exámenes oculares en 1987, debió reintegrarlas al año siguiente por la presión pública, en otra se han reiterado con éxito la cirugía estética, la fertilización in vitro y la cirugía de cambio de sexo). Además, se ha recortado el pago de servicios fuera del país.

Dentro de éstas, en primer lugar, está la Transferencia Canadiense en materia de Sanidad y de Programas Sociales (TCSPS) o “*Canadian Health and Social Transfer*” (CHST), transferencia federal de tipo condicionado y que engloba a los antiguos programas de Financiación de los Programas Consolidados y Régimen de Asistencia Pública del Canadá (Urbanos, 2001b). Suponía más de 28.400 millones de \$ Can. en 1999-2000 y es distribuida a todas las provincias y territorios para financiar la sanidad, enseñanza post-secundaria y bienestar social. La cantidad total es determinada sobre la base de una fórmula establecida por una Ley federal en vigor hasta 2002-2003 y, tal y como fue introducida en 1995, proporciona a cada provincia una igual cantidad total per cápita que es la suma de tres componentes:

a) Transferencia de “*espacio fiscal o fiscal room*” a las provincias (*tax transfer*): Con ello, el Gobierno Federal reduce sus impuestos para permitir a las provincias aumentar los suyos siendo el resultado un incremento de los ingresos de las provincias sin que por ello aumente la presión fiscal de los ciudadanos. El valor de esta transferencia está basado en el “*espacio fiscal*” transferido a las provincias para financiar la atención sanitaria y la educación post-secundaria en 1977. La transferencia de puntos impositivos era de 13,5 puntos del IRPF y 1,0 del IS. El rendimiento impositivo transferido a las provincias se calcula usando las recaudaciones federales en cada provincia en concepto de estos impuestos en el año corriente.

b) La transferencia de “*nivelación*” asociada (*equalization*): Se considera como el programa federal más importante para la reducción de las disparidades en términos de su capacidad fiscal que puedan existir entre los gobiernos provinciales. Su objetivo es lograr que las provincias puedan proporcionar a sus ciudadanos niveles comparables de servicios públicos son similares grados de presión fiscal.

El programa federal de nivelación es un programa de transferencias federal-provincial basado en una “*fórmula*” detallada que empezó a funcionar a partir de 1957 y desde entonces ha estado sujeta a revisiones quinquenales (art. 36.2 de la Ley Constitucional de 1982). Es una transferencia federal de tipo incondicional y de carácter general constituida como uno de los principales instrumentos de redistribución de ingresos (hasta 33 fuentes impositivas distintas, que comportan el “*Sistema Impositivo Representativo*” del nivel provincial-local o SIR, entran en la fórmula) entre los distintos niveles de gobierno en Canadá y se financia por el Gobierno federal, siendo autorizada por una Ley también federal.

Los pagos por nivelación se articularían en forma de transferencias incondicionadas calculándose a partir de una fórmula³⁸ que estima la capacidad de las provincias para obtener ingresos a través de los instrumentos impositivos que disponen comparando esa capacidad con un estándar. Debido a que las provincias ricas obtienen más recaudación de los mismos impuestos, el Gobierno federal calcula una cantidad para las provincias más pobres (unas diez) que eleva el valor de la transferencia de espacio fiscal (transferencias incondicionales) al promedio de ingresos medios per cápita del impuesto en cuestión en cada caso de las cinco provincias “estándar” representativas medianamente ricas (“estándar de nivelación o estándar de las cinco provincias”): Québec, Ontario, Manitoba, Saskatchewan y Columbia Británica al excluirse Alberta (la “rica”) y las cuatro provincias atlánticas (las “pobres”). Es decir, es una nivelación “hacia arriba” pero no “hacia abajo”. Las provincias que sobrepasan esta nivelación estándar no pagan el exceso (no experimentan una nivelación negativa) por lo que la fórmula no es neta ya que las cantidades que reciben las provincias por debajo del estándar de nivelación no se compensan con las que pudieran pagar las que cuya capacidad fiscal está por encima (Alberta, Ontario y Columbia Británica) sino que se financian mediante los ingresos de la imposición del gobierno federal. La transferencia de nivelación está limitada por unos tope máximos (nivel de crecimiento económico que permite proteger al Gobierno federal de los crecimientos ilimitados en la necesidad de recursos) y mínimos en su provisión. En resumen, en Canadá no se trata de un sistema de nivelación interprovincial sino federal-provincial.

c) *Pagos en efectivo o transferencias monetarias*: Sólo este pago efectivo es un gasto en el programa TCSPS en el presupuesto del Gobierno federal.

Así, aunque los puntos impositivos nivelados que se transfieren no representan un pago real, esta transferencia de “espacio fiscal” se emplea primero, una vez que el Gobierno Federal establece la cantidad agregada de la transferencia, por lo que el “espacio fiscal” nivelado transferido a las provincias determina la transferencia en efectivo residual y, segundo, juega también un papel importante en la asignación de transferencias en efectivo entre las provincias de modo que las que tienen mayor capacidad fiscal reciben menores transferencias per cápita que aquellas con menor capacidad fiscal.

³⁸ Que por razones de simplicidad está referida a una fuente de ingresos, de ahí que la nivelación reconocida para cada provincia sería la agregación de los cálculos como el expresado para cada una de las fuentes de ingresos:

$$N_a = T_b (b_{pc} - b_{pca}) P_a$$

N_a : Asignación de nivelación para la provincia a
 T_b : Tipo impositivo medio para la fuente de ingresos b , para todas las provincias
 b_{pc} : Base per cápita para la fuente b de las cinco provincias representativas
 b_{pca} : Base per cápita para la fuente b para la provincia a
 P_a : Población de la provincia a

Además, existe la Fórmula de Financiación de los Territorios (FFT) como transferencia federal incondicional anual que permite a los territorios asegurar una gama de servicios públicos comparables a los de las provincias. Para 1999-2000 la FFT supone el 92,7% de la financiación del Gobierno de los territorios del Noroeste y el 90,7% de la financiación total de Yukon ya que los Gobiernos de los Territorios no se benefician de los programas de nivelación ni de otras transferencias condicionadas menores. Así, la autonomía de las provincias en materia sanitaria es prácticamente total, en correspondencia con el hecho de que la mayor parte de la financiación del gasto proviene de los ingresos provinciales (según los Cuadros 2.7 y 2.8, hasta un 80,14% de la financiación de los Gobiernos provinciales-territoriales proviene de ingresos propios para 1996-1997 frente a un 19,86% que proviene de transferencias) lo que muestra un apreciable grado de corresponsabilidad fiscal (Perry y Treff, 1998; Maioni,2002).

CUADRO 2.7. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS FUNCIONES DE GASTO EN CANADA ENTRE LOS NIVELES DE GOBIERNO. AÑO 1996-1997

Concepto	Gobierno Federal "Spending power"	Gobierno Provincial-Territorial	Gobierno Local	Total
Cargas de Deuda	58,4	36,1	5,5	100,0
Conservación	52,9	47,1	0	100,0
Cultura	0	0	100,0	100,0
Educación	6,2	49,3	44,4	100,0
Medio ambiente	0	0	100,0	100,0
Protección	61,6	17,7	20,7	100,0
Sanidad	2,4	90,5	7,1	100,0
Servicios grales.	31,2	46,2	22,5	100,0
Servicios Sociales	55,2	38,4	6,4	100,0
Transferencias	91,9	8,1	0	100,0
Transporte	17,5	41,5	40,9	100,0
Vivienda	100,0	0	0	100,0
Resto	46,2	38,6	15,3	100,0
Total	40,4	42,2	17,4	100,0

FUENTE: Federal Bureau of Statistics y Fondo Monetario Internacional.

CUADRO 2.8. SERVICIOS SANITARIOS, INGRESOS PUBLICOS EN CANADA (PROPIOS PARA 1996-1997 Y TRANSFERENCIAS PARA 1997-1998) EN % DE INGRESOS TOTALES

Concepto	Imptos. Directos	Imptos. Indirectos	Cotizac. Sociales	Ingresos Propios	Transfer. TCSPS	Transfer. Nivelación	Otras Transfer.	Transfer a Territorios	Transfer. Autoexclus.	Total Transfer.
Alberta	32,88	5,33	48,86	87,07	12,77	0	0,16	0	0	12,93
Columbia Británica	35,34	16,87	35,73	87,93	11,93	0	0,14	0	0	12,07
Isla P.Eduardo	22,38	21,43	20,15	63,97	13,62	21,98	0,43	0	0	36,03
Manitoba	25,95	15,55	30,76	72,26	13,16	14,25	0,34	0	0	27,74
N. Brunswick	24,33	19,69	24,34	68,35	13,07	18,17	0,40	0	0	31,65
Nueva Escocia	20,16	20,64	20,47	61,27	15,75	22,53	0,45	0	0	38,73
Ontario	39,08	22,17	22,31	83,55	16,11	0	0,34	0	0	16,45
Québec	36,22	15,02	25,79	77,03	14,48	8,25	-5,30	0	5,53	22,97
Saskatchewan	25,39	19,78	37,94	83,11	12,96	3,73	0,19	0	0	16,89
Terranova	18,04	20,38	21,14	59,57	14,04	26,21	0,18	0	0	40,43
Territorios	8,69	2,92	12,68	24,29	5,94	0	0,34	69,43	0	75,71
Total	34,39	17,18	28,57	80,14	14,25	4,71	-1,21	0,64	1,48	19,86

FUENTE: Federal Bureau of Statistics y Treff y Perry (1998).

En resumen, tres provincias cuentan con la mitad de la población (Ontario, Alberta y la Columbia Británica) y recaudan primas para el aseguramiento sanitario que suponen un 14,3% de los gastos de esas provincias y un 8,5% del total de gasto sanitario provincial sin que se haya considerado inconstitucional ni haya provocado rechazo entre la población. Además, en conjunto, en el año 1996-1997 el gasto sanitario se ha destinado básicamente a los Gobiernos Provinciales-Territoriales (90,5% del total) frente a las cantidades gestionadas por el Gobierno Federal dentro de su Poder de gastar o “*Spending Power*” (2,4%) y los Gobiernos Locales (7,1%). Si a eso se le une el hecho de que los Gobiernos Provinciales-Territoriales manejan además de la sanidad otras competencias de carácter exclusivo (como la propiedad y derechos civiles, prisiones, gestión y ventas de tierras públicas, administración de justicia, entidades locales y en materia de naturaleza local o privada dentro de los límites de la provincia) junto con la educación (art. 93 de la Ley Constitucional de 1.867), se observa que la sanidad sería la principal función de gasto dentro de estos niveles intermedios al suponer para el año 1996-1997 un 25,9% del total, seguido por los servicios sociales (19,2%), la educación (18%) y las cargas de la deuda (16%), siendo los tres primeros servicios públicos de primer orden en cualquier sociedad desarrollada.

Por tanto, el análisis del sistema de financiación de la sanidad en Canadá proporciona los elementos necesarios para valorar la integración de esa financiación en un esquema general de transferencias hacia entes políticamente descentralizados así como para considerar la integración de tal financiación específica en un esquema de corresponsabilidad fiscal. Asimismo, este sistema permite conjugar la autonomía de las provincias (cierto “*espacio fiscal sanitario*” con cierto volumen de transferencias centrales) y el mantenimiento de un cierto nivel estándar con independencia de la localización geográfica concreta de los ciudadanos.

2.2.2. Reino Unido

En lo que se refiere al tema de estudio, el sistema sanitario del Reino Unido³⁹ viene configurado por un SNS o “*National Health Service*” (NHS) financiado principalmente por impuestos generales y complementado por un pequeño sector privado desde el año 1948.

³⁹ El Reino Unido es un país unitario formado por Inglaterra (87% del total de población británica), Escocia, Gales e Irlanda del Norte. Se divide administrativamente en cuarenta y siete condados (treinta y nueve en Inglaterra y ocho en Gales, siete condados metropolitanos, doce regiones en Escocia y veinte y seis distritos en Irlanda del Norte, si bien la división administrativa territorial no siempre coincide con la “*región sanitaria*” que, en Inglaterra, junto con los distritos sanitarios, configura una organización propia para los Servicios de Salud). Dispone de un sistema bien consolidado de financiación de los gobiernos subcentrales y de relaciones fiscales intergubernamentales que ha permanecido relativamente estable desde la época victoriana hasta finales de la década de 1980. No obstante, desde 1988 se han producido reformas significativas en las funciones, estructuras y financiación de los gobiernos subcentrales que han hecho reducir su papel en la economía (Potter, 1997). Es por eso que, al contrario que en Europa, el principio de subsidiariedad ha sido claramente subordinado a un mayor control central sobre los indicadores agregados a nivel macroeconómico y sobre los gravámenes fiscales subcentrales.

Las características principales del sistema de asistencia sanitaria en Inglaterra son compartidas también por Escocia, Gales e Irlanda del Norte. No obstante, sus servicios sanitarios continúan siendo financiados y administrados separadamente, lo que hace que el NHS permita desigualdades superiores a la española, caso de Escocia⁴⁰, Gales e Irlanda del Norte (López I Casasnovas, 2000d) (Cuadro 2.9). El NHS además es un sistema administrado responsable del 95% de la sanidad del país y gestiona un gasto que en el año 2002 puede situarse en torno al 6,4% del PIB aunque permite una autonomía profesional considerable.

CUADRO 2.9. CAMBIOS EN EL GASTO SANITARIO PUBLICO COMO PORCENTAJE DEL PIB EN LOS PAISES DE LA OCDE Y LA UE. PERIODO 1980-2003

País	1980	1985	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001 (P)	2002 (P)	2003 (P)
Alemania	6,9	7,2	6,7	8,1	8,4	8,1	7,9	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0
Francia	5,8	6,4	6,7	7,5	7,4	7,2	7,1	7,1	7,2	7,0	7,0	7,0
Escocia	5,0	5,0	5,1	5,9	6,1	6,9	6,9	7,1	7,4	7,6	8,0	8,1
R.Unido	5,0	5,0	5,0	5,8	5,8	5,4	5,5	5,7	5,9	6,2	6,4	6,6
Suecia	8,4	7,9	7,6	6,9	7,1	6,8	6,6	n.d.	n.d.	6,3	6,2	6,1
Media UE15	n.d.	n.d.	n.d.	6,1	6,1	5,9	5,9	6,0	5,9	5,8	5,8	5,8

FUENTE: OECD Health Data (2002), Dept. of Health Projections of UK, Scotsman projections y elaboración propia. (P) Previsión

En cuanto a la fórmula de asignación de los recursos sanitarios, el caso británico es el principal ejemplo en cuanto al desarrollo de mecanismos de ajustes a la capitación simple sobre la base de la estimación de las necesidades sanitarias (Carr-Hill et al., 2001; Smith, 2002). Precisamente, los primeros intentos de construir fórmulas distributivas basadas en la evaluación de indicadores demográficos, socioeconómicos y de servicios públicos no empezaron a aparecer hasta la década de 1970 debido a la creciente preocupación por las persistentes desigualdades territoriales y sociales en el acceso a los servicios públicos (“*déficit de igualdad*”) y al desarrollo de los procesos de descentralización territorial en la mayoría de los Estados de Bienestar europeos (Dante y Kjellberg, 1988).

En concreto, la fórmula RAWP (*Resource Allocation Working Party*) se ofrecía como instrumento para garantizar la equidad en el NHS británico, entendida como la igualdad de acceso de acuerdo con la necesidad, independiente de determinados factores (edad, sexo, origen étnico, ocupación, clase social y lugar de residencia). La primera fórmula desarrollada es la diseñada por Crossman y fue aplicada entre 1970 y 1975 a la financiación sanitaria regional al introducir por primera vez el principio de capitación compuesta si bien adolecía de serios problemas técnicos.

⁴⁰ Escocia tiene uno de los mayores gastos sanitarios públicos de la UE (por encima del Reino Unido y de Gales e Irlanda del Norte, situados en torno a la media europea), más camas hospitalarias y menores tiempos de espera que Inglaterra, un completo staff de médicos, enfermeras y nuevos hospitales, si bien ninguno de estos datos le ha ayudado a mejorar los peores indicadores de salud en el Reino Unido, lo que puede dar que pensar, al igual que se observó en el caso de Estados Unidos, acerca de la relación entre gasto y mejora en salud (Nelson, 2002).

Así, en 1974 el Gobierno británico en base al Grupo de Trabajo sobre la Asignación de Recursos (fórmula RAWP) dio origen al sistema de financiación sanitaria regional (DHSS, 1976) como mecanismo de capitación ponderada con el fin de lograr un reparto territorial de recursos financieros que cumpliera el objetivo de garantizar la igualdad de acceso a los servicios sanitarios para igual necesidad y donde los recursos fueran distribuidos sobre la base de las necesidades relativas de sus poblaciones de acuerdo a su estructura de edad y sexo, tasas de mortalidad estandarizada regionales, costes de atención a desplazados y de docencia y precios regionales superiores a la media nacional (Cabasés, 1998a). Todo este cálculo de la población ponderada con arreglo a la cual distribuir recursos sanitarios fue aplicado desde ese año mostrando resultados redistributivos si bien fue objeto de diversas críticas, lo que ha derivado en cambios en la fórmula en 1988 y 1994 (Cuadro 2.10).

CUADRO 2.10. REFORMAS DE LA RAWP (RESOURCE ALLOCATION WORKING PARTY, GRUPO DE TRABAJO SOBRE LA ASIGNACION DE RECURSOS) INGLESA

Concepto	Cambios producidos en la fórmula RAWP
1976-1987	<p>PRINCIPIO DE CAPITACION COMPUESTA (<i>WEIGHTED CAPITATION</i>) SISTEMA DE FINANCIACION DE LOS GASTOS CORRIENTES Cuatro bases fundamentales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fondos generales según población ponderada y Fondos adicionales por docencia en Medicina y Odontología. - Objetivos regionales de financiación que se comparan en cada caso con la financiación real del ejercicio anterior. - De la comparación se obtiene el Ritmo de adaptación anual (positivo o negativo) para alcanzar los objetivos regionales). - Topes máximos y mínimos de crecimiento y decrecimiento. <p>SISTEMA DE FINANCIACION DE LOS GASTOS DE CAPITAL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valoración del stock total de capital - Determinación de objetivos regionales de financiación según población ponderada (Ídem que en gastos corrientes con mínimas excepciones) - Distribución de nuevos recursos: mínimos a todas las regiones (mantenimiento) y el resto a regiones deficitarias.
1988-1993	<p>1ª REVISION DE LA FORMULA RAWP</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uso de técnicas de regresión múltiple para determinar estadísticamente el peso de los indicadores de necesidad en la determinación de la demanda sanitaria. <p>FACTORES DE PONDERACION</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coste de asistencia por grupos de edad (aplicación índices promedio nacionales) - Ajuste del coste por raíz cuadrada de la tasa de mortalidad estandarizada por todas las causas en menores de 75 años en el ámbito regional
1994-1997	<p>REVISION DE LA FORMULA RAWP PARA POBLACION PONDERADA</p> <p>Transferencia = Gasto sanitario nacional per cápita x Población regional x (1+EDAD) x (1+NECES) x (1+COSTE)</p> <p>EDAD = ajuste por estructura demográfica de la población</p> <p>NECES = ajuste por necesidades sanitarias de la población (morbilidad y características socioeconómicas)</p> <p>COSTE = ajuste por coste relativo de servicios (coste promedio regional – promedio nacional de coste)</p>

FUENTE: Elaboración en base a DHSS (1976, 1988, 1989 y 1994), Cabasés (1998a), Carr-Hill et al. (1994a y b), HCHC (1996), López I Casanovas (2001a) y Rey (1998).

Así, la primera revisión de la fórmula se realizó en 1988 (DHSS, 1988) e introducía como innovación principal el uso de regresión múltiple para determinar el peso de los indicadores de necesidad en la determinación de la demanda sanitaria en base al cálculo de la población protegida regional mediante la valoración del coste de la asistencia regional por grupos de edad y ajustando ese coste por la raíz cuadrada de la tasa de mortalidad estandarizada por todas las causas en menores de 75 años.

Como en años anteriores, existieron numerosas críticas dirigidas contra este sistema de cálculo de las “necesidades” ya que a consecuencia de la aplicación de la fórmula se obtuvieron efectos redistributivos inversos tanto en el ámbito regional como de los distritos lo que provocó la búsqueda de una nueva fórmula (Appleby, 1992).

Sobre la base de diversos trabajos de la Universidad de York (Carr-Hill et al., 1994a y b; House of Commons Health Committee, 1996), la última revisión de la RAWP (1994), cuyo objetivo no era distribuir fondos a las 14 regiones sino a las 100 Autoridades Sanitarias de Distrito que actuaban como compradoras de servicio al desaparecer las Autoridades Sanitarias Regionales, tomaba como referente a la necesidad sanitaria relativa al estimarla como una función de tres factores: estructura de edades, necesidades sanitarias locales y diferencia en costes de los servicios sanitarios en algunas zonas del país. Se aplicaba a todo el presupuesto (corriente y capital) y la información necesaria para un análisis de estas características se obtenía de la combinación de distintas bases de datos (López I Casanovas, 2001a). La nueva RAWP lograba así separar los efectos de la oferta existente de los efectos de la necesidad sobre la utilización mediante un modelo de demanda simplificado en dónde se incorporaba la determinación simultánea de la utilización y la oferta al utilizar el método de Mínimos Cuadrados en Dos Etapas (MC2E) e introducir el concepto de utilización normativa como aquella atribuible exclusivamente a la necesidad. Esta era la base de cálculo del primer ajuste (estructura de edades) que trataba de captar los costes de los Episodios Hospitalarios sobre la base de sus estadísticas por cada especialidad para los diferentes grupos de edad (*Hospital Episode Statistics*, HES), estimando el coste medio anual para el NHS de una persona en cada grupo de edad (8 en total, con 3 en la banda alta, 65-74, 75-84 y más de 85 años) y aplicándosele a la población del distrito correspondiente para obtener población ponderada⁴¹.

Los indicadores adicionales de necesidad relativa, obtenidos a partir de la aplicación del modelo a una muestra de utilización hospitalaria en áreas pequeñas de no más de 9.000 habitantes, distinguían entre utilización por agudos y por procesos mentales dónde para los primeros la utilización era función de la razón estandarizada de mortalidad en menores de 75 años (ésta fue la única variable incluida en la versión anterior de la fórmula), incapacidad crónica en menores de 75 años, porcentaje de desempleados, de pensionistas que viven solos y de personas dependientes en hogares monoparentales mientras que el índice para el sector psiquiátrico incluía otras variables que enfatizaban las situaciones de dependencia y aislamiento.

⁴¹ A pesar de ser el elemento de ajuste que en principio parece menos problemático, presentaba limitaciones tanto de estimación como de aplicación. Dos estimaciones realizadas por dos vías (responsables del NHS y los encargados de la revisión de la fórmula) no coincidían en las curvas de costes de algunos servicios. Se pretendió, sin éxito, calcular los costes para cada especialidad y grupo de edad, de modo que, por ejemplo, no se valorase igual un ingreso en un mismo servicio de un anciano y de un joven que, con menor tiempo de estancia, hubiese generado mayores costes debido a la intensidad de servicios recibidos.

Otras variables consideradas, relacionadas con el nivel socioeconómico, estaban muy correlacionadas con las anteriores, quedando entonces excluidas (Carr-Hill et al., 1996). El tercer factor de ajuste compensaba las variaciones geográficas inevitables en el coste del personal no facultativo, edificios y terrenos (*market forces factor*).

Los resultados del ajuste demográfico se exponen en el Cuadro 2.11 y las diferencias entre los resultados de las RAWP 1994 y RAWP 1988 se deben al menor diferencial entre grupos de edad de los pesos calculados en 1994. Las regiones que ganaban más con el cambio eran las regiones del norte de Londres y Oxford mientras que las que más perdían son las del sur de Londres, suroeste de Inglaterra y Wessex, relativamente afluentes. Los cambios introducidos en 1994 refuerzan pues los efectos redistributivos de la fórmula RAWP. Por otro lado, el porcentaje que las poblaciones ponderadas regionales representan respecto a la población real de la región incluye los valores equivalentes resultantes de la aplicación del índice de necesidad incluido en la RAWP 1988, así las regiones con mayor necesidad relativa son las del norte de Inglaterra (Northern, North Western), que se caracterizan por mayor privación social y por recibir un 10% de recursos adicionales de acuerdo a las ponderaciones según indicadores de necesidad. En el extremo opuesto, Oxford y la región suroeste de Londres muestran niveles de necesidad menores y recibirían un 8% menos de recursos de los que le corresponderían según el criterio per cápita. También se observa al comparar los resultados entre 1988 y 1994 que las regiones del norte de Inglaterra, Mersey, y la región noroeste de Londres son las que más ganaban recursos con el cambio al nuevo índice de necesidad mientras que las regiones del sur (Wessex, South West Thames) y Oxford son las que perdían más recursos con el cambio.

CUADRO 2.11. POBLACIONES REGIONALES PONDERADAS. (% DE POBLACION REGIONAL BRUTA)

Concepto	Según estructura demográfica. RAWP 1994	Según estructura demográfica. RAWP 1988	Cambio porcentual. (1994-1988)	Según necesidades sanitarias. RAWP 1994	Según necesidades sanitarias. RAWP 1988	Cambio porcentual. (1994-1988)
East Anglia	102,3	103,6	-1,21	92,0	92,6	-0,64
Mersey	99,0	98,5	0,53	109,3	106,6	2,46
Northern	99,3	98,9	0,3	112,2	109,1	2,80
North East	97,6	96,1	1,52	101,0	99,2	1,80
North West	96,0	93,8	2,32	94,4	96,3	-1,91
North Western	99,6	99,2	0,37	110,0	108,2	1,62
Oxford	94,2	91,1	-3,48	89,2	93,6	-4,76
South East	102,8	104,3	-1,42	89,7	92,7	-3,29
South West	102,7	104,3	-1,53	89,7	92,7	-3,29
South Western	106,2	109,7	-3,20	94,7	94,8	-0,07
Trent	99,7	99,6	0,13	103,5	101,8	1,69
Wessex	104,2	106,6	-2,21	92,0	93,9	-1,99
West Midlands	98,2	97,2	1,01	102,1	102,9	-0,71
Yorkshire	99,8	99,6	0,15	102,9	103,4	-0,42

FUENTE: Carr-Hill et al. (1994a y b).

En definitiva, la fórmula tenía de nuevo efectos redistributivos importantes de modo que dirigía sus recursos compensadamente a las zonas más pobres del norte de Inglaterra en las que eran también peores los indicadores de salud tradicionales mientras que los detraía de las zonas del sureste mucho más ricas. No obstante, en 2002 se están analizando las implicaciones para la asignación de recursos sanitarios que supondría para el NHS británico la sustitución del criterio de equidad basado en la igualdad de acceso para una misma necesidad por otro basado en la *reducción de las desigualdades evitables en salud* (Hauck, Shaw y Smith, 2002). Ello implicaría el traslado desde una política de igualdad de acceso (equidad horizontal) hacia una política de priorización de atención a ciertos grupos etarios (equidad vertical), si bien los cambios en el sistema caputivo no asegurarían que las reducciones en las diferencias se reduzcan de forma más efectiva.

En definitiva y como síntesis de todo este capítulo, parece que la financiación del gasto sanitario público así como su imparable ritmo de crecimiento en base a diversos factores (envejecimiento, nuevas patologías, mayor demanda sanitaria, aumento de la cobertura de los servicios y su mayor acceso, innovación tecnológica, costes administrativos y práctica de una medicina más agresiva y, a la vez, más defensiva) sigue siendo uno de los problemas más importantes con los que se enfrentan en la actualidad los sistemas sanitarios, si bien parece no existir una solución única e infalible. En todo caso, se observa que, en la práctica, la mayoría de países avanzados dispone de sistemas sanitarios cuya responsabilidad compete al sector público y que responden a procesos de descentralización más o menos complejos. Además, las consecuencias distributivas de la financiación sanitaria dependen de si los recursos proceden de cotizaciones sociales (regresivas), de impuestos directos (progresivos) o indirectos (regresivos).

Asimismo, el estudio de la experiencia comparada muestra que es difícil encontrar ejemplos puros de sistemas teóricos encuadrados en la “*Línea Gasto*” (en donde parece existir una variable de consenso respecto al ajuste del criterio de capitación por necesidad como es la estructura demográfica ya que incluso España la ha introducido recientemente en el nuevo modelo de financiación) o en la “*Línea Ingreso*” encontrándose en la realidad y en la mayoría de ocasiones sistemas que tratan de complementar estos dos enfoques (“*Sistemas Mixtos*”). Lo deseable entonces sería encontrar un sistema que tratase de conjugar la suficiencia financiera, la autonomía y equidad, si fuera necesario, a través de una apertura de un espacio fiscal o “*fiscal room*” (Canadá) y una adecuada medición técnica de las necesidades sanitarias (Reino Unido).

CAPITULO III. LA EVOLUCION DEL GASTO SANITARIO AUTONOMICO EN ESPAÑA (1992-1999)

1. Introducción

El gasto relativo a los servicios sanitarios y su correspondiente financiación constituye en todas partes un pilar fundamental de los modernos Estados de Bienestar. Si a esa característica se le añade que los servicios sanitarios sean de cobertura universal y de gestión descentralizada a la importancia de su financiación se le incorpora un elemento inevitable de complejidad. Esta situación es la que se da actualmente en España al igual que en otros países, por lo que en este tercer capítulo se analiza la evolución del sistema sanitario español desde sus orígenes hasta tal y como se configura en la actualidad considerando tanto el contexto legal en el que se ha desarrollado como las características específicas del reciente proceso de descentralización de la gestión del gasto que implica la asunción generalizada de las competencias sanitarias y el comienzo de una nueva etapa histórica de nuestro sector sanitario.

2. El marco legal de la sanidad en España

Hace unas décadas España se caracterizaba por tener los rasgos propios de un Estado centralista o unitario si bien, tras una fase de preparación denominada “*época preautonómica*”, dicho rasgo ha dejado paso a la tendencia descentralizadora que ha llegado con la Constitución Española (CE) de 1978 (Titulo VIII relativo a la Organización Territorial del Estado), en la cual el sistema de atribución de competencias de “*doble lista*” ha implantado el conocido “*Estado de las Autonomías*” que se basa principalmente en la idea de autonomía por parte de las regiones. La existencia de un Estado autonómico con especificidades propias en cada región (Elola, 2001) presuponía, por tanto, la articulación de un sistema de distribución del poder político y administrativo entre el Estado y las distintas Comunidades Autónomas (CCAA), reparto de poder que conlleva para las mismas el dotar de contenido a su autonomía, de cuyo ejercicio surgirán una serie de ordenamientos liderados por los respectivos Estatutos de Autonomía reconducidos a la unidad nacional por la primacía de la CE.

Es en este contexto, lo suficientemente amplio pero a la vez también vago y difuso, donde debe enmarcarse el marco legal de la sanidad en España (Beltran, 2002). Así, la financiación de la sanidad pública constituye uno de los aspectos más controvertidos del Sistema Nacional de Salud (SNS) definido según el art. 44.2 de la Ley General de Sanidad (LGS) de 1986 como “*el conjunto de los Servicios de Salud⁴² de las Comunidades Autónomas*”.

⁴² Servicios Regionales de Salud: Andalucía, 1986, País Vasco, 1983, Madrid, 1984, Comunidad Valenciana, 1987, Aragón y Galicia, 1989, Cataluña, Navarra y Murcia, 1990, La Rioja, 1991, Asturias y Baleares, 1992, Castilla León, 1993, Canarias, 1994, Castilla-La Mancha, Extremadura y Cantabria, 2001.

Es necesario también señalar que los procedimientos por los que se lleva a cabo la atribución de capacidades concretas (“*competencias*”) a los órganos descentralizados son diversos en cada una de las formas para el campo sanitario (Mills, 1991). Con arreglo a esto, la descentralización sanitaria que ha tenido lugar en España desde la CE puede calificarse como un proceso en el que han predominado los criterios geográficos sobre los funcionales y, según las características de las entidades hacia las que se produce la descentralización, como un proceso de “*devolución*” (Rey, 1998a). En coherencia con eso, la distribución de poderes y capacidades (“*competencias*”) entre la Administración Central y la de las CCAA constituidas ha tenido lugar mediante normas del máximo nivel. Así, tanto la CE de 1978, como los diferentes Estatutos de Autonomía son Leyes del máximo nivel (“*Leyes orgánicas*”), que contienen previsiones respecto a la propia distribución de competencias en materia de asistencia sanitaria.

Así, los términos constitucionales del reparto de competencias entre el Estado y las CCAA en lo que se refiere al sistema sanitario vienen establecidos en el artículo 148.1.21 que reconoce que son competencias exclusivas del Estado: la sanidad exterior, las bases y coordinación general de la sanidad y la legislación sobre productos farmacéuticos (artículo 149.1.16 de la CE, desarrollado en los artículos 38, 39 y 40 de la LGS). Además, el referido artículo, en su apartado 17, atribuye también al Estado competencia exclusiva en materia de legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social. Sólo existe una competencia atribuida al Estado que no está contenida en la CE sino que figura en diferentes Estatutos de Autonomía y Decretos de transferencias y es la “*Alta Inspección*”, existente sólo en el caso de los servicios educativos además de los sanitarios.

Todas las restantes competencias sanitarias corresponden a las CCAA, salvo algunas de control sanitario público asignadas a las Corporaciones locales (artículo 42 de la LGS). Ello supone que el ejercicio real de las competencias se cumple con los denominados Decretos de transferencias, en el que se determinan de manera pormenorizada los medios materiales y personales que cada CCAA recibe para el desarrollo de esas funciones. Hasta justo antes de que en el 2002 se hubiese generalizado el proceso transferencial en sanidad, las competencias habían sido transferidas a siete CCAA según Reales Decretos de Traspasos de las funciones y servicios del INSALUD (Cataluña, Andalucía, País Vasco, C. Valenciana, Galicia, Navarra y Canarias). Este grupo de CC.AA gestionaba la sanidad a través de sus respectivos SRS, resultado de nuestro sistema autonómico unidireccional que no contempla la posibilidad de otra evolución que no sea la descentralizadora (Rey, 1998), mientras que el Instituto Nacional de Salud (INSALUD), por su parte, mantenía hasta el 2002 la gestión sanitaria en las diez regiones restantes, si bien dicha descentralización se ha extendido ya a éstas.

Precisamente, el proceso de descentralización autonómica lleva asociada la transferencia de aquellas competencias al nivel de Gobierno que puede gestionarlas de un modo más eficaz y eficiente. En el año 2002 resulta que la estructura del sistema sanitario ha sufrido un cambio cualitativo trascendental hasta el punto de que ahora el Sistema Nacional de Salud verdaderamente se descompone en diecisiete Sistemas Regionales de Salud (SRS) con toda la heterogeneidad derivada de las propias políticas sanitarias que diseña cada uno de ellos. Lógicamente, el ensamblaje y armonización de estos sistemas regionales precisa de unas dosis de coordinación difícilmente imaginables en la situación anterior de sistema centralizado.

Por tanto, la configuración actual del sistema sanitario en España viene dada por la LGS de 1986, que definía el SNS como integrador de las múltiples y descoordinadas redes asistenciales que existían en nuestro país hasta ese momento (Rubio Guerrero y Rodríguez Ondarza, 1992). En cuanto a gasto coexisten un sector sanitario público mayoritario y uno privado de carácter secundario cada vez mayor, lo que es indicativo de su importancia como complemento del público o de la sensibilidad del incremento de renta y la mayor demanda social de sanidad. En ese sentido, la necesidad estructural de un volumen de recursos cada vez mayor, origen de ese gasto creciente, ha alterado las fuentes tradicionales de financiación de la sanidad pública española para intentar garantizar su suficiencia financiera estableciéndose la *universalización* de la asistencia sanitaria sobre la base de criterios de equidad y solidaridad.

3. La transformación del sistema sanitario español

El Sistema sanitario español se caracteriza en la actualidad por la descentralización de la gestión del gasto y de las fuentes de financiación del mismo articuladas a raíz de las Leyes 7/2001, 21/2001 y 22/2001, de 27 de Diciembre, que configuran el nuevo modelo. Dicho sistema comprende la totalidad de recursos humanos y materiales, tanto los traspasados en 2002 de la Administración Central a través del INSALUD-Gestión Directa a diez regiones como de las siete que disponían ya de las transferencias (INSALUD-Gestión Transferida). Así, todas las regiones se organizan ya a través de sus correspondientes órganos autónomos de gestión (SRS).

Ese proceso descentralizador recientemente finalizado ha supuesto primero valorar y determinar el *cuánto* del volumen de gasto asociado al conjunto de competencias que la CE atribuye o el Estado por Ley Orgánica transfiere a las CCAA y, en un segundo momento, con una mayor trascendencia e importancia, ha respondido al *cómo* se financian las Haciendas autonómicas en el nuevo marco de un sector público descentralizado (Acuerdos de financiación autonómica sanitaria hasta el año 2001 y nuevo modelo de financiación autonómica general desde el año 2002 de carácter integrador e indefinido).

Por tanto, el INSALUD ha desaparecido en virtud del reciente RD 840/2002, de 2 de Agosto, que modifica y desarrolla la estructura básica del Mº de Sanidad y Consumo, convirtiéndose en una entidad de menor dimensión al conservar la misma personalidad jurídica, económica, presupuestaria y patrimonial, la naturaleza de entidad gestora de las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social y las funciones de gestión de los derechos y obligaciones del INSALUD además de las prestaciones sanitarias y mejora de infraestructuras en Ceuta y Melilla, el Centro Nacional de Dosimetría en Valencia, la Organización Nacional de Transplantes y los Servicios Centrales del Instituto, por lo que pasa así a denominarse “*Instituto Nacional de Gestión Sanitaria*”.

Eso sí, el INSALUD se había creado tiempo atrás por el RD-Ley 36/1978, de 16 de Noviembre y sus atribuciones y estructura se regulaba en los RD 839/1996, de 10 de Mayo y RD 1893/1996, de 2 de Agosto, siendo sus funciones garantizar las prestaciones sanitarias (medicina preventiva, promoción de la salud, asistencia sanitaria y medicina laboral) y gestionar y administrar sus centros, servicios y establecimientos sanitarios vinculados. También mediante el RD 1149/1996, había establecido una separación más clara entre las funciones de Autoridad (Mº de Sanidad y Consumo), compra (INSALUD) y provisión de servicios (Gerencias de Atención Primaria y Especializada). Además, el RD 702/1998, de 24 de Abril, sobre organización de los servicios territoriales del INSALUD configuraba una Dirección Territorial en cada CCAA con sanidad no transferida a fin de gestionar eficazmente y coordinarse con las mismas. También con el fin de frenar el fuerte crecimiento del gasto farmacéutico se habían venido aplicando planes de contención como el programa de uso racional del medicamento, medidas para la detección del fraude y de avance en el desarrollo de genéricos junto con actuaciones normativas dirigidas a la regulación de los precios de referencia, en línea con el RD 1035/1999, de 18 de Junio, orientadas a racionalizar la financiación de los medicamentos con fondos públicos a semejanza de otros países europeos. Asimismo, siguiendo el ejemplo de otros países, en España se han venido introduciendo algunas fórmulas de organización y gestión con el fin de agotar el margen de ahorro para así incrementar la eficiencia en la asistencia.

En esta misma línea, en 1998 se publicó el Plan Estratégico del INSALUD, que analizaba la situación de partida y diseñaba las estrategias adecuadas para mejorar habiéndose aprobado la Ley 15/1997, de 25 de Abril, sobre “*Habilitación de Nuevas Formas de Gestión del Sistema Nacional de Salud*” y el artículo 111 de la Ley 50/1998, de 30 de Diciembre por el que se crearon las Fundaciones Públicas Sanitarias en 1999 que han culminado con la elaboración y publicación del RD 29/2000, de 14 de Enero, sobre nuevas formas de gestión del INSALUD y que revisaba el RD-Ley 10/1996, de 17 de Junio.

Estas son, según este RD, principalmente, las *Fundaciones Públicas Sanitarias (FPS)*, *fundaciones de la Ley 30/94, de 24 de Noviembre*, *Empresas Públicas Sanitarias (EPS)* y *consorcios sanitarios (CS)* que habían surgido como nuevas formas organizativas y de gestión de asistencia sanitaria a raíz del proceso de descentralización de las competencias sanitarias en los diferentes SRS⁴³.

En el Cuadro 3.1. se observa primero que ha existido una cierta proliferación de todas estas fórmulas en la pasada década de los noventa y la inexistencia de un patrón homogéneo de desarrollo, si bien aún es pronto para poder evaluar definitivamente sus resultados dado que son figuras implantadas en regiones y períodos temporales diferentes. En cualquier caso, es interesante realizar algunos comentarios respecto a cada una de estas figuras que son básicamente las siguientes:

a) Los *Consortios Sanitarios (CS)*, más comunes en Cataluña, son convenios de colaboración entre dos o más Administraciones y, a su vez, con entidades privadas sin ánimo de lucro. Como innovación organizativa, cabe separarlas de las EPS o Fundaciones, ya que su nacimiento responde principalmente a necesidades de integración de la sanidad.

b) Las *Empresas Públicas Sanitarias (EPS)*, como experiencias piloto en algunos SRS, han despertado el mayor interés como fórmulas de flexibilización de la gestión en el mercado sanitario español, frente a las rigideces tradicionales a las que los organismos autónomos sanitarios se ven sometidos bajo el derecho administrativo y un régimen de personal estatutario.

c) Finalmente, las *Fundaciones Públicas Sanitarias (FPS)* han sido las formas organizativas que han generado más discusión en ámbitos académicos y sanitarios en nuestro país a raíz de la introducción de matices de titularidad pública a las tradicionales formas fundacionales del ámbito privado, con el objetivo de balancear la flexibilidad de gestión que éstas ofrecen frente a las necesidades de control que cualquier servicio de responsabilidad pública implica.

⁴³ Por el desarrollo y detalle que les otorga el RD 29/2000, de 14 de Enero, así como por la regulación que recoge sobre el proceso de transición desde el modelo tradicional de gestión, son las Fundaciones Públicas Sanitarias y los Consortios, las figuras centrales si bien el RD no establece indicaciones que permitan evaluar la conveniencia de optar por una determinada forma gestora en la transformación de cada centro, quedando su reserva al ámbito de decisión política (López I Casasnovas et al., 1999b).

En cualquier caso el RD 29/2000, de 14 de Enero, les confiere un desarrollo normativo más explícito, sin duda por el interés del legislador en apostar por ellas como formas dominantes de la transformación de la gestión para el ámbito del ahora ya desaparecido INSALUD. Dichas FPS, presentes en modelos de gestión como el catalán (Igalada y Puigcerdá) o el gallego (Verín, Barbanza, Virgen de Xunqueira, Centro Gallego de Transfusiones y Hospital de Salnés), han sido extendidas recientemente al territorio del antiguo INSALUD-Gestión Directa exclusivamente para los nuevos centros de provisión de asistencia sanitaria (Alcorcón en Madrid, Manacor en Baleares y Calahorra en La Rioja), bajo el marco de un plan estratégico de reformulación de la gestión en el resto de centros asistenciales ya existentes.

La impresión es que las nuevas formas jurídicas y de gestión de los centros sanitarios pueden posibilitar a corto plazo importantes mejoras en la eficiencia, tal como aparecen acreditar las evaluaciones existentes de algunas experiencias. Sin embargo, estas nuevas fórmulas jurídicas también presentan a priori importantes riesgos derivados de la ausencia de un marco de regulación institucional adecuado y, sobre todo, de la inexistencia de incentivos por parte de los principales agentes para configurarlo⁴⁴.

En resumen, todas estas nuevas formas de gestión aplicables en los SRS, las enormes diferencias en la valoración de los medios y condiciones en que se han recibido las transferencias sanitarias, junto con la relativa homogeneidad de las regiones pertenecientes al ya antiguo INSALUD-Gestión Directa, había dado lugar a que hasta el año 2002 en España coexistieran hasta ocho modelos sanitarios diferentes que ahora han pasado a ser diecisiete.

⁴⁴ Las nuevas formas jurídico organizativas de la sanidad ofrecen más posibilidades para la endogamia, implican altos costes de influencia política, existe la posibilidad de colusión de la competencia, el control de los regulados al regulador y a la autoridad pública y que la competencia se produzca sólo con base en la calidad (supuesta o real) y no en precios. Todo esto puede trasladar las ineficiencias de las organizaciones sanitarias al financiador en términos de mayor gasto y déficit, lo que neutralizaría un traslado efectivo de riesgos a las nuevas formas jurídico-organizativas así como a centros de propiedad privada concertada. Así, las deudas son asumidas por el financiador público a través de la utilización de distintos mecanismos como pueden ser las subvenciones más o menos explícitas, siendo la experiencia histórica catalana bastante significativa. Por tanto, la cuestión crítica es el tipo de regulación a la que se van a someter, de forma que el traslado de riesgos sea efectivo y se limiten de forma efectiva las actividades de influencia e interferencia política.

CUADRO 3.1. LAS NUEVAS FORMULAS DE GESTION DE LOS CENTROS SANITARIOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL

Concepto	Entidades públicas empresariales	Sociedades Anónimas Públicas	Consorcios públicos sanitarios	Fundaciones Públicas sanitarias
Definición	Organismo público al que se encomienda la realización de actividades prestacionales, la gestión de servicios o de producción de bienes de interés público susceptibles de contraprestación económica	Sociedad anónima en la que la Administración pública o sus organismos públicos cuenten con la mayoría de las acciones o participaciones	Entidades jurídico públicas, de carácter asociativo y naturaleza voluntaria, con personalidad jurídica plena e independiente de la de sus miembros, con capacidad jurídica de derecho público y privado para sus objetivos	Organizaciones que, por voluntad de sus creadores, tienen afectado de modo duradero su patrimonio a la realización de fines de interés general
Régimen jurídico	Derecho privado	Derecho privado (mercantil, civil y laboral)	Derecho público y derecho privado	Derecho privado (administrativo, civil, mercantil y laboral)
Ley Contratos del Estado	Ley 13/1995, de 18 de Mayo, de Contratos de las Administraciones Públicas	Real Decreto Legislativo 1564/1989, de 22 de Diciembre por el que se aprueba el TRLSA	Derecho privado. Debe cumplir con los principios de publicidad y concurrencia	Derecho privado. Debe cumplir con los principios de publicidad y concurrencia
Órgano rector	Según su Ley de creación específica	Consejo de Administración	Junta General o Consejo de Gobierno	Patronato
Régimen personal	Laboral	Laboral	Laboral, en su mayor parte	Laboral
1. Servicio Andaluz de Salud (SAS)	Hospital Costa del Sol (1992) Emergencias sanitarias (1994) Empresa Pública H.Poniente (1997)			
2. Servicio Canario de Salud (SCS)	Gestión Sanitaria Canaria			
3. Servicio Catalán de Salud (SCS)	Instituto Diagnóstico por Imagen (1991) Gestión de Servicios Sanitarios (1992). H. De Lleida Instituto Asistencia Sanitaria (1992) Gestión y Prestación de Servicios de Salud (1992) Instituto Catalán de Oncología (1995) Banco de Sangre (1995) Hospital Mora de Ebre H. Pallars. Agencia Evaluación de Tecnología Médica (1994)	Empresa Energética de Instalaciones Sanitarias, S.A. (1991) Sistema de Emergencias Médicas, S.A. (1992)	C. Cruz Roja Hospitalet (1991) C. de Alto Penedés (1994) C. Laboratorio de Anoia (1992) C. Sanitario de la Selva (1992) C. Instituto Salud Pública (1994) C. Sanitario de Terrassa (1988) C. Hospitalario de Cataluña. C. Hospitalario de Vic (1986) C. Hospitalario Parc Taulí (1986) C. de Barcelona (1988) C.U.D. Imágen Alta Tecnología (1990)	F. Sanitaria de Igualada F. Puigcerdá

Entidad gestora	Entidades públicas empresariales	Sociedades Anónimas Públicas	Consortios públicos sanitarios	Fundaciones Públicas sanitarias
4. Servicio Gallego de Salud (SERGAS)		MEDTEC S.A. Instituto de Medicina Técnica		F. Hospital de Verín F. Hospital Barbanza F. Virgen de Xunqueira Centro Gallego Transfusiones F. Hospital de Salnés (2000)
5. Servicio Vasco de Salud (OSAKIDETZA)	Diagnóstico por imagen (OSATEK) Centro de Transfusión (1997)	Alta Tecnología Sanitaria, S.A. (1992)		
6. Servicio Valenciano de Salud (SVS)			C. Hospital General de Valencia (2000)	F. Hospital de La Ribera (Alzira)
7. INSALUD y tras el año 2002 cada uno de los respectivos Servicios Regionales de Salud			C. Hospital de Jove y Arriondas (Asturias) (1997) C. Fuenlabrada y Puerta de Hierro (Madrid) (2000) C. Ciudad Real (Castilla-La Mancha) (2000) C. Ceuta (2000) C. San Pedro (La Rioja) (2000) C. Valladolid, Tomelloso y Villarobledo (Castilla y León) (2000) C. Mahón e Inca (Baleares) (2001) C. Zafra (Extremadura) (2002) C. Burgos (Castilla y León) (2001) C. Toledo (Castilla-La Mancha) (2001) C. Hospital Gral Universitario (Valencia) (2002)	F. Hospital de Jove (Asturias) F. Hospital de Arriondas (Asturias) (1997) F. Hospital Alcorcón (Madrid) (1998) F. Hospital Manacor (Baleares) F. Hospital de Calahorra (La Rioja) (2000) F. Hospital de Fuenlabrada (Madrid) (previsto para 2003) F. Palma II (Son Llátzer) (Baleares) (2001)

Notas: Las nuevas formas de gestión se regulan por la Ley 6/1997, de 14 de Abril, y Ley 15/1997, de 25 de Abril sobre "Habilitación de Nuevas Formas de Gestión del Sistema Nacional de Salud" y el artículo 111 de la Ley 50/1998, de 30 de Diciembre por el que se crearon las fundaciones públicas sanitarias en 1999 que han culminado con la elaboración y publicación del RD 29/2000, de 14 de Enero, sobre nuevas formas de gestión del Instituto Nacional de Salud y que revisaba el RD-Ley 10/1996, de 17 de Junio,

FUENTE: Elaboración en base a INSALUD, López I Casasnovas et al. (1999b) y Argente y López I Casasnovas (2001).

4. La evolución del gasto sanitario público en España

Desde hace ya algunos años, el debate sobre el futuro de la sanidad pública, ya sea por la notable valoración social que recibe entre la ciudadanía o por el importante volumen de recursos que absorbe, ha venido mereciendo una especial atención por parte de los gestores de dicho tipo de gasto. La discusión actual se centra en la sostenibilidad de los ritmos de crecimiento de dicho tipo de gasto, entendida ésta como la viabilidad de su financiación, dada la actual configuración de los sistemas sanitarios públicos. Para pronunciarse tanto sobre la plausibilidad de esta opción y para analizar el nuevo modelo de financiación regional de esta partida del gasto social es necesario, sin embargo, que primero se profundice acerca de las cifras actuales de gasto y su evolución reciente desde un punto de vista económico.

El objetivo de esta sección de la tesis doctoral será la exposición y desarrollo de una determinada metodología que permita estimar de una forma fidedigna el volumen reciente de gasto que el sector público destina a cubrir las necesidades sanitarias en cada territorio. Para alcanzar este fin la estructura que se va a seguir es la siguiente. En primer lugar, se define el concepto de gasto sanitario haciendo un breve repaso de la literatura económica existente al respecto y remarcando las dificultades existentes en muchos casos para llevar a cabo una territorialización adecuada del mismo. En segundo lugar, una vez aclarado este concepto, se describirán las distintas metodologías utilizadas para poder estimar este tipo de gasto (financiación, demanda y producción) y evitar así posibles confusiones o solapamientos. En función de las ventajas e inconvenientes de cada una de estas tipologías en la tesis nos decantamos por una de las mismas (financiación) aplicándola de tal modo que se obtengan datos consolidados. Igualmente se hace una breve referencia a otra metodología que ha sido empleada en otro tipo de trabajos para la estimación del gasto sanitario como es la correspondiente a las Cuentas Satélite (demanda). Por último, se concluirá esta sección con un análisis de la evolución de la descentralización del gasto sanitario en nuestro país en el marco de la Ley General de Sanidad hasta el año 1999, dado que en 2002 son los últimos datos de liquidación disponibles.

4.1. El concepto de gasto sanitario a nivel internacional

El primer paso de esta tarea consiste en delimitar conceptualmente la magnitud a estimar: “*el gasto sanitario*”. La literatura sobre el tema muestra que, pese a que se ha avanzado bastante, sigue sin haber un criterio generalmente aceptado sobre esta cuestión entre los diversos investigadores (Cuadro 3.2). Esto se debería, por un lado, a su contenido, dado el posible solapamiento entre la actividad sanitaria y otras de carácter social, educativo o militar, y, por otro lado, a su clasificación, debido a la falta de nitidez de la frontera entre distintos conceptos sanitarios. Esta última cuestión, según Poullier (1989a y b), se ve reflejada en la heterogeneidad de las cifras de gasto de la base estadística elaborada por la OCDE (*OECD Health Data File*).

Así, existen diversas aproximaciones al concepto de gasto sanitario con base en alguna definición internacionalmente aceptada como las de Abel-Smith⁴⁵ (1969) y la de Maxwell⁴⁶ (1981) que permiten obtener cifras de gasto válidas y comparables con las de otros estudios nacionales o internacionales. En este sentido, en el ámbito internacional, además de los mencionados son bien conocidos trabajos como los de Parkin et al. (1987), Schieber et al. (1989), Gerdtham et al. (1992), Murillo et al. (1993) o los, ya señalados en el capítulo anterior, sucesivos estudios de la OCDE (entre 1987 y 2002), que se han ocupado a su vez de las comparaciones internacionales de gasto sanitario.

4.2. El concepto del gasto sanitario a nivel nacional y autonómico

Por otra parte, en nuestro país, existen diversos estudios sobre este aspecto, ya que es importante partir de datos homogéneos de gasto antes de cuantificar las diferencias existentes entre regiones. Algunos de ellos parten de una delimitación conceptual basada en alguna convención determinada mientras que otros se han limitado a dar alguna definición genérica de lo que se entiende por gasto sanitario poco detallada.

Así, en primer lugar y en el ámbito nacional, Barea et al. (1992 y 1993) y Barea y Gómez (1994) asumen la definición de gasto sanitario bajo el cuadro conceptual de las normas de la Contabilidad nacional (COFOG 1980 y el SEC). En este caso, el gasto sanitario lo forman servicios de atención hospitalaria y conexas, servicios médicos, enfermeras y otros profesionales de la medicina, odontólogos y paramédicos, servicios de salud pública, investigación sanitaria, gastos de administración general, medicamentos, aparatos terapéuticos, primas de seguro de enfermedad y accidentes y otros servicios de sanidad, incluidas las retribuciones de los Médicos Internos Residentes (MIR) así como los gastos en sanidad de las fuerzas armadas, prisiones, forenses y los hospitales clínicos dependientes del Ministerio de Educación y excluidos los gastos de escuelas de enfermería, gerentes de hospitales y gastos en sanidad escolar.

El segundo bloque de estudios son menos concretos al delimitar el concepto de gasto en sanidad. Por ejemplo, Elola et al. (1988a y b) considera al gasto sanitario como la parte del gasto total del país que se destina a la financiación de servicios personales de atención de salud. Asimismo, el Informe ABRIL (CAESNS 1991) considera la naturaleza sanitaria de los agentes financiadores o productores a la hora de delimitar el gasto sanitario y no se pronuncia sobre la naturaleza del gasto en escuelas de enfermería y gerentes de hospitales, MIR o servicios médicos de las Fuerzas armadas y prisiones.

⁴⁵ Seguidas en el caso de nuestro país en Betolaza (1985), Rodríguez (1986) y Arrazola (1995).

⁴⁶ A la que se refiere Losada et al. (1997 y 1999).

A su vez, son varios los trabajos que muestran la necesidad de estudiar regionalmente⁴⁷ las características económicas del gasto sanitario. Aunque existen varias diferencias entre ellos, todos entienden como gasto sanitario a los servicios prestados por personal sanitario validado, los bienes y servicios financiados por instituciones sanitarias y aquellos otros con un objetivo sanitario directo. Es decir, sería gasto sanitario el gasto en servicios hospitalarios, ambulatorios, de Atención Primaria, Atención Especializada, medicinas, servicios de salud pública, investigación sanitaria y administración de los servicios anteriores. Se excluirían los gastos en servicios sociales, mientras que se incluirían también la formación de personal médico, las escuelas de enfermeras y de posgraduados. En este sentido, se va a considerar que en el concepto de gasto sanitario a utilizar se recogerán tanto los servicios prestados por el personal del sector en concreto como los de salud pública, medicamentos, prótesis, equipo médico y otros productos de prescripción, la investigación aplicada y el desarrollo relacionados con el sistema sanitario, las retribuciones a los MIR y los gastos de administración, gestión, apoyo, suministros generales, servicios para el personal e inversión en bienes de equipo e inmovilizado.

Asimismo, la estimación del gasto sanitario consolidado añade un elemento diferencial respecto a aquellos estudios que estiman el gasto del Estado ya que se necesitaría territorializarlo, especialmente cuando los bienes y servicios no son directamente imputables a una región determinada. Ahora bien, la asignación territorial de la mayor parte de los bienes y servicios sanitarios no reviste problema en el caso de aquellos que sean de naturaleza privada, es decir, los que siendo provistos por el Sector Público tienen beneficios perfectamente divisibles (con la excepción de los efectos externos positivos en términos de externalidades que se deriven de su consumo). Sin embargo, existe otra parte del gasto sanitario relativamente pequeña que se ofrece a todo el país y que tiene la característica de bien público, es decir, no-rivalidad de consumo y no-aplicabilidad del principio de exclusión (sanidad exterior, servicios de salud pública, investigación sanitaria o gastos en servicios centrales). Precisamente, por tratarse de gastos difícilmente imputables a una región específica es aconsejable excluirlas de la estimación, si bien en algún caso será necesario establecer algún criterio determinado.

⁴⁷ Vid., entre otros, los trabajos de Hualde (1985), Betolaza (1985), Rodríguez (1986), Cabasés (1988), Elola et al. (1988a y b), Antoñanzas y Juárez (1992), Betolaza (1993), Arrazola (1995), Losada et al. (1997 y 1999), Abásolo (1997), Abásolo y Barea (1999), Centella (1998), Fidalgo y Ventura (1998), Cabiedes y Valdavida (1999), Cantarero y Fernández Gómez (2000a y b), Gamazo et al. (2001), López I Casasnovas y Rico (2001) y Argente y López I Casasnovas (2001).

CUADRO 3.2. PRINCIPALES ESTUDIOS DE DEFINICION, ESTIMACION Y CONSOLIDACION DEL GASTO SANITARIO

Estudios a nivel internacional	Estudios a nivel nacional	Estudios a nivel autonómico
<ul style="list-style-type: none"> - Abel-Smith (1969): Vía financiación - Maxwell (1981): Vía financiación - Parkin et al.(1987): Vía financiación - Schieber et al. (1989): Vía financiación - Gerdtham et al. (1992): Vía financiación - Murillo et al. (1993): Vía financiación - OECD (1987-2002): Vía financiación 	<ul style="list-style-type: none"> - Elola et al. (1988a, 1988b): Vía financiación - Giron et al. (1989): Vía financiación - Informe Abril (CAESNS 1991): Vía financiación - Barea et al. (1992 y 1993): Vía demanda - Barea y Gómez (1994): Vía demanda (Cuentas Satélite del gasto sanitario público) - Barea (1996): Vía demanda (Cuentas Satélite) - M° Sanidad y Consumo (1999): Vía demanda (Cuentas Satélite 1991-1996) - M° Sanidad y Consumo (2001): Vía demanda (Cuentas Satélite 1996-1999) 	<ul style="list-style-type: none"> - Hualde (1985): Vía financiación (País Vasco) - Betolaza (1985): Vía financiación (Navarra) - Rodríguez (1986): Vía financiación (Cataluña) - Cabasés (1988): Vía financiación (Navarra) - Elola et al. (1988a y b): Vía financiación (Por CCAA) - Antoñanzas y Juárez (1992): Vía financiación (La Rioja) - Betolaza (1993): Vía financiación (País Vasco) - Arrazola (1995): Vía financiación (Navarra) - Losada et al. (1997 y 1999): Vía financiación (Madrid) - Abásolo (1997) y Abásolo y Barea (1999): Vía financiación y demanda (Canarias) - Centella (1998):Vía financiación (Por CCAA) - Fidalgo y Ventura (1998): Vía financiación (Asturias) - Cabiedes y Valdavida (1999): Vía financiación (Por CCAA excepto las forales) - Cantarero y Fernández Gómez (2000a y b): Vía financiación (Cantabria) - Gamazo et al. (2001): Vía financiación (C.León) - Argente et al. (2001): Metodología propia (Cataluña) - López I Casanovas y Rico (2001): Vía demanda (Andalucía, País Vasco y Cataluña)

FUENTE: Elaboración propia.

4.3. Aspectos metodológicos

El primer paso a realizar antes de llevar a cabo la estimación del volumen total de gasto sanitario autonómico consiste en la exposición de las metodologías existentes y, en consecuencia, de la elegida para atender a este objetivo.

4.3.1 Las tres vías de estimación del gasto sanitario

La estimación del gasto sanitario debe hacerse por un proceso de agregación y consolidación del gasto realizado por todos los agentes sanitarios, si bien hay tres factores que complican esta tarea y que hacen que la disponibilidad de datos de gasto estimado adolezca de dos o tres años de retraso al no disponer de liquidaciones presupuestarias (López I Casasnovas y Rico, 2001): la multitud y la heterogeneidad de los agentes sanitarios (tanto organismos públicos como aquellos privados con ánimo de lucro o sin él e incluso las familias), la diversidad de actividades económicas que realizan (financiación tanto pública como privada, demanda realizada por todos los agentes y producción también realizada por todos) y los innumerables trasvases financieros de unos agentes a otros (por lo que la metodología empleada deberá de tenerlos en cuenta, para así evitar problemas de doble contabilización de partidas). Así, en primer lugar, con respecto a la diversidad de agentes implicados en el sistema sanitario será necesario diferenciarlos. En segundo lugar, la mayor parte de estos agentes realizan distintos tipos de operaciones económicas (financiación, producción, demanda o una combinación de éstas). En tercer lugar, debe tenerse en cuenta que son innumerables los trasvases de recursos corrientes o de capital que se realizan de unos agentes a otros (bien entre entes públicos, bien entre agentes públicos y privados), lo que hace necesaria la consolidación.

Coincidiendo con los tipos de operaciones económicas que un agente sanitario puede desempeñar, son tres las vías para agregar y consolidar el gasto sanitario de los diferentes agentes: financiación, demanda o producción. Cada una de ellas se corresponde con una vertiente del valor de la actividad sanitaria y con un método de estimación del propio gasto sanitario, si bien la cifra de gasto sanitario total deberá ser la misma en todas (Cuadro 3.3):

a) Por la vía de la *financiación*: El gasto sanitario consolidado se obtendría agregando la financiación que cada agente del sistema realiza con cargo a sus propios recursos (gasto público y privado en consumo sanitario, transferencias corrientes y de capital al sector sanitario privado, transferencias corrientes en especie del sector público a las familias para la atención de necesidades sanitarias y los conciertos con entidades privadas (prestaciones sociales) y el gasto de las entidades sanitarias privadas en inversión sanitaria). Se requiere disponer de datos sobre financiación que efectúe cada agente sanitario con cargo a sus respectivos presupuestos, por lo que la ventaja es aportar gran volumen de información. Las transferencias que realiza un agente a otro se contabilizarían al que hace la transferencia, no computándose al que las recibe.

b) Por la vía de la *demanda*: El gasto sanitario consolidado sería la suma de las demandas de servicios y bienes de consumo y de capital de los agentes sanitarios (consumo final público y privado de sanidad y Formación Bruta de Capital Fijo, FBCF). Se requiere disponer de información sobre el consumo e inversión que realiza cada agente. Uno de estos métodos, utilizado en algunos países europeos y también en España, es el de las “*Cuentas Satélite del gasto sanitario público*” (Barea et al., 1992 y 1993; Barea y Gómez, 1994; Barea, 1996; Abásolo, 1997; Barea y Abásolo, 1999). Las transferencias de un agente a otro se computarían al que demanda bienes y servicios sanitarios con cargo a dichos fondos y no al que hace la transferencia. La dificultad que plantea es la de transformar la información basada en criterios administrativos a otra según criterios económicos además de que se precisa de gran cantidad de información complementaria. En cualquier caso, esta metodología no informa acerca de los agentes financiadores de las prestaciones sanitarias.

c) Por la vía de la *producción*: El gasto sanitario consolidado se obtendría cuantificando el valor de la producción efectiva de agente que provee bienes o servicios sanitarios más el valor de la producción de bienes de inversión destinados al sector sanitario (producción pública y privada de bienes y servicios sanitarios corrientes y producción pública y privada de bienes de capital destinados al sector sanitario). Las transferencias de un agente a otro se considerarían parte de la producción del que las recibe en última instancia y no de quien las realiza.

4.3.2 Análisis de los tres métodos de estimación, su interrelación y método de estimación elegido (vía de la financiación)

La elección de una u otra vía de estimación depende de la vertiente económica del gasto que se desee conocer y de la disponibilidad de información suficiente. En este sentido, la mayoría de los estudios que han estimado el gasto sanitario en nuestro país han escogido la vía de la *financiación* a partir de la suma de las cantidades gastadas en este concepto por cada uno de los niveles administrativos y restando las transferencias internas que hayan tenido lugar entre ellos, es decir, consolidando las cuentas a efectos de evitar duplicidades⁴⁸.

⁴⁸ Elola et al (1988a y b), Giron et al. (1989) y CAESNS (1991) la han empleado a nivel nacional mientras que a nivel autonómico lo ha sido por Hualde (1985), Betolaza (1985), Rodríguez (1986), Cabasés (1988), Elola et al. (1988a, 1988b), Antoñanzas y Juárez (1992), Betolaza (1993), Arrazola (1995), Losada et al. (1997 y 1999), Centella (1998), Fidalgo y Ventura (1998), Cabiedes y Valdavida (1999), Cantarero y Fernández Gómez (2000a y b) y Gamazo et al. (2001), entre otros.

CUADRO 3.3. PRINCIPALES VIAS DE ESTIMACION, AGREGACION Y CONSOLIDACION DEL GASTO SANITARIO

Vía Financiación	Vía Demanda	Vía Producción
<ul style="list-style-type: none"> - Se agrega la financiación que cada agente sanitario realiza con cargo a sus propios recursos - Las transferencias que realiza un agente a otro se contabilizan al agente que realiza la transferencia, no computándose las cantidades del agente que las recibe - GASTO SANITARIO TOTAL = AGREGADOS “FINANCIACION PUBLICA (Gasto público en consumo, gasto público en inversión, prestaciones sociales y transferencias corrientes al sector privado)” + “FINANCIACION PRIVADA (Gasto privado en consumo y gasto privado en inversión)” DE SANIDAD - Ventajas: Mayor disponibilidad de información adecuada. La mayor parte de estudios en nuestro país la han escogido, casi siempre de forma exclusiva. - Inconvenientes: Requiere abundante información y no permite conocer cuál es la composición del gasto desde la perspectiva de la demanda y tampoco desde la perspectiva de la producción. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se agregan las demandas de servicios y bienes de consumo y de capital de los agentes sanitarios - Las transferencias de un agente a otro se computarían al agente que demanda bienes y servicios sanitarios con cargo a dichos fondos, no contabilizándose al agente que realiza la transferencia - GASTO SANITARIO TOTAL = “DEMANDA PUBLICA (Consumo final público y FBCF público)” + “DEMANDA PRIVADA (Consumo final privado y FBCF privado)” DE SANIDAD - Ventajas: Requiere menos información que las demás vías, calcula la composición de la demanda e indirectamente bajo ciertos supuestos la de la producción además de otras clasificaciones como la económica, funcional o por agentes de gasto. - Inconvenientes: Ha sido una vía menos utilizada en los estudios y no permite conocer cuál es la composición del gasto por agentes financiadores. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuantificar el valor de la producción efectiva de cada uno de los agentes que proveen bienes y servicios sanitarios, más el valor de la producción de bienes de inversión destinados al sector sanitario - Las transferencias de un agente a otro se considerarían parte de la producción del que las recibe en última instancia, que es quien produce los bienes y servicios finales - GASTO SANITARIO TOTAL = AGREGADOS “PRODUCCION PUBLICA (Producción pública de bienes y servicios sanitarios de consumo y producción pública de inversión)” Y “PRODUCCION PRIVADA (Producción privada de bienes y servicios sanitarios de consumo y producción privada de inversión)” DE SANIDAD - Ventajas: Proporciona una composición detallada del gasto - Inconvenientes: Limitaciones de información importantes que le descarta de entrada en la mayoría de estudios

FUENTE: Elaboración propia.

De todas formas, la estimación efectuada sólo por la vía de la financiación se enfrenta a algunos problemas potenciales que es necesario señalar y que anteriormente se han indicado en parte. Este método implica que a la financiación de cada agente se le debe descontar la procedente de otros agentes con el fin de determinar el gasto realizado con sus fondos propios, por lo que supone requerir de una abundante información presupuestaria y, en la medida en que no se considere, el riesgo de doble contabilización es máximo. Además, los elevados costes para estimar el gasto sanitario público por esta vía no hacen más que multiplicarse en el ámbito autonómico, ya que esta información es más difícil de obtener en este contexto (por su no-disponibilidad o por el carácter indivisible de parte del gasto público en sanidad) y, en última instancia, no suministra ninguna información acerca de los agentes que demandan y/o producen los bienes y servicios sanitarios. Por otra parte, es una práctica frecuente entre los estudios que estiman el gasto por la vía de la financiación no presentar las cifras del gasto sin consolidar de cada uno de los agentes sanitarios, con lo que no es posible constatar la cuantía de las transferencias eliminadas ni, por tanto, contrastar si ha existido o no doble contabilización.

En este sentido, lo que se pretende al obtener las cifras de gasto sanitario estimado por la vía de la financiación es presentarlas consolidadas y, también sin consolidar, como única forma de facilitar y aportar transparencia al proceso de agregación del gasto y permitir así conocer el importe de las transferencias que se han cancelado en el proceso de agregación. Esto puede compensar gran parte de las desventajas de este método, aunque también es cierto que al consolidar, siempre que sea posible, el gasto sanitario debe estimarse por más de una vía (en este caso, la de la demanda), lo que constituiría un útil ejercicio de comprobación y exactitud ante la enorme complejidad de las operaciones financieras entre unos y otros agentes sanitarios, evitando problemas de doble contabilización y salvando muchas deficiencias de información.

En todo caso, existe una complementariedad entre las tres metodologías utilizables para la estimación del gasto sanitario, lo que puede permitir estimar distintos componentes del gasto por más de una vía, a la vez que posibilita que aquellos componentes del gasto sanitario que no se puedan obtener de forma directa se pueda hacerlo indirectamente y, lo que es aún más importante, el gasto sanitario total se podrá estimar por medio de una adecuada combinación de las tres. Por ejemplo:

a) Con relación a la vía de la *financiación*: El gasto sanitario total se obtendría de la agregación de la financiación sanitaria pública y privada. La primera se obtendría mediante la suma del gasto público en consumo e inversión (valorados por el método de la demanda), las prestaciones sociales y las transferencias a entes privados (estimados por la vía de la financiación).

La financiación privada sería la suma del gasto privado en consumo realizado por las familias (estimado por la vía de la financiación), el gasto privado en inversión (estimado por la vía de la financiación deduciendo de la FBCF llevado a cabo por el sector privado aquellas transferencias de capital procedentes del sector público) y el gasto sanitario en consumo realizado por los organismos privados sin ánimo de lucro (estimado indirectamente por la vía de la financiación, deduciendo del gasto de consumo en sanidad los ingresos que estos entes reciben por prestaciones sanitarias a particulares por los ingresos que perciben por servicios concertados con el sector público y las transferencias corrientes del sector público).

b) Con relación a la vía de la *demanda*: El gasto sanitario total sería la suma de la demanda pública y privada en sanidad. La primera sería la suma del consumo e inversión públicos (obtenidos según la vía de la demanda) mientras que la segunda se estimaría mediante la suma de las prestaciones sociales, transferencias a entes privados, gasto privado en consumo y gasto privado en inversión valorado de acuerdo con la vía de la financiación.

De acuerdo con a) y b), el gasto público en sanidad se podría estimar mediante la suma del consumo final público (vía de la demanda), de la FCBF pública (vía de la demanda) y las transferencias del sector público al privado realizadas en concepto de prestaciones sociales (servicios prestados a las familias) y de las transferencias a entes privados (vía de financiación). Este es precisamente el tipo de información que se recoge en las “*Cuentas Satélite del Gasto sanitario público*”, comparables en el ámbito europeo, que serán tratadas a final de este capítulo.

No obstante, tal y como se había especificado anteriormente, para la estimación del gasto sanitario por regiones se toma el sector público (dejando a un lado a agentes privados como las familias que son consumidores finales en sanidad, como los entes privados sin ánimo de lucro en calidad de consumidores finales e inversores en sanidad y los entes privados no benéficos como inversores en sanidad) y se aplica el método de financiación. Previamente, será necesario conocer, además del volumen de recursos disponible, las Administraciones públicas que gastan parte o la totalidad de su presupuesto liquidado en sanidad en el período 1992-1999, dada la información disponible y publicada en el año 2002 (dato que contablemente refleja los recursos económicos en virtud de los presupuestos aprobados y de las modificaciones presupuestarias aprobadas a lo largo de cada ejercicio, con el mismo nivel de desagregación que el presupuesto inicial). Dichas Administraciones son las siguientes:

- Administración Central: Administración de la Seguridad Social (INSALUD) y Ministerio de Defensa, Ministerio de Justicia e Interior y Ministerio de Sanidad y Consumo.

- Administración Territorial: Administración Autonómica (Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma) y Local (Diputaciones, Consejos, Cabildos Insulares y Ayuntamientos).

- Mutualidades: Instituto Social de la Marina (ISM), Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MUPATEP) y Mutualidades obligatorias de funcionarios públicos (MUFACE, Mutualidad de Funcionarios Cíviles del Estado; ISFAS: Instituto Social de las Fuerzas Armadas; MUNPAL, Mutua de Administración Local; MUGEJU, Mutualidad General Judicial).

En este caso, dado que obtener las cifras detalladas de liquidación de gasto de cada una de esas instituciones es una tarea de enorme complejidad por la desconexión existente entre unas y otras, el análisis se hace más operativo al centrarse en los dos primeros tipos de Administraciones (Central y Territorial) exceptuando en el caso de la Central el gasto sanitario en centros penitenciarios (Ministerio de Justicia e Interior). Tampoco se considera a las dos Comunidades forales (País Vasco y Navarra) y las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, debido en ambos casos a sus especiales características. Además, es necesario señalar que el análisis de las estadísticas de las Administraciones Locales, a pesar de ser incluido aquí, resulta ciertamente complicado y tiene grandes limitaciones en cuanto a su fiabilidad, dada la ausencia de fuentes estadísticas directas⁴⁹. Por último, dada la escasa importancia presupuestaria del gasto liquidado de las entidades del tercer bloque y las dificultades que plantea su consolidación con el resto también se ha decidido excluir estas entidades del estudio.

4.4. El gasto sanitario de la Administración Central (INSALUD)

Esta Administración es considerada en primer lugar ya que es la que más recursos ha venido presupuestando en asistencia sanitaria en el período 1992-1999 para gran parte de las regiones españolas, si bien desde hace unos años su participación relativa en el presupuesto consolidado de la sanidad a nivel nacional ha disminuido debido al incremento de la descentralización de este tipo de gasto (culminado en 2002). Con objeto de aproximar el gasto de esta Administración en una región tipo, debe acudir a los diferentes organismos ejecutores del gasto sanitario, ya que en los Presupuestos Generales del Estado (PGE) se delimitaba en su clasificación funcional la Sanidad (Función 41) aunque sin distribuirla territorialmente. Así, en el marco de este nivel administrativo, la mayor parte del gasto que se presupuestaba correspondía al INSALUD, si bien en cada ejercicio se extraía una parte que se dedicaba a los servicios generales y a ciertas prestaciones sanitarias no vinculadas al territorio en el que se prestan, imputándose a la M^o de Sanidad. La cantidad restante se repartía entre el INSALUD-Gestión Transferida y el Gestión Directa.

⁴⁹ Si bien, en algunas regiones como, por ejemplo, Madrid esta labor resulta más certera al contar con estadísticas adicionales que permiten contrastar las diversas fuentes (Losada et al., 1997 y 1999).

El criterio seguido por el INSALUD para la elaboración de los datos contenidos en las Memorias Económicas se apoyaba en la Contabilidad Presupuestaria de la Seguridad Social que, a través del programa SICOSS, aportaba la totalidad de las imputaciones efectuadas durante el año a los presupuestos de los distintos centros de gasto. No obstante, sobre estas cantidades se pueden efectuar las oportunas operaciones de periodificación de la deuda, con el objeto de adaptar dichas cifras al gasto real producido. Esta serie y su análisis permite tener una visión parcial del gasto en las regiones en la medida en que se hace desde una perspectiva meramente financiera.

Lo que sí se observa es que, paralelamente al proceso de transferencia de competencias sanitarias, el INSALUD ha tenido que ceder una parte proporcionalmente creciente de ese presupuesto para que las Administraciones autonómicas puedan desarrollar el paquete competencial recibido. Puede destacarse aquí lo sucedido en los últimos años ya que el porcentaje de gasto sanitario gestionado por el antiguo INSALUD-Gestión Directa ha disminuido y como consecuencia ha aumentado el del conjunto de CCAA con competencias transferidas desde el 55,52% en 1992 hasta el 63,47% en 1999. Además, en lo que se refiere al cumplimiento presupuestario, durante el período anterior al modelo de financiación 1994-1997 en el INSALUD las modificaciones presupuestarias aprobadas han alcanzado cifras muy significativas con una influencia negativa en las CCAA de régimen común que, al contrario de las forales, no participaban automáticamente en las modificaciones que se aprobaban.

Por tanto, hasta el año 1995 (primer año de aplicación del modelo de financiación 1994-1997) era una práctica habitual la aprobación de modificaciones presupuestarias que incorporaban un importante volumen de recursos al presupuesto del INSALUD, como consecuencia de la aprobación de presupuestos iniciales claramente insuficientes en origen. A partir de dicho Acuerdo de financiación sanitaria la situación varió sensiblemente, ya que las CCAA de régimen común participaban automáticamente de cualquier modificación presupuestaria que implicase mayores recursos para el sistema y porque los créditos del INSALUD dejaban de tener la consideración de ampliables y cualquier necesidad de mayor dotación de su presupuesto obligaba a la tramitación de un crédito extraordinario o suplemento de crédito ante el Parlamento. En 1997 las diferencias entre presupuesto inicial (21.407,24 millones de euros) y liquidado (21.490,60 millones de euros) fueron de 83,34 millones de euros y en 1998 (22.943,22 millones de euros de presupuesto inicial y 23.406,63 millones de euros de presupuesto liquidado) aumentaron hasta los 463,41 millones de euros, con un control del gasto en Atención Primaria. Finalmente, en 1999 (24.319,82 millones de euros de presupuesto inicial y 24.559,14 millones de euros de presupuesto liquidado) las desviaciones volvieron a situarse en 239,33 millones de euros, correspondiendo gran parte al elevado gasto farmacéutico.

Por ello, resultaba muy difícil diferenciar qué parte del déficit sanitario obedecía a problemas de insuficiencia financiera y qué parte a problemas de gestión de los recursos disponibles (Cuadro 3.4).

CUADRO 3.4. GASTO PUBLICO LIQUIDADO EN SANIDAD DEL INSALUD EN ESPAÑA (millones de euros corrientes)

Concepto	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
CC.AA con competencias asumidas (INSALUD GT)	9.455	10.223	11.516	12.136	12.865	13.207	14.448	15.588
CC.AA con competencias menos forales (INSALUD GT)	8.313	9.277	10.255	10.801	11.425	11.726	12.885	13.609
Andalucía	2.914	3.265	3.422	3.525	3.678	3.785	4.184	4.418
Canarias	0	0	562	777	818	829	935	991
Cataluña	2.665	2.849	3.073	3.201	3.369	3.457	3.791	4.002
Comunidad Valenciana	1.699	1.826	1.967	1.985	2.104	2.150	2.360	2.495
Galicia	1.035	1.123	1.231	1.314	1.456	1.504	1.614	1.703
Navarra	211	213	220	242	272	286	310	328
País Vasco	932	946	1.041	1.093	1.168	1.195	1.252	1.326
CC.AA sin competencias asumidas (INSALUD GD)	7.575	7.635	7.725	7.618	8.167	8.283	8.959	9.296
CC.AA sin comp. menos Ceuta-Melilla (INSALUD GD)	7.521	7.576	7.659	7.549	8.097	8.210	8.882	9.216
Aragón	587	578	619	631	690	696	759	776
Asturias	549	564	594	608	646	646	698	735
Baleares	286	281	309	315	339	352	399	413
Canarias	676	703	172	0	0	0	0	0
Cantabria	256	266	283	290	294	318	339	351
Castilla-La Mancha	678	699	762	784	872	876	953	1.006
Castilla y León	1.108	1.099	1.185	1.214	1.299	1.339	1.427	1.491
Extremadura	467	484	501	524	578	585	631	663
La Rioja	111	113	126	129	129	138	148	152
Madrid	2.375	2.351	2.657	2.567	2.693	2.691	2.910	2.981
Murcia	427	436	451	487	557	570	617	650
Ceuta	25	30	35	36	37	39	41	42
Melilla	30	30	31	32	34	35	37	37
Total CCAA (INSALUD)	17.031	17.858	19.241	19.753	21.032	21.491	23.407	24.559

Nota: El gasto liquidado por el INSALUD-Gestión Directa comienza a ser cada vez más fiel al gasto real desde 1993 ya que contempla la periodificación de la deuda.

FUENTE: Elaboración propia en base a INSALUD.

4.4.1 Clasificación funcional y económica del gasto liquidado del INSALUD

En lo que respecta al gasto propio reciente del INSALUD existían dos tipos de clasificaciones: funcional (tipos de servicios ofrecidos) y económica (recursos empleados).

Así, la composición funcional del gasto del INSALUD se distribuía básicamente entre el gasto en transferencias a las CCAA (9.185 millones de euros en 1992 y 15.200 millones de euros en 1999) y el gasto en asistencia sanitaria (Atención Primaria y Atención Especializada), partidas que se han incrementado considerablemente en los últimos años.

En concreto, la Atención Primaria, esencialmente prestada en los Centros Básicos de Salud o a domicilio, representaba en el año 1992 unos 2.732 millones de euros y en 1999 unos 3.406 millones de euros, si bien seguía estando lejos de lo que debería considerarse un estándar de calidad adecuado además de crecer menos que otros niveles del sistema mientras que la Atención Especializada (prestada en régimen ambulatorio u hospitalario), suponía en 1992 unos 4.785 millones de euros (28,09%) y en 1999 unos 5.590 millones de euros (22,76%), reflejando mejoras indudables ya que el nivel técnico de la asistencia hospitalaria estaba a la altura de los países europeos más desarrollados (Cuadro 3.5). En concreto y dentro de esta clasificación, el gasto farmacéutico en España seguía siendo desproporcionado. Tanto el gasto en farmacias (por recetas) como el estimado en hospitales se ha más que duplicado en 1990-1999, continuando así en 2002⁵⁰, lo que constituye un porcentaje desmedido ya que países con rentas per cápita y presupuestos de la sanidad por encima del nuestro gastaban proporcionalmente mucho menos (Cuadro 3.6). Ahora bien, el hecho diferencial no era el mayor gasto farmacéutico por persona sino la proporción mas elevada que era financiado en España por el sector público por lo que preocupaba visto su crecimiento acelerado y la dificultad de adoptar medidas de contención.

CUADRO 3.5. GASTO DEL INSALUD EN ESPAÑA. CLASIFICACION FUNCIONAL (millones de euros corrientes)

Concepto	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
AT. PRIMARIA	2.732	2.651	2.580	2.711	3.199	3.052	3.211	3.406
AT. ESPECIALIZ	4.785	4.822	5.011	4.767	4.892	4.975	5.358	5.590
MEDIC MARITIMA	9	0	0	0	11	0	0	0
INVESTIG. SANIT	29	28	27	29	0	0	0	0
FOR. PERS. INVEST	133	147	151	165	185	185	201	204
ADMN Y S. GRALES	157	157	161	178	118	131	171	160
TRANSFER CC.AA	9.185	10.290	11.602	12.238	12.529	13.148	14.465	15.200
TOTAL	17.031	17.858	19.241	19.753	21.032	21.491	23.407	24.559

FUENTE: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social e INSALUD.

CUADRO 3.6. EVOLUCION DEL GASTO FARMACEUTICO EN EL SNS ESPAÑOL (millones de euros corrientes)

Concepto	Gasto farmacéutico farmacias	Incremento en %	Gasto farmacéutico hospitales	Incremento en %	Gasto farmacéutico público	Gto farm. pco s/ PIB en %	Gto farm. pco s/gto sanit pco %	PIB (miles de millones)	Incremento PIB
1990	2.524	...	316	...	2.840	0,86	21,76	328,97	...
1991	2.955	17,00	369	17,06	3.324	0,92	22,34	359,26	9,20
1992	3.396	14,90	424	14,93	3.820	0,99	23,06	382,75	6,54
1993	3.663	9,40	458	7,85	4.120	1,04	23,37	393,68	2,85
1994	3.869	5,60	484	5,62	4.352	1,03	24,28	421,87	7,16
1995	4.315	11,50	539	11,54	4.854	1,19	24,80	456,75	8,26
1996	4.812	11,50	601	11,51	5.413	1,11	25,55	463,46	1,47
1997	5.148	7,00	643	6,97	5.791	1,12	26,83	491,52	6,05
1998	5.547	7,76	693	7,70	6.241	1,19	26,66	522,69	6,34
1999	6.101	9,97	763	9,90	6.863	1,22	27,94	562,96	7,70

FUENTE: Elaboración propia en base a Presupuestos de la Seguridad Social e INSALUD.

⁵⁰ El pacto de estabilidad firmado entre M^o de Sanidad y Farmaindustria no ha corregido la tendencia en 2002 ni tampoco los acuerdos de CCAA limítrofes ni el mayor control de visita médica ni los precios de referencia.

Por otro lado, en cuanto a la estructura económica de este presupuesto (Cuadro 3.7), la mayor parte se empleaba para la remuneración de personal (3.649 millones de euros en 1992 y 11.133 millones de euros en 1999) y la compra de bienes y el pago de servicios (2.267 millones de euros en 1992 y 6.557 millones de euros en 1999), habiéndose incrementado el gasto por ambas partidas. Esto puede dar una idea de la enorme infraestructura humana y material que conllevaba el mantenimiento del sistema sanitario y de las presiones a favor de mayores incrementos presupuestarios.

CUADRO 3.7. GASTO DEL INSALUD EN ESPAÑA. CLASIFICACION ECONOMICA (millones de euros corrientes)

Concepto	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
PERSONAL	3.649	3.693	3.979	3.739	9.961	11.068	11.750	11.133
BIENES Y SERVICIOS	2.267	2.202	2.372	2.137	5.679	5.308	5.688	6.557
TRANS. CORRIENTES	10.320	11.672	12.576	13.630	4.766	4.670	5.292	5.894
OTROS GTOS CORR.	128	52	0	0	597	0	0	246
TOTAL GTOS CORR.	16.737	17.621	18.927	19.509	21.003	21.046	22.730	23.587
TOTAL GTOS CAPITAL	594	238	314	245	29	445	676	973
TOTAL	17.331	17.858	19.241	19.753	21.032	21.491	23.407	24.559

FUENTE: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social e INSALUD.

4.4.2 Gasto sanitario capitativo liquidado del INSALUD en las Comunidades Autónomas

En concreto, de la liquidación de presupuestos del INSALUD para el período 1992-1999, para poder compararlo por persona protegida, según los Cuadros 3.8-3.10, en términos relativos en las CCAA de Gestión Transferida, Cataluña estaba por encima del resto al pasar de 455 euros per cápita en 1992 a los 663 euros en 1999 (1,24% más que la media) con una tasa de crecimiento del 5,52% en 1992-1999, la sigue en 1999 Galicia con 657 euros (0,34% más que la media) con una tasa de crecimiento del 7,25% mientras que la cifra es inferior en Navarra con 651 euros (0,56% menos que la media) con una tasa de crecimiento del 6,46%, País Vasco con 650 euros (0,84% menos que la media) con una tasa de crecimiento del 5,07%, Andalucía con 644 euros (1,73% menos que la media) con una tasa de crecimiento del 6,64%, la C.Valenciana con 640 euros (2,35% menos que la media) con una tasa de crecimiento del 5,52% y Canarias con 624 euros (un 4,77% menos que la media). Por otro lado, en las regiones de Gestión Directa era menos homogéneo. Así, en 1999 se observa que Baleares (con 525 euros, un 80,20% de la media con una tasa de crecimiento del 2,99% en 1992-1999) era la de más baja relación, mientras que Asturias (700 euros, un 6,93% más que la media con una tasa de crecimiento del 4,31%), Cantabria (693 euros, un 5,81% más que la media y una tasa de crecimiento del 4,52%) y Aragón (692 euros, un 5,58% más que la media con una tasa de crecimiento del 3,60%) tienen la más alta. Además, parecen igualarse las cifras de gasto per cápita del INSALUD-Gestión Directa (538 euros en 1992 y 649 euros en 1999) e INSALUD-Gestión Transferida (420 euros en 1992 y 659 euros en 1999).

La evolución del gasto sanitario territorializado venía presentando unos diferenciales positivos respecto al incremento interanual de variables macroeconómicas representativas, si bien las CCAA del INSALUD-Gestión Directa han aumentado sus recursos per cápita (2,72%) en menor proporción que el INSALUD (5,01%), al revés que en el Gestión Transferida (6,64%), si bien el gasto que realizan al final en las regiones con competencias sanitarias podía ser mayor al poder destinar mayor número de recursos “*propios*” a la función sanitaria⁵¹. En concreto, se deduce que hasta casi mediados de los 90, el gasto per cápita medio en las regiones con Gestión Transferida era claramente inferior al de Gestión Directa. Desde entonces, comienza a converger con éste último, incluso superándolo ligeramente en 1999. Parece así que existe una evidencia del esfuerzo de convergencia estrictamente nominal perseguido desde 1994.

CUADRO 3.8. GASTO PER CAPITA LIQUIDADO Y TERRITORIALIZADO DEL INSALUD (euros corrientes)

Concepto	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Insalud G.D.	538	542	536	541	580	588	620	649
Aragón	529	521	559	569	622	628	684	692
Asturias	521	535	564	576	613	612	664	700
Baleares	427	420	460	470	506	526	552	525
Canarias	479	498	0	0	0	0	0	0
Cantabria	508	528	562	576	584	631	672	693
C.La Mancha	433	447	487	501	557	560	588	615
Castilla y León	467	464	500	513	548	565	611	641
Extremadura	470	487	504	526	581	588	630	659
Madrid	528	522	590	570	598	598	633	620
Murcia	441	450	466	504	576	589	606	614
La Rioja	444	451	501	515	514	549	585	604
Ceuta	475	577	665	693	704	747	749	772
Melilla	678	674	709	741	769	790	794	807
Insalud G.T.	420	454	519	539	571	586	623	659
Andalucía	449	503	527	543	567	583	618	644
Canarias	0	0	520	550	579	587	613	624
Cataluña	455	487	525	547	576	591	642	663
C.Valenciana	462	497	536	540	573	585	616	640
Galicia	402	437	479	511	566	585	623	657
Navarra	420	424	437	483	542	570	615	651
País Vasco	459	467	513	539	576	589	613	650
Insalud	465	488	526	540	574	587	624	655

Nota: El gasto liquidado por el INSALUD-Gestión Directa comienza a ser cada vez más fiel al gasto real desde 1993 ya que contempla la periodificación de la deuda.

FUENTE: Elaborado a partir de INE e INSALUD tomando como denominador la población protegida del censo de 1991 para el período 1992-1997, según el padrón de 1996 desde 1998 y según datos del Ministerio de Sanidad y Consumo para 1999 (excepto Ceuta y Melilla y las CCAA forales).

⁵¹ Que se produjera este hecho no sólo era un reflejo de la insuficiencia de Gestión Directa sino que podía estar indicando la tendencia alcista en el gasto sanitario en las regiones con competencias transferidas, siendo un fenómeno que pueden “*heredar*” las regiones sin competencias sanitarias hasta 2001 al adquirirlas en 2002.

CUADRO 3.9. GASTO PER CAPITA TERRITORIALIZADO DEL INSALUD (Indices de evolución)

Concepto	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Insalud G.D.	1,0000	1,0079	0,9971	1,0056	1,0781	1,0934	1,1521	1,2070
Aragón	1,0000	0,9849	1,0553	1,0747	1,1749	1,1864	1,2928	1,3064
Asturias	1,0000	1,0268	1,0818	1,1063	1,1768	1,1753	1,2743	1,3443
Baleares	1,0000	0,9832	1,0783	1,1018	1,1851	1,2309	1,2933	1,2302
Canarias	1,0000	1,0399	0	0	0	0	0	0
Cantabria	1,0000	1,0386	1,1051	1,1322	1,1487	1,2412	1,3212	1,3634
C.La Mancha	1,0000	1,0310	1,1240	1,1559	1,2860	1,2917	1,3566	1,4184
Castilla León	1,0000	0,9926	1,0703	1,0966	1,1730	1,2090	1,3063	1,3714
Extremadura	1,0000	1,0366	1,0728	1,1211	1,2369	1,2520	1,3409	1,4042
Madrid	1,0000	0,9901	1,1188	1,0808	1,1337	1,1329	1,2000	1,1755
Murcia	1,0000	1,0203	1,0556	1,1407	1,3046	1,3336	1,3738	1,3899
La Rioja	1,0000	1,0157	1,1290	1,1605	1,1563	1,2370	1,3172	1,3591
Ceuta	1,0000	1,2148	1,3986	1,4588	1,4810	1,5713	1,5757	1,6246
Melilla	1,0000	0,9941	1,0460	1,0921	1,1338	1,1649	1,1707	1,1897
Insalud G.T.	1,0000	1,0812	1,2361	1,2835	1,3606	1,3968	1,4856	1,5695
Andalucía	1,0000	1,1203	1,1742	1,2098	1,2623	1,2989	1,3753	1,4334
Canarias	1,0000	0	1,0852	1,1482	1,2098	1,2263	1,2813	1,3032
Cataluña	1,0000	1,0694	1,1532	1,2012	1,2644	1,2976	1,4106	1,4569
C.Valenciana	1,0000	1,0749	1,1580	1,1681	1,2381	1,2656	1,3309	1,3832
Galicia	1,0000	1,0848	1,1894	1,2692	1,4064	1,4525	1,5476	1,6332
Navarra	1,0000	1,0106	1,0409	1,1490	1,2908	1,3568	1,4656	1,5511
País Vasco	1,0000	1,0159	1,1178	1,1729	1,2539	1,2833	1,3358	1,4145
Insalud	1,0000	1,0486	1,1298	1,1599	1,2350	1,2619	1,3422	1,4083

FUENTE: Elaboración propia en base a INE e INSALUD.

CUADRO 3.10. GASTO PER CAPITA DEL INSALUD (Indice Media INSALUD =1,0000. Posición relativa)

Concepto	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Insalud G.D.	1,1566	1,1117	1,0207	1,0027	1,0097	1,0022	0,9928	0,9912
Aragón	1,1381	1,0689	1,0630	1,0545	1,0827	1,0700	1,0962	1,0558
Asturias	1,1201	1,0968	1,0726	1,0684	1,0673	1,0433	1,0635	1,0693
Baleares	0,9180	0,8608	0,8762	0,872	0,8809	0,8955	0,8846	0,8020
Canarias	1,0291	1,0206	0	0	0	0	0	0
Cantabria	1,0930	1,0825	1,0691	1,0669	1,0166	1,0751	1,0758	1,0581
C.La Mancha	0,9315	0,9159	0,9267	0,9284	0,9700	0,9535	0,9415	0,9382
Castilla León	1,0048	0,9512	0,9520	0,9500	0,9544	0,9627	0,9780	0,9785
Extremadura	1,0093	0,9978	0,9584	0,9756	1,0109	1,0015	1,0083	1,0064
Madrid	1,1345	1,0712	1,1234	1,0572	1,0415	1,0185	1,0143	0,9470
Murcia	0,9489	0,9234	0,8866	0,9333	1,0024	1,0029	0,9713	0,9365
La Rioja	0,9548	0,9249	0,9541	0,9553	0,8940	0,9360	0,9370	0,9214
Ceuta	1,0220	1,1839	1,2651	1,2853	1,2255	1,2726	1,1998	1,1790
Melilla	1,4578	1,3820	1,3496	1,3726	1,3384	1,3457	1,2715	1,2315
Insalud G.T.	0,9022	0,9302	0,9871	0,9983	0,9940	0,9986	0,9985	1,0054
Andalucía	0,9655	1,0315	1,0034	1,0070	0,9868	0,9938	0,9893	0,9827
Canarias	0	0	0,9885	1,0188	1,0082	1,0001	0,9825	0,9523
Cataluña	0,9786	0,9981	0,9989	1,0135	1,0019	1,0063	1,0285	1,0124
C.Valenciana	0,9943	1,0192	1,0190	1,0013	0,9967	0,9972	0,9859	0,9765
Galicia	0,8652	0,8951	0,9109	0,9468	0,9853	0,9959	0,9977	1,0034
Navarra	0,9028	0,8701	0,8318	0,8943	0,9436	0,9707	0,9858	0,9944
País Vasco	0,9872	0,9564	0,9767	0,9983	1,0023	1,004	0,9825	0,9916
Insalud	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000

FUENTE: Elaboración propia en base a INE e INSALUD.

4.5. El gasto sanitario de las Administraciones territoriales

En cuanto al nivel territorial, en España son dos las Administraciones que pueden dedicar parte de su presupuesto a sanidad: la Comunidad Autónoma (Gobierno autonómico, Diputaciones, Consejo y Cabildos Insulares) y los Ayuntamientos.

En estos últimos años, la sanidad pública central se ha ido desentendiendo de la gestión y la provisión en favor de la autonómica y, como resultado, gradualmente va quedando relegada su tarea a la coordinación del sistema sanitario. En general, las CCAA han desarrollado su propio gasto en sanidad en el desempeño, al menos, del mínimo de atribuciones que la corresponde en este ámbito, si bien hasta el año 2001 no se habían constituido SRS propios en todas las regiones en virtud del art. 49 de la LGS (siendo Cantabria la última en desarrollarlo). Desde 2002, después de que en Diciembre de 2001 tuviese lugar la última ronda de ponencias técnicas entre las diez regiones que aún no disponían de las competencias sanitarias y la Administración Central y posteriormente las respectivas Comisiones Mixtas, se han asumido dichas competencias por todas las regiones del INSALUD-Gestión Directa, hecho histórico no sólo por el número de regiones que las han recibido en ese año sino también porque suponía finalizar un proceso abierto desde hace más de veinte años. Precisamente, el diferente grado de competencias asumidas en materia de sanidad por las CCAA determina disparidades muy importantes en la cuantía de sus presupuestos. Es por ello que, por ejemplo, las regiones del INSALUD-Gestión Directa no han gestionado los recursos del principal proveedor de servicios sanitarios públicos (INSALUD) de la región y así no los han podido incluir en sus presupuestos.

4.5.1 El gasto sanitario de las Comunidades Autónomas

En cualquier caso, el cálculo del gasto en sanidad en las regiones efectuado por las Consejerías de los Gobiernos autonómicos no es siempre sencillo, ya que la mayoría desarrolla una clasificación funcional de la liquidación de sus presupuestos en la que se puede encontrar una Función denominada Sanidad y que tan sólo recoge los gastos que le son imputables, independientemente de que la estructura organizativa regional agrupe en una misma Consejería diversas funciones (Centella, 1998; Cabiedes y Valdavida, 1999). Sin embargo, en esta clasificación no siempre se hace la separación entre funciones de modo homogéneo⁵².

⁵² Esto sucede en regiones con Consejerías de Sanidad que además de englobar el gasto sanitario gestionan los gastos relativos a las actividades de bienestar social (Aragón, Cantabria, Castilla y León, Extremadura y La Rioja hasta 1998), de consumo (Balears, Canarias, Cantabria y La Rioja hasta 1998), de servicios sociales (Asturias, Galicia, La Rioja (desde 1999), Madrid y Murcia) o de trabajo (Aragón). Así, la cuantía de estos programas se ha deducido en los presupuestos correspondientes.

Por otra parte, es posible que en la Subfunción Administración General se incluyan, sin prorratear, gastos de administración de las Consejerías no atribuibles únicamente a la Función Sanidad. Este es un problema de difícil resolución aunque la cuantía de esta partida es poco significativa en unas regiones, a diferencia de otras en donde se refleja en este programa las transferencias a sus SRS. La opción utilizada ha sido la de aplicar anualmente un porcentaje aproximado de lo que correspondería estrictamente al gasto sanitario sobre la cuantía global de esa partida. Como resultado, las cantidades liquidadas no consolidadas que las CCAA han dedicado a sanidad en el periodo de estudio se recogen en el Cuadro 3.11 a partir de las liquidaciones presentadas inicialmente al Mº de Economía y Hacienda y a partir de 1998 al Mº de Hacienda. Así, en 1992 el gasto sanitario público de las Consejerías de Sanidad representaba aproximadamente unos 11.051 millones de euros y en 1999 esa cantidad se elevó a 15.761 millones de euros debido a que las CCAA han tenido que atender sus crecientes necesidades sanitarias además de asumir deudas anteriores.

CUADRO 3.11. GASTO PUBLICO LIQUIDADO EN SANIDAD POR LAS CCAA (en millones de euros corrientes)

Concepto	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
CC.AA INSALUD GT	10.154	9.803	11.405	11.889	12.641	12.468	13.426	14.558
Andalucía	3.440	3.519	3.768	3.903	4.092	3.963	4.448	4.684
Canarias	0	0	633	933	986	979	1.138	1.129
Cataluña	3.655	3.147	3.724	3.501	3.553	3.685	3.762	4.110
Comunidad Valenciana	1.878	1.880	1.919	2.010	2.383	2.197	2.342	2.787
Galicia	1.181	1.257	1.362	1.543	1.628	1.645	1.735	1.849
CC.AA INSALUD GD)	898	934	930	987	1.032	1.035	1.123	1.203
Aragón	58	64	68	54	59	74	82	91
Asturias	53	54	57	64	61	66	68	70
Baleares	24	23	38	37	35	39	40	44
Canarias	33	33	0	0	0	0	0	0
Cantabria	17	19	17	20	23	35	41	46
Castilla-La Mancha	63	65	68	68	71	77	78	83
Castilla y León	137	144	141	152	157	113	119	130
Extremadura	47	49	46	44	46	49	56	57
La Rioja	18	17	17	21	22	24	32	38
Madrid	379	386	391	430	462	462	509	540
Murcia	70	81	88	96	95	95	99	103
Total CCAA INSALUD	11.051	10.738	12.335	12.876	13.674	13.503	14.549	15.761

Nota: Se excluyen las dos CCAA forales y Ceuta y Melilla.

FUENTE: Elaboración propia en base a Liquidaciones de presupuestos de las Comunidades y Ciudades Autónomas, Ejercicios 1992-1997, Dirección General de Coordinación con las Haciendas Territoriales, Ministerio de Economía y Hacienda, Ejercicios 1998 y 1999, Dirección General de Fondos Comunitarios y Financiación Territorial, BADESPE, Ministerio de Hacienda.

4.5.2 El gasto sanitario de las Diputaciones, Consejos y Cabildos Insulares

También dedican parte de sus presupuestos a sanidad, lo que se recoge en las liquidaciones de presupuestos de las Entidades locales y Ciudades autónomas que publica la Dirección General de Fondos Comunitarios y Financiación Territorial (Cuadro 3.12).

Así, en el año 1992 el gasto sanitario de estos organismos representaba unos 495 millones de euros y en 1999 esa cantidad se elevó hasta los 476 millones de euros, lo que reflejaba su tendencia a la baja.

CUADRO 3.12. GASTO PUBLICO LIQUIDADO EN SANIDAD POR LAS DIPUTACIONES, CONSEJOS Y CABILDOS INSULARES EN ESPAÑA (en millones de euros corrientes)

Concepto	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
CC.AA INSALUD GT	254	198	286	303	296	310	354	339
Andalucía	24	14	8	7	4	4	4	4
Canarias	0	0	115	122	149	159	187	171
Cataluña	59	46	30	33	39	36	38	42
Comunidad Valenciana	87	97	92	98	102	109	123	118
Galicia	85	40	42	43	2	2	2	2
CC.AA INSALUD GD	241	255	123	110	132	131	140	137
Aragón	20	19	23	22	26	28	30	30
Asturias	0	0	0	0	0	0	0	0
Baleares	23	24	10	2	8	9	11	2
Canarias	107	113	0	0	0	0	0	0
Cantabria	0	0	0	0	0	0	0	0
Castilla-La Mancha	18	16	20	22	20	19	21	21
Castilla y León	59	66	55	54	56	58	60	65
Extremadura	15	17	16	15	22	18	18	19
La Rioja	0	0	0	0	0	0	0	0
Madrid	0	0	0	0	0	0	0	0
Murcia	0	0	0	0	0	0	0	0
Total CCAA INSALUD	495	452	409	419	428	441	494	476

Nota: Se excluyen las dos CCAA forales y Ceuta y Melilla.

FUENTE: Elaboración propia en base a Liquidaciones de presupuestos de las Entidades Locales y Ciudades Autónomas, Ejercicios 1992-1997, Dirección General de Coordinación con las Haciendas Territoriales, Ministerio de Economía y Hacienda, Ejercicios 1998 y 1999, Dirección General de Fondos Comunitarios y Financiación Territorial, BADESPE, Ministerio de Hacienda.

4.5.3 El gasto sanitario de los Ayuntamientos

Por su parte, a los Ayuntamientos, en virtud de la reducción introducida por la LGS de 1986 en sus propias competencias sanitarias, se les limita a cuestiones de salubridad y colaboración en la gestión⁵³. A este respecto, el Mº de Economía y Hacienda ha venido publicando sus liquidaciones basándose en encuestas, labor que ahora continúa la Dirección General de Fondos Comunitarios y Financiación Territorial del Mº de Hacienda, lo que permite disponer de cantidades aproximadas de su gasto sanitario aunque dificulta su consolidación con los restantes niveles. El presupuesto que dedican estas entidades a sanidad, según el Cuadro 3.13, apenas alcanzaba los 269 millones de euros en 1999 frente a los 265 millones de euros de 1992, siendo su participación relativa escasa (menos del 1% en ambos años).

⁵³ Asegurar un medio ambiente saludable, control sanitario de la contaminación atmosférica, abastecimiento de aguas, distribución y suministro de alimentos o control de industrias y lugares públicos.

CUADRO 3.13. GASTO PUBLICO LIQUIDADO EN SANIDAD POR LOS AYUNTAMIENTOS EN ESPAÑA
(en millones de euros corrientes)

Concepto	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
CC.AA INSALUD GT	159	127	138	112	143	137	148	156
Andalucía	45	29	23	26	47	38	42	45
Canarias	0	0	5	3	4	4	5	5
Cataluña	91	68	84	60	63	71	74	75
Comunidad Valenciana	16	24	19	17	20	17	21	24
Galicia	8	6	7	5	8	6	5	6
CC.AA INSALUD GD	106	105	100	93	98	93	116	114
Aragón	11	10	6	6	6	4	5	10
Asturias	3	2	2	2	4	1	1	1
Baleares	8	7	9	7	5	7	8	7
Canarias	4	4	0	0	0	0	0	0
Cantabria	1	1	1	1	1	1	3	3
Castilla-La Mancha	5	8	13	5	3	5	6	8
Castilla y León	4	9	10	8	7	5	6	12
Extremadura	4	4	3	4	5	5	5	8
La Rioja	1	0	0	0	1	1	1	1
Madrid	62	54	52	55	63	59	76	59
Murcia	3	4	4	4	4	4	5	6
Total CCAA INSALUD	265	233	238	205	240	230	263	269

Nota: Se excluyen las dos CCAA forales y Ceuta y Melilla.

FUENTE: Elaboración propia en base a Liquidaciones de presupuestos de las Entidades Locales y Ciudades Autónomas, Ejercicios 1992-1997, Dirección General de Coordinación con las Haciendas Territoriales, Ministerio de Economía y Hacienda, Ejercicios 1998 y 1999, Dirección General de Fondos Comunitarios y Financiación Territorial, Ministerio de Hacienda.

4.6 La consolidación del gasto sanitario público

La determinación del gasto en público sanitario en las regiones exige consolidar las cantidades que se han ido recogiendo de las diversas fuentes estadísticas señaladas mediante la suma del gasto de las Administraciones Central y Territorial en sanidad en las CCAA y restándole el valor total de los flujos que se producen entre las diferentes instituciones. Por tanto, no se ha considerado el gasto de las Mutualidades además de que cuando algunas fuentes estadísticas han resultado insuficientes se ha encontrado la información en otras fuentes presupuestarias con objeto de estar operando en todo momento con magnitudes homogéneas. Estos flujos intrainstitucionales son principalmente los siguientes:

a) Las “*Subvenciones gestionadas por la Comunidad Autónoma y dedicadas a la Sanidad procedentes del Ministerio de Sanidad y Consumo (Administración Central o Estado)*” que han pasado de representar en 1992 unos 4,71 millones de euros a ser en 1999 de sólo 1,37 millones de euros. Esta información se recoge en los Informes sobre la financiación de las Comunidades Autónomas del antiguo Mº de Economía y Hacienda hasta 1997 y del nuevo Ministerio de Hacienda desde 1998.

b) Los “*Convenios de inversión conjunta en sanidad relativos a proyectos de actuación y financiación conjunta entre el Estado y la Comunidad Autónoma*” que, a efectos de consolidación, es preciso restar la cuantía que aporta el Estado.

De los 4,93 millones de euros en 1992 se ha pasado en 1999 a una cantidad insignificante. Dicha información se recoge en los Informes mencionados anteriormente.

c) Los gastos del INSALUD-Gestión Transferida representan, como su propia denominación indica, las “*Transferencias a las regiones con competencias plenas en materia sanitaria*”, entidades que recogen en sus presupuestos esas cantidades como gastos del ejercicio. Es importante señalar que a partir del momento en que se materializa una transferencia en materia de asistencia sanitaria sólo se va a disponer del importe global de la transferencia que le corresponde al Servicio de Salud correspondiente, tanto en su vertiente de presupuesto inicial como de liquidación⁵⁴. En todo caso, en 1992 estas transferencias suponían unos 8.312,76 millones de euros habiendo aumentado en 1999 hasta los 13.609,14 millones de euros. Las fuentes de información son estadísticas del INSALUD y la Dirección General de Presupuestos. En virtud de esto, se observa como Canarias se suma desde 1994 a las CCAA con autonomía en la gestión del gasto sanitario lo que ha supuesto incrementar las cantidades para esta partida.

d) Las partidas que el INSALUD destina al pago de servicios sanitarios prestados en Centros de Salud pertenecientes a la CCAA, Diputaciones (o asimilados) y Ayuntamientos, partidas que éstas también reconocen como gasto propio. A su vez, en el caso de regiones que tienen plenas competencias en sanidad se pueden producir flujos de la misma naturaleza entre la propia CCAA, por una parte, y las Diputaciones (o asimilados) y los Ayuntamientos, por otra. En cuanto a los flujos correspondientes a los “*Conciertos suscritos por el INSALUD con instituciones de las CCAA*” la fuente de información es el INSALUD además de otras fuentes presupuestarias. Aquí de los 85,04 millones de euros en 1992 se ha pasado a los 400,14 millones de euros en 1999. Por su parte, respecto a los “*Conciertos suscritos por el INSALUD o, en su caso, por la CCAA con instituciones de los Entes territoriales (Diputaciones, Consejos y Cabildos Insulares y Ayuntamientos)*”, éstos representaban en el año 1992 unos 182,26 millones de euros y en 1999 han aumentado hasta llegar a suponer unos 284,75 millones de euros⁵⁵.

⁵⁴ El problema aparecería cuando se quiera conocer de ese importe global cuanto corresponde a cada partida (Atención Primaria, Especializada, gastos de personal o conciertos). Para conocer este desglose habría que acudir a sus presupuestos iniciales aprobados por sus respectivos Parlamentos autonómicos, en los cuales no existe homogeneidad en lo que refleja cada rúbrica presupuestaria, o bien a sus liquidaciones, información disponible en el Mº de Hacienda, que adolece del mismo problema y cuyo acceso es difícil y dilatado en el tiempo, o bien a la Estadística del gasto sanitario público.

⁵⁵ Por otro lado, existen otros posibles flujos de recursos en los que las CCAA pueden transferir a los Entes territoriales algunas cantidades en concepto de subvención condicionada, si bien la mayor parte de la financiación de las Diputaciones y los Ayuntamientos es de carácter incondicionado. No obstante, el seguimiento detallado de las transferencias condicionadas es muy complejo, especialmente si se tiene en cuenta que el grado de minuciosidad con el que se presentan las liquidaciones es menor que el existente en los presupuestos. A pesar de ello, parece que la cuantía de esas subvenciones no modificarían significativamente los resultados, de ahí que en esta aproximación no se consideren. Finalmente, también se puede dar este tipo de flujos entre las Diputaciones y los Ayuntamientos, sin embargo, en este caso, la información aportada por el antiguo Ministerio de Economía y Hacienda y el actual Mº de Hacienda está consolidada por funciones.

Como resultado, en los Cuadros 3.14-3.19 y en el Gráfico 3.1. se refleja el cálculo del gasto sanitario público consolidado tanto a nivel agregado como para cada una de las regiones españolas en el período 1992-1999 presentando las cifras absolutas y relativas así como sus tasas de crecimiento. En concreto, en el año 1992 el gasto sanitario público consolidado representaba a nivel nacional aproximadamente unos 19.434,43 millones de euros y en el año 1999 esa cantidad se elevó a más de 25.426,61 millones de euros. En cuanto a las Administraciones Públicas implicadas, cabe señalar que la Administración Central seguía siendo la más importante al gastar en 1992 15.843,36 millones de euros y en 1999 unos 22.826,94 millones de euros. A continuación, la Administración Autonómica gestionaba en 1992 unos 11.051,49 millones de euros en sanidad y en 1999 unos 15.760,73 millones de euros y que englobaba tanto a regiones con competencias sanitarias asumidas como a aquellas que aún no las tienen. En tercer lugar, se situaría la Administración Local con un papel menor al tener un gasto sanitario de 759,87 millones de euros en 1992 que ha pasado a situarse en unos 744,93 millones de euros en 1999. A la luz de estos indicadores y conociendo que durante los ochenta y a principios de los noventa los crecimientos registrados superaron en la mayoría de los años los dos dígitos, se observa la ininterrumpida escala del gasto sanitario público consolidado en sanidad durante 1992-1999 debido a la concatenación de factores sociopolíticos y demográficos.

En relación con este aspecto, la financiación pública de las prestaciones sanitarias de la población por parte de la Administración Central venía siendo prácticamente total (un 56,53% en 1992 y un 57,46% en 1999), si bien era relevante la participación de los Gobiernos autonómicos a través de sus respectivas Consejerías de Sanidad (un 39,43% en 1992 y un 39,67% en 1999), al crecer sus recursos en determinados años del período 1992-1999 como 1994/1993, 1995/1994 y 1999/1998 (14,87%, 4,38% y 8,33% respectivamente) a un ritmo mayor que el del INSALUD (6,43%, 2,43% y 4,86% respectivamente) y la Administración Local (-5,57%, -3,54% y -1,63% respectivamente), lo que coincidió con la incorporación de Canarias a las regiones con sanidad transferida.

Además, las tasas de crecimiento nominal del gasto sanitario público no han sido superiores a las del PIB excepto en 1994, 1996 y 1998, ya que a partir de 1994 el crecimiento del gasto sanitario público se atemperó por la vinculación del crecimiento del gasto canalizado a través del INSALUD a la tasa de variación del PIB. Así, la tasa de crecimiento del gasto en 1994/1993, 1996/1995 y en 1998/1997 ha sido de un 9,17%, 6,21% y de un 8,60% respectivamente frente al 7,16%, 1,47% y 6,34% del PIB correspondiente, diferenciándose un periodo de crecimiento paulatino (1992-1994) con otro caracterizado por una ligera disminución (1995-1996) debido al menor crecimiento del gasto del INSALUD, una vez finalizados los procesos de saneamiento de la deuda y volviendo a recuperarse en el siguiente (1997-1999).

Por otro lado, en términos relativos y siempre considerando al gasto sanitario consolidado, en el INSALUD-Gestión Transferida, Canarias está muy por encima del resto al haber pasado de las 519 euros per cápita en 1992 a los 737 euros en 1999 (15,05% más que la media) con un índice de evolución en 1992-1999 de 1,4206, la sigue en 1999 la C.Valenciana con 713 euros (11,39% más que la media) con un índice de evolución en 1992-1999 de 1,4028 mientras que la cifra es sensiblemente inferior en Andalucía con 648 euros (1,18% más que la media) con un índice de evolución de 1,2816, Cataluña con 655 euros (2,34 más que la media) con un índice de evolución de 1,0687 y Galicia (680 euros, lo que es un 6,25 más que la media) con un índice de evolución de 1,4695. Por otro lado, el gasto sanitario consolidado per cápita en las CCAA de Gestión Directa, al igual que en el caso del gasto capitativo efectuado por el INSALUD, es menos homogéneo. Por ejemplo, en 1999 Baleares (con 554 euros, lo que es un 86,50% de la media con un índice de evolución en 1992-1999 de 1,1742) era la región con más baja relación mientras que Aragón (760 euros, un 18,78% más que la media con un índice de evolución de 1,3433), Cantabria (751 euros, un 17,25% más que la media y un índice de evolución de 1,4480) y Asturias (733 euros, un 14,49% más que la media con un índice de evolución de 1,3338) tenían la más alta.

Se da además la circunstancia de que en el periodo estudiado parece haberse agrandado la distancia en las cifras de gasto consolidado per cápita de los territorios del INSALUD-Gestión Directa (521 euros en 1992 y 598 euros en 1999, aunque se observa un menor crecimiento relativo de Madrid) e INSALUD-Gestión Transferida (496 euros en 1992 y 673 euros en 1999). En concreto y para el periodo de estudio se deduce que, *hasta prácticamente finales de los años 90, el gasto consolidado per cápita medio en las regiones con Gestión Transferida ha venido siendo superior al del INSALUD-Gestión Directa* y, por tanto, se da el efecto característico de un proceso de descentralización en el que el gasto transferido aumenta en sintonía con la reducción del estatal.

El resultado final era un sistema heterogéneo en el que resultaba difícil justificar las diferencias sin ajustes, de hasta más del 20% de los recursos per cápita, que se mantenían entre las diversas regiones, lo que sugiere plantearse a qué obedecía esta desigualdad. A priori, podían estar justificadas, en general, si esas diferencias estuviesen correlacionadas con variables de necesidad sanitarias en cada región, entre las que podían destacar su nivel de desarrollo y su estructura demográfica. De este modo, un mayor grado de intervención pública en una región parecería deseable a fin de tratar de reducir el “gap” de necesidad en cuanto a asistencia sanitaria.

CUADRO 3.14. GASTO PUBLICO CONSOLIDADO EN SANIDAD EN ESPAÑA (millones de euros corrientes)

Concepto	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
1. ADMON CENTRAL	15.843,36	16.856,93	17.924,49	18.363,86	19.537,69	19.936,57	21.768,09	22.826,94
INSALUD	15.834,72	16.852,20	17.914,63	18.349,84	19.521,69	19.935,34	21.766,81	22.825,57
Ministerio de Sanidad	9,64	4,72	9,87	14,02	16,01	1,23	1,28	1,37
2. AD AUTONOMICA	11.051,49	10.737,58	12.335,04	12.875,86	13.673,58	13.503,21	14.548,73	15.760,73
CC.AA con competencias	10.153,81	9.803,12	11.405,14	11.889,17	12.641,23	12.468,44	13.426,05	14.557,95
CC.AA sin competencias	897,68	934,46	929,89	986,68	1.032,35	1.034,77	1.122,68	1.202,78
3. ADMON LOCAL	759,87	684,93	646,78	623,86	668,64	670,10	757,34	744,93
Diputaciones y asimilados	495,25	452,39	409,21	418,80	428,22	440,54	494,21	475,67
Ayuntamientos	264,61	232,54	237,57	205,06	240,42	229,560	263,13	269,26
4. GASTO NO DISTR POR ADMON	369,42	396,40	401,05	387,76	375,53	381,73	385,55	389,41
GASTO SIN CONSOLIDAR	28.024,14	28.675,84	31.307,37	32.251,33	34.255,44	34.491,62	37.459,72	39.722,02
5. PARTIDAS AJUSTE	8.589,71	9.363,48	10.696,22	11.287,77	11.933,78	12.273,96	13.495,73	14.295,41
Transferencias Insalud a CC.AA con competencias	8.312,76	9.063,46	10.255,20	10.800,79	11.424,98	11.725,69	12.885,03	13.609,14
Conciertos CC.AA	85,05	100,00	185,01	210,63	246,07	289,78	339,16	400,14
Conciertos EE.TT	182,26	195,30	246,14	262,33	245,72	257,26	270,26	284,75
Convenios Inversión conjunta	4,93	4,72	8,01	13,41	16,01	0	0	0
Subvenciones gestionadas	4,71	0	1,86	0,60	0	1,23	1,28	1,37
6. GASTO SAN PBCO CONSOLIDADO	19.434,43	19.312,36	20.611,15	20.963,56	22.322,66	22.217,67	23.963,98	25.426,61

Nota: Se excluyen las dos CCAA forales y Ceuta y Melilla. (6) Gasto sanitario público consolidado = (1) + (2) + (3) + (4) - (5)

FUENTE: Elaboración propia en base a INSALUD, Liquidaciones de presupuestos de las CCAA, Liquidaciones de presupuestos de las Entidades Locales y C.Autónomas e "Informe sobre la financiación de las CCAA", BADESPE, Mº de Hacienda.

CUADRO 3.15. TASAS INTERNANUAL (TCI) Y ANUAL MEDIA (TAM) DE CRECIMIENTO DEL GASTO PUBLICO EN SANIDAD EN ESPAÑA POR TIPO DE ADMINISTRACION (en porcentaje)

Concepto	TCI 93/92	TCI 94/93	TCI 95/94	TCI 96/95	TCI 97/96	TCI 98/97	TCI 99/98	TAM
1. ADMINISTRACION CENTRAL	6,39	6,33	2,45	6,39	2,04	9,18	4,86	5,16
Instituto Nacional de Salud	6,43	6,30	2,43	6,38	2,11	9,18	4,86	5,17
Ministerio de Sanidad	-51,02	109,00	42,03	14,21	-92,32	4,27	7,33	-24,42
2. ADMINISTRACION AUTONOMICA	-2,84	14,87	4,38	6,19	-1,24	7,74	8,33	5,00
CC.AA con competencias asumidas	-3,45	16,34	4,24	6,32	-1,36	7,68	8,43	5,08
CC.AA sin competencias asumidas	4,09	-0,48	6,10	4,62	0,23	8,49	7,13	4,07
3. ADMINISTRACION LOCAL	-9,86	-5,57	-3,54	7,17	0,22	13,02	-1,64	-0,46
Diputaciones y asimilados	-8,65	-9,54	2,34	2,25	2,87	12,18	-3,75	-0,75
Ayuntamientos	-12,12	2,16	-13,68	17,24	-4,51	14,62	2,33	0,06
4. GASTO NO DISTRIBUIDO POR ADMON	7,30	1,17	-3,31	-3,15	1,65	0,99	0,99	0,57
5. GASTO SANITARIO PUBLICO	2,32	9,17	3,01	6,21	0,69	8,60	6,04	4,91

Notas: Se excluyen las dos CCAA forales y Ceuta y Melilla. (5) Gasto sanitario público = (1) + (2) + (3) + (4)

FUENTE: Elaboración propia en base a la información expuesta anteriormente.

CUADRO 3.16. GRADO DE PARTICIPACION EN EL PIB NOMINAL DEL GASTO PUBLICO EN SANIDAD EN ESPAÑA POR TIPO DE ADMINISTRACION (en porcentaje)

Concepto	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
1. ADMINISTRACION CENTRAL	4,86	5,01	5,01	4,58	4,60	4,43	4,55	4,46
Instituto Nacional de Salud	4,85	5,01	5,01	4,57	4,59	4,43	4,55	4,46
Ministerio de Sanidad	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0	0	0
2. ADMINISTRACION AUTONOMICA	3,39	3,19	3,45	3,2	3,22	2,99	3,04	3,08
CC.AA con competencias asumidas	3,11	2,91	3,19	2,96	2,97	2,76	2,80	2,84
CC.AA sin competencias asumidas	0,27	0,27	0,26	0,24	0,24	0,23	0,23	0,23
3. ADMINISTRACION LOCAL	0,23	0,20	0,18	0,15	0,15	0,14	0,16	0,14
Diputaciones y asimilados	0,15	0,13	0,11	0,10	0,10	0,09	0,10	0,09
Ayuntamientos	0,08	0,07	0,06	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05
4. GASTO NO DISTRIBUIDO POR ADMON	0,11	0,12	0,11	0,09	0,08	0,08	0,08	0,07
5. GASTO SANITARIO PUBLICO	8,59	8,53	8,76	8,04	8,06	7,66	7,83	7,76

Notas: Se excluyen las dos CCAA forales y Ceuta y Melilla. (5) Gasto sanitario público = (1) + (2) + (3) + (4)

FUENTE: Elaboración propia en base a la información expuesta anteriormente.

CUADRO 3.17. GASTO CONSOLIDADO EN SANIDAD TERRITORIALIZADO (millones de euros corrientes)

Concepto	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Insalud G.D.	8.622	8.707	8.434	8.518	9.096	9.160	9.901	10.247
Aragón	673	668	710	707	775	797	871	903
Asturias	601	615	648	669	705	706	758	795
Baleares	334	329	355	350	376	396	448	455
Canarias	775	807	0	0	0	0	0	0
Cantabria	273	286	301	310	318	353	380	397
Castilla-La Mancha	760	782	853	870	956	967	1.047	1.106
Castilla y León	1.301	1.310	1.378	1.415	1.501	1.492	1.582	1.655
Extremadura	532	552	565	586	650	656	709	745
Madrid	2.753	2.720	2.956	2.890	3.027	2.989	3.235	3.275
Murcia	492	509	528	574	639	646	696	731
La Rioja	128	128	139	147	148	158	176	187
Insalud G.T.	10.449	9.996	11.604	12.058	12.869	12.676	13.677	14.790
Andalucía	3.508	3.562	3.798	3.936	4.144	4.006	4.494	4.732
Canarias	0	0	678	982	1.081	1.067	1.256	1.232
Cataluña	3.715	3.162	3.733	3.476	3.528	3.655	3.726	4.068
Comunidad Valenciana	1.961	1.979	2.005	2.099	2.478	2.295	2.458	2.900
Galicia	1.265	1.293	1.389	1.565	1.639	1.653	1.743	1.857
Insalud	19.071	18.703	20.038	20.576	21.965	21.836	23.578	25.037
GASTO NO DISTRIBUIDO POR ADMON	369	396	401	388	376	382	386	389
GTO CONSOLIDADO EN SANIDAD	19.441	19.099	20.439	20.964	22.341	22.218	23.964	25.427

FUENTE: Elaboración propia en base a Memorias del INSALUD, Presupuestos de Comunidades Autónomas, Presupuestos de Entes Locales y Ciudades Autónomas, "Informe de Financiación de las Comunidades Autónomas", BADESPE, M^o de Hacienda.

CUADRO 3.18. GASTO CONSOLIDADO EN SANIDAD PER CAPITA TERRITORIALIZADO (euros corrientes)

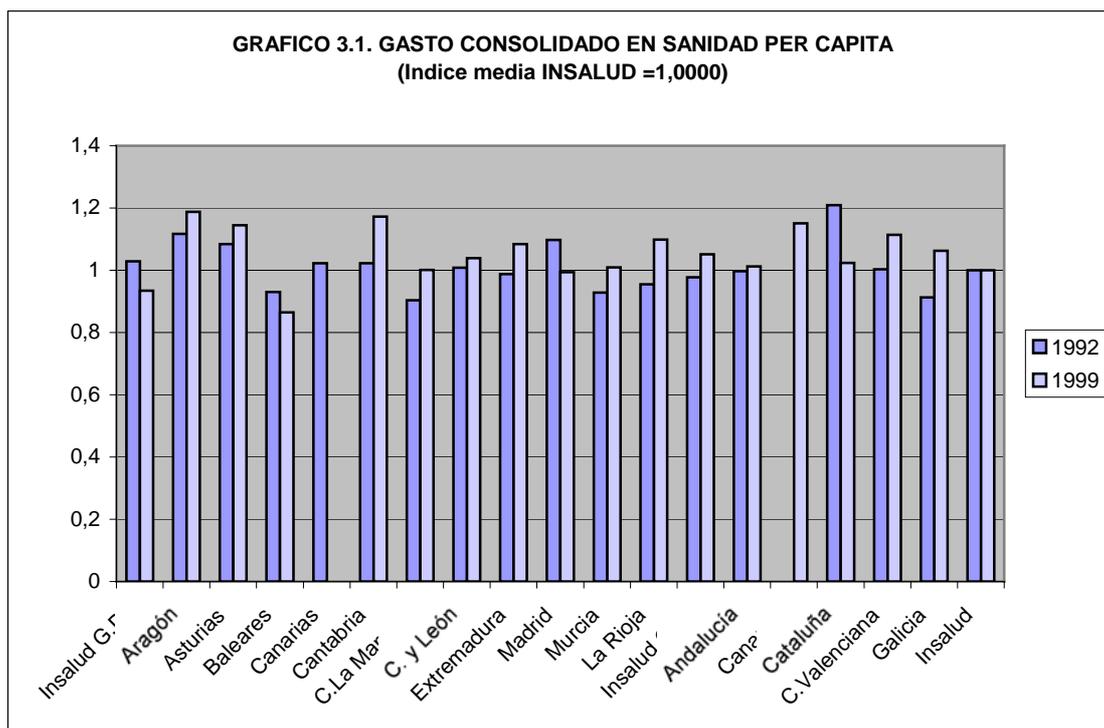
Concepto	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Insalud G.D.	521	527	510	515	540	544	588	598
Aragón	566	562	597	594	653	671	733	760
Asturias	550	562	592	612	648	649	697	733
Baleares	472	464	501	494	495	521	589	554
Canarias	519	540	0	0	0	0	0	0
Cantabria	518	543	571	588	602	669	720	751
Castilla-La Mancha	458	471	515	525	558	565	611	641
Castilla y León	511	515	541	556	598	595	631	665
Extremadura	501	520	532	552	608	613	662	694
Madrid	557	550	597	584	603	595	644	636
Murcia	471	487	505	549	582	589	634	646
La Rioja	484	486	529	556	558	597	663	703
Insalud G.T.	496	474	550	572	594	585	631	673
Andalucía	505	513	547	567	573	554	621	648
Canarias	0	0	454	657	673	664	782	737
Cataluña	613	522	616	574	579	600	612	655
Comunidad Valenciana	508	513	520	544	618	572	613	713
Galicia	463	473	509	573	597	603	635	680
Insalud	507	497	533	547	570	567	612	640

FUENTE: Elaboración propia en base a Memorias del INSALUD, Presupuestos de CCAA, Presupuestos de Entes Locales y Ciudades Autónomas, Informe de Financiación de las CCAA, BADESPE, Mº de Hacienda. Población a partir de INE e INSALUD tomando como denominador la población protegida del censo de 1991 para el período 1992-1997, según el padrón de 1996 desde 1998 y según datos del Mº de Sanidad y Consumo para 1999 (excepto Ceuta y Melilla y las Comunidades Autónomas forales).

CUADRO 3.19. GASTO CONSOLIDADO EN SANIDAD PER CAPITA TERRITORIALIZADO (Índices de evolución)

Concepto	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Insalud G.D.	1,0000	1,0098	0,9781	0,9879	1,0355	1,0428	1,1272	1,1477
Aragón	1,0000	0,9928	1,0549	1,0500	1,1528	1,1850	1,2950	1,3433
Asturias	1,0000	1,0232	1,0780	1,1132	1,1798	1,1804	1,2676	1,3338
Baleares	1,0000	0,9828	1,0623	1,0472	1,0487	1,1039	1,2488	1,1742
Canarias	1,0000	1,0417	0	0	0	0	0	0
Cantabria	1,0000	1,0477	1,1011	1,1333	1,1613	1,2897	1,3884	1,4480
Castilla-La Mancha	1,0000	1,0293	1,1235	1,1455	1,2193	1,2327	1,3350	1,3993
Castilla y León	1,0000	1,0068	1,0588	1,0877	1,1710	1,1638	1,2337	1,3013
Extremadura	1,0000	1,0383	1,0631	1,1022	1,2133	1,2240	1,3227	1,3855
Madrid	1,0000	0,9879	1,0735	1,0494	1,0830	1,0695	1,1575	1,1436
Murcia	1,0000	1,0344	1,0728	1,1668	1,2366	1,2519	1,3483	1,3731
La Rioja	1,0000	1,0032	1,0919	1,1490	1,1523	1,2323	1,3691	1,4522
Insalud G.T.	1,0000	0,9566	1,1105	1,1539	1,1975	1,1795	1,2726	1,3574
Andalucía	1,0000	1,0152	1,0827	1,1219	1,1330	1,0953	1,2287	1,2816
Canarias	1,0000	0	0,8748	1,2677	1,2981	1,2811	1,5083	1,4205
Cataluña	1,0000	0,8511	1,0048	0,9356	0,9448	0,9787	0,9979	1,0687
Comunidad Valenciana	1,0000	1,0092	1,0225	1,0704	1,2153	1,1259	1,2058	1,4027
Galicia	1,0000	1,0223	1,0986	1,2373	1,2906	1,3020	1,3725	1,4695
Insalud	1,0000	0,9806	1,0507	1,0789	1,1245	1,1179	1,2071	1,2628

FUENTE: Elaboración propia en base a INE e INSALUD.



FUENTE: Elaboración propia en base a la información expuesta anteriormente.

4.7 Una referencia al método de estimación en base a la vía de la demanda (Cuentas Satélite del Gasto Sanitario Público)

En otro orden de cosas, en lo relativo a la estimación del gasto sanitario, si se opta por la vía de la *demand*a el gasto sanitario consolidado sería el resultado de agregar las demandas de servicios y bienes de consumo y de capital de los agentes sanitarios (consumo final público y privado de sanidad y formación bruta de capital fijo). Uno de estos métodos, que se ha utilizado en algunos países europeos y también en nuestro país, es el de las “*Cuentas Satélite del gasto sanitario público*”, también conocidas como las Estadísticas del Gasto Sanitario Público (EGSP) elaboradas de forma homogénea a partir de la Contabilidad Nacional como sistema de información económica que permite ofrecer una representación numérica y sistemática de la actividad económica de un país en un período de tiempo (a nivel nacional, Barea et al., 1992 y 1993; Barea y Gómez, 1994; Barea, 1996 y que se ha seguido realizando por el Mº de Sanidad y Consumo en 1999 y 2001 a fin de que sea una fuente de información económica, amplia y rigurosa referida a nuestro SNS e incluida en el Plan Estadístico Nacional (PEN) a semejanza de las Cuentas Satélite de la sanidad existentes en Francia, Noruega y Suecia mientras que a nivel autonómico destaca el caso de Canarias en Abásolo, 1997; Barea y Abásolo, 1999, entre otros).

Estas Cuentas Satélite son un cuadro de doble entrada en el que se recoge la información económica y funcional del gasto público en sanidad, de modo que encaje en el marco conceptual de la Contabilidad Nacional Española (CNE) y, por tanto, dentro del nuevo Sistema Europeo de Cuentas Nacionales y Regionales (SEC 95) coherente en lo esencial con los Sistemas de Cuentas de las Naciones Unidas. La clasificación del gasto sanitario público según esta metodología se aborda desde tres diferentes perspectivas (agregados de la Contabilidad Nacional, clasificación funcional de los servicios y clasificación económica del gasto):

a) *Clasificación de agregados de la Contabilidad Nacional*: Según ella, aparecen cuatro magnitudes macroeconómicas básicas como son el consumo público, prestaciones sociales, transferencias corrientes y gastos de capital, para todas y cada una de las entidades que se configuran como agentes de gasto público (Administración Central, Seguridad Social, Mutualidades de Funcionarios, CCAA con Gestión Transferida o no y Corporaciones Locales).

b) *Clasificación Funcional*: Agrupa las funciones en epígrafes como los servicios hospitalarios y especializados, servicios primarios de salud, salud pública, administración, formación e investigación (incluye docencia MIR), farmacia, traslado de enfermos, prótesis y aparatos terapéuticos, transferencias corrientes y gastos de capital.

c) *Clasificación Económica*: En ella figuran los elementos de costes que son los gastos expresados con un enfoque más cercano a la contabilidad presupuestaria tales como la remuneración de personal, consumo intermedio, consumo de capital fijo, conciertos, transferencias corrientes y gastos de capital de cada uno de los servicios sanitarios producidos por el sector público. Estas Cuentas tienen, por tanto, como principales objetivos el suministrar información de las principales macro magnitudes macroeconómicas relativas a la sanidad pública, del coste de los servicios sanitarios públicos y sobre los distintos servicios sanitarios producidos por los agentes que intervienen en el sector servicios. En resumen, con esta metodología no se presentan los problemas ya apuntados en la vía de financiación pero no informa acerca de los agentes financiadores de las prestaciones sanitarias.

La información proporcionada por la utilización de esta metodología muestra así un crecimiento notable en el período 1992-1999 al estimar que el gasto sanitario público consolidado se situó en 1992 en unos 20.697 millones de euros para pasar en 1999 a representar unos 30.581 millones de euros en la línea de lo ya planteado con la vía de la financiación para estimar el gasto sanitario público si bien, como es lógico, la consolidación efectuada por las dos vías no coincide en cuanto a la cifra total al haber tenido en cuenta en algunos casos a diferentes entidades públicas y también debido a las diferentes hipótesis efectuadas en cada una de estas propuestas metodológicas de estimación del gasto sanitario público (Cuadros 3.20-3.22).

CUADRO 3.20. (CUENTAS SATELITE) GASTO PUBLICO CONSOLIDADO EN SANIDAD EN ESPAÑA SEGÚN CLASIFICACION AGREGADOS DE LA CONTABILIDAD NACIONAL (millones de euros corrientes)

Concepto	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Consumo colectivo	909	960	972	1.020	1.081
Prestaciones sociales-Prod. De no mercad	13.805	14.588	14.982	14.732	15.543	15.975	16.807	17.728
Prestaciones sociales-Prod. De mercado	6.094	6.616	7.055	7.637	8.362	9.093	9.678	10.641
Transferencias corrientes	67	117	197	137	132	57	79	110
Gastos de capital	729	787	594	708	687	772	932	1.018
Gasto sanitario público consolidado	20.697	22.110	22.829	24.124	25.686	26.871	28.519	30.580

Notas: (a) Las cifras de 1995 y 1996 varían sobre las publicadas por la existencia de obligaciones contraídas en la C. Valenciana en 1996 derivadas de pagos correspondientes a ejercicios anteriores, (b) Las cifras de 1997 a 1999 no están cerradas ya que falta por incorporar el gasto sanitario de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, en torno a 4,81 millones de euros en 1997 y 6,01 millones de euros en 1998 y (c) Las cifras de 1999 incorporan un factor de estimación para el gasto sanitario de las Corporaciones locales, cuyo importe no está disponible en las fuentes habituales.

FUENTE: Cuentas Satélite del gasto sanitario público, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999 y 2001.

CUADRO 3.21. (CUENTAS SATELITE) GASTO PUBLICO CONSOLIDADO EN SANIDAD EN ESPAÑA SEGÚN CLASIFICACION FUNCIONAL (millones de euros corrientes)

Concepto	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Servicios hospitalarios y especializados	11.406	12.327	12.722	13.448	14.289	14.788	15.605	16.538
Servicios primarios de salud	3.461	3.576	3.704	3.963	4.152	4.240	4.360	4.675
Admón, Salud Pública e Investigación	1.112	1.163	1.175	910	960	973	1.021	1.082
Farmacía	3.549	3.744	4.050	4.555	5.019	5.585	6.019	6.625
Traslado, prótesis y ap. Terapéuticos	372	396	386	403	446	456	502	532
Transferencias corrientes	68	117	197	137	132	57	80	111
Gastos de capital	730	787	594	708	687	773	933	1.019
Gasto sanitario público consolidado	20.697	22.110	22.830	24.125	25.686	26.872	28.519	30.581

FUENTE: Cuentas Satélite del gasto sanitario público, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999 y 2001.

CUADRO 3.22. (CUENTAS SATELITE) GASTO PUBLICO CONSOLIDADO EN SANIDAD EN ESPAÑA SEGÚN CLASIFICACION ECONOMICA (millones de euros corrientes)

Concepto	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Remuneración de personal	10.516	10.750	10.965	11.645	12.292	12.565	13.066	13.666
Consumo intermedio	3.195	3.730	3.915	3.984	4.196	4.362	4.704	5.076
Consumo de capital fijo	94	108	102	12	15	21	58	68
Conciertos	2.380	2.698	2.857	2.929	3.170	3.342	3.488	3.836
Transferencias corrientes	3.783	4.036	4.396	4.845	5.325	5.808	6.270	6.916
Gastos de capital	730	787	594	708	687	773	933	1.019
Gasto sanitario público consolidado	20.697	22.110	22.830	24.125	25.686	26.872	28.519	30.581

FUENTE: Cuentas Satélite del gasto sanitario público, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999 y 2001.

4.8. El grado de descentralización del gasto en sanidad

Como síntesis de todo el ejercicio de recopilación y estimación de las diferentes partidas que componen el gasto sanitario público en nuestro país se pasa a estudiar por último la trayectoria histórica del proceso de descentralización sanitaria llevado a cabo en el marco del Estado de las Autonomías actual. En ese sentido, a lo largo de los años se ha ido consolidado el actual SNS, de tal manera que la sanidad ha incrementado de forma sistemática su nivel de gasto hasta equipararse al que realizan los países europeos y suponer en el año 1999 un 7,76% del PIB nominal, habiendo aumentando de una manera considerable en los últimos años.

En este contexto, si a continuación se examina el presupuesto de sanidad de la Seguridad Social diferenciando el gasto por tipo de Administración, se puede encontrar que el SNS español canalizaba gran parte de su gasto total a través de ese presupuesto, bien por medio del INSALUD con un 56,53% del total en el año 1992 y 57,46% en 1999, bien transfiriendo su gestión a las CCAA del INSALUD-Gestión Transferida, que representaban en función de sus propias Administraciones autonómicas un 36,23% del total en el año 1992 y 36,64% en 1999 destacando especialmente Andalucía (31,11% del total en 1992 y 32,17% en 1999) y Cataluña (33,07% del total y 28,23% en 1999). En cuanto a los recursos sanitarios del resto de autonomías, la que presentaba mayores cifras de gasto a través de sus respectivas Consejerías de Sanidad es Madrid, que absorbía el 3,42% del gasto total en 1999, porcentaje decreciente desde 1993, año en el que representaba un 3,59%. De otro lado, la Administración Local en cuanto a su participación en el gasto total (2,71% en 1992 y 1,87% en 1999) era muy reducida.

A la vista de estas cifras, el gasto sanitario tenía como nota característica su descentralización aún parcial hasta el año 2002, si bien no cabe esperar a partir de ese año que la simple transferencia de las competencias sanitarias pueda implicar directamente un mayor control del gasto sanitario ya que es significativo que hasta que el INSALUD-Gestión Directa no ha reducido el número de CCAA a su cargo no ha conseguido mayores grados de fiabilidad presupuestaria (Gráficos 3.2 y 3.3). En ese sentido, se observa que la evolución del gasto sanitario de las Admones Públicas durante el período 1992-1999 respecto al PIB (8,59% en 1992 y 7,76% en 1999) ha mostrado una evolución irregular decreciendo ligeramente a partir de 1994 (8,76%) como consecuencia del saneamiento de la deuda pendiente de contabilizar.

Por tanto, en cuanto a la evolución porcentual de las distintas Administraciones dentro del total de gasto sanitario público, la Central seguía hasta 1999 manteniendo el papel principal (56,53% en 1992 y 57,46% en 1999) seguida muy de cerca por la Autonómica (39,43% en 1992 y 38,67% en 1999) y, en menor medida, por la Local (2,71% en 1992 y 1,87% en 1999), si bien fundamentalmente en la Autonómica irán a concentrarse la mayoría de los recursos sanitarios.

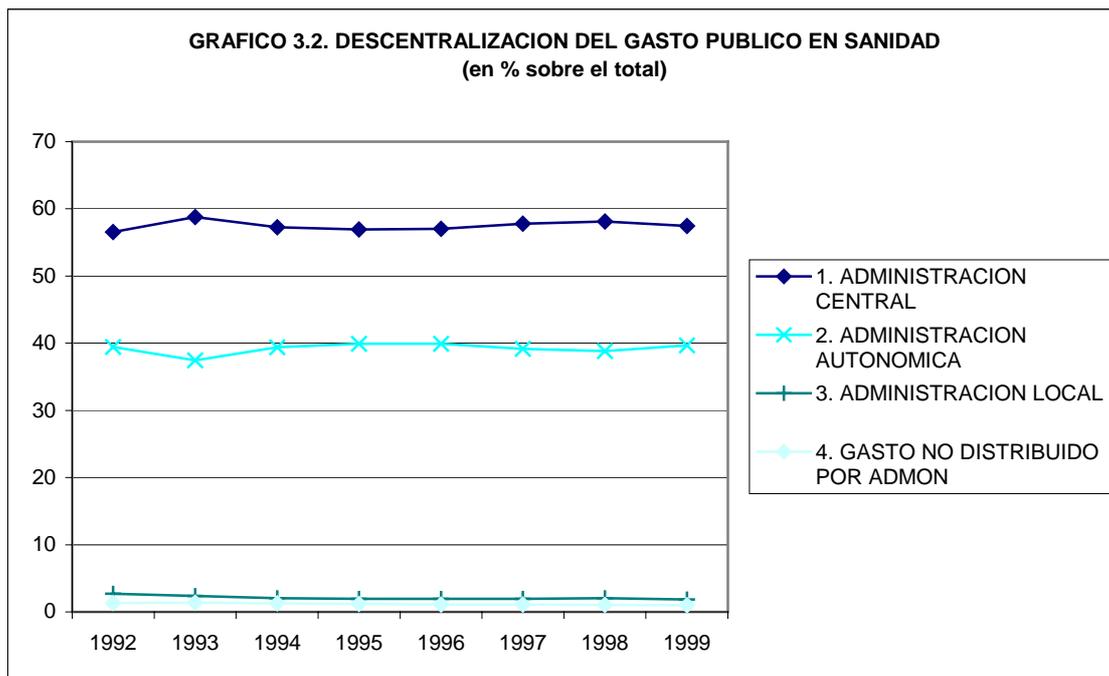
Como resultado y a la luz de todo lo mostrado en este capítulo, toda esta necesidad estructural de un volumen de recursos cada vez mayor, origen de ese gasto creciente, ha alterado las fuentes tradicionales de financiación de la sanidad pública española para intentar garantizar su suficiencia financiera. Así, en la actualidad, se establece la universalización de la asistencia sanitaria en base a criterios de equidad y solidaridad. Para ello, en coherencia con el proceso de transformación del Sistema de SS que ha dado lugar al actual SNS, la participación de las cotizaciones sociales ha ido perdiendo peso (excepto en 1993) hasta que en virtud de la firma del Pacto de Toledo de 1995, en cuya recomendación se contempla que la sanidad como prestación no contributiva de la Seguridad Social debe ser financiada en su totalidad vía impuestos, se ha culminado ya el proceso de separación de fuentes de financiación del sistema de Seguridad Social. Como resultado, la sanidad se financió por primera vez en el ejercicio de 1999 a través de una aportación del Estado y otros ingresos manteniéndose esta tendencia en los Presupuestos Generales del Estado del presente año 2003 (Cuadro 3.23).

CUADRO 3.23. FUENTES DE FINANCIACION DEL SISTEMA SANITARIO EN ESPAÑA: CAMBIO DEL MODELO ORIGINAL DE SEGURIDAD SOCIAL AL ACTUAL DE SISTEMA NACIONAL DE SALUD (en porcentaje)

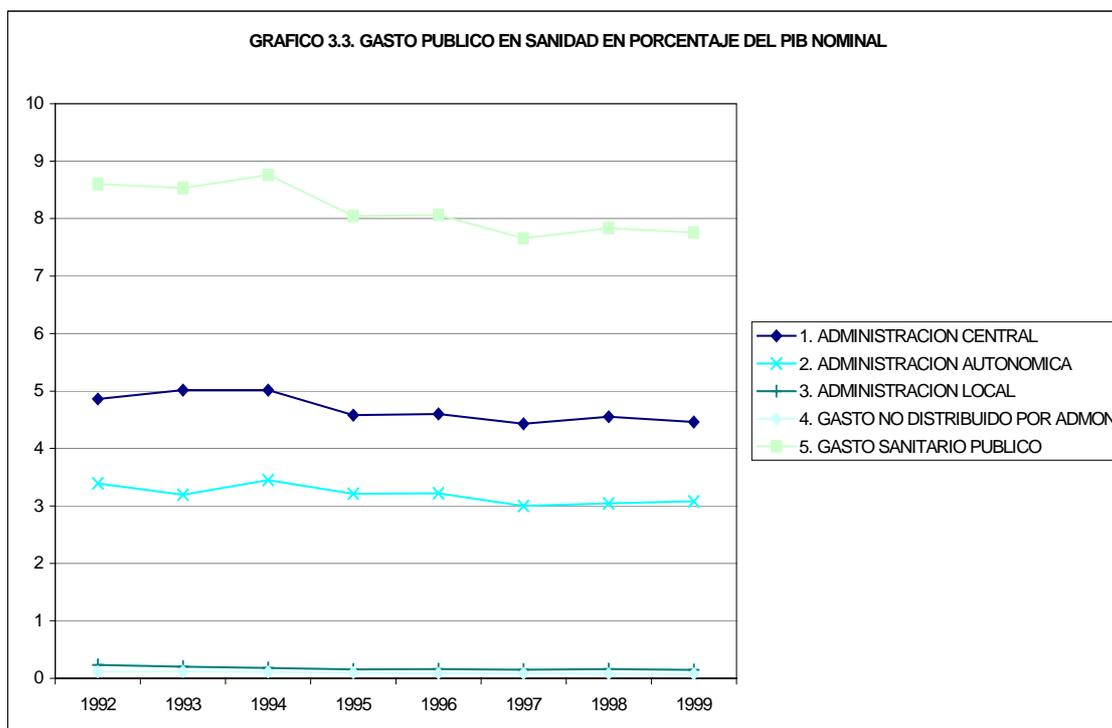
Concepto	Aportac Estado	Cotizac Sociales	Servicios a terceros	Aportac a Prog Espe	Amortiza	Ingresos Fondo san	Remanente tesorería	Otros ingresos(c)	Transfere INEM	Total
1979	5,50	90,20	0	0	0	0	0	4,30	0	100,00
1982	14,90	82,80	0	0	0	0	0	2,30	0	100,00
1986	23,77	74,27	0	0	0	0	0	1,96	0	100,00
1987	24,72	69,93	0	0	0	0	0	1,64	4,32	100,00
1988	25,15	69,60	0	0	0	0	0	1,41	3,83	100,00
1989(a)	70,07	27,22	2,04	0,67	0	0	0	0	0	100,00
1990	68,77	27,21	2,67	0,47	0,88	0	0	0	0	100,00
1991	67,80	27,22	2,48	0,32	0,77	0,28	1,13	0	0	100,00
1992	69,04	27,22	2,47	0,32	0,68	0,28	0	0	0	100,00
1993	68,75	27,96	2,16	0,25	0,61	0,27	0	0	0	100,00
1994	70,23	27,12	1,65	0,15	0,57	0,28	0	0	0	100,00
1995	77,28	20,43	1,92	0,13	0	0,24	0	0	0	100,00
1996	82,82	15,11	1,76	0,10	0	0,21	0	0	0	100,00
1997	91,85	5,98	1,93	0,03	0	0,21	0	0	0	100,00
1998	95,37	2,70	0	0	0	0	0	1,92	0	100,00
1999	98,43	0	0	0	0	0	0	1,56	0	100,00
2000	97,39	0	0	0	0	0	0	2,61	0	100,00
2001	97,40	0	0	0	0	0	0	2,60	0	100,00
2002	95,29	0	0	0	0	0	0	4,71	0	100,00
2003 (b)	98,72	0	0	0	0	0	0	1,28	0	100,00

Notas: (a) Cambio en el modelo de financiación, (b) Estimación según Presupuestos Generales del Estado para el año 2003 y (c) Dentro del epígrafe de otros ingresos básicamente a partir de 1998 se encuentra incluida la financiación prevista para la atención sanitaria cubierta por los Convenios Internacionales así como para los colectivos del mutualismo administrativo que han elegido cubrir su aseguramiento con el sector público, el Fondo sanitario y el Fondo FEDER.

FUENTE: Elaboración propia en base a PGE, Presupuestos de la Seguridad Social y Presupuestos del INSALUD.



FUENTE: Elaboración propia en base a Memorias del INSALUD, Presupuestos de Comunidades Autónomas, Presupuestos de Entes Locales y Ciudades Autónomas, "Informe de Financiación de las Comunidades Autónomas", Ejercicios 1992-1997, Dirección General de Coordinación con las Haciendas Territoriales, Ministerio de Economía y Hacienda, Ejercicios 1998 y avance de 1999, Dirección General de Fondos Comunitarios y Financiación Territorial, BADESPE, Ministerio de Hacienda.



FUENTE: Elaboración propia en base a Memorias del INSALUD, Presupuestos de Comunidades Autónomas, Presupuestos de Entes Locales y Ciudades Autónomas, "Informe de Financiación de las Comunidades Autónomas", Ejercicios 1992-1997, Dirección General de Coordinación con las Haciendas Territoriales, Ministerio de Economía y Hacienda, Ejercicios 1998 y avance de 1999, Dirección General de Fondos Comunitarios y Financiación Territorial, BADESPE, Ministerio de Hacienda.

CAPITULO IV. LAS ALTERNATIVAS SOBRE LA FINANCIACION AUTONOMICA DEL GASTO SANITARIO PUBLICO Y SU DISTRIBUCION TERRITORIAL

1. Introducción

Hasta el año 2002 el proceso de descentralización autonómica en España llevaba asociada la transferencia de las competencias de carácter sanitario a únicamente siete regiones que pertenecían a la denominada “*vía rápida*” y que gestionaban la sanidad a través de sus respectivos Servicios de Salud mientras que el INSALUD mantenía la gestión sanitaria en las diez regiones restantes. No obstante, el proceso descentralizador se ha extendido a todas las regiones españolas después del pasado 31 de Diciembre de 2001 coincidiendo con la finalización de la vigencia de los modelos de financiación autonómica general (1997-2001) y específico en el caso de la sanidad (1998-2001). Por este motivo, resulta ahora relevante analizar las alternativas que existían en su momento y por las que, en cualquier caso, puede seguir transitando la financiación sanitaria para así posteriormente calibrar la incidencia que el traspaso de competencias sanitarias ha tenido sobre los presupuestos autonómicos, dada su importancia financiera tanto por la magnitud absoluta del gasto sanitario público como por su relevancia en comparación con el resto de partidas de gasto regional, así como el diseño del nuevo marco de financiación regional vigente desde el pasado 1 de Enero de 2002.

La financiación sanitaria pública, en el contexto de descentralización del gasto anteriormente señalado, ha venido siendo una cuestión sometida a diversas reformas sucesivas desde comienzos de la década de los 80 hasta el sistema vigente en la actualidad y que ha sustituido al del cuatrienio anterior 1998-2001. En este contexto, llama la atención que en la administración de estos recursos en España se haya venido detectando que la asistencia sanitaria se distribuya desigualmente tanto en lo social como en lo territorial⁵⁶. Así, en 2002 cuando han pasado casi 24 años desde la aprobación de la Constitución y 16 años de vigencia de la Ley General de Sanidad que ha consolidado al modelo español dentro de los Servicios Nacionales de Salud inspirados en el esquema sanitario-asistencial británico desarrollado a mediados de los cuarenta (Rico, 1998), puede afirmarse que el proceso de descentralización sanitaria está prácticamente cerrado (excepto para Ceuta y Melilla) pero, a la vez, sigue existiendo riesgo de fragmentar nuestro sistema en distintas expectativas de derecho a la salud e inequidades en función del territorio de residencia (Fernández Santiago, 1997; Aja, 1999).

⁵⁶ Existen notables disparidades entre las CCAA como se observa en los indicadores más significativos de la asistencia sanitaria (profesionales sanitarios, retribuciones salariales, camas hospitalarias, equipos de Alta Tecnología o de Atención Primaria), en el grado de cumplimiento de los objetivos de planificación y coordinación estatales y en el resto de políticas de salud (Informe SESPAS, 2002; Gordo, 2002).

La equidad en la salud de todos los españoles se traduce entonces en uno de los objetivos primordiales del programa de la Organización Mundial de la Salud “*Salud para todos 2000*” aprobado por nuestro país en 1984 pero que aún no es una realidad⁵⁷, ya que la probabilidad de enfermar y fallecer depende en gran medida del nivel de renta y de la localización geográfica de las personas por lo que los residentes en las regiones más ricas (Cataluña, País Vasco, Navarra y Baleares) tienen una esperanza de vida superior a quienes viven en las regiones con menores recursos (Andalucía, Extremadura o las Islas Canarias) e incluso también esto se produce en el interior de las grandes ciudades como Madrid o Barcelona. Parece pues que la inexistencia de un plan integrado de salud en el país y el modo en que se han transferido las competencias en sanidad a las regiones son las causas últimas de esta disparidad, siendo necesario advertir que esta situación de desigualdad y asimetría entre CCAA es probable que vaya a tender a una divergencia mayor si no existe un esfuerzo de distribución importante en los próximos años.

No obstante, realmente el punto de partida de todo el proceso es la Constitución Española, texto en dónde se reconoce el derecho a protección de la salud a toda la población y a todo el territorio (artículo 43). Su aplicación exige que “*los recursos sanitarios se distribuyan de forma que cualquier ciudadano accede a ellos en igualdad de condiciones con los demás, independientemente de la región en que viva*” y así se establece también en el artículo 12 de la Ley General de Sanidad de 1986. Precisamente, dicha Ley es la que ha servido para establecer el modelo de planificación sanitaria llamando la atención sobre la necesidad de introducir criterios de territorialidad en la administración de los recursos de este tipo. En concreto, como se verá a continuación, en lo que se refiere a la financiación sanitaria pública en el contexto de descentralización autonómica cabe señalar que ésta ha sido una cuestión sometida a diversas reformas sucesivas a pesar de que quedaba fuera de del ámbito de aplicación de la Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas (LOFCA), situación que refleja el tratamiento específico que se le ha venido otorgando hasta el año 2002 (Cuadro 4.1).

⁵⁷ De entrada, el Mº de Sanidad quiere elaborar un documento que examine el grado de cumplimiento que las autonomías ofrecen de los objetivos planteados por la OMS en su estrategia Salud XXI (Comparecencia de la Ministra de Sanidad en la Comisión de Sanidad del Congreso, 18-09-2002).

CUADRO 4.1. CAMBIOS RECIENTES EN LA FINANCIACION AUTONOMICA Y SANITARIA (1990-2002)

Año	Financiación autonómica general y foral	Financiación autonómica sanitaria
1990	Cuarto año de funcionamiento del sistema de financiación autonómica 1987-1991. Reforma del Fondo de Compensación Interterritorial (FCI).	Traspaso de la competencia sanitaria a Galicia y Navarra.
1991	Quinto año de funcionamiento del sistema de financiación autonómica 1987-1991.	Problemas de tesorería relacionados con las operaciones de saneamiento y liquidación de las deudas del INSALUD.
1992	Acuerdo del CPFF sobre el sistema de financiación autonómica para 1992-1996 (“ <i>Autonomía del gasto</i> ”) y modificación de los criterios para el cálculo de la PIG.	Problemas de tesorería relacionados con las operaciones de saneamiento y liquidación de las deudas del INSALUD.
1993	Reforma del Acuerdo del CPFF de 1992. Se introduce la participación territorializada en la cuota líquida del IRPF separada de la PIG.	Problemas de tesorería relacionados con las operaciones de saneamiento y liquidación de las deudas del INSALUD.
1994	Tercer año de funcionamiento del sistema de financiación autonómica general para 1992-1996. Ley 19/1994, de 6 de Julio, de modificación del régimen económico y fiscal de Canarias.	Acuerdo para el Sistema específico de financiación sanitaria para 1994-1997. Población protegida y evolución PIB nominal. Traspaso de la competencia sanitaria a Canarias.
1995	Informe de la Comisión de Expertos sobre el actual sistema de financiación autonómica y sus problemas (<i>Libro Blanco</i>)	Segundo año de funcionamiento del sistema de financiación autonómica sanitaria para el cuatrienio 1994-1997.
1996	Acuerdo del CPFF sobre el sistema de financiación autonómica para el quinquenio 1997-2001 (“ <i>Autonomía del ingreso</i> ”). Cesión parcial del IRPF y capacidad normativa sobre los tributos cedidos a las CCAA.	Tercer año de funcionamiento del sistema de financiación autonómica sanitaria para el cuatrienio 1994-1997.
1997	Entrada en vigor del Acuerdo del CPFF sobre el sistema de financiación autonómica para el quinquenio 1997-2001.	Acuerdo del Sistema específico de financiación sanitaria para 1998-2001. Fondo general (población protegida) y redistributivo (pérdida de población, docencia y desplazados).
1998	Reforma del Acuerdo del CPFF de 1996. Se establece la garantía de incremento mínimo de recursos por el IRPF autonómico según PIB.	Entrada en vigor del Acuerdo del CPFF sobre el sistema de financiación autonómica sanitaria para 1998-2001.
1999	Entrada en vigor de la Reforma de la Administración Central en el IRPF. Se completa el traspaso de competencias del Gobierno Central a las CCAA en materia educativa.	Segundo año de funcionamiento del sistema de financiación autonómica sanitaria para el cuatrienio 1998-2001.
2000	Cuarto año de funcionamiento del sistema de financiación autonómica para el quinquenio 1997-2001. RD-Ley 2/2000, de 23 de Junio, de Zona Especial Canarias según C.Europea.	Tercer año de funcionamiento del sistema de financiación autonómica sanitaria para el cuatrienio 1998-2001.
2001	Informe de la Comisión de Expertos para el estudio y propuesta de un nuevo sistema de financiación de las CCAA aplicable a partir de 2002. Ley 18/2001, de 12 de Diciembre, General de Estabilidad Presupuestaria y Ley Orgánica 5/2001, de 13 de Diciembre, complementaria a la Ley General de Estabilidad Presupuestaria. Acuerdo del CPFF (27 de Julio) sobre el sistema de financiación autonómica general de carácter integrado y estable plasmado en la Ley de Financiación Autonómica 7/2001 y 21/2001, de 27 de Diciembre así como la Ley 22/2001, de 27 de Diciembre, reguladora del FCI. Incremento de capacidad normativa en tributos cedidos y “ <i>cesta de tributos</i> ”.	Integración de la sanidad en el esquema general de financiación autonómica. Afectación del tramo autonómico del impuesto de hidrocarburos a la financiación sanitaria (CPFF, 22 de Noviembre). Protocolos de Coordinación Sanitaria formalizado entre Castilla-La Mancha, Castilla-León, Madrid y Extremadura (Octubre). Negociación de la asunción de competencias sanitarias por parte de las CCAA del INSALUD-Gestión Directa (Diciembre).
2002 (€)	Entrada en vigor del nuevo sistema de financiación autonómica. Acuerdo sobre el Concierto fiscal de los territorios históricos del País Vasco (Febrero). Subida de los tipos impositivos en los impuestos especiales en el tabaco y alcohol. Elevación de Impuesto de Actos Jurídicos en Aragón, Madrid, Cataluña y la C.Valenciana. Acuerdo CPFF obligación de eliminación del déficit en CCAA hasta 2005 (Abril). Reforma en IRPF central cuya entrada en vigor se produce en el año 2003 (bajada de tipos impositivos máximos y mínimos y tramos). Reforma prevista en la Ley General Presupuestaria antes de final de este año. Proyecto de Ley de Reforma de la Ley Reguladora de las Haciendas Locales. Leyes 17-31/2002, de 1 de Julio, del régimen de cesión de tributos del Estado a las CCAA	Fin del proceso generalizado de transferencia de competencias sanitarias y desaparición del INSALUD. Período transitorio de tres meses en algunas CCAA del INSALUD-Gestión Directa de adaptación con INSALUD en gestión económica y presupuestaria. Sólo Madrid usa el tramo autonómico del impuesto de hidrocarburos para sanidad (Septiembre). Protocolos de Coordinación Sanitaria entre Castilla y León y Galicia (Enero) y Cataluña y Aragón (Febrero). Coordinación Cantabria y Asturias (Junio) Anteproyecto Ley de Acciones Integradas en materia de sanidad (Ley de “ <i>Cohesión y Calidad</i> ” de la Sanidad cuya aprobación final se prevé para 2003) y liquidación del antiguo INSALUD-Gestión Directa para convertirse en el “ <i>Instituto Nacional de Gestión Sanitaria</i> ” (RD 840/2002, de 2 de Agosto)

FUENTE Elaboración propia.

Con estas premisas, en las páginas siguientes se estudia toda la problemática de la financiación autonómica de las prestaciones sanitarias, organizándose la exposición con la siguiente secuencia. En primer lugar, se expone cuál ha sido la evolución reciente de la financiación sanitaria para, a continuación, hacer lo mismo con la autonómica general. En segundo lugar, se analizan las alternativas de financiación autonómica de la sanidad haciendo especial referencia al criterio de necesidad y a las aproximaciones metodológicas para su correspondiente estimación en las Comunidades Autónomas españolas, con objeto de poder conocer cuáles son los factores que las determinan en mayor medida y qué relación guardan con los criterios que se han venido utilizando en el reparto final de los recursos sanitarios así como su hipotética aplicación a una revisión posterior (por ejemplo, a medio plazo) de este tipo de fórmulas. Por último, se realizan algunas reflexiones y comentarios finales acerca de las ventajas e inconvenientes que se plantean tanto en un modelo de financiación sanitaria específica (similar al de los cuatrienios 1998-2001 o 1994-1997) como en una apuesta decidida por la autonomía y corresponsabilidad fiscal, tal y como la que se ha acordado finalmente en base a su incorporación al sistema de financiación autonómica general de la LOFCA.

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 CPPF 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. Según este concepto, habría de abandonarse la dinámica de financiarse a través de los ingresos fiscales del Estado para pasar a mentalizarse que, salvada la parte de financiación que responda al principio de solidaridad y que busca un nivel similar de prestación de todos y cada uno de los servicios, cualquier incremento de calidad o cantidad de servicios públicos que se pretenda ha de poder financiarse con el esfuerzo fiscal propio.

En relación con dicha financiación sanitaria autonómica, la indefinición se ha venido plasmando en la dualidad de criterios existentes en la LGS al respecto.

El objetivo era que “*los poderes públicos orientarán sus políticas de gasto sanitario en orden a corregir las desigualdades sanitarias y garantizar la igualdad de acceso a los servicios sanitarios públicos en todo el territorio español según lo dispuesto en la Constitución*” (art. 12). Como refleja el análisis de la experiencia comparada llevado a cabo anteriormente y el referente principal (RAWP Británica), el mejor instrumento diseñado hasta el momento para llevarlo a la práctica han sido las fórmulas asignativas basadas en el “*principio capitativo compuesto*”, que distribuyen recursos entre las regiones ajustando el tamaño de su población en función de su nivel relativo de necesidades sanitarias. Este principio de equidad incorporaría consideraciones redistributivas al pretender asignar una cantidad mayor de recursos a regiones con niveles de necesidad superiores a la media. Sin embargo, el apartado de la LGS dedicado a regular la distribución territorial de recursos estipulaba que “*la financiación de los servicios transferidos se realizará siguiendo el criterio de población protegida*” (art. 82), que coincide con el “*principio capitativo simple*” y refleja un principio de equidad distinto al anterior conocido como “*igualdad horizontal entre gobiernos de un mismo nivel*” (Costas I Terrones, 1989) que supone asignar recursos de acuerdo al peso relativo de la población regional sin considerar ni siquiera las dotaciones de partida e ignorando que el nivel específico de necesidad de atención médica puede diferir considerablemente en dos regiones con el mismo número de habitantes.

En consecuencia, se puede concluir que el marco formal de la financiación sanitaria era bastante contradictorio ya que el criterio de ejecución recogido en el artículo 82 no se correspondía con los objetivos programáticos de la LGS al respecto. Además, la asignación final de los recursos no cumplía tampoco con la igualdad horizontal sino que respondía a negociaciones políticas bilaterales específicas para cada CCAA (Rico, 1995). 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. Según ella, era de esperar que la financiación de cualquier servicio transferido a las CCAA siguiera sus cauces (como por ejemplo, la educación que es también un bien preferente que, al igual que la sanidad, se encuentra dentro de nuestro Estado de Bienestar), si bien no ha sido así en este caso ya que la sanidad ha quedado fuera de del ámbito de aplicación de la LOFCA, situación que refleja el tratamiento propio y específico de financiación que se le ha venido otorgando hasta el año 2002. Más en concreto, en la exposición del mecanismo de financiación de la sanidad autonómica pueden distinguirse varios períodos⁵⁸ que se pasan a detallar a continuación.

⁵⁸ Tal y como se señala en Cabasés (1998a y b), Gómez Sala y Sánchez Maldonado (1998a), López I Casasnovas (1998a), Rey (1998 y 1999), Truyoll (1999), Carpio (1999), Cabiedes (2000), Monasterio y Suárez Pandiello (1996 y 1998), Rico (1995), Albillos et al. (2000), Urbanos y Utrilla (2000), López I Casasnovas y Rico (2001) y Tamayo (2001), entre otros.

2.1 Período anterior a la Ley General de Sanidad de 1986

El proceso de descentralización sanitaria se inició con la aprobación de la Constitución en 1978 y con el traspaso de competencias sanitarias en 1981 a Cataluña, recibiendo ésta una dotación económica valorada de acuerdo con el criterio de coste de los servicios asumido que se mantuvo hasta 1984 y siendo seguida por Andalucía en 1983. En este período inicial, a semejanza de la LOFCA, la asignación de recursos que se aplicaba en el momento en que se materializaba la transferencia se apoyó en el coste *histórico* de los servicios sanitarios, si bien desde 1984 se perfiló un período transitorio de unos diez años durante el cual los porcentajes de reparto debían adaptarse al criterio de población protegida. Es decir, población con derecho a la asistencia sanitaria de la SS que no era fácil de determinar a comienzos de los ochenta, ya que no todos los colectivos encuadrados en los distintos regímenes de la SS estaban cubiertos.

2.2. Período posterior a la Ley General de Sanidad de 1986

En este epígrafe se pasa a analizar el período transcurrido entre la aprobación de la Ley General de Sanidad y el último sistema de financiación específica sanitaria perteneciente al cuatrienio 1998-2001 e inmediatamente anterior al actual Acuerdo de Financiación autonómica general que incluye a la sanitaria y que ha entrado en vigor el pasado 1 de Enero de 2002.

2.2.1. Subperíodo 1986-1994

En esta etapa se producen las transferencias sanitarias al País Vasco y Comunidad Valenciana (1987) y a Galicia y Navarra (1991). El CPFF al aprobar el método definitivo de financiación general de las CCAA para el período 1987-1991 acordó continuar con el sistema específico de financiación de la sanidad autonómica debido al especial origen de los fondos con que se financiaba el sistema sanitario de la SS con predominio de las cotizaciones sociales y lo que señalaba el art. 82 de la LGS de financiación en base a la población protegida. Además, con el RD 1088/89, por el que se extendía la cobertura sanitaria a personas sin recursos económicos suficientes, se culminó el proceso de inclusión de colectivos no cubiertos por la SS.

Dentro de esta especificidad se abrieron diferentes líneas de financiación sanitaria, ya que se distinguía el sistema propio de las CCAA forales del general del resto. El mecanismo básico del sistema general para tal cuantificación consistía en que el presupuesto del INSALUD se desglosaba en dos grandes bloques: el de los servicios no transferidos (Gestión Directa) y el del resto (Gestión Transferida), que se distribuía entre las CCAA combinando los criterios de coste efectivo del servicio transferido y de población protegida. Se continuaba así con el criterio de coste efectivo del servicio que de no coincidir con lo que correspondería en función de su porcentaje de población protegida las diferencias se irían eliminando en un período de 10 años (a razón de aproximadamente un 10% anual).

El sistema podría haber funcionado bien pero no lo hizo ya que los presupuestos iniciales nacían con insuficiencia crónica, originando la aprobación de modificaciones para dotar de mayores recursos al presupuesto sanitario únicamente para el INSALUD-Gestión Transferida, de las cuales participaban automáticamente las CCAA de régimen foral. Por contra, la financiación definitiva de las CCAA de régimen común estaba en función del presupuesto liquidado del INSALUD-Gestión Directa, al no participar automáticamente de las modificaciones presupuestarias aprobadas para el mismo, lo cual introducía un enorme grado de incertidumbre respecto a su capacidad final de gasto. Esta dinámica se traducía en que las CCAA de régimen común disponían de un escenario incierto en el cual debían seguir la evolución presupuestaria del INSALUD-Gestión Directa con el ánimo de que el mismo requiriera de mayores recursos económicos y teniendo que incurrir en unos importantes gastos financieros al recibir los recursos cuando se firmaban los Acuerdos de Liquidación incluso con un desfase medio de dos años desde el cierre del ejercicio presupuestario.

A partir del año 1992, fruto de un Acuerdo adoptado en el seno del CPFF, durante el primer trimestre del ejercicio siguiente se debía realizar una liquidación a cuenta que venía a representar en torno a un 75% de la liquidación final resultante. También durante este período se infradotaron sistemáticamente las dotaciones destinadas a farmacia para el pago de las recetas médicas y las cuotas de SS, ambas definidas como ampliables por la Ley General Presupuestaria, por lo que durante el período 1989-1992 era una práctica bastante habitual el incrementar a lo largo del ejercicio el presupuesto destinado a farmacia entre un 30% y un 70%.

Los resultados no fueron los esperados ya que generaron de manera sistemática una gestión ineficiente de los recursos sanitarios por parte de las CCAA y continuos problemas de tesorería, demostrado por las operaciones de saneamiento y liquidación de las deudas acumuladas por el INSALUD⁵⁹ en cuatro planes de las deudas existentes a 31-12-1988 (1.003,7 millones de euros), 31-12-1991 (3.372,4 millones de euros) y ejercicios de 1992 (869,72 millones de euros) y 1993 (846,06 millones de euros). El cálculo de la deuda, cuyo saneamiento superó los 6.010,12 millones de euros, se realizó a partir de la del INSALUD-Gestión Directa, extrapolada para el SNS en función de los coeficientes de participación de las CCAA que tenían asumidas las competencias en sanidad. Paralelamente a dicho proceso, a partir de 1989 se había ido produciendo, según la LGS, el cambio en la financiación a través de la sustitución de los ingresos por cotizaciones sociales por los de la imposición general.

⁵⁹ Buen ejemplo de lo que González-Páramo (2001b) denomina “*restricción presupuestaria blanda*”.

Así, las características de la financiación sanitaria enunciadas en base a este Acuerdo desembocaron en la creación de una Comisión para el estudio de las disfuncionalidades del proceso de presupuestación del INSALUD, ya que con las transferencias a Galicia y Navarra el INSALUD-Gestión Directa pasó a representar en torno al 41% y no podía seguir condicionando la financiación de sus CCAA, que además tenían un mayor peso en el conjunto del sistema. Los resultados de dicha Comisión constituyeron las bases preliminares del Acuerdo de financiación sanitaria 1994-1997 que precisamente es el que va a analizarse en el siguiente apartado.

2.2.2. Modelo de financiación sanitaria en el cuatrienio 1994-1997

Todo el conjunto de problemas anterior motivó que a raíz de la Comisión especial creada para tal fin y del Acuerdo del CPFF del 21 de Septiembre de 1994 se estableciera el primer mecanismo de financiación sanitaria específica en España vigente para el cuatrienio 1994-1997. Dicho Acuerdo incorporaba novedades importantes ya que contaba con el apoyo de todas las CCAA con competencias en sanidad, definía como criterio de reparto la población protegida y pretendía alcanzar la suficiencia dinámica y estabilidad financiera para lo que se partió del gasto efectivo del SNS de 1993, entendido como el sumatorio de los Acuerdos de liquidación firmados entre la Administración del Estado y las CCAA con competencias asumidas en materia de asistencia sanitaria y el gasto efectivo del INSALUD-Gestión Directa de 1993, con lo que se saneó la deuda existente a 31-12-1993 en los ejercicios de 1995 y 1996 definiendo un escenario financiero estable para un cuatrienio cuyo comienzo coincidía con el transcurso de un decenio desde que Cataluña iniciase el período de ajuste correspondiente.

En el escenario financiero del modelo se introdujo un ahorro por la implantación de medidas de ajuste y racionalización del gasto sanitario, que minoró la base financiera de reparto y se cuantificó inicialmente en 540,9 millones de euros trasladando sus efectos a los ejercicios siguientes, lo que dio pie a la posterior elevación de esa cuantía hasta los 880,12 millones de euros por decisión unilateral del Mº de Economía y Hacienda, detrayéndose así un importante volumen de recursos del sistema sanitario (López I Casasnovas y Rico, 2001). Además, en el primer año de este período se produjo la transferencia sanitaria a Canarias (1994) y se vinculaba el presupuesto del SNS, canalizado a través del INSALUD en cada uno de los años del cuatrienio, al índice de crecimiento previsto de la economía del país (PIB nominal). (Cuadro 4.2 y 4.3). En segundo lugar, se introdujo mayor rigidez en el gasto de las CCAA al eliminar la posibilidad de financiación con cargo a créditos “*ampliables*”. En síntesis, los créditos del presupuesto del INSALUD tuvieron, sobre todo a partir del año 1994, el carácter de limitativos por lo que toda insuficiencia que surgiera a partir de ese momento en el presupuesto del INSALUD requeriría de la aprobación de un crédito extraordinario mediante la tramitación de un Proyecto de Ley en el Parlamento que debería contemplar los recursos necesarios.

Asimismo, las CCAA con competencias en sanidad recibían por doceavas partes la totalidad de los recursos de tal forma que en el mes de Noviembre de cada ejercicio económico disponían de toda la dotación que les correspondía como aplicación del modelo de financiación. Precisamente, esta situación no se daba en el INSALUD gestionado directamente debido a la imposibilidad material de poder ejecutar al 100% el presupuesto sanitario.

Por otro lado, en el caso de la sanidad, a diferencia de la educación y el resto de competencias comunes, al existir por Ley un criterio explícito de equidad en financiación⁶⁰, la situación de *statu quo* financiero no se trasladaba indefinidamente al futuro (como sucedía con el método del coste efectivo) sino que tras el período decenal de ajuste se pasaba del porcentaje de gasto inicial del INSALUD (p) al criterio de población protegida (n). Resulta igualmente interesante señalar que en el caso de las CCAA forales (País Vasco y Navarra) el sistema era diferente ya que participaban en el presupuesto INSALUD no según su población protegida sino en función de su renta relativa, situación ventajosa dadas las peculiaridades de su régimen fiscal y su reconocida mayor capacidad de negociación política. Precisamente, estas dos CCAA determinaban su financiación a partir de una base presupuestaria distinta al descontar el Fondo de Investigaciones Sanitarias (FISS) de su parte de Presupuesto inicial del INSALUD y añadirle la parte imputable de los Servicios centrales del M° de Trabajo (Tesorería) y de Sanidad. Por el contrario, una CCAA de régimen común “*i-ésima*” obtenía esa financiación de su Gasto Sanitario (GSAN) participando en una base obtenida de deducir del Presupuesto Inicial del INSALUD (PII) el coste de los Centros Sanitarios de Ambito Nacional (CSAN), el FISS y recibiendo un porcentaje (p) equivalente al gasto efectivo INSALUD en ese territorio:

$$GSAN_i = p_i \{PII - (CN + FISS)\} \quad (\text{Ejercicio del traspaso sanitario}) \quad (2.2.2.1)$$

$$GSAN_i^5 = p_i - \left(\frac{5}{10}\right) (n_i - p_i) \{PII^5 - (CN^5 + FISS^5)\} \quad (\text{Por ejemplo, al 5º año}) \quad (2.2.2.2)$$

$$GSAN^{10} = n_i \{PII^{10} - (CN^{10} + FISS^{10})\} \quad (\text{Finalizado el período de ajuste al 10º año}) \quad (2.2.2.3)$$

Otra diferencia se producía por el hecho de que las CCAA forales descontaban del Cupo líquido a pagar la parte imputable de las desviaciones del presupuesto del INSALUD mientras que las CCAA de régimen común recibían las liquidaciones correspondientes a las desviaciones del presupuesto del INSALUD con uno o incluso dos años de retraso (Monasterio, 1998a).

⁶⁰ Siguiendo ese procedimiento, en algunas ocasiones el porcentaje de participación de las CCAA se fijaba en una cifra objetivo (Cataluña y Andalucía), pero luego no se realizaba efectivamente la aproximación al objetivo (Andalucía) y en otras el porcentaje se establecía según parámetros desconocidos (C.Valenciana).

CUADRO 4.2. SUBSISTEMA DE FINANCIACION DE LOS SERVICIOS TRANSFERIDOS PREVIO AL AÑO 2002

Comunidad Autónoma	Estatuto de Autonomía	Vía de acceso	Año de transferencia	Criterios aplicados en la transferencia de recursos sanitarios y coeficientes de participación
Andalucía	Ley Orgánica 6, 30 de Diciembre de 1981	Vía rápida (art 151 CE)	1984	Coste servicios (1984-1985, 17,47%, y 1986-1993, 17,72%), después en 1994-1997 (17,72%) y 1998-2001 (18,07%) acercamiento al criterio de población (protegida para el gasto y de derecho –Censo de 1991- para la inversión), con carácter retroactivo desde 1986.
Canarias	Ley Orgánica 10, 10 de Agosto de 1982	Vía lenta (art 143 CE)	1994	Coste servicios (dinámico) y acercamiento a Población protegida (Censo de 1991) en 1994-1997 (3,90%) y según Padrón de 1996 en 1998-2001 (4,07%)
Cataluña	Ley Orgánica 4, 18 de Diciembre de 1979	Vía rápida (art 151 CE)	1981	Coste servicios (1981-1984, 16,30%, y 1985-1993, 15,85%), después transición al criterio población protegida en 1994-1997 (Censo de 1991, 15,99%) y en 1998-2001 (Padrón 1996, 15,75%)
Comunidad Valenciana	Ley Orgánica 5, 1 de Julio de 1982	Vía lenta (art 143 CE)	1988	Coste servicios provisional (1988, 9,62%) y definitivo (1989-1993, 10,18%), acercamiento a población protegida en 1994-1997 (Censo de 1991, 10,03%) y en 1998-2001 (Padrón 1996, 10,23%)
Galicia	Ley Orgánica 1, 6 de Abril de 1981	Vía rápida (art 151 CE)	1991	Coste servicios con acercamiento a la Población protegida en 1986-1993 (Padrón 1989, 6,27%), en 1994-1997 reducción período transitorio (1996, 7,03%) y en 1998-2001 protegida según Padrón de 1996, 6,91%
Navarra	Ley Orgánica de Reintegración y mejora Régimen Foral, 10 de Agosto de 1983	Vía especial	1991	Coste servicios (1991-1993, 1,19%). Acercamiento a la población protegida según Censo de 1991 en 1994-1997 (1,33%) y según Padrón de 1996, 1,34% (1998-2001). Índice imputación de la Aportación (1,60%). La base del cálculo difiere respecto a las de régimen común.
País Vasco	Ley Orgánica 3, 18 de Diciembre de 1979	Vía rápida (art 151 CE)	1988	Coste servicios (1988-1993, 5,72%). Acercamiento a población protegida según Censo de 1991 en 1994-1997 (5,58%) y según Padrón de 1996 (1998-2001, 5,45%). Índice imputación del Cupo (6,24%). La base del cálculo difiere respecto a las de régimen común.

FUENTE: Elaboración propia.

CUADRO 4.3. MODELOS DE FINANCIACION SANITARIA ESPECIFICA EN ESPAÑA (1994-2001)

Período	Características
Modelo 1994-1997 (Acuerdo del CPFF de 21 de Septiembre de 1994)	<i>Suficiencia financiera (estática y dinámica):</i> Plan de saneamiento de la deuda. Base gasto real de 1993. Como novedad, vinculación a la tasa de crecimiento del PIB a coste de factores. <i>Criterio de reparto:</i> Población protegida según Censo de 1991. Dotación específica por desplazamiento de pacientes entre CCAA (deficiencias de información).
Modelo 1998-2001 (Acuerdo del CPFF de 27 de Noviembre de 1997)	<i>Suficiencia financiera (estática y dinámica):</i> Dos fondos (general y finalista) además de la reducción de gastos en farmacia. Todos, excepto el “Fondo de asistencia hospitalaria”, se distribuyen según población. Vinculación, de nuevo, a la tasa de crecimiento del PIB a coste de factores. <i>Criterio de reparto:</i> El primero (Fondo general) se reparte según población protegida del Padrón de 1996 mientras que el segundo (Fondo finalista) incluye dos partidas de Atenciones específicas: “Modulación financiera” para compensar a CCAA que hayan sufrido pérdida de población (garantizando que la pérdida de fondos no supere el 0,25% de los recursos) y “Asistencia hospitalaria” para gastos de desplazados, si bien sus condiciones no se hicieron explícitas.

FUENTE: Elaboración propia a partir de CPFF (1994 y 1997) y Mº Sanidad y Consumo (varios años).

La única desviación en este período del criterio de población protegida correspondía a una dotación específica contemplada por primera vez en la financiación sanitaria como era el Fondo de “*compensación por gastos derivados de la atención a los no residentes o desplazados de otras regiones*”. El importe de esta dotación era de 247,1 millones de euros para el período 1994-1997 de los cuales 60,1 millones de euros correspondían al año 1995, 90,15 millones de euros para 1996 y 96,84 millones de euros en 1997 y se distribuía en función de porcentajes cuyo cálculo no se hizo explícito, lo que hace pensar en que tuvieran poca base científica o por la escasez de información. En todo caso, existía una evidente vinculación del Acuerdo al criterio de oportunidad política así como la ausencia de elementos que pudieran reflejar las diferencias en términos de necesidad relativa entre territorios (Tamayo, 2001). Así, la ausencia de ajustes de ese tipo podía considerarse como explicación parcial de las insuficiencias presupuestarias respecto de algunas CCAA, especialmente para aquellas que recibían flujos estacionales por motivo del turismo o para aquellas que disponían de centros de excelencia que se convertían en referencia para habitantes de regiones limítrofes (López I Casasnovas et al., 1992).

En resumen, si bien este Acuerdo fue capaz de resolver algunos de los problemas generados con los distintos traspasos no puede decirse que con él quedaba establecido un modelo de financiación definitivo y estable. Por ejemplo, se dejó pasar una gran oportunidad para trabajar en la introducción de criterios de necesidad territorial que ajustarán el reparto de recursos al criterio de equidad contenido en la propia LGS. Esto es algo que, a pesar de los intentos del “*Libro Blanco*” sobre financiación regional de 1995, no ha sucedido efectivamente hasta el pasado 1 de Enero de 2002 con el nuevo modelo de financiación autonómica general.

2.2.3. Modelo de financiación sanitaria en el cuatrienio 1998-2001

En este período, a pesar de las expectativas previas de algunas regiones, no se produjeron transferencias sanitarias a ninguna CCAA ya que las que restaban fueron finalmente negociadas en las respectivas Comisiones Mixtas en Diciembre de 2001, no siendo efectivas hasta el pasado 1 de Enero de 2002. En cualquier caso, próximo al vencimiento del modelo de financiación sanitaria aprobado en el año 1994 y en desarrollo de lo establecido en el dictamen de la Subcomisión parlamentaria creada al efecto para el estudio de la consolidación y modernización del SNS, el 27 de Noviembre de 1997 el CPFF acordó el nuevo modelo de financiación para los servicios de sanidad en el período 1998-2001⁶¹ que contó con el apoyo de todas las CCAA que en ese momento tenían asumida la gestión de la asistencia sanitaria.

⁶¹ Aunque sólo se habla de un acuerdo en realidad son seis acuerdos diferentes los que se adoptaron.

Este Acuerdo mantenía las líneas básicas del anterior en cuanto a su metodología (población protegida actualizada para 1996 como criterio de reparto y escenario de evolución del gasto ligado al crecimiento del PIB nominal, al igual que el modelo anteriormente aprobado en 1994) y en él se planteaban como principios básicos: la suficiencia estática y dinámica, homogeneidad distributiva, satisfacción de la demanda de servicios, eficiencia en la aplicación de recursos, equidad en la distribución de los costes del sistema y equilibrio financiero. También una de las novedades se encontraba precisamente en su articulación a través de distintos fondos según la finalidad otorgada a cada uno de ellos.

Así, la financiación de la Gestión Transferida se distribuía a través de un *Fondo General* destinado a la cobertura de prestaciones asistenciales generales y configurado a partir del escenario previsto para 1998 como prórroga del anterior modelo con 22.291,95 millones de euros a los que se incorporaban recursos adicionales por importe de 450,75 millones de euros, repartiéndose todos ellos en función del criterio población protegida. No obstante, se introducían dos novedades: el aumento de los recursos a distribuir entre regiones y la creación de un *Fondo Finalista para atenciones específicas* de 440,92 millones de euros que incorporaba el Estado en el año 1998 y que estaba compuesto por los siguientes dos subfondos:

a) Un *Fondo de Modulación Financiera* de 122,87 millones de euros que compensaba a aquellas zonas donde se había producido una reducción significativa de la población entre 1991 y 1996. Dicha actualización había supuesto un crecimiento significativo de su coeficiente de población protegida para Andalucía, Canarias y la C.Valenciana, en detrimento de Cataluña, Galicia y del propio INSALUD-Gestión Directa. Este Fondo garantizaba una pérdida máxima del 0,25% de la financiación correspondiente a los distintos Servicios de Salud.

b) Un *Fondo de Asistencia Hospitalaria* de 318,04 millones de euros con objeto de financiar los desequilibrios territoriales debidos a la formación especializada (diferencias en costes de docencia) y compensar los gastos hospitalarios derivados de la atención a pacientes de otras CC.AA (atención a desplazados con un reparto sin criterios justificados). El Fondo incluía unos 30,05 millones de euros destinados a Centros Nacionales del INSALUD-Gestión Directa que atendían a pacientes de todo el Estado por su elevado grado de especialización.

Además, el Acuerdo aprobó una financiación adicional a la prórroga del modelo 1994-1997 de 891,67 millones de euros, al aplicarse el Ahorro previsto en Incapacidad Temporal transferidos los recursos a finales de Diciembre a todas las CCAA Gestión Transferida y al INSALUD-Gestión Directa. Para 1998 se partía de un gasto presupuestado inicial de 22.354,02 millones de euros que, junto con 240,4 millones de euros adicionales por aumento en garantía de cobertura y Ahorro por Incapacidad Laboral Temporal, se distribuía por población protegida.

Asimismo, existía otro programa de racionalización del gasto como era el de Ahorro en relación al Gasto Farmacéutico consolidando el hecho de que el ahorro alcanzado en el SNS revirtiese en el propio sistema, al contrario del modelo 1994-1997 (Cuadro 4.4).

CUADRO 4.4. PRESUPUESTO INICIAL Y CAPACIDAD TOTAL DE FINANCIACION DEL INSALUD EN 1998
(en millones de euros corrientes)

Administrac. Gestora	Proyecto Ppto 1998 (1)	Garantía cobertura (2)	Modulación financiera (3)	Asistencia hospitalar (4)	Presupuesto inicial 1998 INSALUD (5)	Fondo Incapacidad Laboral Temporal (6)	Reducción gasto en farmacia (7)	Capacidad total de financiac (8)
Andalucía	3.935	11	0	74	4.125	43	71	4.239
Canarias	864	2	0	7	918	10	16	944
Cataluña	3.550	9	45	140	3.715	38	62	3.815
C.Valenciana	2.227	6	0	20	2.312	25	40	2.376
Galicia	1.561	4	22	9	1.581	17	27	1.625
Navarra	304	1	5	1	307	3	5	316
País Vasco	1.230	3	18	3	1.242	13	21	1.276
Insalud GT	13.671	37	90	255	14.200	149	241	14.590
Insalud GD	8.621	23	33	63	8.743	92	149	8.984
Total	22.292	60	123	318	22.943	240	391	23.574

Notas: (1) + (Anticipo nuevo modelo) + (2) + (6) = fondo general, (3) + (4) = fondos específicos, (1) + (Anticipo nuevo modelo) + (2) + (3) + (4) = (5) = Presupuesto inicial INSALUD 1998, (5) + (6) + (7) = (8) = Capacidad total de financiación del sistema
FUENTE: Elaboración propia en base a Memoria del INSALUD y M^o de Sanidad y Consumo (1998)

En resumen, lo que se observa es que la subjetividad que impregnaba el sistema de financiación sanitaria 1998-2001 llevaba a que la cuantía recibida por cada CCAA fuera el fruto de la negociación bilateral entre ésta y el Gobierno Central (Rey, 1998) 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.

No podría considerarse un Acuerdo como éste como “*políticamente robusto*” al fijar tres criterios de reparto diferentes para distribuir los recursos⁶², de lo que sólo puede entenderse como explícito y transparente el utilizado para el reparto de recursos del fondo general, es decir, la población protegida (Tamayo, 2001). Por ello, una vez más el Acuerdo volvía a dejar pendiente la incorporación de variables correctoras del criterio capitativo puro como las relativas al envejecimiento relativo de la población, su dispersión geográfica o el diferencial de precios relativo. Con este horizonte, se plantearon las negociaciones entre las CCAA de régimen común y el Estado para llegar a un Acuerdo sobre el nuevo modelo de financiación, aspecto éste último alcanzado finalmente en Julio de 2001 y ratificado posteriormente en Diciembre de ese mismo año. Antes de poner en contexto dicho sistema y sus repercusiones económicas, es necesario centrarse en los recursos autonómicos disponibles hasta 2001 a fin de plantearse si éstos podrían servir para financiar el gasto público objeto de estudio, es decir, la sanidad.

⁶² Parece ser más el resultado de la negociación política y de la posición privilegiada de alguna CCAA para manejar las variables según criterios de oportunidad y de estrategia política dentro de esa negociación.

3. La financiación reciente de las Comunidades Autónomas: Análisis económico de las fuentes tributarias (1992-1996) y (1997-2001)

El contexto de restricciones presupuestarias actualmente imperante en la UE, los marcos competenciales, las restricciones al manejo impositivo derivadas del propio proceso de armonización fiscal en Europa y el entramado legal diseñado en la Constitución y en la LOFCA son los condicionantes principales de los que han venido siendo los últimos Acuerdos de financiación autonómica común en donde su marco económico, dada su relevancia a la hora de ser capaces de evaluar su capacidad para poder integrar en ella la financiación de la gestión de los recursos sanitarios, va a ser la cuestión a lo que se dedica este epígrafe. Para ello, se realiza un breve análisis de los principales efectos económicos de los dos anteriores sistemas generales de financiación autonómica correspondientes a los períodos de 1992-1996 y 1997-2001, si bien de éste último en el año 2002 sólo se ha hecho pública la liquidación definitiva hasta el año 1998 así como el avance de la del año 1999 que proporciona el Ministerio de Hacienda.

El estudio se realiza para todas las CCAA, si bien hay que mencionar las limitaciones que tiene el incluir en las comparaciones tanto el caso de las forales, dado su régimen fiscal, como el de Canarias, dadas las peculiaridades de su esquema propio de imposición indirecta. Además, a partir de 1997 y hasta el año 2001 no todas ellas se han venido financiando a partir del modelo que comprendía ese período y, en concreto, Andalucía, Extremadura y Castilla-La Mancha han seguido financiándose en función de las reglas del modelo anterior 1992-1996⁶³.

A nuestro juicio, la trayectoria del sistema de financiación de financiación autonómica⁶⁴ se ha venido caracterizando desde hace años por su continua y siempre preocupante inestabilidad. Así, este sistema general ha seguido una trayectoria paralela a la del sistema de financiación sanitaria y ha sufrido modificaciones importantes desde el año 1987, y en especial, en la década de los noventa (en los años 1992, 1993, 1994, 1997 y en 1998), hasta la última reforma de 2001 y de la que monográficamente se ocupa especialmente el siguiente capítulo. Como ya es conocido, en España se ha producido desde una perspectiva histórica en un período de tiempo relativamente corto un importante proceso de descentralización del sector público. En concreto, en el año 2001 la participación del Gobierno Central en el gasto público total consolidado era de un 59,90% del total en beneficio, sobre todo, de los Gobiernos Autonómicos que representaban un 27,50%, si bien en el 2002 al culminarse el traspaso de competencias de sanidad las CCAA alcanzan ya un porcentaje de más del 40% situándose en niveles similares a los que ya tienen países de estructura federal como Australia y Canadá (Cuadro 4.5).

⁶³ Dónde la principal novedad fue la aplicación de los Escenarios de Consolidación Presupuestaria (ECP), como primer instrumento de coordinación del endeudamiento estatal y autonómico.

⁶⁴ Vid., Fernández Gómez (1993), Sánchez Sánchez (1997) y García Rico (1999).

CUADRO 4.5. EVOLUCION DE LA ESTRUCTURA DEL SECTOR PUBLICO POR NIVELES DE GOBIERNO EN ESPAÑA (en % del gasto del sector público total consolidado)

Concepto	1985	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Nivel Central	76,60	67,50	70,18	66,50	65,50	64,20	62,30	60,50	59,90
Nivel Autonómico	12,60	19,20	19,34	22,20	22,70	23,40	24,80	26,90	27,50
Nivel Local	12,80	13,30	10,48	11,30	11,80	12,40	12,90	12,60	12,60
Total	100,00								

FUENTE: "Informe sobre Financiación de las Comunidades Autónomas" (varios años), Ministerio de Hacienda e IGAE

Dicho grado de descentralización presupuestaria alcanzado en nuestro país es ya comparable al de los países representativos del federalismo fiscal (Alemania, Austria, Australia, Canadá, Estados Unidos y Suiza como federales), en los que también existe un nivel de Gobierno intermedio con capacidad de autogobierno político, y al de otros europeos (Francia, Holanda, Irlanda, Italia, Luxemburgo y Reino Unido como unitarios). Por tanto, al proceso autonómico, según la experiencia comparada, le quedaría ahora completarse totalmente con una segunda descentralización desde el nivel intermedio hacia el local (Cuadro 4.6).

CUADRO 4.6. EVOLUCION DE LA ESTRUCTURA DEL SECTOR PUBLICO POR NIVELES DE GOBIERNO EN LA EXPERIENCIA COMPARADA (en % del gasto del sector público total consolidado)

Concepto	Alemania (1997)	Austria (1997)	Australia (1996)	Canadá (1995)	EEUU (1997)	Suiza (1997)	Federales (1997)	Francia (1997)	España (1997)	Holanda (1997)	Irlanda (1996)	Italia (1997)	Luxem (1997)	R.Unido (1997)	Unitarios (1997)
Nivel Central	62,70	67,20	53,50	40,50	53,50	50,40	54,90	81,60	65,50	72,70	73,80	75,20	84,90	74,10	75,70
Nivel intermed	20,50	17,00	40,60	41,40	21,60	28,70	25,90	0	22,70	0	0	0	0	0	0
Nivel Local	16,80	15,80	5,90	18,10	24,00	20,90	19,30	18,40	11,80	27,30	26,20	24,80	15,10	25,90	21,20
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

FUENTE: Government Finance Statistics Yearbook (varios años), International Monetary Fund.

Sin embargo, puede observarse según el Cuadro 4.7 que en nuestro país el grado de descentralización de este gasto público no ha ido acompañado de progresos similares por el lado del sistema de financiación. Los ingresos de las CCAA en el año 2001 (9,00%) seguían dependiendo en exceso de las subvenciones procedentes del Gobierno Central, que es el que tenía la mayor parte de la gestión de los recursos públicos (81,00%), no garantizándose una igualdad entre los ingresos de las CCAA para hacer frente a las responsabilidades atribuidas.

CUADRO 4.7. EVOLUCION DE LA ESTRUCTURA DEL SECTOR PUBLICO POR NIVELES DE GOBIERNO EN ESPAÑA (en % de los recursos consolidados del sector público total)

Concepto	1985	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Nivel Central	85,10	82,50	83,70	83,80	81,30	80,30	80,10	80,50	81,00
Nivel Autonómico	4,90	6,00	6,43	6,50	8,60	9,20	9,50	9,10	9,00
Nivel Local	10,00	11,50	9,87	9,70	10,10	10,50	10,40	10,40	10,00
Total	100,00								

FUENTE: "Informe sobre Financiación de las Comunidades Autónomas" (varios años), Ministerio de Hacienda e IGAE.

Así, cuando se examina la experiencia comparada desde esta perspectiva, nuestro país depende, en mayor medida que en otras partes, de las subvenciones procedentes del Gobierno Central siendo muy inferior el peso de los ingresos tributarios procedentes directamente de los impuestos pagados por los ciudadanos residentes en la jurisdicción, sobre todo si nos comparamos con países de corte federal como Canadá y Alemania (Cuadro 4.8).

CUADRO 4.8. EVOLUCION DE LA ESTRUCTURA DEL SECTOR PUBLICO POR NIVELES DE GOBIERNO EN LA EXPERIENCIA COMPARADA EN 1998 (en % de los recursos consolidados del sector público total)

Concepto	Alemania	Austria	Australia	Canadá	EEUU	Suiza	Federales	Francia	España	Holanda	Irlanda	Italia	Luxem	R.Unido	Unitarios
Nivel Central	70,20	80,20	68,00	54,70	68,80	65,80	67,90	89,60	80,30	97,00	98,00	88,30	93,80	96,20	91,90
Nivel intermedio	21,90	9,30	28,00	36,30	19,20	19,50	21,20	n.d.	9,20	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Nivel Local	7,80	10,20	4,00	9,00	12,00	14,70	10,80	10,40	10,50	3,00	2,00	11,70	6,20	3,80	6,80
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

FUENTE: Government Finance Statistics Yearbook (varios años), International Monetary Fund.

En cuanto a las líneas fundamentales establecidas en el modelo de financiación inmediatamente anterior al actual (1997-2001) es necesario señalar que se adecuó relativamente a algunos de los criterios propuestos por el “*Libro Blanco*” de 1995, sobre todo al optar por uno de los criterios de solidaridad allí propuestos (igualdad de gasto en función del coste unitario de prestación de los servicios de cada CCAA) y por recurrir a la fórmula de “*tributos compartidos*” (IRPF principal impuesto a compartir), siendo sus principales características las siguientes:

1. *Cesión parcial del IRPF a las CCAA o Tarifa autonómica del IRPF (TIR)* igual al 15% para todas las CCAA, sobre el que además tenían potestades normativas en materia de tarifas, incluida la fijación del mínimo exento, y en algunas deducciones de la cuota.

2. *Concesión de facultades normativas sobre la regulación de tributos cedidos.*

3. Continuaba teniendo en cuenta las *mismas variables y ponderaciones* existentes en 1992-1996 para determinar el montante global de la financiación básica del que por minoración de la cesión del IRPF, de los tributos cedidos y, en su caso, de la participación territorializada en el IRPF (*PIR*, Porcentaje de la recaudación territorializada del IRPF, en principio, del 15% en tanto no se hubiera transferido la competencia educativa (Septiembre de 1999), momento en el que se elevaba al 30%), se obtenía la Participación de las CCAA en los Ingresos Generales del Estado (*PIG* variable fijado anualmente en las respectivas Comisiones Mixtas). Además, existían las diferentes garantías del modelo que determinaban la financiación total percibida por cada CCAA aceptante del sistema en 1997.

4. Se les concedía a las CCAA la *potestad de participar* en la dirección y control de la Agencia Estatal Tributaria dentro de su territorio, *en lo relacionado con la gestión del IRPF.*

5. Cuando de la aplicación del modelo alguna CCAA no garantizará el nivel medio de servicios públicos fundamentales se le asignaban *Fondos de nivelación* necesarios detraídos de los PGE (art. 15 LOFCA), auténtica novedad desde 1997 si bien no exenta de problemas.

6. Para garantizar una evolución y distribución equitativa de los recursos financieros que cumplan el compromiso de suficiencia autonómica se ponían en práctica determinados *instrumentos de solidaridad* que no deben confundirse con el Fondo de nivelación.

7. La auténtica novedad de este quinquenio consistía en la división de la anterior Participación en los Ingresos del Estado en tres componentes: *la TIR, la PIR y la PIG*.

Por tanto, los recursos a disposición de la CCAA se ajustaban a lo siguiente:

$$FT_i = RTG_i + TR_i \quad [3.1.1]$$

donde:

FT_i : Financiación Total de la que dispondrá la CCAA “*i-ésima*”

RTG_i : Recursos Totales directamente gestionados por esa CCAA “*i-ésima*” que se componen, a su vez, de la suma de fondos derivados de los Tributos Cedidos (TC_i), más los procedentes de las Tasas Afectas a los servicios traspasados (TA_i)

TR_i : Transferencias que recibe del Estado esa CCAA “*i-ésima*” (PIG_i)

Por ello, esta expresión [3.1.1] puede formularse de un modo más explícito tal como:

$$FT_i = TC_i + TA_i + PIG_i \quad [3.1.2]$$

La diferencia entre el modelo 1992-1996, en su formulación inicial, con relación al de 1997-2001 residía en que en éste último los recursos asignados de forma territorializada a cada CCAA (sean o no directamente gestionados por ella) se veían incrementados con: la Participación, en general de un 15%, en el IRPF que el Estado recaudaba en cada CCAA en base a la reforma del modelo de financiación llevada a cabo en 1993 (*PIR*) y los derivados del tramo de la Tarifa autonómica del IRPF Estatal que, inicialmente, se cifraban en el 15% de la cuota líquida imputable a sus residentes (*TIR*), hasta que todas las CCAA dispusieran de las transferencias de gasto en educación no universitaria (2000) en cuyo momento pasaría a ser del 30%, si bien no se aplicó esta parte del Acuerdo. Así, el IRPF se dividía de modo que la Administración Central tenía una tarifa y las CCAA otra que equivaldría al 15%. De aquí que la evolución seguida por la financiación de las CCAA de régimen común se ajustaba a la implantación de esta serie de modificaciones:

$$\text{Modelo de Financiación 1992-1996: } FT_i = TC_i + TA_i + PIG_i \quad [3.1.2]$$

$$\text{Reforma de Octubre de 1993: } FT_i = TC_i + TA_i + PIR_i + PIG_i \quad [3.1.3]$$

$$\text{Modelo de financiación 1997-2001: } FT_i = TC_i + TA_i + PIR_i + TIR_i + PIG_i \quad [3.1.4.]$$

Ello no tiene porque suponer que las CCAA vieses incrementados sus recursos financieros con los ingresos proporcionados por la TIR, al menos en su primer año de aplicación, ya que se reconocía la *neutralidad financiera del año base 1996*, es decir, que el volumen de recursos de esa CCAA “*i-ésima*” obtenidos a partir de la expresión [3.1.2] por la que se regía el sistema 1992-1996 corregido por la introducción de la *PIR* tenían que ser los mismos que los obtenidos a través de la aplicación de [3.1.4]:

$$TC_i + TA_i + PIR_i + PIG_{i(1996)} = TC_i + TA_i + PIR_i + TIR_i + PIG_{i(1997)}$$

De donde resulta muy sencillo deducir que: $PIG_{i(1996)} = TIR_i + PIG_{i(1997)}$

Y que su determinación se ajustaría por sustracción de términos en base a este procedimiento: $FT_i - (TC_i + TA_i + PIR_i + TIR_i) = PIG_{i(1997)}$ [3.1.5]

Esto daría a entender que a partir del modelo 1997-2001 la *PIG* se convertía en “*un mecanismo de cierre*”, al representar el instrumento para hacer efectivo el principio de neutralidad frente al papel abierto que tenía en el sistema 1992-1996 en el que se determinaba a partir de una serie de variables distributivas con distinta ponderación según que la CCAA fuera del artículo 143 o 151 de la Constitución tales como: población, nº unidades administrativas, dispersión poblacional, superficie, e insularidad y variables redistributivas (pobreza y esfuerzo fiscal relativos) (Ezquiaga y García, 1997). En todo caso, las variables y ponderaciones que se utilizaban eran las mismas que las del período 1992-1996 por lo que en las del art. 151 la mayor parte de la financiación se repartía por población (94%) mientras que en las del art. 143 se distribuía más uniformemente entre todas las variables (población un 64%, unidades administrativas un 17% o superficie un 16,6%).

Una vez explicados los mecanismos básicos de funcionamiento del sistema 1997-2001, se observa cómo un hecho acontecido al año siguiente de ponerse en marcha (Reforma del IRPF en 1998) afectaba a muchas de las fuentes de financiación de las regiones. Esto es evidente ya que una Reforma del IRPF Estatal al cederlo parcialmente mediante la fórmula concreta explicada anteriormente no podía hacerse manteniendo al margen a las Haciendas autonómicas de sus efectos. Paradójicamente, el modelo 1997-2001 no sólo eligió una fórmula que suponía una mayor incidencia de los cambios en el IRPF Estatal sobre el autonómico sino que lo hacía previendo desde el principio que tales cambios iban a producirse, ya que textualmente se argumentaba que “*las reformas tributarias proyectadas para la presente legislatura contemplan reducir la tributación por el IRPF*” (CPFF, 1996).

Los efectos de dicha Reforma sobre el sistema de financiación autonómico (reducción de tarifas y cambio en la Base imponible que reducían la Base Liquidable), eran los siguientes⁶⁵:

a) Aunque la tarifa autonómica no variase al modificarse la estatal automáticamente cambiaba la participación de las CCAA dentro de la recaudación total (en 1999 el peso de los tipos autonómicos sobre los totales (15% en 1998) fluctuaba según tramo de la tarifa (reducidos a seis) entre el 15,38% y el 17,5%, por lo que para las entregas a cuenta por tramo autonómico del IRPF se utilizaba un 16,5%), existiendo dos efectos contrapuestos que suponían un incremento (el de la tarifa autonómica) y una pérdida de recaudación (afectación a componentes de la base imponible) a la vez. El mayor peso de una u otra daba el resultado final.

b) La PIG que le correspondía a cada CCAA, como se ha explicado, se dividía en una participación directa en el 15% de la cuota líquida del IRPF, (que, en virtud de la Reforma de 1998, si la cuota líquida estatal se llegaba a reducir los ingresos derivados de la participación se reducirían también, ya que el porcentaje de participación era el mismo) y una participación en el resto de tributos no cedidos del Estado (que, con la Reforma de 1998, al reducirse la recaudación estatal del IRPF disminuía el ITAE por lo que si el PIG de cada CCAA no variaba automáticamente sus ingresos se verían reducidos, si bien había que observar el efecto que la mayor renta disponible tendría sobre el consumo, el ahorro y el empleo), además que el PIG se vería influido en su evolución anual al depender éste del crecimiento del ITAE que era incierto. Así, el PIG crecería como mínimo en la misma proporción que el PIB y no como el ITAE.

c) Respecto al Fondo de Garantía del Sistema era muy probable que se utilizasen sus cláusulas de salvaguardia que suponían otorgar una subvención a toda CCAA cuyos recursos derivados del IRPF evolucionasen en menor cuantía que el PIB a lo largo del quinquenio.

El previsible efecto negativo en los ingresos de las CCAA por la Reforma del IRPF planteaba así la justificación de algún tipo de compensación económica⁶⁶. De todas formas, el camino seguido al final fue aumentar considerablemente la cesión ya que la Reforma del IRPF no era la única modificación que se hacía al modelo 1997-2001. A ésta, se añadiría la Reforma del sistema en virtud del Acuerdo del CPFF de Abril de 1998, en el que se mitigaban los posibles efectos de la reforma del IRPF sobre la financiación autonómica.

⁶⁵ Tal y como se expone en Fernández Gómez (1998), Corona y Puy (1998), Ezquiaga y García (1998), Monasterio (1998b y 2000a), López Laborda (1999) y Pedraja (2000), entre otros.

⁶⁶ Sobre ello se habían mantenido posturas diferentes. Así, López Laborda (1999) la rechazaba sobre la base de que las CCAA conocían la reforma, según se recoge en el Acuerdo de 1996, estableciéndose una garantía específica para abordar el posible problema ("*Límite mínimo de evolución de los recursos del IRPF*"). Por su parte, Monasterio (1998b) sugería que la compensación podría justificarse en una interpretación amplia del artículo 13 de la LOFCA, considerando a la modificación del IRPF un supuesto de reforma sustancial del sistema tributario del Estado. En cualquier caso, debería actuarse sobre el porcentaje de la PIG.

Básicamente, se acordó que las doce CCAA con competencias autonómicas sobre el IRPF ratificaban su apoyo a la Reforma, que la bajada afectaría únicamente a la tarifa estatal sin que variase la autonómica cargando el Estado con el peso de la reforma con independencia de que la recaudación estatal del IRPF creciese por encima o por debajo del PIB, que el Fondo de Garantía proporcionará una subvención a aquellas CCAA cuyos recursos derivados del IRPF evolucionasen en menor cuantía que el PIB a lo largo del quinquenio (“*Garantía de neutralidad financiera del IRPF*”, dónde ese mínimo garantizado coincidía con el techo del quinquenio 1992-1996 y las nuevas cautelas se aplicaron desde 1997) y que la PIG crecería como mínimo en la misma proporción que el PIB y no como el ITAE.

Así, este Acuerdo de 1998 hacía que la Reforma del IRPF no afectase en gran medida al sistema de financiación autonómico en cuanto a ingresos (garantizando unos mínimos e independientes de la evolución de los recursos autónomos), no establecía límites máximos a los recursos que se obtenían e incentivaba la utilización de capacidad normativa de las CCAA⁶⁷. Por tanto, la garantía de ingresos actuaba como un “*colchón*” para las regiones que les incentivaba a utilizar su capacidad normativa incrementando sus impuestos a cambio de mayores servicios o bien a reducirlos para aumentar su renta sin que sus servicios fueran menores⁶⁸. De todos modos, si bien la filosofía subyacente a la reforma era la de potenciar la corresponsabilidad fiscal regional, los estrechos límites en las que las CCAA podían ejercitar sus competencias hacía que se limitasen al máximo los efectos que generaría un proceso de competencia fiscal.

Hasta aquí la descripción del modelo de financiación autonómica correspondiente al quinquenio 1997-2001 en contraposición al sistema que le había precedido. A continuación, se aborda el análisis empírico del funcionamiento de los modelos 1997-2001 y 1992-1996 (Cuadro 4.9) basados en dos elementos fundamentales: Financiación Incondicionada (libertad de disposición en orden a políticas de gasto) y Condicionada (finalidad específica). También, se distinguen los recursos proporcionados por el Estado y los de las CCAA por su propia gestión.

⁶⁷ Si bien esto no podía ser aprovechado por las CCAA fuera del sistema que no verían afectados sus recursos, al entrar en la garantía de igualar su crecimiento al del PIB, pero sí en cuanto al uso de sus figuras.

⁶⁸ La información fiscal disponible hasta el último año del modelo (2001) indica que han optado por la segunda opción, lo cual no es un claro indicativo de una mayor corresponsabilidad fiscal ya que era el Estado quien soportaba las garantías financieras.

CUADRO 4.9. EVOLUCION DE LA FINANCIACION AUTONOMICA TOTAL (millones de euros corrientes)

Concepto	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	Media 92-96	Media 97-98
País Vasco	3.416,69	3.820,05	3.466,48	3.765,29	4.187,90	4.185,27	4.595,49	3.731,28	4.390,38
Cataluña	7.915,19	7.974,92	8.156,49	10.037,70	10.384,15	10.592,95	12.397,50	8.893,69	11.495,22
Galicia	3.918,45	3.657,25	3.710,05	4.515,42	4.678,44	4.925,51	5.315,09	4.095,92	5.120,30
Andalucía	9.110,38	9.158,76	9.549,41	10.860,29	11.403,25	13.538,94	13.446,57	10.016,42	13.492,75
Asturias	513,20	583,71	503,30	561,84	629,75	690,24	800,92	558,36	745,58
Cantabria	193,04	214,22	350,96	227,74	274,64	417,49	485,38	252,12	451,43
La Rioja	152,32	192,98	140,55	146,97	161,99	191,54	217,35	158,96	204,45
Murcia	480,84	466,03	359,34	425,44	500,02	648,13	656,25	446,34	652,19
C.Valenciana	4.777,69	5.631,92	4.997,25	5.681,51	5.802,74	6.231,56	7.332,49	5.378,22	6.782,03
Aragón	553,22	497,66	602,07	776,00	766,99	1.126,66	1.124,69	639,19	1.125,67
C.L Mancha	1.056,88	1.520,28	1.531,71	1.744,64	1.426,83	1.933,70	2.070,32	1.456,07	2.002,01
Canarias	1.450,86	1.643,19	1.909,69	2.487,39	2.676,86	2.804,90	2.990,30	2.033,60	2.897,60
Navarra	1.068,22	842,22	1.046,18	1.330,16	1.320,83	1.488,27	1.692,14	1.121,52	1.590,20
Extremadura	675,55	723,56	493,63	660,98	1.012,47	1.112,16	1.280,02	713,24	1.196,09
Baleares	242,67	522,00	232,30	296,06	315,04	412,32	759,36	321,61	585,84
Madrid	1.767,73	1.326,44	1.329,35	1.755,53	2.195,26	2.588,71	2.881,59	1.674,86	2.735,15
C.León	1.096,95	1.603,91	1.561,06	1.951,46	1.779,55	2.237,60	2.479,92	1.598,59	2.358,76
CA art. 143	6.732,40	7.650,78	7.104,27	8.546,66	9.062,54	11.358,55	12.755,80	7.819,33	12.057,17
CA art. 151	31.657,48	32.728,31	32.835,54	38.677,77	40.454,16	43.767,39	47.769,58	35.270,65	45.768,48
Total	38.389,88	40.379,10	39.939,81	47.224,43	49.516,70	55.125,94	60.525,37	43.089,98	57.825,66

FUENTE: Elaboración propia en base a "Informe sobre Financiación de las CCAA" (varios años), BADESPE, Mº de Hacienda.

La principal conclusión que se obtiene al analizar tales estadísticas es que la financiación autonómica global no ha entrado en una radical crisis en la década de los noventa y, en particular, en el período 1997-1998, ya que como se comprobará se han aplicado las Garantías aprobadas en el modelo, lo que ha supuesto que la financiación total haya podido aumentar en 1992-1998 en unos 22.135,48 millones de euros, representando en 1998 un crecimiento del 9,79% respecto a 1997 (por encima del crecimiento medio en 1992-1996). Además, respecto a la composición de la financiación autonómica en valores absolutos y en porcentajes sobre la financiación global respectivamente, se concluye con bastante evidencia que la financiación autonómica en 1992 se fundamentaba en un sistema de Transferencias desde la Administración Central (69,49% del total de financiación), seguido por las Participaciones territorializadas (Tributos Cedidos) con un 10,73%, y los Tributos propios (Recursos propios, tasas y tributos concertados) con el 19,78%. Dicha situación se mantiene relativamente en 1998 dónde la financiación autonómica se basaba en Transferencias desde la Administración Central (63,25% del total de financiación), en Participaciones territorializadas (Tributos Cedidos, PIR y TIR) con un 22,65% y en Tributos propios (Recursos propios, tasas y tributos concertados) con el 14,1% (Cuadro 4.10). Por tanto, en España, por lo menos hasta el año 1998 y probablemente hasta el año 2002, se seguía teniendo una situación caracterizada por el fuerte peso de las subvenciones en la financiación de los gobiernos regionales, a la inversa de los países federales.

Como se observa, en el equilibrio entre los objetivos de autonomía e igualdad, el sistema de financiación autonómica parece haberse situado en España relativamente inclinado por el lado de la igualdad, ya que mientras que el nivel de autonomía y de responsabilidad fiscal era a la luz de la experiencia comparada claramente insuficiente el sistema proporcionaba un importante grado de igualación⁶⁹. Parece entonces haber sido más importante hasta 2002 el no debilitar la solidaridad interterritorial que la voluntad de garantizar que los gobiernos autonómicos gozarán de un nivel de autonomía financiera elevado por lo que el Gobierno Central se ha reservado la decisión final de la financiación autonómica mediante los sistemas de subvenciones y la Limitación de las responsabilidades normativas y de administración tributaria en los ingresos tributarios autonómicos, suponiendo así una importante dependencia financiera. Los mecanismos de subvenciones existentes son pues de dos tipos: unos persiguen un objetivo claramente igualitario de los ingresos por habitante entre las CCAA (la subvención de carácter general y la destinada a la financiación de la sanidad), mientras que otros están exclusivamente destinados a las CCAA más pobres (el Fondo de Compensación Interterritorial y los Fondos de la Unión Europea). El resultado de los dos es, pues, fuertemente redistributivo.

CUADRO 4.10. EVOLUCION DE LA FINANCIACION AUTONOMICA TOTAL (millones de euros corrientes)

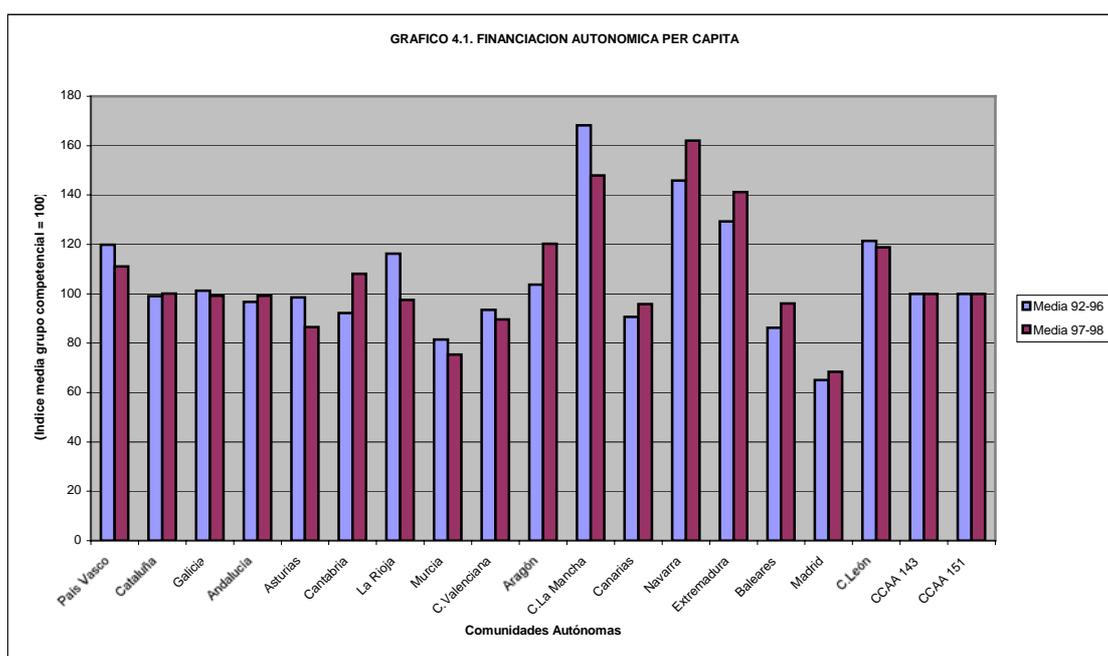
Concepto	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	Media 92-96	Media 97-98
Financiación Incondicionada	17.472,12	18.321,91	20.441,31	21.390,94	23.850,45	26.435,40	29.470,81	20.295,35	27.953,11
PIG	9.112,26	10.133,75	10.866,52	11.780,47	12.640,87	8.186,29	9.065,37	10.906,77	8.625,83
PIR	0,00	0,00	30,97	79,87	137,83	2.439,25	2.729,98	49,73	2.584,61
Fondo Garantía	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	191,59	130,92	0,00	161,26
Coste efectivo	60,55	44,72	6,11	82,61	904,55	62,63	26,70	219,71	44,66
Par. Pro Ing Est	429,93	452,71	176,88	192,16	201,51	212,86	223,22	290,64	218,04
TIR	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3.899,98	4.166,15	0,00	4.033,06
T. cedidos	4.118,74	3.958,52	4.738,08	4.743,92	4.889,91	5.939,92	6.818,01	4.489,84	6.378,97
Tasas afec serv	357,15	382,94	852,04	422,65	444,99	469,28	525,85	491,95	497,57
Trib. Concertad	3.393,48	3.349,27	3.770,10	4.089,27	4.630,79	5.033,60	5.793,19	3.846,58	5.413,39
Financiación Condicionada	17.077,38	17.495,02	19.498,50	22.196,83	22.050,01	25.784,06	28.520,61	19.663,55	27.152,33
Trf sani- s.socia	9.193,91	9.829,20	11.123,31	11.600,46	12.434,60	12.074,35	13.815,66	10.836,30	12.945,01
Otras tran sec32	0,00	35,40	53,85	84,26	30,47	195,95	109,91	40,79	152,93
Contr programa	251,28	200,58	143,10	127,16	130,24	164,39	256,80	170,47	210,60
FCI	774,37	774,37	774,37	774,37	774,37	800,82	818,85	774,37	809,83
Subvenc. estatal	1.843,26	829,73	677,60	831,61	759,77	894,24	1.212,36	988,39	1.053,30
Conven invers	650,23	435,31	388,66	346,08	527,20	560,62	619,96	469,50	590,29
Partic CCLL	3.325,49	3.518,07	3.926,79	4.253,98	4.306,27	4.532,43	4.787,17	3.866,12	4.659,80
Ayudas UE	1.038,85	1.872,35	2.410,81	4.178,91	3.087,26	6.020,34	6.899,90	2.517,64	6.460,12
Recur propios	3.840,38	4.562,16	3.699,57	3.640,29	3.616,07	2.906,49	2.533,95	3.871,69	2.720,22
Fin incondicio y condicionada	34.549,50	35.816,93	39.939,81	43.587,77	45.900,64	52.219,45	57.991,42	39.958,93	55.105,44
Total	38.389,88	40.379,10	43.639,37	47.228,06	49.516,70	55.125,94	60.525,37	43.830,62	57.825,66

Nota: Existen limitaciones al comparar Navarra y País Vasco (régimen foral) e incluso, en menor medida, Canarias (régimen fiscal especial) con el resto de CCAA comunes. No se ha considerado a Ceuta y Melilla.

FUENTE: Elaboración propia en base a "Informe sobre Financiación de las CCAA" (varios años), BADESPE, Mº Hacienda.

⁶⁹ Si se deja al margen, como señala Castells (2000), las haciendas forales (Navarra y P.Vasco).

En este sentido, según el Gráfico 4.1 el sistema de financiación no produce desigualdades apreciables entre las CCAA que aplican el sistema general (no foral). Así, en media en 1992-1996 entre las del artículo 151, la relación entre la financiación por habitante (índice media grupo competencial=100) oscilaba entre 101,20 (Galicia) y 93,45 (C.Valenciana) (ó 90,59 si se consideran ingresos específicos canarios). Las diferencias eran algo más acusadas entre las del artículo 143 al oscilar entre 168,24 (Castilla-La Mancha) y 65,10 (Madrid) aunque ahí las características competenciales hacían que la igualación por habitante tenga menor sentido además de la dificultad de depurar los ingresos de los gobiernos provinciales. Por otro lado, en el primer año del modelo 1997-2001, parecen haberse reducido las disparidades y entre las del artículo 151 oscilaba entre 103,91 (Andalucía) y 86,30 (C.Valenciana). Las diferencias, aunque menores que en años anteriores, seguían siendo algo más acusadas entre las del artículo 143 oscilando entre 151,49 (Castilla-La Mancha) y 68,15 (Madrid). En el año 1998 parecen haberse seguido reduciendo las disparidades y entre las del artículo 151 oscilaban entre 103,56 (Cataluña) y 93,04 (C.Valenciana) mientras que las diferencias seguían siendo más notables entre las del artículo 143 al variar entre 144,43 (Castilla-La Mancha) y 68,55 (Madrid).



FUENTE: Elaboración propia en base a "Informe sobre Financiación de las CCAA" (varios años), BADESPE, Mº de Hacienda tomando población de derecho del Censo de 1991 para 1992-1995, según el Padrón de 1996 para 1996-1998 y según INE para 1999.

En cualquier caso, a la vista de los niveles de riqueza relativa, la nota característica es que tanto en el período 1992-1996 como en 1997-1998 no se aprecia relación significativa entre la financiación autonómica y el nivel de renta per cápita para las CCAA de régimen común, siendo la relación todavía menos significativa si se incorporan las CCAA de régimen foral ya que las CCAA más ricas no parecen tener más recursos.

El Cuadro 4.11 presenta los resultados obtenidos al estimar un modelo de regresión lineal por Mínimos Cuadrados Ordinarios (MCO) tomando como variable dependiente la Financiación total Per Cápita de las necesidades de gasto y como variable explicativa el PIB Per Cápita (PIBPC) de las CCAA comunes. Ninguno de los estadísticos obtenidos indica una relación significativa entre ambas.

CUADRO 4.11. ESTIMACION POR MCO DE LOS RECURSOS TOTALES DE FINANCIACION PER CAPITA DE LAS REGIONES

Regresor ^(a)	Parámetro (error estándar entre paréntesis)	Estadístico-T (probabilidad asociada entre paréntesis)
Constante	119,691 (19,160)	6,247 (0,000)
PIBPC ^(b) 1997-1998	-0,187 (0,204)	-0,915 (0,377)
Número de observaciones ^(c) = 15	R ² corregido = 0,012	Estadístico-F = 0,838 (0,378)

Regresor ^(a)	Parámetro (error estándar entre paréntesis)	Estadístico-T (probabilidad asociada entre paréntesis)
Constante	157,930 (21,7597)	5,032 (0,000)
PIBPC ^(b) 1992-1996	-0,567 (0,145)	-1,787 (0,256)
Número de observaciones ^(c) = 15	R ² corregido = 0,135	Estadístico-F = 3,194 (0,4235)

Acrónimos y descripción de las variables:

FINANPC: Recursos totales de Financiación Per Cápita (media grupo competencial = 100)

PIBPC: Producto Interior Bruto a precios constantes Per Cápita (total territorio común = 100).

Notas: (a) Se muestran los coeficientes de regresión y Estadísticos *T* y *F* donde entre paréntesis figura la probabilidad asociada

(b) Para el PIB se toman las cifras a precios constantes de la Contabilidad Regional de España del INE

(c) Se han considerado las 15 CCAA de régimen común no incluyendo para los cálculos a las de régimen foral.

FUENTE: Elaboración propia en base a la información expuesta anteriormente.

Existían, en cambio, diferencias muy apreciables entre la financiación por habitante de las CCAA del artículo 143 de régimen común y las CCAA forales y entre las del artículo 151 de régimen común y dichas CCAA forales, que estaban en 1998 en una proporción de 1,4310 (País Vasco) a 1 y de 2,1236 (Navarra) a 1 y en una proporción de 1,1143 (País Vasco) a 1 y de 1,6537 (Navarra) a 1 respectivamente. Estas diferencias no se justificarían económicamente ni por un mayor esfuerzo fiscal ni por atender más responsabilidades. Tampoco por razones legales o constitucionales, ya que el disponer de un sistema distinto (Concierto o Convenio) no tiene por qué suponer la no aplicación del principio de igualdad consagrado constitucionalmente.

Por tanto, el modelo hacía que las CCAA incrementasen en mayor medida los recursos de los que disponían según fueran asumiendo nuevas competencias frente al método de financiación 1992-1996 dónde crecían según el PIB nominal, excepto en 1992 que prevaleció el gasto equivalente para las del art. 151 y en el año 1993 para todas las CCAA. El juego entre los índices de evolución de los ingresos tributarios del sistema 1997-2001, especialmente los Ingresos Tributarios Ajustados Estructuralmente (ITAE) superiores al PIB, hace que las CCAA hayan tenido, en 1997-1999, un crecimiento de su financiación por encima del PIB. Además, los efectos del sistema de financiación general deben mostrarse sobre, al menos, tres aspectos⁷⁰:

⁷⁰ Haciendo abstracción de las variaciones que resulten por la competencia normativa autonómica.

1- *Suficiencia financiera*: Expresada como incremento de la financiación con respecto a la situación inicial. En conjunto, el sistema generaba un aumento de recursos importante tanto en el año 1997 como en 1998 y 1999, lo que es coherente con el Pacto de Estabilidad para la reducción del déficit y el endeudamiento suscrito con las CCAA por el que se comprometieron al objetivo de equilibrio presupuestario en el año 2002 y en los posteriores.

2- *Corresponsabilidad fiscal*: Entendida como cambio en la proporción de ingresos fiscales sobre el volumen de recursos totales. La comparación entre los dos sistemas de financiación (1992-1996 y 1997-2001), en la fase en que la tarifa autonómica representaba el 15% del IRPF, indica que la corresponsabilidad fiscal media de las CCAA (en un sentido débil tal y como se definirá más adelante) pasaba, en términos medios, del 25,74% de 1996 al 50,93% pero no en 1998 al pasar a ser del 50,85% ya que en ese año habían sido varias las CCAA las que ejercieron sus nuevas competencias tanto en tributos cedidos como en el IRPF. La corresponsabilidad fuerte (que incluye únicamente los tributos propios de las CCAA) en cambio sería mucho menor. Es evidente que el marco de garantías establecido en 1998 supuso un paso atrás en el intento de introducir mayor grado de corresponsabilidad fiscal.

3- *Solidaridad*: Este indicador serviría para mostrar hasta qué punto 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. La PIG mostraba la solidaridad y evolucionaba según los ITAE con el límite mínimo del PIB. Así, la evolución del ITAE ha sido en 1996/1997 del 11,31%, en 1998/1996 del 19,30% y en 1999/1996 del 30,21% siempre superior al PIB y a la recaudación por IRPF, lo que supone que el modelo 1997-2001 previsiblemente ha beneficiado más a las CCAA con menor capacidad fiscal y renta ya que los tramos de la TIR y de la PIR absorben menos recursos que en las CCAA de mayor renta. Lo que es cierto es que, a pesar del incremento en el esfuerzo nivelador en la financiación incondicionada en 1997-2001, la ausencia de topes máximos podía suscitar oposiciones de cara a explicar la solidaridad. De todas formas, esta conclusión institucional debe ser tomada con cautela, tal y como ya se ha mostrado, porque además del agravio en cuanto a solidaridad que existía con las tres CCAA que no aceptaron el modelo y que no podían utilizar la capacidad normativa, estaba el hecho de las diferencias apreciables entre los ingresos por habitante de las CCAA del art. 151 de régimen común y las CCAA forales. Parece entonces que la igualación entre las CCAA de régimen común se conseguía sin un mecanismo específico diseñado para esa finalidad ya que a pesar de que la subvención de la PIG se le aproximaba bastante su diseño no respondía de forma rigurosa y adecuada a este objetivo, de modo que los indicadores, sus ponderaciones y los criterios de actualización de la cuantía adolecían de defectos, que suponían situaciones de desigualdad que, aunque no eran graves, no parecían demasiado justificables.

Del análisis de los Cuadros 4.12-4.14 se desprenden entonces varias consideraciones. En primer lugar, se constata el mayor grado de suficiencia financiera en el modelo 1997-2001 respecto al de 1992-1996 si bien en España se seguía con una situación de fuerte peso de las subvenciones en la financiación regional, al contrario de los países federales, lo que ha supuesto que en esos años existiera un grado alto de dependencia financiera.

Así, en cuanto a recursos proporcionados por el Estado se observa como en el modelo del quinquenio 1997-2001 en los años 1997 y 1998 la Financiación Incondicionada ha supuesto un mayor porcentaje (47,95% y 48,69% respectivamente) que la media del período 1992-1996 (46,80%), lo que es indicativo de su mejora global. Por otro lado, en ese mismo modelo 1997-2001 en los años 1997 y 1998 la Financiación Condicionada ha supuesto también un mayor porcentaje (46,77% y 47,12% respectivamente) que la media del período 1992-1996 (45,50%), muestra de la mejora en este tipo de financiación, sobre todo, en cuanto a su evolución al alza. Tanto en un caso como en otro se ha hecho a costa de los recursos propios, ya que en los años 1997 y 1998 éstos han supuesto un menor porcentaje (5,27% y 4,18% respectivamente) que la media del período 1992-1996 (8,92%), lo que es indicativo del claro empeoramiento relativo en este tipo de financiación, sobre todo en cuanto a su clara evolución a la baja.

CUADRO 4.12. EVOLUCION DE LOS RECURSOS PROPORCIONADOS POR EL ESTADO (FINANCIACION INCONDICIONADA) A LAS COMUNIDADES AUTONOMAS (en % de la Financiación total: recursos percibidos y recursos propios)

Concepto	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	Media 92-96	Media 97-98
País Vasco	79,64	70,74	86,27	81,38	83,94	89,18	92,87	80,37	91,02
Cataluña	38,58	40,23	42,26	36,11	37,02	41,20	39,02	38,63	40,11
Galicia	37,86	43,80	45,10	39,84	40,48	42,48	42,71	41,27	42,59
Andalucía	38,41	41,81	41,77	39,39	40,60	35,99	39,56	40,39	37,77
Asturias	52,27	48,89	81,86	61,45	66,54	67,41	60,99	61,97	64,20
Cantabria	74,33	72,08	78,05	81,96	75,52	63,00	60,94	76,62	61,97
La Rioja	62,33	51,62	84,96	77,38	81,48	76,15	73,56	70,42	74,85
Murcia	43,70	48,21	78,27	69,04	72,87	61,50	67,57	61,58	64,53
C.Valencia	34,20	31,50	41,22	36,65	38,00	39,51	36,56	36,28	38,03
Aragón	54,07	61,42	56,78	45,78	55,68	45,38	48,21	54,10	46,79
C.L Mancha	38,94	28,92	32,56	29,91	40,76	33,12	33,25	33,70	33,18
Canarias	59,89	57,62	55,05	43,32	42,59	45,45	47,08	50,01	46,26
Navarra	62,99	76,87	83,00	77,11	84,51	87,48	90,15	77,22	88,81
Extremadura	40,89	40,85	68,66	54,05	41,19	40,22	36,87	47,25	38,54
Baleares	54,45	28,48	88,69	72,06	80,46	77,25	81,67	59,30	79,46
Madrid	59,34	73,26	83,43	71,05	74,44	76,36	76,40	71,78	76,38
C.León	59,58	42,74	50,06	41,90	60,09	52,24	50,40	50,14	51,32
CA art. 143	42,85	47,20	61,41	52,09	60,75	55,78	56,14	53,20	55,96
CA art. 151	44,01	44,95	48,97	43,83	45,35	45,92	46,70	45,37	46,31
Total	43,81	45,37	51,18	45,32	48,17	47,95	48,69	46,80	48,32

Nota: Existen limitaciones al comparar Navarra y País Vasco (régimen foral) e incluso, en menor medida, Canarias (régimen fiscal especial) con el resto de CCAA comunes

FUENTE: Elaboración propia en base a "Informe sobre Financiación de las Comunidades Autónomas" y Memoria de la Administración Tributaria (varios años), Ministerio de Economía y Hacienda, BADESPE, Ministerio de Hacienda

CUADRO 4.13. EVOLUCION DE LOS RECURSOS PROPORCIONADOS POR EL ESTADO (FINANCIACION CONDICIONADA) A LAS COMUNIDADES AUTONOMAS (en % de la financiación total: recursos percibidos y recursos propios)

Concepto	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	Media 92-96	Media 97-98
País Vasco	14,04	11,73	13,73	12,03	11,03	6,62	8,46	12,43	7,54
Cataluña	55,45	54,74	57,74	50,61	51,04	53,26	51,65	53,62	52,45
Galicia	51,80	54,63	54,90	54,37	54,65	53,68	54,85	54,09	54,26
Andalucía	55,92	57,73	58,23	54,84	52,93	58,15	60,57	55,78	59,36
Asturias	28,62	24,13	18,14	32,03	26,16	25,24	29,77	25,92	27,50
Cantabria	31,10	33,21	21,95	33,57	30,29	38,30	36,89	29,18	37,59
La Rioja	31,32	6,73	15,04	25,05	16,03	24,54	28,52	18,19	26,53
Murcia	26,89	19,56	21,73	23,56	24,67	24,38	30,68	23,40	27,53
C.Valencia	57,51	48,76	58,78	57,58	57,26	55,21	52,83	55,87	54,02
Aragón	17,68	17,27	43,22	51,00	27,00	43,25	49,65	32,75	46,45
C.L Mancha	49,81	48,50	67,44	68,08	55,59	65,4	64,77	58,76	65,08
Canarias	16,53	12,94	44,95	47,33	47,19	46,84	45,66	36,89	46,25
Navarra	16,61	18,49	17,00	12,47	15,85	13,52	13,76	15,80	13,64
Extremadura	30,28	29,25	31,34	48,77	49,00	57,62	60,70	38,96	59,16
Baleares	12,49	6,67	11,31	9,96	10,32	14,05	10,56	9,54	12,30
Madrid	21,36	24,11	16,57	14,98	14,49	16,59	19,01	17,90	17,80
C.León	27,25	35,88	49,94	53,72	36,89	43,52	48,86	42,02	46,19
CA art.143	24,07	29,82	38,59	42,59	32,01	38,68	40,74	33,72	39,71
CA art. 151	47,88	46,48	51,03	47,98	47,34	48,87	48,83	48,11	48,85
Total	43,71	43,33	48,82	47,01	44,53	46,77	47,12	45,50	46,94

FUENTE: Elaboración propia en base a "Informe sobre Financiación de las Comunidades Autónomas" y Memoria de la Administración Tributaria (varios años), Ministerio de Economía y Hacienda, BADESPE, Ministerio de Hacienda

CUADRO 4.14. EVOLUCION DE LOS RECURSOS PROPIOS DE LAS COMUNIDADES AUTONOMAS (en % de la Financiación total: recursos percibidos y recursos propios)

Concepto	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	Media 92-96	Media 97-98
País Vasco	6,32	17,52	8,92	6,59	5,03	4,21	-1,33	8,86	1,44
Cataluña	5,97	5,02	10,84	13,28	11,94	5,54	9,33	9,74	7,43
Galicia	10,34	1,56	9,98	5,79	4,87	3,84	2,44	6,45	3,14
Andalucía	5,67	0,46	3,15	5,76	6,46	5,87	-0,13	4,44	2,87
Asturias	19,11	26,97	8,90	6,52	7,29	7,35	9,24	13,71	8,29
Cantabria	-5,43	-5,30	-6,65	-15,5	-5,82	-1,29	2,17	-7,66	0,44
La Rioja	6,35	41,65	-0,16	-2,43	2,49	-0,69	-2,08	11,36	-1,38
Murcia	29,40	32,22	9,67	10,23	2,46	14,12	1,75	17,12	7,93
C.Valencia	8,28	19,74	10,87	5,77	4,74	5,28	10,61	9,87	7,94
Aragón	28,25	21,3	20,32	3,22	17,32	11,37	2,14	16,97	6,75
C.L Mancha	11,25	22,58	4,41	2,01	3,66	1,47	1,98	8,47	1,72
Canarias	23,57	29,44	16,81	9,35	10,22	7,71	7,26	16,25	7,48
Navarra	20,41	4,64	19,26	10,42	-0,36	-1,01	-3,91	10,57	-2,46
Extremadura	28,82	29,89	15,51	-1,91	9,81	2,16	2,43	16,10	2,29
Baleares	33,06	64,84	23,07	17,99	9,23	8,70	7,78	34,49	8,24
Madrid	19,30	2,62	21,45	13,97	11,07	7,06	4,59	13,72	5,82
C.León	13,17	21,37	6,89	4,38	3,02	4,24	0,75	9,18	2,49
CA art. 143	16,78	22,98	10,82	5,53	7,24	5,54	3,12	12,24	4,33
CA art. 151	8,10	8,57	8,92	8,19	7,31	5,20	4,47	8,18	4,83
Total	9,63	11,29	9,26	7,71	7,30	5,27	4,19	8,92	4,73

FUENTE: Elaboración propia en base a "Informe sobre Financiación de las Comunidades Autónomas" y Memoria de la Administración Tributaria (varios años), Ministerio de Economía y Hacienda, BADESPE, Ministerio de Hacienda.

Al examinar así las vías por las que han transitado los dos anteriores sistemas de financiación al actual, es necesario tener en cuenta las diferentes fuentes de financiación y el sistema de transferencias, de ahí que a continuación se haga una breve revisión de cada una de ellas tratando de determinar los resultados obtenidos en cada una.

3.1 Estructura de descentralización fiscal

Tal y como se ha explicado anteriormente, la estructura del modelo de financiación regional 1997-2001 frente al anterior relativo al período 1992-1996 la configuraban los Tributos cedidos y la Cesión parcial del IRPF. Además de ello existían, aunque en un porcentaje menor, Tributos propios y Recargos sobre impuestos estatales según CCAA.

3.1.1. Los tributos cedidos

Constituyen el conjunto de figuras tributarias gestionadas por las CCAA y tanto en el modelo 1992-1996 como en el 1997-2001 seguían siendo los mismos, si bien en el año 1997 se les otorgó a las CCAA competencia normativa sobre ellos (con ciertos límites). Así, los artículos 4, 10 y 11 de la LOFCA establecían cuáles pueden ser las figuras tributarias objeto de cesión y señalaban sus líneas generales, por lo que en el modelo 1997-2001 los tributos cedidos eran los Impuestos sobre el Patrimonio (IP), sobre Transmisiones Patrimoniales y Actos Jurídicos Documentados (ITPAJD), sobre Sucesiones y Donaciones (ISD) y las Tasas sobre el Juego (TJ) además de las Tasas Afectas a los servicios traspasados (TA), permitiendo así vincular decisiones propias de las CCAA sobre las prestaciones o los servicios a mayores ingresos por la vía de una mayor recaudación fiscal. Hasta el año 1996 la cesión alcanzaba solamente a su recaudación y a su gestión pero a partir de ese año se amplió dejando en manos de las CCAA determinadas competencias normativas sobre estos tributos, recogidas en sus aspectos esenciales en el Acuerdo de financiación y desarrolladas posteriormente en la Ley de Cesión de Tributos tales como el control del tipo impositivo o la tarifa y el establecimiento de un mínimo exento (salvo en los tributos que gravan el juego, dónde la cesión de facultades es más amplia sólo quedando fuera de la cesión los aspectos relativos al hecho imponible y al sujeto pasivo), la fijación de algunas reducciones e incluso, en el caso de la tasa sobre el juego, la determinación de las exenciones y de la base imponible⁷¹.

⁷¹ Por tanto, la cesión pasó de ser una mera transferencia de recursos a convertirse en una verdadera fuente autónoma de financiación, si bien los mayores temores sobre la neutralidad *ex-ante* de la ampliación de las cesiones tributarias se centran en sus posibles efectos sobre las CCAA menos desarrolladas a raíz del *efecto composición de los tributos* (Alcalá y Carles, 1999; Monasterio et al., 2001). Este efecto se explica por la diferente importancia relativa de cada tributo cedido en la financiación de cada CCAA ya que, dado que la recaudación de estos tributos no tiene la misma elasticidad-renta, las CCAA donde los tributos más tendentes al estancamiento fueran más importantes se verían afectadas negativamente.

Así, en los Cuadros 4.15 y 4.16 se observa como desde el año 1992 hasta 1999 las diferencias de crecimiento han sido notables siendo los Impuestos sobre Transmisiones Patrimoniales (34,79% del total en media 92-96 y 40,59% en media 97-99 con una TAM de 11,39%), Actos Jurídicos Documentados (20,76% del total en media 92-96 y 21,27% en media 97-99 con una TAM de 6,14%), las Tasas sobre el Juego (21,06% del total en media 92-96 y 14,41% en media 97-99 con una TAM de 0,55%) y el Impuesto general sobre Sucesiones (14,41% del total en media 92-96 y 14,72% en media 97-99 con una TAM de 10,99%), los más importantes en términos recaudatorios. Además, se dan diferencias importantes tanto porque existen distintas estructuras económicas regionales (reflejadas en el perfil de sus recaudaciones) como porque seguían existiendo tributos que no se han cedido todavía en la totalidad de CCAA.

CUADRO 4.15. EVOLUCION DE LOS TRIBUTOS CEDIDOS A LAS COMUNIDADES AUTONOMAS (en %)

Concepto	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Media 92-96	Media 97-99
I. general sobre sucesiones	11,60	13,33	15,86	14,93	15,27	15,51	14,42	14,23	14,41	14,72
Impuesto sobre patrimonio	8,01	9,31	8,77	8,37	8,46	7,94	8,01	7,69	8,63	7,88
I. sobre Transm. Patrimoniales	33,24	32,73	34,62	35,97	35,64	38,30	41,39	42,07	34,79	40,59
I. Actos Jurídico Documentado	23,06	21,28	19,84	20,18	19,18	21,75	20,82	21,23	20,76	21,27
Tasas sobre Juego	22,92	22,74	20,08	19,77	19,63	15,55	14,33	13,34	21,06	14,41
I. indext/Recpdte.	11,80	0,61	0,83	0,78	1,82	0,95	1,03	1,82	1,05	1,27
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

FUENTE: Elaboración propia en base a "Informe sobre Financiación de las Comunidades Autónomas" y Memoria de la Administración Tributaria (varios años), BADESPE, Mº de Hacienda

CUADRO 4.16. EVOLUCION DE LOS TRIBUTOS CEDIDOS A LAS COMUNIDADES AUTONOMAS (en TCI y TAM)

Concepto	TCI 93/92	TCI 94/93	TCI 95/94	TCI 96/95	TCI 97/96	TCI 98/97	TCI 99/98	TAM
I. general sobre sucesiones	10,50	42,37	-5,74	5,39	23,38	6,71	13,59	10,99
Impuesto sobre patrimonio	11,78	12,78	-4,46	4,23	13,96	15,65	10,62	7,68
I. sobre Transm. Patrimoniales	-5,39	26,64	4,00	2,16	30,52	24,04	16,96	11,39
I. Actos Jurídico Documentado	-11,32	11,62	1,82	-2,01	37,75	9,83	17,34	6,14
Tasas sobre Juego	-4,64	5,71	-1,45	2,34	-3,72	5,78	7,05	0,55
I. indext/Recpdte.	-50,33	60,43	-3,98	140,82	-37,16	92,20	33,73	14,53
Total	-3,89	19,69	0,12	3,08	21,47	14,78	15,06	7,76

FUENTE: Elaboración propia en base a "Informe sobre Financiación de las Comunidades Autónomas" y Memoria de la Administración Tributaria (varios años), BADESPE, Mº de Hacienda

Por otro lado, dejando a un lado por su menor importancia a las Tasas Afectas a los servicios, efectivamente el IRPF seguía siendo el instrumento más poderoso de redistribución de la renta desde el lado de los ingresos por lo que la participación más importante en el mismo debía corresponder a quien tenía encomendado básicamente el desempeño de esa función (Organos centrales del Estado).

No obstante, en los últimos años se ha optado por su descentralización parcial pudiendo haber provocado traslados ineficientes de las personas físicas (si bien son menos móviles que el capital), inequidades (que pueden solucionarse con subvenciones niveladoras) o incluso haberle hecho aún más complejo. En cualquier caso, a pesar de su carácter redistributivo y estabilizador, con formulas de participación en este impuesto más adecuadas se podría mantener la suficiencia financiera de los Gobiernos Subcentrales e incluso aumentar su corresponsabilidad fiscal. Además, si se acude a la experiencia comparada se comprueba que compartir el IRPF⁷² es una solución relativamente frecuente no sólo en países federales sino también en algunos centralizados que conceden amplia autonomía a sus haciendas subcentrales. De las diferentes modalidades, España se alinea hasta ahora (junto con Japón, Suiza y Estados Unidos) entre el grupo de países que tienen impuestos subcentrales sobre la renta con tarifa progresiva, si bien se diferencia de ellos en que su gestión y recaudación sigue en manos de la Hacienda Central (lo que no sucede en esos tres países citados). De esta manera, España no sólo se aparta respecto al modo en que los países de la OCDE utilizan para compartir el impuesto sino que procede también al margen del procedimiento del “*Libro Blanco*” de 1995. A destacar, por ejemplo, que el modelo 1997-2001 parece haber invitado más a disminuir la presión fiscal que a aumentarla, ya que así como las CCAA no han hecho mucho uso de los recargos tampoco han aumentado la presión fiscal en el IRPF variando los tipos de la tarifa autonómica. Al contrario, han tendido a reducirla a través de las deducciones en el IRPF en 1997-2001. Valga como ejemplo que en el último ejercicio del modelo anterior (2001), ocho regiones (Castilla y León, Cataluña, C.Valenciana, Galicia, Illes Balears, La Rioja, Madrid y Murcia) aprobaron determinadas deducciones que minoraron sus recursos por dicho mecanismo (Cuadro 4.17).

También a partir de 1997 a las CCAA que adoptaron el sistema de financiación 1997-2001 se les atribuía el rendimiento de la TIR en su territorio, lo que suponía un mayor nivel de recursos en el caso de algunas CCAA (Cuadro 4.18). Sus cifras de recaudación global mostraban así que seguía siendo el impuesto fundamental del sistema tributario español, si bien se daba una tendencia anual a la baja en su recaudación siendo difícil que con la reforma del IRPF a partir de 1999, en virtud de la LEY 40/1998, de 9 de Diciembre, de Reforma del IRPF se modificase tal ordenación (síntoma de su escasa elasticidad). Esto planteaba limitaciones en cuanto a la apuesta que se pretendía hacer para que este impuesto fuera la pieza central de la financiación autonómica y para futuras cesiones adicionales, algo que ahora se sabe que no ha sido así en función del nuevo modelo acordado en el CPFF el pasado año 2001.

⁷² En este sentido, la decisión de la Comunidad de Madrid de establecer un recargo sobre la cuota líquida del IRPF generó un fuerte rechazo y un recurso de inconstitucionalidad, si bien la sentencia del Tribunal Constitucional de 4 de Octubre de 1990 confirmó su plena constitucionalidad. A pesar de ello, la Asamblea de la Comunidad de Madrid decidió posteriormente derogarlo (Monasterio y Suárez Pandiello, 1998).

CUADRO 4.17. DEDUCCIONES AUTONOMICAS EN EL IRPF APLICABLES EN 2001 (EJERCICIO DE COMPETENCIAS NORMATIVAS EN IRPF). SISTEMA DE FINANCIACION REGIONAL (1997-2001)

CCAA	Nacimiento o adopción de hijos	Familiares aplicación rentas	Adquisición o rehabilitación vivienda	Donativos y otros
Castilla y León	-F.numerosa (210,35 euros) -3º hijo o suces (360,61 euros)			-Rehabilita/conserva Patrimonio histórico-artístico (15%) -Restaurac, rehabilitación o reparación (15%)
Cataluña	-2º o ulterior hijo (300,51 euros)			-Donac a F. Montserrat (5%)
Comunidad Valenciana	-3º hijo o suces (150,25 euros)	-Por minusválidos ≥ 65 años (150,25 euros)	- Por 1ª vivienda habitual por sujetos ≤ 35 años (3%) -Adquisic o rehabilitación vivienda habitual (90,15 euros)	-Donac ecológica (20%) -Donac Patr cult (5%- 10%) - Labores no remuneradas en hogar (120,20 euros)
Galicia	-Por nacimiento hijos. -F.numerosa y cuidar hijos menores (180,30 euros)			
Illes Balears		-Sujetos ≥ 65 años (24,04 euros) -Minusválidos (60,1euros) -Custodia hijos < 3 (15%) -Gtos univ hijos (10%)	- Por adquisición de primera vivienda habitual por sujetos pasivos ≤ 32 años (3%)	- Por 25% Gastos conservac y mejora realizados en terrenos incluidos en áreas de suelo rústico protegido.
La Rioja			-Adquisic o rehabilitación de vivienda habitual < 36 (3%) -Adquisic o rehabilitación de 2ª vivienda rural (7%)	
Madrid	-Por nacimiento hijos (159,27 euros)	-Acogim no remunerad > 65 años (312,53 euros)		-Donac a Fundac (10%)
Murcia			-Adquisic o rehabilitación de vivienda habitual (3%)	-Donac a protección del Patrimonio Histórico (20%)

FUENTE: Agencia Estatal de Administración Tributaria, Ministerio de Hacienda (2002).

CUADRO 4.18. EVOLUCION DEL RENDIMIENTO DE LA TARIFA COMPLEMENTARIA DEL IRPF (TIR) POR COMUNIDADES AUTONOMAS (FINANCIACION INCONDICIONADA: RECURSOS GESTIONADOS POR EL ESTADO CON LA PARTICIPACION DE LAS CCAA) (millones de euros corrientes)

Concepto	1997	%	1998	%	1999	%	Media 97-99
País Vasco	0	0	0	0	0	0	0
Cataluña	1.062,79	27,25	1.138,78	27,33	1.161,30	27,39	1.120,96
Galicia	253,70	6,50	266,58	6,40	256,35	6,04	258,87
Andalucía	0	0	0	0	0	0	0
Asturias	134,89	3,45	142,21	3,41	136,55	3,22	137,88
Cantabria	62,57	1,60	68,39	1,64	67,32	1,59	66,09
La Rioja	34,64	0,88	37,42	0,89	38,81	0,91	36,95
Murcia	91,63	2,35	97,35	2,33	93,63	2,21	94,20
C.Valenciana	437,73	11,22	465,79	11,18	472,60	11,15	458,71
Aragón	167,74	4,30	170,19	4,08	173,48	4,09	170,47
C.La Mancha	0	0	0	0	0	0	0
Canarias	168,29	4,31	184,40	4,42	179,61	4,23	177,43
Navarra	0	0	0	0	0	0	0
Extremadura	0	0	0	0	0	0	0
Baleares	107,97	2,77	116,97	2,80	121,30	2,86	115,41
Madrid	1.108,90	28,43	1.200,81	28,82	1.274,72	30,06	1.194,81
C.León	269,07	6,89	277,21	6,65	263,76	6,22	270,01
CCAA art. 143	1.977,44	50,71	2.110,58	50,66	2.169,61	51,17	2.085,88
CCAA art. 151	1.922,53	49,29	2.055,56	49,34	2.069,87	48,83	2.015,99
Total CCAA	3.899,97	100,00	4.166,15	100,00	4.239,48	100,00	4.101,87

Nota: Andalucía, Castilla-La Mancha y Extremadura no aceptaron el modelo 1997-2001.

FUENTE: Elaboración propia en base a "Informe sobre Financiación de las Comunidades Autónomas" y Memoria de la Administración Tributaria (varios años), Ministerio de Economía y Hacienda, BADESPE, Ministerio de Hacienda

En cuanto a las cuotas territorializadas del IRPF por regiones cabe señalar que las CCAA en las que más crece entre 1997-1996 son Canarias (6,2%), Baleares (5,5%), Andalucía (3,9%) y Madrid (3,4%) mientras que a la cola de la clasificación aparecen Castilla-León y Extremadura (-0,3%), Castilla-La Mancha (0,4%) y Asturias (0,8%). Las CCAA en las que más crece entre 1998-1997 son Canarias (9,7%), Baleares (9,5%), Cantabria (9,1%) y Madrid (8,9%) mientras que en los últimos lugares aparecen Castilla-León (4,8%), Castilla-La Mancha (5,3%) y Aragón (5,5%). Por último, mientras que existen CCAA en las que apenas se pierde recaudación entre 1999-1998, a raíz de la reforma en el IRPF que entraba en vigor en 1999, como Madrid (-2,9%), La Rioja (-4,4%), Baleares (-4,7%) y Cataluña (-6,7%), existen otras regiones como Castilla-La Mancha (-17,0%), Extremadura (-15,9%), Castilla y León (-12,6%), Asturias (-12,3%) y Galicia (-11,9%) dónde la caída en los ingresos por este impuesto ha llegado a ser notable (Ministerio de Hacienda, 2002; Utrilla, 2002b). Por tanto, las conclusiones aparecen pueden resultar confusas ya que la recaudación por este impuesto crece en cada CCAA de forma diferente, si bien parece confirmarse que Canarias, Baleares y Madrid son las que mayor crecimiento consiguen por esta vía mientras que Castilla-La Mancha, Castilla y León y Asturias se encuentran a la cola de la clasificación. Asimismo, la reducción en el IRPF en el año 1999 no ha afectado a la cuota autonómica al asumir la tarifa estatal el impacto de la rebaja.

3.1.2. Los tributos propios y los recargos sobre tributos estatales

La Constitución prevé que las CCAA en base a la regulación establecida en la LOFCA puedan ejercer la potestad de establecer impuestos propios o recargos sobre tributos estatales⁷³. La financiación propia, como consecuencia de la prohibición establecida en la LOFCA de que las CCAA puedan establecer impuestos sobre hechos imposables gravados por el Estado, hace entonces que la potestad tributaria real de las CCAA quede muy limitada ya que sólo estaría abierta la vía de los recargos. Dadas estas limitaciones, los instrumentos de corresponsabilidad fiscal sólo han sido utilizados parcialmente, con lo que se contrasta una vez más el escaso interés de los responsables autonómicos por asumir responsabilidades fiscales. De ahí que, debido a su escaso éxito recaudatorio y al hecho de que desde la modificación de la LOFCA de Diciembre de 1996 se haya pasado a disponer de capacidad normativa en tributos cedidos, no parece que los recargos hayan tenido relativo éxito dentro del sistema LOFCA, incluso considerándolos junto con las tasas afectas a servicios traspasados (Cuadro 4.19).

⁷³ Así, en el año 1999 todas las CCAA de régimen común excepto Castilla y León han ejercitado esta opción mediante mecanismos como, entre otros, impuestos sobre el juego del bingo, sobre fincas o explotaciones agrarias infrautilizadas, cánones de infraestructura hidráulica, de vertido o de saneamiento de aguas, incrementos de la tarifa de saneamiento, gravámenes de protección civil o sobre contaminación atmosférica, recargos sobre las tasas estatales del juego o sobre las cuotas mínimas del Impuesto sobre Actividades Económicas.

CUADRO 4.19. EVOLUCION DE LA RECAUDACION LIQUIDA POR TRIBUTOS PROPIOS: IMPUESTOS PROPIOS Y RECARGOS SOBRE TRIBUTOS ESTATALES DE LAS COMUNIDADES AUTONOMAS Y TASAS AFECTAS A LOS SERVICIOS TRASPASADOS (millones de euros corrientes)

Concepto	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	Media 92-96	Media 97-98
País Vasco	0	0	49,06	0	7,25	10,16	10,36	11,26	10,26
Cataluña	58,83	63,80	67,77	69,05	302,28	308,84	324,46	112,35	316,65
Galicia	26,11	28,31	48,73	30,57	50,25	53,91	60,28	36,79	57,10
Andalucía	80,58	87,38	84,99	94,29	98,98	615,81	110,83	89,24	363,32
Asturias	13,43	14,18	31,69	16,11	31,78	29,15	36,38	21,44	32,76
Cantabria	4,65	4,91	44,38	5,58	8,05	7,93	8,75	13,51	8,34
La Rioja	1,68	1,77	11,41	2,01	4,01	3,40	5,27	4,18	4,33
Murcia	5,75	6,07	25,87	6,91	12,53	17,97	11,91	11,43	14,94
C.Valenciana	24,85	26,95	163,35	29,15	108,81	119,09	131,40	70,62	125,25
Aragón	10,82	11,42	23,69	13,16	13,82	14,57	16,51	14,58	15,54
C.LaMancha	16,05	16,94	35,33	19,25	27,49	29,32	31,93	23,01	30,63
Canarias	14,54	15,77	74,29	17,23	208,20	173,77	243,01	66,01	208,39
Navarra	0	0	39,17	0	0	0	0	7,83	0
Extremadura	9,10	9,61	24,14	10,92	11,46	13,88	32,27	13,05	23,08
Baleares	4,88	5,15	20,55	5,90	38,11	46,75	60,13	14,92	53,44
Madrid	56,09	59,23	42,36	67,34	148,79	151,29	144,27	74,76	147,78
C.León	29,78	31,45	65,73	35,74	38,63	40,74	46,17	40,27	43,45
CA art. 143	122,48	160,77	325,19	182,96	334,72	355,03	400,30	225,23	377,67
CA art. 151	204,93	222,23	527,38	240,30	775,80	830,79	880,37	394,13	855,58
Total	327,41	383,00	852,58	423,27	1110,53	1185,83	1274,00	619,36	1229,92

FUENTE: Elaboración propia en base a "Informe sobre Financiación de las Comunidades Autónomas" y Memoria de la Administración Tributaria (varios años), Ministerio de Economía y Hacienda, BADESPE, Ministerio de Hacienda.

3.2. El Sistema de transferencias a las Comunidades Autónomas

En este epígrafe se estudia el papel general que han jugado en los sistemas de financiación (1992-1996) y (1997-2001) las transferencias y los objetivos concretos a los que debe atender su método de determinación. La cesión de tributos a las regiones, según diversos expertos, parecía que habría de llevarse hasta el punto en el que permitiera a las CCAA donde se obtienen los mayores niveles de recaudación por habitante cubrir con dichas cesiones la práctica totalidad de la financiación ordinaria que le correspondiese, si bien el mismo nivel de cesiones tributarias daría un déficit financiero en el resto de CCAA. El fin de la PIG sería cubrirlo completando con transferencias estatales la financiación obtenida por tributos cedidos.

A este respecto, en el quinquenio 1997-2001 se produce una novedad respecto al modelo 1992-1996 y es el establecimiento de dos tramos de la participación de las CCAA en los ingresos del Estado (PIR y PIG). El hecho de haber eliminado los anteriores topes de evolución (mínimos y máximos que existían para la Participación territorializada del IRPF aplicada entre 1994 y 1996), parecía implicar que en el sistema 1997-2001 las CCAA que habían asumido la cesión parcial del IRPF lo habían hecho para ser corresponsables de la evolución del impuesto en cualquier dirección. Como resultado, en el año 1997 a Baleares y Madrid el porcentaje a aplicar para determinar este tramo había sido cero, porque no había procedido fijarlas el tramo de PIR al no cumplir con las condiciones fijadas (Cuadro 4.20).

CUADRO 4.20. EVOLUCION DE PARTICIPACION TERRITORIALIZADA EN RENDIMIENTO DEL IRPF (PIR) (FINANCIACION INCONDICIONADA: RECURSOS PROPORCIONADOS POR ESTADO) (millones euros corrientes)

Concepto	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Media 92-96	Media 97-99
País Vasco	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Cataluña	7,86	17,06	26,32	1.062,79	1.140,77	1.049,23	17,08	1.084,26
Galicia	0,00	8,73	15,58	253,71	267,53	232,28	8,10	251,17
Andalucía	9,56	20,73	22,43	0,00	0,00	0,00	17,57	0,00
Asturias	0,56	1,22	6,47	44,97	47,40	41,06	2,75	44,48
Cantabria	0,39	0,84	0,88	62,57	68,39	60,75	0,70	63,91
La Rioja	0,19	0,40	0,43	23,09	25,02	35,26	0,34	27,79
Murcia	0,43	0,94	2,03	61,09	65,64	57,48	1,14	61,40
C. Valenciana	4,68	10,15	25,00	437,73	473,58	428,60	13,28	446,64
Aragón	0,78	1,70	2,21	55,92	58,79	156,69	1,56	90,46
C. La Mancha	1,15	2,49	2,67	0,00	0,00	0,00	2,10	0,00
Canarias	2,44	5,30	16,95	168,30	184,40	161,42	8,23	171,38
Navarra	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Extremadura	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Baleares	0,36	0,79	3,60	0,00	117,61	110,44	1,58	76,02
Madrid	2,63	5,70	8,25	0,00	0,00	0,00	5,53	0,00
C. León	0,00	3,82	5,00	269,07	280,84	241,08	2,94	263,66
CA art. 143	6,48	17,90	31,55	516,71	663,70	702,76	18,65	627,72
CA art. 151	24,55	61,96	106,27	1.922,53	2.066,28	1.871,53	64,26	1.953,45
Total	31,03	79,87	137,83	2.439,25	2.729,98	2.574,29	82,91	2.581,17

FUENTE: Elaboración propia en base a "Informe sobre Financiación de las Comunidades Autónomas" y Memoria de la Administración Tributaria (varios años), Ministerio de Economía y Hacienda, BADESPE, Ministerio de Hacienda.

Obtenidas estas cifras, a continuación se analiza si se ha producido un incremento efectivo de la *corresponsabilidad fiscal*, para lo que habría de cumplirse con tres requisitos:

a) *Autonomía financiera*: Obtener el máximo de recursos de manera independiente del Gobierno Central y que las regiones puedan variarlos acorde con sus necesidades.

b) *Cumplimiento del principio de equivalencia fiscal* (Olson, 1969): Supone que, en la medida de lo posible, sean los ciudadanos de una CCAA los que financien los gastos de ésta.

c) *Ausencia de ilusión fiscal*: Que los impuestos que proporcionan recursos a una CCAA sean lo más transparentes posible para el contribuyente (que paga y a quién se la paga).

Desde esta perspectiva, podría distinguirse cualitativamente dos grados de corresponsabilidad fiscal diferentes: *corresponsabilidad fiscal en sentido estricto o fuerte* y *corresponsabilidad en sentido relajado o débil*. En el primero, según nuestra apreciación, se incluirían en el período 1992-1996 únicamente los Tributos Propios de las CCAA⁷⁴ respecto al total del Financiación Incondicionada mientras que en el período 1997-2001 sería esto mismo pero sumándole además los Tributos Cedidos y TIR.

⁷⁴ Insertando aquí impuestos propios, recargos sobre tributos estatales y tasas afectas a los servicios transferidos, ya que en virtud del art. 7.2 de la LOFCA "cuando el Estado o las Corporaciones Locales traspasen a las CCAA funciones en cuya ejecución o desarrollo presten servicios o realicen actividades gravadas con tasas, éstas se considerarán como tributos propios de las respectivas CCAA".

El segundo enfoque de corresponsabilidad se entendería en el modelo 1992-1996 por Tributos Propios, Tributos Cedidos⁷⁵ y PIR respecto al total de Financiación Incondicionada mientras que en el período 1997-2001 sería esto mismo pero sumándole además la TIR.

En los Cuadros 4.21 y 4.22 se calculan estos coeficientes de corresponsabilidad fiscal fuerte y débil. En ambos casos, el valor del coeficiente para el conjunto de CCAA es muy bajo, 1,95% de corresponsabilidad fuerte y 25,10% de débil en 1992 y luego, 41,59% y 50,85% en 1998 respectivamente, situándose en cotas muy alejadas de los valores de los principales países federales. Por contra, el índice de dependencia financiera fuerte y débil del sistema (transferencias de recursos de financiación o inversa de los índices de corresponsabilidad fiscal) ha pasado del 98,05% y 74,9% en 1992 al 58,41% y 49,15% respectivamente en 1998. Si se observa más atentamente dichos coeficientes se advierte inmediatamente la enorme disparidad existente entre cada una de las CCAA comunes. Así, el coeficiente de corresponsabilidad fiscal fuerte oscilaba en 1992 entre el 1,52% de C.Valenciana y el 5,35% de Madrid mientras que en 1998 los porcentajes se movían desde el 20,64% de Andalucía hasta el 113,56% de Madrid. En cuanto al de corresponsabilidad fiscal débil oscilaba en 1992 entre el 17,46% de Galicia y el 72,96% de Baleares mientras que en 1998 iba del 20,63% de Andalucía al 113,56% de Madrid.

Una de las posibles causas de la gran divergencia existente entre las diferentes CCAA se encuentra en las desigualdades de capacidad fiscal entre las mismas, tanto en los tributos cedidos como en el IRPF. Por ello, las diferencias de corresponsabilidad fiscal implican también a su vez disparidades en el nivel de autonomía financiera de las CCAA. Visto este panorama, no debería perderse de vista la mejora que ha supuesto el sistema 1997-2001 respecto al anterior en términos de corresponsabilidad fiscal. La enseñanza que puede extraerse es que quizás no debiera perseguirse sólo aumentar el grado global de corresponsabilidad fiscal sino procurar además una situación más pareja entre CCAA que la anterior. Por otro lado, en el Cuadro 4.23 se ha procedido a la estimación de los Recursos Fiscales Per Cápita de las CCAA (Tributos cedidos, tasas afectas, tributos propios, PIR desde 1994 y TIR desde 1997) tomando como variable explicativa sus respectivos PIBPC. Se observa en ambos casos una relación positiva y significativa entre ambas variables, siendo mayor en 1997-1998 tras la cesión del 30% del IRPF, lo cual parece lógico si bien debe tenerse en cuenta que algunas de las CCAA con mayor nivel de renta no podían acceder al segundo tramo del IRPF mientras no tuvieran más competencias.

⁷⁵ Ya que pueden considerarse como un caso extremo de participación territorializada con participación del 100% y además las CCAA participan en la gestión de los tributos objeto de cesión.

CUADRO 4.21. EVOLUCION DE LA CORRESPONSABILIDAD FISCAL EN SENTIDO ESTRICTO O FUERTE^(a) (%)

Concepto	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	Media 92-96	Media 97-98
País Vasco	0	0	1,64	0	0,20	0,27	0,24	0,37	0,25
Cataluña	1,93	1,98	1,96	1,90	7,86	63,48	63,79	3,13	63,63
Galicia	1,76	1,77	2,91	1,70	2,65	28,69	29,01	2,16	28,85
Andalucía	2,30	2,28	2,13	2,20	2,14	19,72	20,64	2,21	20,18
Asturias	5,01	4,97	7,69	4,67	7,58	67,77	68,81	5,98	68,29
Cantabria	3,24	3,18	16,20	2,99	3,88	59,36	62,32	5,90	60,84
La Rioja	1,77	1,78	9,55	1,77	3,04	59,48	62,57	3,58	61,02
Murcia	2,74	2,70	9,20	2,35	3,44	60,92	61,36	4,09	61,14
C.Valencia	1,52	1,52	7,93	1,40	4,93	52,22	53,66	3,46	52,94
Aragón	3,62	3,74	6,93	3,70	3,24	79,77	79,18	4,25	79,47
C.L Mancha	3,90	3,85	7,08	3,69	4,73	30,34	32,04	4,65	31,19
Canarias	1,67	1,66	7,07	1,59	18,26	50,71	50,05	6,05	50,38
Navarra	0	0	4,51	0	0	0	0	0,90	0
Extremadura	3,29	3,25	7,12	3,06	2,75	21,16	25,37	3,90	23,26
Baleares	3,69	3,47	9,97	2,77	15,04	102,49	62,47	6,99	82,48
Madrid	5,35	6,09	3,82	5,39	9,10	114,33	113,56	5,95	113,94
C.León	4,56	4,59	8,41	4,37	3,61	57,01	57,01	5,11	57,01
CA art.143	4,24	4,45	7,45	4,11	6,08	74,98	73,57	5,27	74,27
CA art. 151	1,47	1,51	3,28	1,42	4,23	31,21	31,36	2,38	31,28
Total	1,95	2,09	4,17	1,98	4,65	41,71	41,59	2,97	41,65

Nota: (a) Corresponsabilidad en sentido estricto o fuerte se entiende como: En el período 1992-1996, la Recaudación Líquida por Tributos Propios (Impuestos Propios y Recargos sobre Tributos Estatales de las CC.AA y Tasas afectas a los servicios traspasados) sobre el total de Financiación Incondicionada mientras que en el período 1997-2001 es la Recaudación Líquida por Tributos Propios, por Tributos Cedidos y por la TIR sobre el total de Financiación Incondicionada.

FUENTE: Elaboración propia.

CUADRO 4.22. EVOLUCION DE LA CORRESPONSABILIDAD FISCAL EN SENTIDO RELAJADO O DÉBIL^(a) (%)

Concepto	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	Media 92-96	Media 97-98
País Vasco	0	0	1,64	0	0,20	0,27	0,24	0,37	0,25
Cataluña	36,94	34,86	38,28	36,28	41,46	87,84	87,37	37,56	87,60
Galicia	17,46	15,27	17,68	16,58	17,69	40,82	40,79	16,93	40,80
Andalucía	19,77	18,44	20,31	19,47	18,99	19,72	20,63	19,39	20,17
Asturias	45,36	42,08	54,39	40,89	37,25	77,43	78,51	43,99	77,97
Cantabria	37,05	36,45	59,91	36,23	37,01	83,15	85,44	41,32	84,29
La Rioja	38,78	40,43	46,65	38,59	39,02	75,31	78,22	40,69	76,76
Murcia	46,58	41,08	43,99	37,00	35,55	76,25	76,16	40,83	76,20
C.Valenciana	33,56	29,61	36,57	31,23	34,91	70,00	71,33	33,17	70,66
Aragón	58,02	55,84	57,82	54,50	47,02	90,71	90,02	54,64	90,36
C.L Mancha	32,81	31,03	33,78	30,65	29,70	30,34	32,04	31,59	31,19
Canarias	21,22	19,38	25,65	21,22	38,19	63,91	63,15	25,13	63,53
Navarra	0	0	4,51	0	0	0	0	0,90	0
Extremadura	25,28	23,52	27,54	22,79	21,03	21,16	25,36	24,03	23,26
Baleares	72,96	66,46	64,83	61,21	73,52	102,50	81,44	67,79	91,97
Madrid	59,62	53,49	53,70	54,21	42,30	114,33	113,56	52,66	113,94
C.León	38,93	37,82	42,09	39,00	34,10	80,02	79,47	38,38	79,74
CA art. 143	48,87	43,30	47,79	43,17	38,46	83,13	82,83	44,31	82,98
CA art. 151	20,18	18,88	22,00	19,62	21,92	40,78	40,62	20,51	40,70
Total	25,10	23,7	27,50	24,52	25,74	50,93	50,85	25,30	50,89

Notas: (a) Corresponsabilidad en sentido relajado o débil se entiende como: En el período 1992-1996 la Recaudación Líquida por Tributos Propios (Impuestos Propios y Recargos sobre Tributos Estatales de las CC.AA y Tasas afectas a los servicios traspasados), por Tributos Cedidos y por la PIR sobre el total de Financiación Incondicionada mientras que en el período 1997-2001 se entiende como la Recaudación Líquida por Tributos Propios, por Tributos Cedidos, por la PIR y por la TIR sobre la Financiación Incondicionada.

FUENTE: Elaboración propia.

CUADRO 4.23. ESTIMACION POR MCO DE LOS RECURSOS FISCALES PER CAPITA DE LAS REGIONES

Regresor ^(a)	Parámetro (error estándar entre paréntesis)	Estadístico-T (probabilidad asociada entre paréntesis)
Constante	1,941 (16,346)	0,077 (0,345)
PIBPC ^(b) 1997-1998	2,053* (0,458)	4,389 (0,000)
Número de observaciones ^(c) = 15	R ² corregido = 0,496	Estadístico-F = 13,454 (0,000)

Regresor ^(a)	Parámetro (error estándar entre paréntesis)	Estadístico-T (probabilidad asociada entre paréntesis)
Constante	1,703 (18,321)	0,057 (0,302)
PIBPC ^(b) 1992-1996 (b)	1,074* (0,459)	3,554 (0,000)
Número de observaciones ^(c) = 15	R ² corregido = 0,454	Estadístico-F = 12,628 (0,000)

Acronimos y descripción de las variables:

RECFIGSPC: Recursos Fiscales de financiación Per Cápita (Tributos cedidos, propios, tasas afectas y 30% del IRPF)

PIBPC: PIB a precios constantes Per Cápita (total común = 100).

Notas: (a) Se muestran los coeficientes de regresión y Estadísticos *T* y *F* donde entre paréntesis figura la probabilidad asociada

(* = variable significativa individualmente para un intervalo de confianza del 95%)

(b) Para el PIB se toman las cifras a precios constantes de la Contabilidad Regional de España del INE

(c) Se han considerado las 15 CCAA de régimen común no incluyendo para los cálculos a las de régimen foral.

FUENTE: Elaboración propia en base a la información expuesta anteriormente.

Asimismo, el modelo 1997-2001 incluyo al Fondo de Garantía como mecanismo de solidaridad (Cuadro 4.24) aunque sea discutible desde la corresponsabilidad fiscal⁷⁶. Tal y como puede observarse, en cuanto a su reparto en 1997 benefició a Cataluña (24,45%), Madrid (16,82%), Castilla y León (16,65%) y C.Valenciana (15,06%). En 1998, resultó positivo en Castilla y León (30,62%), Galicia (19,18%) y Madrid (18,88%) y en 1999 en Cataluña (31,58%), Castilla y León (18,38%), C.Valenciana (15,28%) y Galicia (14,86%).

CUADRO 4.24. FONDO DE GARANTIA (FINANC. INCONDIC: RECURSOS ESTATALES) (millones euros corrientes)

Concepto	1997	%	1998	%	1999	%
País Vasco	0	0	0	0	0	0
Cataluña	46,85	24,45	11,82	9,03	224,48	31,58
Galicia	23,23	12,12	25,12	19,18	105,68	14,86
Andalucía	0	0	0	0	0	0
Asturias	9,75	5,09	10,56	8,07	35,13	4,94
Cantabria	3,87	2,02	-0,57	-0,44	16,68	2,34
La Rioja	2,24	1,17	0,76	0,58	6,39	0,89
Murcia	3,49	1,82	0,80	0,61	21,81	3,07
C.Valenciana	28,86	15,06	7,51	5,74	108,65	15,28
Aragón	8,64	4,51	10,09	7,70	60,76	8,55
C.La Mancha	0	0	0	0	0	0
Canarias	0	0	0	0	17,37	2,44
Navarra	0	0	0	0	0	0
Extremadura	0	0	0	0	0	0
Baleares	0,48	0,25	-0,48	-0,36	4,63	0,65
Madrid	32,24	16,82	24,72	18,88	-21,47	-3,02
Castilla y León	31,90	16,65	40,09	30,62	130,68	18,38
CCAA art. 143	92,63	48,35	86,46	66,03	254,63	35,82
CCAA art. 151	98,95	51,64	44,46	33,97	456,20	64,18
Total CCAA	191,59	100,00	130,92	100,00	710,83	100,00

FUENTE: Elaboración propia en base a "Informe sobre Financiación de las Comunidades Autónomas" y Memoria de la Administración Tributaria (varios años), Ministerio de Economía y Hacienda, BADESPE, Ministerio de Hacienda

⁷⁶ Andalucía, Castilla-La Mancha y Extremadura no aceptaron el modelo y desde el año 1997 se fijaban en los PGE dotaciones a cuenta equivalentes a la financiación recibida en el año 1996 por su PIG actualizada.

Una vez satisfechos los principios de autonomía, suficiencia y corresponsabilidad fiscal, se trata de analizar qué sucedía con el *principio de equidad* puesto que se pretendía que el sistema fuera solidario para que los desequilibrios interterritoriales y las diferencias de capacidad de obtención de recursos no mermasen los servicios de cada CCAA, lo que supondría la necesidad de introducir medidas que corrigiesen las asimetrías. Para el caso español, desde el primer sistema de financiación (el que en su día fuera “*provisional*”), la PIG se ha venido utilizando como residuo de financiación actuando más como un defectuoso método de nivelación que como una fuente de financiación propiamente dicha. Frente a la percepción, obviamente derivada de la concepción constitucional, según la cual la PIG habría de considerarse como una fuente más de recursos (porcentaje constante, inalterable con el paso del tiempo, no sujeto a los avatares de la evolución del sistema y ajeno a las asignaciones de nivelación), en la práctica su estructura efectiva hasta el año 2002 la había llevado a configurarse como un sistema de nivelación ciertamente “*encubierto*”.

Así, las CCAA no participaban en los ingresos estatales sino que el Estado transfería unas cantidades que se expresaban en forma de porcentaje y dependían de variables y ponderaciones fijadas de forma arbitraria en cada momento por lo que, en realidad, ni existía verdadera PIG ni se daban las necesarias Asignaciones de Nivelación (Hierro, 2001). Respecto a éstas últimas, si bien en el modelo 1992-1996 no se definieron ni aplicaron, la situación parecía haber cambiado con el modelo 1997-2001 ya que los PGE para 1997 (Ley 12/1996, de 30 de Diciembre) consignaron, por primera vez, en la sección 32 un crédito de 60,1 millones de euros para que se pudieran hacer efectivas (aunque implicaba dificultades técnicas y teóricas). Lo cierto es que para 1998 y 1999 se programaron cantidades ligeramente superiores a las que se acumularon las dotadas pero no dispuestas de 1997 y sobre cuyo reparto sólo llegó a establecerse un principio de acuerdo. Ello no significa que se haya relegado históricamente la nivelación sino que, sin haberla hecho explícita formalmente, la financiación autonómica ha sido solidaria respecto a la provisión de servicios públicos, quizás demasiado implícitamente, a través de la PIG ya que “*en la LOFCA no se explicita ningún criterio de equidad*” (Castells, 2000). En cuanto a esta PIG se configuraba realmente como “*mecanismo de cierre*” del modelo (siendo negativa en Madrid en el período 1997-1999) en donde el tramo de participación en valor del año base se obtenía de forma diferente según se tratase de una CCAA que hubiera accedido al tramo de Participación en Ingresos territoriales del IRPF o no (Cuadro 4.25).

CUADRO 4.25. EVOLUCION DE LOS PORCENTAJES DE PARTICIPACION EN LOS INGRESOS GENERALES DEL ESTADO (PIG/FINANCIACION INCONDICIONADA: RECURSOS PROPORCIONADOS POR EL ESTADO)

Concepto	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Media 92-96	Media 97-98
País Vasco	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cataluña	1,9194977	1,9611134	2,0073988	2,0111609	2,0144556	0,5450288	0,5924387	0,5961664	1,9827253	0,57787796
Galicia	1,2483402	1,2715989	1,2337486	1,2930929	1,3083953	0,9376384	0,9392974	0,9659995	1,2710352	0,94764510
Andalucía	2,8622360	2,9159334	3,0013696	3,0013696	3,1129721	0	0	0	2,9787761	0
Asturias	0,0765847	0,0873150	0,0980452	0,0980681	0,0999828	0,0051383	0,0051474	0,0051549	0,0919992	0,00514686
Cantabria	0,0623257	0,0656403	0,1037081	0,1037081	0,1037081	0,0321049	0,0321617	0,0322703	0,0878181	0,03217896
La Rioja	0,0413779	0,0394061	0,0398921	0,0399150	0,0411974	0,0697950	0,0699180	0,0693822	0,0403577	0,00696984
Murcia	0,0542728	0,0680600	0,0818472	0,0822247	0,0870093	0,0107362	0,0107877	0,0114805	0,0746828	0,01100146
C.Valenciana	1,1067348	1,1624856	1,2337486	1,2337486	1,2556804	0,6060634	0,6071516	0,6091167	1,1984796	0,60744390
Aragón	0,1312633	0,1334105	0,1359264	0,1363337	0,1441437	0,2790960	0,2983510	0,2355364	0,1362155	0,27099446
C.L Mancha	0,2890943	0,3002649	0,3114355	0,3118527	0,3202579	0	0	0	0,3065811	0
Canarias	0,6790950	0,7156596	0,7373466	0,7385980	0,7418785	0,5135873	0,5255519	0,5263135	0,7225155	0,52181756
Navarra	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Extremadura	0,2157870	0,2228300	0,2318731	0,2318790	0,2347541	0	0	0	0,2274246	0
Baleares	0,0373364	0,0493047	0,0654820	0,0685511	0,0806984	0,0184672	0,1169083	0,0898044	0,0602745	0,07505996
Madrid	0,1661908	0,1900251	0,4847732	0,4849139	0,4985382	-0,182298	-0,182397	-0,179482	0,3648882	-0,1813926
C.León	0,4172390	0,4220856	0,4269323	0,4280078	0,4477441	0,1533663	0,1536377	0,1569314	0,4284018	0,15464513
Total	9,3261901	9,6061331	10,2601962	10,2634241	10,4914159	2,6747211	2,8375115	3,1186740	9,9894719	2,87696886

FUENTE: Elaboración propia en base a "Informe sobre Financiación de las Comunidades Autónomas" y Memoria de la Administración Tributaria (varios años), Ministerio de Economía y Hacienda, BADESPE, Ministerio de Hacienda

Tal y como se establecía en el "Libro Blanco" (1995) y estimados los Recursos Per Cápita para la Financiación de las necesidades de gasto (FINANPC), las Transferencias de Nivelación Per Capita (TRNIVEPC) debían ser el complemento de los Recursos Fiscales (RECFISPC) tal que:

$$\text{FINANPC} = \text{RECFISPC} + \text{TRNIVEPC}$$

Como consecuencia de combinar los comportamientos de FINANPC y RECFISPC⁷⁷:

$$\text{TRNIVEPC} = \text{FINANPC} - \text{RECFISPC}$$

Esto último se muestra en el Cuadro 4.26 dónde se aprecia que las TRNIVEPC se correlacionaban negativa y significativamente con las diferencias de PIBPC.

Así, pues la PIG se configuraba como uno de los elementos esenciales en el cumplimiento del principio de solidaridad ya que, al estar las capacidades recaudatorias directamente relacionadas con el nivel de renta, la PIG tendería a ser mayor cuanto menor fuera dicho nivel permitiendo así que los ciudadanos pudiesen disfrutar de un nivel similar de servicios públicos con independencia de la riqueza generada en la CCAA de residencia.

⁷⁷ En el Cuadro 4.11 se comprobó que FINANPC no estaba correlacionada con el PIBPC y en el Cuadro 4.23 que RECFISPC estaba positivamente correlacionado con PIBPC.

La conclusión es que en España existía en esos años una política de nivelación (en todo caso, mejorable) de las capacidades de gasto de los Gobiernos Regionales que operaba a través de las Transferencias per cápita (tanto mayores cuanto menor fuera la renta per cápita de la CCAA) desde el Gobierno Central para compensar así su desigual capacidad fiscal tal que, al aumentar la corresponsabilidad fiscal, las transferencias se concentraban en ciertas CCAA pues las más ricas pasaban a depender de sus recursos fiscales.

CUADRO 4.26. ESTIMACION POR MCO TRANSFERENCIAS DE NIVELACION PER CAPITA DE LAS REGIONES

Regresor (a)	Parámetro (error estándar entre paréntesis)	Estadístico-T (probabilidad asociada entre paréntesis)
Constante	236,498* (17,427)	4,543 (0,000)
PIBPC ^(b) 1997-1998	-1,671* (0,653)	-2,560 (0,000)
Número de observaciones ^(c) = 15	R ² corregido = 0,398	Estadístico-F = 5,672 (0,000)

Regresor ^(a)	Parámetro (error estándar entre paréntesis)	Estadístico-T (probabilidad asociada entre paréntesis)
Constante	224,759* (18,356)	3,484 (0,000)
PIBPC ^(b) 1992-1996	-1,562* (0,546)	-2,360 (0,000)
Número de observaciones ^(c) = 15	R ² corregido = 0,376	Estadístico-F = 5,569 (0,000)

Acrónimos y descripción de las variables:

TRNIVEPC: Transferencias de Nivelación Per Cápita

PIBPC: PIB a precios constantes Per Cápita (total común = 100).

Notas: (a) Se muestran los coeficientes de regresión y Estadísticos *T* y *F* donde entre paréntesis figura la probabilidad asociada

(* = variables significativa individualmente para un intervalo de confianza del 95%)

(b) Para el PIB se toman las cifras a precios constantes de la Contabilidad Regional de España del INE

(c) Se han considerado las 15 CCAA de régimen común no incluyendo para los cálculos a las de régimen foral.

FUENTE: Elaboración propia en base a la información expuesta anteriormente.

3.3. Estudio comparado de los dos últimos quinquenios de financiación

Como síntesis, cabe señalar que el sistema 1997-2001 ha evolucionado frente al del quinquenio 1992-1996 de un modo muy diferente en cada CCAA según la composición de sus recursos y del uso de su capacidad normativa⁷⁸.

Según el Cuadro 4.27, que resume sus principales magnitudes, el porcentaje de recursos a través del IRPF ha resultado en estos últimos años muy desigual por CCAA. Así, en el caso de la Comunidad de Madrid el IRPF suponía una cantidad mayor que todas las transferencias incondicionadas, generándose una participación negativa significativa (más de una cuarta parte del total) en los Ingresos Generales del Estado. El comportamiento del IRPF en 1997 resultó ser bastante discreto al haber aumentado por debajo del PIB en todas las CCAA, excepto Canarias (Pedraja, 2000; Utrilla, 2002c) por lo que habría generado un menor aumento de los recursos si no hubiesen funcionado los fondos de garantía establecidos en el modelo (191,6 millones de euros). En cambio, en 1998 la evolución del IRPF fue mucho más favorable, con un aumento medio del 7,45% en la cuota líquida respecto al año anterior en el conjunto nacional.

⁷⁸ En el momento de cierre de esta tesis doctoral únicamente se disponía de información correspondiente al cierre de los tres primeros ejercicios del período 1997-2001, así como de las entregas a cuenta para 2000 y 2001

Por otro lado, el uso por primera vez de la capacidad normativa de las CCAA supuso una pérdida recaudatoria limitada dado que este aumento en la recaudación por IRPF fue superior al crecimiento del PIB (5,57%) y de los ITAE (7,18%) en este año. No obstante, el efecto acumulado de los índices de evolución redujo comparativamente la financiación global del año 1998 al calcularse los recursos obtenidos en el ejercicio directamente de su aplicación sobre el año base 1996.

De las 12 CCAA que suscribieron el acuerdo sólo Baleares, Cantabria, Canarias y Madrid (aplicándosele de nuevo la garantía de suficiencia dinámica acumulada) no tuvieron que recibir garantías (130,4 millones de euros) por el menor crecimiento del IRPF en relación con el PIB mientras que a la Comunidad de Madrid se le aplicó nuevamente la garantía de suficiencia dinámica acumulada establecida en el modelo 1997-2001. Por otro lado, en 1999 los efectos de la entrada en vigor de la reforma del IRPF se dejaron notar en forma presupuestaria de forma muy diferente por CCAA respecto a años anteriores (Fernández Gómez, 1998). La cuota líquida de las quince CCAA se redujo en un 8% respecto al año 1998, lo que contrastaba con el aumento del PIB en un 6,28% y con el incremento del 8,96% experimentado por los ITAE. Las diferencias regionales en el IRPF se volvieron a incrementar respecto a años anteriores, ya que mientras había CCAA donde la cuota líquida experimentaba descensos muy significativos, como Castilla-La Mancha (17%) o Extremadura (15,9%), en otras como Madrid (2,9%), La Rioja (4,4%) o Baleares (4,7%) la pérdida recaudatoria fue mucho más reducida. El funcionamiento del sistema de garantías ha permitido ingresos adicionales netos para las CCAA mayores que antes (732,31 millones de euros) debido a que ahora todas, excepto, de nuevo, Madrid a la que se le aplica la garantía de suficiencia dinámica acumulada, han tenido que recibir recursos por el peor comportamiento del IRPF respecto al PIB (Utrilla, 2001). Así, el conjunto de las garantías establecidas han aumentado su peso financiero siendo su incidencia muy importante en Cataluña, Castilla y León, C.Valenciana, Galicia, Aragón, Asturias y Murcia.

CUADRO 4.27. EVOLUCION DE LOS INSTRUMENTOS GENERALES DE LA FINANCIACION AUTONOMICA COMUN (1996-1999) (millones de euros corrientes)

Concepto (a), (b)	F.TOTAL 1996	TIR 1997	PIR 1997	PIG 1997	F. GARA 1997	F.TOTAL 1997	TIR 1998	PIR 1998	PIG 1998	F. GARA 1998 (c)	F.TOTAL 1998	TIR 1999	PIR 1999	PIG 1999	F. GARA 1999 (d)	F.TOTAL 1999
CA art. 143	3.305	1.977	517	895	93	2.580	2.111	664	1.089	86	3.949	2.170	703	645	255	3.772
Aragón	253	168	56	37	9	269	170	59	42	10	281	173	157	361	61	752
Asturias	186	135	45	7	10	196	142	47	7	11	207	137	41	8	35	221
Baleares	125	108	0	24	0	133	117	118	165	0	399	121	110	138	5	374
Cantabria	160	63	63	42	4	171	68	68	45	-1	182	67	61	49	17	194
C.LaMancha	437	0	0	451	0	451	0	0	476	0	476	0	0	n.d.	0	n.d.
C. y León	722	269	269	202	32	772	277	281	216	40	815	264	241	241	131	876
Extremadura	337	0	0	349	0	349	0	0	369	0	369	0	0	n.d.	0	n.d.
La Rioja	65	35	23	9	2	69	37	25	10	1	73	39	35	106	6	187
Madrid	859	1.109	0	-240	32	902	1.201	0	-257	25	969	1.275	0	-275	-21	978
Murcia	161	92	61	14	3	170	97	66	15	1	179	94	57	18	22	191
CA art. 151	10.567	1.923	1.923	7.292	99	11.236	2.056	2.066	7.976	44	12.143	2.070	1.872	4.135	456	8.532
Andalucía	3.756	0	0	3.871	0	3.871	0	0	4.223	0	4.223	0	0	n.d.	0	n.d.
Canarias	924	168	168	675	0	1.012	184	184	740	0	1.109	180	161	807	17	1.165
Cataluña	2.704	1.063	1.063	716	47	2.889	1.139	1.141	835	12	3.126	1.161	1.049	914	224	3.349
C.Valenciana	1.573	438	438	797	29	1.701	466	474	855	8	1.802	473	429	934	109	1.943
Galicia	1.610	254	254	1.232	23	1.763	267	268	1.323	25	1.883	256	232	1.481	106	2.075
Total	13.872	3.900	2.439	8.186	192	13.816	4.166	2.730	9.065	130	16.092	4.239	2.574	4.780	711	12.305

Nota:

(a) TIR: Rendimiento de la Tarifa autonómica del IRPF, PIR: Participación en Ingresos territoriales del Estado por IRPF, PIG: Participación en Ingresos Generales del Estado, F.GARA: Aplicación del Fondo de Garantía y F.TOTAL: Recursos proporcionados por el Estado (PIR + PIG + F. GARA, excepto coste efectivo de los servicios traspasados y participación de provincias en ingresos del Estado) más aquellos gestionados por el Estado con participación de las CCAA (TIR) que se encuentran dentro de la financiación incondicionada.

(b) Existen limitaciones al comparar con el resto la financiación de las tres CCAA de régimen común a las que no es de aplicación el Modelo del Sistema de Financiación para el quinquenio 1997-2001 (Andalucía, Castilla-La Mancha y Extremadura) e incluso, en menor medida, Canarias, que cuenta con un régimen fiscal especial.

(c) Las Comunidades de Baleares (0,48 millones de euros), Cantabria (0,57 millones de euros) y Madrid (8,11 millones de euros) devuelven garantía por IRPF aplicada en el año 1997 al tener un crecimiento de sus recurso por IRPF en el bienio 96/98 superior al PIB como mínimo garantizado.

(d) La CCAA de Madrid (8,49 millones de euros) es la única que en 1999 devuelve garantía por IRPF al tener un crecimiento de sus recurso por IRPF en el trienio 96/99 superior al PIB como mínimo garantizado. Os datos relativos al año 2000 permiten anticipar que también ha devuelto garantías aunque el buen comportamiento del IRPF y su participación positiva en los ingresos del Estado han hecho mejorar su financiación.

Fuente. Elaboración propia a partir de la información expuesta anteriormente.

Por tanto, antes de la modificación del sistema de garantías el cambio del sistema de financiación hubiera producido un resultado incierto, que se hubiera traducido en pérdidas en aquellas CCAA con mayor capacidad fiscal relativa con respecto a su nivel competencial y que sustituyeron la mayor parte de la antigua PIG por ingresos territorializados derivados del IRPF (por ejemplo, Madrid). La modificación de las garantías por el Acuerdo de 1998 transformó la incertidumbre en situación favorable para todas las CCAA siendo mayor cuanto menor fuera la importancia de los ingresos derivados por IRPF con respecto a la antigua PIG (reducida capacidad fiscal con respecto a su nivel competencial). Así sucedía, entre otras, con Canarias que añadía a esto un crecimiento del IRPF superior al PIB, por lo que obtenía un resultado positivo también de los ingresos derivados de aquel impuesto sin que se aplicase la garantía de crecimiento mínimo. Además, la garantía de crecimiento mínimo igual al PIB para los ingresos derivados del IRPF tenía una aplicación generalizada en todo el quinquenio 1997-2001, proporcionando garantías más generosas de financiación con el correspondiente coste adicional para la Hacienda Central. De ahí que estos resultados fueran mejorables desde la perspectiva del cumplimiento de los principios de corresponsabilidad fiscal y solidaridad interterritorial.

En resumen, el análisis de las liquidaciones presupuestarias de la financiación de las CCAA en los últimos años (modelos 1992-1996 y 1997-2001) que se ha efectuado en este apartado ha puesto de manifiesto las siguientes conclusiones generales:

1. *El modelo 1997-2001 mejoró al anterior en términos de suficiencia financiera y también en cuanto a la corresponsabilidad fiscal (sobre todo entendida en un sentido estricto o fuerte) y solidaridad interterritorial (la PIG seguía siendo un mecanismo implícito e imperfecto), si bien seguía planteando cuestiones pendientes, al estar sujeto a reivindicaciones permanentes que hacían plantearse alternativas de cara a su eventual reforma.*

2. *El sistema 1997-2001 proporcionaba frente al modelo 1992-1996 una mayor suficiencia financiera (estática y dinámica) al garantizar unos ingresos mínimos, independientes de la evolución de los recursos autónomos, e incentivar la utilización de capacidad normativa aunque, al estar asegurada por ese colchón de ingresos a raíz del Acuerdo de 1998, no suponía el gran avance en cuanto a la corresponsabilidad fiscal que se establecía en su diseño inicial de 1997. Así, los resultados alcanzados en el sistema han dependido de la composición inicial de sus ingresos y han favorecido más a las regiones con una alta dependencia financiera que han podido eludir mejor el efecto de la reforma del IRPF de 1999.*

3. *En 1997-2001 no se establecieron límites máximos a los recursos que se obtenían. Así, a partir de 1997 aquellas CCAA cuya recaudación de IRPF creciera en mayor proporción que el PIB se verían relativamente más beneficiadas.*

Algunos estudios apuntan, a que son las CCAA de renta más baja las que experimentaron un mayor crecimiento en su recaudación de IRPF (Pérez, 2000). Puede que el IRPF no haya sido una buena elección como eje de la tributación al que giraría la presunta ganancia en autonomía que se proponía en las dos últimas reformas del sistema (1992-1996 y 1997-2001), si bien puede haber dado un buen resultado para el Estado al deshacerse de un porcentaje de un impuesto cuyo rendimiento sabía que iba a ser menor cuando además los demás tributos sobre los que seguía teniendo toda la capacidad recaudatoria subían. En cuanto a la ganancia de capacidad normativa en un gran impuesto como el IRPF, éste sería un aspecto positivo si bien parece que casi no se desarrolló debido al escaso uso que han hecho las CCAA de esa capacidad al tener garantizados unos ingresos mínimos frente al modelo anterior.

4. *Una de las principales aportaciones del sistema 1997-2001 es que, frente a la situación anterior, se pasó a incentivar la utilización de la capacidad normativa por parte de las CCAA al tener garantizados unos ingreso mínimos.* Las CCAA podían imitar entonces al Gobierno Central ofreciendo una rebaja impositiva sin que sus ingresos se vieran perjudicados (“*corresponsabilidad fiscal*”) y, además, aquellas cuyo esfuerzo fiscal fuera superior a la media podían utilizar su capacidad normativa para rebajarlo y, a la vez, atraer rentas a su territorio.

5. *El hecho de que en el sistema 1997-2001 se haya producido una situación atípica, si se compara con el período anterior, podía hacer peligrar el cumplimiento del principio de solidaridad interterritorial.* Dicha situación era la de las tres CCAA que quedaban fuera del modelo ya que, si bien no vieron afectados sus recursos, podían sufrir un impacto negativo por su falta de capacidad normativa y de competencia fiscal por atraer contribuyentes.

6. *El IRPF ha de estar entre los recursos autonómicos y a eso han contribuido los dos últimos modelos.* Representa así un porcentaje importante de la recaudación fiscal del país y en un sistema de financiación ha de estar presente. Otra cuestión es la forma sobre la que debe estar, sobre si es mejor que sea proporcional o progresivo y sobre los demás impuestos que deben acompañarle al ser cedido ya que al basar el sistema en un único tributo no se ofrece margen de maniobra, no se aprovechan las ventajas de la diversificación y se concentra la descentralización fiscal en un impuesto con dinámica diferente a la de la imposición indirecta.

7. *Parece que, por muchas sombras que se ciernan, los dos últimos modelos de financiación autonómica relativos a 1992-1996 y 1997-2001 han resultado ser solidarios, en sentido general.* Así, se ha observado, por un lado, como a mayor PIB Per Cápita mayores recursos por habitante generados en la propia CCAA y como las transferencias están negativamente correlacionadas (de manera estadísticamente significativa) con el PIB Per Cápita.

Además, al agregar recursos propios y transferencias, la relación entre ingresos totales regionales corregidos por el nivel competencial y PIB Per Cápita se vuelve ligeramente significativa, manteniendo la correlación negativa. Sino fuera suficiente con esto para apoyarlo, hay que recordar que la PIG ha sido la que implícitamente ha venido actuando como instrumento de solidaridad al no estar presupuestado ni articulado el Fondo de Nivelación hasta el año 1997 y no es la misma en términos por habitante para cada CCAA sino que es mayor en las menos ricas ya que tienen una menor capacidad fiscal propia.

4. Las alternativas de financiación territorial de la sanidad en España

El diseño autonómico del Estado español en el año 2001, definido en la Constitución y la Ley General de Sanidad establecía un único sistema sanitario público o Sistema Nacional de Salud basado en la puesta en funcionamiento de los Servicios Regionales de Salud de las distintas CCAA, para lo que era preciso que éstas asumieran las competencias sobre todos los dispositivos asistenciales públicos en su respectivo ámbito geográfico.

La financiación sanitaria se enfrentaba así en 2001 a la resolución de una serie de problemas que en ese momento continuaban pendientes⁷⁹, como eran los siguientes:

a) *El sistema de financiación sanitario 1998-2001 no estaba, en todo caso, previsto en cuanto a su estructura y funcionamiento para una situación de transferencias sanitarias completas (tal y como la realmente producida en 2002). La consecuencia era la necesidad de dotarse de un sistema de financiación acorde con la finalización del proceso de transferencias.*

b) *Al ser un sistema que debía proveer de servicios sanitarios similares a todos los ciudadanos, parecía adecuado que una de las condiciones del sistema de financiación fuera la de establecer unos criterios semejantes para todas las CCAA que no tenían por qué ser necesariamente los de igualdad financiera (por ejemplo, en financiación per cápita).*

c) *El sistema de financiación en vigor hasta el 31 de Diciembre de 2001 resultaba inadecuado para hacer posible la colaboración autonómica en el control del gasto en sanidad, circunstancia impuesta por la Unión Económica y Monetaria, lo que haría necesario el establecimiento de mecanismos de corresponsabilidad fiscal para estimularlo. En cualquier caso, la tendencia del gasto sanitario era a experimentar continuos incrementos debido a la presión de diversos factores, lo que hacía que creciera a una elasticidad-renta superior a la unidad dándose una distribución territorial desigual de esas razones de crecimiento del gasto.*

⁷⁹ Vid. al respecto Rey (1998), Espadas et al. (1999), Cabiedes (2000), Monasterio (1998a y 2000a), Urbanos y Utrilla (2000) y González (2001).

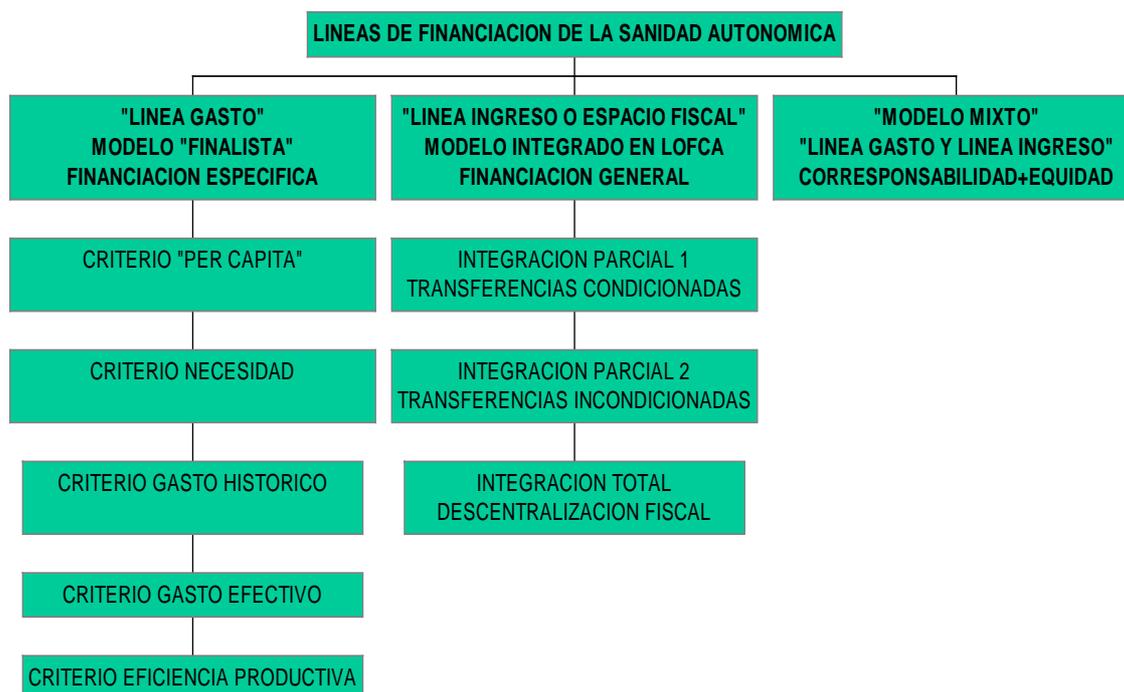
d) *No existía una valoración conjunta del gasto sanitario público global en España ni de su suficiencia estática ni la consideración de la distribución interna de ese gasto.* Era adecuado entonces que cualquier nuevo sistema de financiación sanitaria partiese de dicha estimación antes de ponerse a establecer criterios de crecimiento y de distribución del mismo.

e) Desde diversos ámbitos y en opinión de diversos académicos, *se había venido proponiendo anteriormente al 2002 la inclusión de la financiación sanitaria en la autonómica general, no tanto debido a consideraciones de carácter teórico sino más bien por algunas de las deficiencias que venía arrastrando el sistema de financiación sanitaria específico: niveles de insuficiencia financiera, existencia de déficit ocultos, falta de corresponsabilidad fiscal, ausencia de ajuste demográfico, de compensaciones por nivelación de servicios más explícitas o arbitrariedad de determinados ajustes relativos a la compensación por enfermos desplazados.*

En esta situación, parecía necesario revisar el procedimiento de asignación territorial del gasto sanitario en España, donde existía en el año 2001 un *debate abierto entre dos líneas de actuación: Continuar con un modelo finalista más refinado (financiación capítativa pura o ajustada) o bien integrarlo (parcial o totalmente) en el sistema general, ya que las estructuras de financiación sanitaria, en ocasiones, habían resultado ser perjudiciales para las CCAA además de configurar un modelo inconcluso de descentralización sanitaria.*

Una vez que se ha hecho referencia a este contexto, a continuación, se pasa a estudiar detenidamente las alternativas existentes en cuanto a los sistemas de financiación sanitaria como paso previo al análisis crítico y prospectivo que se planteará en el próximo capítulo en relación a la solución finalmente adoptada en el Acuerdo de Financiación Autonómica plasmado en Ley en 2001, la cual no indica a priori que el sistema pueda volver a ser revisado en el medio plazo dado su carácter de acuerdo a nivel político. Con carácter general, a continuación se analizan dos de las principales posibilidades: el mantenimiento de una situación similar a la del modelo finalista 1998-2001 (financiación específica basada en un sistema de transferencias condicionadas) con las adaptaciones necesarias, lo que supone en principio una mayor equidad, y la integración, con diferentes opciones, en el sistema de financiación autonómica general de la LOFCA, lo que se traduce en un incremento de la autonomía y corresponsabilidad fiscal de estos niveles subcentrales de haciendas (Cuadros 4.28 y 4.29).

CUADRO 4.28. ALTERNATIVAS DE FINANCIACION TERRITORIAL DE LA SANIDAD



FUENTE: Elaboración propia.

CUADRO 4.29. LA FINANCIACION SANITARIA. “LINEA GASTO” VERSUS “LINEA INGRESO O ESPACIO FISCAL” Y LA OPCION INTERMEDIA DE UN MODELO MIXTO (CORRESPONSABILIDAD FISCAL + EQUIDAD)

Línea Gasto: Ventajas	Línea Gasto: Inconvenientes	Línea Ingreso: Ventajas	Línea Ingreso: Inconvenientes	Modelo Mixto: Ventajas	Modelo Mixto: Inconvenientes
Admite ajustes al criterio per cápita	Arbitrariedad al elegir indicadores de ajuste y sus ponderaciones	Mayor autonomía del gasto en sanidad, corresponsabilidad fiscal y control gasto	Autonomía gasto y corresponsabilidad fiscal favorecería a CCAA más ricas	Mayor autonomía gasto sanitario y corresponsabilidad fiscal con ajustes	Arbitrariedad en los ajustes a posteriori.
Menor grado de incertidumbre	Menor margen de autonomía para las propias políticas autonómicas	Mayor margen de autonomía para las propias políticas autonómicas	Mayor grado de incertidumbre	Mayor margen de autonomía para las políticas y menor incertidumbre.	Dificultad de revisiones del modelo una vez implantado
Mayor equidad y solidaridad	Falta de autonomía financiera y de la corresponsabilidad fiscal, impidiendo el control del gasto	Mayor diversidad	Menor equidad y solidaridad	Mayor diversidad pero con mayor grado de equidad y solidaridad.	Problemas con crecimiento gasto sanitario por no seguir financiación a la eficiencia.

FUENTE: Elaboración propia.

4.1 Financiación específica (sistema de transferencias condicionadas)

Esta vía consistiría básicamente en funcionar con sistema finalistas similares por ejemplo al de 1998-2001 (“*modelo continuista*”) a través de transferencias destinadas a la financiación sanitaria en las diversas CCAA españolas, siguiendo la “*Línea Gasto*” y al margen de la LOFCA. Entre las *ventajas* de este sistema de financiación se incluyen las siguientes:

a) *Pueden basarse en una financiación capitativa pura* (escasamente manipulable y estrechamente relacionado con la universalización) *o compensatoria* (corregida en base a diferentes criterios que ajustarían mejor la población). Con ello, según el criterio de equidad adoptado, existiría un trato uniforme e igualitario para los ciudadanos de todos los territorios.

b) Este sistema podría tener su razón de ser en el hecho de que *desde algunas CCAA pudiera existir cierta inquietud porque la sanidad se diluyera en la complejidad de la financiación autonómica y sus problemas*, dado que esto sería realmente peligroso para aquellas CCAA que no hubiesen logrado una suficiencia económica y capacidad recaudatoria notable.

c) Es cierto que, aunque se controle mejor el gasto sanitario autonómico con el modelo integrado, *las ventajas en mayor financiación que se derivarían de la aplicación de los índices de crecimiento previstos en la LOFCA frente a la indiciación por el PIB nominal previsto específicamente en el sistema de financiación sanitaria podrían tener un carácter coyuntural*.

d) *La fórmula finalista, en principio, tiene como características principales ser más protectora frente a otras CCAA, más visible en los presupuestos y más comparable, a la vez que permite un mayor control de la Administración Central y mantener también el principio de equidad territorial en función de unos mínimos homogéneos en las prestaciones sanitarias*. De todos modos, también es cierto que en un modelo integrado existen mecanismos de compensación interregionales que podrían solucionar este tipo de problemas.

e) *Se puede dar una asimetría injusta para las CCAA ya que la Administración Central en su nuevo papel post-transferencial tendría que coordinar y así se reservaría gran parte de la capacidad normativa en materia de sanidad e impondría obligaciones económicas a las CCAA*. Así, el registro de nuevos medicamentos y precios, las nuevas vacunas o la asistencia sanitaria a los inmigrantes ilegales serían competencia estatal pero su financiación recaería en las regiones.

f) Por último, *la financiación finalista podría adecuarse a través de una reformulación adecuada a las necesidades de gasto sanitario*. Esto también se produciría en el modelo integrado, si bien será una decisión final de las regiones ya que en este caso tendrían que hacer explícitas sus preferencias por determinadas partidas de gasto público frente a otras.

No obstante, también es necesario advertir que un sistema como el descrito tiene asimismo una serie de *inconvenientes* como los siguientes:

a) *El carácter condicional de la financiación sanitaria no está relacionado con el principio de autonomía financiera y de gestión de las CCAA, lo cual es perjudicial*.

b) *El tratamiento igualitario promovido por este sistema finalista sería en términos de igual gasto por habitante y no de igual acceso a los servicios que puede considerarse como una comparación más adecuada.* Parece lógico que realidades espaciales, sociológicas y económicas diferentes deberían tener cierta influencia en la distribución territorial del gasto sanitario.

c) *El punto de partida de la distribución de los fondos sanitarios en el año 2001 no parecía ser por completo igualitario.* A los sesgos introducidos en 1997 para determinar la financiación actual habría que añadir que los porcentajes de población calculados introducían un sesgo inadecuado a favor de ciertas CCAA debido a su participación porcentual por razones históricas o de su población en censos anteriores (Cabasés, 1998a y b; Espadas et al., 1999).

De todos modos, si se deja a un lado este tipo de argumentos y profundizando en la alternativa de la financiación específica enmarcada dentro de la “*Línea Gasto*” (que puede incluso ser utilizada como complemento de un sistema de la “*Línea Ingreso*”) se tiene que, frente a la práctica española, la experiencia comparada y las recomendaciones de los expertos en la materia han venido planteando la posibilidad de que la distribución regional de los recursos sanitarios se llevase a cabo sobre la base de diferentes criterios que se pasa a analizar a continuación (per cápita, necesidad, gasto histórico, gasto efectivo y eficiencia productiva).

4.1.1 El criterio per cápita

Es el criterio más transparente y fácil de aplicar (resultados estables) al suponer la asignación de una misma cantidad de dinero por cada habitante, siendo utilizado (población protegida) durante el período 1994-2001 al distribuir el 98% del total de recursos. Con el horizonte competencial a financiar en el año 2001, la educación y sanidad suponían aproximadamente el 80% del total del gasto y como en estos servicios públicos los individuos son los destinatarios finales entonces la población parecía la variable más correlacionada con la necesidad de gasto en estos servicios. Según Gómez Sala y Sánchez Maldonado (1998a) “*un sistema de financiación sanitaria en el que los recursos se distribuyeran según la población de derecho regional sería más sencillo y en principio, adoptaría un criterio objetivo para todas*”. No obstante, a pesar de su simplicidad, los problemas que conlleva un indicador tan bruto como éste son evidentes por lo que, a continuación y en la línea de lo que realmente se ha aprobado por Ley en el nuevo modelo de financiación autonómica en el año 2001, pueden analizarse y explorarse otras soluciones que pasan a detallarse.

4.1.2 Las necesidades de gasto sanitario autonómicas: el marco conceptual y metodológico

Este criterio y su determinación en este caso para las CCAA es quizás uno de los temas más conflictivos en el desarrollo de cualquier sistema de financiación que pretenda emplearlo.

Tanto desde la propia literatura hacendística como desde los agentes implicados en el proceso (órganos centrales del Estado y CCAA) se han venido sucediendo los intentos encaminados a identificar los indicadores más adecuados para determinar las necesidades de gasto autonómicas, de modo que para el caso de la sanidad sólo existía cierto acuerdo en el peso preferente que le correspondía a la población y, desde el año 2002, a su grado de envejecimiento relativo en cada región. Afortunadamente, en la actualidad, puede afrontarse este problema mejor que hace algunos años pues, por un lado, no son escasos los trabajos que con diversos enfoques metodológicos han tratado de aproximarse a esta cuestión y, por otro, se cuenta con las propias aproximaciones que se han realizado en nuestro país para algunos de los modelos anteriores (CPFF, varios años) y con una experiencia comparada muy rica. Así, los países federales a través de determinadas Agencias gubernamentales o de las correspondientes Cámaras de representación territorial⁸⁰ también se han ocupado de ese tema y lo han resuelto relativamente, a pesar de la complejidad técnica y política asociada a la puesta en marcha de una metodología adecuada de estimación de las necesidades de gasto.

4.1.2.1 El concepto de necesidad de gasto sanitario

En relación con el anterior aspecto, la determinación exacta del concepto de necesidad y su cuantificación para el caso de las CCAA españolas es quizás uno de los temas más polémicos y que tradicionalmente han estado más presentes en el debate académico y político sobre la financiación autonómica. Definir qué se entiende por necesidad de gasto sanitario no es una tarea fácil. Así, por un lado, es un concepto relativo al ser medido en comparación con otros individuos que realizan la misma actividad o respecto a una definición normativa del mismo (“*mínimo establecido*”). Por otro lado, tiene un carácter subjetivo, ya que es prácticamente imposible consensuar un indicador aceptado por todos los colectivos implicados en el mundo sanitario. A ello se añade que, si bien puede mostrarse empíricamente que la sanidad es una inversión que puede generar mayor bienestar tanto individual como social, existen otros gastos en inversión y en consumo alternativos capaces de generarlo que pueden ser preferidos por la sociedad, lo que supone tener en cuenta que existen costes de oportunidad en términos de política pública⁸¹.

⁸⁰ Como, entre otras, la *Advisory Commission on Intergovernmental Relations* (Estados Unidos), *Finance Commission* (India), *Bappenas* (Indonesia), *Commonwealth Grants Commission* (Australia), *Department of the Environment* (Reino Unido) y *Bundesrat* (Alemania),

⁸¹ No olvidar que según la LGS y la CE la Sanidad es un Bien Preferente y que el mercado tiene su razón de ser al satisfacer demandas solventes de los individuos, pero no sus necesidades ya que, si bien éstas pueden ser apremiantes como el caso de un paciente con grandes riesgos de fallecer si no es intervenido quirúrgicamente de una enfermedad cardiovascular, es el individuo ha de tener que pagarlas en el mercado y si no puede afrontarlo entonces en países donde el Estado de Bienestar está ampliamente arraigado o cuando al menos existe un consenso social amplio al respecto, como es el caso de los países europeos y de España en particular, el Estado debe ocuparse de ello.

De un modo general, tal y como apuntan López Laborda y Salas (2002), según la Teoría del Federalismo Fiscal (acogida expresamente por alguna Constitución federal, como la alemana o la canadiense) podría entenderse a la necesidad de gasto de una jurisdicción como “*el gasto en que ésta debe incurrir para proporcionar a sus residentes un nivel de los bienes y servicios públicos de su competencia razonablemente similar al proporcionado por las restantes jurisdicciones*”. Si ese nivel no es alcanzable mediante la realización de un determinado esfuerzo fiscal sobre sus propios impuestos, la jurisdicción resultará acreedora de una transferencia, procedente del nivel central o de las jurisdicciones excedentarias. Traducido a este caso, dicha definición supone que la necesidad de gasto sanitario de un gobierno autonómico pueden entenderse como “*el nivel de gasto en el que éste debería incurrir para alcanzar un determinado nivel de resultados en la provisión del servicio*” (Ladd y Yinger, 1989). En este sentido, el problema fundamental que afecta a la evaluación de las necesidades sanitarias es la imposibilidad de obtener medidas directas de dicha necesidad ya que implicaría reconocimientos médicos y tests diagnósticos a una muestra representativa de la población, lo que es generalmente inviable.

De otro lado, los determinantes de la necesidad de atención sanitaria son complejos y no existe apenas evidencia empírica sobre el modo en que interaccionan para generar un nivel determinado de necesidad (Carr-Hill et al., 1994a y b). Por tanto, surgen al menos tres criterios que se englobarían en el más amplio de necesidad:

a) *Utilización*: Se fundamenta sobre el principio de que cada persona debería tener la misma oportunidad de utilizar los servicios sanitarios, por lo que estarían más necesitadas y deberían ser favorecidas en el reparto de los recursos aquellas regiones que menos utilizan los servicios de salud y viceversa (menos necesidad implicaría mayor uso).

b) *Estado de salud*: Se considerarían áreas más necesitadas las que tienen peor estado de salud, por lo que los recursos se repartirían inversamente proporcional a la situación sanitaria⁸².

c) *Cobertura de servicios sanitarios*: Pretende que se logre el mismo grado de cobertura para los distintos grupos de riesgo al nivel regional y aboga por discriminar positivamente en la distribución del gasto a aquellas áreas con un nivel mas bajo de cobertura de estos servicios.

No obstante esto, es necesario diferenciar entre el concepto de necesidad de gasto a nivel relativo o absoluto en el caso de las regiones españolas.

⁸² Como ya se comentó en el capítulo segundo de esta tesis doctoral, el intento más notorio de aplicar los criterios de necesidad de utilización y estado de salud lo ha representado la fórmula de reparto propuesta en el conocido informe RAWP, aplicada desde 1976 en Inglaterra. La idea básica de dicha fórmula era la de distribuir los recursos sanitarios en función del porcentaje de cada área en la población total, corregida ésta con un indicador de utilización y otro representativo del estado de salud si bien se han dirigido numerosas críticas a la misma.

Así, el establecimiento de unas necesidades de gasto relativas a pesar de las dificultades que conlleva resulta más o menos asequible mientras que el cálculo de unas necesidades de gasto absolutas no es tan fácil (Fernández Gómez, 1993). De ahí que, optando por construir índices compuestos que proporcionen una escala relativa de necesidad para el servicio sanitario en cada CCAA, existen dos aproximaciones diferentes aunque con matices⁸³ (Cabrer, Mas y Sancho, 1991a y b):

a) La primera se relacionaría con el *exceso de demanda o déficit* al contemplarla como la diferencia entre la demanda potencial de bienes públicos y sus dotaciones (oferta).

b) La segunda aproximación consiste en la estimación de las *demandas potenciales* de bienes y servicios públicos, ignorando cualquier consideración sobre las ofertas, dotaciones existentes o déficit de los mismos. No deben confundirse entonces los conceptos de necesidad y demanda sanitaria ya que, por un lado, la demanda en una región es un concepto absoluto, cuantificable y asociado con el número de beneficiarios del servicio y sus peticiones de calidad. Por otro lado, las preferencias de los individuos de una región, con las que forman sus cantidades demandadas del servicio, suelen ser independientes de las ofrecidas y demandadas en otras regiones debido a la falta de información con la que poder comparar. En cualquier caso, podría suceder que una región presentará un mayor gasto sanitario absoluto y per cápita, pero también una mayor necesidad de gasto respecto a otras regiones. Asimismo, a priori, las diferencias en el nivel de gasto que dos regiones dedican a sanidad pueden estar perfectamente justificadas y ser aceptables si están originadas por los propios usuarios potenciales o por los costes unitarios de los factores productivos utilizados (Castells y Solé, 2000).

La definición de necesidad está condicionada por el contexto institucional y de descentralización (Castells, 2001) y recoge además criterios de eficiencia y equidad al tener necesidad respecto a un “*mínimo a garantizar*” establecido por el Estado, Ley o respecto a otros individuos o regiones y buscar como objetivo la “*igualdad de oportunidades de acceso al bien preferente*” en el país. La intervención pública podría guiarse así por la “*equidad de acceso*” según la cual dos personas que nazcan y vivan en distintas CCAA deberían tener, en igualdad de otras condiciones, iguales posibilidades de acceso a una determinada calidad sanitaria. La idea principal es que para conseguir este objetivo, definido en términos iniciales de acceso en igualdad de condiciones, se requerirán distintas cantidades de gasto público (y privado) dependiendo del contexto regional, social y económico de las regiones consideradas.

⁸³ No obstante, su construcción, a partir del enfoque convencional de la teoría de la demanda en el caso de los bienes públicos, presenta tres problemas de difícil resolución: la práctica gratuidad de los bienes individuales adquiridos que rompe la conexión entre cantidades demandadas y precios de las mercancías y dificulta el conocimiento de las preferencias relativas de los ciudadanos, la identificación de las variables implicadas cuando los precios son nulos (la evolución de la demanda puede estar definitivamente condicionada por la evolución de la oferta) y la determinación de la capacidad de los bienes públicos correspondientes de atender a una demanda mayor o menor.

La pregunta que se plantea a continuación es seleccionar cuáles son los indicadores y metodologías de estimación de éstos que aproximen de la manera más ajustada posible el concepto de necesidad de gasto sanitario que se pretende medir. Dado que existen numerosas dificultades para obtenerlos y que no existe un indicador unánimemente aceptado, queda en el ámbito político la decisión política de su determinación dado que “*en toda medición de necesidades de gasto por parte del investigador existe subjetivismo en su definición*” (Jorgen y Kabelman, 1999), por lo que en esta parte de la tesis doctoral se exploran posibles soluciones razonables comparándolas con el resto de evidencia empírica disponible en España.

4.1.2.2. La evidencia empírica sobre necesidades de gasto sanitario y distribución territorial de los recursos en España

La justificación de esta revisión de literatura económica sobre el tema viene dada por el hecho de que es de obligado conocimiento para cualquier aproximación previa a un estudio de este tipo. Así, tomando como base la investigación relativa a las necesidades de gasto sanitario autonómicas (Cuadro 4.30), puede decirse, en primer lugar, que existen trabajos que se han centrado en un sistema de cálculo de las necesidades mediante, por ejemplo, técnicas de estimación directa (al construir las necesidades sanitarias a partir de los diversos tramos de edad, sexo, frecuentación u otro tipo de variables⁸⁴), el método de componentes principales o el de optimización lineal (considerando o no índices de necesidad globales para diferenciar luego los específicamente sanitarios)⁸⁵ e incluso evaluando los resultados de una eventual traslación a nuestro país de la fórmula asignativa RAWP británica⁸⁶. Por último, también existe otra vía que corrige el índice de necesidades sanitario mediante el Análisis de Regresión⁸⁷.

⁸⁴ Vid. Aznar y López Laborda (1994), aunque éstos para el caso de la educación, “*Libro Blanco*” (1995), López I Casanovas (1999a) y Urbanos y Utrilla (2002).

⁸⁵ Vid. Bohigas y Ortún (1981), Ortún (1987), Puig (1987), Argimon y Allen (1988), Bosch y Escribano (1988a y b), Ruiz-Castillo y Sebastián (1988), Calsamiglia (1990), Cabrer et al. (1991a y b), Herrero y Villar (1991a y b), Carmona et al. (1992), López I Casanovas et al. (1992), Cabasés et al. (1993), Aznar y López Laborda (1994), Rico (1995) y Rico y Rubio (1996).

⁸⁶ Vid. López I Casanovas et al. (1992), Rico (1995) y Rico y Rubio (1996).

⁸⁷ Vid. Castells y Solé (2000 y 2001), López Laborda y Rodrigo (2000), García-Sempere y Peiro (2001), Tamayo (2001) y Urbanos y Utrilla (2001a).

CUADRO 4.30. PRINCIPALES ESTUDIOS SOBRE LAS NECESIDADES DE GASTO SANITARIO Y DISTRIBUCION TERRITORIAL DE LOS RECURSOS EN ESPAÑA (1988-2002)

Estudios a nivel nacional	Metodología y variables utilizadas	Principales resultados obtenidos
Bosch y Escribano (1988a y b)	Metodología Componentes Principales y variables utilizadas como tasa de mortalidad y natalidad, morbilidad, población menor de 5 años, mayor de 65 años y viviendas sin agua corriente.	Claras diferencias por CCAA. Problemas con el ACP y su rotación.
Ruiz-Castillo y Sebastián (1988)	Metodología Componentes Principales y ampliación de Bosch y Escribano (1988a y b)	Claras diferencias por CCAA. Problemas con el ACP y su rotación.
Calsamiglia (1990)	Metodología Componentes Principales y ampliación de Bosch y Escribano (1988a y b).	Claras diferencias por CCAA. Problemas con el ACP y su rotación.
Cabrer, Mas y Sancho (1991a y b)	Metodología Componentes Principales. Se estiman indicadores de demanda (necesidad) con de dotaciones de capital público derivando de déficit público	Claras diferencias por CCAA. Problemas con el ACP y su rotación.
Herrero y Villar (1991a y b)	Metodología Componentes Principales similar a Bosch y Escribano (1988a y b) y Calsamiglia (1990). Diseño de mecanismo de reparto de fondos en base a justicia distributiva.	Claras diferencias por CCAA. Problemas con el ACP y su rotación.
Carmona et al. (1992)	Optimización por programación lineal (población, morbilidad, IMPSE, déficits oferta/coste efectivo)	Todos los escenarios otorgan un peso a población superior al 80%.
López I Casanovas et al. (1992)	Optimización por programación lineal (población, morbilidad, esfuerzo fiscal e indicadores de oferta)	No se ofrecen resultados para todas las CCAA.
López I Casanovas et al. (1992)	Metodología RAWP (1988) con población, morbilidad, privación, utilización, desplazados y gasto.	Claras diferencias por CCAA.
Cabasés et al. (1993)	Optimización mediante programación lineal y variables como población y de déficits de oferta.	Todos los escenarios otorgan un predominio a la variable poblacional.
Aznar y López Laborda (1994)	Metodología Componentes Principales, críticas y propuesta alternativa (estimación directa).	Problemas con el ACP y su rotación.
“Libro Blanco” sobre la financiación de las Comunidades Autónomas (1995)	Metodologías diferentes y Estimación directa. No se opta por estándar normativo sino que se ofrece Igualdad de capacidad de gasto por habitante, usuario, usuario equivalente y equivalente ajustado.	Problemas con los criterios de equidad de los que se deriva una metodología diferente para cuantificar las necesidades de gasto.
Rico (1995) y Rico y Rubio (1996)	Metodología RAWP (1994) aplicada al España con población, morbilidad y privación social.	Claras diferencias por CCAA. Similitud con distribución PIB regional.
Ramos y De Miguel (1997)	Metodología Componentes Principales con mortalidad, necesidad atención y dificultades asistencia.	No se recoge ningún resultado concreto derivado de esta metodología .
López I Casanovas (1999a)	Metodologías diferentes y estimación directa según programas de gasto (Farmacia, Atención Primaria y Atención Especializada).	Excepto en algunas CCAA, correlación negativa entre el ajuste demográfico para el gasto en educación y el realizado en sanidad.
Castells y Solé (2000 y 2001)	Metodología Análisis de Regresión (1994) y variables diferentes utilizadas según programas de gasto (Salud, Atención primaria y Atención Especializada).	Claras diferencias por CCAA. Introducción de diferencias en costes y déficits iniciales de capital público.
López Laborda y Rodrigo (2000)	Descripción y valoración de la experiencia comparada y de la investigación aplicada.	Problemas con metodologías diferentes para necesidades de gasto.
Tamayo (2001)	Metodología Análisis de Regresión (MCO) con variables como RME, tasa de paro, dispersión geográfica, población menor de 5 años, mayor de 65 años, dispersión geográfica y renta per cápita.	Fuerte relación entre gasto realizado y la mayor o menor presencia de los grupos de edad de población menor de 5 años y mayor de 65 años.
García-Sempere y Peiro (2001)	Metodologías diferentes según programas de gasto (Farmacia en Atención Primaria).	Sensibilidad antes variaciones en variables.
Urbanos y Utrilla (2001 y 2002)	Metodología Análisis de Regresión según perfiles de gasto sanitario público por Estimación directa (Servicios extra/hospitalarios, Farmacia, Traslado, Prótesis y aparatos terapéuticos y otros gastos).	Claras diferencias por CCAA y distribución óptima de recursos. Aplicación al nuevo modelo de financiación autonómica.

FUENTE: Elaboración propia.

Haciendo un pequeño balance, la principal conclusión que puede extraerse de los trabajos aquí recopilados, a pesar de la disponibilidad de hasta cuatro técnicas o metodologías como las descritas (*estimación directa, técnicas de componentes principales, metodología RAWP y análisis de regresión*), es la dificultad que entraña tanto la depuración de variables y el establecimiento de sus ponderaciones como la construcción de procedimientos para la asignación de recursos en base a algún indicador de necesidad generalmente aceptado tanto en cuanto a la metodología empleada como para su aplicación como criterio de reparto.

En este sentido, es necesario señalar la falta de un consenso metodológico en esta materia, circunstancia parecida a lo que sucede con las balanzas fiscales, dada la sensibilidad de los resultados en la estimación del grado de necesidad regional respecto a las variaciones metodológicas empleadas, a las variables utilizadas, a la muestra escogida, al momento de tiempo en el que se realiza la estimación o a los criterios de agregación empleados cuando se están analizando diferentes tipos de gastos por separado. En todo caso, existe otra dificultad adicional, reconocida por la mayor parte de estos estudios, como es la falta de disposición de fuentes estadísticas de calidad sobre variables reconocidas como expresivas de la necesidad en cualquiera de sus variantes⁸⁸. Es decir, existen dificultades importantes para medir las necesidades de gasto de las jurisdicciones subcentrales pero como afirman Mas y Pérez (1991) “*las dificultades no pueden conducir a un abandono del problema, porque el statu quo también resulta muy insatisfactorio*”. Es decir, las tres técnicas señaladas anteriormente tienen sus ventajas e inconvenientes, reconocidas por sus propios usuarios en sus trabajos de investigación. Así, Castells y Solé (2000) señalan que “*la opción metodológica que se adoptará es la consideración de los resultados como una evidencia empírica más que requiere la aplicación de juicios de valor informados para llegar a la determinación de la fórmula final de distribución, considerando también los resultados obtenidos a partir de procedimientos mas sencillos de estimación directa*”. Una de las soluciones podría ser entonces la utilización combinada de todas las técnicas disponibles para así alcanzar resultados más satisfactorios, siendo éste el procedimiento seguido en otros países.

Con estas enseñanzas se plantea a continuación la elaboración de diversos esquemas de reparto alternativos al sistema anterior (1998-2001) y al actual (vigente desde el 2002 aunque realmente su año base es 1999), pudiendo resultar interesante analizar desde un punto de vista crítico el mecanismo actual en comparación con el anterior así como la posible revisión de la fórmula actual en el medio plazo frente a su no-actualización.

⁸⁸ Salvo los datos disponibles regularmente sobre algunas variables como la mortalidad a través de los datos del INE para las demás no se dispone de datos recopilados adecuadamente o bien no se conoce su verdadero valor.

4.1.2.3. Una aproximación a las metodologías de cálculo de las necesidades de gasto sanitario y su aplicación como criterios de reparto de los recursos

En relación con lo que se acaba de plantear, en esta sección no se va a pretender formular una nueva metodología para determinar las necesidades de gasto sanitaria autonómicas sino realizar un ejercicio empírico de estimación de las necesidades de gasto de los niveles inferiores de gobierno utilizando determinadas técnicas estadísticas que nos permiten establecer sistemas de reparto de recursos. En primer lugar, además del fundamento teórico se parte del Análisis de Componentes Principales (ACP). Posteriormente, para reflejar la necesidad de gasto sanitario en un número reducido de indicadores, se realiza un Análisis Cluster (AC) para, finalmente, realizar un Escalado Multidimensional (EMD). Una vez contrastado que existen diferentes necesidades de gasto sanitario según las CCAA, se proponen modelos basados en el Análisis de Regresión (AR) para cuantificar las mismas.

Todo ello tiene por objetivo analizar las implicaciones normativas y positivas de especificaciones alternativas del criterio de necesidad realmente adoptado en el actual Acuerdo de Financiación Autonómica, siendo esto, particularmente relevante dado que la definición operativa del criterio de necesidad sanitaria regional es una explicitación normativa de la distribución de recursos sanitarios establecida por los políticos y legisladores. En base a estas hipótesis, se estiman e interpretan las necesidades de gasto sanitario desde 1996 a 1999, año éste último que coincide precisamente con el año base del nuevo modelo de financiación autonómica y que permitirá realizar proyecciones dinámicas en base a las estimaciones intercensales de población del INE hasta el año 2005. Por tanto, se exploran las diversas alternativas existentes para obtener una aproximación válida de las necesidades de gasto sanitario en España que pueda finalmente contrastarse con el resto de estudios empíricos realizados ya que es cuestionable que el criterio per cápita simple responda al objetivo de equidad geográfica.

Tradicionalmente en las estimaciones de este tipo se han venido utilizando datos agregados para establecer la capitación ajustada por el riesgo (Newhouse, 1998) aunque algunos países han desarrollado métodos de asignación de los fondos sanitarios basados en el empleo de datos individuales, como ilustran Le Grand y Mossialos (1999) y, en concreto, en el estudio de Rice y Smith (1999) se revisan los sistemas de capitación y los ajustes por riesgo utilizados en una muestra de 19 países, entre los que se incluye España. La ventaja fundamental que se deriva del empleo de datos individuales radica en que permite superar el problema de la “*falacia ecológica*” que aparece cuando se utilizan datos agregados y que consiste en la identificación de factores que, a nivel agregado, se muestran como determinantes del gasto, pero que no se corresponden con factores de necesidad a nivel individual (lo contrario viene dado por la “*falacia atomista*”).

Sólo en circunstancias especiales la media de las necesidades sanitarias de un área será igual a las necesidades de un individuo “*medio*” representativo de esa área lo que ha movido a Carr-Hill et al. (2000) a recomendar que los esfuerzos en el Reino Unido han de ir hacia la capitación basada en datos individuales. No debe olvidarse que la supuesta operatividad de todos estos sistemas está lastrada por su evidente complejidad y condicionada por la calidad y cantidad de la información disponible, lo que plantea un cierto peligro al utilizar sistemas de este tipo ya que pueden introducir oportunidades para el comportamiento estratégico de las partes implicadas en la negociación sobre la asignación de los recursos. Por ello, parece que en el caso español debería seguir trabajándose con datos agregados para el conjunto del gasto, pensando en que la utilización de los datos individuales puede ser aconsejable para el futuro y, en todo caso, para una parte del gasto sanitario dadas las limitaciones de este enfoque.

También es necesario señalar que cuando se estiman las necesidades de gasto sanitario no se debe olvidar el concepto de equidad, si bien en este punto no existe una definición de consenso y plenamente operativa (López I Casasnovas, 2000c). A este respecto, en el Plan de Salud del M° de Sanidad y Consumo de 1995 se mencionaban tres aspectos de equidad: equidad en el acceso (“*acceso a igual servicio para igual necesidad*”), en los recursos (“*iguales recursos para igual necesidad*”) y equidad financiera (“*distribución equitativa del gasto*”). Aunque se dio la circunstancia que en el cuestionario sobre los objetivos del SNS los tres aspectos obtuvieron un elevado nivel de consenso en cuanto a su consideración y valoración como objetivos de alta prioridad, se antepone la equidad en el acceso a la equidad en los recursos y a la financiera. Asimismo, parece existir cierto consenso en la literatura entorno a esta interpretación (Cabasés et al., 1993; Espadas et al., 1999). Es decir, aplicar la misma financiación capitativa sin ajustar por territorios es muy improbable que permita conseguir la igualdad de acceso de todos los ciudadanos a los servicios sanitarios.

Conviene recordar aquí que ya el Informe Abril (1991) hacía referencia a la mejora de la equidad de las fórmulas de financiación del sistema, proponiendo un criterio de reparto de recursos “*per cápita*” corregido en base a las necesidades territoriales además de un fondo de nivelación interterritorial para paliar las diferencias en cuanto a inversión y dotaciones iniciales. Resulta claro entonces que la igualdad en el gasto regional per cápita no es un criterio de equidad en los sistemas sanitarios con diferentes tipos de descentralización, debido a que las desigualdades existentes están presentes en todos ellos incluso en cifras superiores a las españolas. Aunque tales desigualdades se han considerado significativas en cuanto a la relación entre gasto sanitario y renta, en otros casos reflejan la necesidad de diferentes niveles de gasto regional para alcanzar determinadas condiciones generales de equidad sanitaria relacionadas con el acceso a los servicios establecidas de manera específica (Puig, 1999; Tamayo, 2001).

En resumen, el cálculo correcto de las necesidades de gasto sanitario puede simplificarse empleando alguna de estas tres soluciones:

a) *Suponer que existe una relación proporcional directa entre las necesidades de gasto y la población.* La dificultad en este caso viene por no emplear ajustes de riesgos poblacionales.

b) *Utilizar indicadores objetivos normativos del servicio sanitario como “proxy” de la variable necesidades de gasto.* Esto supondría prescindir del coste unitario y tomar en consideración *ad hoc* según preferencias políticas o de los expertos las variables poblacionales, epidemiológicas y socioeconómicas relevantes con la restricción de la información disponible. Esta aproximación plantea el problema de su carácter contingente y su excesiva dependencia de los decisores además de la fuerte restricción de asimilar el concepto de necesidad al gasto existente y la dificultad de separar oferta y demanda en servicios sanitarios, pudiendo confundir la necesidad con la creación de demanda debido a la oferta sanitaria existente.

c) *Emplear modelos de regresión para identificar los factores de necesidades de gasto sanitario.* Esta solución es la predominante en la Economía de la Salud.

4.1.2.3.1. Estimación de los indicadores de necesidad

En este caso, los índices de necesidad de gasto sanitario se calculan a partir de la identificación de variables de necesidad y sus correspondientes indicadores que aproximan la escala de prestación del servicio en base a indicadores demográficos, socioeconómicos y de estado de salud a los que se aplica en primer lugar la técnica de ACP y, a continuación, el AC y el EMD. Por tanto, el objetivo es el cálculo de un índice adecuado de Necesidades de Gasto Sanitario Relativo a nivel regional para la CCAA “*i-ésima*”, que denotaremos por NGR_i . Dicha estimación de necesidades sólo permitiría juzgar la distribución de fondos entre CCAA y no indicaría el volumen global de fondos a transferir a estos niveles de gobierno. Esto simplifica el problema del cálculo de necesidades además de ser una vía utilizada en el sistema comparado.

4.1.2.3.1.1. Análisis de Componentes Principales (ACP)

En este apartado se realiza un Análisis de Componentes Principales de las necesidades sanitarias según las diferentes regiones españolas. La opción metodológica utilizada en esta parte del trabajo se encuadra dentro del Análisis Factorial entendido como técnica estadística de análisis multivariante⁸⁹ que permite identificar un número relativamente pequeño de factores que pueden ser utilizados para determinar la relación existente entre un conjunto de variables intercorrelacionadas.

⁸⁹ Vid, entre otros, Hair et al. (1999) y Johnson (2000).

Así, el objetivo del presente análisis, en una primera fase, es el tratamiento conjunto de las variables de necesidad consideradas para la construcción de un indicador de necesidad de gasto sanitario, lo cual no deja de ser una simplificación, ya que muchas de las variables indicativas de necesidad podrían representar necesidades diferenciadas (por ejemplo, Atención Primaria o Especializada). Como consecuencia de este supuesto y de la mayor homogeneidad de los índices propuestos, es frecuente utilizar criterios de agregación estadísticos que busquen el cumplimiento de ciertas propiedades referidas a las relaciones entre el conjunto de variables.

A priori, es cierto que pueden señalarse numerosas variables *proxy* de necesidad de gasto público en sanidad, No obstante, se prescinde en el planteamiento del problema de las magnitudes presupuestarias tales como “*presupuesto de gastos sanitarios en una CCAA concreta y en un año determinado*” a fin de evitar estimaciones sesgadas como consecuencia de la inclusión de datos que reflejen las preferencias del pasado. En suma, la utilización del coste efectivo sólo asegura el mantenimiento de la distribución del gasto preexistente al proceso de descentralización del Estado. Pero, como advierten R.A. Musgrave y P.B. Musgrave (1981) “*los niveles de gasto existentes pueden constituir un indicador erróneo de las necesidades reales*”. El sistema sólo podrá garantizar que el nivel de prestación de los servicios públicos es comparable en todo el territorio nacional si ya lo era históricamente, lo cual es bastante dudoso.

La selección de variables explicativas que se incluyen en un análisis de este tipo resulta entonces crucial para determinar el resultado final (Rice y Smith, 1999) y pueden resumirse en que primero es necesario plantearse hasta qué punto pueden considerarse independientes unos factores de otros para posteriormente diferenciar los factores “*legítimos*” de necesidad, que explican las variaciones en el uso, de los “*ilegítimos*” de necesidad, como, entre otros, la propia oferta sanitaria (Smith, 1999).

Por lo que se refiere a la relación causal entre las variables finalmente escogidas y la necesidad de gasto sanitario es en algún caso obvia (población en sus distintas acepciones) y en otros casos parece necesaria una explicación adicional que obedecería en parte a la experiencia comparada, a las experiencias de estudios anteriores al respecto y a la discrepancia con dichos modelos tanto en la relevancia de algunas de las variables contempladas como en la ausencia de otras que se consideraban importantes y que podrían ser considerados como indicadores de necesidad⁹⁰.

⁹⁰ Por otra parte, Carr-Hill et al. (1994a y b) ponen de manifiesto que cada variable empleada debe interpretarse como *proxy* de factores sociales no medibles directamente, por lo que la variable seleccionada es menos importante que el factor social que ésta trata de capturar.

En la construcción de estos índices se sigue un enfoque de necesidad más estrictamente asociado a la idea de demanda potencial o necesidad bruta, lo que supone elegir como criterio la separación de la estimación de la demanda y de la oferta de servicios sanitarios públicos, realizando esta segunda estimación mediante Análisis de Regresión.

Por tanto, examinando las competencias sanitarias, es posible localizar y, por tanto, proponer un número de variables suficientemente elevado como para determinar las necesidades relativas de gasto sanitario autonómico. Esto es así ya que en el caso de las Necesidades de Gasto absolutas (NG_i) parece una tarea prácticamente inabordable, lo que no implica dejar a un lado que la construcción de indicadores de necesidad del servicio público sanitario lleva asociadas numerosas dificultades derivadas de las variables que se incluyan, respecto a quiénes o qué se compara y cómo se valoren las diferencias que se observen.

En este primer enfoque metodológico se van a manejar variables relativizadas teniendo en cuenta la población que permitan determinar las necesidades de gasto sanitario. Estas variables son elegidas en base a diferentes características como son ser universalmente contrastadas, consistentes, verificables, libres de incentivos perversos, no vulnerables mediante la manipulación y no depender de las decisiones de políticas tomadas por las CCAA. Esto restringe la elección de variables y limita las fuentes de información susceptibles de ser utilizadas (Smith, 1999). Dichas variables se refieren al año 1996 (modelo 1998-2001) y 1999 (año base del modelo de financiación autonómica actual) (Cuadro 4.31). Es conveniente también señalar que las variables consideradas inicialmente han sido seleccionadas objetivamente considerando las diversas combinaciones posibles (en paréntesis figura la notación posteriormente utilizada en el análisis).

CUADRO 4.31. VARIABLES Y FUENTES ESTADISTICAS UTILIZADAS EN EL ANALISIS DE COMPONENTES PRINCIPALES. AÑOS 1996 Y 1999

V. DEMOGRAFICAS	POBL<4, POBL 45-64, POBL 65-74 Y POBL>75
POBL<4	Población menor de cuatro años. Fuente: Población del Padrón de Habitantes del INE (1996 y 1999).
POBL 45-64	Población entre 45 y 64 años. Fuente: Población del Padrón de Habitantes del INE (1996 y 1999).
POBL 65-74	Población entre 65 y 74 años. Fuente: Población del Padrón de Habitantes del INE (1996 y 1999).
POBL>75	Población mayor de 75 años. Fuente: Población del Padrón de Habitantes del INE (1996 y 1999)
V. SOCIOECONOM Y DE ESTADO DE SALUD	MORT, MORTINFA, MORBIL Y PAROLDUR
MORT	Tasa de mortalidad. Fuente: Estadística de Defunciones según la causa de la muerte del INE (1996 y 1999)
MORTINFA	Tasa de niños menores de un año, que nacidos vivos, mueren antes de cumplir un año. Fuente: Estadística de Defunciones según la causa de la muerte del INE (1996 y 1999)
MORBIL	Prevalencia de enfermedades crónicas (tuberculosis, hepatitis, tosferina, sífilis, infecciones gonocócicas y SIDA). Fuente: Registro Nacional de Enfermedades de Declaración Obligatoria del INE (1996 y 1999) y M° de Sanidad y Consumo (1996 y 1999)
PAROLDUR	Porcentaje de parados de larga duración. Fuente: Encuesta de Población Activa del INE (1996 y 1999)
V. DESPLAZADOS	DESPLAZ
DESPLAZ	Número de desplazados recibidos menos emitidos (hospitalización fuera de la Comunidad Autónoma de residencia) medido por altas reales. Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria del INE (1997 y 1999) y M° Sanidad y Consumo (1997 y 1999)

Fuente: Elaboración propia.

1. Variables de Necesidad Demográficas

La necesidad de servicios sanitarios de una región viene determinada por el volumen de población pero también por su estructura demográfica, siendo éste un criterio importante dada la heterogeneidad existente entre regiones españolas. Por ello, es cierto que el nivel de edad infantil y de envejecimiento condiciona una mayor utilización de los servicios sanitarios. En concreto los menores de 5 años tienen un gasto sanitario 1,5 veces superior a la media poblacional, los mayores de 65 años tienen un gasto sanitario 3,5 veces mayor que la media y a partir de 75 años una persona consume 6 veces más (Mº Sanidad y Consumo, 1996, OCDE, varios años). Conviene destacar que en el nuevo modelo de financiación autonómica solamente se ha incluido como variable de ajuste importante al envejecimiento, considerando ahí a la población mayor de 65 años si bien como mostramos aquí puede ser recomendable introducir mayores ajustes de este componente demográfico mediante más variables que diferencien por grupos de edad.

- *Población menor de 4 años (POB<4)*: Esta variable trata de captar la utilización por encima de la media población de los servicios sanitarios de la población menor de 4 años. Se considera que cuanto mayor sea el valor de esta variable mayor grado de necesidad tendrá la región correspondiente. La fuente de información es el Padrón de habitantes de 1996 y 1999 que proporciona el INE.

- *Población entre 45 y 64 años (POB45-64)*: Esta variable trata de medir la utilización de servicios sanitarios de este grupo de población por encima de la media poblacional. De nuevo, se considera que cuanto mayor sea el valor de esta variable mayor grado de necesidad tendrá la región correspondiente. La fuente de información es el Padrón de habitantes de 1996 y 1999 que proporciona el INE.

- *Población entre 65 y 74 años (POB65-74)*: Esta variable trata de medir la utilización de servicios sanitarios de este grupo de población por encima de la media poblacional. Se considera que cuanto mayor sea el valor de esta variable ("*Tercera Edad*") mayor grado de necesidad tendrá la región correspondiente. La fuente de información es el Padrón de habitantes de 1996 y 1999 del INE.

- *Población mayor de 75 años (POB>75)*: Análogamente a los casos anteriores, mide la utilización de servicios sanitarios por encima de la media de dicho segmento de población más envejecida. Así, a mayor población de esta "*Cuarta Edad*" existirá una mayor necesidad de gasto sanitario. La fuente de información es el Padrón de habitantes de 1996 y 1999 del INE.

2. Variables de Necesidad Socioeconómicas y de Estado de salud

Este tipo de variables inciden de alguna manera en las barreras de acceso a los servicios sanitarios por los residentes de una comunidad. Los patrones de morbilidad, según estudios, varían entre clases sociales, de modo que las de mayor renta se caracterizan por el predominio de enfermedades metabólicas y degenerativas, patologías del ocio o consumo de ciertas drogas mientras que las clases medias tienden a enfermar especialmente por afecciones psicosomáticas y digestivas (asma, úlcera péptica o colón irritable) y las clases sociales de rentas más bajas suelen verse afectadas por enfermedades de tipo profesional, infeccioso, carenciales y mentales. Las variables consideradas han sido las siguientes:

- *Tasa de Mortalidad (MORT)*: Mide la incidencia de enfermedades que resultan mortales en la población y por tanto, la mayor necesidad de gasto sanitario. La fuente de información es la Estadística de Defunciones según la Causa de la Muerte (EDCM) de 1996 y 1999 que proporciona el INE.

- *Tasa de Mortalidad Infantil (MORTINFA)*: Mide el número de niños menores de un año que, nacidos vivos, mueren durante un año por cada 1000 nacidos vivos y por tanto, mide la mayor necesidad de gasto sanitario. La fuente de información es la Estadística de Defunciones según la Causa de la Muerte (EDCM) de 1996 y 1999 que proporciona el INE.

- *Incidencia de enfermedades crónicas (MORBIL)*: Junto con la mortalidad es otra de las medidas de salud clásicas al indicar la necesidad clínica “*inmediata*” derivada de la presencia de ciertas enfermedades, si bien su medida plantea el inconveniente de su relatividad y subjetividad. El indicador finalmente seleccionado es la incidencia por regiones de las enfermedades crónicas que se pretende disminuir con el objeto de añadir salud (básicamente, SIDA pero también tuberculosis, hepatitis, tosferina, sífilis e infecciones gonocócicas) y, por tanto, supone una mayor necesidad de gasto sanitario. La fuente de información es el Registro de Enfermedades de Declaración Obligatoria de 1996 y 1999 que proporciona el INE.

- *Porcentaje de parados de larga duración (PAROLDUR)*. La mayoría de los estudios realizados sobre el desempleo y la salud, han encontrado una asociación entre aquél y la falta de salud (Llano, 1996). La forma más inmediata de medir las oportunidades de acceso al empleo es a través de la tasa de desempleo. No obstante, parece más adecuado utilizar el porcentaje de parados de larga duración en vez de la tasa global de paro. Como ocurre con todas las variables relacionadas con el mercado de trabajo, este dato se obtiene de la Encuesta de Población Activa (EPA) del INE para 1996 y 1999.

3. Variables de Necesidad referentes a los Desplazados

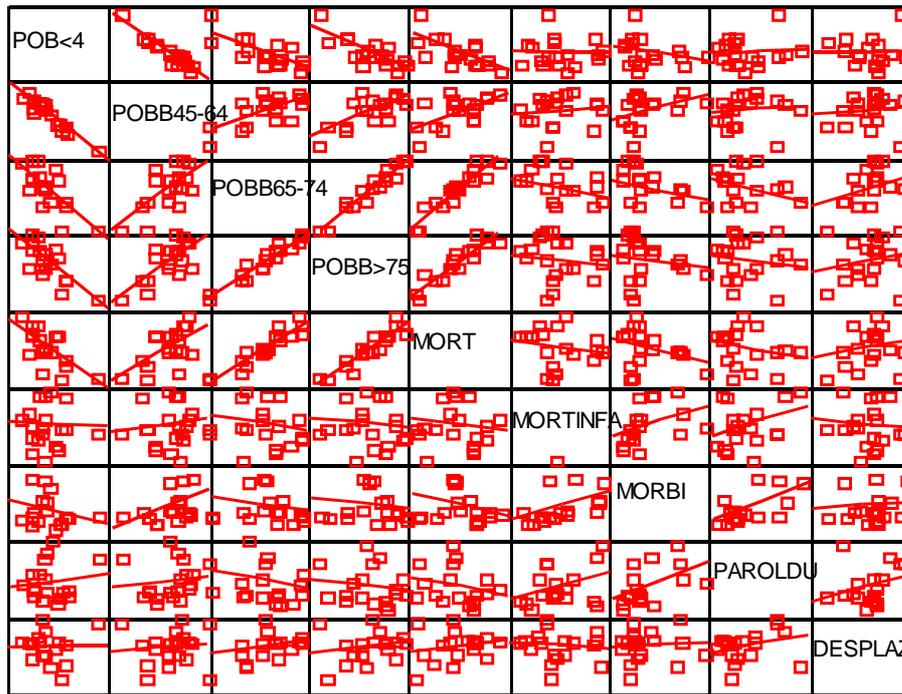
Es imprescindible tener en cuenta los movimientos de población ya que es posible recibir asistencia sanitaria en una CCAA diferente a la de origen y éste precisamente pasa a ser el criterio de reparto del fondo específico correspondiente del modelo de financiación actual. La variable seleccionada en este caso ha sido la siguiente:

- *Desplazados en sanidad (DESPLAZ)*: Mide el número de desplazados en atención sanitaria en cada CCAA expresado en altas reales. Por desplazado se entiende al paciente tratado en una CCAA que tiene su residencia habitual en otra (no se considera a los extranjeros o no residentes). Se supone que las CCAA “importadoras” de enfermos sean las que mayor cantidad demanden del servicio sanitario y por tanto, mayor necesidad de gasto tengan. Este indicador ha sido elaborado a partir de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria del INE (1997 y 1999). No obstante, podría ser aproximado mediante variables proxy tales como el turismo interior o el número de pernoctaciones en establecimientos hoteleros.

Además, se ha dado un marco territorial a la estimación para cada una de las CCAA comunes. En los Gráficos 4.2 y 4.3 se muestran en conjunto las relaciones entre cada una de esas variables si bien el resto de variables potencialmente expresivas de la necesidad no deberían tampoco descartarse por el hecho de que en el análisis realizado no nos hayan resultado significativas. En resumen, de los múltiples indicadores de necesidad disponibles, dada la inexistencia de un indicador (o conjunto de ellos) unánimemente aceptado, queda en el ámbito de la decisión política su valoración y selección, si bien en este trabajo se explorará una posible solución razonable utilizando diferentes técnicas de estadística multivariante.

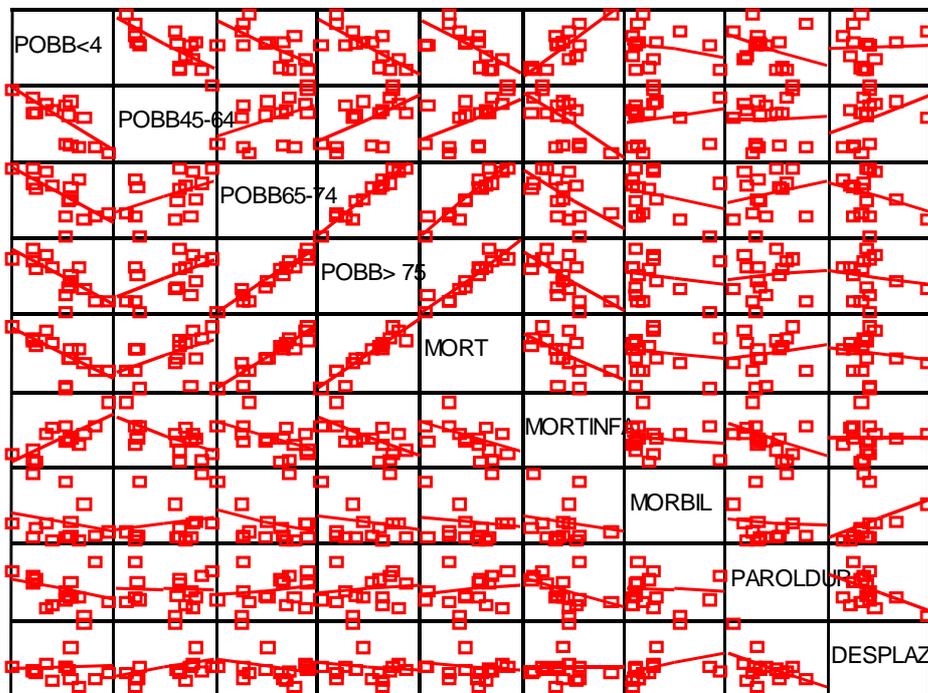
El modelo matemático que subyace a esta técnica es similar al de la regresión lineal y al del análisis discriminante ya que en él las variables aparecen como combinaciones lineales de una serie de factores subyacentes que no son observables siendo su principal objetivo extraer este factor o factores comunes que reproduce satisfactoriamente la matriz de correlaciones de las variables originales. Además, puede permitir reflejar el conjunto de variables con el menor número de factores posible y que a su vez éstos tengan una interpretación clara y un sentido preciso. El ACP puede ayudar a determinar si existe multicolinealidad entre esas variables de modo que el primer componente principal sea una combinación que explique la mayor proporción de varianza de la muestra, el segundo componente la segunda mayor proporción de varianza de la muestra y que a su vez esté incorrelacionado con el primero, y así sucesivamente hasta tantos componentes como variables.

GRAFICO 4.2. MATRIZ DE DIAGRAMAS DE RELACIONES ENTRE LOS DIFERENTES PARES DE VARIABLES DE NECESIDAD. AÑO 1996



Fuente: Elaboración propia.

GRAFICO 4.3. MATRIZ DE DIAGRAMAS DE RELACIONES ENTRE LOS DIFERENTES PARES DE VARIABLES DE NECESIDAD. AÑO 1999



Fuente: Elaboración propia.

Los Componentes Principales se obtienen a partir de la matriz de correlaciones entre las variables originales, evitando con ello el problema de las unidades de medida y proporcionando información acerca del comportamiento conjunto de las variables pues sólo los factores comunes contribuyen a la correlación entre las variables observadas. La matriz de correlaciones es una matriz simétrica y, a partir de ella, se puede obtener otra semejante a la anterior y que sea diagonal, donde el valor de los elementos de la diagonal principal sirve para determinar la contribución de cada factor o componente a la explicación de la varianza total. El sistema lineal supuesto por el análisis factorial permite identificar la estructura de la matriz de correlaciones entre las variables con el factor subyacente. Sin embargo, se han de realizar hipótesis adicionales, no puramente estadísticas, sobre la causación factorial y postulados de parsimonia.

Matemáticamente, el método de trabajo se lleva a cabo en diferentes fases. En primer lugar, el punto de partida es seleccionar, a partir de unas consideraciones previas, las variables originales “*i*” representativas de cada uno de los factores considerados de necesidad de gasto sanitario para la CCAA “*j-ésima*”: X_{ij} .

Las variables seleccionadas, además de ser relativizadas en base a la población, se transforman a fin de homogeneizar su significado, lo cual asegura que las correlaciones entre ellas y el indicador (componente) es el porcentaje de la varianza explicado por cada variable.

En ese sentido, el Análisis Factorial que sigue a continuación resulta a priori pertinente y puede proporcionar conclusiones satisfactorias. Es por ello que, a continuación, se aplica dicho análisis mediante la técnica de ACP para obtener grupos de variables con comportamientos homogéneos. Así, se obtiene la matriz de coeficientes de correlación entre las variables consideradas tomadas dos a dos por lo que cada coeficiente (r_{ij}) expresa el grado de relación lineal existente entre las variables x_i y x_j situadas respectivamente en la fila “*i-ésima*” y la columna “*j-ésima*” de la matriz.

De modo que si los factores son ortogonales entonces el coeficiente de correlación entre las variables “*i*” y “*j*” será:

$$r_{ij} = \sum_f r_{fi} r_{fj} = r_{1i} r_{1j} + r_{2i} r_{2j} + \dots + r_{ki} r_{kj}$$

donde:

k: Número de Componentes Principales

r_{fi} : Coeficiente de correlación entre el factor *f* y la variable *i*

La aplicación de la técnica estadística del ACP a la matriz de $i * j$ (i variables originales y j casos) permite así transformar la información contenida en la misma por la recogida en una nueva matriz de $k * j$ (k componentes principales y j casos). Estas nuevas variables o componentes principales que pueden denotarse por $P_1, P_2, P_3, \dots, P_k$, cumplen dos características que hacen que la transformación sea útil para determinados objetivos con son ser ortogonales entre sí y concentrar la varianza contenida en las variables originales en las nuevas de modo que el primer componente represente una proporción de esa varianza mayor, el segundo una proporción mayor de la que queda y así sucesivamente.

Es decir, se obtienen los Componentes Principales ($P_1, P_2, P_3, \dots, P_k$) y la proporción de varianza total que explica cada uno (α_j) siendo igual a:

$$\alpha_j = \frac{\lambda_j}{\sum_i Var(X_i)}.$$

Entonces se seleccionarían aquéllos (denotados por el subíndice p) cuya raíz característica, es decir, su autovalor (Eigenvalue) $\lambda_j = \sum a_{ij}^2$ ($j = 1, 2, \dots, k$) es mayor y explican un porcentaje relativamente alto de varianza (α_j). Además, también se cumple que:

$$Cov(X_j, P_j) = a_{ij} \text{ y que } \sum a_{ij}^2 = Var(X_j) = 1$$

Al ser los componentes variables tipificadas, se selecciona la variable que guarda mayor correlación con cada Componente ($X_{pj} = X_j$ cuyo a_{ij} es mayor).

Suponiendo que si $P = (P_1, P_2, P_3, \dots, P_k)$ es el vector de estos componentes principales también se cumpliría que estén tipificados de modo que, al ser ortogonales, la matriz de varianzas y covarianzas de estas nuevas variables tiene un determinante igual a la unidad. Una interpretación más intuitiva muestra que cada uno de los factores considerados representa una función de las variables primitivas, las cuales reciben distintas ponderaciones para cada componente. Con funciones lineales, se obtiene un sistema tal que:

$$X = P A'$$

O en forma más desarrollada:

$$X_1 = a_{11}P_1 + a_{12}P_2 + a_{13}P_3 + \dots + a_{1k}P_k$$

$$X_2 = a_{21}P_1 + a_{22}P_2 + a_{23}P_3 + \dots + a_{2k}P_k$$

$$X_3 = a_{31}P_1 + a_{32}P_2 + a_{33}P_3 + \dots + a_{3k}P_k$$

.....

$$X_i = a_{i1}P_1 + a_{i2}P_2 + a_{i3}P_3 + \dots + a_{ik}P_k$$

donde:

X_i : Variables primitivas

P_k : Componentes Principales

a_{ik} : Ponderaciones o “cargas” de dichos componentes:

La interpretación de los Componentes Principales no es fácil, al ser una combinación lineal de las variables originales, por lo que a fin poder solucionar este problema se han venido utilizado distintos métodos: proyección de las variables sobre pares de factores, giros o rotaciones de los ejes (componentes o factores) bajo ciertas restricciones, entre otras la rotación Varimax, o el efectuar una transformación no lineal para que todas las ponderaciones resulten positivas. Si se opta por la vía con más ventajas se tendría la rotación Varimax que consiste en hacer una rotación de los ejes, condicionada a que las componentes sean ortogonales y a que el cuadrado de la varianza de los coeficientes de saturación sea máxima con el objeto de que los coeficientes de asociación entre las variables y los componentes sean positivos y los más elevados posibles (los valores están acotados entre -1 y 1), por lo que esta transformación permite, en algunos casos, facilitar la interpretación siempre y cuando los coeficientes de asociación sean positivos. La limitación principal es que los valores propios asociados a los vectores propios (coeficientes de saturación) no mantienen sus valores (y por ende su importancia) después de la rotación y además no se garantiza que los coeficientes de asociación sean positivos. En este caso, la elaboración de índices complejos, a partir de la aplicación del ACP sobre un conjunto de variables, exige que los coeficientes de ponderación sean positivos ya que sino los valores de las variables podrían compensarse y no reflejar la realidad.

Por último, siguiendo a Bosch y Escribano (1988a y b) se puede pensar en elaborar una ponderación (α_i) que sintetice la información de cada variable, por lo que se define el índice que va a utilizarse en el reparto como la suma algebraica del valor de dichas variables ponderada por la proporción de varianza explicada por cada componente principal seleccionado:

$$I_i = \alpha_1 X_{p1} + \alpha_2 X_{p2} + \alpha_3 X_{p3} + \dots + \alpha_p X_{pp}$$

Dado que el Análisis factorial mediante ACP resulta a priori pertinente⁹¹ se calcula entonces el grado de correlación de las variables que serán objeto de análisis y se usa la matriz de correlaciones con el fin de evitar que la variable con la varianza más elevada tenga un mayor peso en la primera componente principal. Las altas correlaciones observadas hacen pensar, como se suponía, que todas las variables están midiendo a la vez una misma dimensión: la necesidad de recursos sanitarios. Precisamente esta circunstancia justifica la utilización de la técnica del ACP que se realizará a continuación

Los Componentes Principales serían entonces los Autovectores o vectores de Eigen (*Eigenvectors*) normalizados resultantes de diagonalizar la matriz de correlaciones de las variables mientras que las raíces características o Autovalores o valores de Eigen (*Eigenvalues*) correspondientes a cada Autovector serían las varianzas de las componentes principales. Así, del ACP aplicado a las 9 variables consideradas como representativas de la necesidad de gasto sanitario autonómico se muestran para los años 1996 y 1999 a tres de los nueve autovalores y el tanto por ciento acumulado y sin acumular que explica cada componente principal. A la vista de los resultados anteriores, parece conveniente, siguiendo el criterio de Kaiser-Guttman, quedarse con las tres primeras componentes principales pues explican el 85,126% en 1996 y el 85,031% en 1999 de la variabilidad conjunta de las variables originales, realizándose la interpretación económica de estos componentes en función de las variables con mayor influencia en los mismos. Los efectos de los restantes autovalores parecen estabilizarse siendo menores que la unidad, por lo que cada nueva componente explicaría una menor variabilidad que cualquiera de las variables originales tipificadas (Cuadros 4.32-4.35).

⁹¹ Los resultados de la primera fase del ACP aplicada a las regiones españolas indican lo siguiente:

- Los coeficientes de correlación de Pearson de la matriz de correlaciones en la mayoría de los casos resultan ser altamente significativos y el determinante de la matriz de correlaciones (0,00001195 en 1996 y 0,00002442 en 1999) es relativamente bajo.
- El resultado del test de Barlett para verificar si la matriz de correlaciones es una matriz de identidad se obtiene con un $X^2=149,244$ y $p=0,000$ en 1996 y con un $X^2=107,973$ y $p=0,000$ en 1999 por lo que resulta evidente que no se trata de una matriz de identidad.
- El índice KMO (*Kaiser-Meyer-Olkin*) es de 0,72 en 1996 y 0,71 en 1999. Bastante elevado y próximo a la unidad por lo que el ACP sería un procedimiento adecuado.
- Se obtienen valores muy bajos en las matrices anti-imágen
- Los MSA (*Measures of Sampling Adequacy*) son bastante altos en la diagonal de la matriz de correlaciones anti-imágen

CUADRO 4.32. VARIANZA TOTAL EXPLICADA Y AUTOVALORES OBTENIDOS EN EL ANALISIS DE COMPONENTES PRINCIPALES. AÑO 1996

AUTOVALORES	VALOR	% EXPLICADO	% ACUMULADO
COMP 1	4,205	46,718	46,718
COMP 2	2,201	24,452	71,170
COMP 3	1,256	13,956	85,126
COMP 4	0,770	8,553	93,679
COMP 5	0,480	3,339	97,018
COMP 6	0,299	1,324	98,342
COMP 7	0,005	0,787	99,129
COMP 8	0,001	0,599	99,728
COMP 9	0,001	0,272	100,000

Fuente: Elaboración propia.

CUADRO 4.33. VARIANZA TOTAL EXPLICADA Y AUTOVALORES OBTENIDOS EN EL ANALISIS DE COMPONENTES PRINCIPALES. AÑO 1999

AUTOVALORES	VALOR	% EXPLICADO	% ACUMULADO
COMP 1	4,296	47,730	47,730
COMP 2	1,761	19,570	67,300
COMP 3	1,596	17,731	85,031
COMP 4	0,588	6,530	91,561
COMP 5	0,342	3,800	95,361
COMP 6	0,271	3,006	98,367
COMP 7	0,008	0,991	99,358
COMP 8	0,005	0,533	99,891
COMP 9	0,001	0,109	100,000

Fuente: Elaboración propia.

CUADRO 4.34. MATRIZ DE COMPONENTES ROTADOS (ROTACION VARIMAX). AUTOVECTORES OBTENIDOS EN EL ANALISIS DE COMPONENTES PRINCIPALES. AÑO 1996

AUTOVECTORES	COMP 1	COMP 2	COMP 3
POB < 4	0,015	-0,217	0,185
POB 45-64	0,875	0,422	-0,115
POB 65-74	0,919	-0,295	0,168
POB > 75	0,944	-0,168	0,245
MORT	0,891	-0,314	0,176
MORTINFA	0,116	0,698	0,008
MORBIL	0,006	0,894	-0,132
PAROLDUR	0,122	0,516	0,204
DESPLAZ	0,516	0,103	0,936

Fuente: Elaboración propia.

CUADRO 4.35. MATRIZ DE COMPONENTES ROTADOS (ROTACION VARIMAX). AUTOVECTORES OBTENIDOS EN EL ANALISIS DE COMPONENTES PRINCIPALES. AÑO 1999

AUTOVECTORES	COMP 1	COMP 2	COMP 3
POB < 4	-0,101	-0,410	0,290
POB 45-64	0,697	0,534	0,134
POB 65-74	0,942	-0,261	0,131
POB > 75	0,971	-0,114	-0,001
MORT	0,927	-0,137	-0,001
MORTINFA	-0,168	0,394	-0,144
MORBIL	-0,145	0,812	0,001
PAROLDUR	0,107	0,289	0,001
DESPLAZ	-0,001	0,589	0,687

Fuente: Elaboración propia.

Desde el punto de vista conceptual, todas las variables deben contribuir positivamente en la elaboración del índice ya que todas ellas han sido seleccionadas como representativas de necesidades potenciales. El análisis estadístico utilizado es ciego pero la especificación conceptual previa obliga a que en la construcción de los índices todas las variables contempladas presenten ponderaciones de signo positivo si bien el método de ACP no garantiza que todos los coeficientes de saturación o ponderación (los elementos de los vectores propios asociados a los valores propios) tengan signo positivo. Con el fin de solucionar este problema se han propuesto distintos algoritmos de resolución del problema siendo uno de ellos la rotación Varimax que se efectúa bajo la condición de que el espacio original y el rotado cumplan determinadas propiedades estadísticas.

En base a ello, para los años 1996 y 1999 se efectúa la misma metodología pero con la rotación más apropiada de los componentes inicialmente obtenidos (Varimax), cuya finalidad no es otra que la de ayudarnos a interpretar, en el supuesto de que no quede claro la matriz de pesos factoriales no rotada, el sentido y significado de cada una de las variables en cada componente. La rotación Varimax⁹² mantiene entonces la ortogonalidad, pero llevando a cabo una redistribución de la varianza explicada por cada componente, de forma que cada componente se identifique más con los grupos definidos de indicadores, aunque eso lleva a que el primero y segundo componente pierdan parte de su capacidad explicativa.

En este sentido, la denominación es una forma de identificar los factores de tal manera que el nombre o la etiqueta escogidos para cada uno permita, sin grandes dificultades, reflejar cuál es básicamente la composición cualitativa de cada pauta factorial y deberá tener en cuenta tanto el peso o ponderación de las variables primitivas como la relación económica significativa entre las variables predominantes lo que hace que no siempre resulte una labor sencilla el etiquetado de los componentes principales, por cuanto el hallazgo de conexiones representativas dista mucho, en la mayoría de los supuestos, de ser obvio (Cuadros 4.36 y 4.37).

CUADRO 4.36. COMPONENTES PRINCIPALES Y VARIANZA EXPLICADA. AÑO 1996

COMPONENTE PRINCIPAL	DENOMINACION	VARIABLES CLAVE	% VARIANZA COMUN
P ₁	Estructura Demográfica (DEMO)	POB 45-64, POB 65-74, POB>75 y MORT	46,718
P ₂	Características Socioeconómicas y de Estado de Salud (SCSAL)	MORBIL, MORTINFA, PAROLDUR y POB<4	24,452
P ₃	Atracción (ATRA)	DESPLAZ	13,956

Fuente: Elaboración propia.

⁹² Tal y como señalan Harman (1967) y Rummel (1977) su objetivo es situar los primeros componentes en torno a grupos de variables de forma que cada uno de estos quede identificado o representado por aquellos.

CUADRO 4.37. COMPONENTES PRINCIPALES Y VARIANZA EXPLICADA. AÑO 1999

COMPONENTE PRINCIPAL	DENOMINACION	VARIABLES CLAVE	% VARIANZA COMUN
P ₁	Estructura Demográfica (DEMO)	POB 45-64, POB 65-74, POB>75 y MORT	47,730
P ₂	Características Socioeconómicas y de Estado de Salud (SCSAL)	MORBIL, MORTINFA, PAROLDUR y POB<4	19,570
P ₃	Atracción (ATRA)	DESPLAZ	17,731

Fuente: Elaboración propia

Por tanto, los componentes principales que finalmente se establecen son los siguientes:

a) La primera componente (P₁) se opta por denominarla “*Estructura demográfica de la población*” (DEMO) y explica el 46,718% en 1996 y el 47,730% en 1999 de la varianza en función de variables como la POB 45-64, POB 65-74, POB>75 y MORT. Pondera cada una de las variables (excepto MORBIL, MORTINFA y DESPLAZ) positivamente de modo que un resultado elevado en envejecimiento o mortalidad de una CCAA respecto a ésta componente indicará una alta necesidad de recursos para la sanidad.

b) La segunda componente (P₂) se ha denominado “*Características socioeconómicas y de estado de salud de la región*” (SCSAL) y explica el 24,452% de la varianza en 1996 y el 19,570% en 1999 y viene definida por variables como la MORBIL, MORTINF, PAROLDUR y POB<4 al ponderarlas positivamente de tal manera que si la CCAA correspondiente tiene un alto índice de enfermos crónicos (indicador elegido de morbilidad), altas tasas de mortalidad infantil y de parados de larga duración además de alta población infantil, se traducirá en mayores necesidades sanitarias.

c) La tercera componente (P₃) se denomina “*Atracción*” y explica el 13,956 % de la varianza en 1996 y el 17,731% en 1999 y viene definida por DESPLAZ tal que una región con alto nivel de desplazados atrae pacientes por lo que necesitará mayor gasto sanitario.

En consecuencia, los tres componentes elegidos sintetizarían más del 85% de esa información tanto en 1996 como en 1999, siendo el primero de los mismos claramente el de mayor poder explicativo. En los Cuadros 4.38 y 4.39 se recogen las puntuaciones de los tres primeras componentes asociadas a cada CCAA tanto para 1996 como para 1999 derivadas de los valores de las variables originales en cada región y del tamaño de las cargas de esas variables en cada factor. Dichas puntuaciones asignan un valor a cada factor y región, con lo que se puede operar con las puntuaciones factoriales de la misma manera a como se hace con cualquier variable original:

a) Respecto a la primera componente, en 1996 las CCAA de Asturias, Aragón, Castilla-León, Galicia, La Rioja y Cantabria presentan las mayores necesidades de gasto en cuanto a la demografía y mortalidad. En el otro lado, es decir, las de menor necesidad de gasto destacan Canarias, Andalucía y Murcia. Por otro lado, en 1999 Asturias, Aragón, Castilla-León, Galicia, La Rioja y Cantabria siguen presentando las mayores necesidades mientras que Canarias, Andalucía y Murcia tienen menores necesidades de gasto sanitario.

b) En cuanto al segundo, en 1996 Baleares, Madrid, Cataluña y La Rioja necesitan más gasto debido a sus características socioeconómicas y a su morbilidad. En el lado opuesto, están Castilla-La Mancha, Extremadura, Cantabria, Castilla y León y Murcia. En 1999, Galicia, Canarias y Baleares tienen mayores necesidades de gasto a la vez que Castilla-La Mancha, Murcia y Extremadura mostrarían un menor grado de necesidad de gasto en sanidad

c) Finalmente, los resultados obtenidos para el tercer componente indican que en el año 1996, las CCAA de Cataluña, Aragón y Extremadura necesitan más gasto debido a la variable desplazados mientras que el caso contrario se produce en Canarias, Murcia y Galicia. En el año 1999, las CCAA de Cataluña, Aragón y Baleares necesitan más gasto debido al mismo motivo mientras que Andalucía, Galicia y Asturias tienen un menor grado de necesidad de gasto sanitario.

CUADRO 4.38. ORDENACION DE LAS REGIONES RESPECTO DE CADA COMPONENTE PRINCIPAL. AÑO 1996

CCAA	COMP 1	CCAA	COMP 2	CCAA	COMP 3
ASTURIAS	1,40699	BALEARES	1,88464	CATALUÑA	1,80989
ARAGON	1,04871	MADRID	1,48806	ARAGON	0,89989
CASTILLA Y LEON	1,03658	CATALUÑA	0,92416	EXTREMADURA	0,36299
GALICIA	1,02337	LA RIOJA	0,31753	CASTILLA Y LEON	0,17174
LA RIOJA	0,67499	ANDALUCIA	-0,06981	ASTURIAS	0,10457
CANTABRIA	0,55372	C.VALENCIANA	-0,08681	CANTABRIA	0,01689
CASTILLA-LA MANCHA	0,22483	GALICIA	-0,12242	CASTILLA-LA MANCHA	-0,12123
CATALUÑA	0,18187	ASTURIAS	-0,15080	ANDALUCIA	-0,29152
C.VALENCIANA	-0,02511	CANARIAS	-0,24368	LA RIOJA	-0,37238
EXTREMADURA	-0,08692	ARAGON	-0,50050	BALEARES	-0,40881
BALEARES	-0,25823	MURCIA	-0,57986	MADRID	-0,73860
MADRID	-0,32302	CASTILLA Y LEON	-0,82478	C.VALENCIANA	-0,75037
MURCIA	-1,00453	CANTABRIA	-0,88842	GALICIA	-0,84990
ANDALUCIA	-1,01256	EXTREMADURA	-1,51241	MURCIA	-1,01076
CANARIAS	-1,50503	CASTILLA-LA MANCHA	-1,58491	CANARIAS	-1,95310

Fuente: Elaboración propia

CUADRO 4.39. ORDENACION DE LAS REGIONES RESPECTO DE CADA COMPONENTE PRINCIPAL. AÑO 1999

CCAA	COMP 1	CCAA	COMP 2	CCAA	COMP 3
ASTURIAS	1,42463	GALICIA	1,73898	CATALUÑA	1,88561
ARAGON	1,20437	CANARIAS	1,33477	ARAGON	1,25624
CASTILLA Y LEON	1,15665	BALEARES	1,25284	BALEARES	1,18560
GALICIA	0,71746	CATALUÑA	1,15620	MURCIA	0,69258
LA RIOJA	0,62423	ASTURIAS	0,61430	LA RIOJA	0,64535
CANTABRIA	0,57226	MADRID	0,43923	C.VALENCIANA	0,13272
CATALUÑA	0,56837	CANTABRIA	0,39172	CANTABRIA	0,09566
CASTILLA-LA MANCHA	0,21860	C.VALENCIANA	-0,09073	CASTILLA-LA MANCHA	-0,14443
EXTREMADURA	0,05298	ARAGON	-0,42111	MADRID	-0,17399
C.VALENCIANA	-0,14839	ANDALUCIA	-0,61549	CANARIAS	-0,25456
BALEARES	-0,80422	CASTILLA Y LEON	-0,83420	CASTILLA Y LEON	-0,29634
MADRID	-0,99998	LA RIOJA	-0,95316	EXTREMADURA	-0,66236
MURCIA	-1,37316	EXTREMADURA	-1,28189	ASTURIAS	-0,76678
ANDALUCIA	-1,38253	MURCIA	-1,36133	GALICIA	-1,08093
CANARIAS	-1,82530	CASTILLA-LA MANCHA	-1,47020	ANDALUCIA	-1,60849

Fuente: Elaboración propia

La coincidencia de estos resultados con los de otras investigaciones y la confirmación de la tendencia mostrada ya en el año 1996 a raíz del análisis de 1999 estaría informando de la robustez de los indicadores construidos para detectar situaciones diferenciadas pero, simultáneamente, pone en guardia sobre su capacidad real para detectar posiciones intermedias. A continuación, con objeto de mejorar la consistencia de nuestro análisis, se plantea formar grupos de regiones con características homogéneas en cuanto a necesidad sanitaria mediante otras dos técnicas estadísticas como son el Análisis Cluster y el Escalado Multidimensional.

4.1.2.3.1.2. Grado de necesidad por grupos: Análisis Cluster (AC) y Escalado Multidimensional (EMD)

Comenzando por el primero, el Análisis por agrupación (Cluster Analysis) es en esencia una técnica que sirve para clasificar un conjunto de individuos (o de variables) en una serie de grupos y que, a diferencia del análisis discriminante, no están definidos a priori. Con el fin de establecer grupos de CCAA que reúnan unas características similares se realiza un Análisis Cluster y se utiliza el *método jerárquico aglomerativo* que supone que cada individuo es un pequeño grupo por si mismo y que no cambia de grupo en todo el proceso de agrupación hasta que sólo un único grupo contenga a todas las observaciones. La métrica del análisis es la euclídea al cuadrado⁹³ y el criterio de unión utilizado es la media dónde la distancia entre dos grupos es la disimilaridad media entre los puntos en un cluster y los puntos en otro cluster.

⁹³ En este caso, entre uno de los criterios posibles, se opta por la distancia euclídea al cuadrado para medir distancias entre sujetos o variables medidas en escalas de intervalo $D^2(X,Y)$. Esta distancia es la suma de las diferencias al cuadrado entre los dos elementos en la variable o variables consideradas (por ejemplo, X e Y), es decir:

$$D^2(X, Y) = \sum_{i=1}^n (X_i - Y_i)^2$$

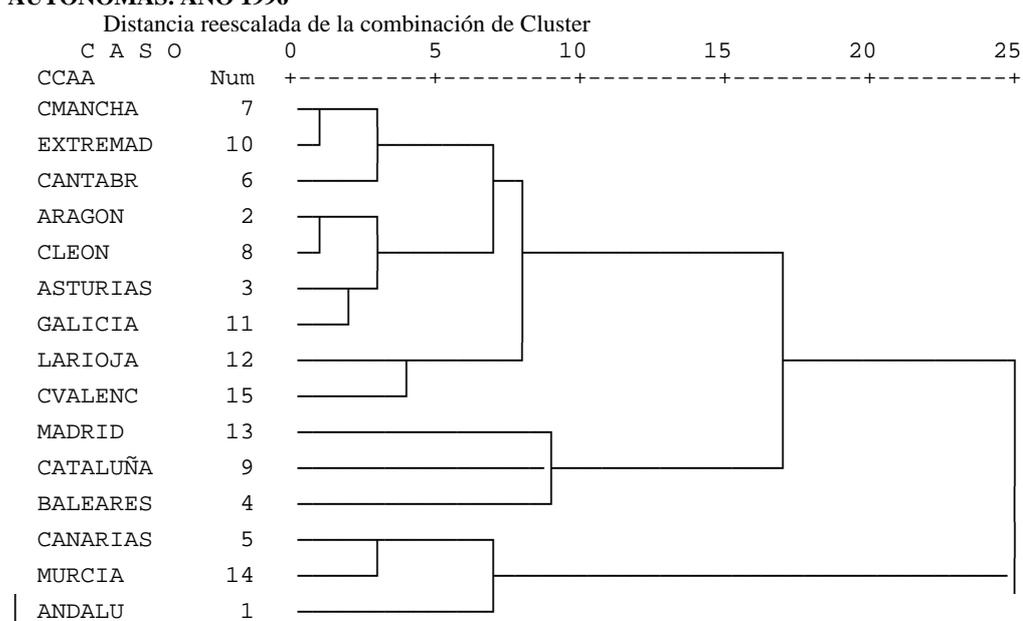
Dicho análisis forma parte de los procedimientos estadísticos multivariantes y tiene como origen una matriz de distancias o proximidades entre pares de sujetos o variables que permite cuantificar su grado de similitud-semejanza en el caso de las proximidades o su grado de disimilitud-desemejanza en el caso de las distancias por lo que, siguiendo este enfoque, se pueden formar clusters⁹⁴. En general, según los coeficientes de las tablas de aglomeración y el diagrama de árbol jerárquico (dendograma) de los Gráficos 4.4 y 4.5 tanto para 1996 como en 1999, pueden diferenciarse tres grupos relativos a la necesidad:

- **Grupo 1:** Para el año 1996 estaría formado por Andalucía, Canarias y Murcia. Representa el grupo de regiones mejor situadas en cuanto a su capacidad de atender al grado de necesidad relativa de gasto en sanidad, por lo que tienen una baja necesidad sanitaria respecto al resto. Para el año 1999 estas características estarían de nuevo presentes en regiones como Andalucía, Canarias y Murcia.

- **Grupo 2:** Para 1996 estaría formado por Aragón, Asturias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla-León, Extremadura, Galicia, La Rioja y C.Valenciana. En principio, estas CCAA presentan una mayor necesidad de recursos que el resto. Para 1999 el grupo de regiones formado por Aragón, Asturias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla-León, Cataluña, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid y C.Valenciana presentan mayor necesidad de recursos.

- **Grupo 3:** En 1996 lo compondrían Baleares, Cataluña y Madrid. Estas son CCAA ricas y presentan necesidades bastante altas según casi todas las variables utilizadas aunque en mucha menor medida que en el grupo anterior. En 1999 este grupo lo compone solamente Baleares.

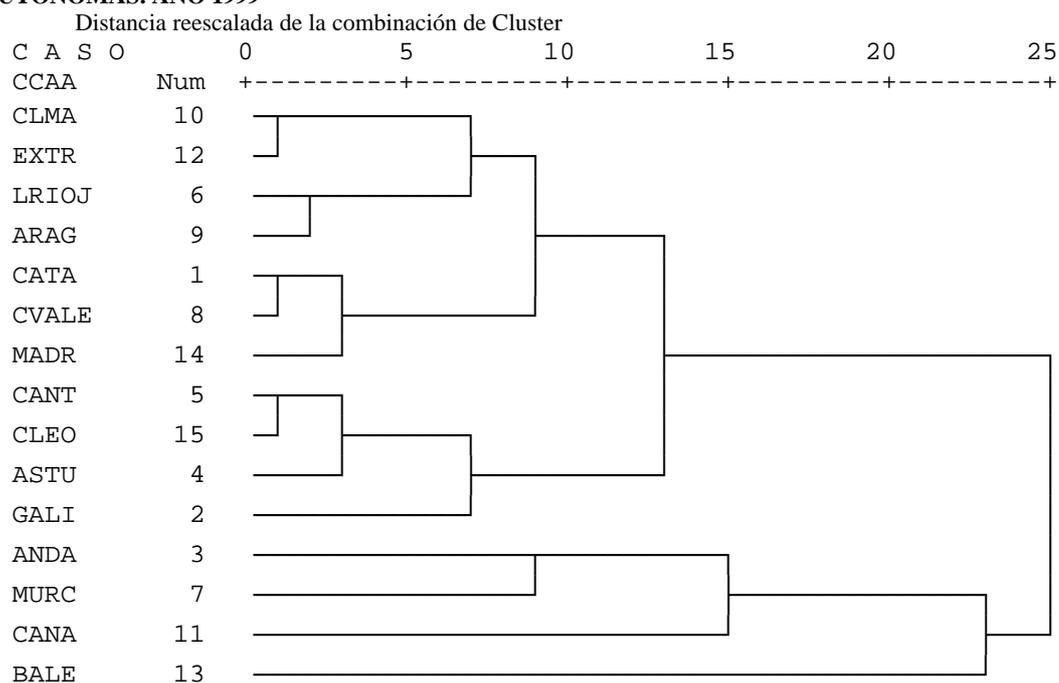
GRAFICO 4.4. DENDOGRAMA DEL ANALISIS CLUSTER. GRUPOS DE COMUNIDADES AUTONOMAS. AÑO 1996



Fuente: Elaboración propia a partir de la información expuesta anteriormente.

⁹⁴ Vid. Aldenderfer y Blashfield (1984) y Everitt (1993)

GRAFICO 4.5. DENDOGRAMA DEL ANALISIS CLUSTER. GRUPOS DE COMUNIDADES AUTONOMAS. AÑO 1999



Fuente: Elaboración propia a partir de la información expuesta anteriormente

Por tanto, se observa como de las siete CCAA que en el año 1996 formaban parte del INSALUD-Gestión Transferida sólo Galicia y la C.Valenciana presentan un mayor grado de necesidad que el resto. Respecto al INSALUD-Gestión Directa, siete de las diez CCAA de ese territorio (Aragón, Asturias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla-León, Extremadura y La Rioja) están mal situadas en cuanto a una atención adecuada de su grado de necesidad de gasto sanitario. Por otro lado, de las siete CCAA que en el año 1999 formaban parte del INSALUD-Gestión Transferida sólo Cataluña, Galicia y la C.Valenciana presentan un mayor grado de necesidad que el resto de CCAA que pertenecen a ese territorio mientras que en el INSALUD-Gestión Directa, ocho de sus diez CCAA (Aragón, Asturias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla-León, Extremadura, La Rioja y Madrid) estarían mal situadas en cuanto a una atención adecuada de su grado de necesidad de gasto sanitario.

En relación con el segundo enfoque utilizado, el Escalado Multidimensional (EMD) o Multidimensional Scaling (MDS) es un procedimiento que, a partir de las distancias (desemejanzas o disimilitudes) o de las proximidades (semejanzas o similitudes) entre pares de sujetos/objetos, tiene como objetivo fundamental encontrar un espacio métrico con un número determinado de dimensiones que represente la posición de estos sujetos/objetos en dicho espacio y de acuerdo con sus distancias o proximidades.

Es necesario tener en cuenta indicadores de la bondad del ajuste del modelo a los datos como son el Stress, el S-Stress o el RSQ, cuyos valores pueden cambiar en función del número de dimensiones seleccionadas si bien siempre ha de estar presente que la interpretación de los resultados será tanto más sencilla cuanto menor sea el número de dimensiones.

En efecto, y ya que la finalidad primordial del EMD no es otra sino la de posicionar una serie de sujetos/objetos en un espacio de t dimensiones y ser capaces de interpretar el sentido y significado de estas dimensiones, éste ha de ser en definitiva el criterio fundamental a la hora de fijar el número. En cuanto a la escala del modelo, la opción más adecuada es la distancia euclídea, válida para cualquier tipo de matriz. La ecuación fundamental del EMD es:

$$S \underline{\underline{}} T = D^2 + E$$

donde:

S : Matriz original de distancias o proximidades

$\underline{\underline{}}$: Matriz que se transforma linealmente (EMD métrico) o monótonicamente (EMD no métrico) en una matriz T

T : Matriz S transformada

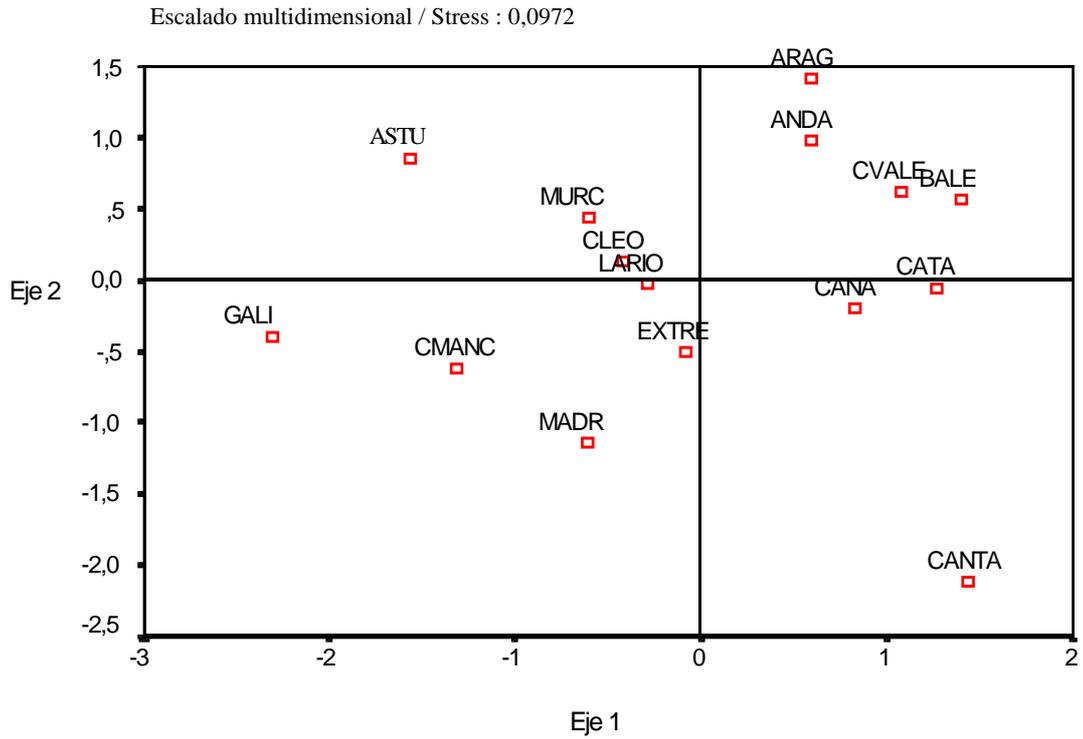
D^2 : Matriz de distancias euclídeas al cuadrado

E : Matriz de errores o residuales.

A partir de este planteamiento, el sistema previa la transformación de S en T (y según el tipo de datos o escala de medida) ajusta las distancias euclídeas (D) o distancias euclídeas al cuadrado (D^2) o cualquier otra medida de distancia a los valores originales transformados en T , de modo que los valores de ambas matrices sean lo más parecidos posibles y, por tanto, se minimicen los valores de la matriz E .

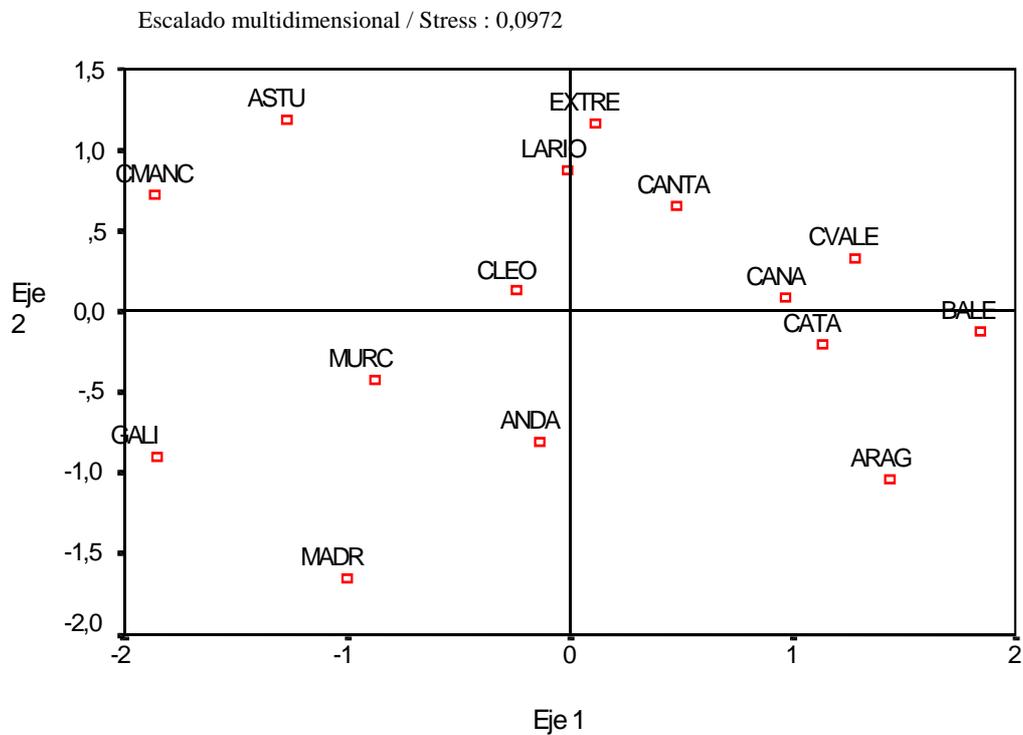
En este caso, se realiza un EMD a partir de las distancias en las variables seleccionadas entre las regiones españolas mostrándose en los Gráficos 4.6 y 4.7 el resultado obtenido. Como se observa, la representación gráfica obtenida se asemeja de modo aproximado a la localización geográfica real de estas regiones. Para el año 1996 y 1999, CCAA como Andalucía, Canarias y Murcia presentan, como ya se ha comentado, una mejor situación en cuanto a atender al grado de necesidad de gasto en sanidad en el conjunto nacional, por lo que tienen un bajo grado de necesidad sanitaria respecto al resto. Asimismo, en este gráfico resulta atípica la posición de Baleares, Cataluña y Madrid en 1996 y de Baleares en 1999 ya que al ser CCAA ricas se caracterizan por presentar unas cifras de grado de necesidad bastante altas según casi todas las variables utilizadas, aunque en mucha menor medida que en el grupo anterior.

GRAFICO 4.6. ESCALADO MULTIDIMENSIONAL DE LAS REGIONES SEGUN SU NECESIDAD DE GASTO SANITARIO. AÑO 1996



Fuente: Elaboración propia a partir de la información expuesta anteriormente

GRAFICO 4.7. ESCALADO MULTIDIMENSIONAL DE LAS REGIONES SEGUN SU NECESIDAD DE GASTO SANITARIO. AÑO 1999



Fuente: Elaboración propia a partir de la información expuesta anteriormente

Por otro lado, una vez expuestos los resultados del ACP, AC y EMD, se intenta explicar las necesidades relativas de gasto sanitario autonómico dentro de un marco funcional cuyas variables independientes sean los tres factores obtenidos. En forma matricial:

$$NGR = PT C$$

donde:

NGR: Vector columna que mide las necesidades relativas de gasto de las 15 regiones

PT: Matriz 15 x N° Componentes. Recoge puntuaciones de cada factor (15 territorios)

C: Vector columna de constantes

En este sentido, la vía que en un principio se sigue en este trabajo consiste en estimar los valores de *NGR*, conocidos *PT* y *C*. Obviamente, la matriz *PT* no es conocida, ya que se deriva del ACP. Sin embargo, el vector *C* no emana directamente del análisis y, en consecuencia, se necesita algún criterio razonable para asignarle valores por lo que, a estos efectos, se elige como criterio más aséptico en la línea de trabajos como los de Suárez Pandiello (1988), Bosch y Escribano (1988a y b) o Cabasés (1999) ponderar cada factor según su participación en la explicación de la varianza común por lo que la fórmula de obtención del Índice de Necesidades relativas de Gasto en sanidad para la CCAA “*i-ésima*” (NGR_i) quedaría, por tanto, definida de la siguiente manera:

$$\text{Año 1996: } NGR_i = 0,5488P_{1i} + 0,2872P_{2i} + 0,1639P_{3i}$$

$$\text{Año 1999: } NGR_i = 0,5566P_{1i} + 0,2301P_{2i} + 0,2085P_{3i}$$

Una vez obtenidas estas ponderaciones o pesos se multiplican por las variables consideradas obteniendo así un índice de necesidad autonómico para el servicio sanitario. El hecho de que las variables estén estandarizadas hace que este producto (los indicadores) pueda tomar valores positivos o negativos, dependiendo de la posición relativa respecto a la media de cada una de las CCAA. Dado que el indicador tiene una interpretación más inmediata como índice de necesidad relativa si es positivo, es necesario proceder a realizar una transformación⁹⁵ para que todos sus valores lo sean.

⁹⁵ La elección de esta transformación no es una cuestión trivial. A tal fin, se ha utilizado una función de tipo exponencial que según sus distintas especificaciones conducen a mecanismos más o menos “*progresivos*”, limitando el grado de progresividad a un determinado intervalo *k*.

Ello permite estimar índices (no cardinales) de necesidades relativas de gasto sanitario (NGR_i) con criterios más neutrales (Cuadros 4.40 y 4.41 y Gráfico 4.6), que si se expresan como índices de necesidad transformados, se observa que en 1996 Asturias (116,17), Cataluña (114,80) y Aragón (113,34) presentan las mayores necesidades de gasto y Canarias (75,66) y Murcia (79,52) las menores, mientras que Cantabria está en la media (100,50).

CUADRO 4.40. INDICES DE NECESIDAD RELATIVAS DE GASTO SANITARIO POR REGIONES (TRANSFORMADOS Y EXPRESADOS EN FORMA DE INDICES SOBRE LA MEDIA). AÑO 1996

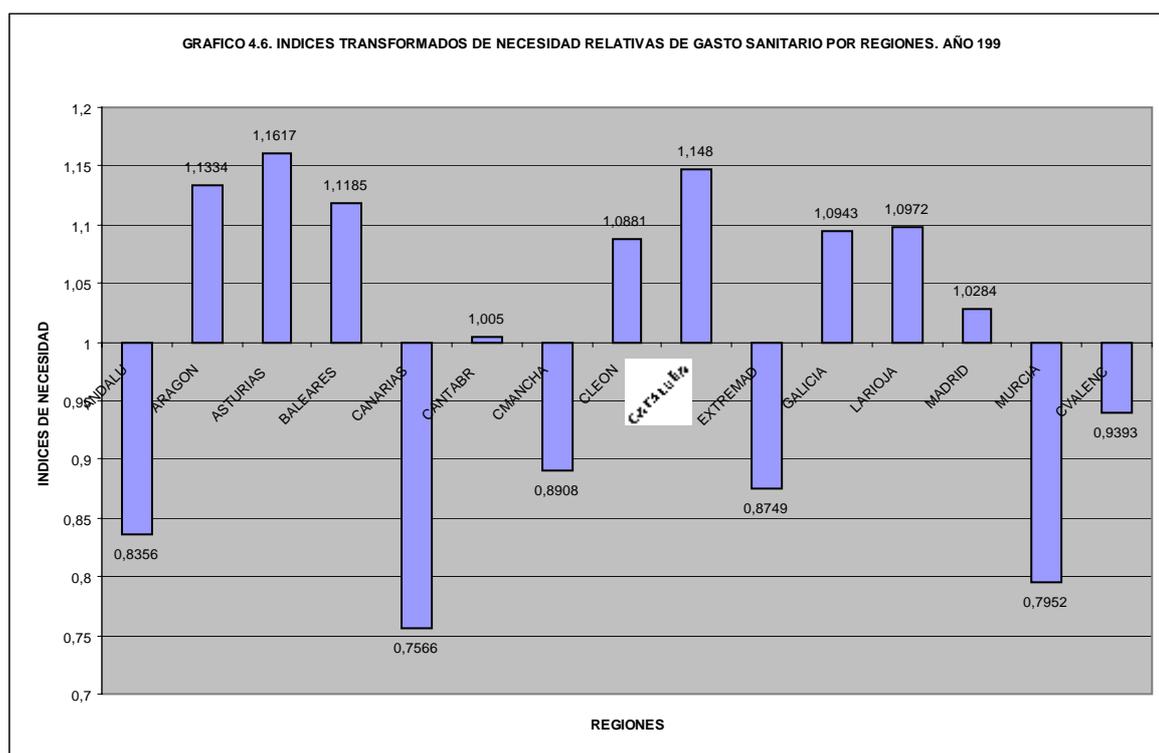
CCAA	NGR ₁	NGR ₂	NGR ₃	NGR
CATALUÑA	103,85	121,62	129,47	114,80
GALICIA	119,40	97,37	81,92	109,43
ANDALUCIA	77,51	98,99	92,71	83,56
ASTURIAS	123,16	96,54	104,59	116,17
CANTABRIA	112,34	81,39	101,81	100,50
LA RIOJA	114,49	110,45	90,75	109,72
MURCIA	77,61	86,41	79,78	79,52
CVALENCIANA	97,58	98,46	83,43	93,93
ARAGON	119,70	87,97	121,27	113,34
C.LA MANCHA	105,00	74,43	97,39	89,08
CANARIAS	72,88	93,96	72,28	75,66
EXTREMAD	95,66	74,95	111,52	87,49
BALEARES	90,93	129,89	89,92	111,85
MADRID	89,34	127,39	83,62	102,84
CAST LEON	119,56	82,30	106,57	108,81
MEDIA	100,00	100,00	100,00	100,00
MINIMO	77,51	74,43	72,28	75,66
MAXIMO	123,16	129,89	129,47	116,17

Fuente: Elaboración propia

CUADRO 4.41. INDICES DE NECESIDAD RELATIVAS DE GASTO SANITARIO Y PONDERACIONES DE POBLACION POR REGIONES. ANALISIS DE COMPONENTES PRINCIPALES. AÑO 1996

CCAA	POBLACION	% SOBRE TOTAL	NGR TOTAL	POBLAC PONDE	% SOBRE TOTAL	DIFERENCIA EN %
CATALUÑA	6090040	16,4941	114,80	6991366	19,0345	2,5401
GALICIA	2742622	7,4281	109,43	3001251	8,1711	0,7431
ANDALUCIA	7234873	19,5948	83,56	6045460	16,4592	-3,1355
ASTURIAS	1087885	2,9464	116,17	1263796	3,4408	0,4944
CANTABRIA	527437	1,4285	100,50	530074	1,4432	0,0147
LA RIOJA	264941	0,7175	109,72	290693	0,7914	0,0739
MURCIA	1097249	2,9718	79,52	872532	2,3755	-0,5962
CVALENCIANA	4009329	10,8588	98,93	3966429	10,7989	-0,0598
ARAGON	1187548	3,2163	113,34	1345967	3,6645	0,4482
C.LA MANCHA	1712529	4,6382	89,08	1525521	4,1533	-0,4848
CANARIAS	1606534	4,3511	75,66	1215504	3,3093	-1,0417
EXTREMAD	1070244	2,8986	87,49	936356	2,5493	-0,3492
BALEARES	760379	2,0594	111,85	850484	2,3155	0,2561
MADRID	5022289	13,6023	102,84	5164922	14,0619	0,4596
CAST LEON	2508496	6,7939	108,81	2729494	7,4313	0,6373
MEDIA	36922395	100,00	100,00	36922395	100,00	0
MINIMO	264941	0,7175	75,66	290693	0,7914	-3,1355
MAXIMO	7234873	19,5948	116,17	6991366	19,0345	2,5401

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia en base a la información expuesta anteriormente.

Por otro lado, para el año 1999 (Cuadros 4.42 y 4.43 y Gráfico 4.7), Aragón (118,45), Baleares (117,84), Madrid (113,12) y Asturias (112,13) presentan las mayores necesidades de gasto y la C.Valenciana (75,42) y Extremadura (69,31) las menores.

CUADRO 4.42. INDICES DE NECESIDAD RELATIVAS DE GASTO SANITARIO POR REGIONES (TRANSFORMADOS Y EXPRESADOS EN FORMA DE INDICES SOBRE LA MEDIA). AÑO 1999

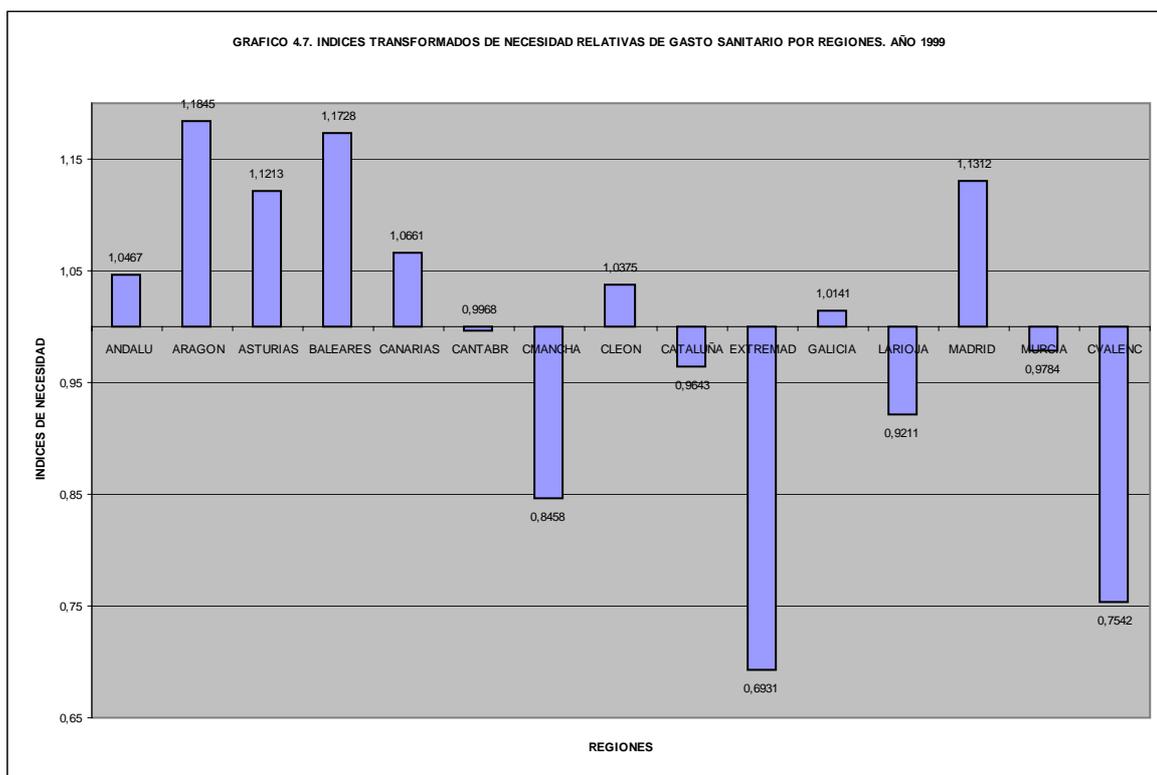
CCAA	NGR ₁	NGR ₂	NGR ₃	NGR
CATALUÑA	91,85	98,83	108,19	96,43
GALICIA	101,24	112,32	92,11	101,40
ANDALUCIA	109,91	117,12	79,37	104,67
ASTURIAS	130,88	76,88	103,58	112,13
CANTABRIA	92,11	63,79	161,79	99,68
LA RIOJA	95,53	102,09	74,06	92,11
MURCIA	110,19	89,56	76,27	97,84
CVALENCIANA	56,43	153,30	41,90	75,42
ARAGON	123,77	128,37	96,01	118,45
C.LA MANCHA	63,44	86,99	140,29	84,58
CANARIAS	99,15	103,83	132,03	106,61
EXTREMAD	46,09	91,61	108,26	69,31
BALEARES	133,44	101,65	94,11	117,84
MADRID	123,92	66,83	137,99	113,12
CAST LEON	122,02	106,82	54,00	103,75
MEDIA	100,00	100,00	100,00	100,00
MINIMO	46,09	63,79	41,90	69,31
MAXIMO	133,44	153,30	161,79	118,45

Fuente: Elaboración propia

CUADRO 4.43. INDICES DE NECESIDAD RELATIVAS DE GASTO SANITARIO Y PONDERACIONES DE POBLACION POR REGIONES. ANALISIS DE COMPONENTES PRINCIPALES. AÑO 1999

CCAA	POBLACION	% SOBRE TOTAL	NGR TOTAL	POBLAC PONDE	% SOBRE TOTAL	DIFERENCIA EN %
CATALUÑA	6207533	16,5830	96,43	5985924	16,0374	-0,5455
GALICIA	2730337	7,2939	101,40	2768562	7,4175	0,1236
ANDALUCIA	7305117	19,5151	104,67	7646266	20,4858	0,9707
ASTURIAS	1084314	2,8966	112,13	1215841	3,2575	0,3608
CANTABRIA	528478	1,4118	99,68	526787	1,4113	-0,0004
LA RIOJA	265178	0,7084	92,11	244255	0,6544	-0,0539
MURCIA	1131128	3,0217	97,84	1106696	2,9650	-0,0566
CVALENCIANA	4066474	10,8633	75,42	3066935	8,2169	-2,6464
ARAGON	1186849	3,1706	118,45	1405823	3,7664	0,5958
C.LA MANCHA	1726199	4,6114	84,58	1460019	3,9116	-0,6997
CANARIAS	1672689	4,4685	106,61	1783254	4,7776	0,3092
EXTREMAD	1073574	2,8679	69,31	744094	1,9935	-0,8743
BALEARES	821820	2,1954	117,84	968433	2,5946	0,3992
MADRID	5145325	13,7454	113,12	5820392	15,5939	1,8485
CAST LEON	2488062	6,6467	103,75	2581364	6,9160	0,2693
MEDIA	37433077	100,00	100,00	37433077	100,00	0
MINIMO	265178	0,7084	69,31	244255	0,6544	-2,6464
MAXIMO	7305117	19,5151	118,45	7646266	20,4858	1,8485

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia en base a la información expuesta anteriormente.

Por tanto, la principal ventaja de esta alternativa de estimación de índices de necesidad consiste en que, por un lado, a pesar de que se basa en técnicas estadísticas de análisis multivariante que son susceptible de ser objeto de críticas, es una de las que mejor se adapta al objetivo planteado consistente en poder construir un indicador de necesidades que resuma en un conjunto reducido de componentes el mayor número de variables indicativas de necesidad de gasto mientras que, por otro, al no reflejar preferencias del pasado no depende de las políticas de gasto efectivamente realizadas ya que se prescinde por completo de magnitudes presupuestarias. Por el contrario, su mayor inconveniente es la imposibilidad de obtener así estimaciones cardinales adecuadas acerca de las necesidades de gasto sanitario, circunstancia que, en todo caso, no tiene fácil solución para el investigador.

Además, si para este fin se compara el gasto sanitario real por habitante y el indicador de necesidades de gasto computado tanto para 1996 como para 1999, el resultado obtenido es en principio el esperado. Así, las CCAA que a priori presentarían una mayor necesidad de gasto sanitario gastan por habitante más que aquellas regiones con menor necesidad de gasto relativa. Cabe destacar que las dos CCAA con mayor necesidad de recursos (Asturias y Aragón) son las que mayor gasto en sanidad presentan, ya que con toda probabilidad presentan más necesidad como consecuencia de un mayor envejecimiento de la población y un mayor número de desplazados.

Las desigualdades existentes en gasto sanitario pueden acentuar las diferencias en cuanto a necesidades latentes, por lo que de seguir esta tendencia puede esperarse que entre algunas CCAA las diferencias en igualdad de oportunidades y calidad del servicio sanitario aumenten a medio plazo. Con ello, podrían constituirse diferentes categorías de regiones según sus diferentes servicios sanitarios generando así una mayor desigualdad en cuanto a la situación económica y social entre las regiones.

Llegados a este punto y una vez calculados los índices de necesidad brutos de gasto sanitario en base a la técnica del ACP, el AC y el EMD, a continuación se procede a su revisión crítica mediante la consideración de otros factores relevantes. Se propone un enfoque diferente que, como se razonará a continuación, se va a principalmente en técnicas de regresión a través de las cuales se seleccionarían las variables relevantes de necesidad de gasto sanitario.

4.1.2.3.2. Análisis de Regresión (AR)

En esta sección se procede a realizar un análisis crítico de la supuesta bondad de la metodología anterior como única aproximación al problema y se avanza en su revisión y posible sustitución, en parte, por las técnicas del Análisis de Regresión (AR) que permitirán obtener indicadores corregidos de necesidad bruta en sanidad en base a las diferencias existentes entre regiones. Con esta exploración, al igual que con la anterior, lo que se busca es obtener cierta base empírica para poder efectuar posteriormente una comparación adecuada con el procedimiento realmente existente siempre que se cumplan los principios asignativos de valoración de la necesidad, transparencia del procedimiento y sencillez.

Antes de comenzar con la aplicación de estas técnicas de regresión para estimar indicadores de necesidades de gasto sanitario en España es necesario mencionar algunas de las características implícitas de la técnica del ACP así como del AC y EMD que anteriormente hemos utilizado. Como señalan Aznar y López Laborda (1994) dichos enfoques plantean, al menos, dudas razonables al respecto. Así, en el ACP, los índices obtenidos ordenan las CCAA según su mayor o menor necesidad de sanidad si bien dicha clasificación no es más que una de las múltiples posibles ya que se realiza atendiendo a variables que la intuición, el sentido común, la experiencia comparada y la literatura económica sobre el tema, puede reconocer como razonables. Es decir, la consideración de un conjunto distinto e igualmente razonable de variables generaría una ordenación también diferente. De ello, se desprende que los indicadores propuestos deben interpretarse como una pieza más en la caracterización de las desigualdades entre CCAA, pero nunca como prueba definitiva de evidencia de las mismas⁹⁶.

Por tanto, el objetivo en esta segunda aproximación metodológica volvería a ser un ejercicio limitado de relaciones entre variables que se pueden considerar como expresivas de la necesidad, y que pueda emplearse para proponer un cierto refinamiento técnico al sistema así como encontrar cierto fundamento para que la población, como elemento básico de la distribución, se pondere con alguna de las variables expresivas de la necesidad.

⁹⁶ En este caso específico (sanidad), Bosch y Escribano (1988a y b) parecen advertirlo con la relación niños-ancianos obtenida del ACP en donde, como están muy negativamente correlacionadas, el resultado elige como principal dirección de necesidad la determinada por el vector de ancianos y las variables positivamente correlacionadas con él, por lo que la presencia de una alta proporción de niños en una determinada CCAA hace decrecer las necesidades sanitarias de esta área, al entender el análisis que eso equivale a una fuerte ausencia de ancianos, y, por tanto, a una menor necesidad. Además, si en dos regiones todos los indicadores tomasen los mismos valores (excepto en relación con la proporción de niños) aquella región con la menor proporción de niños tendría un índice de necesidad mayor, contrariamente al supuesto en que se basa nuestra elección del indicador de proporción de niños. Afortunadamente resulta que según la rotación más apropiada de los componentes obtenidos (Varimax), se consigue que tanto ancianos como niños pesen positivamente en el grado de necesidad. Al final, se observa que el resultado es un poco irregular y se achaca a la calidad de los datos, pero desde el punto de vista de Aznar y López Laborda (1994), sin obviar esa referencia a los datos, y por los diversos motivos que se han expuesto anteriormente, el mayor problema radica en el método utilizado.

Así, es posible encontrar cierta variedad de métodos cuyo propósito es la medición de las necesidades de gasto, desde los abiertamente basados en la decisión política hasta los fundados en las técnicas más sofisticadas (Benzeval y Judge, 1991). Como cualquiera de ellos es subjetivo, resulta difícil reunir un grado de consenso razonable sobre cómo deben valorarse esas necesidades relativas si bien la utilización de técnicas estadísticas está ampliamente extendida, por ejemplo, en el Reino Unido con la fórmula RAWP para la asignación de recursos en el *National Health Service* y con el sistema de distribución de subvenciones hacia los gobiernos locales (*Standard Spending Assessment o SSA*), si bien faltaría un mayor análisis teórico de estas técnicas (Duncan y Smith, 1996; Bosch y Castells, 1999). La mayor parte de las valoraciones de las necesidades de gasto que resultan del sistema del Reino Unido (RAWP y SSA) así como de algunas realizadas para el caso español (López I Casanovas et al., 1992; Rico, 1995; Rico y Rubio, 1996; Castells y Solé, 2000 y 2001; Tamayo, 2001 y Urbanos y Utrilla, 2001a), están fundadas en el Análisis de Regresión (AR), técnica estadística potente a estos efectos pero que debe utilizarse de forma adecuada para que sus resultados sean asumibles (Cuadro 4.44).

CUADRO 4.44. EL ANALISIS DE REGRESION (AR) COMO METODOLOGIA DE ESTIMACION DE NECESIDADES

Concepto	Ventajas	Inconvenientes
Metodología	- Ponderación de los indicadores mediante pesos promedios derivados de coeficientes estimados aproximándose a la media.	- Peso de los indicadores puede estar distorsionado por factores de política o de eficiencia.
Modelos	- Selección de las variables menos discrecional ya que su inclusión en el índice de necesidades obedece a que exista algún argumento teórico aceptable acerca de cómo puede afectar a las necesidades, a que sea estadísticamente significativa y presente el signo esperado en la ecuación estimada. - Mejora la selección de variables de diferencias en costes (economías de escala y densidad de demanda) y sus ponderaciones.	- Indicadores adolecen de limitación para caracterizar las pautas de gasto y excesiva dependencia de anticuados datos censales. - Algunas valoraciones están excesivamente agregadas para recoger diferencias en las circunstancias de los gobiernos subcentrales. - No todos los modelos se ajustan al amplio rango de gobiernos subcentrales para los que se utilizan. - Algunos modelos adoptan formas erróneas y ser desfavorables para gobiernos subcentrales.

FUENTE: Elaboración propia a partir de Thomas y Warren (1997), Castells y Solé (2000), Tamayo (2001).

Precisamente Thomas y Warren (1997) han analizado la robustez de esta técnica estadística de AR para la estimación de las necesidades de gasto y encuentran que su utilización como base para la asignación de recursos está dominada por una serie de modelos de regresión múltiple a partir de los cuáles se estima el coste unitario de proveer un determinado servicio para cada agente, de acuerdo con una serie de variables independientes que expresan distintos componentes de la necesidad. En estos modelos, en general, la variable dependiente a emplear es el gasto que en el pasado han realizado los gobiernos o entes gestores para un determinado servicio si bien esta opción ha suscitado muchas críticas metodológicas en la medida en que las pautas del gasto del pasado pueden interactuar con los determinantes de las necesidades futuras, lo que puede suponer que se incorpore una cierta circularidad (Flowerdew et al., 1994).

En este caso, se ha seleccionado un conjunto, no totalmente exhaustivo, de variables que por diversos motivos pueden entenderse como determinantes de un mayor o menor nivel de necesidad de gasto sanitario. El repaso de los sistemas empleados en otros países así como la revisión de los estudios empíricos realizados en nuestro país, puede servir igualmente para optar por algunas de las variables empleadas en ellos⁹⁷.

La elaboración del índice de necesidades de gasto sanitario parte entonces de un planteamiento general o hipótesis teóricas consistentes en la descomposición de las necesidades de gasto en diversos conceptos. Así, en primer lugar, considerando que la función de gasto de nuestro modelo económico incluye el servicio sanitario, el nivel de Necesidades de Gasto sanitario de la CCAA “*i-ésima*” es el que se deriva de la siguiente expresión [4.1.2.3.2.1]:

$$NG_i = P_i u'_i f c'_i$$

donde:

NG_i : Necesidades de Gasto sanitario de la CCAA “*i-ésima*”

P_i : Población de la CCAA “*i-ésima*”

u'_i : Usuarios potenciales de Gasto sanitario de la CCAA “*i-ésima*” tal que:

$\left(u'_i = \frac{U'_i}{P_i} \right)$ donde U'_i es el número total de usuarios potenciales de dicha CCAA.

f : Nivel de productividad “*media*” de provisión “*medio*” del servicio sanitario

c'_i : Coste unitario de los factores de la CCAA “*i-ésima*” tal que difiere según el territorio: $\left(c'_i = \frac{NG_i}{F_i} \right)$ siendo F_i el número de factores para producir el servicio sanitario.

Dado que es difícil poder estimar directamente los componentes de esta ecuación, existen varias alternativas que podrían solucionar dicha cuestión:

1) La más simple es considerar que la población de una CCAA constituye una buena aproximación a sus necesidades de gasto, lo que implica suponer que los demás componentes son iguales para todas las CCAA bien por alguna consideración normativa o por los resultados obtenidos a partir de la propia evidencia empírica.

⁹⁷ No obstante, detrás de la elección de cada variable existe algo más que una intuición sobre su utilidad para medir necesidades ya que cuenta con una base epidemiológica o de investigación social. Al igual que sucedía en el ACP, la selección de variables se ha visto condicionada tanto por la escasez de series de gasto suficientemente amplias como por que, al igual que en otros países, aún no se dispone de adecuadas estadísticas sobre morbilidad o distribución de salud/enfermedad a lo largo del territorio (que pudieran permitir aplicar, por ejemplo, un mecanismo asignativo similar a la RAWP), lo que hace manejar variables “*proxy*”.

2) Introducir un indicador simple de necesidades de gasto, es decir, considerar que:

$$NG_i = \sum_{i,j} \beta_{ij} X_{ij}$$

donde:

X_{ij} : Indicadores representativos de las necesidades de gasto sanitario en la CCAA_i

β_{ij} : Ponderaciones asignadas a cada uno de los indicadores de necesidad.

Esto equivale a reemplazar U'_i por unas variables más amplias (X_{ij}) que tratarían de incorporar además de los usuarios potenciales incluso a factores seleccionados de oferta. Según esto, no se considera que las diferencias en los niveles de provisión y en la productividad constituyan necesidades de gasto justificadas, si bien pueden obedecer a diferencias en las funciones de producción entre CCAA derivadas, por ejemplo, de una escala de producción distinta por tamaño de población. De ahí, que estas variables sean incluidas en las funciones de gasto en las que se disponga de suficiente evidencia como expresivas de necesidades (X_{ij}).

3) Considerar que las diferencias en las necesidades de gasto provienen de los indicadores representativos de necesidades (X_{ij}) así como de las diferencias en los costes unitarios de los factores (c'_i). En este caso, si las necesidades de factores por nivel de provisión del servicio son constantes (f), entonces:

$$NG_i = X_{ij} f c'_i$$

Sin embargo, en la práctica, generalmente no se utiliza un único factor en la producción de un servicio como el sanitario (por ejemplo, trabajo), por lo que ha de instrumentarse alguna forma para calcular un índice de coste unitario. Por tanto, según este enfoque, se seleccionarán varios indicadores representativos de necesidades (X_{ij}) junto con sus ponderaciones (β_{ij}) con lo que se podría estimar posteriormente el índice bruto de necesidades de gasto sanitario.

Como se observa, la forma funcional utilizada y la selección previa de las variables (que supone cierta restricción de exclusión) ayudaría a solventar los problemas de identificación. Como primer paso, han de seleccionarse los indicadores representativos de necesidades (X_{ij}) junto con sus correspondientes ponderaciones (β_{ij}) para la construcción del índice bruto de necesidades si bien para su cálculo deben tomarse tan sólo en consideración aquellos determinantes del gasto sanitario que o se considera que no originan ningún tipo de disparidad que requiera una compensación con recursos externos o están fuera del control directo del gobierno autonómico.

En este punto, existen dos tipos de procedimientos para obtener esta información:

1) Seleccionar de forma directa las variables representativas de necesidades de gasto y utilizar una ponderación subjetiva impuesta bajo cierto criterio o quizás una opción más objetiva que se basaría en los pesos de los distintos indicadores la varianza acumulada del ACP. La principal ventaja de este enfoque es su sencillez (Castells y Sole, 2000 y 2001; López Laborda y Rodrigo, 2000).

2) Seleccionar las variables y calcular su peso en el índice de necesidades mediante procedimientos estadísticos como, por ejemplo, el Análisis de Regresión (Castells y Solé, 2000 y 2001; Tamayo, 2001). El objetivo sería establecer una relación funcional g entre necesidades de gasto (NG_i) y un conjunto de variables explicativas (X_{ij}):

$$NG_i = g'(X_{i1}, X_{i2}, X_{i3}, \dots, X_{ik}) \quad [4.1.2.3.2.2]$$

Para evitar una decisión discrecional acerca de la selección de las variables y de su ponderación, esta relación puede ser estimada mediante procedimientos de regresión utilizando como variable dependiente o bien el gasto sanitario de la CCAA correspondiente (G_i) o bien a falta del mismo, algún indicador de utilización del servicio (U_i).

En este caso, a pesar de las posibles dificultades que plantea la territorialización del gasto sanitario cuando sólo existían siete CCAA con competencias transferidas en la materia, se adopta la primera opción con lo que si se define ε_i como una variable aleatoria de término de error con las propiedades habituales, es decir:

$E(\varepsilon_i) = 0$, $\text{Var}(\varepsilon_i) = 1$, $E(\varepsilon_i \varepsilon_j) = 0$, $\forall i \neq j$ y normalidad, la ecuación a estimar es:

$$G_i = g(X_{i1}, X_{i2}, X_{i3}, \dots, X_{ik}; \varepsilon_i) \quad [4.1.2.3.2.3]$$

Este planteamiento plantea claras ventajas sobre los procedimientos de cálculo directo utilizados inicialmente. Entre estas ventajas cabe destacar las siguientes:

a) La selección de las variables es menos discrecional ya que su inclusión en el índice de necesidades de gasto debe obedecer, por un lado, a que exista algún argumento teórico normalmente aceptable acerca de cómo dicha variable puede afectar a las necesidades y, por otro, a que debe resultar estadísticamente significativa y presentar el signo esperado (al menos, en principio) en la ecuación estimada correspondiente.

b) Con el procedimiento de determinación directa es difícil decidir la ponderación de variables de diferencias en costes así como de economías de escala y densidad de demanda. Mediante regresión se mejora su selección y el criterio objetivo para decidir sus ponderaciones.

c) Finalmente, la regresión es un procedimiento para ponderar los distintos indicadores mediante unos pesos promedios derivados de los coeficientes estimados, lo que hace que en cierto sentido lleve asociada un criterio de aproximación a la media.

Sin embargo, aunque esta opción parece más comprensible según estos argumentos, podrían omitirse otras variables explicativas que harían que los coeficientes estimados de las variables incluidas en la regresión estén sesgados, de ahí que la especificación correcta debería incluir algún tipo de variables de control (T_i) de tal manera que:

$$G_i = g(X_{i1}, X_{i2}, X_{i3}, \dots, X_{ik}; T_i; \varepsilon_i) \quad [4.1.2.3.2.4]$$

No obstante, hay que manejar con cuidado esta consideración en el análisis, ya que el valor real de las Variables de control no deberá ser tenido en cuenta, lo que supone que las Necesidades de Gasto se calcularán como una estimación del gasto en la que las variables de necesidades tomarán el valor efectivo para cada CCAA y las Variables de control se fijarán en un valor constante (igual, por ejemplo, a la media, T). Por ello, las necesidades estimadas serán:

$$NG_i = g'(X_{i1}, X_{i2}, X_{i3}, \dots, X_{ik}; T) \quad [4.1.2.3.2.5]$$

Con estas premisas, a continuación, se presentan las variables empleadas y los resultados obtenidos de la estimación de las ecuaciones de gasto sanitario de las CCAA:

a) *Variable dependiente: Gasto sanitario relativo liquidado y financiado por el INSALUD-Gestión Directa y Transferida (GTSP) en todas las CCAA referido a 1996 y 1999.* Se trataría así de examinar la dependencia con esta variable de las que pueden considerarse como expresivas de la necesidad. Se emplean datos de liquidación del gasto sanitario del INSALUD, tanto en Gestión Transferida como en Directa.⁹⁸

b) *Variables explicativas:* Pese a la importancia de las tesis que se plantean, no queremos ocultar la dificultad de establecer con rigor el tipo de variables *proxy* que modelizarán las distintas hipótesis. En este grupo se incluyen tanto variables indicativas de necesidades (X) como de control (T), cuyos datos proceden de fuentes estadísticas muy variadas, que pueden clasificarse en varios grupos:

⁹⁸ Es necesario señalar que la utilización de esta variable supone asumir que puede venir condicionada por las pautas históricas de gasto, basadas en los criterios poblacionales por lo que es de esperar una alta correlación entre población y gasto sanitario. De todos modos, se asume en estos ejercicios, al utilizar datos de gasto liquidado, que al incorporar lo que puede haber sido el deslizamiento del gasto respecto del presupuestado (desviación presupuestaria), se estaría añadiendo al análisis parte del diferencial en la necesidad de gasto pero también parte del de las formas y políticas de gestión (que pueden ser incluso hasta ineficientes o deficitarias) de cada CCAA. Del mismo modo, implica dejar a un lado los costes para las CCAA “importadoras” de los flujos interterritoriales de pacientes.

1) *Variables representativas de necesidades* (X_1) incluidas en las funciones de gasto: tanto las que miden el tamaño de diversos grupos de usuarios potenciales como otras demográficas, socioeconómicas o sanitarias. Si se opta por la segunda opción se tendría:

- *Población menor de 4 años* (POB<4): La fuente de información es el Padrón de habitantes de 1996 y 1999 que proporciona el INE.

- *Población entre 45 y 64 años* (POB45-64): La fuente de información es el Padrón de habitantes de 1996 y 1999 que proporciona el INE.

- *Población entre 65 y 74 años* (POB65-74): La fuente de información es el Padrón de habitantes de 1996 y 1999 que proporciona el INE.

- *Población mayor de 75 años* (POB>75): La fuente de información es el Padrón de habitantes de 1996 y 1999 que proporciona el INE.

- *Tasa de Mortalidad* (MORT): La fuente de información es la Estadística de Defunciones según la Causa de la Muerte (EDCM) de 1996 y 1999 que proporciona el INE.

- *Tasa de Mortalidad Infantil* (MORTINFA): Se supone que mide el número de niños menores de un año que nacidos vivos mueren durante un año por cada 1000 nacidos vivos y por tanto, mide la mayor necesidad de gasto sanitario. La fuente de información es la Estadística de Defunciones según la Causa de la Muerte (EDCM) de 1996 y 1999 que proporciona el INE.

- *Incidencia de enfermedades crónicas* (MORBIL): La fuente de información es el Registro de Enfermedades de Declaración Obligatoria de 1996 y 1999 que proporciona el INE..

- *Porcentaje de parados de larga duración* (PAROLDUR). Esta variable se obtiene de la Encuesta de Población Activa (EPA) del INE para 1996 y 1999.

2) *Variables representativas de la influencia de los costes* (X_2) incluidas en las funciones de gasto sanitario, que tratan de determinar las pautas de localización de la población en el territorio. Se podrían incluir diversas variables, tales como las economías de escala, costes de congestión o los efectos de la dispersión poblacional:

- *Dispersión poblacional de la región* (DISPE) se obtiene a partir del Anuario Estadístico y del Padrón de Habitantes del INE en 1996 y 1999 y se introduce como medida de costes de provisión asociados a estas variables, es decir, a la densidad de demanda. En principio, los territorios con mayor densidad de demanda consiguen un mejor aprovechamiento de las economías de escala frente a aquellos territorios donde dicha densidad es menor si bien pueden existir factores externos derivados de costes de congestión urbana que se produzcan a altas densidades de población (Ellis-Williams, 1987; López Laborda y Salas, 2002).

3) Además de lo anterior se incluyen varias *Variables de Control*. La razón de su inclusión es puramente técnica a fin de evitar que los coeficientes de variables de necesidades recojan efectos relacionados con otros factores no aceptables como indicadores de necesidad:

- *Variables indicativas de las dotaciones de recursos disponibles para la prestación del servicio sanitario (T): establecimientos sanitarios públicos, recursos humanos y hospitalarios.* En nuestro caso, se han utilizado como variables representativas las Camas hospitalarias (CAMAS) y el número de Médicos (MEDIC) obtenidos a partir de la Encuesta sobre Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado del INE en 1995 y 1999. Así, unas mayores dotaciones de recursos pueden representar un mejor acceso al servicio o una mejor calidad del servicio, con lo que es de esperar que incidan de forma positiva en la utilización del servicio y, por consiguiente, en el gasto.

4) Por último, *el Nivel de Renta (RENTA) familiar disponible de la CCAA* obtenido a partir de la Contabilidad Regional de España del INE para 1996 y 1999 pudiendo ser tratada como indicador de necesidades o como variable de control, según la función de gasto utilizada⁹⁹

En cuanto al paso siguiente, la especificación concreta de las ecuaciones de gasto a estimar requiere poder diferenciar los efectos de las variables que pueden ser consideradas indicadores apropiados de necesidades de los efectos de las variables que no lo son. Así, respecto a la forma funcional de la función $g(\)$ anteriormente expuesta, se ha escogido la opción de la especificación aditiva de carácter lineal, por permitir desarrollar a partir de la ecuación estimada una fórmula aditiva para el cálculo del índice de necesidades, para que así permita una interpretación más directa de la contribución de las diversas variables al cálculo de las necesidades de gasto. El cálculo del índice de necesidades de gasto se obtendría a partir de la ecuación de gasto estimada donde b_1 , b_2 y b_3 son parámetros estimados es:

$$G_i = b_0 + b_1 X_i + b_2 T_i \quad [4.1.2.3.2.6]$$

El índice de necesidades de gasto ha de reflejar el gasto en el que incurriría la CCAA en caso de tener unos valores iguales a la media de las CCAA en las variables de control, es decir, en caso de que el índice por habitante de estas variables fuera igual a la unidad ($T_i = 1$):

$$NG'_i = (b_0 + b_2) + b_1 X_i \quad [4.1.2.3.2.7]$$

Como paso previo a la verificación de las relaciones entre las variables explicativas seleccionadas, se ha contrastado individualmente cada una de ellas mediante regresiones simples en las que la variable dependiente ha sido el gasto liquidado verificándose así el cumplimiento de linealidad de las relaciones, normalidad de perturbaciones, homocedasticidad, ausencia de correlación en los residuos y que no existen problemas de multicolinealidad.

⁹⁹ Puede ser interpretada desde dos ópticas distintas. En primer lugar, puede interpretarse como indicativa de necesidades de inputs públicos en la producción privada. En segundo lugar, también puede interpretarse como variable indicativa de demanda, lo que parece lógico en el caso de la sanidad. El argumento teórico es que intenta recoger el efecto de la complementariedad o sustituibilidad del gasto público respecto al consumo privado.

Así, se observa que sólo aparecen linealmente relacionadas con el gasto liquidado las variables poblacionales y de estructura de edad. El resto (MORBIL, PAROLDUR, DISPE, MEDIC, CAMAS, RENTA) quedarían descartadas para su inclusión en la regresión¹⁰⁰. La regresión se realiza así entre la variable dependiente del gasto liquidado y las tres variables representativas de las diferencias sociodemográficas entre CCAA (grupos de edad significativos) verificándose la ausencia de colinealidad entre las tres variables. Las diferentes ecuaciones de gasto han sido estimadas por el Método de Mínimos Cuadrados Ordinarios (MCO), corrigiendo la presencia de heteroscedasticidad en los errores y garantizando estimadores consistentes de los parámetros. En el Cuadro 4.45 se presentan los resultados obtenidos que presentan un poder explicativo más elevado.

CUADRO 4.45. ESTIMACION POR MCO DEL GASTO SANITARIO RELATIVO LIQUIDADADO Y FINANCIADO POR EL INSALUD GESTION DIRECTA Y TRANSFERIDA

Regresor ^(a)	Parámetro (error estándar entre paréntesis)	Estadístico-T (probabilidad asociada entre paréntesis)
Constante	7,062* (1,176)	6,004 (0,000)
POB < 4 (AÑO 1996)	0,211* (0,181)	2,107 (0,035)
POB 65-74 (AÑO 1996)	0,274* (0,186)	2,443 (0,038)
POB >75 (AÑO 1996)	0,514* (0,222)	3,425 (0,024)
Número de observaciones ^(b) = 15	R ² corregido = 0,877	Estadístico-F = 34,235 (0,000)

Regresor ^(a)	Parámetro (error estándar entre paréntesis)	Estadístico-T (probabilidad asociada entre paréntesis)
Constante	8,020* (1,258)	6,377 (0,000)
POB < 4 (AÑO 1999)	0,139* (0,204)	2,592 (0,047)
POB 65-74 (AÑO 1999)	0,374* (0,203)	2,681 (0,023)
POB > 75 (AÑO 1999)	0,411* (0,235)	3,028 (0,016)
Número de observaciones ^(b) = 15	R ² corregido = 0,842	Estadístico-F = 25,927 (0,000)

Los datos de partida han sido transformados a escala logarítmica.

Variables descartadas = MORBIL, PAROLDUR, DISPE, MEDIC, CAMAS y RENTA

Notas:

(a) Se muestran los coeficientes de regresión y Estadísticos-T y F dónde entre paréntesis figura la probabilidad asociada

(* = variable significativa individualmente para un intervalo de confianza del 95%)

(b) Se han considerado las 15 CCAA de régimen común y no se han incluido para los cálculos las de régimen foral.

FUENTE: Elaboración propia en base a la información expuesta anteriormente.

Es fácil comprobar que no hay indicios de mala especificación y el ajuste de los modelos a los datos de gasto (validación) muestra una capacidad predictiva no despreciable o, lo que es lo mismo, es globalmente significativo¹⁰¹, lo que para el conjunto de datos utilizado puede considerarse como aceptable. A continuación, en los Cuadros 4.46 y 4.47 y en los Gráficos 4.8 y 4.9 se presentan las formulaciones correspondientes al índice bruto de necesidades relativas de gasto para sanidad en forma de índice sobre la media (NGR_i).

¹⁰⁰ No obstante, no debería servir para descartar la virtualidad de estas variables al incluirlas en un proceso de revisión que emplee series más amplias y/o procedimientos más adecuados.

¹⁰¹ La capacidad explicativa de las ecuaciones es considerable ya que el R² es superior al 80% mientras que el R² ajustado por grado de libertad es superior al 80%, no observándose ningún tipo de correlación espúrea, mientras que los valores de la prueba F para la significación global de la estimación lineal indica que no se puede rechazar al 95% la hipótesis de significación conjunta de los parámetros.

Los pesos otorgados a las variables demográficas para la construcción del indicador de necesidad han sido asignados de modo que la edad infantil y de envejecimiento condicionan una mayor utilización¹⁰² sanitaria. En concreto, los menores de 5 años gastan (y se asume aquí, necesitan) en torno a 1,5 veces más que la media poblacional, el grupo etario 65-74 años gastan (o necesitan) en torno a 3,5 veces más que la media y a partir de 75 años una persona gasta (o necesita) en torno a 6 veces más (M° de Sanidad y Consumo, 1996, OCDE, varios años). Respecto a los resultados de la cuota de necesidades de gasto se observa lo siguiente:

a) Las CCAA en 1996 con mayor cuota de necesidades sanitarias son las más pobladas: Andalucía (18,4736%) y Cataluña (16,7204%), mientras que las de menor son las de población relativa más baja: La Rioja (0,7549%), Cantabria (1,4921%) y Baleares (2,0375%).

b) En 1999, las diferencias entre CCAA siguen siendo considerables, al estar influidas por el porcentaje de población relativa de cada región. Así, las de mayor cuota de necesidades de gasto siguen siendo las más pobladas: Andalucía (18,3667%), Cataluña (16,7788%), mientras que las de menor son La Rioja (0,7517%), Cantabria (1,4781%) y Baleares (2,1242%).

CUADRO 4.46. INDICES DE NECESIDAD RELATIVAS DE GASTO SANITARIO Y PONDERACIONES DE POBLACION POR REGIONES EN 1996. ANALISIS DE REGRESION.

CCAA	POBLAC	% S/TOT	NGR TOT	POB<4	NGR<4	POB 65-74	NGR 65-74	POB >75	NGR >75	POB POND	% S/TOT	DFCIA %
CATALUÑA	6090040	16,4941	101,33	267122	92,72	584246	103,56	404988	104,73	9709156	16,7204	0,2262
GALICIA	2742622	7,42807	106,53	102,03	78,64	282230	110,71	219581	126,09	4597117	7,9128	0,4847
ANDALUCIA	7234873	19,5948	94,28	415074	121,28	586223	87,17	364937	79,44	10732652	18,4736	-1,1212
ASTURIAS	1087885	2,9464	108,21	33794	65,67	124940	123,56	87021	125,98	1852237	3,1881	0,2417
CANTABRIA	527437	1,4285	104,46	19679	78,88	53611	109,35	39114	116,79	866874	1,4921	0,0636
LA RIOJA	264941	0,7175	105,22	10855	86,62	27573	111,97	19864	118,08	438621	0,7549	0,0374
MURCIA	1097249	2,97177	94,95	63161	121,69	93206	91,39	55477	79,62	1639229	2,8215	-0,1502
CVALENCIA	4009329	10,8588	98,87	189746	100,05	374098	100,38	239533	94,09	6237112	10,7356	-0,1231
ARAGON	1187548	3,2163	110,22	47667	84,85	137876	124,91	100657	133,49	2059356	3,5447	0,3283
C.LMANCHA	1712529	4,6382	106,88	90664	111,92	18860	118,49	130103	119,65	2879901	4,957	0,3188
CANARIAS	1606534	4,3511	88,35	90780	119,46	101875	68,22	65314	64,03	2233181	3,8438	-0,5072
EXTREMAD	1070244	2,8986	102,96	57549	113,68	108478	109,05	72708	106,99	1733753	2,9842	0,0856
BALEARES	760379	2,0594	98,94	38935	108,25	64022	90,58	48769	101,01	1183746	2,0375	-0,0218
MADRID	5022289	13,6023	95,54	226563	95,37	410219	87,88	277650	87,07	7549368	12,9943	-0,6079
CASTLEON	2508496	6,7939	110,97	92893	78,28	292669	125,52	218668	137,29	4379955	7,5390	0,745
MEDIA	36922395	100,0000	100,00	1746512	100,00	3429876	100,00	2344384	100,00	58092261	100,0000	0
MINIMO	264941	0,7175	88,35	10855	78,28	27572	68,22	19864	64,03	438621	0,7549	-1,1212
MAXIMO	7234873	19,5948	110,97	415074	121,69	586223	125,52	404988	133,49	10732652	18,4736	0,745

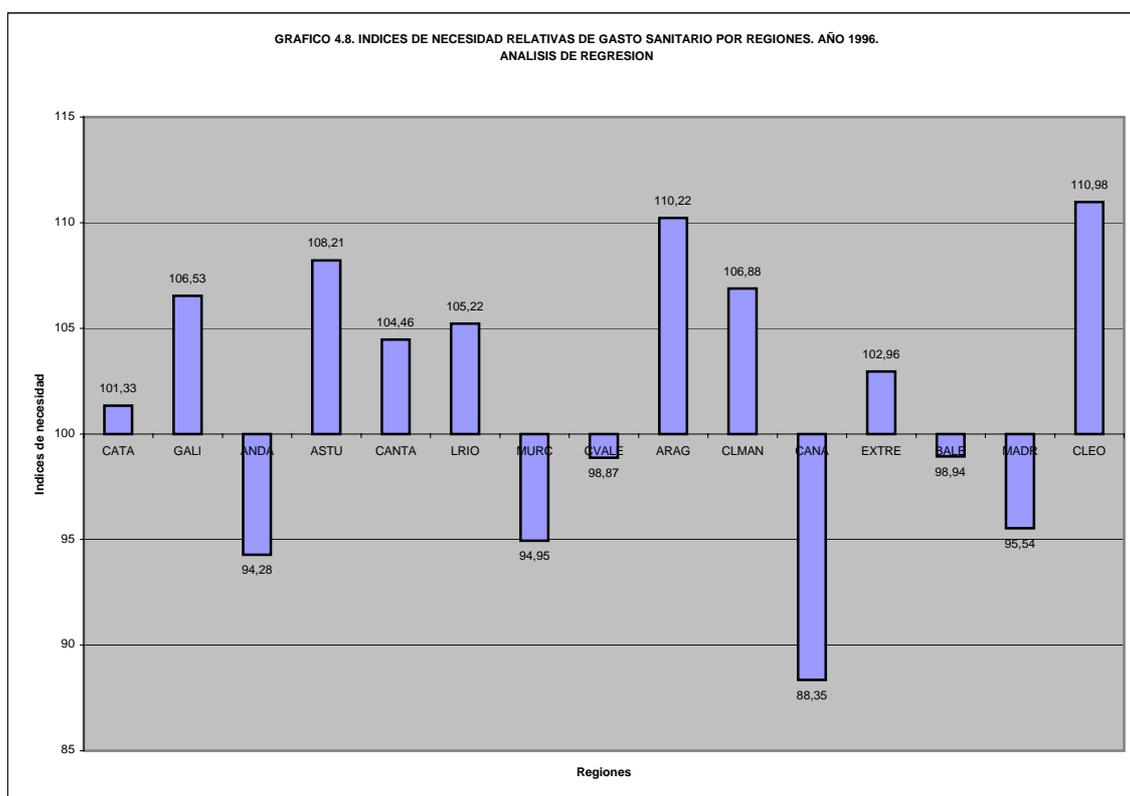
Fuente: Elaboración propia en base a la información expuesta anteriormente.

¹⁰² No obstante, la utilización de servicios sanitarios según la edad varía en función del tipo de asistencia analizado (servicios hospitalarios, atención extrahospitalaria, farmacia, traslados, prótesis y aparatos terapéuticos y otros gastos) así como según el sexo. Un análisis reciente más pormenorizado se encuentra en Alonso y Herce (1999), Urbanos y Utrilla (2002b) y en Blanco y Urbanos (2002) dónde se muestra que el perfil de gasto total sigue una pauta regular, de modo que en los primeros años de vida se concentra un consumo relativamente elevado que tiende a descender en torno a los 10-14 años para mostrar después una tendencia ascendente que se acentúa a partir de los 45-49 años y que alcanza su máximo en torno a los 80-84 años descendiendo a partir de ese grupo de edad dado que el menor consumo de atención extrahospitalaria no es compensado por el gasto hospitalario. En cualquier caso, el enfoque adoptado no deja de ser una simplificación de lo que son los perfiles en forma de J del gasto sanitario actual y pone de manifiesto que los mayores de 65 años absorben una parte significativa del gasto.

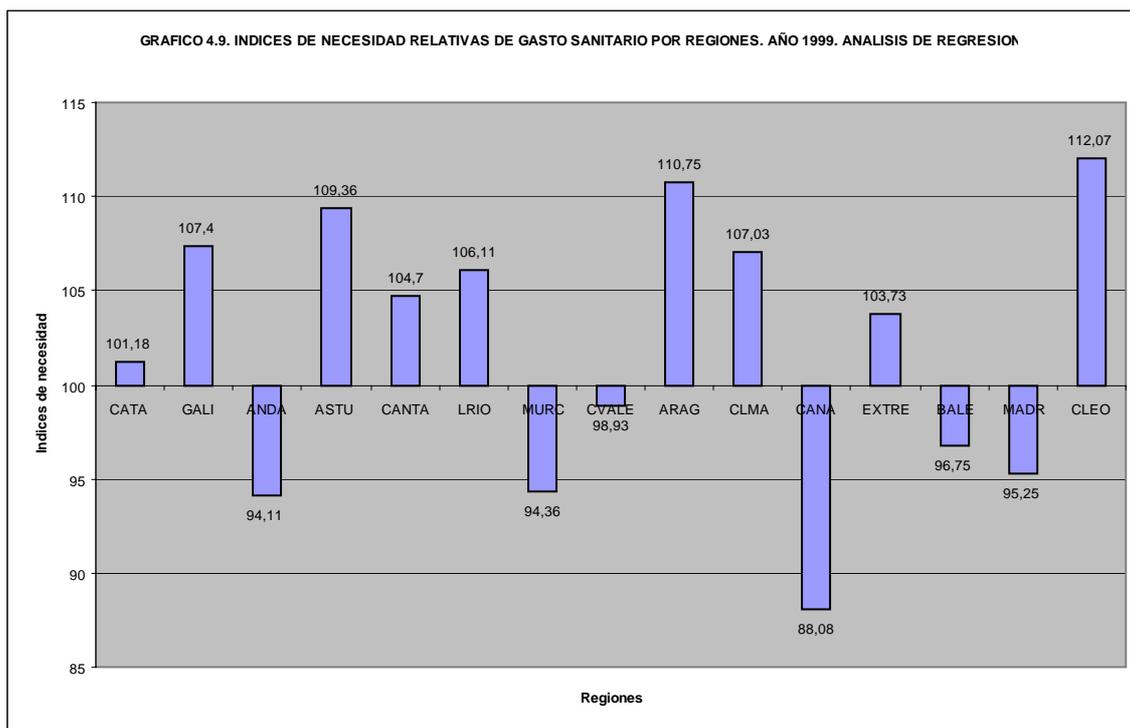
CUADRO 4.47. INDICES DE NECESIDAD RELATIVAS DE GASTO SANITARIO Y PONDERACIONES DE POBLACION POR REGIONES EN 1999. ANALISIS DE REGRESION.

CCAA	POBLAC	% S/TOT	NGR TOT	POB <4	NGR <4	POB 65-74	NGR 65-74	POB >75	NGR >75	POB POND	% S/TOT	DFCIA %
CATALUÑA	6207533	16,583	101,18	266023	101,57	613350	102,17	457020	103,81	10159019	16,7788	0,1958
GALICIA	2730337	7,2939	107,41	87904	76,31	299930	113,59	2438532	125,93	4743379	7,8342	0,5403
ANDALUCIA	7305117	19,5151	94,11	363630	117,98	626729	88,72	413343	79,78	11120469	18,3667	-1,1484
ASTURIAS	1084314	2,8966	109,36	28808	62,97	130373	124,33	98688	128,33	1918090	3,1679	0,2713
CANTABRIA	528478	1,4118	104,7	17622	79,03	55753	109,09	43663	116,49	894986	1,4781	0,0663
LA RIOJA	265178	0,7084	106,11	10099	90,27	28655	111,74	22654	120,45	455135	0,7517	0,0433
MURCIA	1131128	3,0217	94,36	60870	127,55	99194	90,68	63386	79,01	1726478	2,8514	-0,1702
CVALENCIA	4066474	10,8633	98,93	173508	101,13	392062	99,7	274691	95,24	6506838	10,7468	-0,1165
ARAGON	1186849	3,1706	110,75	43436	86,74	140600	122,5	113208	134,49	2126107	3,5115	0,3409
C.LMANCHA	1726199	4,6114	107,03	78817	108,22	193251	115,77	147929	120,83	2988380	4,9356	0,3242
CANARIAS	1672689	4,4685	88,08	69957	99,13	118360	73,17	75896	63,97	2383047	3,9358	-0,5326
EXTREMA	1073574	2,8679	103,73	46208	102,02	115250	111,01	83301	109,4	1801308	2,975	0,1071
BALEARES	821820	2,1954	96,76	38479	110,98	68858	8664	54593	93,66	1286169	2,1242	-0,0712
MADRID	5145325	13,7454	95,25	213440	98,32	439626	88,35	315161	86,36	7926915	13,0922	-0,6532
CASTLEON	2488062	6,6467	112,08	80507	76,69	297897	123,81	247477	140,24	4510443	7,4495	0,8028
MEDIA	37433077	100,000	100,00	1579308	100,00	36198888	100,00	2654863	100,00	60546766	100,000	0
MINIMO	265178	0,7084	88,08	10099	62,97	28655	73,17	22654	63,97	455135	0,7517	-1,1484
MAXIMO	7305117	19,5151	112,08	363630	127,55	626729	124,33	457020	140,24	11120469	18,3667	0,8028

Fuente: Elaboración propia en base a la información expuesta anteriormente.



FUENTE: Elaboración propia sobre la base de la información expuesta anteriormente.



FUENTE: Elaboración propia sobre la base de la información expuesta anteriormente.

No obstante, cabe preguntarse si aspectos como la evolución demográfica en cada CCAA alterará de forma significativa su nivel de necesidades de gasto sanitario futuro. Esta cuestión puede ser relevante para el caso del actual sistema de financiación autonómica dado que parece que la asignación de recursos del año base se mantendrá constante por un período de tiempo indefinido. Para evaluar las posibles inequidades que podrían generarse en el reparto de financiación sanitaria como consecuencia de alteraciones en la estructura demográfica regional, se estiman las necesidades regionales desde el año 1999 hasta 2005 a partir de las proyecciones de población¹⁰³ del INE. Los porcentajes resultantes respecto a la media se muestran en el Cuadro 4.48. Así, entre las regiones que aumentarán previsiblemente su necesidad de gasto sanitario relativa se encontrarían Canarias (desde 88,08 a 96,77), Baleares (desde 96,76 a 103,29), Madrid (desde 95,25 a 98,22), Murcia (desde 94,36 a 96,48) y la C.Valenciana (desde 98,93 a 100,51). El resto de CCAA, por el contrario, sufrirían descensos en sus necesidades relativas como Aragón (desde 110,75 a 105,42), Asturias (desde 109,36 a 104,13), Castilla y León (desde 112,08 a 106,57), Extremadura (desde 103,73 a 100,45), Galicia (desde 107,41 a 104,79), Castilla-La Mancha (desde 107,03 a 104,22), La Rioja (desde 106,11 a 104,75) y Cantabria (desde 104,70 hasta 102,16). Es de esperar que al considerarse períodos de tiempo más largos se alterarían aún más las proporciones de gasto que las distintas regiones deberían destinar para atender sus necesidades de gasto sanitario por lo que, frente a lo planteado en el actual Acuerdo, sería recomendable revisar a medio plazo las asignaciones de fondos sanitarios.

CUADRO 4.48. EVOLUCION DE LAS NECESIDADES DE GASTO SANITARIO RELATIVAS POR REGIONES EN 1999-2005 (en %). ANALISIS DE REGRESION

Concepto	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Cataluña	101,1800	101,1901	101,1901	101,1698	101,1496	101,1192	101,0788
Galicia	107,4100	106,9696	106,5399	106,0995	105,6592	105,2295	104,7999
Andalucía	94,1100	93,9500	93,8653	93,8182	93,7806	93,7712	93,7806
Asturias	109,3600	108,4085	107,5118	106,6478	105,7839	104,9527	104,1325
Cantabria	104,7000	104,1450	103,6634	103,2342	102,8363	102,4908	102,1662
La Rioja	106,1100	105,8871	105,6537	105,4202	105,1868	104,9534	104,7517
Murcia	94,3600	94,7185	95,0771	95,4262	95,7848	96,1339	96,4831
C. Valenciana	98,9300	99,2663	99,5532	99,8203	100,0676	100,2952	100,5128
Aragón	110,7500	109,7089	108,7786	107,8815	107,0288	106,2092	105,4229
C. La Mancha	107,0300	106,4199	105,9061	105,4352	105,0071	104,6004	104,2258
Canarias	88,0800	89,7975	91,3125	92,7658	94,1575	95,4963	96,7734
Extremadura	103,7300	103,0453	102,4437	101,8939	101,3857	100,8981	100,4521
Baleares	96,7600	98,0082	99,1306	100,2143	101,2593	102,2947	103,2913
Madrid	95,2500	95,8786	96,4215	96,9168	97,3836	97,8217	98,2218
C. León	112,0800	111,0264	110,0625	109,1435	108,2468	107,3950	106,5768
Total CCAA	100,0000						

FUENTE: Elaboración propia en base a la información anterior y a proyecciones de población intercensales del INE.

4.1.2.3.3. Comparación de los sistemas de reparto de recursos sanitarios según criterios de necesidad

Como se ha comprobado el estudio realizado no pretende encontrar una única solución al problema, complejo y multidimensional de la asignación de los recursos destinados a sanidad en España. Los resultados, ofrecidos a nivel agregado, tan sólo pretenden clarificar la cuestión del reparto entre regiones de esos fondos correspondientes al gasto sanitario público, si bien es cierto que al agregar puede perderse la perspectiva que se obtendría al parcelar el análisis de los factores determinantes de la necesidad de las regiones en tanto en cuanto su influencia difiere según el tipo de atención sanitaria considerado lo que no resulta muy factible sobre todo en el caso de la asistencia hospitalaria.

En definitiva, una vez discutidos algunos de los resultados obtenidos, puede observarse que si se comparan con los de otras investigaciones similares, como la aplicación de la fórmula RAWP al caso español de Rico y Rubio (1996) o el de Urbanos y Utrilla (2002), en un porcentaje alto de los casos en los que las CCAA aparecen con índices de necesidad superiores a la media, las posiciones se repiten. La conclusión preliminar que se deriva es doble: la coincidencia de resultados para algunas CCAA estaría informando, en cierta medida, de la robustez de los indicadores calculados para detectar situaciones claramente diferenciadas mientras que, simultáneamente, pone en guardia sobre su capacidad para diferenciar CCAA que se encontrarían en posiciones intermedias.

¹⁰³ Es probable que el empleo de estas proyecciones suponga infravalorar las necesidades de gasto sanitario regionales en el futuro dado que estarían subestimando el efecto de la inmigración sobre la población total.

Así, para avanzar en la resolución del problema bastaría, por lo menos, con identificar a los peor situados y plantearles objetivos de compensación (Cuadros 4.49 y 4.50).

CUADRO 4.49. RESULTADOS COMPARADOS SEGÚN METODOLOGIAS ALTERNATIVAS DE ESTIMACION DE INDICES DE NECESIDAD POR CCAA (ordenadas de mayor a menor). AÑO 1996

NECESIDAD RELATIVA POR CCAA (Rico y Rubio, 1996)	NECESIDAD RELATIVA POR CCAA (Estadística multivariante)	NECESIDAD RELATIVA POR CCAA (Análisis de Regresión)
ASTURIAS**	ASTURIAS**	CASTILLA Y LEON**
GALICIA**	CATALUÑA	ARAGON
CASTILLA-LA MANCHA*	ARAGON	ASTURIAS**
ANDALUCIA	BALEARES**	CASTILLA Y LA MANCHA*
CASTILLA Y LEON**	LA RIOJA**	GALICIA**
EXTREMADURA*	GALICIA**	LA RIOJA**
BALEARES**	CASTILLA Y LEON**	CANTABRIA
LA RIOJA**	MADRID	EXTREMADURA*
CANARIAS	CANTABRIA	CATALUÑA
COMUNIDAD VALENCIANA		

** CCAA por encima de la media en todos los trabajos y * CCAA por encima de la media en dos de los trabajos
Fuente: Elaboración propia

CUADRO 4.50. RESULTADOS COMPARADOS SEGÚN METODOLOGIAS ALTERNATIVAS DE ESTIMACION DE INDICES DE NECESIDAD POR CCAA (ordenadas de mayor a menor). AÑO 1999

NECESIDAD RELATIVA POR CCAA (Urbanos y Utrilla, 2002)	NECESIDAD RELATIVA POR CCAA (Estadística multivariante)	NECESIDAD RELATIVA POR CCAA (Análisis de Regresión)
CASTILLA Y LEON**	ARAGON**	CASTILLA Y LEON**
GALICIA**	BALEARES	ARAGON**
ARAGON**	MADRID	ASTURIAS**
CASTILLA Y LA MANCHA*	ASTURIAS**	GALICIA**
EXTREMADURA*	CANARIAS	CASTILLA Y LA MANCHA*
ASTURIAS**	CASTILLA Y LEON**	LA RIOJA
CANTABRIA*	GALICIA**	CANTABRIA*
		EXTREMADURA*
		CATALUÑA

** CCAA por encima de la media en todos los trabajos y * CCAA por encima de la media en dos de los trabajos
Fuente: Elaboración propia

En síntesis, si se toma como referencia el reparto real per cápita de los recursos sanitarios respecto a los diferentes repartos según criterios de necesidad (Cuadros 4.51 y 4.52), como diferencia para el año 1996 Baleares (65 euros) y La Rioja (57 euros) serían las más beneficiadas y Aragón (-51 euros) y Asturias (-43 euros) las más perjudicadas con el criterio per cápita. Por otro lado, en el RAWP británico, Baleares (80 euros), La Rioja (69 euros) y Castilla y León (62 euros) serían las más beneficiadas y Madrid (-100 euros), Aragón (-67 euros) y Murcia (-61 euros) las más perjudicadas.

Respecto al reparto con indicadores estadísticos multivariantes, Baleares (132 euros), La Rioja (113 euros), Cataluña (80 euros) y Castilla y León (73 euros) serían las más beneficiadas y Canarias (-147 euros) y Murcia (-122 euros) las que menos. En cuanto a los calculados en base a técnicas de regresión, La Rioja (87 euros), Castilla y León (85 euros) y Baleares (59 euros) serían las más beneficiadas mientras que Canarias (-75 euros) y Madrid (-53 euros) las que peor estarían

CUADRO 4.51. IMPACTO DE LAS HIPOTESIS DE REPARTO ALTERNATIVAS SEGUN NECESIDADES DE GASTO EN LA FINANCIACION DE LA SANIDAD AUTONOMICA EN EL AÑO 1996 (índices sobre la media nacional =100)

Concepto	Criterio real f.sanitaria 1994-1997 (1)	Criterio per cápita (2)	Criterio RAWP (3)	Criterio Estad Multivar (4)	Criterio Regresión (5)	Criterio nueva f.sanitaria desde 2002 (6)
Cataluña	100,86	100,00	92,21	114,80	101,33	99,58
Galicia	99,19	100,00	107,41	109,43	106,53	103,97
Andalucía	99,34	100,00	106,86	83,56	94,28	96,01
Asturias	107,45	100,00	109,33	116,17	108,21	105,42
Cantabria	102,34	100,00	93,53	100,50	104,46	102,09
La Rioja	89,99	100,00	102,10	109,72	105,22	102,81
Murcia	100,91	100,00	90,29	79,52	94,95	96,31
C.Valenciana	100,34	100,00	101,00	98,93	98,87	98,72
Aragón	109,00	100,00	97,25	113,34	110,22	106,33
C.La Mancha	97,65	100,00	106,15	89,08	106,88	103,90
Canarias	101,49	100,00	101,48	75,66	88,35	100,67
Extremadura	101,76	100,00	105,60	87,49	102,96	102,47
Baleares	88,68	100,00	102,63	111,85	98,94	101,81
Madrid	104,85	100,00	87,41	102,84	95,54	96,75
Castilla y León	96,08	100,00	106,97	108,81	110,97	107,48
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Elaboración propia en base a la información expuesta anteriormente.

CUADRO 4.52. IMPACTO DE LAS HIPOTESIS DE REPARTO ALTERNATIVAS SEGUN NECESIDADES DE GASTO EN LA FINANCIACION DE LA SANIDAD AUTONOMICA EN EL AÑO 1996 (euros corrientes)

Concepto	Reparto (1)	Reparto (2)	Reparto (3)	Reparto (4)	Reparto (5)	Reparto (6)	(8) = (2) - (1)	(9) = (3) - (1)	(10) = (4) - (1)	(11) = (5) - (1)	(12) = (6) - (1)
Cataluña	576	571	526	655	578	568	-5	-49	80	3	-7
Galicia	566	571	613	624	608	593	5	47	58	42	27
Andalucía	567	571	610	477	538	548	4	43	-90	-29	-19
Asturias	613	571	624	663	617	602	-43	11	50	4	-12
Cantabria	584	571	534	573	596	583	-13	-50	-11	12	-1
La Rioja	514	571	583	626	600	587	57	69	113	87	73
Murcia	576	571	515	454	542	550	-5	-61	-122	-34	-26
C.Valenciana	573	571	576	565	564	563	-2	4	-8	-8	-9
Aragón	622	571	555	647	629	607	-51	-67	25	7	-15
C.L Mancha	557	571	606	508	610	593	13	48	-49	53	36
Canarias	579	571	579	432	504	574	-9	0	-147	-75	-5
Extremadura	581	571	603	499	588	585	-10	22	-81	7	4
Baleares	506	571	586	638	565	581	65	80	132	59	75
Madrid	598	571	499	587	545	552	-28	-100	-11	-53	-46
C.León	548	571	610	621	633	613	22	62	73	85	65
Total	571	571	571	571	571	571	0	0	0	0	0

Fuente: Elaboración propia en base a la información expuesta anteriormente. Para relativizar en base a la población se hace a partir de INE e INSALUD tomando como denominador la población protegida del censo de 1991.

Si se realiza el mismo planteamiento (Cuadros 4.53 y 4.54), como diferencia para 1999 Baleares (114 euros) y La Rioja (36 euros) serían las más beneficiadas mientras son Asturias (-61 euros) y Aragón (-52 euros) las más perjudicadas con el per cápita. Con el RAWP Baleares (131 euros) y Castilla-La Mancha (64 euros) serían las más beneficiadas y Cantabria (-95 euros), Cataluña (-74 euros), Aragón (-70 euros) y Madrid (-61 euros) las más perjudicadas.

Respecto al reparto en base a técnicas multivariante, Baleares (228 euros) y Madrid (103 euros) serían las más beneficiadas y Extremadura (-216 euros) y C.Valenciana (-157 euros) las más perjudicadas. En la regresión, Baleares (93 euros), Castilla y León (76 euros) y Rioja (75 euros) serían las beneficiadas y Canarias (- 61 euros) y Andalucía (-42 euros) las peores.

CUADRO 4.53. IMPACTO DE LAS HIPOTESIS DE REPARTO ALTERNATIVAS SEGUN NECESIDADES DE GASTO EN LA FINANCIACION DE LA SANIDAD AUTONOMICA EN EL AÑO 1999 (índices sobre la media nacional =100)

Concepto	Criterio real f.sanitaria 1998-2001 (1)	Criterio per cápita (2)	Criterio RAWP (3)	Criterio Estad Multivar (4)	Criterio Regresión (5)	Criterio nueva f.sanitaria desde 2002 (6)
Cataluña	103,72	100,00	92,21	96,43	101,18	99,58
Galicia	102,80	100,00	107,41	101,40	107,41	103,97
Andalucía	100,67	100,00	106,86	104,67	94,11	96,01
Asturias	109,55	100,00	109,33	112,13	109,36	105,42
Cantabria	108,41	100,00	93,53	99,68	104,70	102,09
La Rioja	94,40	100,00	102,10	92,11	106,11	102,81
Murcia	95,95	100,00	90,29	97,84	94,36	96,30
C.Valenciana	100,05	100,00	101,00	75,42	98,93	98,72
Aragón	108,17	100,00	97,25	118,45	110,75	106,33
C.La Mancha	96,12	100,00	106,15	84,58	107,03	103,90
Canarias	97,57	100,00	101,48	106,61	88,08	100,67
Extremadura	103,11	100,00	105,60	69,31	103,73	102,47
Baleares	82,16	100,00	102,63	117,84	96,76	101,81
Madrid	97,01	100,00	87,41	113,12	95,25	96,74
Castilla y León	100,25	100,00	106,97	103,75	112,08	107,48
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Elaboración propia en base a la información expuesta anteriormente..

CUADRO 4.54. IMPACTO DE LAS HIPOTESIS DE REPARTO ALTERNATIVAS SEGUN NECESIDADES DE GASTO EN LA FINANCIACION DE LA SANIDAD AUTONOMICA EN EL AÑO 1999 (euros corrientes)

Concepto	Reparto (1)	Reparto (2)	Reparto (3)	Reparto (4)	Reparto (5)	Reparto (6)	(8) = (2) - (1)	(9) = (3) - (1)	(10) = (4) - (1)	(11) = (5) - (1)	(12) = (6) - (1)
Cataluña	663	639	590	617	647	637	-24	-74	-47	-16	-26
Galicia	657	639	687	648	687	665	-18	29	-9	29	7
Andalucía	644	639	683	669	602	614	-4	40	26	-42	-30
Asturias	700	639	699	717	699	674	-61	-1	16	-1	-26
Cantabria	693	639	598	637	669	653	-54	-95	-56	-24	-40
La Rioja	604	639	653	589	678	657	36	49	-15	75	54
Murcia	614	639	577	626	603	616	26	-36	12	-10	2
C.Valenciana	640	639	646	482	633	631	0	6	-157	-7	-8
Aragón	692	639	622	757	708	680	-52	-70	66	16	-12
C.La Mancha	615	639	679	541	684	664	25	64	-74	70	50
Canarias	624	639	649	682	563	644	16	25	58	-61	20
Extremadura	659	639	675	443	663	655	-20	16	-216	4	-4
Baleares	525	639	656	753	619	651	114	131	228	93	126
Madrid	620	639	559	723	609	619	19	-61	103	-11	-2
C.León	641	639	684	663	717	687	-2	43	22	76	46
Total	639	639	639	639	639	639	0	0	0	0	0

Fuente: Elaboración propia en base a la información expuesta anteriormente. Para relativizar en base a la población se hace a partir de INE e INSALUD tomando como denominador la población protegida de 1999 según Ministerio de Sanidad y Consumo.

En cualquier caso, es importante señalar que la disponibilidad y calidad de los sistemas de información es la base sobre la que pueden diseñarse fórmulas de asignación y desempeñarse las funciones de coordinación del sistema ya que, como es sabido, el desarrollo de las fórmulas asignativas exigen un compromiso entre la información disponible, el rigor técnico y la toma de decisiones política (Tamayo, 2001; Urbanos y Utrilla, 2001a y b). Es necesario superar la actual fragmentación de la información sanitaria en España, toda vez que desde el año 2002 todas las regiones tienen competencias en la materia, por lo que habría que evaluar permanentemente el sistema sanitario mediante un intercambio de información entre las distintas partes que ayude a orientar y controlar el gasto además de valorar la gestión autonómica en la generación de los déficits en sus Servicios de Salud, poniendo así en conocimiento de los ciudadanos las diferencias existentes en calidad y grado de necesidad.

4.1.3 Los criterios del gasto histórico, efectivo y eficiencia productiva

a) La estrategia adoptada en el primer criterio (“*gasto histórico*”) pretendería conservar la situación preexistente asignando un porcentaje a cada CCAA idéntico al recibido antes de la descentralización y no distorsionaría en gran medida los niveles de financiación de gasto que vienen existiendo en el pasado por lo que su aplicación como hipótesis de reparto de cara a períodos posteriores no supondría ningún tipo de modificaciones sustanciales.

b) Otro de los criterios que pueden manejarse a la hora de plantearse el reparto de fondos consiste en financiar los gastos que efectivamente sean realizados al final del ejercicio presupuestario (“*gasto efectivo*”). Es decir, garantizar que se proporciona una financiación suficiente que se adecuará perfectamente a lo que realmente está gastando la región. La aplicación de este criterio parece clara si bien puede suponer algún problema en la práctica.

c) Por otro lado, el tercer criterio (“*eficiencia productiva*”) supondría en la práctica el privilegiar las zonas en las que los servicios sanitarios fueran administrados de la forma más eficaz, o en las que los costes de la prestación fuesen más bajos a idéntico nivel de calidad.

En resumen, el procedimiento de distribución que se vaya a emplear en cada caso concreto puede consistir en una combinación de algunos de estos diferentes criterios si bien y en principio, la lógica puede sugerir que en España habría que descartar, por lo menos hasta la fecha y de cara al futuro, el uso de dichos criterios debido a diversos motivos:

a) Criterio del *gasto histórico*: Vendría a equivaler al aplicado del coste de los servicios públicos, por lo que no parece lógico, dado que su empleo eternizaría posibles distribuciones defectuosas anteriores de los recursos sanitarios.

b) Criterio del *gasto efectivo*: Financiar a cada región los gastos que efectivamente desease llevar a cabo parece inimaginable dado que los recursos sanitarios públicos son escasos, tanto para ésta como para el resto de las funciones del gasto público.

c) Criterio de *eficiencia productiva*: A pesar de que este criterio parece razonable, tampoco parece ser, por el momento, una base adecuada de distribución, por varias razones:

- En primer lugar, la difícil cuantificación de la producción final de los servicios sanitarios, que hace también problemática la medición de la productividad o eficacia con que se suministran, de ahí que se tienda a suponer uniformidad en este indicador.

- En segundo lugar, porque lograr la equidad en la prestación de los servicios sanitarios puede exigir la asunción de costes diferenciales en su prestación entre las diferentes áreas ya que los servicios contratados a empresas privadas pueden tener diferente coste y que los costes medios pueden ser distintos en función del tamaño de los centros u otros motivos.

Por tanto, descartando en principio el uso de estos tres criterios en base a los argumentos planteados, el procedimiento de asignación de los recursos sanitarios que parece más adecuado desde una perspectiva teórica en un sistema de la “*Línea Gasto*” sería una combinación de los dos propuestos en primer término, cuya cuantía y criterios de reparto dependería del consenso político existente en ese momento pero que debería basarse en un reparto per cápita corregido utilizando algún tipo de indicadores de necesidad de acuerdo con la estructura demográfica, socioeconómica y sanitaria de la población, hecho sólo recientemente producido con el nuevo modelo de financiación autonómico y el ajuste por edad (2002).

4.2 Integración de la sanidad en el sistema de financiación territorial general

Desde el punto de vista estrictamente económico, la posibilidad de integrar la financiación sanitaria en la financiación autonómica general se mostraba como la alternativa más atractiva en el punto de partida de la negociación del nuevo modelo (2001). No obstante esto, la integración de la sanidad en la financiación autonómica general podía producirse en diverso grado y entre las diferentes *ventajas* que justificaban la inclusión en el sistema general se encuentran los siguientes:

a) En primer lugar, *la coherencia general con la organización y el funcionamiento del Estado autonómico*. Así, no existiría pues ninguna diferencia entre la sanidad y la educación o cualquier otro servicio de financiación pública por lo que si la financiación de la educación y de las demás políticas sociales estaba integrada en la LOFCA la sanidad también debería estarlo.

b) *Ya no existían motivos para mantener la separación ya que las cotizaciones sociales habían dejado de financiar la sanidad desde 1999 y ya se financian totalmente por los PGE*, con lo que ya no tiene sentido defender la separación para así no romper el principio de caja única.

c) *Cualquiera de las alternativas de integración de la sanidad en el régimen general de financiación podría tener una mejor evolución de la financiación sanitaria a largo plazo, resultado previsible de la utilización de unos índices de evolución mas favorables en cuanto a su evolución que el aplicado en el sistema de financiación sanitaria 1998-2001 (PIB nominal).*

d) *El propio sistema de financiación general de la LOFCA preveía el establecimiento de criterios de equidad en la financiación, basados en conceptos (características de la población, superficie del territorio, dispersión, nivel de renta, nivel educativo u otros), que no eran diferentes de los que se han propuesto para ponderar una financiación sanitaria específica con un criterio puramente poblacional. También la integración permitiría las compensaciones intersectoriales de modo que el criterio de reparto capitativo no ajustado compensa, por ejemplo, las mayores necesidades de gasto sanitario que tienen las CCAA de población envejecida con sus menores exigencias financieras para educación.*

e) *El sistema de financiación específico vigente suponía en esencia la dependencia financiera de las CCAA en la recepción de los recursos para sanidad, sin responsabilidad de su obtención, a la vez que su independencia en el gasto. Este sistema se ha mostrado históricamente como poco eficaz para poder controlar el gasto sanitario, de difícil control al existir grandes presiones tanto por parte de los agentes del sector sanitario como de toda la sociedad. Así, al Acuerdo de la nueva financiación, que se ha cerrado antes del 1 de enero de 2002, se ha unido la Ley de Estabilidad Presupuestaria que impondrá el déficit cero a todas las Administraciones (incluidas las autonómicas) y limitará su capacidad de endeudamiento.*

f) *La diversidad de las prestaciones y servicios públicos es consustancial a la descentralización, de modo que las CCAA, ejerciendo su legítimo derecho, podrían priorizar, poniendo mayor o menor peso y esfuerzo en la sanidad (unas CCAA ofrecerían prestaciones en su catálogo que mejorarían las de otras)*

Parece, por tanto, bastante claro que la integración de la sanidad en el sistema general no es un proceso sencillo y que además podría seguir tres enfoques diferentes.

4.2.1 Integración parcial en la financiación territorial general con transferencias condicionadas o incondicionadas

a) En el primer caso de *integración parcial con financiación por subvenciones condicionadas* no se produciría una integración total de la financiación de la sanidad con el resto de los servicios financiados con arreglo al sistema LOFCA, sino que constituiría un bloque independiente de ella.

El bloque general de los servicios continuaría financiándose según los criterios deducidos del conjunto de variables socioeconómicas y geográficas previstas. Esta parte de la financiación autonómica podría combinar como fuente de ingresos el rendimiento de una “*cesta de tributos*” cedidos, la participación territorializada en el rendimiento de tributos compartidos y una partida residual de participación en tributos del Estado. Por su parte, la financiación sanitaria supondría un “*cuarto bloque*” de financiación, en calidad de bloque independiente en la PIG realizada a través de transferencias condicionadas y cuya cuantía para cada CCAA vendría determinada por un criterio de distribución equitativa con criterios propios, sean las variables previstas en la Ley General de Sanidad, o algunas otras consensuadas por parte de la Administración Central y las CCAA. Por último, el mantenimiento de la financiación sanitaria como un bloque independiente permitiría conocer que cantidad percibe cada CCAA, procedente de la asunción de los servicios sanitarios, así como que cantidad destina finalmente a ellos.

b) Por otro lado, respecto a la *integración parcial en la financiación territorial general por transferencias incondicionadas*, la única diferencia con la anterior sería la desaparición de la financiación sanitaria como bloque independiente en la PIG, así como de la especificidad de las partidas destinadas a sanidad, que se fusionarían con las obtenidas por otros conceptos, manteniéndose la cuantificación de los fondos atribuidos en concepto de financiación por servicios sanitarios. Ya que la transferencia no tendría carácter condicionado a su utilización en los servicios sanitarios sino incondicionado, cada región podría cambiar su distribución hacia otros servicios. Sin embargo, dada la evolución del gasto sanitario, frente a la tendencia a la disminución del gasto en otros servicios (por ejemplo, los educativos), esta posibilidad se considera poco probable. Por su parte, la responsabilidad del control de la financiación y el funcionamiento de los servicios avanzaría un paso más hacia su descentralización.

4.2.2 Integración total en la financiación territorial general

En esta alternativa las variables asociadas a la suficiencia en la financiación sanitaria se incorporarían al resto de variables utilizadas para determinar el porcentaje de Participación de los Ingresos del Estado y la financiación necesaria para la prestación de todos los servicios públicos transferidos, incluida la sanidad, se determinaría conjuntamente. Por tanto, la principal diferencia entre la integración parcial y la total consiste en que la primera no resuelve la ausencia de corresponsabilidad fiscal (a la que, en parte, se atribuye la falta de incentivos autonómicos para controlar el gasto sanitario), mientras que la integración plena en la LOFCA permitiría afectar impuestos propios a la financiación sanitaria de ahí que parezca mucho más atractiva ante cualquier reforma del sistema de financiación autonómica.

4.2.3. La descentralización de los impuestos en España

Con los condicionantes de necesidad de suficiencia financiera en el sistema de financiación autonómica de períodos anteriores se detallan a continuación las diferentes alternativas teóricas mediante las cuales tanto la financiación autonómica como la sanitaria pudiera hacerse ya no sólo mediante un sistema de transferencias de ingresos del Estado sino con recursos tributarios propios que aumentarán el grado de descentralización fiscal. La propia Teoría del Federalismo Fiscal argumenta al respecto que la descentralización impositiva ha de derivarse como consecuencia de la descentralización del gasto público¹⁰⁴, por lo que los desarrollos teóricos se centran en definir los criterios básicos a seguir para su articulación efectiva (Cuadro 4.55).

Así, la descentralización tributaria encuentra su justificación en el cumplimiento de los principios de *autonomía y corresponsabilidad fiscal*, planteando que la cuestión a resolver no es cómo repartir los ingresos impositivos entre los niveles de gobierno sino cómo debe repartirse la capacidad de generar ingresos entre los diferentes niveles de gobierno. Parece que el propio contenido de la autonomía fiscal señalaría los límites de la descentralización tributaria en la financiación plena de las necesidades regionales de gasto dónde la situación óptima sería aquella en que todas las CCAA pudieran cubrir sus necesidades de gasto con sus propios impuestos y con participaciones territorializadas aunque requeriría bien ajustar la descentralización tributaria a las necesidades financieras de cada CCAA o bien diseñar un modelo uniforme de descentralización apoyado por transferencias negativas desde las CCAA con mayor capacidad fiscal. No obstante, habría que buscar una fórmula que garantice niveles significativos de descentralización tributaria (Goodspeed, 2000) y según la teoría:

a) La solución de descentralización fiscal en este contexto no debe olvidar los dos principios “clásicos” de la distribución de impuestos según la Teoría del Federalismo Fiscal que adopta una concepción *musgraviana*. Es decir, que los impuestos adecuados para las funciones de *estabilización* (crecimiento económico estable) y *redistribución* (reasignación de rentas) deben ser centrales, lo que supone en lo que respecta a la primera de las funciones aludidas que cualquier impuesto debería asignarse al Gobierno Central (especialmente los directos) y en cuanto a la segunda que es evidente la conveniencia de centralizar la imposición progresiva.

¹⁰⁴ Así, Zubiri (1987) indica que “*las ventajas económicas de la descentralización fiscal se justifican en cuanto sirve para conseguir una mejor correspondencia entre las preferencias y las necesidades de los residentes de una región y los bienes que perciben para lo cual se precisa, previamente, del reparto de la capacidad para generar ingresos impositivos entre los distintos niveles de gobierno, es decir, de la propia corresponsabilidad fiscal*”.

CUADRO 4.55. LA DESCENTRALIZACION IMPOSITIVA OPTIMA Y LA TEORIA DEL FEDERALISMO FISCAL

PRINCIPIOS DE DESCENTRALIZACION	Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF)	Impuesto sobre la renta de Sociedades (IS)	Impuestos Especiales (I.E.E)	Impuesto sobre el Valor Añadido (IVA)
Asignación de impuestos finalistas, descentralización impuestos redistributivos y no estabilización	No se cumple	No se cumple	Se cumple relativamente	Se cumple relativamente
No-exportación fiscal	Se cumple sólo relativamente dado que las bases imponibles pueden ser móviles	No se cumple dado que las bases imponibles son altamente móviles	Se cumple especialmente con jurisdicciones grandes e inelasticidad de la demanda del bien alta	Se cumple especialmente con jurisdicciones grandes e inelasticidad de la demanda del bien alta
Perceptibilidad del impuesto	Disminuye con la descentralización fiscal	Disminuye con la descentralización fiscal	Escasa y aún menor con la descentralización fiscal	Escasa y aún menor con la descentralización fiscal
Evitar competencia fiscal	Se cumple sólo relativamente dado que las bases imponibles pueden ser móviles	No se cumple dado que las bases imponibles son altamente móviles	Se cumple relativamente con armonización de tipos impositivos y jurisdicciones grandes	Se cumple relativamente con armonización de tipos impositivos y jurisdicciones grandes
Difusión de la incidencia fiscal ampliamente extendida	Se cumple efectivamente	Se puede cumplir sólo relativamente	No se cumple tanto como en el IRPF e IVA	Se cumple efectivamente
Dimensión de los rendimientos impositivos	Distribución geográfica de los rendimientos y elasticidad de los rendimientos hacen que tenga que ser eminentemente central	Distribución geográfica de los rendimientos y elasticidad de los rendimientos hacen que tenga que ser eminentemente central	Distribución geográfica de los rendimientos se cumple relativamente y elasticidad de los rendimientos se cumple mejor cuando los impuestos son ad valorem	Distribución geográfica de los rendimientos y elasticidad de los rendimientos se cumple
Valoración final	Impuesto susceptible de ser descentralizado aunque con matices y en cualquier caso siempre debería quedar una parte importante de él en manos del Gobierno Central.	Impuesto con grandes dificultades a la hora de ser descentralizado dada la movilidad de sus bases imponibles y su papel como instrumento de política fiscal central que evitase la competencia fiscal por lo que siempre quedaría una parte de él en manos del Gobierno Central.	Impuestos que pueden ser descentralizados dada su escasa utilidad en la redistribución y estabilización y su carácter finalista además de que será necesario que se recauden en la fase minorista, si bien la descentralización plantearía problemas de ilusión fiscal.	Impuesto que puede ser descentralizado dada su escasa utilidad en la redistribución y estabilización además de que será necesario que se recaude en la fase minorista, si bien la descentralización plantearía problemas de ilusión fiscal.

FUENTE: Elaboración propia.

Por otro lado, la función de *asignación* (provisión de bienes y servicios públicos) ha de ser compartida por todos los niveles, en función del ámbito espacial de los beneficios de la acción pública y del propio Teorema de la Descentralización (Oates, 1972), de lo que se deriva el *modelo de beneficio* de la imposición subcentral. Es decir, siempre que sea posible, los Gobiernos Subcentrales deben cobrar una contraprestación por los servicios que proveen o, en su caso, exigir impuestos sobre beneficios específicos¹⁰⁵. De todos modos, las prescripciones señaladas, son difícilmente aplicables y, de hecho, se desoyen en alguna medida en todos los países con estructura federal de gobierno (McLure, 1983; Grewal, 1985 y Melguizo, 1989). Como puede apreciarse si se revisa tanto la evidencia europea (Pola, 1999) como internacional (Castells, 1988; Norregaard, 1997; Ter-Minassian et al, 1997; Giménez, 2000 y 2002) en materia de experiencia comparada, las soluciones adoptadas en cada país están influenciadas tanto por las prescripciones de la Teoría del Federalismo Fiscal como por su contexto político, institucional, cultural e histórico propio. De ahí, que parecería razonable adoptar una interpretación más abierta de estas directrices que, en todo caso, apostaría por el principio de beneficio y porque el nivel central mantuviera una preeminencia (pero no-exclusividad) en el desempeño de las funciones de estabilización y redistribución (IRPF e IVA).

b) Los impuestos no deben ser exportables o trasladados a los individuos de otras áreas que no se beneficien de los bienes y servicios públicos prestados por la jurisdicción que recauda efectivamente el impuesto (King, 1988).

c) Los electores han de percibir los impuestos con claridad para tomar correctamente sus decisiones en materia de gastos y cumplir el principio de “*equivalencia fiscal*” (Olson, 1969) ya que, según la Teoría de la Elección Pública, la falta de percepción de los impuestos satisfechos impediría que el contribuyente evaluase correctamente el coste de bienes y servicios públicos recibidos, lo que podría inducirle a elecciones ineficientes del gasto público. Este fenómeno de ilusión fiscal podría verse acrecentado en un contexto de descentralización fiscal.

d) Las jurisdicciones de los niveles subcentrales deben armonizar sus sistemas impositivos (como sucede a nivel supranacional con el IVA en el caso de la Unión Europea), por ejemplo, fijando tipos de gravamen mínimos, o bien someter a tributación las bases que tengan baja movilidad interjurisdiccional (necesitándose elevados tamaños de las jurisdicciones) a fin de evitar fenómenos de competencia fiscal (Oates, 1972; Zubiri, 1987, entre otros).

¹⁰⁵ Aplicado a la asignación de impuestos finalistas supone que éstos deben asignarse a los niveles de gobierno encargados de la provisión de servicios para cuya financiación se crearon aquellos tributos, ya que según McLure (1994) “*no tendría sentido, por ejemplo, que un nivel de gobierno se responsabilizará de la construcción y mantenimiento de un sistema de vías de peaje, puentes y túneles y que un segundo recibiera los peajes abonados*”.

e) Los impuestos subcentrales deben ser capaces de generar los suficientes ingresos para evitar desequilibrios fiscales verticales. Asimismo, si se supone que una jurisdicción determina su nivel de provisión de bienes y servicios públicos en función de las preferencias del votante mediano y recauda sus ingresos a través de un impuesto que recae sobre un grupo reducido de su población (dónde está el votante mediano) es de esperar que el nivel de gasto público se sitúe por encima de su nivel óptimo. Por tanto, una de las características que debe cumplir un buen impuesto subcentral es que la difusión de su incidencia fiscal está ampliamente extendida.

f) La propia dimensión de los rendimientos impositivos es también un criterio importante al diseñar un sistema de financiación. Esto se traduce en dos vertientes:

1- En cuanto a la distribución geográfica de los rendimientos se diría que las bases impositivas que estén distribuidas de forma altamente desigual entre jurisdicciones deben poder usarse centralmente (Musgrave, 1983; King, 1988).

2 - En cuanto a la elasticidad de los rendimientos, los impuestos elásticos con alto potencial recaudatorio contrarrestan las fluctuaciones de los ciclos económicos (estabilizador automático), siendo aconsejable que se asignen al nivel de hacienda central.

Todas estas recomendaciones anteriores son una invitación a anticipar qué podría ocurrir con los tributos cuya atribución a las regiones es efectiva desde 2002. Así, por ejemplo, la descentralización del IVA y de los Especiales no podría desligarse de su complejo proceso de armonización en la UE y no debería hacerse desconociendo que se trata de instrumentos centrales para compensar eventuales reducciones en la recaudación de otros ingresos públicos (por ejemplo, IRPF). Con la guía que suministran estos principios, en los siguientes apartados se analizan las posibilidades antes de 2002 y que, en algún caso, pueden seguir aún abiertas a fin de proseguir el proceso de descentralización tributaria en España, siendo los candidatos (además del IRPF ya cedido), el Impuesto sobre Sociedades, los Especiales y el IVA¹⁰⁶.

4.2.3.1 La cesión del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF)

El contexto referido a este punto antes del nuevo modelo mostraba que a pesar de que este impuesto estaba ya parcialmente cedido podría seguir estudiándose aumentar su cesión si bien la disminución de su capacidad recaudatoria y, por tanto, su escasa elasticidad planteaba serias dudas respecto a lo que realmente podía esperarse de él.

¹⁰⁶ No obstante, es necesario señalar la contribución que supuso ya en su momento el “*Libro Blanco*” (1995) que, en su segunda parte, configuraba una estructura de ingresos para las CCAA con “*tributos compartidos*” (Imposición sobre la renta e IVA en su fase minorista) y participaciones territorializadas (Impuestos de matriculación, sobre el alcohol y bebidas alcohólicas, sobre hidrocarburos y sobre el tabaco). Avanzaba también la enorme diferencia que podía aparecer en los grados de corresponsabilidad fiscal entre las distintas CCAA y, como consecuencia, las diferencias substanciales en las capacidades de financiación autonómicas.

Sus cifras de recaudación global (25.843,52 millones de euros en 1992 y 45.719,8 millones de euros en 2003) indicaban que seguía siendo el tributo de mayor poder recaudatorio a pesar de cierta tendencia anual a la baja, lo que planteaba dificultades al considerar que mediante cesiones adicionales de este impuesto las regiones iban a aumentar su grado de autonomía financiera y de corresponsabilidad fiscal.

Respecto a los planteamientos teóricos, la solución de descentralización fiscal señalaba que, como valoración general, el IRPF sería un impuesto susceptible de ser descentralizado si bien, en cualquier caso, siempre debería quedar una parte en poder del Gobierno Central. En este contexto, existían en el 2001 dos alternativas de cara a la negociación del nuevo modelo de financiación autonómica: mantener relativamente una cesión similar al sistema anterior o pensar en que aún existía margen suficiente para aumentar el porcentaje de cesión de este tributo, toda vez que se contaba con su nueva reforma para 2003. Ante esta disyuntiva, parecía que si la opción era seguir considerando al IRPF como elemento central del sistema se apostaría por la segunda mientras que la primera podría ser perfectamente válida en un contexto en el que la Administración Central cediese una “*cesta de impuestos*” a las CCAA. Precisamente, ésta última ha sido la situación realmente producida en la negociación del nuevo modelo en 2001, dada la incapacidad recaudatoria del IRPF para mantener una financiación suficiente.

4.2.3.2 La cesión del Impuesto sobre Sociedades (IS)

Otro de los gravámenes susceptibles de descentralización tanto antes como ahora con el nuevo modelo de financiación es el Impuesto sobre Sociedades (IS) cuyas cifras de recaudación global (7.314,31 millones de euros en 1992 y unos 21.089,90 millones de euros en 2003) mostraban su fuerte dependencia de los beneficios empresariales. Dicho impuesto revelaba así cierta tendencia anual al alza en su recaudación lo que planteaba, al tener mejor comportamiento recaudatorio que el IRPF, que pudiese ser objeto de estudio para futuras cesiones a las CCAA de régimen común, a diferencia de lo que había sucedido en el modelo 1997-2001.

En cuanto a los planteamientos teóricos, la solución de descentralización fiscal en este impuesto permitiría concluir que, como valoración general, el IS sería un impuesto con grandes dificultades para ser descentralizado, dada la movilidad de sus bases imponibles y su papel en la política fiscal central evitando la competencia en ese sentido, por lo que siempre debería quedar una parte importante de él en poder del Gobierno Central. Además, aunque es un tributo claramente perceptible y tiene un notable potencial recaudatorio también habría que mencionar que el IS tiene una evolución recaudatoria irregular y que fluctúa con la fase del ciclo económico, lo cual le hace claramente desaconsejable como instrumento de financiación para los gobiernos autonómicos cuyas necesidades de gasto son más estables.

No obstante, el “*Libro Blanco*” de 1995 ya incluía en su momento al IS dentro de aquellos impuestos que tienen carácter regulador y cuya cesión a las CCAA podría dar lugar a cierta competencia fiscal además de tener una pronunciada tendencia cíclica (Marcet, 1991). Sin embargo, también es cierto que la experiencia comparada muestra que países como Canadá o Suiza poseen un impuesto local sobre las sociedades y conviven con él sin que se produzcan excesivos movimientos de capitales mientras que Alemania posee una participación regional en los rendimientos del IS. Por tanto, la posible cesión o participación en este impuesto no debería ser rechazada de inmediato y más con el precedente de que en España las CCAA forales (País Vasco y Navarra) tienen su propio IS generando así una competencia desleal con respecto a todas las demás CCAA y, sobre todo, con respecto a las limítrofes. A pesar de este planteamiento, en el nuevo modelo se ha seguido la “*línea continuista*” de períodos anteriores y no se ha descentralizado este impuesto, si bien los recientes avances en la descentralización del gasto producidos en nuestro país podrían haber sido una buena justificación para ello.

4.2.3.3 La cesión de los Impuestos Especiales (I.EE)

La siguiente alternativa de reforma de la financiación autonómica de cara a la negociación del nuevo modelo era la cesión (parcial o total) de estos impuestos a las haciendas autonómicas, tal y como ya se planteaba en el “*Libro Blanco*” (1995) para el Escenario de integración de la sanidad en el sistema general (realmente planteado en 2001). Las cifras de recaudación global (8.810,84 millones de euros en 1992 y unos 16.945,80 millones de euros en 2003) mostraban que son impuestos de una apreciable capacidad recaudatoria con una tendencia anual irregular en su recaudación por lo que, al tener mejor comportamiento que el IRPF pero por debajo de la del IS, podían ser objeto de estudio para futuras cesiones adicionales.

En cuanto a la teoría, al ser tributos que inciden sobre los consumidores de los bienes gravados, pueden caracterizarse como impuestos sobre beneficios específicos¹⁰⁷ (sanidad, circulación viaria, infraestructuras y medio ambiente) y en la medida en que estas materias correspondan a competencias en parte ejercidas por las CCAA estaría plenamente justificada la descentralización, quizás parcial, de estos tributos a la parcela autonómica. Ello haría ventajosa la distribución regional de su rendimiento en función del reparto geográfico de las pautas de consumo de los bienes gravados ya que existiría una relación directa entre dicho consumo y los costes que se pretenden financiar. Además, la experiencia comparada muestra la utilización de esta modalidad de impuestos en la financiación subcentral en países federales como Alemania, Estados Unidos, Suiza, Canadá y Australia (Sánchez Sánchez, 1997 y 2000).

¹⁰⁷ Este razonamiento sigue lo planteado en Monasterio et al. (2001): “*Siempre que sea posible, los Gobiernos Subcentrales deben cobrar una contraprestación por los servicios que proveen o, en su caso, exigir impuestos sobre los beneficios específicos*”.

En resumen, hasta el modelo vigente desde el pasado 1 de Enero de 2002 no se había realizado la cesión de los Impuestos Especiales. Estos impuestos tienen una función reguladora y según el “*Libro Blanco*” (1995) deberían estar en manos del Gobierno Central, si bien no es ésta su única función ya que se establecen para compensar las externalidades que producen los bienes sobre los que recaen. Si se interpretan en este sentido serían aptos para ser transferidos a las CCAA ya que estas externalidades se producen en el lugar en el que los bienes se consumen. No obstante, su condición de impuestos que se establecen en la fase de fabricante es lo que más frenaría al plantearse transferir su poder a las CCAA aunque si se cambiase su recaudación a la fase minorista serían aptos para poder ser gestionados regionalmente. Por tanto, era factible que se pudiesen estudiar de cara a la negociación del nuevo modelo de financiación autonómica propuestas basadas en una cesión de los Impuestos Especiales (parcial o total). Precisamente, la opción finalmente adoptada en 2001 no es muy diferente de lo aquí comentado.

4.2.3.4. La cesión del Impuesto sobre el Valor Añadido (IVA)

La última de las posibles alternativas de reforma de la financiación autonómica sobre la que se iba a discutir en el año 2001 al diseñar el nuevo modelo era la cesión parcial o total de este tributo a las haciendas regionales, especialmente en su fase minorista (“*Libro Blanco*”, 1995). Las cifras de recaudación global (18.691,47 millones de euros en 1992 y unos 39.180,90 millones de euros en 2003) mostraban que tras el IRPF era el segundo tributo en cuanto a recaudación total con cierta tendencia anual al alza, lo que planteaba su cesión a partir del 2002.

Por lo referente a los planteamientos teóricos de descentralización fiscal, el IVA sería un impuesto que puede ser descentralizado dada su escasa utilidad en la redistribución y estabilización además de que sería necesario recaudarlo en la fase minorista, si bien la descentralización plantearía problemas de ilusión fiscal¹⁰⁸. Ahora bien, el IVA se ha convertido en uno de los impuestos más conflictivos para su uso en la financiación de las CCAA al estar afectado por inconvenientes de complejidad, escasa perceptibilidad, distorsiones en el comercio inter-regional y en el grado de integración empresarial y su discutible encaje legal, debido a la adecuación a la normativa europea de la diferenciación de tipos de gravamen¹⁰⁹.

¹⁰⁸ Ello haría que, tal y como se mostraba en Urbanos y Utrilla (2000), comparando la cesión de los I.I.EE o una cesión adicional del IRPF (suponiendo un porcentaje adicional del 38,5% para todas las CCAA) para el quinquenio 2002-2006 versus el supuesto de cesión del 50% del IVA, ésta última sería la que mayor suficiencia financiera proporcionaría, especialmente relevante al considerar el caso concreto de la integración de la sanidad en el sistema general. La explicación a estos resultados vendría dada por la estimación que realizan para la evolución de las fuentes de financiación consideradas. Así, los índices acumulados de crecimiento para el IVA serían superiores a los de los ITAE y éstos a su vez resultan mayores a los asociados a los I.I.EE mientras la recaudación por IRPF a lo largo de 2002-2006 registraría las menores tasas de crecimiento.

¹⁰⁹ Esto último se debe a que en la UE sigue existiendo cierta indefinición en la normativa armonizadora sobre cómo pueden usarse dentro de cada país las facultades fiscales a su alcance y, en nuestro caso concreto, qué nivel de gobierno debe intervenir en la fijación de los tipos de gravamen del IVA e Impuestos Especiales (Pedraja y Salinas, 2001). Por ello, de acuerdo con el principio de subsidiariedad, puede sostenerse que no tiene por qué ser en exclusiva la Hacienda Central la que ejerza las competencias.

En cualquier caso, las reglas vigentes de armonización fiscal en la UE y, en concreto, el Acuerdo sobre tipos mínimos de gravamen extendido recientemente por la Directiva 1999/49 hasta finales del 2000 impedirían la competencia fiscal entre CCAA ya que al estar situados los tipos de gravamen españoles casi al nivel mínimo las modificaciones de tipos deberían ser al alza. Por último, tanto el IVA, como los Impuestos Especiales, son tributos¹¹⁰ con alto potencial recaudatorio y cuya carga fiscal está distribuida entre las CCAA menos desigualmente que la de otros como el IRPF, por lo que sería posible su descentralización.

Una vez razonado hasta aquí que las metas que en el año 2001 se pensaba que podrían alcanzarse con la descentralización parcial (IRPF, IVA e Impuestos Especiales) habría que examinar los dos mecanismos con los que se podía llevar a cabo: la concesión de participaciones territorializadas en la recaudación global de esos impuestos o la atribución a las CCAA de competencias normativas, especialmente con la fijación de los tipos de gravamen:

- La primera denominada *fórmula de participación territorializada* no parecería muy compleja y para hacerla visible podría incluso hacerse un desdoblamiento de tipos en factura que hiciera a los contribuyentes más perceptible el destino final de sus impuestos.

- El otro mecanismo consistiría en *atribuir competencias normativas a las CCAA* sobre el IVA y Especiales. En cuanto a la extensión de dichas competencias bastaría con las que afectan a la fijación del tipo de gravamen, dadas las advertencias de la experiencia comparada y se ejercerían previo el desdoblamiento de los tipos vigentes en un tipo estatal y otro autonómico siendo éste último modificable por la CCAA, si bien la suma de ambos respetaría los mínimos impuestos por la legislación europea.

En consecuencia, en el medio plazo pudiera ser mejor una participación territorializada en IVA y Especiales pudiendo ensayar posteriormente la cesión con competencias normativas dado que, a fin de cumplir el principio de sencillez, habría que evitar un diseño complejo para el ciudadano con muchos impuestos descentralizados en diversos porcentajes.

4.3. El Modelo Mixto de financiación sanitaria

Este modelo consiste en combinar adecuadamente las principales ventajas de los sistemas de “*Línea Gasto*” (equidad) y “*Línea Ingreso*” (autonomía y corresponsabilidad fiscal) a fin de obtener una solución óptima.

¹¹⁰ Por tanto, aparte de los tributos cedidos característicos como forma de percibir ingresos derivados del Estado, ya se apuntaba en su momento que se podría estudiar en un modelo de “*cesta de impuestos*” el establecimiento de una cesión del IVA (tanto parcial como total) que posibilitaría que, con la sanidad transferida a todas las regiones, las CCAA de elevado nivel de renta (Madrid y Cataluña) tuviesen un grado de autonomía fiscal casi pleno en cuanto a su cobertura de gasto aumentando también el de las demás (Monasterio et al., 2001).

Así, se debería tener en cuenta en primer lugar que la opción de la “*Línea Ingreso o Espacio Fiscal (fiscal room)*” a pesar de las ventajas antes señaladas en cuanto a una mayor autonomía y corresponsabilidad fiscal (uso racional de recursos y mejor control del gasto autonómico) también presenta inconvenientes ya que podría ser “*arriesgado*” incluir la sanidad en el paquete global de la financiación para aquellas CCAA que no han logrado aún un grado de suficiencia económica importante y que, además, no tienen capacidad recaudatoria que les pueda acercar a ello.

Por otro lado, en el esquema adoptado en el Modelo Mixto habría que percatarse que la fórmula de la “*Línea Gasto*”, en principio, dependiendo de sí se basa en una financiación específica de carácter capitativo puro (escasamente manipulable y estrechamente relacionada con la universalización de la sanidad) o bien compensatoria (corregida en base a diferentes criterios que ajustarían mejor la población como los ya mencionados o la consideración de otros ajustes por necesidad sanitaria que incluyesen un mayor número de variables demográficas, sociales o económicas y que han sido olvidados en el reciente Acuerdo de 2001), podría ser más protectora para las regiones relativamente pobres frente a la situación en otras regiones con mayor riqueza, más visible para los gestores en los presupuestos y más comparable a la vez que permite un mayor control del Ministerio de Sanidad, dado que podría establecerse una especie de fondos específicos bien de nivelación para inversiones sanitarias que compensaría el déficit de infraestructuras de determinadas regiones bien de cobertura de la asistencia a pacientes desplazados a centros de referencia de otras CCAA además de poder financiar las nuevas prestaciones que el SNS pudiera ir añadiendo al catálogo y mantener así el principio de equidad entre las regiones (Rey, 1998a y b y 2000; Espadas et al., 1999; González, 2001).

En definitiva, quizás al tener que decidirse entre la mejor de las dos alternativas generales (“*Línea Gasto*” o “*Línea Ingreso*”) la opción más deseable sería seguir apostando por una solución que reuniese lo mejor de ambos sistemas, es decir, el “*Modelo Mixto*”. En el siguiente capítulo en el que se describen y analizan los previsibles efectos económicos del nuevo modelo de financiación autonómica y sanitaria (2002) se comprobará cómo se han recogido en parte estas directrices y cuál es la experiencia disponible a partir de la práctica del sistema en las Comunidades Autónomas en los dos primeros años de aplicación del modelo (2002 y 2003).

CAPITULO V. REVISION CRITICA E IMPLICACIONES ECONOMICAS DE LA INTEGRACION DE LA SANIDAD EN EL MARCO DEL NUEVO SISTEMA DE FINANCIACION AUTONOMICO (1999-2005)

1. Introducción

En este capítulo se expone toda la problemática relativa a la financiación autonómica y sanitaria dado que, si bien hasta el año 2001 las competencias sanitarias se habían venido manteniendo mediante sistemas de financiación específicos y separados de los mecanismos generales de la financiación autonómica regulados por la LOFCA, es a partir de su reciente reforma cuando se opta por integrar la financiación sanitaria con el resto de competencias comunes del sistema general. Con dichas premisas, en primer lugar, se describen las principales características del nuevo modelo de financiación de las haciendas autonómicas en el marco de la Ley General de Estabilidad Presupuestaria (LGEF). A continuación, se analiza el diseño y naturaleza del nuevo modelo de financiación autonómica acordado por el Consejo de Política Fiscal y Financiera en su reunión de 27 de Julio de 2001 y ratificado posteriormente por Ley en Diciembre de 2001, tanto desde la perspectiva de la financiación sanitaria como de los efectos económicos que previsiblemente tendrá sobre las finanzas regionales de los próximos años.

2. El nuevo modelo de financiación autonómica

A principios del año 2001 era necesario que las soluciones respecto a la financiación de las regiones fueran capaces de darla un marco financiero estable y suficiente, tanto estático como dinámico, frente a lo que había venido sucediendo en períodos anteriores. Es decir, un auténtico cambio cualitativo que evitaría estar redefiniendo continuamente el modelo. Así, en el anterior sistema de financiación (1997-2001) los resultados quizás no habían sido los esperados, ya que las regiones comenzaban a depender de manera importante en el IRPF justo cuando éste mostraba síntomas de una menor recaudación debido, en gran parte, a su propia evolución anterior y al efecto previsible de la reforma planteada en 1998. Dicho Acuerdo del CPFF aplicó un mecanismo de garantías de carácter retroactivo y vigente para todo el quinquenio, lo cual suponía alterar el modelo inicialmente aprobado hacia las directrices que parecían haber quedado ya atrás con el sistema del período anterior (1992-1996).

2.1 El contexto institucional y económico

Al comenzar la nueva legislatura en el año 2000 era conocido que el pasado 31 de Diciembre de 2001 concluía la vigencia del sistema de financiación de Competencias Comunes, el de los Servicios Sanitarios y el de los Servicios Sociales, además del foral y los casos especiales de Canarias y de Ceuta y Melilla como Ciudades con Estatuto de Autonomía desde las Leyes Orgánicas 1/1995 y 2/1995, de 13 de Marzo.

Por tanto, dejando a un lado el modelo foral que sigue otro tipo de cauce, el Gobierno Central tenía como uno de los problemas a resolver la renovación del sistema de financiación de las CCAA de régimen común con el fin de sustituir al aprobado para el quinquenio 1997-2001. Con la coincidencia anterior se propiciaría así la posibilidad de buscar un sistema integrado de financiación general e incorporar a las tres CCAA que no habían aceptado el anterior (Andalucía, Castilla-La Mancha y Extremadura¹¹¹)

Previamente, a comienzos de Abril de 2001, se había realizado una propuesta desde el Gobierno Central de modelo de descentralización que desarrollaba la idea de la corresponsabilidad fiscal y retiraba algunos mecanismos de garantía anteriores que aseguraban un nivel mínimo de recaudación si bien, como ya había sucedido en otras ocasiones¹¹², el Ministerio de Hacienda consideró que, como punto de partida para las posteriores negociaciones políticas y técnicas, sería de extraordinaria utilidad contar con un Informe en dónde un grupo de expertos en la materia aportarían su experiencia y ofrecieran alternativas de actuación de cara al que debería ser el nuevo sistema de financiación autonómica. A ello respondió la Resolución de la Secretaría de Estado de Hacienda de 28 de Septiembre de 2000, merced a la cual se creó la Comisión presidida por el profesor Javier Lasarte que rindió, después de diversas reuniones de trabajo entre Octubre de 2000 y Junio de 2001, el *“Informe sobre la reforma de la financiación autonómica”*, documento que reunía las conclusiones a cada una de las preguntas formuladas por el Gobierno Central (Cuadro 5.1).

Con la experiencia señalada anteriormente respecto a los modelos de quinquenios anteriores y la necesidad de conseguir un nuevo marco de financiación ante un horizonte de una mayor descentralización del gasto, se plantearon en el año 2001 las negociaciones entre el Estado y las 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, que debía fundamentarse en tres pilares: financieros, tributarios e institucionales.

¹¹¹ Cuyos porcentajes definitivos en los ingresos generales del Estado para 1997-2001 en el caso de éstas dos últimas, según el modelo de financiación aprobado por las Comisiones Mixtas Estado-CCAA el 26 de Diciembre de 2001, serán aplicados a las liquidaciones definitivas que se practiquen de cada uno de los años del quinquenio en virtud de las respectivas Leyes 26 y 28/2002, de 1 de Julio, del régimen de cesión de tributos del Estado a Castilla-La Mancha y Extremadura, de fijación y alcance y condiciones de dicha cesión.

¹¹² La última con el *“Informe sobre el actual sistema de financiación autonómica y sus problemas”* (1995), más conocido por el *“Libro Blanco”*.

Dicho nuevo modelo incorporaba las siguientes novedades positivas:

1) La implantación de la “*cesta de impuestos*” como forma de obtención de recursos de financiación, de diversificación de las bases tributarias, de ampliación de capacidad normativa y de avance en “*corresponsabilidad fiscal*” frente a los fallidos intentos de sistemas anteriores.

2) Se *integran* los distintos sistemas de financiación hasta ahora existentes (tanto el sanitario, aunque con particularidades, como el de servicios sociales¹¹³), si bien se siguen manteniendo como submodelos diferenciados constituyendo una auténtica novedad.

3) Se produce la *desaparición de las garantías generales* respecto al IRPF que operaban en el antiguo modelo 1997-2001 y que habían sido objeto de numerosas críticas respecto a su posible influencia sobre los comportamientos ineficientes de muchos Gobiernos autonómicos.

4) Es la primera vez en la historia de la financiación de las CCAA que un Acuerdo del CPFF como éste, después de haber sido aprobado por unanimidad por las Cortes y todas las CCAA de régimen común frente a lo sucedido en el período anterior, ha sido *incorporado en un texto legal con rango formal de Ley*¹¹⁴. Ello ha servido para modificar ligeramente algunas cuestiones previamente acordadas en el CPFF en Julio mediante la Ley 21/2001, de 27 de Diciembre, lo que supone fijar un elemento de estabilidad al sistema (evitando la renegociación y el bilateralismo) además de modificar el régimen jurídico de Tributos del Estado susceptibles de cesión, Participación en Ingresos del Estado, Asignaciones de nivelación, Fondo de Compensación Interterritorial (FCI) y endeudamiento, entre otras materias¹¹⁵. No obstante, la aplicación efectiva del nuevo sistema requería su aceptación por cada una de las CCAA de modo individual, siendo refrendado en el seno de las Comisiones Mixtas de transferencias (Disposición Final Segunda de la Ley 21/2001, de 27 de Diciembre).

5) Se han tenido en cuenta *ciertos aspectos de la integración en la UE* tales como la fórmula elegida para ceder IVA y Especiales y la modificación de las reglas de endeudamiento.

¹¹³ Dichos servicios sociales se financiaban por transferencias condicionadas de carácter finalista.

¹¹⁴ Acabando así con la situación anterior de disposiciones dudosas, como los Acuerdos del CPFF. También se acaba con la complejidad existente con anterioridad cuando alguna o varias CCAA rechazaban el modelo, lo que podía conducir a que el sistema de financiación fuera enormemente desigual en cada CCAA.

¹¹⁵ Hasta entonces vigente en la LOFCA 8/1980, de 22 de Septiembre, por la reforma parcial por Ley Orgánica 7/2001 y Ley 21/2001, de 27 de Diciembre, de medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las CCAA de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía, cuyo Título I se refiere al Sistema de Financiación de las CCAA, y la Ley del FCI por la Ley 22/2001, de 27 de Diciembre, además de la Ley General de Sanidad, de Cesión de tributos y el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (Título VI y arts. 1 y 65 de la Ley de Financiación de las CCAA).

CUADRO 5.1. EL INFORME DE LA COMISION DE EXPERTOS PARA EL ESTUDIO Y PROPUESTA DE UN NUEVO SISTEMA DE FINANCIACION DE LAS COMUNIDADES AUTONOMAS

CUESTIONES PLANTEADAS	RESPUESTAS Y VALORACION DE LA COMISION
PREGUNTA 1ª: Fundamento normativo de la aprobación quinquenal de modelos de financiación autonómica. Posibilidad de aprobación de un modelo de financiación sin referir su vigencia a un período de cinco años, con independencia de las modificaciones o actualizaciones que sucesivamente puedan introducirse en el mismo.	El sistema de ingresos de las Haciendas autonómicas debería adquirir una cierta vocación de perdurabilidad. Para ello sería necesario que el CPFF adoptase un modelo de financiación no circunscrito a un quinquenio (2002-2006) sino de aplicación y vigencia indefinida. Lo anterior no está reñido con la posibilidad de efectuar reformas parciales que puedan requerirse según circunstancias.
PREGUNTA 2ª: Aplicación del modelo de financiación a las CCAA de régimen común. Vías de acuerdo sobre su aplicación según el llamado bloque de constitucionalidad. Posibilidad de no aceptación por parte de las CCAA y efectos de esta decisión.	En el ámbito del razonamiento jurídico se llega a la conclusión de que no cabe que las CCAA puedan oponer un rechazo total al modelo de financiación aprobado de conformidad con las leyes aprobadas por las Cortes Generales en desarrollo de las previsiones constitucionales.
PREGUNTA 3ª: Los Tributos Cedidos como fuente de hacienda autonómica. Conveniencia y posibilidad de seguir criterios del modelo 1997-2001, avanzando en cesión de facultades normativas.	Se establecen posibles modificaciones en las competencias normativas autonómicas sobre el IRPF, IP, ISD, ITPAJD y Tributos sobre el Juego.
PREGUNTA 4ª: Posibilidad de cesión parcial del IVA a las CCAA de régimen común, conforme a la previsión de la LOFCA y demás normas en vigor, con especial análisis de las directivas de la UE.	Se respetan las opiniones expresadas por la Dirección General de Fiscalidad y Unión Aduanera de la UE. Es posible la cesión de parte de la recaudación del IVA, si bien la cesión de facultades normativas sobre tipos de gravamen y la cesión de gestión a las CCAA resulta muy problemática y desaconsejable. Sería necesaria cesión de las cantidades recaudadas conforme a índices de consumo de los productos gravados.
PREGUNTA 5ª: Posibilidad de cesión de los Impuestos Especiales a las CCAA de régimen común conforme a la previsión de la LOFCA y demás normas en vigor, con especial análisis de las directivas europeas.	Se respetan las opiniones expresadas por la Dirección General de Fiscalidad y Unión Aduanera de la UE. Es posible la cesión de parte de la recaudación de los Impuestos Especiales, si bien la cesión de facultades normativas sobre tipos de gravamen y la cesión de gestión a las CCAA resulta muy problemática y desaconsejable. Sería necesario llevar a cabo una cesión de las cantidades recaudadas conforme a índices de consumo de los productos gravados.
PREGUNTA 6ª: Posibilidad de creación de nuevas figuras de la imposición indirecta que abran nuevas perspectivas a la corresponsabilidad fiscal de las CCAA.	Se apuesta por el impuesto sobre el consumo de hidrocarburos como tributo cedido, dotando a las CCAA de competencias normativas para la fijación de exenciones, además de las previstas en su regulación básica, así como para modificar el tipo de gravamen, dentro de unos parámetros máximos y mínimos. Así, el tributo se convertiría en un instrumento efectivo para el fomento de la corresponsabilidad fiscal.
PREGUNTA 7ª: Posibilidad de estimación de las necesidades de las CCAA basándose en índices objetivos.	La Comisión ha realizado múltiples ejercicios de simulación de los resultados obtenidos al estimar las necesidades de las CCAA siguiendo criterios propuestos y otros alternativos, que ha discutido.
PREGUNTA 8ª: Diferencias de capacidad fiscal de las CCAA asociadas a distintos esquemas de descentralización tributaria y propuestas para generar un sistema de convergencia entre todas ellas.	Para que todas las CCAA puedan converger a su correspondiente nivel de suficiencia es necesario elegir entre dos alternativas: el avance adicional en el terreno de la corresponsabilidad fiscal (lo cual podría suponer la aparición de excesos de financiación en las CCAA más ricas) o el mantenimiento de un sistema de transferencias de nivelación (instrumentada verticalmente desde la hacienda centra).
PREGUNTA 9ª: Compatibilidad del avance en la descentralización fiscal con el diseño de las transferencias de solidaridad adecuadas y con las restricciones derivadas de la financiación actual.	Se considera adecuado que el sistema de financiación contenga dos instrumentos financieros de solidaridad: Un Fondo de Nivelación de Servicios (FNS), que alcance la suficiencia de recursos a las CCAA con baja capacidad fiscal en relación con necesidades, y un Fondo de Compensación Interterritorial (FCI) reformado, que atienda a los problemas de desarrollo regional.
PREGUNTA 10ª: Especialidades de la CCAA de Canarias y las Ciudades de Ceuta y Melilla	El nuevo sistema deberá respetar sus singularidades debido a su peculiar régimen económico y fiscal.
PREGUNTA 11ª: Posibilidad de adaptación de la regulación AEAT y de la jurisdicción económico-administrativa al marco español de hacienda múltiple descentralizada necesitada de impulso de integración al servicio de mayor cohesión en la gestión y aplicación del sistema tributario español.	Se establece la participación de las CCAA en la revisión de los tributos cedidos o compartidos dándolas entrada en los Tribunales Económico-Administrativos y suprimiendo, con carácter general, la doble instancia.
ANEXOS: ESTIMACION DE UN MODELO DE FINANCIACION AUTONOMICA: UN ESQUEMA BASICO. CUESTIONES PLANTEADAS POR EL PRESIDENTE DE LA COMISION AL DIRECTOR DE POLITICA FISCAL DE LA DIRECCION GENERAL DE FISCALIDAD Y UNION ADUANERA DE LA COMISION EUROPEA Y CONTESTACION DE ESTE ULTIMO.	Se reduce el anómalo abanico de financiación per cápita existente, se logra una descentralización fiscal importante, el esquema de solidaridad es más nítido (FNS y FCI), existen vías para reducir el coste neto agregado del cambio del modelo, ninguna CCAA perdería en términos absolutos y la evolución temporal del modelo debería suponer tasas de crecimiento de los recursos similares al ITAE.

FUENTE: Elaboración propia a partir de Comisión Nuevo Sistema de Financiación de las CCAA (2002): Informe sobre reforma de financiación autonómica. Mº de Hacienda, Instituto de Estudios Fiscales

Por otro lado, uno de los logros fundamentales del sistema actual de financiación general ha sido la generalización del traspaso de la sanidad a las regiones. En este sentido, conviene destacar que después de un proceso laborioso¹¹⁶, de acuerdos *casi imposibles*¹¹⁷, técnicamente complejo y no exento de tensiones, el último Consejo de Ministros de 2001 de 27 de Diciembre aprobó los Decretos de traspasos de las competencias sanitarias¹¹⁸ del Estado a las diez CCAA que aún quedaban pendientes de recibirlas en ese momento y que hace que nuestro marco constitucional haya alcanzado un alto grado de madurez, al haberse cerrado uno de los procesos transferenciales de mayor entidad financiera junto con el de la educación.

En relación con este aspecto y como novedad, 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. En caso contrario, se financiarían mediante entregas a cuenta que, a tal efecto, se establecerían en las Leyes de PGE hasta que, recibida la transferencia de los servicios que se financiarán a través del nuevo sistema, la respectiva Comisión Mixta aceptase en su integridad el nuevo sistema de financiación. Como ya es conocido, finalmente todas las regiones pertenecientes al antiguo INSALUD-Gestión Directa aceptaron dichos traspasos sanitarios y, por tanto, el nuevo sistema de financiación autonómica. Como resultado de todas esas decisiones y tras unos meses de transición, el Consejo de Ministros de 2 de Agosto de 2002 aprobó un RD por el que se modificaba la estructura del Mº de Sanidad y Consumo y se liquidaba el antiguo INSALUD que pasaba a convertirse en una entidad de menor dimensión denominada ahora “*Instituto Nacional de Gestión Sanitaria*” (RD 840/2002, de 2 de Agosto, por el que se modifica y desarrolla la estructura orgánica básica del Mº de Sanidad y Consumo).

En síntesis, a pesar de la evidente posición de fuerza del Gobierno Central en este diseño del mecanismo de financiación¹¹⁹, 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*”).

¹¹⁶ Todo un conjunto de hasta 107 reuniones durante once meses englobadas en ponencias técnicas, grupos coordinadores y grupos de trabajo por áreas funcionales de actuación.

¹¹⁷ Dónde después de casi veinte años para cerrar las transferencias sanitarias a siete CCAA apenas se ha dispuesto de unos meses para liquidarlas el 26 de Diciembre de 2001 con la celebración de las diez sesiones plenarias de las Comisiones Mixtas de Transferencias de las distintas CCAA, alcanzándose en ellas la aprobación de los Acuerdos de traspasos propuestos por las Ponencias Técnicas y aceptando ya en el año 2002 el nuevo sistema.

¹¹⁸ 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.

¹¹⁹ En calidad de poder anticipar las funciones de reacción de cada CCAA de modo que el equilibrio adecuado para este juego podría ser un equilibrio de NASH perfecto en subjuegos “*a la Stackelberg*” (1934) en dónde el Gobierno Central es el líder y las CCAA las seguidoras. No obstante, los resultados de un juego con reglas fijadas dependen tanto del acierto en la elección de reglas como de la habilidad de los jugadores (Buchanan, 1975).

Así, las CCAA aceptaban el nuevo sistema como único para financiar todos los servicios que pasaban a prestar a sus ciudadanos (Competencias Comunes, Sanidad o los Servicios Sociales) y se comprometían a financiar, con los mecanismos de este sistema, todos los nuevos trasposos 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 tributos¹²⁰ como de sus figuras tributarias (Cuadro 5.2).

En cuanto a otro tipo de consideraciones, conviene señalar que en la Disposición Adicional Tercera de la nueva Ley, siguiendo la tradición marcada desde sus inicios por la LOFCA y por la primera Ley de Cesión de 1983, se hacía alusión a las singularidades que presentaba la financiación común de Canarias como consecuencia del peculiar régimen económico y fiscal de este territorio. No olvidaba tampoco la Ley ni la salvaguarda de los regímenes especiales en base a los derechos históricos de los territorios forales a través del reconocimiento constitucional del Concierto Económico con el País Vasco¹²¹ y Convenio Económico Navarro¹²² aplicables según un sistema tributario de tributos concertados, dentro de los límites acordados en las normas reguladoras previamente pactadas, en los territorios históricos del País Vasco¹²³ y Comunidad Foral de Navarra¹²⁴ (Zubiri, 2000; Sevilla, 2001). De nuevo, quedarían así al margen de las reglas generales, empleando criterios diferentes basados en sus respectivos índices de cupo e imputación, dado su régimen foral y su mayor capacidad de negociación política por su condición de territorios históricos.

¹²⁰ 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.

¹²¹ Reformado de nuevo según el Acuerdo de Renovación (6 de Marzo de 2002) y aprobado posteriormente por las Cortes (Ley Orgánica 4/2002, de 23 de Mayo y Leyes 12 y 13/2002) dotándolo de una duración indefinida.

¹²² Procediendo a su actualización y modernización en la Comisión negociadora de la reforma del convenio celebrada en Pamplona en sesión de 22 de Enero de 2003 para así negociar la Aportación para el período 2000-2004.

¹²³ Con potestad de las Diputaciones forales (Alava, Guipúzcoa y Vizcaya) para mantener, establecer y regular, dentro de su territorio, el régimen tributario, atendiendo a la estructura impositiva general del Estado y a las normas de coordinación establecidas, correspondiéndoles la exacción, gestión, liquidación, recaudación e inspección de todos los impuestos, a excepción de los integrados en renta de aduanas y los recaudados por monopolios fiscales.

¹²⁴ Con un sistema similar al vasco aunque más sencillo ya que como CCAA uniprovincial las relaciones son directas entre el territorio foral y el Estado y no precisan de un órgano interno de coordinación tributaria.

CUADRO 5.2. CRONOLOGIA DE LA ASUNCION DEL NUEVO MODELO DE FINANCIACION AUTONOMICA Y TRANSFERENCIAS SANITARIAS

COMUNIDADES AUTONOMAS	CARACTERISTICAS DE LA FINANCIACION AUTONOMICA	TRANSFERENCIAS EN MATERIA DE GESTION SANITARIA
<p>1. EXTREMADURA</p> <p>(Firma del pacto así como del Acuerdo de modificación de los tributos cedidos y el de fijación del alcance y condiciones de dicha cesión en la Comisión Mixta de Transferencias Administración del Estado- Comunidad Autónoma de Extremadura en sesión plenaria celebrada el 4 de Febrero de 2002).</p> <p>LEY 28/2002, de 1 de Julio, del régimen de cesión de tributos del Estado a la Comunidad Autónoma de Extremadura y de fijación y alcance y condiciones de dicha cesión</p>	<p>a) Aumento de sus recursos a través de ingresos propios (capacidad financiera frente al modelo anterior 1997-2001.</p> <p>b) Con el nuevo sistema accede al 33% del IRPF, el 35% del IVA, el 40% de los Impuestos Especiales, sobre alcohol, tabaco e hidrocarburos y el 100% de los Impuestos sobre la electricidad, matriculación e Impuesto Minorista sobre Hidrocarburos.</p> <p>c) Tiene por primera vez capacidad normativa sobre tributos cedidos tanto tradicionales como nuevos y mayor grado de corresponsabilidad fiscal al no haber asumido en 1996 el modelo 1997-2001.</p> <p>d) Se beneficia de algunos de los mecanismos de suficiencia y solidaridad del sistema al recibir recursos del Fondo de renta relativa, del Fondo para paliar la escasa densidad de población, beneficiarse de las modulaciones por Sanidad y Servicios Sociales y al situarse en el mismo punto de partida que el resto de regiones ya que se le considera en 1999 la liquidación que le hubiese asignado el modelo de financiación 1997-2001</p>	<p>a) RD 1477/2001, de 27 de Diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de Extremadura de las funciones y servicios del INSALUD.</p> <p>b) Valoración financiera en 1999: 115.143,0 millones de pesetas (692,02 millones de euros). Se incluyen aparte 1.052,2 millones de pesetas de 1999 (6,32 millones de euros) por “<i>Ahorro en Incapacidad Temporal</i>”.</p> <p>Total: 116.195,2 millones de pesetas (698,35 millones de euros).</p> <p>c) Creación Servicio Extremeño de Salud (2001).</p> <p>d) Protocolo de Coordinación Sanitaria formalizado con Castilla-La Mancha, Castilla-León y Madrid (16 de Octubre de 2001) y Acuerdo sobre decálogo de medidas sobre el uso racional del medicamento (20 de Mayo de 2002).</p> <p>e) Asunción de la gestión de las competencias sanitarias completas (pagos incluidos) desde Abril de 2002, una vez finalizado el período trimestral de transición previsto inicialmente, durante el cual la Administración central ha seguido responsabilizándose de los pagos.</p>
<p>2. ASTURIAS</p> <p>(Firma del pacto así como del Acuerdo de modificación de los tributos cedidos y el de fijación del alcance y condiciones de dicha cesión en la Comisión Mixta de Transferencias Administración del Estado- Principado de Asturias en sesión plenaria celebrada el 5 de Febrero de 2002).</p> <p>LEY 20/2002, de 1 de Julio, del régimen de cesión de tributos del Estado al Principado de Asturias y de fijación y alcance y condiciones de dicha cesión</p>	<p>a) Aumento de sus recursos a través de ingresos propios (capacidad financiera) frente al modelo anterior 1997-2001.</p> <p>b) Con el nuevo sistema accede al 33% del IRPF, el 35% del IVA, el 40% de los Impuestos Especiales, sobre alcohol, tabaco e hidrocarburos y el 100% de los Impuestos sobre la electricidad, matriculación e Impuesto Minorista sobre Hidrocarburos.</p> <p>c) Se amplían las competencias normativas sobre tributos cedidos.</p> <p>d) Se beneficia de algunos de los mecanismos de suficiencia y solidaridad del sistema al recibir recursos del Fondo de renta relativa que se otorga a las CCAA cuya población relativa supera su renta relativa y modulaciones por C.Comunes y Sanidad.</p>	<p>a) RD 1471/2001, de 27 de Diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de Asturias de las funciones y servicios del INSALUD.</p> <p>b) Valoración financiera en 1999: 123.792 millones de pesetas (744,00 millones de euros). Se incluyen aparte 1.098 millones de pesetas de 1999 (6,59 millones de euros) por “<i>Ahorro en Incapacidad Temporal</i>”.</p> <p>Total: 124.890 millones de pesetas (750,60 millones de euros).</p> <p>c) Creación Servicio Asturiano de Salud (1992).</p> <p>d) No Asunción de la gestión de las competencias sanitarias completas (pagos incluidos) en Abril de 2002, durante el cual la Administración central ha seguido responsabilizándose de los pagos. Solicitud de tres meses de tutela adicional del INSALUD.</p>

COMUNIDADES AUTONOMAS	CARACTERISTICAS DE LA FINANCIACION AUTONOMICA	TRANSFERENCIAS EN MATERIA DE GESTION SANITARIA
<p>3. MADRID</p> <p>(Firma del pacto así como del Acuerdo de modificación de los tributos cedidos y el de fijación del alcance y condiciones de dicha cesión en la Comisión Mixta de Transferencias Administración del Estado- Comunidad de Madrid en sesión plenaria celebrada el 5 de Febrero de 2002).</p> <p>LEY 30/2002, de 1 de Julio, del régimen de cesión de tributos del Estado a la Comunidad de Madrid y de fijación y alcance y condiciones de dicha cesión</p>	<p>a) Aumento de sus recursos a través de ingresos propios (capacidad financiera) frente al modelo anterior 1997-2001.</p> <p>b) Con el nuevo sistema accede al 33% del IRPF, el 35% del IVA, el 40% de los Impuestos Especiales, sobre alcohol, tabaco e hidrocarburos y el 100% de los Impuestos sobre la electricidad, matriculación e Impuesto Minorista sobre Hidrocarburos.</p> <p>c) Se permite hacer visible su solidaridad, ya que debido a su alta capacidad fiscal, aporta recursos al Fondo de Suficiencia.</p> <p>d) Se amplían las competencias normativas sobre todos los tributos cedidos tanto tradicionales como los nuevos. También recibe por primera vez en 2002, la cesión de tributos que hasta ahora no tenía como son el Impuesto sobre patrimonio y los tributos sobre el juego.</p> <p>e) Primera región en anunciar que aplicará el recargo autonómico del impuesto minorista sobre hidrocarburos en 2002.</p> <p>f) Se beneficia de mecanismos de suficiencia y solidaridad del sistema (modulaciones por C.Comunes).</p>	<p>a) RD 1479/2001, de 27 de Diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de Madrid de las funciones y servicios del INSALUD.</p> <p>b) Valoración financiera en 1999: 497.393,9 millones de pesetas (2.989,39 millones de euros). Se incluyen aparte 5.030,5 millones de pesetas de 1999 (30,23 millones de euros) por “<i>Ahorro en Incapacidad Temporal</i>”.</p> <p>Total: 502.424,4 millones de pesetas (3.019,63 millones de euros).</p> <p>c) Creación Servicio Madrileño de Salud (1984).</p> <p>d) Protocolo de Coordinación Sanitaria formalizado con Castilla-La Mancha, Castilla-León y Extremadura (16 de Octubre de 2001) y Acuerdo sobre decálogo de medidas sobre el uso racional del medicamento (20 de Mayo de 2002).</p> <p>e) Asunción de la gestión de las competencias sanitarias completas (pagos incluidos) desde Marzo de 2002, antes de finalizar el período trimestral de transición previsto inicialmente, durante el cual la Administración central ha seguido responsabilizándose de los pagos.</p>
<p>4. CASTILLA-LA MANCHA</p> <p>(Firma del pacto así como del Acuerdo de modificación de los tributos cedidos y el de fijación del alcance y condiciones de dicha cesión en la Comisión Mixta de Transferencias Administración del Estado- Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha en sesión plenaria celebrada el 11 de Febrero de 2002).</p> <p>LEY 26/2002, de 1 de Julio, del régimen de cesión de tributos del Estado a la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha Extremadura y de fijación y alcance y condiciones de dicha cesión</p>	<p>a) Aumento de sus recursos a través de ingresos propios (capacidad financiera) frente al modelo anterior 1997-2001.</p> <p>b) Con el nuevo sistema accede al 33% del IRPF, el 35% del IVA, el 40% de los Impuestos Especiales, sobre alcohol, tabaco e hidrocarburos y el 100% de los Impuestos sobre la electricidad, matriculación e Impuesto Minorista sobre Hidrocarburos.</p> <p>c) Tiene por primera vez capacidad normativa sobre tributos cedidos tanto tradicionales como nuevos y mayor grado de corresponsabilidad fiscal al no haber asumido en 1996 el modelo 1997-2001.</p> <p>d) Se beneficia de algunos mecanismos de suficiencia y solidaridad del sistema al recibir recursos del Fondo de renta relativa, modulaciones de C.Comunes y S.Sociales y al situarse en el mismo punto de partida que el resto ya que se le considera en 1999 la liquidación correspondiente a la que le hubiese asignado el modelo 1997-2001.</p>	<p>a) RD 1476/2001, de 27 de Diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha de las funciones y servicios del INSALUD.</p> <p>b) Valoración financiera en 1999: 182.042,5 millones de pesetas (1.094,09 millones de euros). Se incluyen aparte 1.713,4 millones de pesetas de 1999 (10,29 millones de euros) por “<i>Ahorro en Incapacidad Temporal</i>”.</p> <p>Total: 183.755,9 millones de pesetas (1.104,40 millones de euros).</p> <p>c) Creación Servicio Castellano Manchego de Salud (2001).</p> <p>d) Protocolo de Coordinación Sanitaria formalizado con Castilla-León, Madrid y Extremadura (16 de Octubre de 2001) y Acuerdo decálogo de medidas uso racional del medicamento (20 de Mayo de 2002).</p> <p>e) No Asunción de la gestión de las competencias sanitarias completas (pagos incluidos) en Abril de 2002.</p>

COMUNIDADES AUTONOMAS	CARACTERISTICAS DE LA FINANCIACION AUTONOMICA	TRANSFERENCIAS EN MATERIA DE GESTION SANITARIA
<p>5. ARAGON</p> <p>(Firma del pacto así como del Acuerdo de modificación de los tributos cedidos y el de fijación del alcance y condiciones de dicha cesión en la Comisión Mixta de Transferencias Administración del Estado- Comunidad Autónoma de Aragón en sesión plenaria celebrada el 13 de Febrero de 2002).</p> <p>LEY 25/2002, de 1 de Julio, del régimen de cesión de tributos del Estado a la Comunidad Autónoma de Aragón y de fijación y alcance y condiciones de dicha cesión</p>	<p>a) Aumento de sus recursos a través de ingresos propios (capacidad financiera) frente al modelo anterior 1997-2001.</p> <p>b) Con el nuevo sistema accede al 33% del IRPF, el 35% del IVA, el 40% de los Impuestos Especiales, sobre alcohol, tabaco e hidrocarburos y el 100% de los Impuestos sobre la electricidad, matriculación e Impuesto Minorista sobre Hidrocarburos.</p> <p>c) Se amplían las competencias normativas sobre todos los tributos cedidos tanto tradicionales como los nuevos.</p> <p>d) Se beneficia de algunos de los mecanismos de suficiencia y solidaridad del sistema en los tres grupos competenciales al recibir recursos del Fondo destinado a paliar la escasa densidad de población.</p>	<p>a) RD 1475/2001, de 27 de Diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de Aragón de las funciones y servicios del INSALUD.</p> <p>b) Valoración financiera en 1999: 134.738,2 millones de pesetas (809,79 millones de euros). Se incluyen aparte 1.175,1 millones de pesetas de 1999 (7,06 millones de euros) por “Ahorro en Incapacidad Temporal”.</p> <p>Total : 135.913,3 millones de pesetas (816,85 millones de euros).</p> <p>c) Creación Servicio Aragonés de Salud (1989).</p> <p>d) Protocolo de Coordinación Sanitaria formalizado con Cataluña (22 de Febrero de 2002).</p> <p>e) Asunción de la gestión de las competencias sanitarias completas (pagos incluidos) desde Abril de 2002, una vez finalizado el período trimestral de transición previsto inicialmente, durante el cual la Administración central ha seguido responsabilizándose de los pagos.</p>
<p>6. ANDALUCIA</p> <p>(Firma del pacto así como del Acuerdo de modificación de los tributos cedidos y el de fijación del alcance y condiciones de dicha cesión en la Comisión Mixta de Transferencias Administración del Estado- Comunidad Autónoma de Andalucía en sesión plenaria celebrada el 18 de Febrero de 2002).</p> <p>LEY 19/2002, de 1 de Julio, del régimen de cesión de tributos del Estado a la Comunidad Autónoma de Andalucía y de fijación y alcance y condiciones de dicha cesión</p>	<p>a) Aumento de sus recursos a través de ingresos propios (capacidad financiera) frente al modelo anterior 1997-2001.</p> <p>b) Con el nuevo sistema accede al 33% del IRPF, el 35% del IVA, el 40% de los Impuestos Especiales, sobre alcohol, tabaco e hidrocarburos y el 100% de los Impuestos sobre la electricidad, matriculación e Impuesto Minorista sobre Hidrocarburos.</p> <p>c) Tiene por primera vez capacidad normativa sobre los tributos cedidos tanto tradicionales como nuevos y un mayor grado de corresponsabilidad fiscal al no haber asumido en el año 1996 el modelo 1997-2001.</p> <p>d) Se beneficia de algunos mecanismos de suficiencia y solidaridad del sistema al recibir recursos del Fondo de renta relativa, al beneficiarse de las modulaciones por C.Comunes y Sanidad y al situarse en el mismo punto de partida que el resto ya que se considera en 1999 la liquidación que le hubiese dado el modelo 1997-2001.</p>	<p>a) RD 400/1984, de 22 de Abril, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de Andalucía de las funciones y servicios del INSALUD.</p> <p>b) Valoración financiera: Coste servicios (1984-1985, 17,47%, y 1986-1993, 17,72%), después en 1994-1997 (17,72%) y 1998-2001 (18,07%) acercamiento al criterio de población (población protegida para el gasto y de derecho –censo de 1991- para la inversión), con carácter retroactivo desde 1986.</p> <p>c) Creación Servicio Andaluz de Salud (1986).</p>

COMUNIDADES AUTONOMAS	CARACTERISTICAS DE LA FINANCIACION AUTONOMICA	TRANSFERENCIAS EN MATERIA DE GESTION SANITARIA
<p>7. CASTILLA y LEON</p> <p>(Firma del pacto así como del Acuerdo de modificación de los tributos cedidos y el de fijación del alcance y condiciones de dicha cesión en la Comisión Mixta de Transferencias Administración del Estado- Comunidad de Castilla y León en sesión plenaria celebrada el 18 de Febrero de 2002).</p> <p>LEY 31/2002, de 1 de Julio, del régimen de cesión de tributos del Estado a la Comunidad Autónoma de Castilla y León y de fijación y alcance y condiciones de dicha cesión</p>	<p>a) Aumento de sus recursos a través de ingresos propios (capacidad financiera) frente al modelo anterior 1997-2001.</p> <p>b) Con el nuevo sistema accede al 33% del IRPF, el 35% del IVA, el 40% de los Impuestos Especiales, sobre alcohol, tabaco e hidrocarburos y el 100% de los Impuestos sobre la electricidad, matriculación e Impuesto Minorista sobre Hidrocarburos.</p> <p>c) Se amplían las competencias normativas sobre todos los tributos cedidos tanto tradicionales como los nuevos.</p> <p>d) Se beneficia de algunos de los mecanismos de suficiencia y solidaridad del sistema al recibir recursos del Fondo de renta relativa que se otorga a las CCAA cuya población relativa supera su renta relativa, al garantizarse sus recursos procedentes de la garantía del <i>statu quo</i> anterior para el bloque de S.Sociales, de modo que no puede percibir menos recursos de los que percibía con anterioridad.</p>	<p>a) RD 1480/2001, de 27 de Diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de Castilla y León de las funciones y servicios del INSALUD.</p> <p>b) Valoración financiera en 1999: 267.783,2 millones de pesetas (1.609,41 millones de euros). Se incluyen aparte 2.435,0 millones de pesetas de 1999 (14,63 millones de euros) por “<i>Ahorro en Incapacidad Temporal</i>”.</p> <p>Total: 270.218,2 millones de pesetas (1.624,04 millones de euros).</p> <p>c) Creación Servicio Castellano Leonés de Salud (1993).</p> <p>d) Protocolo de Coordinación Sanitaria formalizado con Castilla-La Mancha Madrid y Extremadura (16 de Octubre de 2001) y con Galicia (16 de Enero de 2002) y Acuerdo sobre decálogo de medidas sobre el uso racional del medicamento (20 de Mayo de 2002).</p> <p>e) No Asunción de la gestión de las competencias sanitarias completas (pagos incluidos) en Abril de 2002 tras el período trimestral de transición previsto inicialmente, durante el cual la Administración central ha seguido responsabilizándose de los pagos. Solicitud de tres meses de tutela adicional del INSALUD.</p>
<p>8. LA RIOJA</p> <p>(Firma del pacto así como del Acuerdo de modificación de los tributos cedidos y el de fijación del alcance y condiciones de dicha cesión en la Comisión Mixta de Transferencias Administración del Estado- Comunidad Autónoma de La Rioja en sesión plenaria celebrada el 18 de Febrero de 2002).</p> <p>LEY 22/2002, de 1 de Julio, del régimen de cesión de tributos del Estado a la Comunidad Autónoma de La Rioja y de fijación y alcance y condiciones de dicha cesión</p>	<p>a) Aumento de sus recursos a través de ingresos propios (capacidad financiera) frente al modelo anterior 1997-2001.</p> <p>b) Con el nuevo sistema accede al 33% del IRPF, el 35% del IVA, el 40% de los Impuestos Especiales, sobre alcohol, tabaco e hidrocarburos y el 100% de los Impuestos sobre la electricidad, matriculación y Minorista sobre Hidrocarburos.</p> <p>c) Se amplían las competencias normativas sobre tributos cedidos.</p> <p>d) Se beneficia de algunos de los mecanismos de suficiencia y solidaridad del sistema al garantizarse sus recursos procedentes de la garantía del <i>statu quo</i> anterior para el bloque de Competencias Comunes, de modo que no puede percibir menos recursos de los que percibía con anterioridad si bien le perjudica en el bloque sanitario</p>	<p>a) RD 1473/2001, de 27 de Diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de La Rioja de las funciones y servicios del INSALUD.</p> <p>b) Valoración financiera en 1999: 33.748,0 millones de pesetas (202,83 millones de euros). Se incluyen aparte 264,0 millones de pesetas de 1999 (1,58 millones de euros) por “<i>Ahorro en Incapacidad Temporal</i>”.</p> <p>Total: 34.012 millones de pesetas (204,42 millones de euros).</p> <p>c) Creación Servicio Riojano de Salud (1991).</p> <p>d) Asunción de la gestión de las competencias sanitarias completas (pagos incluidos) desde Abril de 2002, una vez finalizado el período trimestral de transición previsto inicialmente, durante el cual la Administración central ha seguido responsabilizándose de los pagos.</p>

COMUNIDADES AUTONOMAS	CARACTERISTICAS DE LA FINANCIACION AUTONOMICA	TRANSFERENCIAS EN MATERIA DE GESTION SANITARIA
<p>9. CATALUÑA</p> <p>(Firma del pacto así como del Acuerdo de modificación de los tributos cedidos y el de fijación del alcance y condiciones de dicha cesión en la Comisión Mixta de Valoraciones Estado-Generalidad de Cataluña en sesión plenaria celebrada el 19 de Febrero de 2002).</p> <p>LEY 17/2002, de 1 de Julio, del régimen de cesión de tributos del Estado a la Generalidad de Cataluña y de fijación y alcance y condiciones de dicha cesión</p>	<p>a) Aumento de sus recursos a través de ingresos propios (capacidad financiera) frente al modelo anterior 1997-2001.</p> <p>b) Con nuevo sistema accede al 33% IRPF, el 35% IVA, el 40% Especiales, alcohol, tabaco e hidrocarburos y el 100% de electricidad, matriculación y Minorista sobre Hidrocarburos.</p> <p>c) Se amplían las competencias normativas sobre tributos cedidos.</p> <p>d) También en el Consejo Superior de Dirección de la AEAT.</p> <p>e) Se beneficia de modulaciones por C.Comunes y Sanidad.</p>	<p>a) RD 1517/1981, de 8 de Julio, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de Cataluña de las funciones y servicios del INSALUD.</p> <p>b) Valoración financiera: Coste servicios (1981-1984, 16,30%, y 1985-1993, 15,85%), después transición a población protegida en 1994-1997 (censo 1991, 15,99%) y en 1998-2001 (Padrón 1996, 15,75%).</p> <p>c) Creación Servicio Catalán de Salud (1990).</p> <p>d) Protocolo de Coordinación Sanitaria formalizado con Aragón (22 de Febrero de 2002).</p>
<p>10. CANARIAS</p> <p>(Firma del pacto así como del Acuerdo de modificación de los tributos cedidos y el de fijación del alcance y condiciones de dicha cesión en la Comisión Mixta de Transferencias Administración del Estado-Comunidad Autónoma de Canarias en sesión plenaria celebrada el 21 de Febrero de 2002).</p> <p>LEY 27/2002, de 1 de Julio, del régimen de cesión de tributos del Estado a la Comunidad Autónoma de Canarias y de fijación y alcance y condiciones de dicha cesión</p>	<p>a) Aumento de sus recursos a través de ingresos propios (capacidad financiera) frente al modelo anterior 1997-2001.</p> <p>b) Esta región es especial ya que posee impuestos indirectos propios y dado su régimen fiscal especial no se ve afectada por la cesión de todos los incluidos en el nuevo sistema. Así, accede ahora al 33% del IRPF, el 40% de los Especiales, sobre productos intermedios, alcohol y bebidas derivadas y cerveza y al 100% del Impuesto sobre la electricidad.</p> <p>c) Se amplían las competencias normativas sobre tributos cedidos.</p> <p>d) Se beneficia de algunos mecanismos de suficiencia y solidaridad del sistema al recibir recursos del Fondo de renta relativa para las CCAA cuya población relativa supera su renta relativa, modulaciones por C.Comunes y del Fondo de Compensación Interterritorial.</p>	<p>a) RD 446/1994, de 11 de Marzo, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de Canarias de las funciones y servicios del INSALUD.</p> <p>b) Valoración financiera: Coste servicios (dinámico) y acercamiento a Población protegida (Censo 1991) en 1994-1997 (3,90%) y población protegida según Padrón de 1996 en 1998-2001 (4,07%).</p> <p>c) Creación Servicio Canario de Salud (1994).</p>
<p>11. COMUNIDAD VALENCIANA</p> <p>(Firma del pacto así como del Acuerdo de modificación de los tributos cedidos y el de fijación del alcance y condiciones de dicha cesión en la Comisión Mixta de Transferencias Administración del Estado-Comunidad Valenciana en sesión plenaria el 21 de Febrero de 2002).</p> <p>LEY 24/2002, de 1 de Julio, del régimen de cesión de tributos del Estado a la Comunidad Valenciana y de fijación y alcance y condiciones de dicha cesión</p>	<p>a) Aumento de sus recursos a través de ingresos propios (capacidad financiera) frente al modelo anterior 1997-2001.</p> <p>b) Con el nuevo sistema accede al 33% IRPF, el 35% IVA, el 40% Especiales, alcohol, tabaco e hidrocarburos y el 100% electricidad, matriculación y Minorista sobre Hidrocarburos.</p> <p>c) Se amplían las competencias normativas.</p> <p>d) Se beneficia de mecanismos de suficiencia y solidaridad del sistema al recibir del Fondo de renta relativa y modulaciones por C.Comunes.</p>	<p>a) RD 1612/1987, de 27 de Noviembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de Valencia de las funciones y servicios del INSALUD.</p> <p>b) Valoración financiera: Coste servicios provisional (1988, 9,62%) y definitivo (1989-1993, 10,18%), acercamiento a población protegida en 1994-1997 (censo de 1991, 10,03%) y en 1998-2001 (Padrón 1996, 10,23%).</p> <p>c) Creación Servicio Valenciano de Salud (1987).</p>

COMUNIDADES AUTONOMAS	CARACTERISTICAS DE LA FINANCIACION AUTONOMICA	TRANSFERENCIAS EN MATERIA DE GESTION SANITARIA
<p>12. MURCIA</p> <p>(Firma del pacto así como del Acuerdo de modificación de los tributos cedidos y el de fijación del alcance y condiciones de dicha cesión en la Comisión Mixta de Transferencias Administración del Estado- Comunidad Autónoma de Murcia en sesión plenaria celebrada el 21 de Febrero de 2002).</p> <p>LEY 23/2002, de 1 de Julio, del régimen de cesión de tributos del Estado a la Comunidad Autónoma de Murcia y de fijación y alcance y condiciones de dicha cesión</p>	<p>a) Aumento de sus recursos a través de ingresos propios (capacidad financiera) frente al modelo anterior 1997-2001.</p> <p>b) Con el nuevo sistema accede al 33% IRPF, 35% IVA, 40% de los Especiales, alcohol, tabaco e hidrocarburos y el 100% de electricidad, matriculación y Minorista sobre Hidrocarburos.</p> <p>c) Se amplían las competencias normativas sobre todos los tributos cedidos tanto tradicionales como los nuevos.</p> <p>d) Se beneficia de mecanismos de suficiencia y solidaridad del sistema al recibir recursos del Fondo de renta relativa que se otorga a las CCAA cuya población relativa supera su renta relativa y al garantizarse sus recursos de la garantía del <i>statu quo</i> anterior para los tres grupos competenciales, de modo que no puede percibir menos recursos que anteriormente.</p>	<p>a) RD 1474/2001, de 27 de Diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de Murcia de las funciones y servicios del INSALUD.</p> <p>b) Valoración financiera en 1999: 112.156,28 millones de pesetas (674,07 millones de euros). Se incluyen aparte 1.108,8 millones de pesetas de 1999 (6,66 millones de euros) por “<i>Ahorro en Incapacidad Temporal</i>”.</p> <p>Total: 113.265,08 millones de pesetas (680,74 millones de euros).</p> <p>c) Creación Servicio Murciano de Salud (1990).</p> <p>d) Asunción de la gestión de las competencias sanitarias completas (pagos incluidos) desde el 1 de Enero de 2002, sin haber pasado por el período trimestral de transición previsto inicialmente, durante el cual la Administración central en otras regiones ha seguido responsabilizándose de los pagos.</p>
<p>13. GALICIA</p> <p>(Firma del pacto así como del Acuerdo de modificación de los tributos cedidos y el de fijación del alcance y condiciones de dicha cesión en Comisión Mixta de Transferencias Administración del Estado- Comunidad Autónoma de Galicia en sesión plenaria celebrada el 26 de Febrero de 2002).</p> <p>LEY 18/2002, de 1 de Julio, del régimen de cesión de tributos del Estado a la Comunidad Autónoma de Galicia y de fijación y alcance y condiciones de dicha cesión</p>	<p>a) Aumento de sus recursos por ingresos propios (capacidad financiera) frente al modelo de financiación general 1997-2001.</p> <p>b) Con el nuevo sistema accede al 33% IRPF, el 35% del IVA, el 40% Especiales, alcohol, tabaco e hidrocarburos y el 100% electricidad, matriculación y Minorista sobre Hidrocarburos.</p> <p>c) Se amplían las competencias normativas sobre todos los tributos cedidos tanto tradicionales como los nuevos.</p> <p>d) Se beneficia de mecanismos de suficiencia y solidaridad al recibir del Fondo de renta relativa y modulaciones para S.Sociales.</p>	<p>a) RD 1679/1990, de 28 de Diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de Galicia de las funciones y servicios del INSALUD.</p> <p>b) Valoración financiera: Coste servicios con acercamiento a la Población protegida en 1986-1993 (Padrón 1989, 6,27%), en 1994-1997 reducción período transitorio (1996, 7,03%) y en 1998-2001 Población protegida según Padrón de 1996, 6,91%.</p> <p>Creación Servicio Gallego de Salud (1989).</p> <p>c) Protocolo de Coordinación Sanitaria formalizado Castilla y León (16 de Enero de 2002).</p>

COMUNIDADES AUTONOMAS	CARACTERISTICAS DE LA FINANCIACION AUTONOMICA	TRANSFERENCIAS EN MATERIA DE GESTION SANITARIA
<p>14. CANTABRIA</p> <p>(Firma del pacto así como del Acuerdo de modificación de los tributos cedidos y el de fijación del alcance y condiciones de dicha cesión en la Comisión Mixta de Transferencias Administración del Estado- Comunidad Autónoma de Cantabria en sesión plenaria celebrada el 26 de Febrero de 2002).</p> <p>LEY 21/2002, de 1 de Julio, del régimen de cesión de tributos del Estado a la Comunidad Autónoma de Cantabria y de fijación y alcance y condiciones de dicha cesión</p>	<p>a) Aumento de sus recursos a través de ingresos propios (capacidad financiera) frente al modelo anterior 1997-2001.</p> <p>b) Con el nuevo sistema accede al 33% del IRPF, el 35% del IVA, el 40% de los Impuestos Especiales, sobre alcohol, tabaco e hidrocarburos y el 100% de los Impuestos sobre la electricidad, matriculación y Minorista sobre Hidrocarburos.</p> <p>c) Se amplían las competencias normativas sobre tributos cedidos.</p> <p>d) También recibe por primera vez, la cesión de los tributos sobre el juego en el año 2002.</p> <p>e) Se beneficia de algunos de los mecanismos de suficiencia y solidaridad del sistema al recibir recursos del Fondo de renta relativa, al percibir recursos como región de menor población para financiar su estructura básica, modulaciones por los tres grupos competenciales y, dado el elevado coste efectivo de su sanidad, el nuevo modelo de financiación le permite obtener por esa vía (la del coste efectivo) recursos superiores a los que facilita el modelo.</p>	<p>a) RD 1472/2001, de 27 de Diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de Cantabria de las funciones y servicios del INSALUD.</p> <p>b) Valoración financiera en 1999: 66.500,8 millones de pesetas (399,68 millones de euros). Se incluyen aparte 530,3 millones de pesetas de 1999 (3,19 millones de euros) por “<i>Ahorro en Incapacidad Temporal</i>”.</p> <p>Total : 67.031,1 millones de pesetas (402,86 millones de euros)</p> <p>c) Obtención de compromiso del Estado firmado el 27 de Agosto de 2002 (fuera del RD del traspaso sanitario) de aportar los más de 34.250 millones de pesetas (205,8 millones de euros) que supone el desarrollo del Plan Director de Obras del Hospital de Valdecilla (2002-2007). Creación Servicio Cántabro de Salud (2001).</p> <p>d) En negociaciones para Protocolo de Coordinación Sanitaria con Castilla y León y Asturias.</p> <p>e) No Asunción de la gestión de las competencias sanitarias completas (pagos incluidos) en Abril de 2002, durante el cual la Administración central ha seguido responsabilizándose de los pagos.</p>
<p>15. ILLES BALEARS</p> <p>(Firma del pacto así como del Acuerdo de modificación de los tributos cedidos y el de fijación del alcance y condiciones de dicha cesión en la Comisión Mixta de Transferencias Administración del Estado- Comunidad Autónoma de las Illes Balears en sesión plenaria celebrada el 28 de Febrero de 2002).</p> <p>LEY 29/2002, de 1 de Julio, del régimen de cesión de tributos del Estado a la Comunidad Autónoma de las Illes Balears y de fijación y alcance y condiciones de dicha cesión</p>	<p>a) Aumento de sus recursos a través de ingresos propios (capacidad financiera) frente al modelo anterior 1997-2001.</p> <p>b) Con el nuevo sistema accede al 33% del IRPF, el 35% del IVA, el 40% de los Impuestos Especiales, sobre alcohol, tabaco e hidrocarburos y el 100% de los Impuestos sobre la electricidad, matriculación e Impuesto Minorista sobre Hidrocarburos.</p> <p>c) Se permite hacer visible su solidaridad ya que debido a su alta capacidad fiscal aporta recursos al Fondo de Suficiencia.</p> <p>d) Se amplían las competencias normativas sobre tributos cedidos.</p> <p>e) Se beneficia de algunos de los mecanismos de suficiencia y solidaridad del sistema al garantizarse recursos de la garantía del <i>statu quo</i> anterior para el bloque de Competencias Comunes y S.Sociales.</p>	<p>a) RD 1478/2001, de 27 de Diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de las Illes Balears de las funciones y servicios del INSALUD.</p> <p>b) Valoración financiera 1999: 85.990,0 millones de pesetas (516,81 millones de euros). Se incluyen aparte 822,2 millones de pesetas (4,94 millones de euros) por “<i>Ahorro en Incapacidad Temporal</i>”.</p> <p>Total: 86.812,2 millones de pesetas (521,75 millones de euros).</p> <p>c) Creación Servicio Balear de Salud (1992).</p> <p>d) No Asunción de la gestión de las competencias sanitarias completas (pagos incluidos) en Abril de 2002, durante el cual la Administración central ha seguido responsabilizándose de los pagos. Solicitud de tres meses de tutela adicional del INSALUD.</p>

FUENTE: Elaboración propia a partir de BOE, Ministerio de Hacienda (2001 y 2002) y Ministerio de Sanidad y Consumo (2001 y 2002).

2.2 Los principios y objetivos

El nuevo modelo de financiación de las CCAA de régimen común establece como principios básicos y, por tanto, como objetivos a cumplir, los siguientes:

a) *Estabilidad (estática y dinámica)*: Según esto, el nuevo sistema ha de tener vocación de permanencia porque incluye casi el mismo techo competencial para todas las regiones y porque la nueva “*cesta de impuestos*” proporciona la estabilidad financiera suficiente para dar así continuidad y seguridad a todas las CCAA para que éstas puedan realizar una planificación a largo plazo con mayor grado de seguridad y menor incertidumbre. Se elimina así con este nuevo sistema la tradicional revisión periódica quinquenal de modelos anteriores al pasar ahora a tener una vigencia temporal ilimitada¹²⁵ y evitando de cara al futuro estrategias, tanto a nivel estatal como autonómico, que presionen al alza los gastos frente a la pauta habitual históricamente.

b) *Estabilidad presupuestaria*: Principio de gestión de todas las haciendas públicas.

c) *Generalidad*: Dicho principio se manifiesta en dos vertientes:

- *Integración de todos y cada uno de los servicios públicos*: Hace referencia al carácter integrador del mismo al abarcar la financiación de todos los servicios susceptibles de traspaso a las CCAA¹²⁶ ya que anteriormente existían tres formas de financiación diferenciadas e independientes, una para los denominados Servicios Comunes, otra para los Servicios relativos a la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social y la tercera, para los Servicios Sociales de la Seguridad Social. Así, se pasa a sustituir la financiación separada y condicionada de la Sanidad y de los Servicios Sociales presente hasta el año 2001 por la integración de ésta bajo el mismo esquema de financiación general diseñado a partir del 2002 para el resto de competencias.

- *Unanimidad*: El sistema de financiación se generaliza al conjunto de CCAA ya que es fruto de un acuerdo político unánime siendo de aplicación a las CCAA que cumpliesen los requisitos del mismo (sin perjuicio de lo dispuesto en los regímenes forales).

d) *Suficiencia*: Se concreta en tres elementos como son el cálculo de las necesidades de financiación, la regulación de sus recursos y sus reglas de evolución, asegurando así que todas las CCAA dispongan de los recursos suficientes para poder atender la prestación de los servicios asumidos y los susceptibles de traspaso.

e) *Autonomía*: En virtud de este principio, el nuevo sistema de financiación ampliaría las potestades de decisión de las CCAA en materia fiscal, tanto en lo que respecta a la forma de obtención de sus recursos como a las condiciones de prestación de sus servicios.

¹²⁵ No obstante, existe la posibilidad de modificar o actualizar algunos de sus elementos.

¹²⁶ Si bien en 2003 la negociación sobre traspasos competenciales menores sigue pendiente en CCAA de régimen común (reivindicados, por ejemplo, en Andalucía y Cataluña) e incluso en forales (como el País Vasco).

f) *Solidaridad*: En el sentido de que el nuevo modelo debe hacer más transparente este principio en la prestación de un nivel equivalente de servicios al margen de la capacidad fiscal. Ello implica que se garantizará que las CCAA puedan prestar sus servicios en condiciones equivalentes, con independencia de las distintas capacidades de obtención de recursos tributarios (capacidad fiscal), mediante la determinación de las Necesidades totales de Financiación y mediante la implantación del denominado “*Fondo de suficiencia*”.

g) *Ampliación de la corresponsabilidad fiscal*: El nuevo sistema debe también permitir incrementar la corresponsabilidad fiscal y reducir el peso de las transferencias procedentes del Estado que ahora pasan a estar incluidas básicamente en el “*Fondo de Suficiencia*” además de en otros fondos específicos de menor cuantía.

h) *Coordinación*: En este caso, el cumplimiento de este principio supondrá conseguir el equilibrio financiero del país y conciliar las potestades impositivas de las haciendas multijurisdiccionales existentes en España. Con esto, el sistema de financiación incorporará las normas concretas de localización y atribución de los rendimientos de los tributos cedidos a las CCAA (“*puntos de conexión*”) así como de colaboración entre las Administraciones en la gestión, liquidación, recaudación e inspección de los tributos y también en la revisión de los actos dictados en vía de gestión tributaria. Todo ello, con la finalidad de dar mayor seguridad y estabilidad al ejercicio de las potestades fiscales de las CCAA.

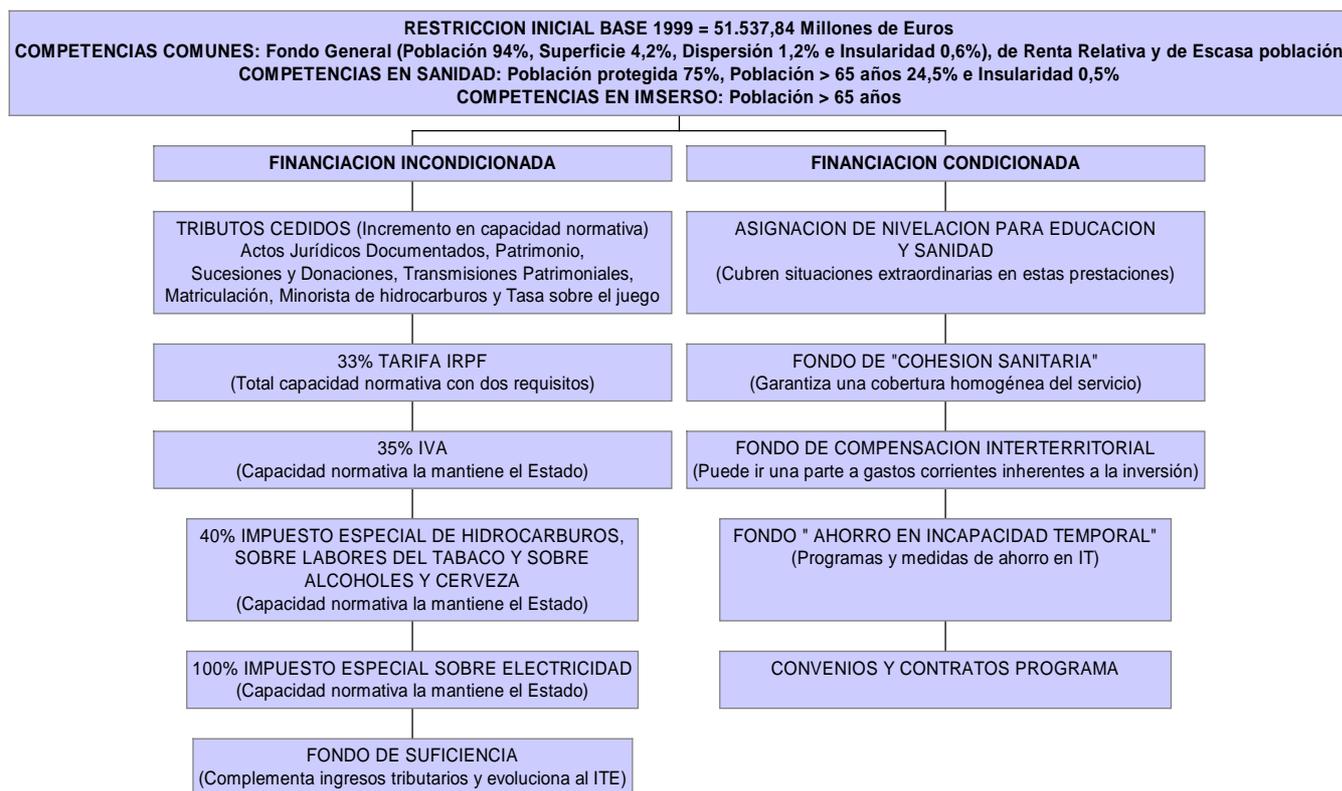
i) *Participación de las Comunidades Autónomas en la Agencia Estatal de la Administración Tributaria (AEAT)*: Se tratará en este caso de reforzar y ampliar la participación de las CCAA en la toma de decisiones de la propia AEAT (si bien, en cualquier caso, mantiene su unidad), especialmente en aquellas áreas que afecten a la gestión de sus recursos (Título IV de la Ley). Así, se refuerzan las competencias y participación de las CCAA en los órganos ya existentes (como la Comisión Mixta de Coordinación de la Gestión Tributaria y los Consejos Territoriales de Dirección para la Gestión Tributaria) y se crean nuevos órganos como el Consejo Superior de Dirección de la AEAT, presidido por el director de la AEAT y con representación de las propias CCAA (en este caso, seis CCAA tienen representación) que tendrá carácter consultivo para así fijar y contrastar los objetivos de la AEAT. Además, en el ámbito de las delegaciones especiales se podrán crear Unidades Regionales de Coordinación con las Administraciones Tributarias.

j) *Participación en los Tribunales Económico-Administrativos (TEAR)*: Por último, a partir del año 2002 el cumplimiento de este principio supondrá que las CCAA participarán en las tareas de los Tribunales Económico-Administrativos en el ámbito regional del Estado en materia de tributos cedidos a través de la incorporación de funcionarios autonómicos en calidad de vocales o ponentes. Tanto esta característica como la anterior suponen entonces la ampliación de la colaboración de las CCAA con la Administración Central en la gestión del nuevo sistema de financiación autonómica.

2.3 La restricción inicial, las necesidades de financiación y los recursos financieros totales

El nuevo sistema toma como año base el ejercicio de 1999 ya que éste era precisamente el último cuyas liquidaciones presupuestarias se encontraban disponibles en el momento del diseño del modelo. En base a ello y según el Cuadro 5.3, se pueden diferenciar dos grandes bloques de financiación regional y sanitaria, al margen del recurso al endeudamiento (endurecido debido al contenido de los acuerdos de la nueva LGEP) y otros fondos comunitarios, siendo éstos los recursos tributarios y las transferencias procedentes del nivel central de gobierno. En todo caso, se tiene en cuenta que los créditos con los que se dota el nuevo modelo en el correspondiente proyecto de Presupuestos Generales del Estado de 2002 y 2003 (Mº de Hacienda, 2001 y 2002) se corresponden con Entregas a cuenta, de modo similar al modelo 1997-2001, que se liquidarán en el momento en que se practique la liquidación de los mecanismos del sistema.

**CUADRO 5.3. EL NUEVO MODELO DE FINANCIACION AUTONOMICA
(Leyes 7/2001, 21/2001 y 22/2001, de 27 de Diciembre)**



Notas: (a) Se incluirían además los Recursos Propios y (b) El impuesto minorista sobre hidrocarburos es impuesto cedido, con un tramo general y otro con capacidad normativa y de gestión, cuya recaudación se destinará íntegramente a la financiación de la sanidad, cuyo tipo común será de 0,024 euros por litro en gasolina y gasóleo (24 euros por 1.000 litros), 0,006 euros por litro en gasóleo profesional (6 euros por cada 1.000 litros), pudiendo las CCAA ejercer capacidad normativa de 0,009 euros por litro en gasolina y gasóleo, es decir, desde 0 hasta 10 euros por cada 1.000 litros en el 2002 (no pudiendo las CCAA regular en ese año los aspectos de recaudación e inspección del impuesto), desde 0 hasta 17 euros por cada 1.000 litros en 2003, desde 0 hasta 24 euros por cada 1.000 litros en 2004 y para el año 2005 y siguientes el límite superior de la banda del tipo de gravamen autonómico podrá ser actualizado por la Ley de Presupuestos Generales del Estado (Disposición tercera y cuarta de la Ley)

Fuente: Elaboración propia a partir de Consejo de Política Fiscal y Financiera (2001) y Ministerio de Hacienda (2001).

En concreto, según el artículo 3 de la Ley 21/2001, de 27 de Diciembre, se estiman las *Necesidades de Gasto totales* (NG_t) para cada CCAA (*“Restricción Inicial del sistema: Suficiencia estática”*) por adición de los siguientes elementos:

1) Bloque general de *Competencias Comunes* (NG_{cm}), es decir, todas las Competencias menos la Sanidad y Servicios Sociales formado por: Liquidación definitiva de 1999 de la tarifa autonómica del IRPF, la participación en los ingresos del Estado compuesta a su vez por la participación en los ingresos territorializados del IRPF y la participación en los ingresos generales del Estado y el Fondo de Garantía para 1999, la restricción inicial establecida para Andalucía, Castilla-La Mancha y Extremadura, los ingresos por tributos cedidos computados con criterios normativos en valores de 1999, los ingresos por tasas afectas a los servicios transferidos computados con criterio normativo en valores de 1999, el coste de los servicios transferidos cuyo importe no ha sido incluido en la liquidación definitiva de dicho año y, por último, al resultado de adicionar los anteriores conceptos se deducirá a fin de una correcta homogeneización, el coste de aquellos servicios que aunque traspasados a una determinada CCAA constituyen una competencia singular de la misma.

2) Bloque, relativo a *las Competencias de gestión de los servicios de Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social* (NG_{in}) compuesta por: Financiación resultante de la liquidación definitiva de 1999 para las CCAA con competencias asumidas en la materia y el importe de la financiación resultante para el resto integradas en el INSALUD Gestión Directa.

3) Bloque relativo a *las Competencias de gestión de los Servicios Sociales de la Seguridad Social* (NG_{im}) determinadas por: Financiación que resulta de la liquidación definitiva del año 1999 del IMSERSO para las CCAA de régimen común.

Así pues la *“Restricción Inicial del sistema o Necesidades de Gasto totales”* es:

$$NG_t = NG_{cm} + NG_{in} + NG_{im} \quad [2.3.1]$$

El paso siguiente, una vez que las Necesidades de Gasto son fijadas ya de partida en la Restricción Inicial para los distintos bloques de competencias es que éstas pasen a convertirse para cada CCAA *“i-ésima”* en las *“Necesidades Homogéneas Totales de Financiación (NF_{ii})”* (art. 4 de la Ley 21/2001, de 27 de Diciembre). Es decir, se estiman las Necesidades totales de Financiación, en términos de homogeneidad competencial, mediante la aplicación de las variables sociodemográficas y distributivas y de las ponderaciones y modulaciones financieras. Como resultado, *todas las CCAA ven aumentados sus recursos para la financiación de los servicios asumidos o susceptibles de asumir*, siendo un instrumento de solidaridad del modelo.

En concreto y especialmente relevante para nuestro análisis, en primer lugar es necesario realizar las siguientes consideraciones para el Bloque de *Competencias Comunes*:

a) En el bloque del Fondo General se tiene que el total de la masa de financiación, una vez asignado el *mínimo fijo* de 39,66 millones de euros para cada CCAA (aplicable sin variable de reparto alguna y que asegura que todas las CCAA obtienen alguna ganancia) lo que supone un total de 594,90 millones de euros y excluidos los recursos del sistema que tienen como objetivo fomentar el principio de solidaridad, se distribuye de acuerdo con una serie de criterios:

- En primer lugar, predomina como criterio de necesidad la *Población* (ponderación del 94% lo que supone la coincidencia con el caso de las CCAA del artículo 151 de la CE ya que la ponderación de esta variable en el modelo 1997-2001 era precisamente del 94%) según el Padrón para cada CCAA a 1 de Enero de 1999 del INE. Básicamente, Andalucía se lleva un 19,52%, Cataluña el 16,58%, Madrid el 13,75%, la Comunidad Valenciana el 10,86%, Galicia el 7,29%, Castilla y León el 6,65%, Castilla-La Mancha el 4,61% y Canarias el 4,47%, lo que supone una ganancia especialmente para las CCAA del artículo 143 de la CE, ya que la ponderación de esta variable en el modelo 1997-2001 era únicamente del 64%. Dicha Población es matizada por indicadores aproximados del coste de los servicios como son los siguientes:

- *Superficie* (ponderación del 4,2%) en km² de cada CCAA publicada por el INE. Por ejemplo, en Andalucía con un 17,94%, Castilla y León con un 19,29%, Castilla-La Mancha con un 16,27%, Aragón con un 9,77% o Extremadura con un 8,53%, Cataluña con 6,58% o Galicia con 6,06%, lo que supone una ganancia especialmente para las CCAA del artículo 151 de la CE, ya que la ponderación de esta variable en el modelo 1997-2001 era únicamente del 3,5%.

- *Dispersión de la población* en función del número de entidades singulares o núcleos de población de cada CCAA según los datos facilitados por el INE obtenidos del Padrón Municipal de 1998 (ponderación del 1,2%). A destacar, por ejemplo, Andalucía con un 4,76%, Cataluña con un 6,56%, Castilla y León con un 10,41%, Asturias con un 11,69% y Galicia, que es la que más claramente se beneficia de esta variable ya que obtiene un 50,80% del total de recursos repartidos por la variable dispersión, lo que supone una ganancia especialmente para las CCAA del artículo 143 de la CE, ya que la ponderación de esta variable en el modelo 1997-2001 era únicamente del 0,6%

- *Insularidad* (Baleares con un 17% y Canarias con un 83%), dónde la imputación por esta variable se efectúa proporcionalmente a la distancia ponderada en kilómetros, aplicando un coeficiente del 1,25 al exceso sobre 1000 kilómetros, entre las costas de la península y las capitales insulares, sobre la base de la información facilitada por el Centro Nacional de Información Geográfica del Ministerio de Fomento (ponderación del 0,6%). Ello supone una ganancia especialmente para las CCAA del artículo 143 de la CE como Baleares, ya que la ponderación de esta variable en el modelo 1997-2001 era únicamente del 0,4%).

Así, la fórmula inicial de las Necesidades de Financiación para Competencias Comunes (básicamente Educación) en cada CCAA_i en el año base 1999 se expresaría como [2.3.2]:

$$NF_{cmi} = NG_{cm} * 0,94 * \left(\frac{POB_i}{POB_t} \right) + NG_{cm} * 0,042 * \left(\frac{SPF_i}{SPF_t} \right) + NG_{cm} * 0,012 * \left(\frac{DIS_i}{DIS_t} \right) + INS$$

Dónde:

NF_{cmi} : Necesidades de Financiación para Competencias Comunes de la CCAA_i

NG_{cm} : Restricción financiera inicial total para Competencias Comunes

POB_i : Población de la CCAA_i en el año 1999

POB_t : Población total en el año 1999

SPF_i : Superficie de la CCAA_i en el año 1999

SPF_t : Superficie total en el año 1999

DIS_i : Dispersión poblacional de la CCAA_i en el año 1999

DIS_t : Dispersión poblacional total en el año 1999

INS : Insularidad. Puede tomar dos valores que son los siguientes:

Illes Balears: $INS = 0,0006 * NG_{cm} * 0,2265$

Canarias: $INS = 0,0006 * NG_{cm} * 0,7735$

b) A esta Restricción Inicial del Bloque General debe añadirse un “Fondo para paliar la Escasa densidad de población” dotado de 48,08 millones de euros con el objeto, al igual que el fondo anterior, de reforzar el principio de solidaridad y con el fin de paliar la situación en que se encuentran las CCAA que hayan experimentado un proceso de despoblación importante. Este Fondo se distribuye por primera vez en el nuevo modelo de financiación regional entre aquellas CCAA con una densidad de población inferior a 27 habitantes por km², siempre que además su extensión superficial sea inferior a 50.000 km², siendo beneficiarias de este fondo CCAA como Aragón (49%-24,47 millones de euros) y Extremadura (51%-23,61 millones de euros).

c) Se establece una *Garantía de mínimos* por la que se asegure que el nuevo modelo no otorgue menos recursos a ninguna CCAA o que, al menos, sean iguales en términos de homogeneidad (lo que supone que sería neutral en su aplicación).

d) También se añade aquí el denominado “*Fondo de Renta Relativa*” dotado con 150,25 millones de euros que tiene como objetivo reforzar el principio de solidaridad en el sistema y que se distribuirá entre las regiones con menor riqueza relativa siguiendo un indicador de comparación del Valor Añadido Bruto por habitante con la media nacional (*Índice de Renta Relativa*) de modo que recibirán recursos por este fondo aquellas regiones cuyo Índice de Renta Relativa fuera menor que su Población Relativa. Son beneficiarias de este fondo CCAA como Andalucía (52,56%-78,97 millones de euros), Asturias (2,63%-4 millones de euros), Canarias (2,07%-3,11 millones de euros), Cantabria (0,29%-0,44 millones de euros), Castilla y León (2,95%-4,45 millones de euros), Castilla-La Mancha (6,83%-10,22 millones de euros), Extremadura (9,76%-14,67 millones de euros), Galicia (13,01%-19,56 millones de euros), Murcia (4,93%-7,41 millones de euros) y la Comunidad Valenciana (4,93%-7,41 millones de euros). El Fondo se distribuiría así entre aquellas CCAA cuyo Índice de Renta Relativa sea positivo y en proporción a éste en función de la expresión:

$$IRR_i = \left(\frac{POB_i}{POB_t} \right) * \left[1 - \frac{\left(\frac{VAB_i}{POB_i} \right)}{\left(\frac{VAB_t}{POB_t} \right)} \right]$$

Dónde:

IRR_i : Índice de Renta Relativa de la CCAA_i

POB_i : Población de la CCAA_i

POB_t : Población total de las quince CCAA de régimen común

VAB_i : Valor Añadido Bruto al coste de factores de la CCAA_i

VAB_t : Valor Añadido Bruto al coste de factores de las quince CCAA comunes

e) Por último, existen una serie de “*Modulaciones*¹²⁷” incorporadas al sistema de modo que la tasa de crecimiento que resulte para una CCAA consecuencia de las operaciones anteriores respecto de su masa homogénea de financiación a que se refiere el artículo 3.1 de esta Ley, no podrá ser superior al 75% de la tasa media de crecimiento del conjunto de CCAA de régimen común. Precisamente la garantía del *statu quo* que imposibilita la percepción de menores recursos que los que se veían percibiendo con anterioridad para cada bloque de competencias supone su activación para el bloque de Competencias Comunes asumidas. Sin embargo, en la aplicación de este principio habrán de tenerse en cuenta, igualmente, las siguientes reglas:

1ª- La aplicación de la citada modulación no podrá suponer en ningún caso un recorte superior al 22,791% de su masa homogénea de financiación.

2ª- Cuando la Comunidad a la que se aplique la modulación cuente con un número de entidades singulares (núcleos de población) superior al 10% del total de las existentes en las CCAA de régimen común, el exceso sobre el 75% de la tasa media de crecimiento se multiplicará por 0,49 para hallar el importe de la modulación.

También la Ley señala que la tasa de crecimiento que resulte para una CCAA consecuencia de las operaciones mencionadas anteriormente, respecto de su masa homogénea de financiación a que se refiere el artículo 3.1 de esta Ley, para aquellas CCAA cuya renta por habitante se encuentre por debajo del 70% de la renta por habitante media de las CCAA de régimen común, no podrá ser inferior al 120% de la tasa media de crecimiento del conjunto de CCAA de régimen común. A su vez, para las que se encuentren situadas entre el 70 y el 75% de la renta por habitante media, la tasa de crecimiento de su financiación no podrá ser inferior al 30% de la tasa media de crecimiento del conjunto de CCAA de régimen común. Por último, para las que se hallen entre el 75% y el 82% de la renta por habitante media, la tasa de crecimiento de su financiación no podrá ser inferior al 22% de la tasa media de crecimiento del conjunto de CCAA de régimen común¹²⁸.

Por otro lado, en los Bloques de las *Competencias de Sanidad y Servicios Sociales* el criterio de distribución, a diferencia del período anterior, es el de “*usuario*”, lo que supone:

B) En el caso de las *Competencias en Sanidad* la masa homogénea de financiación se asignaría de acuerdo con las siguientes reglas (Cuadro 5.4):

a) En primer lugar se toman como variables de reparto para el *Fondo General*:

- *Población protegida*, representado para Andalucía un 19,32%, Cataluña un 16,99%, Madrid un 13,53%, Comunidad Valenciana un 10,98% y Castilla y León un 6,55%, según su valor de 1999 suministrado por el Mº Sanidad y Consumo (ponderación del 75%).

- *Población mayor de 65 años* en función del Padrón a 1 de Enero de 1999 para cada CCAA del INE (ponderación del 24,5%). Destacan aquí Cataluña con un 17,06%, Andalucía con un 16,58%, Madrid con 12,03% y Comunidad Valenciana con 10,63% o CCAA dónde el peso relativo del envejecimiento es mayor que el de su población protegida como Aragón, Asturias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Extremadura, Galicia y La Rioja.

¹²⁷ Probablemente esta limitación afecte hasta doce regiones. Dichas modulaciones tienen evidentes objeciones de carácter técnico, dado que persiguen no abrir demasiado el abanico de financiación para evitar así reivindicaciones de las CCAA que menos ganan en términos porcentuales en este bloque competencial.

¹²⁸ Carece de justificación objetiva alguna que un 7% de diferencia respecto a la renta media hagan variar la garantía mínima del 22% al 30% de la tasa media de crecimiento mientras que una diferencia de algo más del 5% haga saltar la garantía del 30% al 120% de la media. Ello indica una supuesta justificación técnica a lo que realmente son acuerdos políticos sobre cantidades consensuadas y negociadas en lo que se refiere a este bloque competencial.

Conviene resaltar que el peso que se le otorga al envejecimiento es sorprendente ya que no lo había tenido como factor corrector alguno en la fijación del gasto sanitario en los modelos anteriores (1998-2001 y 1994-1997), si bien ya en los estudios técnicos que precedieron a la firma del Acuerdo de CPFF de 1997 para la financiación sanitaria específica se manejó la posibilidad de corregir el criterio de asignación capitativa con diversos factores (como el envejecimiento, la dispersión demográfica, la introducción de un índice de necesidad sintético o las diferencias entre CCAA derivadas de las distintas paridades de poder de compra).

- Por último, un pequeño ajuste por *Insularidad*¹²⁹ para Baleares (23%) y Canarias (77%) en proporción a la distancia en kilómetros ponderada según tramos desde la capital de cada provincia a las costas de la península a partir de datos suministrados por el Centro Nacional de Información Geográfica del Ministerio de Fomento (ponderación del 0,5%).

La fórmula pues de cálculo de las Necesidades de Financiación en el caso de la Sanidad para cada CCAA “*i-ésima*” sería igual a la expresión [2.3.3]:

$$NF_{ini} = NG_{in} * 0,75 * \left(\frac{POB_{in}}{POB_t} \right) + NG_{in} * 0,245 * \left(\frac{POB > 65_{in}}{POB > 65_t} \right) + INS$$

Dónde:

NF_{ini} : Necesidades de Financiación para sanidad de la CCAA_i

NG_{in} : Restricción financiera inicial total para sanidad

POB_{in} : Población protegida de la CCAA_i en el año 1999

POB_t : Población protegida total en el año 1999

$POB > 65_{in}$: Población mayor de 65 años de la CCAA_i en el año 1999

$POB > 65_t$: Población mayor de 65 años total en el año 1999

INS = Insularidad. Puede tomar dos valores que son los siguientes:

Illes Balears: $INS = 0,05 * NG_{in} * 0,2265$

Canarias: $INS = 0,05 * NG_{in} * 0,7735$

¹²⁹ También el ajuste por insularidad ha resultado polémico ya que el Gobierno Balear ha reclamado en el pasado año 2002 a la Administración Central el pago de la Ley de Régimen Especial Balear (REB), una norma de 1998 que contempla el coste de la insularidad en materia sanitaria, pidiendo por este concepto 43,8 millones de euros como coste plurianual. Según Baleares sería justo que obtuviera compensaciones ya que Canarias dispone de un régimen especial y de un tratamiento fiscal particular aunque el Ministerio de Sanidad ha afirmado recientemente que el nuevo sistema de financiación autonómica ya contempla este tipo de compensación en su diseño.

CUADRO 5.4.. PESO DE LAS VARIABLES DE REPARTO EN LAS REGIONES DEL NUEVO SISTEMA DE FINANCIACION AUTONOMICA Y SANITARIA EN EL AÑO BASE 1999 (en porcentaje)

Concepto	Población protegida	Población mayor de 65 años	Insularidad	Total Sanidad
Cataluña	75,3	24,7	0	100,0
Galicia	72,0	28,0	0	100,0
Andalucía	78,1	21,9	0	100,0
Asturias	71,2	28,8	0	100,0
Cantabria	73,5	26,5	0	100,0
La Rioja	72,6	27,4	0	100,0
Murcia	77,9	22,1	0	100,0
Comunidad Valenciana	75,9	24,1	0	100,0
Aragón	70,5	29,5	0	100,0
Castilla-La Mancha	72,2	27,8	0	100,0
Canarias	74,5	16,9	8,6	100,0
Extremadura	73,2	26,8	0	100,0
Baleares	73,5	21,4	5,0	100,0
Madrid	77,5	22,5	0	100,0
Castilla y León	69,7	30,3	0	100,0
TOTAL CCAA	75,0	24,5	0,5	100,0

FUENTE: Elaboración propia.

b) Por otro lado, también se especifica una *Garantía de mínimos* o de mantenimiento del *statu quo* anterior¹³⁰ 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. 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.
- 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).
- El coste efectivo acordado en la Comisión Mixta de transferencias, en valores del año base, derivado del traspaso generalizado de competencias.

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.

¹³⁰ Aplicable hasta siete CCAA: Andalucía, Aragón, Asturias, Cantabria, Cataluña, Extremadura y Murcia.

- Si por el contrario, el coste efectivo del año base fuese superior, éste se mantendría como cantidad mínima afectada a la financiación.

c) Además el nuevo modelo reforzará la financiación sanitaria mediante otras vías adicionales o *Fondos de carácter específico* debido a los siguientes aspectos:

- Se mantiene el Fondo “*Programa de Ahorro en Incapacidad Laboral Temporal (FILT)*”, ya existente en el acuerdo anterior 1998-2001, determinado por un importe de 240,40 millones de euros, correspondiendo su gestión financiera a la Tesorería General de la Seguridad Social según el artículo 4.B.c) del proyecto de Ley de medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las CCAA de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía. Su distribución estaba prevista en función del esfuerzo relativo de cada CCAA si bien, dada la dificultad de encontrar una variable que lo reflejase, se optó por distribuirlo proporcionalmente mediante la población protegida e incrementándose anualmente según se determine en las Leyes de Presupuestos Generales del Estado, teniendo en cuenta al liquidarse el Sistema de Financiación el cumplimiento por las CCAA de los objetivos anuales del “*Programa de Ahorro en Incapacidad Laboral Temporal*”. Respecto al fondo existente en el acuerdo anterior relativo al Ahorro en Farmacia no se hace mención alguna en el nuevo modelo.

- Se establece un nuevo Fondo de Desplazados en Sanidad (Art. 12 de la LGS) según el Acuerdo que se pasa a denominar en la Ley Fondo de “*Cohesión Sanitaria*”¹³¹ (FCS). Garantizará la solidaridad con la igualdad de acceso a los servicios sanitarios en todo el país y la atención a desplazados de países de la UE o de países con los que España tenga Convenios recíprocos. 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.

C) En el caso del Bloque de las *Competencias de la gestión de los Servicios Sociales de la Seguridad Social* para calcular las correspondientes Necesidades de Financiación:

¹³¹ A pesar de que en 2002 aún no se repartieron los 60,1 millones de euros, según los PGE 2003 y según el artículo 4 B de la Ley 21/2001, de 27 de Diciembre podría tener una dotación 54,09 millones de euros, sería gestionado por el Mº de Sanidad al cubrir la asistencia hospitalaria programada prestada a pacientes que se vean obligados a desplazarse a otra CCAA cuando en la suya no exista el servicio requerido, sobre todo para el caso de patologías complejas (Madrid y Cataluña) si cuentan con “*autorización expresa*” de la región de origen y, finalmente, también cubriría la asistencia prestada en estancia temporal a asegurados de otros países de la Unión Europea así como para financiar nuevas prestaciones (Comparecencia del Secretario del Mº Sanidad en el Congreso, 8-10-2002).

- Se toma la *Población mayor de 65 años* en función del Padrón a 1 de Enero de 1999 para cada CCAA del INE. Destacan aquí Cataluña con un 17,06%, Andalucía con un 16,58%, Madrid con 12,03% y la C.Valenciana con 10,63% o CCAA dónde el peso relativo del envejecimiento es mayor que el de su población protegida como Aragón, Asturias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Extremadura, Galicia y La Rioja.

La fórmula pues de cálculo de las Necesidades de Financiación de los Servicios Sociales para cada CCAA “*i-ésima*” sería igual a la expresión [2.3.4]:

$$NF_{imi} = NG_{im} * \left(\frac{POB > 65_{in}}{POB > 65_t} \right)$$

Dónde:

NF_{imi} : Necesidades de Financiación de Servicios Sociales del IMSERSO de la CCAA_i

NG_{im} : Restricción financiera inicial total para los servicios sociales del IMSERSO

$POB > 65_{in}$: Población mayor de 65 años de la CCAA_i en el año 1999

$POB > 65_t$: Población mayor de 65 años total en el año 1999

- Por otro lado, también se especifica además de una “*Garantía de mínimos*” o de mantenimiento del *statu quo* anterior que es aplicable para determinadas CCAA¹³²

Por tanto, las Necesidades de Financiación totales para cada CCAA “*i-ésima*” (NF_{ti}) se obtienen por adición del Primer Bloque General de Competencias comunes (NF_{cmi} todas las competencias menos la Sanidad y Servicios Sociales), el Segundo relativo a la gestión de los servicios de Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social (NF_{sni}) y el Tercero relativo a la gestión de los Servicios Sociales de la Seguridad Social (NF_{imi}) según la expresión [2.3.5]:

$$NF_{ti} = NF_{cmi} + NF_{sni} + NF_{imi}$$

Una vez entonces determinadas las Necesidades Totales de Financiación en el año base 1999 (art.5 de la Ley 21/2001, de 27 de Diciembre) el siguiente paso es explicar los Recursos Financieros de las regiones que básicamente pueden dividirse en tres:

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).

¹³² Por ejemplo, Aragón, Baleares, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Extremadura, Galicia, La Rioja y Murcia. Debe señalarse que en el caso de los Servicios Sociales no existen fondos especiales.

II) Impuestos cedidos total o parcialmente que son los correspondientes a la “*Cesta de impuestos*” junto con el nuevo “*Fondo de Suficiencia*”.

III) *Recursos fuera del sistema de financiación*.

Por tanto, los Recursos Financieros autonómicos son actualmente los siguientes:

I) *Impuestos propios* de las CCAA en el sentido de que éstas pueden establecer tributos, siempre y cuando no recaigan sobre hechos imposables gravados por el Estado, incluso sobre materias reservadas a las Corporaciones Locales si bien en este caso se deberían aprobar las necesarias medidas de compensación o coordinación al objeto de no reducir sus ingresos ni sus posibilidades de crecimiento. No obstante, la normativa general prevé otras limitaciones que han supuesto una implantación limitada de estos tributos, circunscribiéndose a impuestos sobre el juego, medioambientales y otras figuras puntuales de escasa capacidad recaudatoria.

II) Existen también *Recursos que servirán para financiar las necesidades estimadas*, a través de dos bloques de ingresos: los *Recursos tributarios cedidos y compartidos (participados)*, y las *Transferencias niveladoras (“Fondo de Suficiencia”)* en sus valores del año 1999 como recursos dentro del modelo. El nuevo sistema de financiación autonómica se basa entonces en la determinación de la financiación adecuada (Capacidad Fiscal, CF) en función de la participación en una “*Cesta de tributos*” (art. 6 y 18 de la Ley), de los cuales unos son los ya implantados en Acuerdos anteriores y otros han sido modificados o son de nueva incorporación, regulando así el alcance y condiciones generales de la cesión (sección 3ª de la Ley) así como la mayor asunción de competencias normativas (sección 4ª de la Ley) que implica también la adaptación de la normativa legal de los tributos cedidos (título III de la Ley):

a) En primer lugar, están los Tributos Cedidos hasta 2002 o “*Tributos cedidos clásicos*”¹³³, con sus competencias normativas para CCAA¹³⁴ que son las mismas que antes pero ampliadas, (art. 17 y 18 y 23-26 de la Ley 21/2001, de 27 de Diciembre) tales como:

- *Impuesto sobre el Patrimonio (IP)*: Se modifica la Ley 19/1991, de 6 de Junio (art. 57) por lo que las CCAA pueden regular la tarifa del mismo sin ningún tipo de requisito y crear deducciones y bonificaciones en la cuota de aquel así como operar sobre el mínimo exento en dónde se eliminan los límites anteriores (arts. 23 y 39 de la Ley 21/2001, de 27 de Diciembre). Conviene destacar que con efectos desde el pasado 1 de Enero de 2002 se ha hecho efectiva la cesión de este tributo a la Comunidad de Madrid y que se ha utilizado la capacidad normativa autonómica en 2002 en este impuesto mediante la fijación del mínimo exento en 0,11 millones de euros y escala en una única CCAA como ha sido la C.Valenciana.

¹³³ En 1999 la recudación absoluta por impuestos directos cedidos excedía a la de indirectos cedidos.

¹³⁴ En este caso que tanto Andalucía, Castilla-La Mancha y Extremadura no pudieron ejercer anteriormente capacidad normativa en ninguno de sus impuestos ya que en 1996 no aceptaron el modelo de financiación 1997-2001.

- *Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones (ISD)*: Se reforman varios artículos de la Ley del ISD, 29/1987, de 18 de Diciembre (art. 59 de la Ley) y las CCAA pasan a poder regular las reducciones aplicables en la base imponible a las transmisiones “*inter vivos*”, mejorar las reducciones estatales, crear deducciones y bonificaciones en la cuota, decidir sobre las cuantías y coeficientes del patrimonio preexistente así como fijar tarifas y sin ningún tipo de limitación (arts. 24 y 40 de la Ley 21/2001, de 27 de Diciembre). La utilización de capacidad normativa autonómica¹³⁵ en 2002 ha sido efectiva mediante reducciones para políticas sociales en CCAA como Aragón, Baleares, Castilla y León, Cataluña, C.Valenciana, Madrid y la modificación de la tarifa en euros del impuesto para calcular la cuota íntegra además de los coeficientes multiplicadores para calcular la cuota tributaria en Cataluña, C.Valenciana y Madrid.

- *Impuesto sobre Transmisiones Patrimoniales y Actos Jurídicos Documentados (ITPAJD)*: Se modifican varios artículos de la Ley del ITPAJD, recogida en el Texto Refundido aprobado por RD 1/1993, de 24 de Septiembre (art. 60 de la Ley 21/2001, de 27 de Diciembre) y las CCAA están facultadas desde 2002, debido a la ampliación de las competencias normativas, para regular el tipo de gravamen aplicable en las transmisiones de bienes muebles y en la constitución y cesión de derechos reales sobre ellos así como en el arrendamiento de bienes muebles e inmuebles. Además, pueden regular las deducciones y bonificaciones de la cuota aplicables en aquellas materias sobre las que tienen capacidad normativa en tipos de gravamen (arts. 25 y 41 de la Ley 21/2001, de 27 de Diciembre) y tienen mayores competencias de gestión y recaudación. Como resultado, la utilización de capacidad normativa autonómica¹³⁶ en 2002 ha permitido tanto la fijación del tipo para Transmisiones patrimoniales onerosas en Aragón, Baleares, Cataluña, C.Valenciana, La Rioja y Madrid como el incremento del Impuesto de Actos Jurídicos Documentados en Aragón, Madrid, Cataluña y la C.Valenciana¹³⁷.

- *Tasas afectas a los servicios transferidos (TA)*: En este caso es la recaudación normativa la que computa a efectos de los cálculos en el año base, con lo que la recaudación real en caso de ser notablemente superior a aquella representaría una ventaja financiera añadida. En 2002 se ha hecho efectiva también la cesión de las *Tasas sobre el Juego (TJ)* a las CCAA de Cantabria¹³⁸ y Madrid por lo que, al igual que el resto de CCAA que tienen esta cesión, disponen de competencias normativas sobre exenciones, base imponible, tipos de gravamen y cuotas fijas, bonificaciones y devengo (arts. 26 y 42 de la Ley 21/2001, de 27 de Diciembre). Por otro lado, la utilización de capacidad normativa autonómica en 2002 para las TJ ha hecho posible actualizar cuotas, devengos y plazos de ingresos o tipos en Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Castilla y León, Cataluña, C.Valenciana, Galicia, La Rioja y Murcia.

¹³⁵ En 2003, Cantabria lo suprime para la mayoría de contribuyentes y Cataluña rebaja el 3% de la tarifa.

¹³⁶ Cantabria reduce el impuesto de Actos Jurídicos Documentados y Transmisiones Patrimoniales en 2003.

¹³⁷ En esta última la subida se ha registrado (art. 40 de la Ley de Presupuestos para 2002) mediante el paso del 0,5% al 1% del valor de los bienes objeto de escritura, excepto en adquisición de vivienda habitual rebajada del 0,4% al 0,1%, si bien en Junio de 2002 el Tribunal Constitucional admitió a trámite el recurso contra dicho aumento.

- *Impuesto Especial sobre Determinados Medios de Transporte o Matriculación (IEM)*: Se configura como Impuesto Cedido (no armonizado) a las CCAA con capacidad normativa para poder incrementar en una horquilla del 10% el tipo de gravamen diferenciando entre las CCAA peninsulares y la CCAA de Illes Balears y Canarias y con capacidad de gestión, liquidación, recaudación e inspección por las propias CCAA (art. 18, 34 y 43 de la Ley 21/2001, de 27 de Diciembre).

- *Impuesto sobre las Ventas Minoristas de determinados Hidrocarburos*¹³⁹ (*IEVMH*): Se establece como Tributo Cedido para ser cobrado a los contribuyentes por los expendedores de gasolina o gasóleo (art. 18, 36 y 44 de la Ley 21/2001, de 27 de Diciembre), siendo regulado por la Ley 24/2001, de 27 de Diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social¹⁴⁰. Dicho impuesto se crea tras las conclusiones del grupo de trabajo que estudió fórmulas en este sentido aprobadas por el Gobierno y las CCAA. En él se establece un tramo general o común (de aplicación igual en todas las CCAA, excepto en Canarias y las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla) y otro con capacidad normativa (demanda histórica de las CCAA que quieran incrementar su grado de corresponsabilidad fiscal) y de gestión, liquidación, recaudación e inspección cuya aplicación será decisión de cada CCAA que podrá ejercer o no esa capacidad normativa sobre este tramo autonómico.

La recaudación se verá afectada en términos generales a la financiación de la sanidad, dado su alto volumen de gasto, pero en modo alguno se hace depender la sanidad al consumo de hidrocarburos ya que ésta se va a seguir pagando con todos los impuestos y se va a garantizar con las cautelas de la Ley de Financiación Autonómica 21/2001, de 27 de Diciembre. En cualquier caso, la recaudación del tramo general de este impuesto¹⁴¹ irá a parar de modo íntegro a las CCAA siendo destinada a financiar gastos sanitarios mientras que el tramo autonómico podrá destinarse también a gastos de tipo medioambiental (art. 9 de la Ley 24/2001, de 27 de Diciembre).

¹³⁸ Ha anunciado que el tipo general aumentará hasta el 27% a partir del 1 de Enero de 2003.

¹³⁹ En caso de haber sido *ad valorem*, hubieran existido más problemas de compatibilidad con la UE.

¹⁴⁰ Es decir, la Ley de Acompañamiento a la de los Presupuestos Generales del Estado para 2002.

¹⁴¹ El tipo común será de 0,024 euros por litro en gasolina y gasóleo (24 euros por 1.000 litros), 0,0006 euros por litro en gasóleo profesional (6 euros por cada 1.000 litros), pudiendo las CCAA ejercer capacidad normativa de 0,009 euros por litro en gasolina y gasóleo, es decir, desde 0 hasta 10 euros por cada 1.000 litros en el 2002, no pudiendo las CCAA regular en ese año los aspectos de gestión, liquidación, recaudación e inspección del impuesto siempre recogiendo la salvedad de aplicación de la normativa del Estado si la CCAA no hubiere hecho uso de las competencias normativas que le confiere la Ley, desde 0 hasta 17 euros por cada 1.000 litros en 2003, desde 0 hasta 24 euros por cada 1.000 litros en 2004 y para el año 2005 y siguientes el límite superior de la banda del tipo de gravamen autonómico podrá ser actualizado por la Ley de Presupuestos Generales del Estado tal y como se prevé en el artículo 9 de la Ley 24/2001, de 27 de Diciembre y en la Disposición transitoria tercera y cuarta de la Ley 21/2001, de 27 de Diciembre.

Así, cada Gobierno Autonómico podrá establecer dentro de los límites cuál es el gravamen en su tramo, respetando eso sí siempre el tramo general¹⁴², pero en plena discusión política sobre el nuevo sistema de financiación y la transferencia sanitaria las CCAA optaron por negarse a aplicarlo (PSOE) o por posponer su decisión ya que habían votado a favor de su creación previamente en el CPFF (la mayoría de las del PP). Respecto a la utilización de la capacidad normativa autonómica en este impuesto en el año 2002, con fecha 24 de Julio la Comunidad de Madrid¹⁴³ ha sido la primera en aprobar en su Asamblea regional mediante lectura única el Proyecto de Ley aplicado desde el mes de Agosto mediante el cual se hace uso de su parte de capacidad normativa para mejorar su asistencia sanitaria¹⁴⁴.

b) *Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF)*: Se establece una cesión parcial de un 33% de la tarifa y una total capacidad normativa (art. 38 de la Ley 21/2001, de 27 de Diciembre) desde el año 2002 además de la modificación de la Ley 40/1998, de 9 de Diciembre, del IRPF (art. 58 de la Ley 21/2001, de 27 de Diciembre). La estructura de la escala autonómica aplicable a la Base liquidable del impuesto que pueden aplicar las CCAA sólo tiene dos condicionantes¹⁴⁵: ser progresiva y con idéntico número de tramos que la del Estado¹⁴⁶, garantizando de este modo la consecución del principio de progresividad tributaria consagrado en el artículo 31.1 de la CE. Las regiones también pasan a tener capacidad normativa sobre las deducciones por circunstancias personales y familiares, por inversiones no empresariales y por aplicación de renta siempre que no supongan, directa o indirectamente, una minoración del gravamen efectivo de alguna o algunas categorías de renta. En cambio, no existen cesión de competencias de gestión.

¹⁴² Dado que este impuesto se establece con 30 votos a favor y 6 en contra dentro del CPFF (las seis CCAA del partido de la oposición al gobierno en ese momento que justificaron dicha decisión en base a la filosofía del nuevo tributo y su efecto inflacionista al encarecer sensiblemente productos de fuerte consumo como son los carburantes) eso no quiere decir que esas 6 CCAA renuncien al impuesto sino que estas CCAA recibirán la recaudación derivada de la parte fija del impuesto, es decir, 0,024 euros por litro en gasolina y gasóleo y lo único que dicen que no harán es utilizar su capacidad normativa para incrementarlo. No obstante esto, aún después de la aplicación de este nuevo impuesto, la tributación en España de los hidrocarburos sigue siendo una de las más bajas de la Unión Europea (un 25% inferior a la media europea en gasolinas, incluido el IVA, y un 23% inferior en gasóleos).

¹⁴³ La tasa, como impuesto cedido, entró en vigor en Agosto de 2002 y la imposición a las petroleras, sujetos pasivos del tributo, será en 2002 de 1 céntimo de euro por litro para la gasolina y el gasóleo A y de 0,25 céntimos para los gasóleos B y C, 1,7 céntimos de euros en 2003, hasta llegar a un incremento acumulado de 2,39 céntimos de euro previsto en 2004. A estas cifras, hay que sumar tanto el tramo estatal, situado desde Enero en 2,39 céntimos de euro, como el IVA, que se aplica al precio final (es decir, si el impuesto se traslada totalmente a los consumidores madrileños por parte de las petroleras éstas pagarían 3,9 céntimos de euro más por litro debido al impuesto en la parte estatal y autonómica). Se estima que para el primer año (2002) se recaudarán 16,5 millones de euros, el segundo (2003) 74,5 millones de euros y el tercero (2004), cuando el impuesto alcance todo su recorrido, 119 millones de euros.

¹⁴⁴ Madrid es, por el momento, el único territorio que ha asumido el riesgo político de implantar este tramo adicional del impuesto, en concreto, para financiar una tercera parte del nuevo Plan de calidad integral de los servicios sanitarios regionales para 2002-2007 siendo probable que las demás regiones sigan su ejemplo a partir de Mayo de 2003 una vez celebrados los comicios autonómicos y locales.

¹⁴⁵ Se suprime así el anterior límite de modificaciones de la tarifa autonómica (que no podía producir una cuota íntegra autonómica estándar en más o menos un 20%).

¹⁴⁶ No parece necesaria toda vez que esta condición se ha suprimido para otros impuestos directos cedidos.

Por otra parte, la deducción estatal por inversión en vivienda habitual (15%) se desdobra en dos porcentajes: uno estatal (10%) y otro autonómico (5%) que se podrá variar en un +/- 50%, en función del nuevo porcentaje del impuesto atribuible a las CCAA (33%) que, en todo caso, puede ser modificado por las CCAA dentro de ciertos límites. El resto de deducciones estatales permanecerían igual que antes y las regiones tendrían la misma capacidad de establecer deducciones autonómicas¹⁴⁷. Por último, la utilización de capacidad normativa autonómica en 2002 ha supuesto la no-modificación de la tarifa en ninguna CCAA por los condicionantes del modelo pero sí variaciones en las deducciones autonómicas por nacimiento adopción de hijos¹⁴⁸, por familiares, adquisición o rehabilitación de vivienda y donativos y otros en Aragón, Castilla y León, Cataluña, Comunidad Valenciana, Galicia, Illes Balears, La Rioja, Madrid y Murcia.

c) *Impuesto sobre el Valor Añadido (IVA)*: Se establece una participación territorializada (*tax sharing*) del 35% de recaudación estatal en función de criterios de consumo regional según el índice de consumo de las CCAA del INE, si bien la capacidad normativa la mantiene el Estado, dados los condicionantes de la UE (art. 9 y 27 de la Ley 21/2001, de 27 de Diciembre). Lógicamente no es cedible a Canarias dado su Régimen Fiscal Especial.

d) *Impuestos Especiales sobre Labores del Tabaco (IELT*, art. 13 y 33 de la Ley 21/2001, de 27 de Diciembre), *Vinos y Bebidas fermentadas, Alcohol y Bebidas derivadas*, (actualizados en 2002 en un 8% tras cinco años sin mover tarifas) y *Productos Intermedios (IEA*, art. 11 y 29-31 de la Ley 21/2001, de 27 de Diciembre), *Cerveza (IEC*, art. 10 y 28 de la Ley 21/2001, de 27 de Diciembre) e *Hidrocarburos (IEH*, art. 12 y 32 de la Ley 21/2001, de 27 de Diciembre) con una participación territorializada (*tax sharing*) del 40% de recaudación estatal en función de criterios de consumo regional según índices de consumo de las CCAA del INE, si bien la capacidad normativa la mantiene el Estado (condicionantes europeos). Se modifica la Ley 38/1992, de 28 de Diciembre, de Impuestos Especiales (art. 62 de la Ley 21/2001, de 27 de Diciembre) y, lógicamente, no son cedibles a Canarias dado su Régimen Fiscal Especial los Impuestos Especiales sobre las Labores del Tabaco y de Hidrocarburos.

e) *Impuesto Especial sobre la Electricidad (IEE)*: 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 (arts. 14 y 34 de la Ley 21/2001, de 27 de Diciembre). Dicha cesión se repartirá según el índice de consumo neto de energía eléctrica de las respectivas CCAA.

¹⁴⁷ Se cede a la CCAA el rendimiento del IRPF en su territorio, considerando éste como el de aquellos sujetos pasivos con residencia habitual en dicho lugar (art. 23 de la Ley 21/2001, de 27 de Diciembre). No obstante, se plantea el problema de "*parasitismo fiscal*" si la Hacienda Central decide elevar (reducir) deducciones ya que la recaudación regional por IRPF resultaría menor (mayor) sin que las CCAA adopten ninguna medida normativa.

¹⁴⁸ Cantabria ha sido la primera región en anunciar para 2003 una deducción del 15% de lo declarado en concepto de incremento de patrimonio por la percepción de las ayudas del programa de "*Ayudas a las madres con hijos menores de tres años*", regulado en el Decreto de Cantabria, 92/2002, de 22 de Agosto, con un máximo de 180 euros (art. 8 del Anteproyecto de Ley de Cantabria de Medidas Fiscales en materia de tributos cedidos por el Estado).

En cualquier caso, según el artículo 45 de la Ley 21/2001, de 27 de Diciembre, si una CCAA no hiciera uso de las competencias normativas que le confieren los artículos 37 a 44 de la Ley 21/2001, de 27 de Diciembre, se aplicará, en su defecto, la normativa del Estado (cláusula general de salvaguardia, art. 19 de la LOFCA). Así, en el IVA y Especiales lo que se establece son participaciones territorializadas según criterios de consumo no explicitados en la Ley mientras que en otros impuestos cedidos se adscribe la recaudación efectiva.

f) Por lo que se refiere a las Transferencias procedentes del nivel central se crea un elemento novedoso que quedaría fuera de lo que es la “*Cesta de impuestos*” y que es el *Fondo de Suficiencia (FS)*. Dicha transferencia tiene como principal cometido el ejercer labores de principal mecanismo nivelador y de “*elemento de cierre*” del modelo acordado.

Para calcular pues los Recursos financieros del sistema en el año base 1999 (art. 6 de la Ley 21/2001, de 27 de Diciembre) se estiman las siguientes partidas:

a) *Recaudación de Tributos Cedidos* sobre Patrimonio, Transmisiones Patrimoniales y Actos Jurídicos Documentados, Sucesiones y Donaciones, determinados Medios de Transporte, Ventas Minoristas de determinados hidrocarburos y sobre el Juego y Tasas Afectas a los servicios transferidos, por sus valores normativos del año 1999.

b) *Tarifa autonómica del IRPF* con valor en 1999 $TIR_i(1999)$ igual a [2.3.6]:

$$CLD_i(1999) - DIDID_i(1999) + CLND_i(1999) - DIDN_i(1999) + RND_i(1999) + IND_i(1999)$$

Dónde:

$CLD_i(1999)$: 33% de la suma de las Cuotas íntegras en concepto de las tarifas estatal y autonómica que los residentes en el territorio de la CCAA “*i-ésima*” hayan consignado en la declaración presentada en el año 2000 correspondiente al año 1999. Dicha cantidad se minorará en el 33% de las deducciones estatales que deben soportarse por la cuota íntegra autonómica y cuando el importe consignado en la declaración sea de signo negativo su valor será igual a cero.

$DIDID_i(1999)$: 33% del importe total efectivamente Deducido por los residentes en el territorio de la CCAA “*i-ésima*” en la declaración presentada en 2000, correspondiente a 1999, por la deducción por doble imposición de dividendos y por doble imposición internacional.

$CLND_i(1999)$: 33% de las Cuotas líquidas de los contribuyentes residentes en el territorio de la CCAA *i* que no estén obligados a declarar y soliciten devolución en el 2000 por el año 1999.

$DIDN_i(1999)$: 33% del importe de la Dedución por doble imposición de dividendos correspondientes a los contribuyentes residentes en el territorio de la CCAA “*i-ésima*” que no estén obligados a declarar y soliciten devolución en el año 2000 por el año 1999.

$RND_i(1999)$: 33% Retenciones soportadas por contribuyentes CCAA “*i-ésima*” no obligados a declarar, que no soliciten devolución y que obtengan rentas superiores a 6.010,12 euros.

$IND_i(1999)$: Ingresos por IRPF producidos en 1999 por Actas de Inspección [$AI_i(1999)$], Liquidaciones practicadas por la Administración [$LA_i(1999)$] y declaraciones fuera de plazos establecidos por la normativa reguladora del impuesto [$AL_i(1999)$] que correspondan a CCAA “*i-ésima*”. Esta partida se minorará por el importe de las Devoluciones por ingresos indebidos que deban imputarse a la CCAA, incluidos intereses legales [$DI_i(1999)$].

$$IND_i(1999) = AI_i(1999) + LA_i(1999) + AL_i(1999) - DI_i(1999)$$

c) *Cesión del 35% de la recaudación líquida por IVA*. Este valor para 1999, se determinará por [2.3.7] del modo siguiente:

$$IVA_i(1999) = IVA_E(1999) * 0,35 * ICV_i(1999)$$

Dónde:

$IVA_E(1999)$: Recaudación líquida por IVA obtenida por el Estado en 1999.

$ICV_i(1999)$: Índice de consumo de la CCAA “*i-ésima*” para el año 1999, certificado por el INE.

d) *Cesión del 40% de la recaudación líquida por el Impuesto Especial sobre la Cerveza (IEC)*. Se determinará del modo siguiente por [2.3.8]:

$$IEC_i(1999) = IEC_E(1999) * 0,40 * ICC_i(1999)$$

Dónde:

$IEC_E(1999)$: Recaudación líquida por el Impuesto sobre la cerveza estatal en 1999.

$ICC_i(1999)$: Índice de consumo de la CCAA “*i-ésima*” para el año 1999, certificado por el INE.

e) *Impuesto sobre el Vino y bebidas fermentadas*.

f) *Cesión del 40% de la recaudación líquida por los Impuestos sobre Productos Intermedios y sobre Alcohol y bebidas derivadas (IEA)*. Su valor en 1999, se determina [2.3.9]:

$$IEA_i(1999) = IEA_E(1999) * 0,40 * ICA_i(1999)$$

Dónde:

$IEA_E(1999)$: Recaudación líquida por los Impuestos sobre Productos Intermedios y sobre Alcohol y bebidas derivadas obtenida por el Estado en 1999.

$ICA_i(1999)$: Índice de consumo de la CCAA “*i-ésima*” para el año 1999, certificado por el INE.

g) *Cesión del 40% de la recaudación líquida por el Impuesto sobre Hidrocarburos (IEH)*. Su valor para el año base 1999, se determinará por [2.3.10] del modo siguiente:

$$IEH_i(1999) = IEH_E(1999) * 0,40 * ICH_i(1999)$$

Dónde:

IEH_E (1999): Recaudación líquida por el Impuesto sobre Hidrocarburos estatal en 1999.

ICH_i (1999): Índice de entregas de gasolinas, gasóleos y fueloleos, según Ministerio de Economía ponderados por los tipos impositivos en CCAA “*i-ésima*” para 1999.

h) *Cesión del 40% de la recaudación líquida por el Impuesto sobre Labores del Tabaco* (IELT). Su valor para el año base 1999, se determinará por [2.3.11] del modo siguiente:

$$IELT_i(1999) = IELT_E(1999) * 0,40 * ICT_i(1999)$$

Dónde:

IELT_E (1999): Recaudación líquida por el Impuesto sobre Labores del Tabaco estatal en 1999.

ICT_i (1999): Índice de ventas a expendedorías de la CCAA “*i-ésima*” en 1999, certificadas por el Comisionado para el Mercado de Tabacos, ponderados por los tipos impositivos.

i) *Cesión del 100% de la recaudación líquida por el Impuesto sobre la Electricidad* (IEE). Su valor para el año base 1999, se determinará por [2.3.12] del modo siguiente:

$$IEE_i(1999) = IEE_E(1999) * ICE_i(1999)$$

Dónde:

IEE_E (1999): Recaudación líquida por el Impuesto sobre la Electricidad estatal en 1999.

ICE_i (1999): Índice de consumo neto de energía eléctrica en la CCAA “*i-ésima*” en 1999, elaborado a partir de los datos del Ministerio de Economía.

j) *Fondo de Suficiencia* (FS)

El Fondo de Suficiencia¹⁴⁹ en el año base 1999 es la diferencia (positiva o negativa) para una CCAA ““*i-ésima*” entre las Necesidades totales de Financiación y el valor de los Recursos mencionado anteriormente, reflejo del debate sobre la equidad del sistema y el peso consiguiente del *statu quo* y acuerdos políticos implícitos. También establece como novedad que las Ciudades con Estatuto de Autonomía como Ceuta y Melilla, tendrán asignado un Fondo de Suficiencia en 1999, constituido por el valor de los servicios traspasados y las subvenciones de autogobierno en dicho año, además de participar en él según el índice de evolución del ITE nacional. Precisamente, la definición de este FS puede tener gran relevancia ya que su homologo hasta ahora, la Participación en los Ingresos del Estado (PIE) casi siempre ha tenido un signo positivo¹⁵⁰, ya que, de modo general, sólo se ha procedido a la cesión de nuevos tributos mientras que la PIE mantuviese su signo.

¹⁴⁹ A efectos de la determinación del Fondo de Suficiencia de 1999, se detrae el importe, reconocido para cada CCAA, en el Fondo “*Programa de Ahorro en incapacidad temporal*”.

¹⁵⁰ Exceptuando el caso de la Comunidad de Madrid que ya en el modelo 1997-2001 tuvo una PIE negativa en los ejercicios liquidados de 1997, 1998 y 1999.

Por tanto, en el nuevo sistema al no plantearse ninguna restricción a la cesión de tributos aparecen CCAA que, por diversos motivos, tienen un exceso de recaudación por encima de sus necesidades de recursos y que deberían proceder a la devolución de este exceso (Baleares y Madrid). Así, las Necesidades totales de Financiación de una CCAA “*i-ésima*” se estimarían:

$$NF_{ii} - CF_i - FILT_i = FS_i \quad [2.3.13]$$

O lo que es lo mismo [2.3.14]:

$$NF_{ii} - [IP_i + ISD_i + ITPAJD_i + TA_i + TJ_i + IEVMH_i + IEM_i + 0,33 * IRPF_i + 0,35 * IVA_i + 0,40 * IELT_i + 0,40 * IEA_i + 0,40 * IEC_i + 0,40 * IEH_i + IEE_i] - FILT_i = FS_i$$

III) En otro orden de cosas, se establecen *Recursos fuera del Sistema de financiación* que, además del ahorro corriente y recursos condicionados (endeudamiento, fondos de la Unión Europea o Convenios de inversión con Estado), se compone de los siguientes elementos:

a) “*Asignaciones de Nivelación*”: Articuladas según el apartado 3 del artículo 15 de la LOFCA (Título V y artículo 67 de la Ley 21/2001, de 27 de Diciembre) y de importe a determinar (tanto en Sanidad como Educación) para atender situaciones extraordinarias en alguna región por desviaciones de más de 3 puntos respecto a la media nacional bien en población protegida o bien en nº de alumnos de Enseñanza Obligatoria (por ejemplo, debido a inmigración). A estos efectos, se considera que quedan afectados los niveles de prestación de los servicios públicos fundamentales de Educación y Sanidad cuando los incrementos a que se refieren sean superiores en más de 1 punto a las medias nacionales que allí se establecen cuando la superficie de la CCAA¹⁵¹ sea superior a los 90.000 km². Cuando se produzca alguna de esas circunstancias, la Administración General del Estado y la de la CCAA analizarán conjuntamente la causa y soluciones de forma que, examinada la financiación de la CCAA, se concluya en la procedencia o no de que ésta participe en las Asignaciones de Nivelación.¹⁵²

b) *Fondo de Compensación Interterritorial (FCI)*: Tiene por finalidad, según el artículo 158.2 de la CE, corregir desequilibrios económicos interterritoriales y hacer efectiva la solidaridad. Dicho Fondo no se verá alterado sustancialmente respecto a su funcionamiento anterior al no modificarse las variables de reparto ni las CCAA beneficiarias ni tampoco su dotación anual. Los cambios vienen por la incorporación desde 1995 de Ceuta y Melilla al grupo de beneficiarias teniendo en cuenta sus características y por la flexibilización de su destino ya que la determinación del destino del gasto financiado por el FCI va por dos subfondos que financian no sólo gastos de inversión sino también su gasto corriente asociado¹⁵³.

¹⁵¹ Sólo aplicable a Castilla y León con 94.000 ya que Andalucía, segunda en extensión, llega a 87.000.

¹⁵² Los PGE habilitarán dotaciones presupuestarias para atenderlas (un instrumento más de solidaridad del sistema) en base a las desviaciones producidas desde 2002 (Disposición adicional primera de la Ley 21/2001, de 27 de Diciembre), a pesar de las dudas respecto a su articulación efectiva (Urbanos y Utrilla, 2001b).

¹⁵³ Un 75% ha de ir a gastos en inversión mientras que a gastos corrientes de funcionamiento generados por estas inversiones iría el restante 25%. Esta segunda parte estaría limitada a aquel período inicial necesario para poner en marcha la inversión (máximo 2 años) y en su destino (gastos de puesta en funcionamiento de la inversión).

2.4. Las reglas de evolución y garantías financieras

El modelo, por tanto, en función de lo explicado, responde a tres cuestiones básicas: *qué cantidad distribuir, cómo hacerlo y con qué recursos satisfacerla*. Queda pues por explicar mediante qué reglas de evolución dinámica actúa y qué tipo de garantías financieras establece. Es decir, a continuación, 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 cuenta¹⁵⁴.

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 sociales¹⁵⁵ (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.

En cuanto a los condicionantes relativos a las “*reglas de evolución o suficiencia dinámica*” y *garantías financieras del modelo* cabe señalar las siguientes:

a) En primer lugar, según el art. 7 de la Ley 21/2001, de 27 de Diciembre *se impone a las CCAA la obligación de destinar una cantidad mínima a la gestión de los servicios sociales de la Seguridad Social (Sanidad e IMSERSO)*, excluida la parte correspondiente al Fondo Programa de Ahorro en Incapacidad Temporal, incrementándola anualmente (*suficiencia dinámica*) en igual medida que los 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 afectación*¹⁵⁶).

¹⁵⁴ Las cuales hasta la fecha se han previsto ya en los PGE para el pasado año 2002 y para el presente 2003.

¹⁵⁵ Al incrementarse los tributos cedidos a las regiones y excluirse otros ingresos los efectos en la recaudación de un impuesto sobre el ITE nacional serán ahora más notables, circunstancia que, cómo se comprobó a posteriori, va a afectar de manera importante al IRPF.

¹⁵⁶ Y fijado por una Disposición en el Proyecto 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.

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.

b) Es necesario también darse cuenta que *con posterioridad a 2002 los ingresos de las CCAA vendrán determinados por la estructura de las fuentes de financiación de cada una de ellas, lo cual puede introducir cierta incertidumbre de cara al futuro*. Así, los ingresos por IRPF vendrán en función de la evolución de la renta regional y del uso de la capacidad normativa que pueda hacer la CCAA (art. 8 de la Ley 21/2001, de 27 de Diciembre) mientras que los procedentes de la participación en el IVA y los Impuestos Especiales (arts. 9-14 la Ley 21/2001, de 27 de Diciembre) dependerá de la evolución del consumo de los productos gravados en cada región y del uso de la eventual capacidad normativa como el de Matriculación.

c) En cuanto al *valor definitivo de la garantía proporcionada por el Fondo de Suficiencia* (arts. 15 y 16 de la Ley 21/2001, de 27 de Diciembre), éste podrá ser positivo o negativo y se calculará para las CCAA y Ciudades con Estatuto de Autonomía (Ceuta y Melilla) cada año mediante las siguientes fórmulas:

- En el supuesto de que en una CCAA las Necesidades de Gasto sean superiores a su Capacidad Fiscal ($FS_i > 0$), caso de todas en el año base 1999 excepto Baleares y Madrid, lo que se reflejará como créditos presupuestarios a favor de la correspondiente CCAA:

$$FS_i(x) = FS_i(1999) * \left[\frac{ITE_n(x)}{ITE_n(1999)} \right] \quad [2.4.1]$$

donde:

$FS_i(x)$, $FS_i(1999)$: Importe para CCAA_i en año x y base de su Fondo de Suficiencia

$ITE_n(x)$, $ITE_n(1999)$: Importes de los ITE nacionales en el año x y base (1999)

- Por contra, en el supuesto de que en una CCAA las Necesidades de Gasto sean inferiores a su Capacidad Fiscal ($FS_i < 0$) como es el caso de Baleares y Madrid, es decir, cuando el importe del FS sea a favor del Estado (derechos presupuestarios a favor del Estado en PGE como gasto de transferencia incluido en la Sección 32 que luego se repartirán entre el resto de regiones), el valor definitivo del Fondo de Suficiencia se determinará anualmente:

$$FS_i(x) = FS_i(1999) * \left[\frac{ITE_{ri}(x)}{ITE_{ri}(1999)} \right] \quad [2.4.2]$$

donde:

$ITE_{ri}(x), ITE_{ri}(1999)$: Importes de los ITE regionales en el año x y base (1999)

No obstante lo anterior, cuando:

$$\left[\frac{ITE_{ri}(x)}{ITE_{ri}(1999)} \right] > \left[\frac{ITE_n(x)}{ITE_n(1999)} \right], \text{ ésta última expresión sustituirá a aquella en la}$$

fórmula anterior¹⁵⁷.

d) *Respecto a los tributos cedidos y variables de reparto no se establece ninguna regla de evolución con la única salvedad contemplada en Competencias Comunes* dónde anualmente se analizarán los efectos derivados de la aplicación al sistema de la evolución del censo de población con respecto a las necesidades en el año anterior por lo que se abre la vía para poder incorporar los cambios en el censo de población (art. 4 de la Ley 21/2001, de 27 de Diciembre).

e) Finalmente, *el nuevo modelo incorpora una última garantía y es la Lealtad institucional*. En ese sentido, su consideración en el sistema es lógica dado que a lo largo de estos ejercicios el Estado legislador previsiblemente va a llevar a cabo diversas actuaciones tributarias que, habida cuenta de la participación de las CCAA en la práctica totalidad de los tributos del Estado, puede tener para las regiones consecuencias positivas o negativas. Igualmente, la adopción de medidas de interés general puede hacer recaer sobre las CCAA obligaciones de gasto no previstas a la fecha de aprobarse el sistema de financiación. Por todo lo anterior, se establece que a partir de este nuevo modelo todos los cambios que haga el Estado habrán de ser dialogados con las propias CCAA además del refuerzo del CPFF de cara a las decisiones que se hayan de tomar en el futuro.

¹⁵⁷ Ello supone una posible ventaja y es el poder retener el mejor resultado recaudatorio obtenido respecto a la media, sin el riesgo de tener que aportar un FS a la Hacienda Central en línea con la media si se obtiene un mal resultado recaudatorio. Si se compara esto con una especie de cupo (como el caso de las CCAA forales), aquí no se da el “riesgo unilateral” ya que no se aplican los ajuste por eficacia recaudatoria al estar los impuestos de la base ITE gestionados exclusivamente por la Hacienda Central. Asimismo, en el artículo 16 de la Ley 21/2001, de 27 de Diciembre se establece que serán causa de revisión del valor del Fondo de Suficiencia en el año base, las siguientes:

1. Traspaso de nuevos servicios, ampliaciones o revisiones de valoraciones de traspasos anteriores, acordados por la respectiva Comisión Mixta y aprobados por RD. La revisión se haría de oficio por parte del Mº de Hacienda, de acuerdo con la valoración del traspaso, referida al año base, que se recoja en el respectivo RD. El nuevo valor obtenido por el Fondo de Suficiencia producirá efectos desde el comienzo del ejercicio siguiente a aquél en el que se haya efectuado su revisión. No obstante, dado que, en el momento del traspaso, el ITE_n que se aplica para convertir en valores del año base 1999 el coste efectivo, es provisional, el valor definitivo del Fondo de Suficiencia ocasionado por el traspaso se ajustará una vez se conozca el valor definitivo del ITE_n del año del traspaso.

2. Efectividad de cesión de tributos de acuerdo con las reglas establecidas en la ley reguladora de la misma. Para que la revisión se efectúe deberá ser acordada por la respectiva Comisión Mixta, de acuerdo con el valor estimado que hubiera tenido la recaudación en la CCAA del tributo que se cede en el año base. El nuevo valor obtenido por el Fondo de Suficiencia producirá efectos desde el comienzo del ejercicio siguiente a aquel en que se haya efectuado su revisión. A efectos de los dispuesto anteriormente, en el caso de los tributos que no existan en el año base, la recaudación en la CCAA del tributo que se cede, en ese año base, será la correspondiente al año de efectividad de la cesión, deflactada al ITE que se aplica para poder actualizar su Fondo de Suficiencia.

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

En esta sección, una vez explicados los aspectos básicos del sistema actual de financiación general, se realiza un análisis empírico que tratará de aproximar los efectos económicos de la integración de la financiación sanitaria en el sistema actual de financiación autonómica, bajo distintas hipótesis y para 1999 (año base) y 2002 (primer año del modelo) así como un avance de las perspectivas para los años 2003, 2004 y 2005. Esto es así dado que precisamente hasta esa fecha (2005) se dispone de algunas estimaciones oficiales además de las construidas específicamente para este ejercicio a fecha de cierre de esta investigación.

Para ello, se estiman para dichos años los recursos financieros de que dispondrán las CCAA sobre la base del nuevo modelo de financiación autonómica evolucionado de acuerdo con los escenarios financieros considerados según dos hipótesis válidas para el caso objeto de estudio que es el relativo a la financiación autonómica sanitaria:

a) Primera hipótesis: Aplicación para 1999 y Prórroga a partir de 2002 del anterior acuerdo de financiación sanitaria 1998-2001 sin alteración del reparto.

b) Segunda hipótesis: Aplicación para 1999 y Prórroga para 2002 del acuerdo de financiación sanitaria 1998-2001 con alteración del reparto según variables del nuevo modelo de financiación autonómica (población protegida, población mayor de 65 años e insularidad).

3.1. Fuentes de información y definición de variables

Actualmente además de las estadísticas de recaudación tributaria de años pasados (Agencia Estatal de Administración Tributaria y Memorias de la Administración Tributaria) se dispone de la información del cierre de los tres primeros ejercicios del período 1997-2001 así como de las Entregas a cuenta para 2000 y 2001 a partir de los Informes de Financiación de las CCAA elaborados hasta 1997 por el M^o de Economía y desde 1998 por el M^o de Hacienda y de la Base de Datos del Sector Público (BADESPE) del Instituto de Estudios Fiscales. Asimismo, se pueden elaborar proyecciones dinámicas tomando como base las previsiones contenidas en el avance de liquidación de 2002, los Presupuestos Generales del Estado (incluido el relativo a 2003) y las contenidas en la Actualización del Programa de Estabilidad del Reino de España¹⁵⁸ (2001-2005) en cuanto al comportamiento de las principales variables del modelo: “*Cesta de tributos*”¹⁵⁹, los ITE relevante para la financiación y el “*Fondo de Suficiencia*”. Estas estimaciones se completan con la aplicación propia de técnicas de predicción económica.

¹⁵⁸ El Dictamen del Consejo de la UE de 12 de Febrero de 2002 (2002/c51/08) sobre dicho Programa señala que éste cumple lo dispuesto en versiones anteriores y que los objetivos se alcanzan.

¹⁵⁹ A este respecto, es necesario ante todo conocer la evolución financiera de los tributos cedidos ya que éstos han jugado un papel importante en la financiación autonómica desde el año 1986. En los últimos años, la evolución de la recaudación real ha vuelto a superar a la normativa si bien es ésta última la de referencia.

3.2. Metodología

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. Se incluye así a las CCAA de Andalucía, Castilla-La Mancha y Extremadura que en 1997-2001 no pudieron ejercer capacidad normativa en ninguno de sus impuestos (al no aceptar el modelo correspondiente a ese período) y se las sitúa en el mismo punto de partida que el resto al considerar que en el año base 1999 la liquidación correspondiente a estas CCAA es la que les hubiese correspondido con el modelo 1997-2001.

La evolución de los ingresos de las CCAA con el nuevo sistema de financiación autonómica dependerá así de una serie de factores¹⁶⁰ sintetizados en los dos siguientes:

a) 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.

b) El comportamiento territorial y diferenciado de los impuestos cuya recaudación se les atribuye a las respectivas CCAA.

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 del ejercicio 2002 disponibles a partir de las bases de datos anteriormente mencionadas así como por las estimaciones propias para el período 2003-2005 a partir de la Actualización del Programa de Estabilidad 2001-2005, del Proyecto de Presupuestos Generales del Estado para 2003 y de la aplicación de métodos estadísticos de predicción en economía basados en el análisis de series temporales para así poder simular adecuadamente la evolución del modelo.

¹⁶⁰ Si bien es cierto que éstos no son los únicos factores que influirán en la evolución final del sistema actual de financiación autonómica, es necesario dejar al margen a otros ya que resultarían mucho más difíciles de cuantificar o por lo menos de estimar en un futuro próximo. Así, las CCAA pueden tener un mayor margen de maniobra que el planteado aquí como resultado, por ejemplo, de la diferencia entre la recaudación de tributos cedidos y tasas real y la normativa y la evolución de otros ingresos regionales. Por ello, en las estimaciones realizadas en este trabajo las principales variaciones van a estar relacionadas con la composición de los ingresos en el año base 1999 en cada región y su comportamiento posterior, imprescindible para poder predecir el comportamiento a medio plazo de las variables del modelo, así como por la evolución de las propias economías regionales que puede condicionar incluso aquellos impuestos en los que la recaudación total se distribuye según cuotas de consumo autonómicas tales como IVA, Hidrocarburos, Carburantes, Determinados Medios de Transporte y Electricidad no siendo tan sensibles a dicho crecimiento los impuestos sobre Alcohol, Cerveza, Productos Intermedios y Tabaco (González-Páramo, 2001a; Monasterio, 2001a y b; Buenaventura y García, 2002; Cabasés, 2002; Esteller, Navas y Sorribas, 2002; Granada y Ruíz Huerta, 2002; López I Casanovas, 2002; Urbanos y Utrilla, 2001a y b y 2002a y b; Utrilla, 2001 y 2002)..

Precisamente estos dos aspectos (territorialización de impuestos y técnicas de predicción económica) son los que se explican a continuación antes de presentar las estimaciones del año base 1999 y las proyecciones dinámicas desde 2002 referidas al nuevo modelo a partir del análisis empírico correspondiente.

3.2.1 Criterios objetivos de imputación territorial de los impuestos descentralizados

Una de las primeras cuestiones planteadas en el proceso de estimación de los efectos económicos del modelo actual de financiación autonómica ha sido la de realizar un análisis empírico de la incidencia territorial de los impuestos, con especial referencia a los que gravan el consumo en España dado que es aquí dónde existe el problema de determinar los índices de consumo certificados por el INE para el cálculo del reparto de impuestos en el modelo. Con ello se trataría de conocer la forma en que la carga asociada a esos tributos se distribuye entre las distintas CCAA que configuran el Estado español¹⁶¹. En esta investigación se ha optado por un enfoque práctico dados los problemas en la utilización de algunas de las técnicas empleadas en la literatura económica. Así, en este caso, los tributos cedidos y las tasas normativas han sido estimados a partir de la información anterior disponible mientras que el IRPF ha sido estimado con la cuota real correspondiente al año 1999 y se ha calculado su evolución regional a partir de la información tributaria disponible, siendo un impuesto dónde puede establecerse fácilmente el supuesto que la incidencia legal y económica coincidan. En el caso más problemático que es el de los impuestos de consumo (IVA y Especiales) las cantidades han sido aproximadas a partir de cuotas de consumo interior y de recaudaciones autonómicas basadas en datos de la Agencia Estatal de la Administración Tributaria y se supone que se mantienen constantes en todos los años analizados. Finalmente, el Fondo de Suficiencia se estima residualmente en cada CCAA.

3.2.2. Métodos de predicción económica y aplicación práctica

Asimismo, se pueden elaborar proyecciones dinámicas, para estimar los efectos del nuevo modelo de financiación general, tomando como base las previsiones del Proyecto de PGE para 2003 y la Actualización del Programa de Estabilidad del Reino de España (2001-2005) en cuanto a las magnitudes económicas relevantes, así como el comportamiento de la “*cesta de tributos*” y los ITE. Dichas estimaciones son complementadas mediante la aplicación de diversos métodos de predicción económica.

¹⁶¹ La literatura empírica de recaudación impositiva territorializada de las CCAA es relativamente abundante (Argimon, González-Páramo y Salas, 1987; Avellaneda, 1998; Gómez Sala y Sánchez Maldonado, 1996a y b y 1999 y Barberan et al., 2000).

De acuerdo con el Escenario central oficial, se contempla entonces un marco económico de mayor desaceleración económica en el año 2002 y de recuperación posterior, con una reforma del IRPF aprobada por el Gobierno Central y sometida al trámite parlamentario que afecta al ejercicio de 2003 y una subida de los tipos impositivos en los Impuestos Especiales sobre Labores del Tabaco (de 3,00 euros/1.000 cigarrillos a 3,91 euros/1.000 cigarrillos) y sobre Alcoholes y bebidas derivadas (de un 8%). En concreto, los resultados presupuestarios son de un déficit del 0,1% del PIB en 2001 mediante un ajuste en el gasto público, si bien lo más destacado es que en la Actualización del Programa de Estabilidad del Reino de España (2001-2005) se traza una senda de objetivos presupuestarios centrada en el equilibrio o superávit presupuestario a lo largo del período 2002-2005. Así, se prevé que los ingresos públicos crezcan a un ritmo anual medio similar al PIB nominal, dando lugar a que su participación en este agregado se reduzca ligeramente (del 39,3% en el año 2001 al 39,2% en 2005) e incluyendo esta evolución reformas adicionales de la imposición directa¹⁶². Por otro lado, en los próximos años se pretende mantener el rigor en la expansión de los gastos públicos que ha caracterizado a la ejecución presupuestaria reciente en base a la entrada en vigor de la LGEP. No obstante, la desaceleración esperada del crecimiento nominal del PIB durante el período proyectado lo aproximaría al estimado para el gasto público haciendo que su peso en el PIB se estabilizase con una ligera tendencia a la baja en el período 2002-2005 en el 39%, muy por debajo del 45% que alcanzaba a mediados de la década pasada. Con dichas hipótesis, tras los déficit de 2000 y 2001, el saldo presupuestario se equilibraría en los años 2002 y 2003, pudiéndose obtener en los años 2004 y 2005 un superávit del 0,1% y 0,2% del PIB, respectivamente, y continuar con el proceso de reducción de la ratio deuda pública/PIB iniciado en 1997 (Cuadro 5.5).

CUADRO 5.5. INGRESOS Y GASTOS PUBLICOS (CONTAB. NACIONAL SEC-95. TASAS VARIACION ANUAL)

Concepto	2000 (P)	2001 (F)	2002 (F)	2003 (F)	2004 (F)	2005 (F)	MEDIA 00-05
Ingresos públicos	7,10	6,50	5,40	5,00	5,30	5,50	5,80
Ingresos tributarios	9,40	6,20	5,30	4,80	5,30	5,90	6,15
Gastos públicos	5,20	5,60	5,50	4,90	5,20	5,00	5,23
Gastos corrientes	6,10	5,20	5,10	4,50	4,70	4,70	5,05
Gastos de capital	-1,10	9,00	7,80	7,30	8,60	7,20	6,46
Gastos Formación Bruta de Capital	1,80	10,00	9,00	8,20	10,00	8,00	7,83
PIB (Escenario elevado)	4,20	2,70	2,90	3,2	3,20	3,20	3,26
Deflactor PIB	3,50	4,20	2,90	2,40	2,40	2,40	2,88
PIB a precios mercado (Escenario.elevado)	7,80	6,90	5,80	5,60	5,60	5,60	6,18
PIB (Escenario central)	4,20	2,70	2,40	3,00	3,00	3,00	3,08
Deflactor PIB	3,50	4,20	2,80	2,40	2,40	2,40	2,46
PIB a precio mercado (Escenario central)	7,80	6,90	5,20	5,40	5,40	5,40	5,98
PIB (Escenario reducido)	4,20	2,70	1,80	2,60	2,60	2,60	2,78
Deflactor PIB	3,50	4,20	2,70	2,30	2,30	2,30	2,80
PIB a precios mercado (Escenario reducido)	7,80	6,90	4,50	4,90	4,90	4,90	5,61

Nota: (P) Provisional y (F) Previsión.

FUENTE: IGAE, PGE 2003 y Actualización del Programa de Estabilidad del Reino de España 2001-2005, Mº Economía.

¹⁶² Tales como la nueva reforma del IRPF en el 2003, cuyo coste se estima aproximadamente en tres décimas del PIB. Es decir, algo menos de dos décimas del PIB en 2003 y en una décima en el 2004.

Igualmente, se considera para todos los cálculos una de las principales novedades del modelo como es la introducción del Impuesto sobre las Ventas Minoristas de determinados Hidrocarburos en el año 2002, según el Acuerdo del CPFF de 22 de Noviembre de 2001, minorándose del Fondo de Suficiencia a partir de ese mismo año. La creación de dicho impuesto está respaldada por la Directiva 92/12 de la Unión Europea, de 25 de Febrero de 1992, que dispone que los productos objeto de los Impuestos Especiales podrán estar gravados por otros Impuestos Indirectos de finalidad específica¹⁶³. Precisar que tanto este gravamen como el Impuesto sobre la Electricidad no se han considerado al efectuar las correspondientes predicciones, dado que son impuestos de reciente creación (2002 y 1998 respectivamente) por lo que no se disponía de datos suficientes para elaborar una serie temporal amplia y poder así realizar predicciones sobre sus rendimientos. Asimismo, se considera 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 indirectos¹⁶⁴.

En cuanto a la *metodología* utilizada para realizar las predicciones de recaudación de los diferentes impuestos es necesario señalar que se ha optado por el análisis de series temporales para cada CCAA por el que sólo se utiliza el pasado de la propia variable para formular las predicciones frente a la opción de estimadores bayesianos con datos de panel utilizada en Marcet (1991) y Esteller, Navas y Sorribas (2002). El motivo principal por el cual se ha optado por dicha metodología es la disposición para la mayoría de impuestos considerados de un suficiente número de observaciones además de proporcionar predicciones fiables a corto plazo¹⁶⁵ siendo esto lo que precisamente se necesita para el ejercicio empírico.

A continuación se explica la metodología efectuada para llevar a cabo las predicciones de recaudación de los diferentes impuestos. En primer lugar, es necesario señalar que se trabaja con Series Temporales unidimensionales. Por Serie Temporal se entiende la sucesión de valores que toma una variable unidimensional en momentos sucesivos e igualmente espaciados en el tiempo. Existen diversas metodologías que pueden ser utilizadas en el estudio de Series Temporales. Nos centraremos así en los *Métodos clásicos o no paramétricos*. Para obtener las correspondientes predicciones económicas existen distintas técnicas¹⁶⁶:

¹⁶³ En Junio de 2002 la Comunidad de Madrid ha sido la primera en anunciar que implanta ese mismo año la parte de capacidad normativa de la que dispone para mejorar la asistencia sanitaria de la región, lo que se se enmarca en el Plan de Calidad Integral de los servicios sanitarios. Lógicamente el incremento en recaudación por capacidad normativa en este impuesto se lo queda Madrid y no afecta al resto de elementos del modelo.

¹⁶⁴ Siendo lo más probable que se produzcan subidas en los próximos años en algunos impuestos especiales a fin de ir armonizándoles paulatinamente con los existentes en media en la UE.

¹⁶⁵ La certidumbre será más difícil cuanto peor sea el ajuste econométrico de la ecuación de cada impuesto.

¹⁶⁶ Vid. a este respecto, entre otros, Peña (1989), Pulido (1989) y Pena et al. (1999).

- *Modelos econométricos*: En ellos se busca la relación entre variables siendo una predicción condicionada a variables exógenas. No obstante, tiene limitaciones ya que precisa de mucha información y exige establecer relaciones entre las variables de forma adecuada.

- *Análisis de series temporales*: Su aplicación supone emplear la información que proporciona cada serie aislada. La ventaja de este tipo de predicción es que la información precisada sería muy pequeña. Es decir, sólo una serie larga en cuanto a número de observaciones (se necesitan las suficientes para observar el ciclo económico y sus distintas evoluciones) pero tiene el inconveniente de ser una predicción que, en general, sólo da resultados aceptables a corto plazo. En este caso, se opta por desarrollar este tipo de predicciones económicas dada la información disponible y la bondad de los resultados obtenidos. A continuación, se enumeran algunas de las técnicas que podrían utilizarse:

1. *Técnicas de alisado para su aplicación a series temporales*:

a) *Métodos ingenuos y alisado exponencial simple*: Sólo son directamente utilizables en series sin tendencia y sin estacionalidad siendo posible, sin embargo, aplicar estas técnicas a cualquier serie eliminando previamente la tendencia y desestacionalizándola.

b) *Alisado exponencial doble o de Brown y alisado exponencial de Holt-Winters con dos parámetros*: Empleados en series con tendencia pero no con estacionalidad.

c) *Alisado exponencial Holt-Winters con tres parámetros*: Puede utilizarse cuando se trabaja con series temporales con tendencia y estacionalidad.

En este caso, dadas las características de las variables fiscales consideradas, se trabaja con *Series con tendencia y sin estacionalidad* en dónde para las series con una tendencia aproximadamente lineal la fórmula de predicción utilizada es la siguiente:

$$\hat{Y}_{t+h} = a_t + b_t h$$

donde:

\hat{Y}_{t+h} : Predicción de la variable dependiente Y para el momento temporal $t + h$

Para determinar formalmente los parámetros a y b existen diferentes técnicas haciendo mínima la suma de cuadrados de residuos ponderados tales como:

a) *Alisado exponencial doble o de Brown*¹⁶⁷: Determina los parámetros en función de una media móvil (M_t^α) y una doble media móvil ($M_t^{\alpha\alpha}$) tal que:

$$a_t = M_t^\alpha + (M_t^\alpha - M_t^{\alpha\alpha})$$

$$b_t = \frac{\alpha}{1-\alpha} (M_t^\alpha - M_t^{\alpha\alpha})$$

¹⁶⁷ A partir de la minimización de la suma de cuadrados de residuos ponderándolos de forma decreciente.

b) *Alisado exponencial de Holt Winters de doble parámetro*: Varía en la forma de obtener estos parámetros ya que incluye dos parámetros de suavizado y se aplica con series con tendencia aproximadamente lineal utilizando una función de previsión localmente lineal:

$$a_t = M_t$$

$$b_t = \beta(M_t^\alpha - M_t^{\alpha\alpha}) + (1 - \beta)b_{t-1}$$

2. Ajuste mediante funciones matemáticas

Es aplicable a series con tendencia marcada y sin estacionalidad. La tendencia de una serie representa un cambio a largo plazo en el nivel medio de la serie y su estructura base es:

$$y_t = T_t + u_t$$

donde:

T_t : Componente tendencial

u_t : Componente aleatorio (supondremos que es un proceso de ruido blanco)

La tendencia puede aproximarse así de diferentes formas. Nos centraremos en aquellas desarrolladas dentro del marco no paramétrico, es decir, en las tendencias deterministas. Por tanto, el análisis de una serie temporal con un componente tendencial depende de cuál sea el objeto perseguido, es decir, medir la propia tendencia y predecir o bien eliminar la tendencia con objeto de analizar otro tipo de movimientos de la serie. En este caso, al centrarse en el primero de los análisis, puede decirse que existe una gran variedad de especificaciones para una función de tendencia. Es por ello que pueden destacarse, de entre las aplicadas para datos anuales y predicciones a medio-largo plazo, las siguientes:

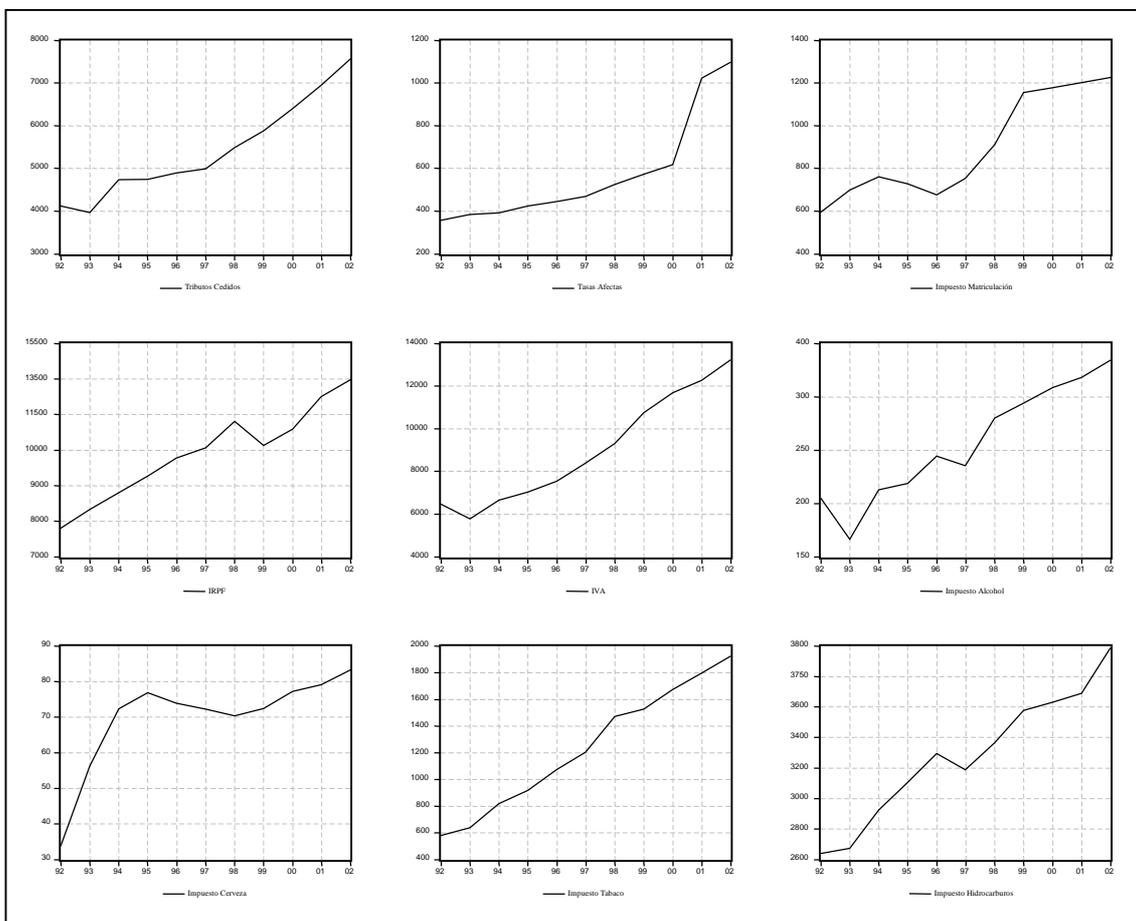
- a) *Tendencia Lineal*: $y_t = a + bt$
- b) *Tendencia Cuadrática*: $y_t = a + bt + ct^2$, donde: c : Parámetro de Nivel o Pendiente (Tendencia) entendida como cambio en el nivel medio por unidad de tiempo
- c) *Tendencia Potencial*: $y_t = at^b$
- d) *Tendencia Exponencial*: $y_t = e^{a+bt}$
- e) *Modelo de Tendencia mixto*: $y_t = a + bt + cy_{t-1}$

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:

- Tributos Cedidos.
- Tasas afectas a los servicios transferidos.
- Impuesto de Matriculación.
- Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF).
- Impuesto sobre el Valor Añadido (IVA).
- Impuesto Especial sobre el Alcohol y Productos Intermedios.
- Impuesto Especial sobre la Cerveza.
- Impuesto Especial sobre el Tabaco.
- Impuesto Especial sobre Hidrocarburos.

Del estudio del ajuste de cada una de las series referidas a la evolución temporal de estos impuestos a las funciones estadísticas anteriormente descritas (Gráfico 5.1 y Cuadros 5.6-5.14), se señalan a continuación los resultados más significativos del ejercicio realizado en dónde se muestra en cada uno de los cuadros y en un trazo más oscuro la mejor predicción obtenida mediante el ajuste de los diferentes modelos empleados.

GRAFICO 5.1. EVOLUCION DE LAS PRINCIPALES MAGNITUDES FISCALES EN EL PERIODO 1992-2002 (IMPUESTOS CEDIDOS Y PARTICIPADOS). En millones de euros corrientes



FUENTE: Elaboración propia.

CUADRO 5.6. RESULTADOS DEL AJUSTE DE LAS SERIES TEMPORALES UTILIZANDO DISTINTAS FUNCIONES PARAMETRICAS: TRIBUTOS CEDIDOS

Concepto	Lineal	Cuadrática	Potencial	Exponencial	Mixto
Significación individual de las variables explicativas	Sí	No	Sí	Sí	No
Significación global del modelo	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
R ²	0,9363	0,9805	0,8018	0,9577	0,9589
R ² corregido	0,9293	0,9756	0,7798	0,9530	0,9472
Error estándar de la regresión	51104,96	29978,33	0,09	0,04	43093,22
Suma de los errores al cuadrado	2,35E+10	7,19E+09	0,08	0,02	1,30E+10
Evaluación de la capacidad predictiva					
Raíz del error cuadrático medio (ROOT MEAN SQUARED ERROR)	46226,17	25565,60	82195,32	34842,21	37592,95
Error absoluto medio (MEAN ABSOLUTE ERROR)	39936,55	18138,76	68889,96	30117,17	31143,04
Error absoluto medio del porcentaje de error	4,55	2,29	7,56	3,48	3,59
Concepto	Alisado Exponencial de Brown	Alisado doble parámetro de Holt-Winters			
Suma de los errores al cuadrado	2,28E+10	2,13E+10			
Raíz del error cuadrático medio (ROOT MEAN SQUARED ERROR)	45479,17	43983,12			

FUENTE: Elaboración propia.

CUADRO 5.7. RESULTADOS DEL AJUSTE DE LAS SERIES TEMPORALES UTILIZANDO DISTINTAS FUNCIONES PARAMETRICAS: TASAS AFECTAS

Concepto	Lineal	Cuadrática	Potencial	Exponencial	Mixto
Significación individual de las variables explicativas	Sí	No	Sí	Sí	No
Significación global del modelo	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
R ²	0,7532	0,9274	0,5185	0,8617	0,8607
R ² corregido	0,7258	0,9093	0,4650	0,8463	0,8209
Error estándar de la regresión	133,02	76,49	185,81	0,15	108,76
Suma de los errores al cuadrado	159256,30	4816,05	310750,50	0,19	82796,70
Evaluación de la capacidad predictiva					
Raíz del error cuadrático medio (ROOT MEAN SQUARED ERROR)	120,32	65,24	168,07	101,25	93,86
Error absoluto medio (MEAN ABSOLUTE ERROR)	106,12	49,75	146,44	77,48	79,02
Error absoluto medio del porcentaje de error	18,36	8,90	25,33	11,73	14,38
Concepto	Alisado Exponencial de Brown	Alisado doble parámetro de Holt-Winters			
Suma de los errores al cuadrado	134454,50	125541,30			
Raíz del error cuadrático medio (ROOT MEAN SQUARED ERROR)	110,56	106,83			

FUENTE: Elaboración propia.

CUADRO 5.8. RESULTADOS DEL AJUSTE DE LAS SERIES TEMPORALES UTILIZANDO DISTINTAS FUNCIONES PARAMETRICAS: IMPUESTO SOBRE MEDIOS DE TRANSPORTE

Concepto	Lineal	Cuadrática	Potencial	Exponencial	Mixto
Significación individual de las variables explicativas	Sí	No	Sí	Sí	No
Significación global del modelo	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
R ²	0,8623	0,8884	0,7330	0,8699	0,8893
R ² corregido	0,8471	0,8606	0,7034	0,8555	0,8576
Error estándar de la regresión	15874,07	15156,73	0,14	0,10	14709,70
Suma de los errores al cuadrado	2,27E+09	1,84E+09	0,19	0,09	1,51E+09
Evaluación de la capacidad predictiva					
Raíz del error cuadrático medio (ROOT MEAN SQUARED ERROR)	14358,63	12925,70	19444,15	13318,69	14207,67
Error absoluto medio (MEAN ABSOLUTE ERROR)	12255,66	10576,69	17239,26	10873,73	12199,33
Error absoluto medio del porcentaje de error	9,02	7,32	11,95	7,53	8,68
Concepto	Alisado Exponencial de Brown	Alisado doble parámetro de Holt-Winters			
Suma de los errores al cuadrado	3,08E+09	2,24E+09			
Raíz del error cuadrático medio (ROOT MEAN SQUARED ERROR)	16741,84	14262,24			

FUENTE: Elaboración propia.

CUADRO 5.9. RESULTADOS DEL AJUSTE DE LAS SERIES TEMPORALES UTILIZANDO DISTINTAS FUNCIONES PARAMETRICAS: CUOTA LIQUIDA DEL IRPF

Concepto	Lineal	Cuadrática	Potencial	Exponencial	Mixto
Significación individual de las variables explicativas	Si	No	Si	Si	No
Significación global del modelo	Si	Si	Si	Si	Si
R ²	0,9428	0,9454	0,9262	0,9388	0,9256
R ² corregido	0,9364	0,9318	0,9180	0,9319	0,9044
Error estándar de la regresión	54266,29	56203,32	0,04	0,03	59006,09
Suma de los errores al cuadrado	2,65E+10	2,53E+10	0,01	0,01	2,44E+10
Evaluación de la capacidad predictiva					
Raíz del error cuadrático medio (ROOT MEAN SQUARED ERROR)	49085,71	47930,35	59504,09	52398,11	49355,71
Error absoluto medio (MEAN ABSOLUTE ERROR)	38855,91	35804,51	51633,66	41413,28	39027,39
Error absoluto medio del porcentaje de error	2,32	2,08	3,05	2,53	2,27
Concepto	Alisado Exponencial de Brown	Alisado doble parámetro de Holt-Winters			
Suma de los errores al cuadrado	4,23E+10	3,98E+10			
Raíz del error cuadrático medio (ROOT MEAN SQUARED ERROR)	62027,54	60128,13			

FUENTE: Elaboración propia.

CUADRO 5.10. RESULTADOS DEL AJUSTE DE LAS SERIES TEMPORALES UTILIZANDO DISTINTAS FUNCIONES PARAMETRICAS: IMPUESTO SOBRE EL VALOR AÑADIDO

Concepto	Lineal	Cuadrática	Potencial	Exponencial	Mixto
Significación individual de las variables explicativas	Si	No	Si	Si	No
Significación global del modelo	Si	Si	Si	Si	Si
R ²	0,9517	0,9827	0,7873	0,9632	0,9909
R ² corregido	0,9463	0,9784	0,7637	0,9591	0,9883
Error estándar de la regresión	100162,20	63472,08	0,14	0,06	46463,54
Suma de los errores al cuadrado	9,03E+10	3,22E+10	0,17	0,03	1,51E+10
Evaluación de la capacidad predictiva					
Raíz del error cuadrático medio (ROOT MEAN SQUARED ERROR)	90600,12	54129,17	175457,00	62965,42	39292,44
Error absoluto medio (MEAN ABSOLUTE ERROR)	73877,35	44126,24	163280,90	52104,12	33345,51
Error absoluto medio del porcentaje de error	5,53	3,19	11,39	3,98	2,39
Concepto	Alisado Exponencial de Brown	Alisado doble parámetro de Holt-Winters			
Suma de los errores al cuadrado	8,43E+10	7,88E+10			
Raíz del error cuadrático medio (ROOT MEAN SQUARED ERROR)	87519,99	84641,98			

FUENTE: Elaboración propia.

CUADRO 5.11. RESULTADOS DEL AJUSTE DE LAS SERIES TEMPORALES UTILIZANDO DISTINTAS FUNCIONES PARAMETRICAS: IMPUESTO SOBRE EL ALCOHOL Y PRODUCTOS INTERMEDIOS

Concepto	Lineal	Cuadrática	Potencial	Exponencial	Mixto
Significación individual de las variables explicativas	Si	No	Si	Si	Si
Significación global del modelo	Si	Si	Si	Si	Si
R ²	0,9289	0,9329	0,7699	0,8999	0,9816
R ² corregido	0,9210	0,9162	0,7444	0,8888	0,9763
Error estándar de la regresión	2527,11	2603,45	0,11	0,07	1382,59
Suma de los errores al cuadrado	57476592,00	54223597,00	0,11	0,05	13380874,00
Evaluación de la capacidad predictiva					
Raíz del error cuadrático medio (ROOT MEAN SQUARED ERROR)	2285,58	2220,23	3585,75	2249,68	1180,81
Error absoluto medio (MEAN ABSOLUTE ERROR)	1655,51	1778,66	3127,25	1862,10	911,26
Error absoluto medio del porcentaje de error	4,67	4,86	8,09	5,01	2,13
Concepto	Alisado Exponencial de Brown	Alisado doble parámetro de Holt-Winters			
Suma de los errores al cuadrado	99176365,00	1,38E+08			
Raíz del error cuadrático medio (ROOT MEAN SQUARED ERROR)	3002,67	3542,83			

FUENTE: Elaboración propia.

CUADRO 5.12. RESULTADOS DEL AJUSTE DE LAS SERIES TEMPORALES UTILIZANDO DISTINTAS FUNCIONES PARAMETRICAS: IMPUESTO SOBRE LA CERVEZA

Concepto	Lineal	Cuadrática	Potencial	Exponencial	Mixto
Significación individual de las variables explicativas	Si	No	Si	Si	No
Significación global del modelo	Si	Si	Si	Si	Si
R ²	0,5595	0,7122	0,7500	0,4949	0,7906
R ² corregido	0,5106	0,6402	0,7222	0,4388	0,7308
Error estándar de la regresión	1597,18	1369,39	0,13	0,19	617,71
Suma de los errores al cuadrado	22959035,00	15001828,00	0,16	0,32	2670970,00
Evaluación de la capacidad predictiva					
Raíz del error cuadrático medio (ROOT MEAN SQUARED ERROR)	1444,71	1167,82	1207,53	1564,08	597,06
Error absoluto medio (MEAN ABSOLUTE ERROR)	1047,58	980,65	1026,61	1235,32	492,30
Error absoluto medio del porcentaje de error	11,48	9,73	9,71	12,61	4,06
Concepto	Alisado Exponencial de Brown	Alisado doble parámetro de Holt-Winters			
Suma de los errores al cuadrado	26442497,00	13481691,00			
Raíz del error cuadrático medio (ROOT MEAN SQUARED ERROR)	1550,44	1107,07			

FUENTE: Elaboración propia.

CUADRO 5.13. RESULTADOS DEL AJUSTE DE LAS SERIES TEMPORALES UTILIZANDO DISTINTAS FUNCIONES PARAMETRICAS: IMPUESTO SOBRE LAS LABORES DEL TABACO

Concepto	Lineal	Cuadrática	Potencial	Exponencial	Mixto
Significación individual de las variables explicativas	Si	No	Si	Si	No
Significación global del modelo	Si	Si	Si	Si	Si
R ²	0,9928	0,9928	0,9511	0,9708	0,9932
R ² corregido	0,9921	0,9910	0,9457	0,9676	0,9912
Error estándar de la regresión	6960,36	7382,53	0,09	0,07	6836,44
Suma de los errores al cuadrado	4,36E+08	4,36E+08	0,08	0,05	3,27E+08
Evaluación de la capacidad predictiva					
Raíz del error cuadrático medio (ROOT MEAN SQUARED ERROR)	6295,89	6295,84	14494,77	15796,31	5778,59
Error absoluto medio (MEAN ABSOLUTE ERROR)	4805,61	4804,66	13723,78	12077,32	4016,28
Error absoluto medio del porcentaje de error	2,91	2,92	7,71	5,82	1,89
Concepto	Alisado Exponencial de Brown	Alisado doble parámetro de Holt-Winters			
Suma de los errores al cuadrado	7,18E+08	7,99E+08			
Raíz del error cuadrático medio (ROOT MEAN SQUARED ERROR)	8081,22	8521,03			

FUENTE: Elaboración propia.

CUADRO 5.14. RESULTADOS DEL AJUSTE DE LAS SERIES TEMPORALES UTILIZANDO DISTINTAS FUNCIONES PARAMETRICAS: IMPUESTO SOBRE HIDROCARBUROS

Concepto	Lineal	Cuadrática	Potencial	Exponencial	Mixto
Significación individual de las variables explicativas	Si	No	Si	Si	No
Significación global del modelo	Si	Si	Si	Si	Si
R ²	0,9649	0,9655	0,9169	0,9583	0,9539
R ² corregido	0,9611	0,9569	0,9077	0,9536	0,9407
Error estándar de la regresión	14042,28	14770,47	0,04	0,03	15854,57
Suma de los errores al cuadrado	1,77E+09	1,75E+09	0,01	0,01	1,76E+09
Evaluación de la capacidad predictiva					
Raíz del error cuadrático medio (ROOT MEAN SQUARED ERROR)	12701,72	12596,30	19562,96	13636,22	13338,94
Error absoluto medio (MEAN ABSOLUTE ERROR)	10939,03	11008,53	15362,04	11340,85	11901,20
Error absoluto medio del porcentaje de error	2,01	2,02	2,89	2,13	2,18
Concepto	Alisado Exponencial de Brown	Alisado doble parámetro de Holt-Winters			
Suma de los errores al cuadrado	2,37E+09	2,66E+09			
Raíz del error cuadrático medio (ROOT MEAN SQUARED ERROR)	14674,54	15543,29			

FUENTE: Elaboración propia.

CUADRO 5.15. ESCENARIO FINANCIERO REAL (1992-1999) Y BASE PARA EL PERIODO 2000-2005 (millones de euros corrientes)

Concepto	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000 (P)	2001 (P)	2002 (P)	2003 (F)	2004 (F)	2005 (F)
Clásicos tributos cedidos y tasas (a)	4475,89	4341,46	5128,06	5166,56	5335,08	5467,19	6014,74	6454,54	7012,36	8023,67	8947,44	9696,95	10295,82	10938,06
33% Cuota líquida IRPF (b)	7805,59	8329,84	8796,45	9270,35	9780,64	10060,91	10819,66	10090,99	11418,69	12651,89	13613,49	15005,08	15905,12	16859,55
35% IVA	6445,47	5785,34	6662,57	7038,89	7557,90	8389,93	9312,82	10755,70	11686,19	12135,39	12656,39	13713,31	14425,99	15330,47
40% Alcohol-p.intermedios	204,56	166,50	212,79	218,74	244,26	235,44	280,09	293,89	309,19	318,00	351,56	375,44	393,33	411,17
40% Cerveza	33,85	56,34	72,31	76,87	73,94	72,17	70,37	72,39	76,69	79,19	85,79	90,12	94,41	96,49
40% Tabaco	579,01	636,59	819,62	917,53	1076,19	1205,78	1471,87	1524,59	1674,49	1790,89	1945,79	2104,48	2246,94	2389,41
40% Hidrocarburos	2638,52	2671,81	2922,36	3104,78	3293,79	3188,05	3365,81	3576,59	3630,99	3697,59	3782,59	3919,80	4042,78	4165,78
100% I.s/ medios transporte	595,55	697,49	760,98	727,40	676,50	753,26	910,58	1156,19	1179,19	1203,59	1210,00	1351,87	1458,12	1572,73
I.ventas minoristas hidrocarburos	0	0	0	0	0	0	0	620,79	0	0	754,09	816,69	884,47	957,89
100% Electricidad	0	0	0	0	0	0	505,27	598,4458	648,91	657,97	685,09	721,20	735,90	750,90
ITE regional medio	18302,55	18343,91	20247,09	21354,59	22703,23	23905,55	26736,49	28689,64	30624,41	32534,57	35084,86	38097,99	40187,09	42534,41
67% Cuota líquida IRPF (b)	15847,73	16912,09	17859,46	18821,61	19857,67	20426,69	21967,18	20487,79	23183,39	25687,29	27639,49	26675,71	28275,77	29972,54
65% IVA	11970,15	10744,20	12373,35	13072,24	14036,10	15581,29	17295,24	19974,79	21702,99	22537,29	23504,69	25467,58	26791,13	28470,88
60% Alcohol-p.intermedios	306,84	249,69	325,60	328,29	366,39	353,17	420,15	440,89	463,79	477,09	527,34	563,16	590,01	616,76
60% Cerveza	50,78	84,51	108,46	115,31	110,91	108,25	105,56	108,59	115,00	118,89	128,59	135,18	141,62	144,73
60% Tabaco	868,50	954,88	1229,43	1376,30	1614,28	1808,67	2207,81	2286,89	2511,69	2686,29	2918,59	3156,72	3370,41	3584,12
60% Hidrocarburos	3957,78	4007,71	4383,54	4657,17	4940,68	4782,29	5048,71	5364,89	5446,49	5546,49	5673,79	5879,70	6064,17	6248,67
ITE nacional	33001,78	32953,10	36279,85	38370,94	40926,05	43060,38	47044,66	48663,89	53423,39	57053,39	60392,54	61878,05	65233,12	69037,71
PIB precios mercado	325881,25	336169,15	357453,43	399261,59	436586,98	450295,98	478233,68	565199,00	609318,99	651640,99	688784,49	728733,99	768814,40	811099,20

Notas:

(P) Provisional y (F) Previsión propia.

(a) La tasa sobre el juego se cede en 2002 a las CCAA de Cantabria y Madrid y el Impuesto sobre el Patrimonio se cede en ese mismo año a Madrid de ahí que se consideren también ambos para dichas regiones.

(b) Los efectos de la Reforma del IRPF a partir del año 2003 sobre la financiación autonómica se simulan dinámicamente teniendo en cuenta que a partir de ese año las regiones percibirán aproximadamente un 36% de la Cuota Líquida y el Estado se quedará con el 64%.

FUENTE: Elaboración propia a partir de Agencia Estatal de la Administración Tributaria, BADESPE, Contabilidad Nacional de España, Presupuestos Generales del Estado (incluido 2003), M° de Hacienda, Actualización del Programa de Estabilidad del Reino de España 2001-2005, M° de Economía.

CUADRO 5.16. ESCENARIO FINANCIERO BASE PARA EL PERIODO 1999-2005 (índices acumulados)

Concepto	1999	2000 (P)	2001 (P)	2002 (P)	2003 (F)	2004 (F)	2005 (F)
Clásicos tributos cedidos y tasas (a)	1,0000	1,086	1,2431	1,3863	1,5023	1,5951	1,6946
33% Cuota líquida IRPF (b)	1,0000	1,1316	1,2538	1,3491	1,4869	1,5761	1,6707
35% IVA	1,0000	1,0865	1,1282	1,1767	1,2749	1,3412	1,4253
40% Alcohol-p.intermedios	1,0000	1,0520	1,0820	1,1962	1,2774	1,3383	1,3990
40% Cerveza	1,0000	1,0594	1,0939	1,1851	1,2447	1,3041	1,3327
40% Tabaco	1,0000	1,0983	1,1746	1,2762	1,3803	1,4738	1,5672
40% Hidrocarburos	1,0000	1,0152	1,0338	1,0576	1,0959	1,1303	1,1647
100% I.s/ medios transporte	1,0000	1,0198	1,0409	1,0465	1,1692	1,2611	1,3602
I.ventas minoristas hidrocarburos	1,0000	0	0	1,2147	1,3155	1,4247	1,5429
100% Electricidad	1,0000	1,0843	1,0994	1,1448	1,2051	1,2297	1,2547
ITE regional medio	1,0000	1,0674	1,1340	1,2229	1,3279	1,4007	1,4826
67% Cuota líquida IRPF (b)	1,0000	1,1316	1,2538	1,3491	1,3020	1,3801	1,4629
65% IVA	1,0000	1,0865	1,1283	1,1767	1,2749	1,3412	1,4253
60% Alcohol-p.intermedios	1,0000	1,0519	1,0821	1,1960	1,2773	1,3382	1,3988
60% Cerveza	1,0000	1,0589	1,0948	1,1841	1,2447	1,3041	1,3327
60% Tabaco	1,0000	1,0983	1,1746	1,2762	1,3803	1,4738	1,5672
60% Hidrocarburos	1,0000	1,0152	1,0338	1,0576	1,0959	1,1303	1,1647
ITE nacional	1,0000	1,0978	1,1724	1,2410	1,2715	1,3405	1,4186
PIB precios mercado	1,0000	1,0781	1,1529	1,2186	1,2893	1,3602	1,4351

Notas: (P) Provisional y (F) Previsión propia.

(a) La tasa sobre el juego se cede en 2002 a las CCAA de Cantabria y Madrid y el Impuesto sobre el Patrimonio se cede en ese mismo año a Madrid de ahí que en la Tabla se consideren también ambos para dichas regiones.

(b) Los efectos de la Reforma del IRPF a partir del año 2003 sobre la financiación autonómica se simulan teniendo en cuenta que a partir de ese año las regiones percibirán aproximadamente un 36% de la Cuota Líquida y el Estado se quedará con el 64%.

FUENTE: Elaboración propia a partir de Agencia Estatal de la Administración Tributaria, BADESPE, Contabilidad Nacional de España, Presupuestos Generales del Estado (incluido 2003), Mº de Hacienda, Actualización del Programa de Estabilidad del Reino de España 2001-2005, Mº de Economía.

Un resumen de estas predicciones de recaudación impositiva¹⁶⁸ se muestra en los Cuadros 5.15 y 5.16. Conviene destacar que el ITE nacional con 48.663,89 millones de euros en 1999 y 69.037,71 millones de euros en 2005 (índice de evolución de 1,4186) tendría un peor comportamiento en 1999-2005 que el ITE regional medio (índice de evolución de 1,4826) y que el PIB (índice de evolución de 1,4351). Resulta también relevante, dentro del ITE regional medio, el comportamiento favorable por encima de la media tanto de la cesión del 33% del IRPF (36% a partir del año 2003¹⁶⁹), desde los 10.090,99 millones de euros en 1999 a los 16.859,55 millones de euros en 2005 (índice de evolución de 1,6707), como de la cesión del 40% del Impuesto sobre Labores del Tabaco desde los 1.524,59 millones de euros en 1999 a los 2.389,41 millones de euros en 2005 (índice de evolución de 1,5672) y del Impuesto sobre los carburantes desde los 620,79 millones de euros en 1999 a los 957,89 millones de euros en 2005 (índice de evolución de 1,5429).

¹⁶⁸ Lógicamente, existirán diferencias entre CCAA tanto en rendimiento como en su variabilidad temporal que podrían venir explicadas por la renta per cápita, estructura de bases imponibles y/o estructura productiva.

¹⁶⁹ También puede observarse como consecuencia de la reforma del IRPF en 2003 la disminución del importe del 67% de la Cuota líquida del IRPF en el ITE nacional al pasar a ser un 64% aproximadamente (27639,49 millones de euros en el año 2002 y 26675,71 millones de euros en 2003). No obstante, a partir del 2004 y 2005 es de esperar que acaben incrementándose (28275,77 millones de euros y 29972,54 millones de euros respectivamente).

3.3 Resultados dinámicos de la evolución de la financiación regional según el nuevo modelo y cambios respecto al sistema específico de la sanidad 1998-2001

De acuerdo con las características señaladas del nuevo 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 1997-2001 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, se pueden plantear las hipótesis de comportamiento de los ingresos fiscales en los próximos años (2002-2005). Es decir, la *suficiencia dinámica* del sistema, para cada uno de los distintos conceptos que conforman el nuevo modelo recientemente aprobado 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, la evolución diferenciada de los recursos generará diferentes grados de suficiencia financiera regionales por la propia composición de ingresos

3.3.1 Financiación autonómica general y sanitaria. Distribución estimada en 1999 (año base del nuevo modelo)

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. Es decir, la actualización conveniente al año 1999 para cada una de las CCAA de régimen común de las siguientes variables: la población de derecho, superficie, dispersión, insularidad, riqueza relativa, población protegida, población mayor de 65 años así como de la densidad poblacional. 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*” (Cuadro 5.17). Puede apreciarse así como éstos no coinciden con la cifra relativa de población siendo relevante en el caso de los *Clásicos tributos cedidos clásicos y tasas normativas* para Cataluña (dada su mayor importancia relativa en cuanto a la recaudación por IRPF e IVA y Especiales), la C.Valenciana (por su mayor recaudación por IVA y Especiales), Baleares (por su mayor recaudación por IRPF, Especiales y, sobre todo, por IVA) y Madrid (dadas las nuevas cesiones de las Tasas sobre el Juego y el Impuesto sobre el Patrimonio en 1999 además de IRPF, IVA y Especiales). Por contra, Galicia, Andalucía, Murcia, Castilla-La Mancha, Canarias, Extremadura y Castilla y León tendrían porcentajes de la “*cesta de impuestos*” inferiores a los que les corresponderían con el estricto reparto poblacional dada su menor riqueza.

CUADRO 5.17. CRITERIOS DE ASIGNACION DE IMPUESTOS DEL NUEVO SISTEMA DE FINANCIACION AUTONOMICA EN EL AÑO BASE 1999 (en porcentaje)

Concepto	Clásicos Tributos cedidos y tasas normativas.	IRPF 33%	IVA 35%	Impuestos Especiales	Porcentaje de Población de Derecho relativa por CCAA
Cataluña	18,61	23,38	19,50	19,79	16,58
Galicia	6,31	5,21	6,66	7,11	7,29
Andalucía	18,23	11,30	17,42	16,25	19,52
Asturias	3,30	2,71	3,16	3,65	2,90
Cantabria	1,20	1,34	1,44	1,84	1,41
La Rioja	0,64	0,77	0,72	0,70	0,71
Murcia	1,89	1,90	2,76	2,95	3,02
Comunidad Valenciana	10,24	9,44	11,27	11,19	10,86
Aragón	3,60	3,41	3,42	3,69	3,17
Castilla-La Mancha	3,77	2,54	3,61	4,66	4,61
Canarias	4,19	3,62	0,00	3,16	4,47
Extremadura	2,15	1,30	2,21	1,95	2,87
Baleares	2,20	2,46	5,57	2,98	2,20
Madrid	16,40	25,28	16,21	13,94	13,75
Castilla y León	7,26	5,34	6,07	6,14	6,65
CCAA art. 143 CE	42,42	47,05	45,15	42,50	41,27
CCAA art. 151 CE	57,18	52,95	54,85	57,50	58,73
TOTAL CCAA	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

FUENTE: Elaboración propia.

Con estas estimaciones, a continuación se pretende determinar la estructura del nuevo sistema en el año base dando cuenta de cómo se articularía el nuevo modelo de financiación autonómica en base a la asunción de las competencias en sanidad producida en Diciembre de 2001, aunque contabilizada en los diferentes Acuerdos de Traspaso en base a los valores del año 1999. Así, según los Cuadros 5.18-5.21, 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 el caso de la Sanidad dónde se elevan¹⁷⁰ claramente (509,88 millones de euros) y en los 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.

¹⁷⁰ Aproximadamente un 2,17% más que la restricción inicial dónde destacan los incrementos de La Rioja (23,37%), Baleares (16,80%), Cantabria (11,36%), Castilla-La Mancha (6,93%), Castilla y León (5,96%), Canarias (4,51%), Extremadura (3,20%), Galicia (2,78%), Aragón (2,54%) y Murcia (1,11%) respecto a la situación de partida. Por otro lado, la Comunidad Valenciana (0,21%), Asturias (0,10%) y Madrid (0,08%) aumentan en menor medida sus recursos mientras que Andalucía y Cataluña seguirían manteniendo las mismas cifras de partida. En resumen, si bien hasta siete regiones (Andalucía, Aragón, Asturias, Cantabria, Cataluña, Extremadura y Murcia) hubiesen perdido recursos por la aplicación de las variables de reparto, la garantía de mínimos (*statu quo*) y las cantidades finalmente negociadas en los traspasos como coste efectivo han hecho aumentar el incremento inicial.

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 ¹⁷¹ (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 Sanidad ¹⁷² (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:

a) *Competencias Comunes*: El nuevo sistema fija unos mínimos garantizados así como una serie de modulaciones de crecimientos máximos y excepciones para determinadas circunstancias además de recursos por homogeneizaciones. Los resultados estimados alteran así sustancialmente los cálculos previos e incrementan la Restricción inicial correspondiente en un 6,17%. Además, sitúan a Madrid (19,04%), Cantabria (16,77%), Baleares (11,65%), Asturias (9,38%) y Extremadura (9,29%) en mejores posiciones relativas, evitando las pérdidas financieras para Castilla y León.

b) *Competencias en Servicios Sociales*: En este bloque las estimaciones sobre las diferencias entre las Necesidades de financiación (calculadas en función de las variables de reparto y la garantía de mínimos) y la Restricción inicial hacen que el incremento en términos relativos sea significativo e igual al 8,30%. El crecimiento de dicha financiación es más importante en algunas regiones como la C.Valenciana (23,73%), Cataluña (16,95%), Andalucía (16,28%), Canarias (14,68%), Asturias (8,85%) y Madrid (5,05%).

c) *Competencias en Sanidad*: 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, Andalucía y Madrid no obtuvieron ganancias por esa vía.

¹⁷¹ Se ha homogeneizado la Restricción inicial y se incorporan al modelo las no aceptantes del anterior (Andalucía, Castilla-La Mancha y Extremadura). El aumento global de recursos estimado ascendería así a 2.284,05 millones de euros, lo que supone un crecimiento del 4,43% respecto a la Restricción inicial. Proporcionalmente obtienen más ganancias: Baleares (15,35%), Cantabria (14,71%), La Rioja (13,57%), Madrid (9,70%), Extremadura (6,71%), Castilla-La Mancha (6,21%), Canarias (5,27%) y Asturias (4,90%).

¹⁷² 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.

También se han realizado los cálculos correspondientes a las Necesidades Financieras de las CCAA, incluyendo la denominada *garantía de mínimos* 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. 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. Por tanto, el incremento financiero del proceso de transferencias sanitarias alcanzaría los 300,30 millones de euros, por la aplicación del principio de *garantía de mantenimiento del statu quo preexistente* en las negociaciones del traspaso a las CCAA del art. 143 de la Constitución (CE). Estas diferencias financieras resultarían significativas en Cantabria (68,81 millones de euros), Aragón (47,67 millones de euros), Asturias (39,78 millones de euros), La Rioja (36,59 millones de euros) y Extremadura (35,40 millones de euros).

CUADRO 5.18. ESTRUCTURA DEL NUEVO SISTEMA DE FINANCIACION AUTONOMICA (COMPETENCIAS COMUNES): RESTRICCIÓN INICIAL Y NECESIDADES DE FINANCIACION EN 1999 (millones de euros corrientes)

Concepto	Restricción inicial. Bloque general C.Comunes	Necesidad de Financiación. Bloque general C.Comunes	Diferencia respecto a Restricción inicial	Diferencia en %	Diferencia en %/diferencia total	% C.Comunes (en % total)	% C.Comunes (en % de cada CCAA)
Cataluña	4297,50	4535,42	237,92	5,54	92,75	8,43	52,34
Galicia	2346,33	2384,27	37,94	1,62	43,80	4,43	56,74
Andalucía	5590,06	5741,42	151,36	2,71	89,66	10,67	55,83
Asturias	778,81	851,89	73,08	9,38	96,05	1,58	52,27
Cantabria	421,15	491,79	70,64	16,77	60,67	0,91	54,17
La Rioja	238,33	245,58	7,26	3,04	13,18	0,46	53,29
Murcia	800,21	844,32	44,11	5,51	85,29	1,57	54,66
C. Valenciana	2690,02	2838,94	148,92	5,54	87,78	5,27	52,39
Aragón	1002,95	1046,06	43,11	4,30	67,43	1,94	55,03
Castilla-La Mancha	1419,17	1497,43	78,26	5,51	50,55	2,78	56,52
Canarias	1327,46	1400,83	73,37	5,53	59,54	2,60	56,90
Extremadura	963,21	1052,73	89,52	9,29	80,02	1,96	59,19
Baleares	502,23	560,72	58,49	11,65	40,02	1,04	51,04
Madrid	3146,81	3746,06	599,26	19,04	98,85	6,96	54,64
Castilla y León	2255,92	2255,92	0	0	0	4,19	56,93
CCAA art. 143 CE	11528,79	12592,51	1063,72	9,23	70,55	23,40	55,19
CCAA art. 151 CE	16251,37	16900,89	649,53	4,00	80,70	31,40	54,46
TOTAL CCAA	27780,16	29493,41	1713,25	6,17	75,01	54,80	54,80

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

CUADRO 5.19. ESTRUCTURA DEL NUEVO SISTEMA DE FINANCIACION AUTONOMICA (COMPETENCIAS EN SERVICIOS SOCIALES): RESTRICCIÓN INICIAL Y NECESIDADES DE FINANCIACION EN 1999
(millones de euros corrientes)

Concepto	Restricción inicial. Bloque general C.S.Sociales	Variables C.S.Sociales	Necesidades de Financiación. Bloque general C.S.Sociales	Diferencia respecto a Restricción inicial	Diferencia en %	Diferencia en %s/diferencia total	% C.S.Sociales (en % total)	% C.S.Sociales (en % de cada CCAA)
Cataluña	109,66	128,25	128,25	18,58	16,95	7,24	0,24	1,48
Galicia	65,76	65,18	65,76	0	0	0	0,12	1,56
Andalucía	107,19	124,64	124,64	17,45	16,28	10,34	0,23	1,21
Asturias	25,21	27,44	27,44	2,23	8,85	2,93	0,05	1,68
Cantabria	13,13	11,88	13,13	0	0	0	0,02	1,45
La Rioja	10,80	6,16	10,80	0	0	0	0,02	2,34
Murcia	19,75	19,47	19,75	0	0	0	0,04	1,28
C. Valenciana	64,58	79,91	79,91	15,33	23,73	9,03	0,15	1,47
Aragón	37,91	30,44	37,91	0	0	0	0,07	1,99
Castilla-La Mancha	47,35	40,89	47,35	0	0	0	0,09	1,79
Canarias	20,32	23,30	23,30	2,98	14,68	2,42	0,04	0,95
Extremadura	27,44	23,75	27,44	0	0	0	0,05	1,54
Baleares	16,13	14,81	16,13	0	0	0	0,03	1,47
Madrid	86,09	90,43	90,43	4,35	5,05	0,72	0,17	1,32
Castilla y León	82,46	65,33	82,46	0	0	0	0,15	2,08
CCAA art. 143 CE	366,28	330,47	372,86	6,58	1,79	0,44	0,69	1,63
CCAA art. 151 CE	367,52	421,28	421,87	54,35	14,79	6,75	0,78	1,36
TOTAL CCAA	733,80	751,76	794,73	60,93	8,30	2,67	1,48	1,48

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

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 otorgadas por el nuevo sistema mientras que Murcia (51,72 millones de euros), La Rioja (55,04 millones de euros) y Aragón (63,93 millones de euros) obtienen cantidades mucho menores.

CUADRO 5.20. ESTRUCTURA DEL NUEVO SISTEMA DE FINANCIACION AUTONOMICA (COMPETENCIAS EN SANIDAD): RESTRICCION INICIAL Y NECESIDADES DE FINANCIACION EN 1999 (millones de euros corrientes)

Concepto	Restricción inicial. Bloque Competencias en Sanidad	Reparto Variable Población protegida	Reparto Variable Población mayor 65	Reparto Variable Insularidad	Bloque Sanidad variables reparto	Necesidades Financiación. Competencias en Sanidad	Diferencias respecto a Restricción inicial	Diferencias en %	Diferencias en % s/dfcia total	Bloque Sanidad variables reparto	Acuerdos Traspaso sanitario Art. 143 CE	Diferencias reparto nuevo modelo y Traspasos	Criterios Sanidad nuevo (media=100)	Criterios Sanidad nuevo (en % total)	% Sanidad (% total)	% Sanidad (% cada CCAA)
Cataluña	4001,69	2964,68	937,64	0	3902,32	4001,69	0	0	0	0	0	0	99,59	16,92	7,43	46,18
Galicia	1703,44	1262,15	490,31	0	1752,46	1752,12	48,68	2,78	56,20	0	0	0	103,97	7,59	3,25	41,69
Andalucía	4418,07	3340,38	937,64	0	4278,02	4418,07	0	0	0	0	0	0	96,01	18,55	8,21	42,96
Asturias	749,83	504,40	206,42	0	710,82	750,60	0,77	0,10	1,02	710,82	750,60	39,78	105,42	3,11	1,39	46,05
Cantabria	357,07	244,71	89,35	0	334,06	402,86	45,80	11,36	39,33	334,06	402,86	68,81	102,10	1,46	0,75	44,38
La Rioja	156,63	121,46	46,37	0	167,83	204,41	47,79	23,37	86,82	167,83	204,41	36,59	102,82	0,73	0,38	44,36
Murcia	673,13	510,69	146,47	0	657,16	680,74	7,61	1,11	14,71	657,16	680,74	23,58	96,31	2,87	1,26	44,06
C. Valenciana	2494,97	1898,41	601,16	0	2499,57	2500,38	5,41	0,21	3,19	0	0	0	98,72	10,84	4,64	46,14
Aragón	796,03	540,15	229,04	0	769,19	816,85	20,82	2,54	32,57	769,19	816,85	47,67	106,33	3,36	1,52	42,97
C.La Mancha	1027,84	788,50	307,65	0	1096,15	1104,39	76,56	6,93	49,45	1096,15	1104,39	8,25	103,90	4,79	2,05	41,69
Canarias	990,96	772,85	175,32	89,18	1037,35	1037,84	46,88	4,51	38,04	0	0	0	100,67	4,50	1,93	42,15
Extremadura	676,00	484,25	178,70	0	662,95	698,35	22,35	3,20	19,98	662,95	698,35	35,40	102,47	2,90	1,29	39,26
Baleares	434,08	378,22	111,41	26,11	515,74	521,75	87,67	16,80	59,98	515,74	521,75	6,01	101,81	2,25	0,97	47,49
Madrid	3017,02	2318,37	680,33	0	2998,70	3019,63	2,61	0,08	0,43	2998,70	3019,63	20,93	96,75	13,09	5,61	44,04
Castilla y León	1527,11	1119,31	491,44	0	1610,75	1624,04	96,93	5,96	100,00	1610,75	1624,04	13,29	107,48	7,04	3,02	40,98
CCAA art. 143 CE	9414,74	10238,47	3142,07	89,18	13469,72	9852,14	408,91	4,15	29,01	9523,35	9823,65	300,30	102,54	58,40	18,30	43,18
CCAA art. 151 CE	13609,14	7010,06	2487,18	26,11	9523,35	13710,11	100,97	0,73	12,55	0	0	0	99,79	41,60	25,47	44,18
TOTAL	23023,88	17248,53	5629,25	115,29	22993,07	23533,75	509,88	2,17	22,32	9523,35	9823,65	300,30	100,00	100,00	43,72	43,72

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 5.21. 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 de 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.

Con estas premisas, a continuación en el Cuadro 5.22, se estiman las cantidades correspondientes a la fórmula de descentralización impositiva elegida, lo que condiciona, por un lado, el importe estimado de recaudación regional (35.144,19 millones de euros) y, por otro, el grado de corresponsabilidad fiscal estimado, que puede entenderse en sentido relajado o débil como porcentaje de la *Cesta de impuestos* sobre el total de financiación incondicionada (65,30% en el nuevo modelo frente al 21,38% del modelo 1997-2001) o en sentido estricto o fuerte como porcentaje de la *Cesta de impuestos* (con capacidad normativa en este caso) sobre el total de financiación incondicionada (30,74% en el nuevo modelo frente al 15,73% del modelo anterior). Dichos porcentajes estimados reflejan una composición heterogénea y desigual por CCAA.

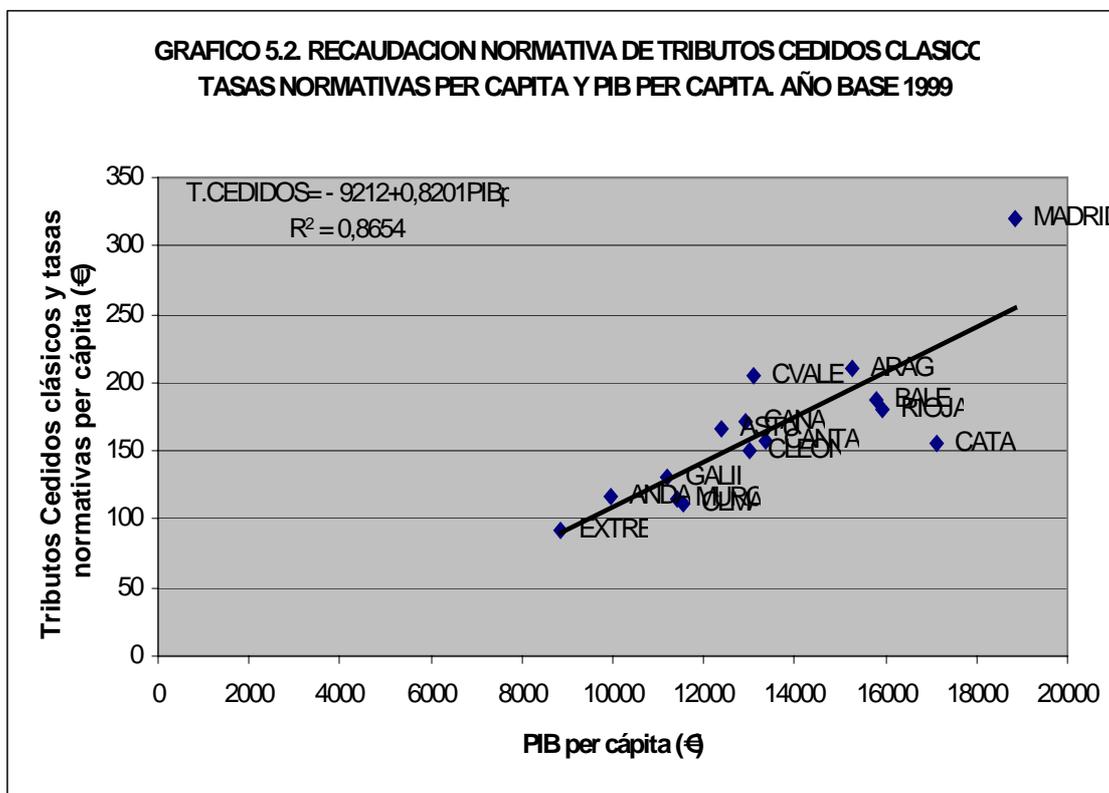
CUADRO 5.22. CESTA DE IMPUESTOS Y AUTONOMIA FISCAL EN 1999 (millones de euros corrientes)

Concepto	Cesta de impuestos per cápita media =100	Cesta de impuestos en %	Cesta de impuestos s/sanidad	ITE regional s/sanidad	Correspons fiscal débil 1999 en %	Correspons fiscal débil 97-01 en %	Diferencias Correspons fiscal débil con anterior en %	Correspons fiscal fuerte 1999 en %	Correspons fiscal fuerte 97-01 en %	Diferencias Correspons fiscal fuerte con anterior en %
Cataluña	119,09	19,75	173,45	149,29	80,10	34,70	45,40	44,31	25,52	18,79
Galicia	82,63	6,03	120,88	100,53	50,40	15,20	35,20	21,00	12,29	8,71
Andalucía	75,38	14,71	117,02	97,80	50,27	17,20	33,66	19,34	7,63	11,71
Asturias	97,61	2,83	132,39	108,49	60,97	21,98	38,99	27,79	14,90	12,89
Cantabria	101,04	1,43	124,44	103,77	55,23	16,02	39,21	24,99	10,67	14,32
La Rioja	106,57	0,75	129,80	106,37	57,58	20,02	37,56	27,33	13,55	13,78
Murcia	82,93	2,51	129,37	110,34	57,01	16,03	40,98	20,81	11,34	9,47
C. Valenciana	102,89	11,18	157,10	123,62	72,48	30,97	41,51	33,03	20,12	12,91
Aragón	112,11	3,55	152,92	122,29	65,72	25,02	40,70	31,25	15,01	16,24
Castilla-La Mancha	78,41	3,62	115,06	97,68	47,97	13,40	34,57	16,91	10,35	6,56
Canarias	44,17	1,97	66,84	39,09	28,18	21,02	7,16	26,54	17,22	9,32
Extremadura	64,88	1,86	93,65	79,46	36,77	10,01	26,76	12,93	8,93	4,00
Baleares	161,25	3,54	238,46	209,02	113,25	30,01	83,24	36,60	27,69	8,91
Madrid	146,47	20,13	234,32	179,81	103,20	33,01	70,19	61,21	29,17	32,04
Castilla y León	92,40	6,14	132,91	109,75	54,47	16,05	38,99	23,08	11,62	11,46
CCAA art. 143 CE	112,26	46,34	165,29	133,25	71,37	20,16	54,03	34,64	15,32	19,32
CCAA art. 151 CE	94,41	55,44	142,11	113,50	62,79	23,82	39,66	29,86	16,56	13,30
TOTAL CCAA	100,00	100,00	149,33	121,91	65,30	21,38	46,51	30,74	15,73	15,01

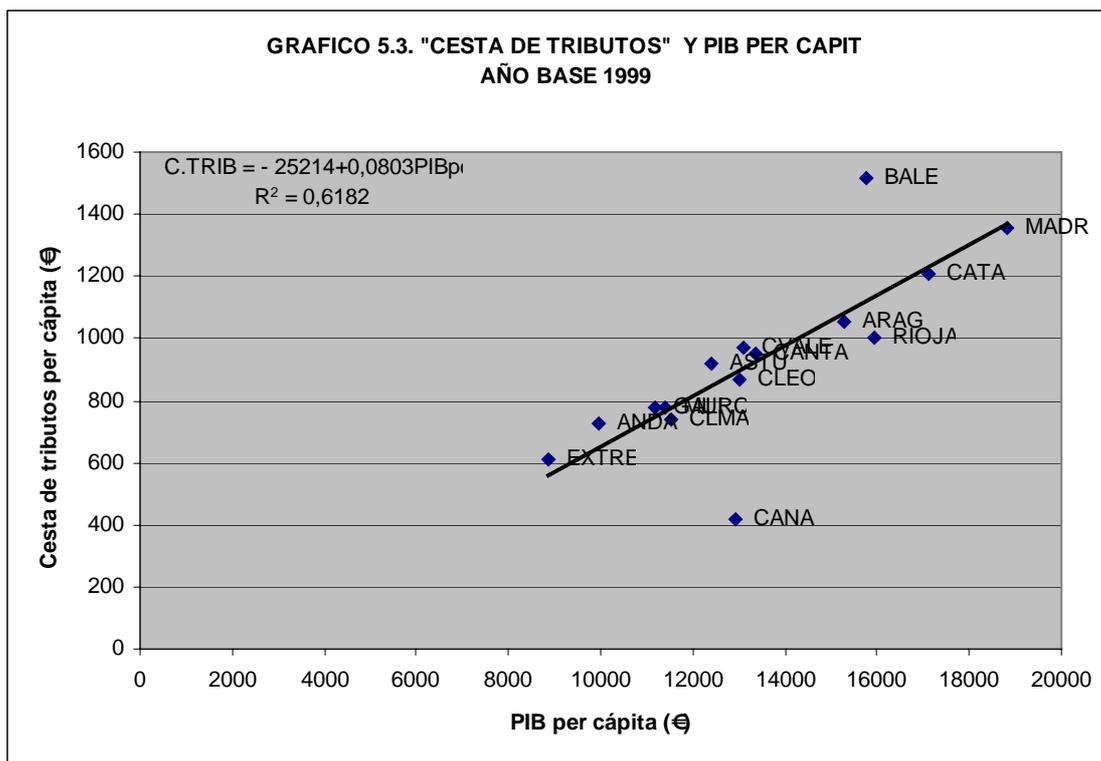
FUENTE: Elaboración propia.

El cálculo de los porcentajes de corresponsabilidad fiscal débil indica así que únicamente dos CCAA como son Baleares (113,25%) y Madrid (103,20%) tendrían en el año base 1999 cubiertas sus Necesidades con el rendimiento de su *Cesta de impuestos* procedente en gran parte de sus correspondientes ITE regionales. Parece, por tanto, que en el año base 1999 los porcentajes de cesión impositiva han sido tales que se produjera precisamente ese resultado: que alguna CCAA se situase por encima del 100% de autofinanciación (Baleares y Madrid). Quedan entonces cercanas otras cuya financiación mediante la *Cesta de impuestos* les permite beneficiarse de un mayor dinamismo en sus ingresos y de una corresponsabilidad fiscal débil por encima de la media nacional tal como Cataluña (80,10%), C.Valenciana (72,48%), Aragón (65,72%), Asturias (60,97%), La Rioja (57,58%), Murcia (57,01%), Castilla y León (54,47%), Cantabria (55,23%), Andalucía (50,27%) y Galicia (50,40%).

Únicamente tres CCAA como Castilla-La Mancha (47,97% de corresponsabilidad fiscal débil), Extremadura (36,77% de corresponsabilidad fiscal débil) y Canarias (28,18% de corresponsabilidad fiscal débil, si bien debe valorarse en conjunción con los tributos integrados en su Régimen fiscal especial) no llegan ni siquiera al 50% de autofinanciación en el año base 1999, lo cual muestra el avance realizado en el modelo en cuanto a la descentralización fiscal. Se observa, a la vista de estas cifras, que en el nuevo sistema de financiación autonómica se obtiene un margen financiero importante y se apuesta claramente por un elevado grado de autonomía fiscal regional (*Cesta de tributos*) que parece estar correlacionado positivamente con el PIB regional al igual que los tributos cedidos clásicos y tasas (Gráficos 5.2 y 5.3).



FUENTE: Elaboración propia en base a la información expuesta anteriormente.



FUENTE: Elaboración propia en base a la información expuesta anteriormente.

Así, los *Clásicos tributos cedidos y tasas con criterios normativos* tienen cierta importancia sobre el total de Necesidades de financiación (12,01%), especialmente en los casos de Madrid (24,01%) y Cataluña (17,18%), no siendo muy relevante en Extremadura (5,57%) y Castilla-La Mancha (7,24%). No obstante, es mucho más significativa la participación sobre dichas Necesidades globales de financiación de otra serie de Impuestos indirectos como el IVA con un 19,98%, dónde destacan Baleares (54,55%), Madrid (25,42%), Cataluña (24,20%) y la C.Valenciana (22,37%), así como los Especiales, sobre todo en Baleares, siendo el Impuesto de Hidrocarburos el de mayor importancia. Ambos impuestos tienen una incidencia regional más homogénea al repartirse básicamente en función de criterios de consumo excepto el caso de Baleares. Respecto a la Imposición directa, el IRPF aporta inicialmente el 18,75% de los ingresos autonómicos, siendo muy significativo en algunas regiones como Madrid (37,21%), Cataluña (27,14%) y Baleares (22,61%) frente a su menor importancia en Extremadura (7,36%) y Castilla-La Mancha (9,67%) (Cuadro 5.23).

CUADRO 5.23. ESTRUCTURA DEL NUEVO SISTEMA DE FINANCIACION AUTONOMICA: DESCENTRALIZACION FISCAL EN 1999 (millones de euros corrientes)

Concepto	Clásicos tributos cedido y tasas normativas en %	IRPF 33%%	IVA 35%	IRPF, IVA e Impuestos Especiales (ITE regional)	IRPF, IVA e Impuestos Especiales (ITE regional) en % Necesidades Financ
Cataluña	17,18	27,14	24,20	5974,16	68,94
Galicia	8,49	12,51	17,06	1761,38	41,92
Andalucía	8,26	11,08	18,21	4321,08	42,02
Asturias	11,01	16,78	20,84	814,33	49,96
Cantabria	9,18	15,82	17,01	418,05	46,05
La Rioja	10,40	16,94	16,75	217,43	47,18
Murcia	8,39	12,42	19,22	751,17	48,62
Comunidad Valenciana	15,45	17,58	22,37	3090,98	57,04
Aragón	13,16	18,08	19,33	998,99	52,55
Castilla-La Mancha	7,24	9,67	14,66	1078,86	40,72
Canarias	11,70	14,84	0,00	405,69	16,48
Extremadura	5,57	7,36	13,34	554,89	31,19
Baleares	13,98	22,61	54,55	1090,56	99,27
Madrid	24,01	37,21	25,42	5429,60	79,19
Castilla y León	9,49	13,59	16,48	1782,47	44,98
CCAA art. 143 CE	13,84	20,81	21,28	13128,49	57,53
CCAA art. 151 CE	12,64	17,22	19,01	15561,15	50,14
TOTAL CCAA	12,01	18,75	19,98	28689,65	53,30

FUENTE: Elaboración propia.

No obstante, según los Cuadros 5.24 y 5.25, las diferencias regionales siguen siendo importantes por los topes establecidos en el sistema. 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). En cuanto a los bloques competenciales:

a) Respecto a la Sanidad, las diferencias máximas con el anterior modelo, que situaban a Asturias (112,06) y a Baleares (85,59) en los extremos de la media nacional con un Coeficiente de Variación de 0,0649 han aumentado debido a las *garantías de mínimos* y al proceso de negociación, por lo que los máximos en cuanto a financiación sanitaria por habitante pasaron a situarse entre La Rioja (117,91) y Cantabria (116,60) y los mínimos de Madrid (89,76) además de incrementarse el Coeficiente de Variación (0,0801) y el resto de medidas de dispersión.

b) Si se consideran las Competencias Comunes, el resultado obtenido tras los mínimos garantizados, ajustes y modulaciones ha logrado disminuir las diferencias en términos de financiación per cápita y el Coeficiente de Variación de los índices (de 0,1267 a 0,1102), así como el resto de medidas estadísticas de dispersión, y todas las regiones con peor financiación per cápita consiguen aumentar así sus recursos per cápita.

Las diferencias máximas se sitúan en este caso entre Extremadura (118,99), Cantabria (112,93), La Rioja (112,38) y Castilla y León (110,03) y los mínimos de Baleares (82,79) y C.Valenciana (84,72).

c) En cuanto a Competencias en Servicios Sociales, el resultado obtenido disminuye también las diferencias en financiación per cápita y el Coeficiente de Variación de los índices (de 0,3320 a 0,2906), así como las otras medidas estadísticas de dispersión. Las diferencias máximas se sitúan entre La Rioja (170,17), Castilla y León (138,48) y Aragón (133,45) y los mínimos de Canarias (58,21), Andalucía (71,28), Murcia (72,97) y Madrid (73,43).

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, ya que los desajustes entre la distribución original y final se deben más a los límites fijados (acuerdos políticos y complejidad del modelo) que a las variables finalmente elegidas.

CUADRO 5.24. ESTRUCTURA DEL NUEVO SISTEMA DE FINANCIACION AUTONOMICA: RESTRICCION INICIAL Y NECESIDADES DE FINANCIACION PER CAPITA EN 1999 (euros corrientes)

Concepto	Necesidades Financiación globales per cápita (población)	Necesidades Financiación globales per cápita (población) media =100	Restricción inicial global per cápita	Restricción inicial global per cápita (media=100)	Necesidades Financiación per cápita C.Comunes (población)	Necesidades Financiación per cápita C.Comunes (población) media =100	Restricción inicial C.Comunes per cápita	Restricción inicial C.Comunes per cápita (media=100)
Cataluña	1395,94	92,95	1354,62	95,89	730,63	88,66	692,30	89,62
Galicia	1539,06	102,48	1507,33	106,71	873,25	105,97	859,35	111,25
Andalucía	1407,79	93,74	1384,69	98,02	785,94	95,37	765,22	99,06
Asturias	1503,19	100,09	1433,02	101,45	785,65	95,34	718,25	92,98
Cantabria	1717,74	114,38	1497,41	106,00	930,58	112,93	796,91	103,16
La Rioja	1737,70	115,71	1530,13	108,32	926,10	112,38	898,74	116,34
Murcia	1365,72	90,94	1319,99	93,44	746,44	90,58	707,44	91,58
Comunidad Valenciana	1332,66	88,74	1290,94	91,39	698,13	84,72	661,51	85,63
Aragón	1601,57	106,64	1547,71	109,57	881,38	106,96	845,05	109,39
Castilla- La Mancha	1534,69	102,19	1445,01	102,29	867,47	105,27	822,14	106,43
Canarias	1471,87	98,01	1398,19	98,98	837,47	101,63	793,61	102,73
Extremadura	1656,63	110,31	1552,43	109,90	980,58	118,99	897,19	116,14
Baleares	1336,79	89,01	1158,94	82,04	682,29	82,79	611,12	79,11
Madrid	1332,49	88,73	1214,68	85,99	728,05	88,35	611,58	79,17
Castilla y León	1592,57	106,05	1553,62	109,98	906,69	110,03	906,69	117,37
MEDIA CCAA	1501,76	100,00	1412,58	100,00	824,04	100,00	772,47	100,00
D.T. CCAA	134,38	8,95	121,21	8,58	90,82	11,02	97,88	12,67
C.V. CCAA	0,0895	0,0895	0,0858	0,0858	0,1102	0,1102	0,1267	0,1267
RANGO CCAA	405,2041	26,9818	394,6735	27,9398	298,2954	36,1988	295,5738	38,2631
RECO. INTERCUAR.	216,2413	14,3991	181,4228	12,8433	155,5019	18,8705	152,3334	19,7201
DESV. ABSO. MEDIA	115,8755	7,7159	102,1349	7,2303	81,4906	9,8890	85,3194	11,0449

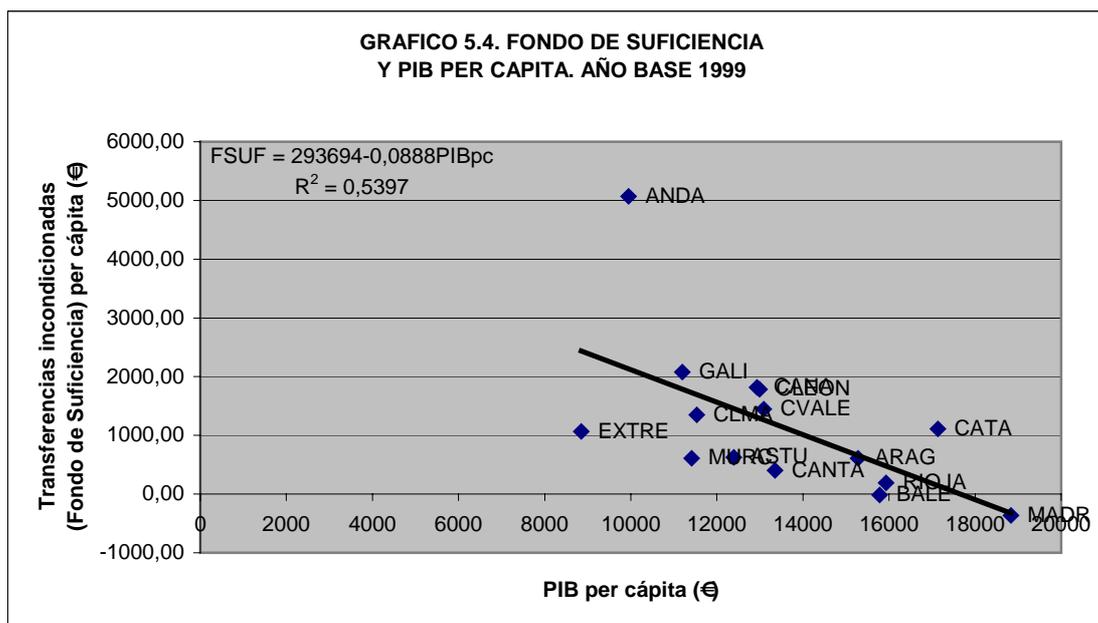
FUENTE: Elaboración propia.

**CUADRO 5.25. ESTRUCTURA NUEVO SISTEMA DE FINANCIACION AUTONOMICA (SANIDAD Y S.SOCIALES):
RESTRICCION INICIAL Y NECESIDADES DE FINANCIACION PER CAPITA EN 1999 (euros corrientes)**

Concepto	Necesidades Financiación Sanidad capitativa (población)	Necesidades Financiación Sanidad capitativa (población) media =100	Restricción inicial Sanidad per cápita	Restricción inicial Sanidad per cápita (media=100)	Necesidades Financiación capitativa S.Sociales (población)	Necesidades Financiación capitativa S.Sociales (población) media =100	Restricción inicial S.Sociales per cápita	Restricción inicial S.Sociales per cápita (media=100)
Cataluña	644,65	98,60	644,65	104,46	20,66	86,32	17,67	76,77
Galicia	641,72	98,15	623,89	101,10	24,08	100,63	24,08	104,66
Andalucía	604,79	92,51	604,79	98,01	17,06	71,28	14,67	63,76
Asturias	692,24	105,88	691,52	112,06	25,30	105,73	23,25	101,03
Cantabria	762,31	116,60	675,65	109,49	24,84	103,81	24,85	107,97
La Rioja	770,86	117,91	590,66	95,72	40,73	170,17	40,73	176,99
Murcia	601,82	92,05	595,09	96,43	17,46	72,97	17,46	75,89
Comunidad Valenciana	614,87	94,05	613,54	99,42	19,65	82,10	15,88	69,02
Aragón	688,25	105,27	670,71	108,69	31,94	133,45	31,94	138,80
Castilla-La Mancha	639,78	97,86	595,43	96,49	27,43	114,62	27,43	119,21
Canarias	620,46	94,90	592,43	96,00	13,93	58,21	12,15	52,79
Extremadura	650,49	99,49	629,67	102,04	25,56	106,79	25,56	111,07
Baleares	634,87	97,11	528,19	85,59	19,62	81,99	19,62	85,28
Madrid	586,87	89,76	586,36	95,02	17,57	73,43	16,73	72,71
Castilla y León	652,73	99,84	613,77	99,46	33,14	138,48	33,14	144,03
MEDIA CCAA	653,78	100,00	617,09	100,00	23,93	100,00	23,01	100,00
D.T. CCAA	52,37	8,01	40,07	6,49	6,96	29,06	7,64	33,20
C.V. CCAA	0,0801	0,0801	0,0649	0,0649	0,2906	0,2906	0,3320	0,3320
RANGO CCAA	183,9956	28,1432	163,3288	26,4674	26,7987	111,9656	28,5825	124,2057
RECO. INTERCUAR.	52,8259	8,0800	43,3972	7,0325	7,8963	32,9907	9,3991	40,8439
DESV. ABSO. MEDIA	39,8050	6,0884	31,1396	5,0462	5,5427	23,1576	6,2525	27,1704

FUENTE: Elaboración propia.

Otro elemento del modelo es el *Fondo de Suficiencia* que, como elemento de cierre y nivelación, parece estar correlacionado de modo negativo con el PIB regional (Gráfico 5.4).



FUENTE: Elaboración propia.

Dicho Fondo representaría un 34,70% del total de Necesidades de Financiación y podría utilizarse para financiar la sanidad solamente en parte en el supuesto de que estuviera afectado única y exclusivamente a dicha competencia (si bien no es un requisito formal del sistema). Los recursos procedentes de este Fondo resultan entonces muy importantes y por encima de la mitad de Necesidades de financiación no sólo en Canarias (71,82%) sino también en Extremadura (63,23%) y Castilla-La Mancha (52,03%). Ligeramente por debajo del 50% se situarían CCAA como Galicia (49,59%), Andalucía (49,73%), Castilla y León (45,52%), Cantabria (44,78%), La Rioja (42,42%), Murcia (42,98%), Asturias (39,03%), Aragón (34,28%). No obstante, resulta poco significativo, además de dónde es negativo como en Baleares (-13,25%) al ser muy importante su parte de cesión de impuestos indirectos y Madrid (-3,19%), en Cataluña (19,90%) y la C.Valenciana (27,51%) dadas sus elevadas “*Cestas de impuestos*” (Cuadro 5.26).

CUADRO 5.26. CESTA DE IMPUESTOS Y FONDO DE SUFICIENCIA EN EL NUEVO SISTEMA DE FINANCIACION AUTONOMICA EN 1999 (millones de euros corrientes)

Concepto	Cesta de impuestos	Cesta de impuestos per cápita euros	Cesta de impuestos en %	Fondo Ahorro en ILT	Fondo de suficiencia	Fondo de suficiencia en %	Fondo de suficiencia s/sanidad
Cataluña	6.940,94	1.118,15	19,75	42,73	1.681,70	19,90	43,09
Galicia	2.118,04	775,74	6,03	18,36	2.065,76	49,59	118,95
Andalucía	5.170,11	707,74	14,71	48,57	5.065,45	49,73	115,75
Asturias	993,74	916,46	2,83	6,60	629,60	39,03	84,76
Cantabria	501,35	948,67	1,43	3,19	403,25	44,77	100,88
La Rioja	265,34	1.000,59	0,75	1,59	193,88	42,42	95,62
Murcia	880,71	778,62	2,51	6,66	657,43	42,98	97,55
Comunidad Valenciana	3.928,11	965,97	11,18	27,62	1.463,51	27,51	59,63
Aragón	1.249,19	1.052,52	3,55	7,06	644,58	34,28	79,77
Castilla-La Mancha	1.270,70	736,13	3,62	10,30	1.368,18	52,03	124,82
Canarias	693,75	414,75	1,97	11,24	1.756,99	71,82	170,37
Extremadura	654,00	609,18	1,86	6,32	1.118,20	63,23	161,02
Baleares	1.244,19	1.513,94	3,54	5,30	-150,89	-13,25	-27,90
Madrid	7.075,53	1.375,14	20,13	30,23	-249,63	-3,19	-7,26
Castilla y León	2.158,50	867,54	6,14	14,63	1.789,29	45,52	111,07
CCAA art. 143 CE	16.285,37	1.054,01	46,34	91,89	6.440,26	28,63	66,30
CCAA art. 151 CE	19.484,16	886,36	55,44	148,51	11.400,20	37,21	84,23
TOTAL CCAA	35.144,19	938,85	100,00	240,41	18.437,30	34,70	79,36
Ceuta					8,58		
Melilla					6,83		
Total Ciudades Autónomas					15,41		
TOTAL					18.452,71		

FUENTE: Elaboración propia.

Ello implica que la financiación de la sanidad sólo se mantendría con recursos fiscales del Estado en Canarias (170,37), Extremadura (161,02), Galicia (118,95), Castilla La Mancha (124,82), Castilla y León (111,07) y Andalucía (115,75). De todos modos, el menor porcentaje en Baleares (-27,90), Madrid (-7,26), Cataluña (43,09) y C.Valenciana (59,63) haría que la sanidad se financie con tributos propios con una incidencia desigual en equidad en función de la importancia de la imposición directa (IRPF) frente a la indirecta (IVA y Especiales).

Así, en Baleares tendría una financiación menos progresiva por la mayor importancia en los recursos totales de los impuestos indirectos (IVA y Especiales) frente a su IRPF regional al igual que en la C.Valenciana y Cataluña. Precisamente, estas tres CCAA son un buen reflejo del comportamiento favorable de los índices de consumo por los que se reparten estos impuestos y que podrían estar financiando, por ejemplo, la mayor utilización de los servicios sanitarios por la especialización de estas regiones en el turismo. Por otro lado, la CCAA de Madrid tendría una financiación más progresiva por el relativo equilibrio entre el porcentaje en los recursos totales de su IRPF regional frente al IVA y los Impuestos Especiales. También es necesario señalar que ya en el año base la reducción de la base de ingresos estatales sobre la que se articula el Fondo de Suficiencia la hace más sensible ante variaciones experimentadas en un impuesto. Así, los ingresos estatales computables se reducen prácticamente a un tercio ya en 1999 y, por tanto, el posible efecto recaudatorio de la Reforma del IRPF en 2003 tendrá un mayor efecto sobre el ITE nacional, ya que dicho impuesto pasa a representar de un porcentaje inferior en el anterior ITAE a uno mayor en el nuevo ITE nacional.

Por otro lado, se estiman a continuación, distinguiendo, entre INSALUD-No transferido y cada una de las CCAA Transferidas, tanto la financiación sanitaria real en 1999 en base al modelo 1998-2001 como la que resultaría en ese mismo año de la aplicación del modelo 1998-2001 en base a las variables de reparto del nuevo modelo de financiación autonómica: población protegida, población mayor de 65 años e insularidad (Cuadros 5.27 y 5.28)

CUADRO 5.27. FINANCIACION DE LA SANIDAD SEGUN MODELO 1998-2001 TERRITORIALIZADA EN EL AÑO 1999 (millones de euros corrientes)

Concepto	Financ. Base 1998	Financ. Base 1999	Ppto inicial 99	Fraude Ahorro en ILT	Capac Financ	% s/total	Financ. per cápita (proteg) euros	Financ. per cápita (proteg) media=100	Financ. per cápita (poblac) euros	Financ. per cápita (poblac) media =100
Cataluña	3.497,01	3.706,83	3936,95	40,13	4001,69	17,38	663,20	102,32	644,65	104,81
Galicia	1.534,83	1.626,93	1675,02	17,61	1703,44	7,39	657,33	101,42	623,89	101,43
Andalucía	4.012,40	4.253,15	4372,02	46,05	4418,07	19,19	643,73	99,32	604,79	98,33
Asturias	0	0	742,82	7,01	749,83	3,25	715,05	110,32	691,52	112,43
Cantabria	0	0	353,67	3,39	357,07	1,55	704,98	108,77	675,65	109,85
La Rioja	0	0	154,94	1,68	156,63	0,68	621,11	95,83	590,66	96,03
Murcia	623,40	660,81	666,05	7,08	673,13	2,92	635,62	98,07	595,09	96,75
C. Valenciana	2.270,45	2.406,68	2450,59	26,06	2494,97	10,83	639,71	98,70	613,54	99,75
Aragón	0	0	788,53	7,51	796,03	3,46	709,23	109,42	670,71	109,04
Castilla-LaMancha	0	0	1016,89	10,95	1027,84	4,46	628,05	96,90	595,43	96,81
Canarias	903,08	957,27	974,23	10,37	990,96	4,30	623,88	96,25	592,43	96,32
Extremadura	0	0	669,27	6,72	675,99	2,93	672,66	103,78	629,67	102,37
Baleares	0	0	428,83	5,25	434,08	1,88	552,73	85,28	528,19	85,87
Madrid	0	0	2927,82	32,12	3017,02	13,10	627,92	96,88	586,36	95,33
Castilla y León	0	0	1511,54	15,56	1527,11	6,63	656,61	101,31	613,77	99,79
CCAA art. 143 CE	8.566,59	9.080,58	9260,36	97,29	9414,74	40,89	647,24	99,86	609,33	99,07
CCAA art. 151 CE	12.217,78	12.950,85	13408,82	140,23	13609,14	59,11	648,76	100,09	619,09	100,65
TOTAL CCAA	20.784,37	22.031,43	22669,18	237,52	23023,88	100,00	648,14	100,00	615,07	100,00

FUENTE: Elaboración propia a partir de Ministerio de Sanidad y Consumo, INE e INSALUD.

CUADRO 5.28. HIPOTESIS DE FINANCIACION DE LA SANIDAD SEGUN VARIABLES DE REPARTO NUEVO MODELO (POBLACION PROTEGIDA, MAYOR DE 65 AÑOS E INSULARIDAD APLICADAS AL MODELO 1998-2001) TERRITORIALIZADA EN EL AÑO 1999 (millones de euros corrientes)

Concepto	Financ. Base 1998	Financ. Base 1999	Ppto inicial 99	Fraude Ahorro en ILT	Capac Financ	% s/total	Financ. per cápita (proteg) euros	Financ. per cápita (proteg) media=100	Financ. per cápita (poblac) euros	Financ. per cápita (poblac) media =100
Cataluña	2.648,45	3.706,83	3836,12	40,13	3900,87	16,94	646,49	99,74	628,41	102,17
Galicia	1.137,94	1.626,93	1722,66	17,61	1751,08	7,60	675,71	104,25	641,34	104,27
Andalucía	3.011,66	4.253,15	4205,61	46,05	4279,89	18,58	623,59	96,21	585,87	95,25
Asturias	459,85	487,45	704,27	7,01	711,28	3,09	678,29	104,65	655,97	106,65
Cantabria	222,91	236,29	330,88	3,39	334,27	1,45	659,98	101,83	632,53	102,84
La Rioja	110,68	117,61	166,25	1,68	167,94	0,73	665,97	102,75	633,32	102,97
Murcia	464,53	492,40	650,50	7,08	657,58	2,85	620,94	95,80	581,35	94,52
C. Valenciana	1.711,59	2.406,68	2457,19	26,06	2499,24	10,85	640,81	98,87	614,59	99,92
Aragón	492,59	522,15	762,19	7,51	769,70	3,34	685,77	105,81	648,52	105,44
Castila-La Mancha	718,62	761,74	1085,92	10,95	1096,87	4,76	670,23	103,41	635,43	103,31
Canarias	777,18	957,27	1019,83	10,37	1036,55	4,50	652,58	100,68	619,69	100,75
Extremadura	441,15	467,62	656,66	6,72	663,38	2,88	660,11	101,85	617,92	100,46
Baleares	368,04	390,12	510,82	5,25	516,08	2,24	657,14	101,39	627,97	102,09
Madrid	2.109,09	2.235,64	2968,49	32,12	3000,61	13,03	624,51	96,35	583,17	94,81
Castilla y León	1.021,03	1.082,29	1596,26	15,56	1611,82	7,00	693,04	106,93	647,82	105,32
CCAA art. 143 CE	11.497,55	9.080,88	9432,27	97,29	9589,23	41,65	659,23	101,71	620,62	100,90
CCAA art. 151 CE	9.286,82	12.950,85	13241,42	140,23	13463,13	58,47	641,80	99,02	612,46	99,57
TOTAL CCAA	20.784,37	22.031,73	22669,18	237,52	23023,88	100,00	648,14	100,00	615,07	100,00

FUENTE: Elaboración propia a partir de Ministerio de Sanidad y Consumo, INE e INSALUD.

Por su parte, los Cuadros 5.29 y 5.30 resumen las diferencias estimadas para las diversas regiones en el año 1999 entre los escenarios de funcionamiento general del sistema sanitario específico anterior así como la hipótesis de aplicación de dicho modelo específico con variables de reparto del nuevo modelo y el de integración de la sanidad en el nuevo modelo de financiación autonómica. Lógicamente y por las premisas impuestas en el nuevo modelo de financiación autonómica, ninguna región puede obtener menores recursos que en el sistema anterior. Las estimaciones realizadas muestran que, en conjunto, las regiones analizadas podrían obtener como mínimo una ganancia potencial de financiación en el año base 1999 de hasta 509,88 millones de euros al integrarse la financiación de la sanidad en el nuevo sistema general. Así, bajo el sistema integrado las ganancias globales alcanzarían como mínimo un 2,17% de financiación suplementaria aunque los resultados diferirían en las distintas CCAA observándose que las mayores ganancias potenciales corresponderían a las que en el año 2001 aún no gestionaban las competencias sanitarias, es decir, las del art. 143 de la CE. Esto se debe fundamentalmente al resultado de la valoración relativa de su mayor coste efectivo en el traspaso sanitario siendo especialmente relevante en regiones como La Rioja, Baleares, Cantabria, Castilla-La Mancha y Castilla y León.

CUADRO 5.29. DIFERENCIAS EN FINANCIACION DE LA SANIDAD TERRITORIALIZADA EN 1999 ENTRE MODELO ACTUAL DE FINANCIACION AUTONOMICA Y FINANCIACION SANITARIA ESPECIFICA 1998-2001

Concepto	Criterio sanidad modelo actual	Criterio sanidad modelo actual	Criterio (población protegida) 1998-2001	Criterio (población protegida) 1998-2001	Diferencias millones de euros	Diferencias en %	Diferencias Financiación per cápita (protegida) en euros	Diferencias Financiación per cápita (derecho) en euros
Cataluña	99,58	16,92	102,19	17,36	0	0	0	0
Galicia	103,97	7,59	101,29	7,39	48,68	2,78	18,78	17,83
Andalucía	96,01	18,55	99,19	19,16	0	0	0	0
Asturias	105,42	3,11	110,18	3,25	0,78	0,10	0,74	0,71
Cantabria	102,10	1,46	108,63	1,54	45,80	11,36	90,42	86,66
La Rioja	102,82	0,73	95,71	0,68	47,79	23,37	189,49	180,20
Murcia	96,31	2,87	97,95	2,91	7,61	1,11	7,18	6,72
C. Valenciana	98,72	10,84	98,58	10,82	5,41	0,21	1,38	1,33
Aragón	106,33	3,36	109,29	3,45	20,82	2,54	18,55	17,54
Castilla-La Mancha	103,90	4,79	96,78	4,46	76,56	6,93	46,77	44,34
Canarias	100,67	4,50	96,14	4,29	46,88	4,51	29,51	28,02
Extremadura	102,47	2,90	103,65	2,93	22,35	3,20	22,24	20,81
Baleares	101,81	2,25	85,17	1,88	87,67	16,80	111,63	106,68
Madrid	96,75	13,09	96,84	13,09	2,61	0,08	0,54	0,51
Castilla y León	107,48	7,04	101,18	6,62	96,93	5,96	41,68	38,96
CCAA art. 143 CE	102,54	41,60	100,04	40,95	408,91	4,15	28,11	26,46
CCAA art. 151 CE	99,79	58,40	99,97	59,05	100,97	0,73	4,81	4,59
TOTAL CCAA	100,00	100,00	100,00	100,00	509,88	2,17	14,35	13,62

FUENTE: Elaboración propia a partir de Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Hacienda, INE e INSALUD.

CUADRO 5.30. DIFERENCIAS EN FINANCIACION DE LA SANIDAD TERRITORIALIZADA EN 1999 ENTRE MODELO ACTUAL DE FINANCIACION AUTONOMICA E HIPOTESIS DE APLICACION DE FINANCIACION SANITARIA ESPECIFICA 1998-2001 SEGUN REPARTO EN BASE A VARIABLES DEL MODELO ACTUAL (POBLACION PROTEGIDA, MAYOR DE 65 AÑOS E INSULARIDAD)

Concepto	Criterio sanidad modelo actual	Criterio sanidad modelo actual	Criterio (modelo actual) 1998-2001	Criterio (modelo actual) 1998-2001	Diferencias millones de euros	Diferencias en %	Diferencias Financiación per cápita (protegida) en euros	Diferencias Financiación per cápita (derecho) en euros
Cataluña	99,58	16,92	99,62	16,92	100,82	2,52	16,71	16,24
Galicia	103,97	7,59	104,12	7,59	1,04	0,06	0,40	0,38
Andalucía	96,01	18,55	96,09	18,56	138,18	3,12	20,13	18,91
Asturias	105,42	3,11	104,52	3,08	39,32	5,24	37,49	36,26
Cantabria	102,10	1,46	101,70	1,45	68,59	17,02	135,41	129,78
La Rioja	102,82	0,73	102,62	0,72	36,47	17,84	144,63	137,54
Murcia	96,31	2,87	95,68	2,85	23,15	3,40	21,86	20,47
C. Valenciana	98,72	10,84	98,74	10,84	1,14	0,04	0,29	0,28
Aragón	106,33	3,36	105,67	3,34	47,15	5,77	42,01	39,73
Castilla-La Mancha	103,90	4,79	103,28	4,76	7,52	0,68	4,59	4,35
Canarias	100,67	4,50	100,56	4,49	1,28	0,12	0,81	0,76
Extremadura	102,47	2,90	101,72	2,87	34,96	5,01	34,79	32,57
Baleares	101,81	2,25	101,26	2,24	5,67	1,08	7,22	6,90
Madrid	96,75	13,09	96,23	13,01	19,01	0,63	3,95	3,69
Castilla y León	107,48	7,04	106,79	6,99	12,22	0,75	5,25	4,91
CCAA art. 143 CE	102,54	41,60	101,58	41,59	262,91	2,71	18,07	17,01
CCAA art. 151 CE	99,79	58,40	98,90	58,41	246,97	1,77	11,77	11,23
TOTAL CCAA	100,00	100,00	100,00	100,00	509,88	2,17	14,35	13,62

FUENTE: Elaboración propia a partir de Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Hacienda, INE e INSALUD.

3.3.2 Financiación autonómica general y sanitaria. Distribución estimada en 2002 (primer año de aplicación del nuevo modelo)

Una vez presentadas las cantidades a recibir por cada CCAA en el año base de 1999, se puede estimar la aplicación del nuevo modelo de financiación autonómica evolucionado hasta el año 2002. Asimismo, se vuelve a comparar, en base a dichas proyecciones dinámicas, la financiación sanitaria obtenida en ese año frente a la que se hubiera obtenido en caso de haberse efectuado la prórroga de un modelo finalista similar al anteriormente existente (1998-2001) o incluso en el hipotético caso en que éste hubiera tenido como variables de reparto las dictadas en el nuevo modelo (población protegida, mayor de 65 años e insularidad).

En cualquier caso, tal y como puede observarse en el Cuadro 5.31, la Restricción inicial del sistema que representaba en el año base 1999 unos 51.537,84 millones de euros podría llegar a convertirse en unas Necesidades de Financiación para el año de 2002 situadas en torno a los 66.917,38 millones de euros (índice de evolución 1,2433) resultando significativas algunas diferencias en cuanto al crecimiento de la financiación entre regiones motivado por la propia evolución dispar en 1999-2002 de la *Cesta de impuestos* y del *Fondo de Suficiencia*.

CUADRO 5.31. ESTRUCTURA DEL NUEVO SISTEMA DE FINANCIACION AUTONOMICA EN 2002 (millones de euros corrientes)

Concepto	Necesidades Financiación C.Comunes	Necesidades Financiación C.Sanidad	Necesidades. Financiación C.IMSERSO	Necesidades Financiación globales	Indice Necesidades Financiación	Diferencia Necesidades Financiación y Restricc Inicial
Cataluña	5920,74	4966,50	168,59	11055,83	1,2758	2646,97
Galicia	2950,88	2174,74	82,52	5208,15	1,2393	1092,61
Andalucía	6920,46	5485,47	152,41	12558,35	1,2211	2443,03
Asturias	1111,59	931,65	36,12	2079,37	1,2757	525,52
Cantabria	593,83	499,95	16,15	1109,95	1,2227	318,60
La Rioja	295,07	253,68	13,11	561,86	1,2193	156,11
Murcia	1017,69	844,86	24,24	1886,80	1,2214	393,71
Comunidad Valenciana	3316,12	3103,47	95,25	6514,83	1,2022	1265,26
Aragón	1277,02	1013,88	46,82	2337,73	1,2298	500,83
Castilla-La Mancha	1902,03	1370,66	61,38	3334,08	1,2585	839,71
Canarias	1774,54	1288,06	29,35	3091,95	1,2559	753,21
Extremadura	1291,49	866,72	34,06	2192,27	1,2326	525,62
Baleares	722,87	647,55	21,23	1391,64	1,2667	439,20
Madrid	4689,66	3747,66	113,23	8550,55	1,2471	2300,63
Castilla y León	2919,67	2015,76	108,59	5044,03	1,2729	1178,53
TOTAL CCAA	36706,48	29210,63	1000,27	66917,38	1,2433	15379,54

FUENTE: Elaboración propia.

Así, a pesar de que la heterogeneidad en el nivel de autonomía fiscal de las CCAA seguirá siendo un factor decisivo, a la hora de definir el horizonte de cara al futuro de cada una de ellas resulta claramente apreciable la mejora que se produciría desde el punto de vista de la suficiencia financiera, autonomía y corresponsabilidad fiscal con la asunción del nuevo modelo general de financiación autonómica.

Es por ello que su componente principal que es la *Cesta de impuestos*, al cual pertenece el correspondiente ITE regional medio, muestra en media en el período 1999-2002 una clara evolución positiva (1,2229) por encima del crecimiento acumulado del PIB (1,2186) aunque por debajo de la propia evolución del *Fondo de Suficiencia* sobre la base del ITE nacional esperado (1,2410), transferencia positiva en todas las regiones en el año 2002 excepto en Baleares y Madrid al volver a tener una Capacidad fiscal superior a sus Necesidades de financiación (*Fondo de Suficiencia* negativo). Teniendo en cuenta dicho escenario de referencia, dado que el crecimiento del ITE nacional se situaría por encima del crecimiento del PIB, no entraría en funcionamiento en el año 2002 la garantía transitoria referida a la financiación de las Competencias Sanitarias a pesar de que éste podría ser el primer año de su aplicación efectiva.

Resulta así muy importante el no establecimiento de límites máximos a los recursos obtenidos, ya que en algunas CCAA la recaudación por sus ITE regionales hasta 2002 puede crecer en mayor proporción que la media y darles un importante beneficio. Precisamente, las proyecciones dinámicas para el período 1999-2002 estarían apuntando a que algunas CCAA de renta media como Asturias (1,2757), Castilla y León (1,2729) y Castilla-La Mancha (1,2585) experimentarían un crecimiento significativo en sus Necesidades de Financiación, cubiertas tanto por la recaudación por su ITE regional (IRPF, IVA y Especiales cedidos) como por su participación en el *Fondo de Suficiencia* general además de mostrar un mayor dinamismo en su actividad según los últimos datos de evolución del PIB regional para 2001 suministrados por el INE. No obstante, las regiones cuya financiación se basa más en el ITE regional que en las transferencias estatales experimentarían también una evolución por encima de la media nacional de financiación tales como Cataluña (1,2758), Canarias (1,2559), Baleares (1,2667) y Madrid (1,2471), que además tienen en estos dos últimos casos un Fondo de Suficiencia negativo.

En todo caso, uno de los componentes principales de las Necesidades de financiación son las relativas a la Sanidad¹⁷³, estimadas en este caso en torno a una cantidad mínima de 29.210,63 millones de euros para el año 2002 sobre la base del coeficiente de actualización previsto en el nuevo modelo de financiación autonómica¹⁷⁴.

¹⁷³ No obstante, el proceso de liquidación de la financiación de 2002 no ha sido aún iniciado por el Mº de Hacienda. En ese momento, todos los implicados podrán comprobar si el Estado retendrá parte del dinero que debe transferir a las CCAA con cargo a los hipotéticos servicios prestados por el INSALUD y también se resolverán las dudas acerca de quién asumirá finalmente el pago de la factura farmacéutica de Diciembre de 2001.

¹⁷⁴ Dicho coeficiente ha sido estimado para cada región en 1999-2002 teniendo en cuenta además que inicialmente se pensó en que la financiación de las CCAA que tenían asumidas las competencias sanitarias iba a ser asumida por la cesión completa de la "*cesta de tributos*" (incluidos el IVA, Especiales además del Impuesto sobre determinados medios de transporte) mientras que en el caso de las regiones que aún no tenían traspasada la sanidad solamente se iba a tener en cuenta la cesión de los tributos cedidos clásicos y del 33% del IRPF (lo que implicaba la minoración del presupuesto de ingresos de los PGE por las entregas a cuenta de dicha cesión de impuestos). También se utiliza como supuesto que las regiones tienen como prioridad la financiación de la Sanidad frente a Competencias Comunes y de Servicios Sociales. Este mecanismo es similar al aplicado en el modelo 1997-2001 respecto a la cesión parcial del IRPF, al distinguir entre CCAA con competencias educativas y el resto, graduando la cesión en ese caso.

Por otro lado, respecto al comportamiento de la *Cesta de impuestos* en 2002, Baleares (113,09%), Madrid (103,64%), Cataluña (81,12%) y la C.Valenciana (72,12%) serían las de mayores niveles y, a consecuencia de ello, se situarían por encima de la media nacional de corresponsabilidad fiscal entendida en sentido débil (65,80%), que se incrementa ligeramente respecto al año base 1999 como consecuencia del comportamiento favorable de la *Cesta de Impuestos* respecto al crecimiento de las Necesidades de Financiación (Cuadros 5.32 y 5.33)

CUADRO 5.32. ESTRUCTURA DEL NUEVO SISTEMA DE FINANCIACION AUTONOMICA: EVOLUCION DE LA DESCENTRALIZACION FISCAL EN 2002 (millones de euros corrientes)

Concepto	Clásicos tributos cedidos y tasas. Recaudación con criterio normativo	Clásicos tributos cedidos y tasas Recaudación con criterio normativo en %Nec Financ	IRPF 33%	IVA 35%	IRPF, IVA e Impuestos especiales (ITE regional)	IRPF, IVA e Impuestos especiales (ITE regional) en %Neces Financ	Indice de evolución (ITE regional)
Cataluña	1606,06	14,52	3182,76	2467,64	7362,76	66,59	1,2324
Galicia	512,85	9,84	709,31	843,54	2131,65	40,93	1,2102
Andalucía	1054,94	8,40	1537,77	2204,14	5217,11	41,54	1,2073
Asturias	302,47	14,54	369,08	399,79	995,54	47,87	1,2225
Cantabria	109,51	9,86	183,09	181,65	499,99	45,04	1,1960
La Rioja	55,52	9,88	105,28	90,82	265,73	47,29	1,2221
Murcia	167,73	8,89	258,94	349,37	903,18	47,87	1,2023
C. Valenciana	942,06	14,46	1285,57	1426,48	3756,54	57,66	1,2153
Aragón	318,89	13,64	463,73	432,28	1218,89	52,14	1,2201
Castilla-La Mancha	348,49	10,45	345,43	457,01	1287,66	38,62	1,1935
Canarias	371,43	12,01	492,81	0	540,06	17,46	1,3312
Extremadura	137,94	6,29	176,47	279,19	666,63	30,41	1,2013
Baleares	256,57	18,43	335,12	705,22	1317,33	94,66	1,2079
Madrid	2094,19	24,49	3441,40	2050,99	6767,49	79,14	1,2464
Castilla y León	669,25	13,27	726,69	768,23	2154,25	42,71	1,2086
TOTAL CCAA	8947,94	13,37	13613,49	12656,39	35084,86	52,43	1,2229

FUENTE: Elaboración propia.

CUADRO 5.33. CESTA DE IMPUESTOS Y CORRESPONSABILIDAD FISCAL EN EL NUEVO SISTEMA DE FINANCIACION AUTONOMICA EN 2002 (millones de euros corrientes)

Concepto	Cesta de impuestos per cápita (media =100)	Cesta de impuestos en %	Cesta de impuestos s/sanidad	ITE regional s/sanidad	Correspons fiscal débil 1999 en %	Diferencias Correspons fiscal débil con modelo anterior %	Correspons fiscal fuerte 1999 en %	Diferencias Correspons fiscal fuerte con modelo anterior %
Cataluña	122,83	20,37	180,58	148,25	81,12	46,42	43,31	17,79
Galicia	82,34	6,01	121,60	98,02	50,77	35,58	23,47	11,18
Andalucía	72,99	14,24	114,34	95,11	49,94	32,74	20,65	13,02
Asturias	101,76	2,95	139,32	106,86	62,42	40,44	32,30	17,40
Cantabria	98,04	1,38	121,91	100,01	54,91	38,65	26,36	15,69
La Rioja	102,99	0,73	126,64	104,75	57,18	37,16	28,62	15,07
Murcia	80,48	2,43	126,75	106,90	56,76	40,73	22,61	11,27
C. Valenciana	98,22	10,67	151,39	121,04	72,12	41,15	34,19	14,07
Aragón	110,15	3,49	151,67	120,22	65,78	40,76	33,48	18,47
C.La Mancha	80,57	3,71	119,37	93,94	49,07	35,67	20,81	10,46
Canarias	46,32	2,07	70,76	41,93	29,48	8,46	27,95	10,73
Extremadura	63,71	1,83	92,83	76,91	36,70	26,69	14,34	5,41
Baleares	162,81	3,57	243,06	203,43	113,09	83,09	42,52	14,83
Madrid	146,41	20,12	236,46	180,58	103,64	70,63	64,74	35,57
Castilla y León	96,47	6,41	140,07	106,87	55,98	39,93	27,68	16,06
TOTAL CCAA	100,00	100,00	150,74	120,11	65,80	44,41	33,72	17,98

FUENTE: Elaboración propia.

No obstante, según el Cuadro 5.34, los resultados obtenidos indican que en 2002 las diferencias en financiación global por habitante han disminuido pasando el Coeficiente de Variación de 0,0895 (año base 1999) al 0,0880 (año 2002). Así, las diferencias máximas respecto a la media nacional se sitúan entre los máximos de La Rioja (113,55) y Cantabria (112,56) y los mínimos de C.Valenciana (85,86). En cuanto a cada bloque competencial:

a) Los máximos en cuanto a financiación Sanitaria por habitante pasan a situarse entre La Rioja (117,89) y Cantabria (116,58) y los mínimos de Madrid (89,76) además de disminuir ligeramente el Coeficiente de Variación (0,0800). respecto al obtenido en el año base (0,0801).

b) En Competencias Comunes, el resultado obtenido logra disminuir las diferencias en financiación per cápita y el Coeficiente de Variación de los índices (de 0,1102 en 1999 y 0,1095 en 2002). Las diferencias máximas respecto a la media nacional (100,00) vuelven a situarse entre Extremadura (117,44) y Castilla y León (114,56) y los mínimos de C.Valenciana (79,61).

c) En cuanto a las Competencias en Servicios Sociales, también se logra disminuir las diferencias en financiación per cápita y el Coeficiente de Variación de los índices (de 0,2906 en 1999 a 0,2895 en 2002). Las diferencias máximas respecto a la media nacional (100,00) se sitúan entre La Rioja (163,98) y Castilla y León (144,79) y los mínimos de Canarias (58,20).

CUADRO 5.34. ESTRUCTURA DEL NUEVO SISTEMA DE FINANCIACION AUTONOMICA (COMPETENCIAS COMUNES, SANIDAD Y S.SOCIALES): NECESIDADES DE FINANCIACION PER CAPITA EN 2002 (euros corrientes)

Concepto	Necesidades Financiación globales capitativas (población)	Necesidades Financiación globales capitativa (población) media =100	Necesidades Financiación capitativas C.Comunes (población)	Necesidades Financiación capitativas C.Comunes (población) media =100	Necesidades Financiación capitativas C.Sanidad (población)	Necesidades Financiación capitativas Sanidad (población) media =100	Necesidades Financiación capitativas C.S.Sociales (población)	Necesidades Financiación capitativas C.S. Sociales (población) media =100
Cataluña	1781,03	95,45	953,79	93,114	800,07	98,59	27,16	90,09
Galicia	1907,51	102,23	1080,77	105,51	796,51	98,16	30,22	100,26
Andalucía	1719,12	92,13	947,34	92,48	750,91	92,54	20,86	69,21
Asturias	1917,68	102,77	1025,16	100,08	859,20	105,88	33,31	110,51
Cantabria	2100,27	112,56	1123,67	109,69	946,03	116,58	30,57	101,41
La Rioja	2118,81	113,55	1112,74	108,63	956,64	117,89	49,43	163,98
Murcia	1668,06	89,39	899,71	87,83	746,92	92,05	21,43	71,09
Comunidad Valenciana	1602,08	85,86	815,48	79,61	763,18	94,05	23,42	77,69
Aragón	1969,69	105,56	1075,98	105,04	854,26	105,28	39,45	130,87
Castilla-La Mancha	1931,45	103,51	1101,86	107,57	794,04	97,85	35,56	117,96
Canarias	1848,49	99,06	1060,89	103,57	770,05	94,89	17,54	58,20
Extremadura	2042,03	109,44	1202,99	117,44	807,32	99,49	31,72	105,23
Baleares	1693,37	90,75	879,59	85,87	787,94	97,10	25,83	85,69
Madrid	1661,81	89,06	911,44	88,98	728,36	89,76	22,01	73,00
Castilla y León	2027,29	108,65	1173,47	114,56	810,17	99,84	43,65	144,79
MEDIA CCAA	1865,91	100,00	1024,33	100,00	811,44	100,00	30,14	100,00
D.T. CCAA	164,24	8,80	112,18	10,95	64,96	8,01	8,73	28,95
C.V. CCAA	0,0880	0,0880	0,1095	0,1095	0,0801	0,0800	0,2895	0,2895
RANGO CCAA	516,7296	27,6931	387,5117	37,8308	228,2798	28,1326	31,8866	105,7762
RECO. INTERCUAR.	292,2498	15,6625	177,9068	17,3682	65,5986	8,0842	11,7219	38,8847
DESV. ABSO. MEDIA	2174,8638	116,5575	1477,1819	144,2099	740,7450	91,2875	105,5174	350,0287

FUENTE: Elaboración propia.

Como resultado, se procede a la distribución entre las CCAA del otro elemento básico del modelo (*Fondo de Suficiencia*) al tener en cuenta que el sistema actual prevé la incorporación de las Ciudades Autónomas mediante su participación en dicho Fondo en el año base 1999 por un importe que comprende la valoración de los servicios transferidos y que tiene en cuenta la subvención de sus órganos de autogobierno (Cuadro 5.35). Este Fondo evolucionado en función del ITE en el período 1999-2002 vendría a representar en el año 2002 un total para CCAA de 22.884,58 millones de euros y un 34,19% del total de Necesidades de financiación sirviendo para financiar la sanidad sólo en parte y representando unos 2.180,45 millones de euros (70,52%) en Canarias y 1.387,70 millones de euros (63,29%) en Extremadura si bien, al igual que en el año base de 1999, sería poco significativo además de dónde resulta negativo como las CCAA de Baleares con -182,26 millones de euros (-13,09%) y la de Madrid con -311,14 millones de euros (-3,64%), en otras regiones como Cataluña con 2.087,01 millones de euros (18,87%) y la C.Valenciana con 1.816,23 millones de euros (27,88%).

CUADRO 5.35. FONDO DE AHORRO EN INCAPACIDAD LABORAL TEMPORAL (ILT) CESTA DE IMPUESTOS Y FONDO DE SUFICIENCIA EN EL NUEVO SISTEMA DE FINANCIACION AUTONOMICA EN 2002 (millones de euros corrientes)

Concepto	Cesta de impuestos	Cesta de impuestos per cápita euros	Cesta de impuestos en %	Fondo Ahorro en ILT	Fondo de suficiencia	Fondo de suficiencia en %	Fondo de suficiencia s/sanidad
Cataluña	8.968,82	1444,83	20,37	53,03	2087,01	18,87	42,02
Galicia	2.644,51	968,56	6,00	22,78	2563,64	49,22	117,88
Andalucía	6.272,05	858,58	14,24	60,27	6286,29	50,05	114,59
Asturias	1.298,02	1197,09	2,95	8,19	781,35	37,57	83,87
Cantabria	609,51	1153,32	1,38	3,95	500,44	45,08	100,09
La Rioja	321,26	1211,48	0,73	1,97	240,61	42,82	94,84
Murcia	1.070,91	946,76	2,43	8,27	815,88	43,24	96,57
C. Valenciana	4.698,60	1155,45	10,67	34,27	1816,23	27,88	58,52
Aragón	1.537,79	1295,69	3,49	8,76	799,93	34,22	78,89
Castilla-La Mancha	1.636,15	947,83	3,71	12,78	1697,93	50,92	123,87
Canarias	911,50	544,93	2,07	13,95	2180,45	70,52	169,28
Extremadura	804,57	749,43	1,83	7,85	1387,70	63,29	160,11
Baleares	1.573,91	1915,15	3,57	6,58	-182,26	-13,09	-28,14
Madrid	8.861,69	1722,28	20,12	37,52	-311,14	-3,64	-8,30
Castilla y León	2.823,50	1134,82	6,41	18,16	2220,53	44,02	110,16
TOTAL CCAA	44.032,80	1176,31	100,00	298,35	22884,58	34,19	78,34
Ceuta					10,65		
Melilla					8,47		
Total Ciudades Autónomas					19,12		
Total					22903,70		

FUENTE: Elaboración propia.

Las diferencias regionales pueden llegar a ser significativas siendo las CCAA más perjudicadas aquellas que reciben una parte mayor de sus recursos a través del Fondo de Suficiencia tales como Andalucía, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Extremadura y Galicia, que tienen una mayor participación en los impuestos de menor crecimiento.

Por contra, las regiones cuya financiación se apoya en los impuestos con mayor crecimiento experimentan una mejor situación como es el caso de Cataluña, Canarias, Baleares o Madrid que además tienen en estos dos últimos casos una participación negativa en el Fondo de Suficiencia¹⁷⁵. Así, se generaría un mayor margen de financiación en 1999-2002 por el aumento del crecimiento de los impuestos cedidos y participados por encima del PIB y sólo la desaceleración en la evolución del *Fondo de Suficiencia* por efecto de la Reforma del IRPF a partir del año 2003 puede afectar a las regiones con mayor volumen de transferencias, si bien el efecto demográfico sobre las necesidades de gastos regionales puede generar más desajustes¹⁷⁶.

Por último, se estiman, de nuevo, como proyecciones dinámicas la hipótesis de prórroga de la financiación sanitaria real en 2002 en base al modelo 1998-2001 y la que resultaría en ese mismo año de la prórroga del modelo 1998-2001 pero en base a las variables de reparto del nuevo modelo, a saber, población protegida, población mayor de 65 años e insularidad. Los Cuadros 5.36 y 5.37 resumen las diferencias en la financiación autonómica sanitaria obtenida por las CCAA entre ambos escenarios respecto al de integración en el sistema general. Las proyecciones dinámicas realizadas muestran que, en conjunto, las regiones de régimen común analizadas podrían obtener como mínimo una ganancia potencial de financiación mayor que en el año 1999 que se situaría en torno a los 1.152,39 millones de euros, como consecuencia del comportamiento favorable de la *Cesta de impuestos* y del *Fondo de Suficiencia* al integrarse la financiación de la sanidad en el nuevo sistema general vigente ya en el año 2002. Bajo dicho sistema integrado las ganancias globales podrían alcanzar como mínimo un 3,94% de financiación suplementaria aunque los resultados volverían a ser bastante dispares entre las distintas CCAA, dadas las condiciones ventajosas que han obtenido muchas de ellas de la negociación de las transferencias en Diciembre de 2001 (coste efectivo) y a la evolución favorable de sus correspondientes ITE regionales y *Fondo de Suficiencia*, muy superiores al aumento del PIB que servía de referencia al crecimiento de la financiación sanitaria en 1999.

¹⁷⁵ Lógicamente, en la simulación se ha tenido en cuenta que la evolución de la participación negativa en el Fondo de Suficiencia de Baleares y Madrid puede producirse en función de su índice de ITE regional.

¹⁷⁶ Otro aspecto relevante, en este sentido, se refiere a que el Proyecto de Ley de PGE para 2002 en su artículo 85 aplica la Ley 29/1990, de 26 de Diciembre, reguladora del Fondo de Compensación Interterritorial (FCI) y recoge lo dispuesto en el Acuerdo del CPFF introduciendo novedades de beneficiarios, volumen y destino de recursos lo que otorga unos 880,87 millones de euros en 2002 a diversas regiones: Galicia, Andalucía, Asturias, Cantabria, Murcia, C.Valenciana, Castilla-La Mancha, Canarias, Extremadura y Castilla y León. Son las más beneficiadas Andalucía con 360,52 millones de euros (40,9%) y Galicia con 140,60 millones de euros (16%) y al incorporar a las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla como territorios beneficiarios se incrementa el volumen de recursos (13,22 millones de euros en ambas), calculado siguiendo los criterios de la Ley 29/1990, en idéntica cuantía a la que actualmente destina el Estado para inversiones en dichas Ciudades, en virtud de la Disposición adicional de dicha Ley, es decir, 894,09 millones de euros que se asigna a dos FCI, uno, por importe del 75% del total destinado exclusivamente a gastos en inversión según el mandato constitucional o Fondo de Compensación, con una dotación de 670,57 millones de euros en 2002 y otro, por el 25% restante, llamado Fondo Complementario, también dotado en el capítulo de transferencias de capital, pero que puede destinarse a gastos de funcionamiento asociados a proyectos de inversión financiados con cargo a ambos fondos cuya dotación es de 223,52 millones de euros.

CUADRO 5.36. DIFERENCIAS EN LA FINANCIACION DE LA SANIDAD TERRITORIALIZADA EN EL AÑO 2002 NUEVO MODELO DE FINANCIACION AUTONOMICA INTEGRADO VERSUS PRORROGA APLICACION FINANCIACION SANITARIA ESPECIFICA (MODELO 1998-2001)

Concepto	Criterio sanidad modelo actual	Criterio sanidad modelo actual	Criterio (población protegida) 1998-2001	Criterio (población protegida) 1998-2001	Diferencias millones de euros	Diferencias en %	Diferencias Financiación per cápita (protegida) en euros	Diferencias Financiación per cápita (derecho) en euros
Cataluña	99,59	16,92	102,19	17,36	89,80	1,81	14,88	14,47
Galicia	103,97	7,59	101,29	7,39	98,82	4,54	38,13	36,19
Andalucía	96,01	18,55	99,19	19,16	101,36	1,85	14,77	13,87
Asturias	105,42	3,11	110,18	3,25	17,86	1,92	17,03	16,47
Cantabria	102,10	1,46	108,63	1,54	64,81	12,96	127,96	122,64
La Rioja	102,82	0,73	95,71	0,68	62,80	24,76	249,04	236,83
Murcia	96,31	2,87	97,95	2,91	24,55	2,90	23,18	21,70
C. Valenciana	98,72	10,84	98,58	10,82	62,95	2,03	16,14	15,48
Aragón	106,33	3,36	109,29	3,45	43,78	4,32	39,01	36,89
Castilla-La Mancha	103,90	4,79	96,78	4,46	118,08	8,61	72,15	68,40
Canarias	100,67	4,50	96,14	4,29	80,42	6,24	50,63	48,08
Extremadura	102,47	2,90	103,65	2,93	42,91	4,95	42,69	39,96
Baleares	101,81	2,25	85,17	1,88	118,55	18,31	150,96	144,25
Madrid	96,75	13,09	96,84	13,09	70,95	1,89	14,76	13,79
Castilla y León	107,48	7,04	101,18	6,62	154,74	7,67	66,53	62,19
TOTAL CCAA	100,00	100,00	100,00	100,00	1.152,39	3,94	32,44	30,78

FUENTE: Elaboración propia a partir de Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Hacienda, INE e INSALUD.

CUADRO 5.37. DIFERENCIAS EN LA FINANCIACION DE LA SANIDAD TERRITORIALIZADA EN EL AÑO 2002 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	Criterio sanidad modelo actual	Criterio sanidad modelo actual	Criterio (población protegida) 1998-2001	Criterio (población protegida) 1998-2001	Diferencias millones de euros	Diferencias en %	Diferencias Financiación per cápita (protegida) en euros	Diferencias Financiación per cápita (derecho) en euros
Cataluña	99,59	16,92	99,62	16,92	212,67	4,28	32,24	34,26
Galicia	103,97	7,59	104,12	7,59	40,77	1,87	15,73	14,93
Andalucía	96,01	18,55	96,09	18,56	269,75	4,92	39,30	36,92
Asturias	105,42	3,11	104,52	3,08	64,84	6,96	61,83	59,79
Cantabria	102,10	1,46	101,70	1,45	92,59	18,52	182,79	175,19
La Rioja	102,82	0,73	102,62	0,72	49,02	19,32	194,37	184,84
Murcia	96,31	2,87	95,68	2,85	43,49	5,15	41,07	38,45
C. Valenciana	98,72	10,84	98,74	10,84	57,75	1,86	14,81	14,20
Aragón	106,33	3,36	105,67	3,34	75,88	7,48	67,60	63,93
Castilla-La Mancha	103,90	4,79	103,28	4,76	33,95	2,47	20,74	19,67
Canarias	100,67	4,50	100,56	4,49	24,86	1,93	15,65	14,86
Extremadura	102,47	2,90	101,72	2,87	58,28	6,72	57,99	54,29
Baleares	101,81	2,25	101,26	2,24	18,62	2,87	23,71	22,66
Madrid	96,75	13,09	96,23	13,01	90,94	2,43	18,93	17,67
Castilla y León	107,48	7,04	106,79	6,99	51,50	2,55	22,14	20,69
TOTAL CCAA	100,00	100,00	100,00	100,00	1.152,39	3,94	32,44	30,78

FUENTE: Elaboración propia a partir de Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Hacienda, INE e INSALUD.

3.4 Discusión y proyecciones de futuro del nuevo modelo para 2003-2005

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 2003-2005 (Cuadros 5.38-5.62) que se hubiera obtenido en caso de haber continuado con un modelo finalista similar al que existía anteriormente (1998-2001) o incluso con éste mismo pero con un reparto en base a las variables de necesidad finalmente adoptadas en el nuevo modelo de financiación autonómica versus la situación real de integración en el nuevo modelo de financiación general. 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.

En primer lugar, se observa como desde una Restricción inicial del sistema en 1999 de unos 51.537,84 millones de euros y unas Necesidades de financiación de 53.821,89 millones de euros, éstas últimas podrían llegar a aumentar hasta los 71.210,94 millones de euros en el año 2003 (índice de evolución del 1,3231), los 75.197,81 millones de euros en 2004 (índice de evolución del 1,3971) y los 79.628,81 millones de euros en 2005 (índice de evolución del 1,4795), resultando significativas algunas diferencias en cuanto a la evolución esperada de la financiación entre regiones para el período 1999-2005 siendo las más beneficiadas aquellas que basan su financiación en los impuestos de mayor crecimiento tales como: Madrid (1,5200), Cataluña (1,5045), Baleares (1,4880), C.Valenciana (1,4811) y Canarias (1,4795).

Por contra, las CCAA más perjudicadas en ese mismo período serían aquellas que reciben la mayor parte de sus recursos financieros a través de transferencias estatales (*Fondo de Suficiencia*), como es el caso de Cantabria (1,4393), Extremadura (1,4405), Castilla-La Mancha (1,4404), Castilla y León (1,4555), Murcia (1,4507) y Galicia (1,4550). Precisamente, dichas diferencias regionales en cuanto a la evolución de la financiación global a partir del año 2003 empezaron a mostrarse especialmente en esas regiones con índices por debajo de la media en dicho ejercicio (1,3231) como Cantabria (1,2741), Extremadura (1,2898) Castilla-La Mancha (1,2910), Murcia (1,2996), Galicia (1,3029) y Castilla y León (1,3064), debido básicamente a la disminución de las transferencias estatales (*Fondo de Suficiencia*) vinculadas a una menor evolución del ITE nacional como consecuencia del previsible coste recaudatorio de la Reforma del IRPF aplicada desde ese año.

Dicho Fondo de Suficiencia para las CCAA pasaría de suponer en el año base 1999 unos 18.437,30 millones de euros hasta incrementarse a 23.416,00 millones de euros en el año 2003, los 24.714,89 millones de euros en 2004 y los 26.156,33 millones de euros en 2005, resultando en todos esos años más beneficiadas en términos absolutos CCAA como Andalucía y Galicia y en términos relativos Canarias, Extremadura, Castilla-La Mancha, Galicia, Andalucía, Cantabria, Castilla y León, La Rioja y Asturias. Baleares y Madrid tendrían participaciones negativas en dicho Fondo en el período 1999-2005.

Así, la asunción del nuevo modelo general de financiación muestra cómo su componente principal (ITE regional medio) tiene una clara evolución positiva en el año 2003 (1,3279), aunque ralentizada, por encima del índice de Necesidades de financiación global (1,3106), de la previsión del PIB (1,2893) y de la propia evolución del *Fondo de Suficiencia* en base al ITE nacional (1,2715), siendo especialmente relevante que dicho índice no aumente mucho debido al efecto de la Reforma del IRPF en ese año. En el año 2004, el ITE regional medio registraría una recuperación importante tras lo sucedido en el año 2003 y evolucionaría adecuadamente (1,4007) tanto por encima del índice de Necesidades de financiación global (1,3839) y del PIB (1,3602) como de la propia evolución del *Fondo de Suficiencia* en base al ITE nacional (1,3405), volviendo éste último índice a registrar un menor crecimiento del esperado en ausencia de la Reforma del IRPF. En 2005, el ITE regional medio volvería a mostrar una evolución positiva (1,4826) por encima del índice de Necesidades de financiación global (1,4655), del PIB (1,4351) y del *Fondo de Suficiencia* en base al ITE nacional (1,4186), volviendo éste último a crecer menos de lo esperado en ausencia de la Reforma del IRPF.

Respecto a la corresponsabilidad fiscal entendida en un sentido relajado o débil, ésta aumentaría ligeramente desde el 65,30% de 1999 hasta el 67,12% en 2003, motivado por el mayor incremento de la *cesta de impuestos* y el relativo estancamiento del ITE nacional por la Reforma del IRPF, lo que afecta al crecimiento de las Necesidades de financiación, haciendo que en los siguientes años dicho porcentaje se mantenga prácticamente inalterable (67,13% en 2004 y 67,15% en 2005). Por otro lado, la corresponsabilidad fiscal entendida en un sentido estricto o fuerte pasaría desde el 30,74% en 1999 hasta el 34,69% en 2003, motivado por el mayor incremento de la *cesta de impuestos* y, en especial, de los *tributos cedidos clásicos* y el relativo estancamiento del ITE nacional por la Reforma del IRPF que afecta negativamente al crecimiento de las Necesidades de financiación, haciendo que en los siguientes años dicho porcentaje se incremente ligeramente dada la evolución favorable esperada de los *tributos cedidos clásicos* y *las tasas* (34,84% en 2004 y 34,91% en 2005).

No obstante, las diferencias regionales en el período 2003-2005 siguen siendo importantes tanto por los condicionantes impuestos en la situación de partida (Restricción inicial) y los topes establecidos así como la diferente evolución de las fuentes de financiación del sistema. Los resultados obtenidos indican que en este período, para el cual se han llevado a cabo proyecciones dinámicas, las diferencias en financiación global por habitante estimada podrían llegar a disminuir, como se observa por las medidas de dispersión, pasando el Coeficiente de Variación de los índices de referencia de 0,0895 (año base 1999) a 0,0804 (año 2003), 0,0801 (año 2004) y 0,0810 (año 2005) dado que la evolución de Servicios Sociales es más homogénea así como la traslación del proceso de traspaso de las Competencias sanitarias a los próximos años. Resulta también igualmente interesante el hecho de que, en cierto modo, el efecto de la Reforma del IRPF aplicado a partir de 2003 consigue disminuir las divergencias existentes en 2002, lo que se muestra en el cambio del coeficiente de variación de 0,0880 (año 2002) a 0,0804 (año 2003). Los resultados obtenidos indican que en este período las diferencias máximas respecto al media nacional (100,00) se vuelven a situar en situaciones similares a las del año base 1999 para regiones como La Rioja (115,94 en 2003, 115,91 en 2004 y 115,80 en 2005) y Cantabria (110,93 en 2003, 110,89 en 2004 y 112,08 en 2005) y los mínimos de C.Valenciana (89,55 en 2003 y 2004 y 89,48 en 2005), Murcia (89,96 en 2003, 89,91 en 2004 y 89,82 en 2005), Baleares (90,13 en 2003 y 2004 y 90,18 en 2005) y Madrid (91,55 en 2003, 92,17 en 2004 y 91,82 en 2005). En cuanto a cada uno de los bloques competenciales:

a) Resulta significativo que los máximos en cuanto a financiación de la Sanidad por habitante respecto a la media nacional vuelven a alcanzarlos las mismas regiones que en el año base 1999, es decir, La Rioja (117,85 en 2003, 117,81 en 2004 y 117,85 en 2005) y Cantabria (116,55 en 2003, 116,28 en 2004 y 116,58 en 2005) al igual que sucede con los mínimos para el caso de Madrid (89,72 en 2003, 90,01 en 2004 y 89,74 en 2005) además de producirse escasas diferencias en el Coeficiente de Variación (0,0799 en 2003, 0,0791 en 2004 y 0,0800 en 2005) respecto al obtenido en el año base (0,0801), por lo que el efecto de la Reforma del IRPF aplicado a partir de 2003 no tendría un impacto significativo, dado que la sanidad se financiaría preferentemente con los otros recursos del sistema (*impuestos participados y fondo de suficiencia*).

b) En Competencias Comunes, los resultados muestran que se disminuyen las diferencias en financiación per cápita y el Coeficiente de Variación de los índices (de 0,1102 en el año base 1999, 0,0932 en 2003, 0,0931 en 2004 y 0,0934 en 2005). Las diferencias máximas respecto a la media nacional (100,00) se sitúan entre Extremadura (115,44 en 2003, 115,23 en 2004 y 115,12 en 2005) y La Rioja (112,81 en 2003, 112,88 en 2004 y 112,66 en 2005) y los mínimos de Baleares (84,84 en 2003, 84,90 en 2004 y 84,95 en 2005), C.Valenciana (86,19 en 2003, 86,20 en 2004 y 86,08 en 2005), Murcia (88,87 en 2003, 88,47 en 2004 y 88,56 en 2005) y Madrid (93,48 en 2003, 94,41 en 2004 y 93,98 en 2005).

c) En cuanto a las Competencias en Servicios Sociales, se pueden llegar a disminuir las diferencias en términos de financiación per cápita y el Coeficiente de Variación de los índices (de 0,3320 en el año base 1999 a 0,2879 en 2003, 0,2906 en 2004 y 2005). Las diferencias máximas respecto a la media nacional (100,00) se sitúan ahora entre La Rioja (170,65 en 2003, 170,17 en 2004 y 2005), Castilla y León (137,98 en 2003, 138,48 en 2004 y 2005) y Aragón (134,95 en 2003, 133,45 en 2004 y 2005) y los mínimos de Canarias (58,77 en 2003, 58,21 en 2004 y 2005), Murcia (72,17 en 2003, 72,97 en 2004 y 2005), Andalucía (72,18 en 2003, 71,28 en 2004 y 2005) y Madrid (75,01 en 2003, 73,43 en 2004 y 2005).

Asimismo, se estiman, de nuevo, distinguiendo entre INSALUD-No transferido por una parte y cada una de las CCAA con Gestión Transferida, la hipótesis de prórroga de la financiación sanitaria real en 2002 en base al modelo 1998-2001 y la que resultaría en ese mismo año de la prórroga del modelo 1998-2001 pero en base a las variables de reparto del nuevo modelo de financiación autonómica: población protegida, población mayor de 65 años e insularidad. En cualquier caso, como el ITE regional de las diferentes CCAA es superior en el período considerado a las garantías del sistema (ITE nacional o PIB para la sanidad en 2002-2004) y al ser precisamente el índice de referencia regional adecuado para calcular la parte de financiación que se podría destinar a sanidad (al dictar el crecimiento de la recaudación de la “cesta de impuestos”) junto con el ITE nacional (si bien las CCAA podrían acabar gastando más a través de otros recursos), se han tenido en cuenta estos dos índices para calcular así la evolución de la financiación sanitaria integrada en los próximos años.

Por tanto, se observa como desde una Restricción inicial sanitaria del sistema integrado en 1999 de unos 23.023,88 millones de euros y unas Necesidades de financiación de 23.533,75 millones de euros, éstas últimas podrían llegar a aumentar, como mínimo, en el caso sanitario hasta 30.909,49 millones de euros en 2003 (índice de evolución del 1,3134), 32.614,89 millones de euros en 2004 (índice de evolución del 1,3858) y 34.529,95 millones de euros en 2005 (índice de evolución del 1,4672), mostraría que el crecimiento de la financiación sanitaria para el período 1999-2005 se mantendría tanto por encima del de las Necesidades de Financiación globales como del PIB, resultando más favorable la evolución de los recursos para sanidad en las CCAA cuyo ITE regional y *Fondo de Suficiencia* sea más favorable. Finalmente, en cuanto a las diferencias en la financiación 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) y su integración en la financiación general, las estimaciones realizadas muestran que, en conjunto, las regiones analizadas podrían obtener como mínimo una ganancia potencial de financiación: 1.223,88 millones de euros en 2003, 1.296,55 millones de euros en 2004 y 1.489,11 millones de euros en 2005.

Bajo el sistema integrado las ganancias globales de financiación suplementaria alcanzarían como mínimo en el 2003 un 3,96%, en el 2004 un 3,97% y en el 2005 un 4,31% aunque los resultados diferirían en las distintas CCAA observándose que las mayores ganancias potenciales de nuevo corresponderían a las que en el año 2001 no gestionaban las competencias sanitarias dadas las condiciones ventajosas que han obtenido muchas de ellas de la propia negociación de las transferencias en Diciembre de 2001.

CUADRO 5.38. ESTRUCTURA DEL NUEVO SISTEMA DE FINANCIACION AUTONOMICA EN 2003
(millones de euros corrientes)

Concepto	Necesidades Financiación C.Comunes	Necesidades Financiación C.Sanidad	Necesidades Financiación C.S.Sociales	Necesidades Financiación globales	Indice Necesidades Financiación	Diferencia Necesidades Financiación y Restricc Inicial
Cataluña	6237,53	5254,22	175,64	11667,40	1,3464	3258,54
Galicia	3087,98	2300,36	86,74	5475,10	1,3029	1359,56
Andalucía	7571,19	5800,92	167,78	13539,90	1,3166	3424,58
Asturias	1130,39	985,53	36,76	2152,68	1,3207	598,83
Cantabria	610,96	528,96	16,67	1156,59	1,2741	365,24
La Rioja	323,76	268,37	14,39	606,54	1,3163	200,78
Murcia	1087,99	893,65	25,98	2007,62	1,2996	514,53
C. Valenciana	3793,55	3282,98	107,70	7184,24	1,3257	1934,67
Aragón	1393,22	1072,44	50,96	2516,63	1,3239	679,73
Castilla-La Mancha	1897,53	1460,77	61,86	3420,17	1,2910	925,80
Canarias	1865,24	1362,57	31,28	3259,09	1,3237	920,35
Extremadura	1341,29	916,87	35,73	2293,90	1,2898	627,25
Baleares	754,60	685,01	21,78	1461,40	1,3302	508,95
Madrid	5205,71	3964,48	122,80	9293,00	1,3554	3043,08
Castilla y León	2935,11	2132,34	109,23	5176,69	1,3064	1311,19
TOTAL CCAA	39236,10	30909,49	1065,34	71210,94	1,3231	19673,10

FUENTE: Elaboración propia.

CUADRO 5.39. ESTRUCTURA DEL NUEVO SISTEMA DE FINANCIACION AUTONOMICA: EVOLUCION DE LA DESCENTRALIZACION FISCAL EN 2003 (millones de euros corrientes)

Concepto	Clásicos tributos cedidos y tasas. Recaudación con criterio normativo	Clásicos tributos cedidos y tasas . Recaudación con criterio normativo en %Nec Financ	IRPF 36%	IVA 35%	IRPF, IVA e Impuestos especiales (ITE regional)	IRPF, IVA e Impuestos especiales (ITE regional) en %Neces Financ	Indice de evolución (ITE regional)
Cataluña	1524,24	13,06	3508,11	2673,71	8004,81	68,61	1,3399
Galicia	538,61	9,84	781,81	913,98	2309,79	42,18	1,3113
Andalucía	1446,49	10,68	1694,97	2388,21	5652,48	41,74	1,3081
Asturias	271,38	12,61	406,81	433,18	1080,73	50,20	1,3271
Cantabria	101,52	8,78	201,81	196,82	542,32	46,89	1,2972
La Rioja	71,59	11,80	116,05	98,41	288,42	47,55	1,3265
Murcia	194,21	9,67	285,41	378,55	977,45	48,68	1,3012
C. Valenciana	1247,96	17,37	1416,98	1545,60	4075,37	56,72	1,3185
Aragón	374,90	14,89	511,13	468,38	1322,11	52,53	1,3234
Castilla-La Mancha	291,06	8,51	380,74	495,17	1389,41	40,62	1,2878
Canarias	431,80	13,25	543,18	0	593,21	18,20	1,4622
Extremadura	151,06	6,58	194,51	302,51	720,99	31,43	1,2993
Baleares	230,15	15,75	369,37	764,12	1428,95	97,78	1,3103
Madrid	2251,90	24,23	3793,18	2222,26	7380,41	79,42	1,3592
Castilla y León	570,03	11,01	800,98	832,39	2331,50	45,04	1,3080
TOTAL CCAA	9696,95	13,62	15005,08	13713,31	38097,99	53,50	1,3279

FUENTE: Elaboración propia.

CUADRO 5.40. ESTRUCTURA DEL NUEVO SISTEMA DE FINANCIACION AUTONOMICA (COMPETENCIAS COMUNES, SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES): NECESIDADES DE FINANCIACION PER CAPITA EN 2003 (euros corrientes)

Concepto	Necesidades Financiación capitativas (población)	Necesidades Financiación capitativa (población) media=100	Necesidades Financiación capitativas C.Comunes (población)	Necesidades Financiación capitativas C.Comunes (población) media =100	Necesidades Financiación capitativas C.Sanidad (población)	Necesidades Financiación capitativas C.Sanidad (población) media=100	Necesidades Financiación capitativas C.S.Sociales (población)	Necesidades Financiación capitativas C.S. Sociales (población) media=100
Cataluña	1879,55	95,27	1004,83	92,85	846,43	98,56	28,29	88,93
Galicia	2005,28	101,64	1130,99	104,50	842,52	98,10	31,77	99,85
Andalucía	1853,48	93,95	1036,42	95,76	794,09	92,46	22,97	72,18
Asturias	1985,29	100,63	1042,49	96,32	908,89	105,83	33,90	106,55
Cantabria	2188,53	110,93	1156,08	106,82	1000,91	116,55	31,54	99,13
La Rioja	2287,29	115,94	1220,93	112,81	1012,06	117,85	54,29	170,65
Murcia	1774,88	89,96	961,86	88,87	790,05	91,99	22,97	72,18
Comunidad Valenciana	1766,69	89,55	932,88	86,19	807,33	94,01	26,48	83,24
Aragón	2120,43	107,48	1173,88	108,47	903,61	105,22	42,94	134,95
Castilla-La Mancha	1981,33	100,43	1099,25	101,57	846,24	98,54	35,83	112,63
Canarias	1948,41	98,76	1115,11	103,04	814,60	94,85	18,69	58,77
Extremadura	2136,69	108,30	1249,37	115,44	854,04	99,45	33,28	104,61
Baleares	1778,24	90,13	918,21	84,84	833,52	97,06	26,51	83,32
Madrid	1806,10	91,55	1011,74	93,48	770,50	89,72	23,87	75,01
Castilla y León	2080,61	105,46	1179,68	109,00	857,03	99,79	43,90	137,98
MEDIA CCAA	1972,86	100,00	1082,25	100,00	858,79	100,00	31,82	100,00
D.T. CCAA	158,71	8,04	100,86	9,32	68,6816	7,99	9,16	28,79
C.V. CCAA	0,0804	0,0804	0,0932	0,0932	0,0799	0,0799	0,2879	0,2879
RANGO CCAA	520,5933	26,3878	331,1658	30,5990	241,5613	28,1281	35,5980	111,8809
RECO. INTERCUAR.	270,7255	13,7225	156,6952	14,4786	69,3534	8,0757	9,6934	30,4653
DESV. ABSO. MEDIA	2005,2277	101,6408	1334,6042	123,3175	780,6547	90,9018	106,5119	334,7562

FUENTE: Elaboración propia.

CUADRO 5.41. CESTA DE IMPUESTOS Y CORRESPONSABILIDAD FISCAL DEL NUEVO SISTEMA DE FINANCIACION AUTONOMICA EN 2003 (millones de euros corrientes)

Concepto	Cesta de impuestos per cápita (media =100)	Cesta de impuestos en %	Cesta de impuestos s/sanidad	ITE regional s/sanidad	Correspons fiscal débil 1999 en %	Diferencias Correspons fiscal débil con anterior modelo %	Correspons fiscal fuerte 1999 en %	Diferencias Correspons fiscal fuerte con anterior modelo %
Cataluña	120,23	19,93	181,36	152,35	81,67	46,97	43,13	17,61
Galicia	81,71	5,96	123,82	100,41	52,02	36,82	24,12	11,83
Andalucía	76,11	14,85	122,37	97,44	52,43	35,23	23,20	15,57
Asturias	97,66	2,83	137,19	109,66	62,81	40,83	31,50	16,60
Cantabria	95,42	1,35	121,72	102,52	55,67	39,41	26,23	15,56
La Rioja	106,33	0,75	134,14	107,47	59,35	39,34	30,94	17,39
Murcia	81,13	2,45	131,11	109,38	58,36	42,33	23,89	12,55
C. Valenciana	102,53	11,14	162,15	124,13	74,09	43,13	37,09	16,97
Aragón	111,98	3,55	158,24	123,28	67,43	42,41	35,21	20,20
C.La Mancha	76,24	3,52	115,04	95,11	49,13	35,73	19,64	9,29
Canarias	47,99	2,14	75,22	43,53	31,45	10,43	29,92	12,70
Extremadura	63,62	1,82	95,11	78,64	38,02	28,01	15,07	6,14
Baleares	158,11	3,47	242,20	208,60	113,53	83,52	41,02	13,33
Madrid	146,62	20,15	242,96	186,16	103,65	70,64	65,05	35,88
Castilla y León	91,33	6,07	136,07	109,34	56,05	40,00	26,48	14,86
TOTAL CCAA	100,00	100,00	154,63	123,25	67,12	45,73	34,69	18,95

FUENTE: Elaboración propia.

CUADRO 5.42. CESTA DE IMPUESTOS, FONDO DE AHORRO EN INCAPACIDAD LABORAL TEMPORAL (ILT) Y DE SUFICIENCIA DEL NUEVO SISTEMA DE FINANCIACION AUTONOMICA EN 2003 (millones de euros corrientes)

Concepto	Cesta de impuestos	Cesta de impuestos per cápita en euros	Cesta de impuestos en %	Fondo Ahorro en ILT	Fondo de suficiencia	Fondo de suficiencia en %	Fondo de suficiencia s/sanidad
Cataluña	9.529,06	1535,08	19,93	55,09	2138,34	18,33	40,69
Galicia	2.848,40	1043,24	5,96	23,67	2626,70	47,97	114,18
Andalucía	7.098,98	971,78	14,85	62,62	6440,92	47,57	111,03
Asturias	1.352,12	1246,98	2,83	8,51	800,57	37,19	81,23
Cantabria	643,84	1218,29	1,35	4,11	512,75	44,33	96,93
La Rioja	360,02	1357,64	0,75	2,04	246,52	40,64	91,85
Murcia	1.171,67	1035,84	2,45	8,59	835,95	41,64	93,54
Comunidad Valenciana	5.323,33	1309,08	11,14	35,60	1860,90	25,90	56,68
Aragón	1.697,02	1429,85	3,55	9,10	819,61	32,57	76,42
Castilla-La Mancha	1.680,48	973,51	3,52	13,28	1739,69	50,86	119,09
Canarias	1.025,01	612,79	2,14	14,49	2234,08	68,55	163,96
Extremadura	872,06	812,29	1,82	8,15	1421,84	61,98	155,07
Baleares	1.659,10	2018,82	3,47	6,83	-197,71	-13,53	-28,86
Madrid	9.632,32	1872,05	20,15	38,98	-339,32	-3,65	-8,56
Castilla y León	2.901,54	1166,18	6,07	18,87	2275,15	43,95	106,69
TOTAL CCAA	47.794,95	1276,81	100,00	309,96	23416,00	32,88	75,76
Ceuta					10,68		
Melilla					8,50		
Total Ciudades Autónomas					19,18		
Total					23435,18		

FUENTE: Elaboración propia.

CUADRO 5.43. DIFERENCIAS EN LA FINANCIACION DE LA SANIDAD TERRITORIALIZADA EN EL AÑO 2003 NUEVO MODELO DE FINANCIACION AUTONOMICA INTEGRADO VERSUS PRORROGA APLICACION FINANCIACION SANITARIA ESPECIFICA (MODELO 1998-2001)

Concepto	Criterio sanidad nuevo modelo	Criterio sanidad nuevo modelo	Criterio (población protegida) 1998-2001	Criterio (población protegida) 1998-2001	Diferencias millones de euros	Diferencias en %	Diferencias Financiación per cápita (protegida) en euros	Diferencias Financiación per cápita (población) en euros
Cataluña	99,59	16,92	102,19	17,36	94,68	1,80	15,69	15,25
Galicia	103,97	7,59	101,29	7,39	104,05	4,52	40,15	38,11
Andalucía	96,01	18,55	99,19	19,16	104,52	1,80	15,23	14,31
Asturias	105,42	3,11	110,18	3,25	18,75	1,90	17,87	17,28
Cantabria	102,10	1,46	108,63	1,54	68,58	12,96	135,40	129,77
La Rioja	102,82	0,73	95,71	0,68	66,43	24,75	263,41	250,50
Murcia	96,31	2,87	97,95	2,91	25,76	2,88	24,32	22,77
C. Valenciana	98,72	10,84	98,58	10,82	66,11	2,01	16,95	16,26
Aragón	106,33	3,36	109,29	3,45	46,08	4,29	41,06	38,83
C.La Mancha	103,90	4,79	96,78	4,46	135,54	9,28	82,82	78,52
Canarias	100,67	4,50	96,14	4,29	84,89	6,23	53,44	50,75
Extremadura	102,47	2,90	103,65	2,93	45,28	4,94	45,06	42,17
Baleares	101,81	2,25	85,17	1,88	125,33	18,29	159,58	152,50
Madrid	96,75	13,09	96,84	13,09	74,51	1,88	15,52	14,49
Castilla y León	107,48	7,04	101,18	6,62	163,38	7,66	70,24	65,66
TOTAL CCAA	100,00	100,00	100,00	100,00	1.233,88	3,96	34,45	32,69

FUENTE: Elaboración propia.

CUADRO 5.44. DIFERENCIAS EN LA FINANCIACION DE LA SANIDAD TERRITORIALIZADA EN EL AÑO 2003 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	Criterio sanidad nuevo modelo	Criterio sanidad nuevo modelo	Criterio (población protegida) 1998-2001	Criterio (población protegida) 1998-2001	Diferencias millones de euros	Diferencias en %	Diferencias Financiación per cápita (protegida) en euros	Diferencias Financiación per cápita (población) en euros
Cataluña	99,59	16,92	99,62	16,92	224,67	4,27	37,23	36,19
Galicia	103,97	7,59	104,12	7,59	42,63	1,85	16,45	15,61
Andalucía	96,01	18,55	96,09	18,56	282,68	4,87	41,18	38,69
Asturias	105,42	3,11	104,52	3,08	68,44	6,94	65,26	63,12
Cantabria	102,10	1,46	101,70	1,45	97,96	18,52	193,42	185,37
La Rioja	102,82	0,73	102,62	0,72	51,84	19,31	205,57	195,49
Murcia	96,31	2,87	95,68	2,85	45,80	5,12	43,25	40,49
C. Valenciana	98,72	10,84	98,74	10,84	60,61	1,84	15,54	14,90
Aragón	106,33	3,36	105,67	3,34	80,03	7,46	71,31	67,43
C.La Mancha	103,90	4,79	103,28	4,76	46,53	3,18	28,43	26,95
Canarias	100,67	4,50	100,56	4,49	26,10	1,91	16,43	15,60
Extremadura	102,47	2,90	101,72	2,87	61,55	6,71	61,24	57,33
Baleares	101,81	2,25	101,26	2,24	19,60	2,86	24,96	23,85
Madrid	96,75	13,09	96,23	13,01	99,05	2,49	20,61	19,25
Castilla y León	107,48	7,04	106,79	6,99	54,15	2,54	23,28	21,76
TOTAL CCAA	100,00	100,00	100,00	100,00	1.223,88	3,96	34,45	32,69

FUENTE: Elaboración propia.

CUADRO 5.45. ESTRUCTURA DEL NUEVO SISTEMA DE FINANCIACION AUTONOMICA BAJO INTEGRACION DE LA SANIDAD EN 2004 (millones de euros corrientes)

Concepto	Necesidades Financiación C.Comunes	Necesidades Financiación C.Sanidad	Necesidades. Financiación C.S.Sociales	Necesidades Financiación globales	Indice Necesidades Financiación	Diferencia Necesidades Financiación y Restricc Inicial
Cataluña	6555,38	5543,12	171,91	12270,42	1,4160	3861,56
Galicia	3262,43	2425,09	88,15	5775,68	1,3744	1660,14
Andalucía	7996,07	6125,21	167,08	14288,37	1,3893	4173,05
Asturias	1196,66	1038,50	36,78	2271,95	1,3938	718,10
Cantabria	646,13	556,52	17,60	1220,25	1,3442	428,90
La Rioja	342,56	282,93	14,48	639,97	1,3888	234,21
Murcia	1145,21	945,81	26,48	2117,51	1,3707	624,42
C. Valenciana	4011,32	3463,49	107,12	7581,93	1,3991	2332,36
Aragón	1472,33	1132,49	50,82	2655,64	1,3971	818,74
Castilla-La Mancha	2014,06	1529,03	63,48	3606,58	1,3614	1112,21
Canarias	1972,02	1437,62	31,24	3440,88	1,3976	1102,14
Extremadura	1415,69	967,28	36,78	2419,76	1,3605	753,11
Baleares	798,47	722,18	21,62	1542,27	1,4038	589,83
Madrid	5559,15	4194,17	121,23	9874,56	1,4402	3624,64
Castilla y León	3100,01	2251,41	110,54	5461,97	1,3784	1596,47
TOTAL CCAA	41517,59	32614,88	1065,32	75197,81	1,3971	23659,97

FUENTE: Elaboración propia.

CUADRO 5.46. ESTRUCTURA DEL NUEVO SISTEMA DE FINANCIACION AUTONOMICA.: EVOLUCION DE LA DESCENTRALIZACION FISCAL EN 2004 (millones de euros corrientes)

Concepto	Clásicos tributos cedidos y tasas. Recaudación con criterio normativo	Clásicos tributos cedidos y tasas . Recaudación con criterio normativo en %Nec Financ	IRPF 36%	IVA 35%	IRPF, IVA e Impuestos especiales (ITE regional)	IRPF, IVA e Impuestos especiales (ITE regional) en %Neces Financ	Indice de evolución (ITE regional)
Cataluña	1569,13	12,79	3718,53	2812,67	8447,01	68,84	1,4139
Galicia	572,84	9,92	828,71	961,48	2433,72	42,14	1,3817
Andalucía	1540,07	10,78	1796,63	2512,32	5958,14	41,69	1,3788
Asturias	288,78	12,71	431,21	455,69	1139,19	50,14	1,3989
Cantabria	107,99	8,85	213,92	207,05	571,71	46,85	1,3675
La Rioja	75,88	11,86	123,01	103,52	304,19	47,53	1,3990
Murcia	206,07	9,73	302,53	398,22	1030,16	48,65	1,3714
C. Valenciana	1321,66	17,43	1501,98	1625,93	4298,46	56,69	1,3906
Aragón	397,72	14,97	541,79	492,72	1393,86	52,48	1,3952
Castilla-La Mancha	310,03	8,59	403,58	520,90	1462,53	40,55	1,3556
Canarias	458,13	13,31	575,76	0	627,53	18,24	1,5468
Extremadura	161,15	6,66	206,18	318,23	759,68	31,39	1,3690
Baleares	244,13	15,83	391,53	803,83	1506,58	97,68	1,3815
Madrid	2435,19	24,66	4020,71	2337,75	7797,88	78,97	1,4362
Castilla y León	607,01	11,11	849,02	875,65	2456,45	44,97	1,3781
TOTAL CCAA	10295,82	13,69	15905,12	14425,99	40187,09	53,44	1,4007

FUENTE: Elaboración propia.

CUADRO 5.47. ESTRUCTURA DEL NUEVO SISTEMA DE FINANCIACION AUTONOMICA (COMPETENCIAS COMUNES, SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES): NECESIDADES DE FINANCIACION PER CAPITA EN 2004 (euros corrientes)

Concepto	Necesidades Financiación capitativas (población)	Necesidades Financiación capitativa (población) media = 100	Necesidades Financiación capitativas C.Comunes (población)	Necesidades Financiación capitativas C.Comunes (población) media = 100	Necesidades Financiación capitativas C.Sanidad (población)	Necesidades Financiación capitativas Sanidad (población) media = 100	Necesidades Financiación capitativas C.S.Sociales (población)	Necesidades Financiación capitativas C.S. Sociales (población) media = 100
Cataluña	1976,69	94,94	1056,04	92,28	892,97	98,60	27,69	86,32
Galicia	2115,37	101,59	1194,88	104,41	888,20	98,07	32,28	100,62
Andalucía	1955,94	93,94	1094,58	95,65	838,48	92,58	22,87	71,28
Asturias	2095,29	100,63	1103,62	96,44	957,75	105,75	33,92	105,73
Cantabria	2308,98	110,89	1222,62	106,84	1053,06	116,28	33,30	103,81
La Rioja	2413,36	115,91	1291,80	112,88	1066,95	117,81	54,59	170,17
Murcia	1872,03	89,91	1012,45	88,47	836,17	92,33	23,41	72,97
Comunidad Valenciana	1864,49	89,55	986,44	86,20	851,72	94,04	26,34	82,10
Aragón	2237,55	107,47	1240,54	108,40	954,19	105,36	42,82	133,45
Castilla-La Mancha	2089,32	100,35	1166,76	101,96	885,78	97,81	36,77	114,62
Canarias	2057,09	98,80	1178,95	103,02	859,46	94,90	18,67	58,21
Extremadura	2253,93	108,25	1318,67	115,23	900,99	99,48	34,26	106,79
Baleares	1876,65	90,13	971,58	84,90	878,76	97,03	26,31	81,99
Madrid	1919,13	92,17	1080,43	94,41	815,14	90,01	23,56	73,43
Castilla y León	2195,27	105,44	1245,95	108,88	904,88	99,92	44,43	138,48
MEDIA CCAA	2082,07	100,00	1144,35	100,00	905,63	100,00	32,08	100,00
D.T. CCAA	166,72	8,01	106,55	9,31	71,64	7,91	9,32	29,06
C.V. CCAA	0,0801	0,0801	0,0931	0,0931	0,0791	0,0791	0,2906	0,2906
RANGO CCAA	548,8595	26,3612	347,0885	30,3305	251,8102	27,8048	35,9232	111,9656
RECO. INTERCUAR.	278,8749	13,3941	163,3473	14,27423	73,9493	8,1654	10,5848	32,9907
DESV. ABSO. MEDIA	2104,9561	101,0989	1410,6931	123,2740	818,8411	90,4162	111,4489	347,3642

FUENTE: Elaboración propia.

CUADRO 5.48. CESTA DE IMPUESTOS Y AUTONOMIA FISCAL DEL NUEVO SISTEMA DE FINANCIACION AUTONOMICA EN 2004 (millones de euros corrientes)

Concepto	Cesta de impuestos per cápita (media =100)	Cesta de impuestos en %	Cesta de impuestos s/sanidad	TTE regional s/sanidad	Correspons fiscal débil 1999 en %	Diferencias Correspons fiscal débil con anterior modelo %	Correspons fiscal fuerte 1999 en %	Diferencias Correspons fiscal fuerte con anterior modelo%
Cataluña	119,64	19,84	180,69	152,38	81,63	46,93	43,09	17,57
Galicia	81,65	5,95	123,97	100,35	52,05	36,86	24,27	11,98
Andalucía	76,11	14,85	122,41	97,27	52,48	35,28	23,35	15,72
Asturias	97,65	2,83	137,50	109,69	62,85	40,87	31,69	16,79
Cantabria	95,37	1,34	122,13	102,73	55,70	39,44	26,38	15,71
La Rioja	106,28	0,75	134,33	107,51	59,39	39,37	31,08	17,53
Murcia	81,04	2,45	130,70	108,92	58,38	42,35	24,02	12,68
C. Valenciana	102,48	11,13	162,27	124,11	74,12	43,16	37,24	17,12
Aragón	111,93	3,55	158,19	123,08	67,46	42,44	35,38	20,37
C. LaMancha	76,14	3,51	115,92	95,65	49,15	35,75	19,79	9,44
Canarias	48,13	2,15	75,52	43,65	31,55	10,53	30,05	12,83
Extremadura	63,60	1,82	95,19	78,54	38,05	28,04	15,18	6,25
Baleares	157,96	3,47	242,42	208,61	113,51	83,51	41,22	13,53
Madrid	147,47	20,27	243,98	185,92	103,63	70,62	65,38	36,21
Castilla y León	91,29	6,07	136,07	109,10	56,08	40,04	26,66	15,04
TOTAL CCAA	100,00	100,00	154,78	123,22	67,13	45,74	34,84	19,11

FUENTE: Elaboración propia.

CUADRO 5.49. FONDO DE AHORRO EN INCAPACIDAD LABORAL TEMPORAL (ILT) Y FONDO DE SUFICIENCIA DEL NUEVO SISTEMA DE FINANCIACION AUTONOMICA EN 2004 (millones de euros corrientes)

Concepto	Cesta de impuestos	Cesta de impuestos per cápita en euros	Cesta de impuestos en %	Fondo Ahorro en ILT	Fondo de suficiencia	Fondo de suficiencia en %	Fondo de suficiencia s/sanidad
Cataluña	10.016,14	1613,54	19,84	57,28	2254,29	18,37	40,67
Galicia	3.006,56	1101,17	5,95	24,61	2769,12	47,94	114,18
Andalucía	7.498,22	1026,43	14,85	65,10	6790,15	47,52	110,85
Asturias	1.427,98	1316,94	2,83	8,84	843,97	37,15	81,27
Cantabria	679,70	1286,14	1,34	4,27	540,55	44,29	97,13
La Rioja	380,08	1433,29	0,75	2,13	259,89	40,61	91,85
Murcia	1.236,23	1092,92	2,45	8,93	881,28	41,62	93,17
Comunidad Valenciana	5.620,13	1382,06	11,13	37,02	1961,80	25,87	56,64
Aragón	1.791,59	1509,53	3,55	9,47	864,05	32,53	76,29
Castilla-La Mancha	1.772,56	1026,86	3,51	13,80	1834,02	50,85	119,94
Canarias	1.085,66	649,05	2,15	15,07	2355,22	68,45	163,83
Extremadura	920,83	857,72	1,82	8,47	1498,93	61,94	154,96
Baleares	1.750,72	2130,29	3,47	7,11	-208,45	-13,51	-28,86
Madrid	10.233,07	1988,81	20,27	40,53	-358,51	-3,63	-8,55
Castilla y León	3.063,46	1231,26	6,07	19,62	2398,51	43,91	106,53
TOTAL CCAA	50.482,92	1348,62	100,00	322,26	24714,89	32,86	75,78
Ceuta					11,50		
Melilla					9,15		
Total Ciudades Autónomas					20,66		
Total					24735,54		

FUENTE: Elaboración propia.

CUADRO 5.50. DIFERENCIAS EN LA FINANCIACION DE LA SANIDAD TERRITORIALIZADA EN EL AÑO 2004 NUEVO MODELO DE FINANCIACION AUTONOMICA INTEGRADO VERSUS PRORROGA APLICACION FINANCIACION SANITARIA ESPECIFICA (MODELO 1998-2001)

Concepto	Criterio sanidad nuevo modelo	Criterio sanidad nuevo modelo	Criterio (población protegida) 1998-2001	Criterio (población protegida) 1998-2001	Diferencias millones de euros	Diferencias en %	Diferencias Financiación per cápita (protegida) en euros	Diferencias Financiación per cápita (población) en euros
Cataluña	99,59	16,92	102,19	17,36	99,80	1,80	16,53	16,07
Galicia	103,97	7,59	101,29	7,39	107,98	4,45	41,66	39,54
Andalucía	96,01	18,55	99,19	19,16	115,51	1,88	16,83	15,81
Asturias	105,42	3,11	110,18	3,25	18,55	1,78	17,68	17,10
Cantabria	102,10	1,46	108,63	1,54	70,82	12,72	139,81	133,99
La Rioja	102,82	0,73	95,71	0,68	69,88	24,69	277,09	263,50
Murcia	96,31	2,87	97,95	2,91	30,19	3,19	28,50	26,69
C. Valenciana	98,72	10,84	98,58	10,82	69,70	2,01	17,87	17,13
Aragón	106,33	3,36	109,29	3,45	49,68	4,38	44,25	41,85
C.La Mancha	103,90	4,79	96,78	4,46	130,91	8,56	79,99	75,83
Canarias	100,67	4,50	96,14	4,29	89,66	6,23	56,44	53,60
Extremadura	102,47	2,90	103,65	2,93	47,75	4,93	47,51	44,47
Baleares	101,81	2,25	85,17	1,88	131,72	18,23	167,72	160,28
Madrid	96,75	13,09	96,84	13,09	90,26	2,15	18,78	17,54
Castilla y León	107,48	7,04	101,18	6,62	174,16	7,73	74,88	69,99
TOTAL CCAA	100,00	100,00	100,00	100,00	1.296,55	3,97	36,49	34,64

FUENTE: Elaboración propia.

CUADRO 5.51. DIFERENCIAS EN LA FINANCIACION DE LA SANIDAD TERRITORIALIZADA EN EL AÑO 2004 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	Criterio sanidad nuevo modelo	Criterio sanidad nuevo modelo	Criterio (población protegida) 1998-2001	Criterio (población protegida) 1998-2001	Diferencias millones de euros	Diferencias en %	Diferencias Financiación per cápita (protegida) en euros	Diferencias Financiación per cápita (población) en euros
Cataluña	99,59	16,92	99,62	16,92	236,94	4,27	39,26	38,17
Galicia	103,97	7,59	104,12	7,59	43,18	1,78	16,66	15,81
Andalucía	96,01	18,55	96,09	18,56	303,47	4,95	44,21	41,54
Asturias	105,42	3,11	104,52	3,08	70,98	6,83	67,68	65,45
Cantabria	102,10	1,46	101,70	1,45	101,82	18,29	201,02	192,65
La Rioja	102,82	0,73	102,62	0,72	54,49	19,25	216,06	205,47
Murcia	96,31	2,87	95,68	2,85	51,33	5,42	48,47	45,38
C. Valenciana	98,72	10,84	98,74	10,84	63,89	1,84	16,38	15,71
Aragón	106,33	3,36	105,67	3,34	85,50	7,54	76,17	72,03
C.La Mancha	103,90	4,79	103,28	4,76	37,00	2,42	22,61	21,43
Canarias	100,67	4,50	100,56	4,49	27,64	1,92	17,40	16,52
Extremadura	102,47	2,90	101,72	2,87	64,91	6,71	64,59	60,46
Baleares	101,81	2,25	101,26	2,24	20,18	2,79	25,69	24,55
Madrid	96,75	13,09	96,23	13,01	112,58	2,68	23,43	21,88
Castilla y León	107,48	7,04	106,79	6,99	58,92	2,62	25,33	23,68
TOTAL CCAA	100,00	100,00	100,00	100,00	1.296,55	3,97	36,49	34,64

FUENTE: Elaboración propia.

CUADRO 5.52. ESTRUCTURA DEL NUEVO SISTEMA DE FINANCIACION AUTONOMICA BAJO INTEGRACION DE LA SANIDAD EN 2005 (millones de euros corrientes)

Concepto	Necesidades Financiación C.Comunes	Necesidades Financiación C.Sanidad	Necesidades Financiación C.S.Sociales	Necesidades Financiación globales	Indice Necesidades Financiación	Diferencia Necesidades Financiación y Restricc Inicial
Cataluña	6960,37	5894,89	181,94	13037,22	1,5045	4628,36
Galicia	3451,87	2569,14	93,29	6114,31	1,4550	1998,77
Andalucía	8478,49	6476,89	176,82	15132,22	1,4714	5016,90
Asturias	1266,92	1100,31	38,93	2406,16	1,4762	852,31
Cantabria	697,27	590,682	18,63	1306,58	1,4393	515,23
La Rioja	362,43	299,63	15,32	677,38	1,4700	271,63
Murcia	1215,19	997,82	28,02	2241,05	1,4507	747,96
C. Valenciana	4246,47	3666,55	113,37	8026,40	1,4811	2776,83
Aragón	1559,58	1197,67	53,78	2811,04	1,4788	974,14
Castilla-La Mancha	2129,76	1619,04	67,18	3815,99	1,4404	1321,62
Canarias	2088,26	1521,27	33,06	3642,60	1,4795	1303,86
Extremadura	1499,35	1023,64	38,93	2561,92	1,4405	895,27
Baleares	846,99	764,89	22,88	1634,76	1,4880	682,32
Madrid	5866,33	4426,81	128,29	10421,43	1,5200	4171,52
Castilla y León	3269,52	2380,68	116,98	5767,19	1,4555	1901,70
TOTAL CCAA	43971,40	34529,95	1127,46	79628,81	1,4795	28090,97

FUENTE: Elaboración propia .

CUADRO 5.53. ESTRUCTURA DEL NUEVO SISTEMA DE FINANCIACION AUTONOMICA: EVOLUCION DE LA DESCENTRALIZACION FISCAL EN 2005 (millones de euros corrientes)

Concepto	Clásicos tributos cedidos y tasas. Recaudación con criterio normativo	Clásicos tributos cedidos y tasas. Recaudación con criterio normativo en %Nec Financ	IRPF 36%	IVA 35%	IRPF, IVA e Impuestos especiales (ITE regional)	IRPF, IVA e Impuestos especiales (ITE regional) en %Neces Financ	Indice de evolución (ITE regional)
Cataluña	1709,67	13,11	3941,67	2989,01	8941,78	68,58	1,4967
Galicia	609,64	9,97	878,44	1021,76	2574,04	42,09	1,4614
Andalucía	1640,80	10,84	1904,44	2669,84	6305,24	41,67	1,4592
Asturias	307,51	12,78	457,09	484,26	1205,45	50,09	1,4803
Cantabria	129,75	9,93	226,76	220,03	604,75	46,28	1,4466
La Rioja	80,47	11,88	130,39	110,01	321,86	47,51	1,4803
Murcia	218,76	9,76	320,68	423,19	1089,60	48,62	1,4505
C. Valenciana	1400,41	17,45	1592,11	1727,87	4549,77	56,68	1,4719
Aragón	422,16	15,02	574,31	523,61	1474,43	52,45	1,4759
Castilla-La Mancha	330,46	8,66	427,79	553,56	1544,54	40,47	1,4316
Canarias	486,34	13,35	610,31	0	663,67	18,22	1,6359
Extremadura	172,03	6,71	218,55	338,19	803,54	31,36	1,4481
Baleares	259,11	15,85	415,02	854,23	1596,54	97,66	1,4639
Madrid	2538,89	24,36	4261,98	2484,33	8262,40	79,28	1,5217
Castilla y León	632,01	10,96	899,97	930,55	2596,78	45,02	1,4568
TOTAL CCAA	10938,06	13,73	16859,55	15330,47	42534,41	53,41	1,4826

FUENTE: Elaboración propia.

CUADRO 5.54. ESTRUCTURA DEL NUEVO SISTEMA DE FINANCIACION AUTONOMICA (COMPETENCIAS COMUNES, SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES): NECESIDADES DE FINANCIACION PER CAPITA EN 2005 (euros corrientes)

Concepto	Necesidades Financiación capitativas (población)	Necesidades Financiación capitativa (población) media = 100	Necesidades Financiación capitativas C.Comunes (población)	Necesidades Financiación capitativas C.Comunes (población) media = 100	Necesidades Financiación capitativas C.Sanidad (población)	Necesidades Financiación capitativas C. Sanidad (población) media = 100	Necesidades Financiación capitativas C.S.Sociales (población)	Necesidades Financiación capitativas C.S. Sociales (población) media = 100
Cataluña	2100,22	95,21	1121,28	92,43	949,63	99,05	29,31	86,32
Galicia	2239,39	101,52	1264,26	104,21	940,96	98,14	34,17	100,63
Andalucía	2071,45	93,91	1160,62	95,67	886,62	92,47	24,20	71,28
Asturias	2219,06	100,59	1168,41	96,31	1014,75	105,84	35,90	105,73
Cantabria	2472,34	112,08	1319,38	108,76	1117,70	116,58	35,25	103,81
La Rioja	2554,45	115,80	1366,73	112,66	1129,93	117,85	57,78	170,17
Murcia	1981,25	89,82	1074,32	88,56	882,15	92,01	24,77	72,97
Comunidad Valenciana	1973,79	89,48	1044,26	86,08	901,65	94,04	27,88	82,10
Aragón	2368,49	107,37	1314,05	108,32	1009,12	105,25	45,31	133,45
Castilla-La Mancha	2210,63	100,22	1233,78	101,70	937,92	97,83	38,92	114,62
Canarias	2177,69	98,72	1248,44	102,91	909,48	94,86	19,76	58,21
Extremadura	2386,35	108,18	1396,60	115,12	953,48	99,45	36,26	106,79
Baleares	1989,19	90,18	1030,63	84,95	930,73	97,07	27,84	81,99
Madrid	2025,42	91,82	1140,13	93,98	860,35	89,74	24,93	73,43
Castilla y León	2317,94	105,08	1314,08	108,32	956,84	99,80	47,02	138,48
MEDIA CCAA	2205,85	100,00	1213,13	100,00	958,76	100,00	33,95	100,00
D.T. CCAA	178,75	8,10	113,38	9,35	76,74	8,00	9,87	29,06
C.V. CCAA	0,0810	0,0810	0,0934	0,0935	0,0800	0,0800	0,2906	0,2906
RANGO CCAA	580,6528	26,3233	365,9752	30,1677	269,5775	28,1174	38,0184	111,9656
RECO. INTERCUAR.	294,7818	13,3636	183,3649	15,1149	77,4150	8,0745	11,2021	32,9907
DESV. ABSO. MEDIA	2243,7779	101,7196	1504,5687	124,0232	872,9605	91,0513	117,9489	347,3643

FUENTE: Elaboración propia.

CUADRO 5.55. CESTA DE IMPUESTOS Y AUTONOMIA FISCAL DEL NUEVO SISTEMA DE FINANCIACION AUTONOMICA EN 2005 (millones de euros corrientes)

Concepto	Cesta de impuestos per cápita (media =100)	Cesta de impuestos en %	Cesta de impuestos s/sanidad	ITE regional s/sanidad	Correspons fiscal débil 1999 en %	Diferencias Correspons fiscal débil con anterior modelo %	Correspons fiscal fuerte 1999 en %	Diferencias Correspons fiscal fuerte con anterior modelo %
Cataluña	120,12	19,92	180,69	151,69	81,70	47,00	43,35	17,83
Galicia	81,63	5,95	123,92	100,19	52,07	36,87	24,34	12,05
Andalucía	76,14	14,86	122,68	97,35	52,51	35,31	23,43	15,80
Asturias	97,68	2,83	137,50	109,55	62,88	40,90	31,78	16,88
Cantabria	97,29	1,37	124,35	102,38	56,21	39,96	27,29	16,62
La Rioja	106,21	0,75	134,27	107,42	59,39	39,38	31,13	17,58
Murcia	80,97	2,44	131,12	109,19	58,38	42,35	24,07	12,73
C. Valenciana	102,43	11,13	162,28	124,09	74,13	43,16	37,28	17,16
Aragón	111,87	3,55	158,35	123,11	67,47	42,45	35,45	20,44
C. La Mancha	76,04	3,50	115,81	95,39	49,13	35,74	19,87	9,52
Canarias	48,13	2,15	75,59	43,62	31,57	10,55	30,11	12,89
Extremadura	63,61	1,82	95,30	78,49	38,08	28,07	15,25	6,32
Baleares	158,07	3,47	242,60	208,73	113,51	83,50	41,24	13,55
Madrid	146,95	20,19	243,99	186,64	103,64	70,64	65,26	36,09
Castilla y León	90,84	6,04	135,62	109,08	55,98	39,94	26,56	14,94
TOTAL CCAA	100,00	100,00	154,86	123,18	67,15	45,76	34,91	19,17

FUENTE: Elaboración propia.

CUADRO 5.56. FONDO DE AHORRO EN INCAPACIDAD LABORAL TEMPORAL (ILT) Y FONDO DE SUFICIENCIA DEL NUEVO SISTEMA DE FINANCIACION AUTONOMICA EN 2005 (millones de euros corrientes)

Concepto	Cesta de impuestos	Cesta de impuestos per cápita en euros	Cesta de impuestos en %	Fondo Ahorro en ILT	Fondo de suficiencia	Fondo de suficiencia en %	Fondo de suficiencia s/sanidad
Cataluña	10.651,45	1715,89	19,92	60,62	2385,76	18,29	40,47
Galicia	3.183,68	1166,04	5,95	26,04	2930,62	47,93	114,07
Andalucía	7.946,04	1087,73	14,86	68,89	7186,17	47,49	110,95
Asturias	1.512,96	1395,32	2,83	9,36	893,20	37,12	81,17
Cantabria	734,50	1389,83	1,37	4,52	572,08	43,78	96,85
La Rioja	402,34	1517,23	0,75	2,25	275,05	40,60	91,79
Murcia	1.308,37	1156,69	2,45	9,45	932,68	41,62	93,47
Comunidad Valenciana	5.950,18	1463,23	11,13	39,17	2076,22	25,87	56,62
Aragón	1.896,60	1598,01	3,54	10,02	914,44	32,53	76,35
Castilla-La Mancha	1.875,00	1086,20	3,50	14,61	1940,98	50,86	119,88
Canarias	1.150,02	687,53	2,15	15,95	2492,58	68,43	163,85
Extremadura	975,57	908,71	1,82	8,97	1586,35	61,92	154,97
Baleares	1.855,66	2257,98	3,47	7,52	-220,89	-13,51	-28,88
Madrid	10.801,30	2099,24	20,19	42,89	-379,87	-3,64	-8,58
Castilla y León	3.228,80	1297,71	6,04	20,76	2538,40	44,01	106,62
TOTAL CCAA	53.472,48	1428,48	100,00	341,05	26156,33	32,85	75,75
Ceuta					12,18		
Melilla					9,69		
Total Ciudades Autónomas					21,86		
Total					26178,19		

FUENTE: Elaboración propia.

CUADRO 5.57. DIFERENCIAS EN LA FINANCIACION DE LA SANIDAD TERRITORIALIZADA EN EL AÑO 2005 NUEVO MODELO DE FINANCIACION AUTONOMICA INTEGRADO VERSUS PRORROGA APLICACION FINANCIACION SANITARIA ESPECIFICA (MODELO 1998-2001)

Concepto	Criterio sanidad nuevo modelo	Criterio sanidad nuevo modelo	Criterio (población protegida) 1998-2001	Criterio (población protegida) 1998-2001	Diferencias millones de euros	Diferencias en %	Diferencias Financiación per cápita (protegida) en euros	Diferencias Financiación per cápita (población) en euros
Cataluña	99,59	16,92	102,19	17,36	152,19	2,58	25,22	24,51
Galicia	103,97	7,59	101,29	7,39	124,58	4,85	48,07	45,63
Andalucía	96,01	18,55	99,19	19,16	136,66	2,11	19,91	18,71
Asturias	105,42	3,11	110,18	3,25	24,25	2,20	23,13	22,37
Cantabria	102,10	1,46	108,63	1,54	78,26	13,25	154,52	148,09
La Rioja	102,82	0,73	95,71	0,68	74,86	24,98	296,85	282,29
Murcia	96,31	2,87	97,95	2,91	31,84	3,19	30,06	28,15
C. Valenciana	98,72	10,84	98,58	10,82	86,10	2,35	22,07	21,17
Aragón	106,33	3,36	109,29	3,45	55,31	4,62	49,27	46,59
C.La Mancha	103,90	4,79	96,78	4,46	144,02	8,89	88,00	83,43
Canarias	100,67	4,50	96,14	4,29	99,18	6,52	62,44	59,29
Extremadura	102,47	2,90	103,65	2,93	53,53	5,23	53,26	49,86
Baleares	101,81	2,25	85,17	1,88	141,96	18,56	180,76	172,74
Madrid	96,75	13,09	96,84	13,09	97,25	2,19	20,24	18,90
Castilla y León	107,48	7,04	101,18	6,62	189,18	7,94	81,34	76,03
TOTAL CCAA	100,00	100,00	100,00	100,00	1.489,11	4,31	41,92	39,78

FUENTE: Elaboración propia.

CUADRO 5.58. DIFERENCIAS EN LA FINANCIACION DE LA SANIDAD TERRITORIALIZADA EN EL AÑO 2005 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	Criterio sanidad nuevo modelo	Criterio sanidad nuevo modelo	Criterio (población protegida) 1998-2001	Criterio (población protegida) 1998-2001	Diferencias millones de euros	Diferencias en %	Diferencias Financiación per cápita (protegida) en euros	Diferencias Financiación per cápita (población) en euros
Cataluña	99,59	16,92	99,62	16,92	296,88	5,03	49,20	47,82
Galicia	103,97	7,59	104,12	7,59	56,22	2,19	21,69	20,59
Andalucía	96,01	18,55	96,09	18,56	334,95	5,17	48,80	45,85
Asturias	105,42	3,11	104,52	3,08	79,57	7,23	75,87	73,38
Cantabria	102,10	1,46	101,70	1,45	110,97	18,78	219,09	209,98
La Rioja	102,82	0,73	102,62	0,72	58,62	19,56	232,47	221,07
Murcia	96,31	2,87	95,68	2,85	54,15	5,42	51,13	47,87
C. Valenciana	98,72	10,84	98,74	10,84	79,98	2,18	20,51	19,67
Aragón	106,33	3,36	105,67	3,34	93,10	7,77	82,94	78,44
C.La Mancha	103,90	4,79	103,28	4,76	44,95	2,77	27,46	26,04
Canarias	100,67	4,50	100,56	4,49	33,75	2,22	21,24	20,17
Extremadura	102,47	2,90	101,72	2,87	71,64	6,99	71,28	66,73
Baleares	101,81	2,25	101,26	2,24	24,29	3,17	30,92	29,55
Madrid	96,75	13,09	96,23	13,01	124,50	2,81	25,91	24,19
Castilla y León	107,48	7,04	106,79	6,99	67,61	2,84	29,07	27,17
TOTAL CCAA	100,00	100,00	100,00	100,00	1.489,11	4,31	41,92	39,78

FUENTE: Elaboración propia.

CUADRO 5.59. ESTRUCTURA DEL NUEVO SISTEMA DE FINANCIACION AUTONOMICA: AÑO BASE 1999 Y PERIODO 2002-2005 (millones de euros corrientes)

Concepto	Total 1999	Indice 1999	Total 2002	Indice 2002	Total 2003	Indice 2003	Total 2004	Indice 2004	Total 2005	Indice 2005	Total 2002-2005	Indice Total
Cataluña	8665,37	1,0000	11055,83	1,2758	11.667,40	1,3464	12270,42	1,4160	13.037,22	1,5045	48030,87	5,5428
Galicia	4202,16	1,0000	5208,15	1,2393	5.475,10	1,3029	5775,68	1,3744	6.114,31	1,4550	22573,23	5,3718
Andalucía	10284,13	1,0000	12558,35	1,2211	13.539,90	1,3166	14288,37	1,3893	15.132,22	1,4714	55518,82	5,3985
Asturias	1629,94	1,0000	2079,37	1,2757	2.152,68	1,3207	2271,95	1,3938	2.406,16	1,4762	8910,17	5,4666
Cantabria	907,79	1,0000	1109,95	1,2227	1.156,59	1,2741	1220,25	1,3442	1.306,58	1,4393	4793,36	5,2802
La Rioja	460,80	1,0000	561,86	1,2193	606,54	1,3163	639,97	1,3888	677,38	1,4700	2485,75	5,3944
Murcia	1544,81	1,0000	1886,80	1,2214	2.007,62	1,2996	2117,51	1,3707	2.241,05	1,4507	8252,97	5,3424
C. Valenciana	5419,23	1,0000	6514,83	1,2022	7.184,24	1,3257	7581,93	1,3991	8.026,40	1,4811	29307,40	5,4080
Aragón	1900,83	1,0000	2337,73	1,2298	2.516,63	1,3239	2655,64	1,3971	2.811,04	1,4788	10321,03	5,4297
C.La Mancha	2649,18	1,0000	3334,08	1,2585	3.420,17	1,2910	3606,58	1,3614	3.815,99	1,4404	14176,81	5,5552
Canarias	2461,98	1,0000	3091,95	1,2559	3.259,09	1,3237	3440,88	1,3976	3.642,60	1,4795	13434,52	5,4567
Extremadura	1778,52	1,0000	2192,27	1,2326	2.293,90	1,2898	2419,76	1,3605	2.561,92	1,4405	9467,85	5,3234
Baleares	1098,60	1,0000	1391,64	1,2667	1.461,40	1,3302	1542,27	1,4038	1.634,76	1,4880	6030,07	5,4888
Madrid	6856,13	1,0000	8550,55	1,2471	9.293,00	1,3554	9874,56	1,4402	10.421,43	1,5200	38139,54	5,5628
Castilla y León	3962,43	1,0000	5044,03	1,2729	5.176,69	1,3064	5461,96	1,3784	5.767,19	1,4555	21449,87	5,4133
TOTAL CCAA	53821,89	1,0000	66917,38	1,2433	71.210,94	1,3231	75197,81	1,3971	79.628,81	1,4795	292954,94	5,4431

FUENTE: Elaboración propia.

CUADRO 5.60. ESTRUCTURA DE LA FINANCIACION SANITARIA EN NUEVO SISTEMA DE FINANCIACION AUTONOMICA CON INTEGRACION DE LA SANIDAD: AÑO BASE Y PERIODO 2002-2005 (millones euros corrientes)

Concepto	Total 1999	Total 2002	Total 2003	Total 2004	Total 2005	Total 2002-2005
Cataluña	4001,69	4966,50	5.254,23	5543,12	5.894,90	15770,85
Galicia	1752,13	2174,74	2.300,37	2425,09	2.569,14	6903,59
Andalucía	4418,07	5485,48	5.800,92	6125,21	6.476,89	17413,29
Asturias	750,60	931,65	985,53	1038,50	1.100,31	2962,76
Cantabria	402,87	499,96	528,96	556,52	590,68	1611,49
La Rioja	204,42	253,68	268,38	282,93	299,63	812,49
Murcia	680,74	844,86	893,65	945,81	997,82	2695,28
Comunidad Valenciana	2500,38	3103,47	3.282,98	3463,49	3.666,56	9860,31
Aragón	816,86	1013,88	1.072,44	1132,48	1.197,67	3225,54
Castilla-La Mancha	1104,40	1370,66	1.460,78	1529,03	1.619,04	4365,73
Canarias	1037,84	1288,06	1.362,57	1437,62	1.521,28	4120,37
Extremadura	698,35	866,72	916,87	967,28	1.023,64	2766,44
Baleares	521,75	647,55	685,00	722,18	764,89	2152,03
Madrid	3019,63	3747,66	3.964,48	4194,17	4.426,81	12046,54
Castilla y León	1624,04	2015,76	2.132,34	2251,41	2.380,69	6637,04
TOTAL CCAA	23533,75	29210,64	30.909,50	32614,88	34.529,95	92735,02

FUENTE: Elaboración propia.

CUADRO 5.61. DIFERENCIAS EN LA FINANCIACION DE LA SANIDAD TERRITORIALIZADA EN 2002-2005 NUEVO MODELO DE FINANCIACION AUTONOMICA INTEGRADO VERSUS PRORROGA APLICACION FINANCIACION SANITARIA ESPECIFICA (MODELO 1998-2001)

Concepto	Millones euros. 1999	En %. 1999	Millones euros. 2002	En %. 2002	Millones euros. 2003	En %. 2003	Millones euros. 2004	En %. 2004	Millones euros. 2005	En %. 2005	Millones euros. 2002-05	En %. Total
Cataluña	0	0	89,80	1,81	94,68	1,80	99,80	1,80	152,19	2,58	436,47	2,77
Galicia	48,68	2,78	98,82	4,54	104,05	4,52	107,98	4,45	124,58	4,85	435,44	6,31
Andalucía	0	0	101,36	1,85	104,52	1,80	115,51	1,89	136,66	2,11	458,05	2,63
Asturias	0,77	0,10	17,86	1,92	18,75	1,90	18,55	1,79	24,25	2,20	79,41	2,68
Cantabria	45,80	11,36	64,81	12,96	68,58	12,97	70,82	12,72	78,26	13,25	282,47	17,53
La Rioja	47,79	23,37	62,80	24,75	66,43	24,75	69,88	24,70	74,86	24,98	273,96	33,72
Murcia	7,61	1,11	24,55	2,90	25,76	2,88	30,19	3,19	31,84	3,19	112,34	4,168
C. Valenciana	5,41	0,21	62,95	2,03	66,11	2,01	69,70	2,01	86,10	2,35	284,87	2,89
Aragón	20,82	2,54	43,78	4,32	46,08	4,30	49,68	4,39	55,31	4,62	194,85	6,04
C.La Mancha	76,56	6,93	118,08	8,61	135,54	9,28	130,91	8,56	144,02	8,89	528,54	12,10
Canarias	46,88	4,51	80,42	6,24	84,89	6,23	89,66	6,24	99,18	6,52	354,15	8,59
Extremadura	22,35	3,20	42,91	4,95	45,28	4,94	47,75	4,94	53,53	5,23	189,47	6,85
Baleares	87,67	16,80	118,55	18,31	125,33	18,30	131,72	18,24	141,96	18,56	517,56	24,05
Madrid	2,61	0,08	70,95	1,89	74,51	1,88	90,26	2,15	97,18	2,19	332,89	2,76
Castilla y León	96,93	5,96	154,74	7,67	163,38	7,66	174,16	7,74	189,18	7,94	681,45	10,27
TOTAL CCAA	509,88	2,17	1.152,39	3,94	1.223,88	3,96	1.296,55	3,98	1.489,11	4,31	5.161,93	5,56

FUENTE: Elaboración propia.

CUADRO 5.62. DIFERENCIAS EN LA FINANCIACION DE LA SANIDAD TERRITORIALIZADA EN 2002-2005 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	Millones euros. 1999	En %. 1999	Millones euros. 2002	En %. 2002	Millones euros. 2003	En %. 2003	Millones euros. 2004	En %. 2004	Millones euros. 2005	En %. 2005	Millones euros. 2002-05	En %. Total
Cataluña	100,82	2,52	212,67	4,28	224,67	4,28	236,94	4,27	296,88	5,03	971,17	6,16
Galicia	1,04	0,06	40,77	1,87	42,63	1,85	43,18	1,78	56,22	2,19	182,80	2,65
Andalucía	138,18	3,13	269,75	4,92	282,68	4,87	303,47	4,95	334,95	5,17	1190,84	6,84
Asturias	39,32	5,24	64,84	6,96	68,44	6,94	70,98	6,83	79,57	7,23	283,83	9,58
Cantabria	68,59	17,02	92,59	18,52	97,96	18,52	101,82	18,30	110,97	18,78	403,34	25,03
La Rioja	36,47	17,84	49,02	19,32	51,84	19,32	54,49	19,26	58,62	19,56	213,97	26,33
Murcia	23,15	3,40	43,49	5,15	45,80	5,13	51,33	5,43	54,15	5,42	194,77	7,22
C. Valenciana	1,14	0,05	57,75	1,86	60,61	1,85	63,89	1,84	79,98	2,18	262,23	2,65
Aragón	47,15	5,77	75,88	7,48	80,03	7,46	85,50	7,55	93,10	7,77	334,50	10,37
C.La Mancha	7,52	0,68	33,95	2,48	46,53	3,19	37,00	2,42	44,95	2,77	162,43	3,72
Canarias	1,28	0,12	24,86	1,93	26,10	1,92	27,64	1,92	33,75	2,22	112,34	2,72
Extremadura	34,96	5,01	58,28	6,72	61,55	6,71	64,91	6,71	71,64	6,99	256,38	9,27
Baleares	5,67	1,09	18,62	2,88	19,60	2,86	20,18	2,79	24,29	3,17	82,69	3,84
Madrid	19,01	0,63	90,94	2,43	95,66	2,41	112,58	2,68	120,72	2,73	419,89	3,48
C.León	12,22	0,75	51,50	2,55	54,15	2,54	58,92	2,62	67,61	2,84	232,17	3,49
TOTAL CCAA	509,87	2,17	1152,39	3,95	1.223,88	3,96	1.296,55	3,98	1.489,11	4,31	5161,93	5,56

FUENTE: Elaboración propia.

Por tanto, como valoración de los resultados empíricos obtenidos en este ejercicio prospectivo de simulación dinámica, pueden hacerse las siguientes consideraciones generales:

a) Las CCAA más dependientes (Extremadura, Castilla-La Mancha, Galicia, Andalucía, Cantabria, Murcia y Castilla y León) no serán tan niveladas en el nuevo modelo como en principio podría esperarse dado que uno de los efectos de la Reforma del IRPF sobre la financiación autonómica desde el año 2003 será disminuir la base del ITE nacional incluso por debajo del PIB. Ello hace pensar en la necesidad, en algunos casos, de garantías o de la posible conveniencia de haber optado por otro índice de nivelación tal como el antiguo ITAE o el propio PIB. Es decir, *la Reforma del IRPF disminuiría, en cierto sentido, la nivelación (equidad) del sistema haciendo ganar más a las CCAA por la evolución de su Cesta de Impuestos (ITE regionales) que por su parte del Fondo de Suficiencia (ITE nacional).*

b) Resultan significativas algunas diferencias en cuanto a la evolución esperada de la financiación entre regiones para el período 1999-2005 siendo las más beneficiadas aquellas que basan su financiación en los impuestos de mayor crecimiento (“Cesta de Impuestos”) tales como: Madrid (1,5200), Cataluña (1,5045), Baleares (1,4880), C.Valenciana (1,4811) y Canarias (1,4795). Por contra, las CCAA más perjudicadas en ese mismo período serían aquellas que reciben la mayor parte de sus recursos financieros a través de transferencias estatales (*Fondo de Suficiencia*), como es el caso de Cantabria (1,4392), Extremadura (1,4405), Castilla-La Mancha (1,4404), Castilla y León (1,4554), Murcia (1,4507) y Galicia (1,4550).

Precisamente, dichas diferencias regionales en cuanto a la evolución de la financiación global a partir del año 2003 empezaron a mostrarse en esas regiones con índices por debajo de la media (1,3231) como Cantabria (1,2741), Extremadura (1,2897) Castilla-La Mancha (1,2910), Murcia (1,2995), Galicia (1,3029) y Castilla y León (1,3064), dada la disminución de las transferencias estatales (*Fondo de Suficiencia*) vinculadas a una menor evolución del ITE nacional a consecuencia del coste recaudatorio de la Reforma del IRPF aplicada desde ese año.

c) No obstante esto, dado que el índice global de crecimiento del sistema de financiación (Necesidades de financiación) se espera que evolucione (1,4795) por encima del PIB (1,4351) en todo el período 1999-2005 a pesar del efecto de la Reforma del IRPF, *el conjunto del nuevo sistema de financiación autonómica obtiene una clara mejora en suficiencia financiera y no necesitaría de una garantía financiera general.*

d) *Tanto la corresponsabilidad fiscal¹⁷⁷ entendida en un sentido relajado o débil como la estricta o fuerte aumentarían ligeramente desde 2003 con motivo de la Reforma del IRPF* aunque, en general, se mantienen la primera en porcentajes en torno al 65,30%-67,15% (debido al mayor incremento de la *cesta de impuestos* y el relativo estancamiento del ITE nacional por la Reforma del IRPF, lo que afecta al crecimiento de las Necesidades de financiación) mientras que la segunda pasa desde el 30,74% en 1999 hasta el 34,91% en 2005. Así, es de esperar que las CCAA mantengan su proporción de ITE regionales y *Fondo de Suficiencia* en 2003-2005.

e) Los resultados obtenidos indican que en este período, para el cual se han llevado a cabo proyecciones dinámicas, las diferencias en financiación global por habitante estimada podrían llegar a disminuir pasando el Coeficiente de Variación de los índices de referencia de 0,0895 (año base 1999) a 0,0810 (año 2005), dado que la evolución de Competencias Comunes y Servicios Sociales es más homogénea así como la proyección del traspaso sanitario.

f) *En los años 2003 y 2004 debería hacerse operativa la garantía transitoria de crecimiento mínimo de la financiación sanitaria al índice PIB, ya que éste superaría al ITE nacional previsto (no siendo efectivo en 2005) 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 (1,4672) para el período 1999-2005 se mantendría por encima del crecimiento del PIB (1,4351), lo que es indicativo de la ganancia en suficiencia financiera del nuevo modelo si bien pueden existir algunas dudas respecto a la equidad en su financiación.

¹⁷⁷ No obstante, estos índices de corresponsabilidad fiscal “*en frío*” puede que no midan toda la recaudación normativa de tributos cedidos, por lo que hay que considerarles únicamente como una buena aproximación.

g) 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 2002-2005 una ganancia potencial de financiación considerable e igual a unos 5.161,93 millones de euros al integrarse la financiación de la sanidad en el nuevo sistema general*. Bajo el sistema integrado las ganancias globales de financiación suplementaria se irían incrementando desde el año base 1999 y se situarían en torno a porcentajes de hasta el 4,31% en 2005, si bien los resultados diferirían en las distintas CCAA observándose que las mayores ganancias potenciales de nuevo corresponderían a las que en el año 2001 no gestionaban las Competencias Sanitarias dadas las condiciones ventajosas de la negociación transferencial.

En cualquier caso, *la evolución previsible del sistema de financiación en el período 2002-2005 no dejará de estar sometida a un elevado grado de incertidumbre*, a pesar de su carácter estable y duradero, *por lo que va a depender de una serie de incógnitas difícilmente predecibles pero también de la combinación de una serie de elementos fundamentales* y que, entre otros, y por señalar sólo algunos, son los siguientes:

a) *La ausencia de datos numéricos completos y oficiales que acompañen al mencionado modelo de financiación autonómica aprobado recientemente por Ley*. No es desde luego una cuestión baladí, ya que puede impedir realizar juicios cuantitativos basados en información real.

b) *La evolución de los indicadores regionales de consumo en los impuestos en los que se participa por parte de las CCAA*. Dichas diferencias regionales pueden resultar significativas si se observa la evolución de variables económicas directamente relacionadas, por lo que su precisa actualización implicaría a su vez una evolución dispar de la financiación por regiones¹⁷⁸.

c) *El uso en la capacidad normativa en los tributos total o parcialmente cedidos a las regiones*. Ello podría suponer que el simple hecho de tener una composición de ingresos dispar haga que los índices de evolución en el total provoquen diferencias en los ingresos percibidos¹⁷⁹.

¹⁷⁸ Así, la variabilidad en el crecimiento regional del PIB en el período 1995-2001, según los datos de la Contabilidad Regional del INE en base a la nueva metodología europea, hace presagiar diferencias sustanciales en la suficiencia financiera que pueden alcanzar en el futuro las CCAA y que pueden repercutir en la equidad del sistema.

¹⁷⁹ Por ello, la variabilidad en el crecimiento regional de la cuota del IRPF por CCAA en el período 1992-2000 hace presagiar diferencias sustanciales en el futuro para las CCAA en función de la utilización del grado de capacidad normativa del que pueden disponer y que pueden repercutir en la bondad del sistema a la hora de ajustar necesidades y financiación. También las regiones a pesar de no tener capacidad normativa en especiales e IVA podrían actuar de modo indirecto provocando variaciones en el consumo regional al alza (creación de polígonos industriales, grandes superficies o centros lúdicos), lo cual se reflejará en las actualizaciones de los índices que irá actualizando el INE convenientemente en los próximos años. El caso de Madrid con la aprobación de la parte de capacidad normativa en el impuesto cedido de venta minorista de determinados hidrocarburos motivado por la necesidad de financiación sanitaria es un buen ejemplo del camino que pueden seguir algunas regiones en el futuro.

d) *La propia gestión tributaria en los impuestos en los que las CCAA tienen desde el año 2002 una responsabilidad directa.* Dicha gestión, ahora mismo imposible de predecir para los próximos años, hará que las CCAA tengan una mayor seguridad de poder no sólo mantener sino incrementar sus propios ITE regionales para financiar sus competencias de gasto propias.

e) *El marco de estabilidad y evolución de las variables económicas en los próximos años.* Dicho esquema se establece hasta ahora a fecha de cierre de la investigación en función de las previsiones contenidas en la Actualización del Programa de Estabilidad del Reino de España (2001-2005) en cuanto a las magnitudes económicas relevantes así como el comportamiento de la *cesta de tributos* y los ITE relevante para la financiación así como en los PGE de 2003 dónde se prevé que exista según Eurostat y, por segundo año consecutivo, equilibrio presupuestario¹⁸⁰ tras los déficit de los años 2000 (-0,6% del PIB) y 2001 (-0,1% del PIB). Así, la política económica y presupuestaria futura marcará el funcionamiento del modelo de financiación.

f) El grado de cumplimiento y los efectos en los próximos años que originará la influencia de la *Ley 18/2001, de 12 de Diciembre, General del Estabilidad Presupuestaria (LGEP) (BOE 13-12-2001)*, como refuerzo del *Pacto de Estabilidad y Crecimiento (PEC)* así como el complemento de la *nueva Ley General Presupuestaria (LGP)*, cuya entrada en vigor se prevé en 2003, a fin de regular la elaboración de los PGE sobre la base de la presupuestación plurianual y la *nueva Ley General Tributaria (LGT)* de la cual existe un Anteproyecto en 2003.

Así, en el marco de las actualizaciones periódicas de los Programas de Estabilidad a enviar por los países de la zona euro a las autoridades comunitarias, éstas se han pronunciado sobre la necesidad de contar con instrumentos normativos internos que garanticen la estabilidad presupuestaria efectiva en países que, como España, tienen un alto grado de descentralización en gastos e ingresos públicos¹⁸¹.

¹⁸⁰ En 2003, por segundo año consecutivo, el nuevo sistema de financiación autonómica marca los PGE, Así, la SS con un superávit del 0,5% del PIB idéntico al déficit del Estado compensaría contablemente el desfase negativo de éste por tercer año consecutivo mientras que las Administraciones territoriales alcanzarían el equilibrio por primera vez, en dónde por primera vez respecto a las cuentas nacionales de años anteriores se fijó en el Acuerdo de Consejo de Ministros de 8 de Marzo de 2002, aprobado en 21 de Marzo y 9 de Abril por los Plenos del Congreso de los Diputados y del Senado, el techo de gasto para ese año en virtud de la LGEP ya que ésta obligaba al Gobierno a presentar en el primer cuatrimestre de cada año el techo de gasto del Estado para el próximo. Idem para 2004.

¹⁸¹ En cuanto a la experiencia comparada europea de la extensión del PEC a los niveles inferiores de gobierno no es muy significativa y pueden destacarse los siguientes casos:

- Alemania: No tiene Pacto Interno de Estabilidad, el Consejo de Planificación Financiera acuerda las tasas de crecimiento del gasto y no existe un sistema de sanciones.

- Austria: Pacto Interno de Estabilidad 2001-2004 coincidente con su sistema de financiación subcentral, equilibrio presupuestario en 2002 con Comités de Control y sanciones por incumplimiento y falta de información.

- Bélgica: No hay reglas formales, el Consejo Superior de Hacienda fija objetivos anuales para el crecimiento del gasto y nivel de déficit y no existe un sistema de sanciones.

- Italia: Pacto Interno de Estabilidad impuesto por el nivel central, se fijan límites de crecimiento del déficit y no existe un sistema de sanciones.

En este contexto, con los antecedentes de las recomendaciones de los Consejos Europeos de Dublín 12/1996, Amsterdam 6/1997 y Santa María de Feira 6/2000 que culminaron en los PEC (equilibrio o superávit presupuestario a medio plazo) y los Reglamentos CE del Consejo ECOFIN (1467/1997, 7/7/1997) sobre procedimiento de déficit excesivo y el de sobre programas de Estabilidad y Convergencia y el procedimiento para su supervisión (1466/1997, 7/7/1997), el Parlamento ha aprobado en el mes de Diciembre de 2001 la Ley 18/2001, de 12 de Diciembre, General de Estabilidad Presupuestaria¹⁸², dónde los PGE de 2003 son los primeros elaborados según las orientaciones de esta Ley. Dicha norma se aplicará a todas las Administraciones Públicas, Seguridad Social y a las personas jurídicas de ellas dependientes.

En concreto, las CCAA deberán respetar la estabilidad presupuestaria¹⁸³ fijada anualmente por el Gobierno, previo informe del CPFF según la *Ley Orgánica*¹⁸⁴ 5/2001, de 13 de Diciembre, complementaria a la LGEP (BOE 14-12-2001), si bien llama la atención la imposición de restricciones fuertes y el hecho de que no hacer suficiente hincapié en la transparencia lo que hace pensar en que algunas CCAA puedan anticipar mecanismos de escape mediante financiación extrapresupuestaria. Por tanto, es importante señalar cómo va a influir a las CCAA las nuevas Leyes de Estabilidad Presupuestaria ya que imponen el equilibrio presupuestario y los límites legales al endeudamiento (van más allá del PEC europeo y están en la línea del modelo norteamericano) desde su entrada sin la posibilidad de período de adaptación¹⁸⁵, establecen nuevos trámites parlamentarios, fijaciones de techos de gasto, el objetivo de déficit cero (a cumplir por las CCAA para el trienio 2003-2005 acordado en el CPFF de 5 de Abril de 2002 así como para el trienio 2004-2006 según lo acordado en el reciente CPFF de 6 de Marzo de 2003) y el deber de “acomodar” los ingresos públicos obtenidos al gasto realizado (fundamentalmente sanitario).

¹⁸² El objeto de la Ley son una serie de principios rectores para exigir el *equilibrio u superávit presupuestario* a través de un procedimiento complejo de elaboración presupuestaria dictado en parte en el artículo 8 de la Ley (González-Páramo, 2001b). Así, el límite del gasto de la Administración del Estado para 2003 se ha fijado ya en el Acuerdo de Consejo de Ministros de 8 de Marzo en 114.517 millones de euros (109.273 millones de euros en CN SEC-95, un 4,15% más que en 2002), incluyéndose aquí, según el artículo 15 de la LGEP, el 2% del “Fondo de Contingencia” (2.290 millones de euros) y que limita a esta cantidad las futuras modificaciones de crédito en 2003.

¹⁸³ Así, según el Banco de España, la deuda conjunta de las Administraciones regionales era en el primer semestre de 2002 de 43.000 millones de euros (6,4% del PIB y un 10,4% más que el registrado un año antes), por lo que la deuda autonómica mantiene un ritmo superior al crecimiento que estaba registrando la economía mientras que las Corporaciones locales con 21.136 millones de euros (3,2% del PIB), la incrementaron de un modo más moderado (un 4,7%). Cataluña con 9.259 millones de euros (7,7% PIB regional) es la región más endeudada en términos absolutos y, por otro lado, en el primer semestre de 2002 en comparación con el año anterior, once CCAA lograron disminuir su endeudamiento, en especial, Canarias mientras que del resto destaca el fortísimo aumento de la deuda de Madrid, que creció en un 49,3% en un sólo año, hasta situarse en 8.102 millones de euros (7% PIB regional), con lo que ha pasado a ser ya la segunda región más endeudada, después de Cataluña, tras adelantar en estos seis primeros meses de 2002 a Andalucía (7.200 millones de euros-7,9% PIB regional), C.Valenciana (6.648 millones de euros-10,1% PIB regional) y Galicia (2.966 millones de euros-8,4% PIB regional).

¹⁸⁴ Siendo más adecuado que dicha reforma sobre la regulación del endeudamiento se hubiera sido incluida en la Ley Orgánica 7/2001, de 27 de Diciembre, de modificación de la LOFCA.

¹⁸⁵ Por lo que se cree más en esta vía de estabilidad que en la “hipótesis de la disciplina de los mercados”.

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 Estado¹⁸⁶ ahora las CCAA tendrán que acudir preferentemente a la “*corresponsabilidad fiscal*”¹⁸⁷. En definitiva, la conjunción entre la LGEP, en el seno de las Orientaciones Generales de Política Económica (GOPEs) acordadas en el Consejo Europeo de Sevilla (21 y 22 de Junio de 2002) y aprobadas en el ECOFIN posterior a pesar del retraso del PEC en cuanto a equilibrio presupuestario al menos hasta 2006 a raíz de los desvíos de Portugal¹⁸⁸, Alemania, Francia e Italia¹⁸⁹, y el modelo actual de financiación autonómico establece mayor libertad pero también más obligaciones desde 2002.

g) *La Reforma en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF,) en virtud de la Ley 46/2002, de 18 de Diciembre, de Reforma parcial del IRPF, cuya entrada en vigor se produce desde este año 2003.* Tras el Informe previo de la Comisión de Expertos y a la espera del trámite parlamentario consiguiente, en el ejercicio de simulación realizado anteriormente se ha intentado aproximar el efecto que tendrá sobre la nueva estructura de la financiación autonómica, ya que ahora sus efectos serán más importantes y directos que anteriormente en ausencia de un sistema de garantías como en el modelo anterior. Dicha propuesta de reforma ha respetado el tramo de tarifa de IRPF de las CCAA, según se explicó en el CPFF de 29 de Mayo de 2002, por lo que, al igual que sucedió con la reforma de 1998 (IEF, 2001), aunque la tarifa autonómica no varíe al modificarse la estatal, las CCAA pasan a tener una mayor participación en el IRPF que la prevista en la Ley 21/2001, de 27 de Diciembre que estipulaba un reparto de las tarifas general y autonómica del 67% y 33% respectivamente¹⁹⁰. El Cuadro 5.63 compara las tarifas autonómica y estatal para la declaración individual de los años posteriores a 1999 y las correspondientes al proyecto de reforma para el año 2003 basado en cinco tramos.

¹⁸⁶ Como se analizó en el capítulo tercero de esta tesis doctoral para el caso específico de la sanidad.

¹⁸⁷ En cualquier caso, dichas Leyes también limitan las posibilidades de endeudamiento de los gobiernos subcentrales en general y de las regiones y municipios en particular (con el añadido de que no conocerán su modelo de financiación hasta el año 2003), lo que puede afectar seriamente a la capacidad inversora de las CCAA de modo negativo. Además, sus efectos se pueden dejar sentir de forma desigual según cual sea la situación de partida de las distintas regiones ya que los límites penalizarían especialmente a las CCAA con unos reducidos stocks de capital o a las regiones con una capacidad fiscal más reducida (o unas necesidades de gasto más elevadas). Otra cuestión, sería el permitir la negociación de “*permisos de déficit*”, dado que la fijación de objetivos de estabilidad presupuestaria a tres años para las CCAA puede hacer posible que el distinto ritmo de ejecución de las inversiones de las CCAA permita a éstas llegar a acuerdos para poder intercambiar tramos de déficit entre períodos sin rebasar los objetivos globales establecidos (Balassone y Franco, 1999 y Casella, 2001).

¹⁸⁸ Y la apertura formal en 2002 del procedimiento de infracción por déficit excesivo de la CE que puede desembocar en sanciones de hasta el 0,5% del PIB luso. Esto mismo puede llegar a suceder con Alemania y Francia.

¹⁸⁹ Si bien en 2001 Finlandia y Luxemburgo cerraron con superávit cercanos al 5% del PIB al igual que Grecia, Irlanda y Austria con 0,1% y Bélgica y Holanda con superávit del 0,2% y España con un déficit del 0,1%. Si bien, ante la situación económica en 2002, los líderes europeos debieran haber reforzado el PEC (límite del 3% de déficit públicos), y no relajarlo hasta el 2006, cuando estaba previsto para 2004, para así incrementar su credibilidad y asegurar sus políticas fiscales. Esto supone haber reconocido el efecto sobre el PEC de la ralentización económica.

¹⁹⁰ Al firmarse el nuevo modelo todas las partes ya conocían que se llevaría a cabo la reforma del IRPF, que se regulaba por Lealtad institucional y estaba ya incluida en el Programa de Estabilidad.

Como se observa, en las tarifas del 2002 la participación autonómica¹⁹¹ es siempre del 33% del total con independencia del tramo, si bien en las tarifas de la reforma el porcentaje cedido no es el 33% y varía para cada tramo tal que en el primero la cesión real a las CCAA es del 39,60% mientras que en el último supone un 35,20%.

CUADRO 5.63. EVOLUCION DE LAS TARIFAS DEL IRPF Y PESO AUTONOMICO. REFORMA IRPF 1999 Y 2003.

Concepto	Tarifa autón. desde 1999	Tarifa estatal desde 1999	Total tarifa desde 1999	% autón. desde 1999	Tarifa autón. en 2002	Tarifa estatal en 2002	Total tarifa en 2002	% autón. en 2002	Tarifa autón. desde 2003	Tarifa estatal desde 2003	Total tarifa desde 2003	% autón. desde 2003
1º tramo	3,00	15,00	18,00	16,67	5,94	12,06	18,00	33,00	5,94	9,06	15,00	39,60
2º tramo	3,83	20,17	24,00	15,96	7,92	16,08	24,00	33,00	8,16	15,84	24,00	34,00
3º tramo	4,73	23,57	28,30	16,71	9,34	18,96	28,30	33,00	9,32	18,68	28,00	33,28
4º tramo	5,72	31,48	37,20	15,38	12,27	24,93	37,20	33,00	12,29	24,71	37,00	33,21
5º tramo	6,93	38,07	45,00	15,4	14,85	30,15	45,00	33,00	15,84	29,16	45,00	35,20
6º tramo	8,40	39,6	48,00	17,5	15,84	32,16	48,00	33,00				

FUENTE: Elaboración propia.

Esto es importante ya que afectará al ITE (sobre todo, nacional) a partir del 2003 además de que así como el peso de la bajada de la Base Imponible se va a repartir entre el Estado y la CCAA el peso de la bajada de la tarifa la va a soportar el Estado si bien, a diferencia de lo sucedido en 1998, en este caso no se ha modificado el nuevo modelo mediante garantías de suficiencia dinámica en función del PIB¹⁹². En todo caso, las CCAA tienen una cesión de un 33% de la tarifa y una total capacidad normativa (art. 38 de la Ley) desde el año 2002 además de poder establecer deducciones autonómicas¹⁹³ (Cuadro 5.64).

¹⁹¹ La tarifa autonómica incrementa así su capacidad recaudatoria sin ser modificada y las CCAA incrementan también su grado de autonomía, al obtener un mayor porcentaje de recursos propios y de corresponsabilidad fiscal y al tener capacidad normativa sobre esos nuevos recursos. No obstante, este supuesto incremento de la capacidad recaudatoria no es del todo real ya que la reforma del IRPF afecta también a la Base Imponible. Las estimaciones oficiales revelan una reducción media del 11% y de 3.600 millones de euros para 17 millones de contribuyentes, especialmente para madres trabajadoras por hijo menor de 3 años, familias y las que tienen mayores o discapacitados a su cargo además del incremento de la reducción general por rendimientos de trabajo y gastos deducibles en determinados rendimientos de capital, lo que disminuirá el volumen de la base sujeta a gravamen, por lo que la recaudación será menor aun manteniéndose la misma tarifa. Como se ve, existen dos fuerzas contrapuestas que suponen un incremento y una pérdida de recaudación a la vez, a pesar de que la tarifa autonómica no se modifica. El mayor peso de una u otra determinará el resultado final.

¹⁹² En este sentido, respecto al posible “efecto imitación”, la cercanía de las elecciones autonómicas y la posibilidad de recuperar ingresos vía incremento de la renta disponible, parece que habrá que conformarse con la rebaja del IRPF Central para 2003 ya que las CCAA rechazan, al menos para ese año, el uso de sus capacidades normativas para aplicar rebajas adicionales en la parte autonómica del impuesto ya que daría rédito electoral pero sería muy arriesgado al no conocerse el resultado práctico del modelo.

¹⁹³ En 2002 se han fijado deducciones autonómicas por nacimiento/adopción de hijos, por familiares, adquisición/rehabilitación de vivienda y donativos en nueve CCAA: Aragón, Castilla y León, Cataluña, C.Valenciana, Galicia, Illes Balears, La Rioja, Madrid y Murcia. Por tanto, las CCAA en 2003 aplicarán más deducciones: Andalucía ampliará deducciones familiares y creará alguna por compra/rehabilitación de vivienda para < 35 años, Canarias tramita mejoras para los desplazados de una isla a otra por motivos laborales y Valencia aprobará medidas complementarias tales como retoques en ayudas a la familia y discapacitados, una paga de 3.000 euros a las madres menores de 30 años por su segundo hijo y acceso a la vivienda. De igual modo, Cataluña no descarta completar el tramo autonómico para reducir el impacto de la inflación e introducir deducciones para los padres que ayuden a sus hijos en la compra de la primera vivienda y para ciertos colectivos (discapacitados psíquicos). Otras como Cantabria van a incluir en 2003 una paga de 100 euros mensuales para beneficiar a madres con hijos menores de tres años, Castilla-La Mancha prepara más incentivos para las familias aunque fuera del IRPF, Extremadura fijará la exención del impuesto sobre suelos sin edificar para contribuyentes con bases impositivas reducidas en el IRPF y Murcia ampliará deducciones por compra de vivienda para <35 años y donativos al patrimonio histórico.

CUADRO 5.64. DEDUCCIONES AUTONOMICAS EN EL IRPF APLICABLES EN EL AÑO 2002 (EJERCICIO DE COMPETENCIAS NORMATIVAS EN IRPF). NUEVO SISTEMA DE FINANCIACION AUTONOMICO

CCAA	Nacimiento o adopción de hijos	Familiares aplicación rentas	Adquisición o rehabilitación vivienda	Donativos y otros
Aragón	-Por cada tercer hijo o sucesivos (500-600 euros)			
Castilla y León	-Por familia numerosa (210,35 euros) -Por cada tercer hijo o sucesivos (360,61euros)			-Por cantidades donadas para rehabilitación/conservación Patrimonio histórico artístico de Castilla y León (15%) - Por cantidades destinadas a restauración, rehabilitación o reparación (15%)
Cataluña	-Por nacimiento de segundo o ulterior hijo en el periodo impositivo (300 euros)			- Por cantidades donadas a favor de fundaciones o asociaciones para el fomento de la lengua catalana (15%)
Comunidad Valenciana	- Por nacimiento o adopción del tercer o sucesivo hijo(150,25 euros) - Por familia numerosa (De 180 euros si se trata de primera categoría, 300 euros de segunda y 420 euros categoría de honor)	- Por contribuyentes minusválidos de edad igual o superior a 65 años (160 euros)	- Por adquisición de primera vivienda habitual por sujetos pasivos de edad ≤ 35 (3%) -Adquisición o rehabilitación de vivienda habitual de ayudas públicas (90,15 euros) - Arrdto vivienda habitual (10%, límite 180 euros)	-Por donaciones con finalidad ecológica (20%) -Por donaciones Patrimonio cultural (5%- 10%) - Por la realización por uno de los cónyuges de labores no remuneradas en el hogar (120,20 euros)
Galicia	-Nacimiento de hijos (120,20 euros el primero hasta 360,61 euros si quinto o sucesivos) - Por familia numerosa (De 180,30 euros si primera categoría, 270,46 euros de segunda y 360,61 euros de categoría de honor) -Por cuidado hijos menores (180,30 euros)			
Illes Balears		- Sujetos pasivos de edad igual o superior a 65 años (36,00 euros) - Minusválidos (60,10 euros) - Gastos de custodia (en guarderías y centros escolares) de hijos < 3 años (15% con el límite máximo de 150,25 euros anuales) - Gastos de adquisición de libros de texto (50%)	- Por adquisición de primera vivienda habitual por sujetos pasivos cuya base imponible previa a la reducción no exceda de tres millones de pesetas en tributación individual o de cinco millones en tributación conjunta y cuya edad sea igual o inferior a 32 años (3%)	- Por el 25% de los Gastos de conservación y mejora realizados en terrenos incluidos en áreas de suelo rústico protegido.
La Rioja	-Por nacimiento y adopción del segundo o ulterior hijo en el período impositivo (150 euros en el segundo y 180 euros para el tercero y sucesivos).		- Por inversión en adquisición o rehabilitación de vivienda habitual para Jóvenes < 36 años (3%) -Adquisición o rehabilitación de una segunda vivienda en el medio rural (7%)	
Madrid	-Por nacimiento de hijos en período impositivo (280 euros). -Por acogimiento familiar de menores siempre que el contribuyente conviva con ellos más de 183 días del año natural (280 euros).	-Por acogimiento no remunerado de mayores de 65 años y/o minusválidos siempre que contribuyente conviva con ellos más de 183 días en acogimiento sin contraprestación (320 euros).		-Por cantidades donadas a Fundaciones de carácter cultural y/o asistenciales, sanitarias y otras de naturaleza análoga (10%)
Murcia			-Por adquisición de vivienda situada en Murcia para jóvenes cuya edad sea igual o inferior a 30 años siempre que vaya a constituir la vivienda habitual (3%) -Deducciones autonómicas en IRPF por adquisición y rehabilitación de vivienda habitual para 1998-2001.	-Por donativos relativos a actuaciones de protección del Patrimonio Histórico de la región de Murcia (20%)

FUENTE: Agencia Estatal de Administración Tributaria, Ministerio de Hacienda (2002).

h) *La próxima Ley de Reforma de la Financiación de las Haciendas Locales*: En un Estado tan descentralizado como el nuestro, la estructura autonómica es relevante, al igual que la local. A este respecto, tras el Informe de la Comisión de expertos (Mº de Hacienda y FEMP, 2002), se ha aprobado la *Ley 51/2002, de 27 de Diciembre, de reforma de la Ley 39/1988, de 28 de Diciembre, Reguladora de las Haciendas Locales*¹⁹⁴ tras ser apoyada por la FEMP el pasado 18 de Noviembre de 2002. La opción elegida es un “*Modelo Alternativo*” de financiación local (Suárez Pandiello, 2001; Papeles de Economía Española, 2002) integrado en un sistema general de financiación del sector público y aprovechando las grandes figuras tributarias así como aumentando la capacidad normativa, corresponsabilidad fiscal y suficiencia financiera de los municipios (mantenimiento del “*statu quo*” anterior) y la solidaridad. En cualquier caso, la evolución del modelo actual de financiación autonómica debe ser entendida dentro del contexto de modelo de descentralización en el que será pieza clave este nuevo sistema de financiación local desde 2003 y una vez concluya el quinquenio vigente en 2004.

i) *El grado de coordinación y cooperación entre los Servicios Regionales de Salud además de sus políticas laborales y específicamente retributivas de los próximos años afectarán a la estabilidad y suficiencia de la actual financiación autonómica y sanitaria*: Ante esto, es significativo que una de las principales carencias del sistema sea la ausencia de un mecanismo de coordinación¹⁹⁵ (CES, 2002; López I Casasnovas, 2002). A este respecto, a fecha de Abril de 2003 está en su última etapa de trámite parlamentario la *Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud*¹⁹⁶ en dónde, a tenor de lo hasta ahora planteado, se tendría por objeto todo lo relativo a la coordinación sanitaria como competencia estatal en función de tres ejes: prestaciones, información y calidad así como la regulación y desarrollo de la Alta Inspección.

¹⁹⁴ En dicha normativa se establece, por un lado, que los municipios de más de 100.000 habitantes, capitales de provincia y de CCAA, se financien por los tributos locales y por la participación en una “*cesta de impuestos*” (IRPF, IVA y Especiales estatales) además de un Fondo Complementario de financiación con cargo a las arcas del Estado (índice ITE de evolución). Por otro, la financiación de los municipios con menos de 100.000 habitantes se basará en los tributos propios y en una transferencia estatal adecuada a sus necesidades (índice de evolución ITE) y distribuida en función de la población (75%), esfuerzo fiscal (12,5%) e inverso de la capacidad tributaria (12,5%). El nuevo sistema además se caracteriza por la exención (no supresión) del Impuesto sobre Actividades Económicas (IAE) para toda persona física y jurídica que facture menos de un millón de euros anuales además de otros cambios normativos, como modificaciones en el Impuesto sobre Bienes Inmuebles (IBI) para favorecer a familias, la política de vivienda así como la ampliación de exenciones en el Impuesto sobre Vehículos de Tracción Mecánica (IVTM). La duda es si los contribuyentes a los que se les incrementa la carga fiscal trasladarán dichos costes a los ciudadanos.

¹⁹⁵ Es especialmente en el capítulo cuarto del título tercero de la LGS de 1986 dónde se establecen cuáles deben ser los aspectos generales de la coordinación sanitaria.

¹⁹⁶ Regularía, entre otros aspectos, las prestaciones adicionales que pretendan introducir las CCAA al catálogo básico. Igualmente, coordinaría las decisiones sanitarias en todo el Estado, con sistemas comunes de información, calidad y eficiencia, favorecería actividades coordinadas en Salud Pública, crearía una base de datos de los ciudadanos a partir de la tarjeta sanitaria y fortalecería el papel del CIS a través de la creación (no con cierta oposición) de un “*Instituto de Información del SNS*” que parece se retrasará hasta 2004 (encargada de dar soporte material y técnico a las actividades del Consejo, promocionando actividades de análisis, evaluación y estudio así como centralizar los datos de la gestión de los distintos sistemas sanitarios en conjunción con la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente recientemente aprobada en 2002 en el Congreso de los Diputados) y, como se ha comentado antes, de la Alta Inspección. En cualquier caso, quizás debiera haberse aprobado esta Ley antes de cerrar las transferencias sanitarias (2001).

Precisamente uno de los principales problemas de la coordinación será el flujo de pacientes desplazados y el funcionamiento de los centros y servicios de referencia transfronterizos¹⁹⁷ en dónde, salvo puntuales convenios de colaboración y cooperación con otras CCAA limítrofes y con el INSALUD, a efectos de ordenar la asistencia hospitalaria urgente que precisa población residente en zonas con una especial ubicación geográfica, todo lo relativo a la implementación y formalización de cauces de coordinación y cooperación interautonómica¹⁹⁸ ha estado hasta ahora inédito (Beltrán, 2002). Sin duda, en tamaña inactividad ha influido notablemente el hecho de que hasta el fin del año 2001 en diez CCAA el INSALUD siguiera gestionando y prestando la asistencia sanitaria pública. Una vez salvada esa situación de descentralización territorial parcial, esto es, asumida la ordenación y gestión de la asistencia sanitaria pública por todas las CCAA, inmediatamente se ha puesto de manifiesto la necesidad de poner en práctica la opción de formalizar entre ellos Acuerdos y Convenios de coordinación y cooperación con un alcance mucho mayor que el de solucionar los problemas de asistencia sanitaria a población fronteriza y estando perfectamente justificados (Rey, 2002). De todos modos, desde un punto de vista económico, siempre es más conveniente una solución centralista dado que los acuerdos bilaterales o multilaterales tienen mayores costes de transacción.

En este contexto, es necesario citar los Protocolos de Coordinación Sanitaria formalizados el 16 de Octubre de 2001 por las CCAA de Madrid, Castilla-La Mancha, Castilla y León y Extremadura, y el 22 de Febrero de 2002 entre las CCAA de Cataluña y Aragón. Ambos protocolos definen un ámbito de coordinación¹⁹⁹ estable en asistencia sanitaria pública y suponen solucionar, en parte, problemas como el rechazo de pacientes de otras CCAA como mal ejemplo de coordinación autonómica (Aja, 1999), si bien las CCAA “*exportadoras*” pueden ser discriminadas por su escaso poder de negociación y su vulnerabilidad a la información asimétrica sobre esperas. Por tanto, en este momento existen muchas Leyes, desde la Constitución para abajo de cuyo ensamblaje dependerá la sinergia o la competencia entre los 18 subsistemas (17 servicios regionales más el propio Estado) que componen nuestro sistema sanitario. De hecho, quizás la primera pregunta sea si es necesaria otra norma más.

¹⁹⁷ Según la reciente Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (INE), en 1998 se produjeron 126.538 ingresos hospitalarios fuera de la región de residencia, en mucha mayor medida en el INSALUD-Gestión Directa que en las del Transferido. El flujo de desplazados hospitalarios dentro de Gestión Directa desde una región a otra del grupo se situó en los 51.503 pacientes y han sido relativamente abundantes en Melilla (17,7%), La Rioja (17,2%) y Castilla-La Mancha (12,4%). El 7,7% de los pacientes residentes en alguna CCAA que quedaba pendientes de transferencias sanitarias que han tenido que ingresar en un hospital en 1998 lo ha hecho fuera de su región. Estos porcentajes son sintomáticos del grado de dependencia con respecto a la infraestructura hospitalaria exterior por lo que, si bien el fenómeno de los desplazamientos es mucho más acusado dentro del INSALUD-Gestión Directa, el peso relativo de los Hospitales del INSALUD-Gestión Directa como receptores de desplazados es similar en el grupo de ciudadanos de las regiones con transferencias y en las que no las tienen, en torno al 61% por lo que la solución organizativa para la asistencia transregional a desplazados no puede limitarse al ámbito del antiguo INSALUD-Gestión Directa.

¹⁹⁸ Por su parte, las Corporaciones Locales no han tenido hasta ahora mucha presencia en el diseño y gestión de las políticas sanitarias en las regiones con sanidad transferida.

¹⁹⁹ La palabra de “*moda*” cuando hace meses eran las transferencias y la descentralización.

No obstante, eso no debería ser la excusa para crear un órgano paralelo de coordinación de las CCAA al margen del M° de Sanidad ya que debería cumplirse que el CIS fuera potenciado con competencias efectivas para así adoptar decisiones vinculantes sobre, por ejemplo, qué medicamentos debe financiar la Seguridad Social aunque hasta ahora las CCAA están empezando a negociar cada una por separado con los laboratorios farmacéuticos²⁰⁰.

Por tanto, la situación actual en 2003 es la de 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). Como consecuencia, en las CCAA del antiguo INSALUD-Gestión Directa ya se ha llegado a acuerdos entorno a mejoras laborales y acuerdos retributivos postransferenciales con subidas medias del 5-12% de clara oportunidad política, con el interrogante de si serán asumibles sin aumentar los impuestos autonómicos²⁰¹ y con el peligro de que vuelvan a repetirse creando un “efecto arrastre” perverso, incluso en las CCAA del antiguo INSALUD-Gestión Transferida²⁰², con una tendencia a igualarse por arriba.

²⁰⁰ El gasto farmacéutico es el 25% del total y ha crecido un 9,72% en los nueve primeros meses de 2002

²⁰¹ - La primera en llegar a un acuerdo con los sindicatos fue Aragón en Abril de 2002 por el que se ha acordado una subida que oscila entre los 3.173,34 euros anuales para médicos (aplicándose un 33% en cada año) y los 1.068,24 euros para celadores de los que se beneficiarían 13.515 empleados de la sanidad aragonesa en 2002-2004.

- En Asturias se llegó a un acuerdo en Julio de 2002 con los sindicatos tras una huelga durante el mes anterior por el que se acordaba una subida media del 17% en los salarios del personal sanitario, subida que oscilaba entre los 3.550 euros anuales para médicos y los 1.700 euros para celadores durante 2002-2005 además de disponer de 10,5 millones de euros para incentivos de los que se beneficiarían los 13.200 empleados de la sanidad asturiana. La carrera profesional se pondrá en marcha en 2004 así como la consolidación del 30% de la productividad variable.

- En Baleares se firmó el acuerdo más abultado en Mayo de 2002 por el que se acordaba una subida que va de los 5.069 euros anuales en Especializada, 4.197 euros en Primaria y 3.557 euros para celadores en 2002-2004.

- En Cantabria se ha decidido recientemente firmar el acuerdo de homologación retributiva a repartir entre todas las categorías profesionales (cerca de 6.000 trabajadores del antiguo INSALUD), siendo para los médicos una subida de 3.600 euros en 2002, 2003 y 2004 así como la elaboración de una carrera profesional antes de 2004, crear más puestos de trabajo, establecimiento de reducción de jornada laboral hasta alcanzar las 35 horas semanales y reorganización de la Atención Primaria de 2003 a 2005.

- En Castilla-La Mancha se llegó al acuerdo económicamente más bajo en Abril de 2002 con subida de 2.944,96 euros anuales para médicos y 1.337,25 euros para celadores en 2002-2004 y jornada semanal de 35 horas.

- En Castilla y León se llegó a un acuerdo en 2002 hasta 2005 con los sindicatos para una subida que oscilaba entre los 3.582,03 euros anuales para los médicos y los 1.388,34 euros para los celadores además de consolidar un mínimo del 40% de la productividad variable y el desarrollo de la carrera profesional.

- En Extremadura se acordó en 2002 con sindicatos la subida salarial en 3.185 euros anuales para médicos de Atención Especializada y 1.893 euros para los de Primaria. También se negociará jornada semanal de 35 horas

- En La Rioja, la Consejería ha firmado en Noviembre de 2002 un incremento retributivo lineal que supone unos 3.600 euros anuales para los médicos a lo largo de los próximos dos años.

- En Madrid se firmó el Plan de Calidad en Junio de 2002 con subida salarial al grupo A de 3.700 euros a consolidar en 2002, 2003 y 2004. Compromiso de implantar nuevo sistema retributivo y jornada semanal de 35 horas.

- En Murcia se llegó a un acuerdo en Junio de 2002 para una subida que oscilaba entre 3.490 euros anuales para médicos y 1.368 euros para los celadores. Consolidación en 2004 del 40% de la productividad variable.

En Noviembre de 2002 y en contra de lo que cabría esperar, a falta de la firma de acuerdos en La Rioja y Madrid, existe cierta “homogeneidad salarial” postransferencial ya que la diferencia entre el acuerdo más abultado (Baleares) y el que menos (Castilla-La Mancha) pagará no superará los 2.124,04 euros anuales. Asimismo, se ha reiterado la intención de que el nuevo Estatuto-Marco, previsto en el art. 84.2 de la LGS, sea el elemento clave para la coordinación de las políticas de personal de los diferentes servicios de salud, recogiendo los derechos y deberes de los profesionales, estableciendo la homogeneidad del sistema y garantizando la libre circulación de los pacientes ya que no tendría mucho sentido que los profesionales pudieran moverse libremente por la UE y no lo pudieran hacer por las distintas CCAA (Comparecencia de la Ministra de Sanidad en la Comisión de Sanidad del Congreso, 18-09-2002).

²⁰² En Noviembre de 2002 tanto en el Servicio Andaluz de Salud como en el Servicio Valenciano de Salud se estaba reclamando ya la revisión de sus modelos retributivos toda vez que los acuerdos salariales a los que habían llegado algunas CCAA del antiguo INSALUD-Gestión Directa hacen que éstas regiones se quedasen por debajo.

En definitiva, la experiencia acumulada hasta 2002 no permitiría ser demasiado optimistas acerca de las posibilidades reales de coordinación y cooperación en el conjunto del SNS existiendo serios riesgos de que éste fuera finalmente desvertebrado en 17 Sistemas autonómicos de Salud. En todo caso, el M° de Sanidad y Consumo y el CIS deberían redefinir su papel en este nuevo modelo de descentralización sanitaria para evitar este desenlace.

j) La necesidad de nuevas formas de organización y gestión de los centros sanitarios públicos en general en dónde se respeten los principios de eficiencia y eficacia en la gestión de los recursos públicos lo cual afectará a la financiación autonómica y sanitaria. En este contexto, parece haberse intentado recuperar ya desde comienzos de 2002 en muchas CCAA esta línea de reformas a semejanza de lo que habían venido haciendo muchas regiones del antiguo INSALUD-Gestión Transferida. Las repercusiones que este tipo de políticas sanitarias pueden tener sobre los presupuestos sanitarios regionales serán pues muy diferentes según cada caso y, dada la enorme importancia de las competencias sanitarias, acabaría también influyendo sobre algunos componentes antes mencionados del nuevo modelo de financiación autonómica.

k) Otras cuestiones tales como la ampliación del catálogo de prestaciones²⁰³ (atención a la dependencia, asistencia bucodental²⁰⁴, salud mental, tratamiento de la esterilidad o rehabilitación de minusválidas), mejora de la política farmacéutica²⁰⁵, correcta Atención Sociosanitaria²⁰⁶ de la población dependiente, cierre de la reforma de la Atención Primaria de la LGS o reducción de las listas de espera harán necesaria una mayor cantidad de recursos públicos destinados a tal fin lo cual afectará a la financiación autonómica y sanitaria.

Por tanto, todos estos elementos cerrarían el desarrollo del modelo de sector público, dotándole de permanencia y garantías futuras. A su vez, las normas de estabilidad presupuestaria mantendrían las cuentas públicas saneadas y los equilibrios macroeconómicos.

4. Valoración del nuevo modelo de financiación autonómica general: Especial referencia al caso de la integración de la financiación sanitaria

El nuevo sistema de financiación autonómica plantea un nuevo impulso en la utilización de las fuentes tributarias, hasta ahora estatales, que pasan a financiar la actividad de los Gobiernos regionales con un marco temporal más estable y la incorporación de la financiación de las Competencias en Sanidad y de Servicios Sociales aunque con orientación específica.

²⁰³ Si bien se fiará al consenso del CIS dicha ampliación y no será competencia central exclusiva, debiendo reflejarse en la Ley de “Cohesión y Calidad” (Comparecencia Secretario M° Sanidad en Congreso, 8-10-2002).

²⁰⁴ La cual parece querer incorporarse en 2003 y 2004 para menores en Castilla y León y Baleares.

²⁰⁵ Las CCAA negocian así los convenios de colaboración y promoción del uso racional del medicamento.

²⁰⁶ Siendo un objetivo en PGE de 2003 la Ley de Atención Sociosanitaria (CIS, 18-11-2002).

De todos modos, pueden realizarse algunas críticas en función del análisis realizado así como *propuestas de mejora puntual de aspectos del nuevo sistema general de financiación*:

a) En primer lugar, *se puede acabar perpetuando las características definidoras de un sistema de financiación homogéneo pero generador de importantes desigualdades*, al no considerar todas las diferencias económicas y sociales así como la realidad plurinacional.

b) El nuevo modelo en su aritmética inicial se ha caracterizado por la *ausencia de publicación de las cifras oficiales de referencia* ya que cuando se negoció no se habían hecho públicas las estadísticas de liquidación presupuestaria del año 1999, por lo que no resultaba fácil diferenciar en un principio cuál era la cantidad que corresponde a cada uno de los tres bloques de Competencias²⁰⁷ (General, Sanidad y de Servicios Sociales). Se comprueba entonces que en la negociación puede haber influido que la financiación autonómica se haya centrado en las cifras de partida de 1999 y en un excesivo celo para que todas las CCAA suscribieran el Acuerdo²⁰⁸. Ello supone justificar “*técnicamente*” ciertos acuerdos políticos sobre cantidades, dejando a un lado en cierto modo, las que se obtendrán en los próximos años y que dependerán de aspectos como la composición de la *Cesta de impuestos* (ITE regional y Tributos Cedidos) o el funcionamiento del *Fondo de Suficiencia* que ha de evolucionar de acuerdo con los ITE nacional (Buenaventura y García, 2002; Cabasés, 2002). Esto significa que si la estructura de financiación en cada Gobierno Subcentral muestra grandes diferencias entre recursos tributarios y transferencias niveladoras y también en la composición del peso que tiene cada impuesto dentro de su estructura tributaria, el riesgo en la situación de partida de cada región será desigual y, en consecuencia, también el previsto para los próximos años.

²⁰⁷ Las reglas del modelo se aplicaban entonces sobre las cantidades de la Restricción Inicial que representaban el mínimo que cada CCAA iba a obtener como resultado. A diferencia de la anterior negociación de 1996 (modelo 1997-2001), en esta ocasión sí que ha tenido lugar la vinculación del monto de financiación con la aplicación de variables distributivas, por lo que el Estado se ha visto en la necesidad de incrementar los fondos dedicados a las CCAA. No obstante esto, la aplicación de las variables distributivas, que son las que reparten la mayoría de las cantidades del año base 1999 (ya que los nuevos fondos parten de cuantías muy reducidas), queda en la práctica desvirtuada por las garantías de mínimos y las complejas reglas de modulación establecidas al no existir una justificación teórica para los criterios finalmente elegidos que, en vez de responder a un objetivo de equidad, parecen surgidos de la necesidad de acomodar lo que es el propio funcionamiento del modelo a negociaciones y reivindicaciones previas de cantidades a obtener por situaciones particulares de cada CCAA para suscribir el Acuerdo que a una verdadera lógica relacionada con el coste o la demanda de los servicios prestados por las Administraciones Autonómicas en el nuevo sistema (García Díaz, 2002). De ser cierta esta impresión, sobre la excesiva influencia de las modulaciones en las cantidades finales que han percibido las regiones, se dañaría la ventaja buscada de evitar la discrecionalidad en la distribución territorial de los recursos financieros disponibles mediante la aplicación de un sistema distributivo como el ya mencionado. Además, en el año 2001 no existía para las CCAA información estadística suficiente sobre consumos ni sobre tributos a nivel regional como para discutir con conocimiento de causa sobre el pasado, presente y futuro del sistema de financiación autonómica dónde los puntos porcentuales de cualquier índice estadístico no son para nada despreciables.

²⁰⁸ Lo que ha hecho que funcionase, como en anteriores negociaciones, el “*mercadeo político*” especialmente por el reparto opaco de fondos adicionales y las modulaciones establecidas al crecimiento de la financiación para ciertas CCAA para así evitar su voto en contra en el CPFF. Esto parece corroborarse en el caso de las transferencias sanitarias recientemente producidas dónde Madrid es la gran perjudicada al recibir cantidades inferiores a las que su demanda exige mientras que Asturias, Baleares, Castilla-La Mancha y Extremadura contrarias a la transferencia finalmente consiguieron una cantidad superior a la que venía gastando el Estado en esas CCAA.

c) Es importante también analizar la adecuación de la Restricción Inicial fijada para las CCAA en el año base 1999 a sus correspondientes Necesidades de gasto para lo cual *se necesitaría comparar las cantidades reales consideradas para calcular la Restricción inicial con una estimación de los recursos “necesarios” para cada región*. Por ejemplo, en la sanidad los recursos necesarios se estimarían tomando como referencia no sólo variables demográficas sino también socioeconómicas o de estado de salud. *No dejan de ser entonces un aspecto técnico del modelo criticable las variables seleccionadas para repartir cada una de las competencias* (en especial, las sanitarias) *así como, por supuesto, sus ponderaciones arbitrarias y subjetivas* pareciendo responder no a estudios empíricos o académicos aceptados y serios sino más bien a la necesidad, como en modelos de quinquenios anteriores, de que determinadas cantidades de financiación vayan a beneficiar relativamente más a algunas regiones frente a otras. Esto estaría mostrando también otra falta de transparencia del modelo que puede ser igualmente criticada, si bien es defendible el hecho de que no tenga ya como pilar fundamental de distribución al criterio poblacional, especialmente relevante en el caso de la sanidad.

d) *En el nuevo modelo realmente el incremento en la autonomía fiscal sólo es significativo en la entendida en un sentido débil*. Es decir, incluyendo las participaciones territorializadas tipo IVA o Especiales (si bien se reduce la dependencia financiera de las CCAA del Estado) porque en la fuerte (capacidad normativa) el incremento no es notable²⁰⁹.

e) En todo caso también es importante darse cuenta que, *a pesar de las ganancias que supone el nuevo modelo, éstas seguirían estando por debajo de la aplicación de un sistema con un grado de corresponsabilidad fiscal asimilable al del Concierto y/o Convenio económico, lo que demuestra que aún sigue existiendo agravio comparativo dentro del Estado autonómico español*. No obstante, este nuevo modelo de financiación autonómica, frente a modelos anteriores, sí que supone un paso más hacia la convergencia con un sistema fiscal tipo Concierto y/o Convenio económico, dadas las dificultades por todos conocidas de poder hacer desaparecer un sistema que beneficia claramente a algunas CCAA (forales) frente a otras (régimen común) ya que la extensión del sistema foral a todas las regiones españolas conllevaría problemas irresolubles en su extremo²¹⁰ (Zubiri, 2000).

²⁰⁹ Posiblemente en el caso del IVA sea cierta la negativa europea pero en el caso de algunos I.I.EE como los del Alcohol o Cerveza se podría seguir intentando que las CCAA dispusieran de algún margen de actuación. Así, a pesar de las propias limitaciones de cesión de capacidad normativa en este tipo de impuestos según se ha argumentado desde la Administración Central que imponía la Comisión Europea, el incremento efectivo de autonomía y por ende de corresponsabilidad fiscal no es tan elevado. Asimismo, podría pensarse en haberse cedido una parte de la recaudación del Impuesto de Sociedades, aún sin capacidad normativa y de una forma similar a lo que se ha hecho con el IVA y Especiales, a semejanza de las forales.

²¹⁰ En todo caso, si bien puede ser de recibo su mayor autonomía financiera, dada su singularidad basada en tradiciones históricas y situaciones especiales refrendadas en la CE, sería conveniente en los próximos años decidir la participación activa de las CCAA forales en las aportaciones a las políticas redistributivas del conjunto del Estado español como signo de auténtica normalización política.

f) En este mismo contexto, se prevé que la cuantía del Fondo de Suficiencia para cada CCAA se modifique únicamente de oficio por parte del Gobierno Central si se produce un nuevo traspaso de competencias y a petición de la CCAA cuando tenga lugar la efectiva cesión de algún tributo previo acuerdo de la Comisión Mixta. El problema puede venir si se generase un desequilibrio entre la trayectoria seguida por la recaudación de una CCAA y sus necesidades de gasto ya que la nivelación diseñada en el modelo puede que no cubriría estas diferencias más allá del diferencial entre el crecimiento del ITE nacional y los Ingresos tributarios regionales. Ello no deja de ser un riesgo importante para el futuro financiero de algunas CCAA con expectativas poco favorables de crecimiento de la recaudación.

Es decir, *la revisión dinámica del modelo de financiación autonómica plantea, cuando menos, algunas dudas*; especialmente, si se produce una recesión económica en algún territorio. Así, es lógico no tener en cuenta en la actualización tanto el uso de las capacidades normativas (al representar una modificación en su esfuerzo fiscal) como la mayor o menor recaudación consecuencia de la eficiencia en la lucha contra el fraude fiscal, pero cabe preguntarse sobre los efectos generados por una menor evolución de la recaudación de impuestos propios o de cesión de la recaudación líquida por una menor actividad en un determinado territorio. Por tanto, la menor disposición de recursos económicos en algún territorio por una variable ajena a su capacidad de gestión (como la menor evolución de la actividad productiva) limitaría la capacidad de prestación de bienes y servicios y la equidad territorial del modelo. Asimismo, debería haberse estudiado más profundamente la posibilidad de establecer mecanismos que corrigieran las diferencias en financiación, independientes del uso de la capacidad normativa de los gobiernos regionales y de la homogeneidad territorial inicial. Puede entonces que fuera necesaria cierta revisión periódica para evitar así que las jurisdicciones con peor comportamiento contasen con recursos inferiores a un determinado porcentaje de ingresos medios u otro tipo de ajustes ya que si la evolución normativa de los recursos tributarios subcentrales no tiene el mismo comportamiento que el gasto medio derivado de las necesidades objetivas de las diferentes regiones, los desequilibrios presupuestarios se producirán y la tensión sobre el sistema de transferencias²¹¹ será permanente haciendo así que el sistema sea inestable.

²¹¹ Una solución más segura consistiría en la actualización del “Fondo de Suficiencia” por parte del Estado (hasta ahora quinquenal) o establecer un período de ajuste gradual, ya que sino se corre el riesgo de que la evolución de la financiación según necesidades de gasto con comportamiento expansivo provoque no sólo la desnivelación entre CCAA sino lo ocurrido en los anteriores quinquenios, es decir, problemas de suficiencia financiera (Institut d’Estudis Autònoms, 2002). Otra opción podría consistir en modificar al alza los porcentajes de participación en los impuestos compartidos dadas las limitaciones impuestas a la utilización de la capacidad normativa. Asimismo, el hecho de que el “Fondo de Suficiencia” se haga evolucionar a partir del año base (1999) según el ITE nacional podría no ser un auténtico mecanismo de nivelación ya que quizás hubiera sido más conveniente haber mantenido como índice de evolución de la nivelación al antiguo ITAE, al incluir éste además al Impuesto de Sociedades y a las cotizaciones sociales de una clara evolución positiva en los últimos años. No obstante, el Estado no querría mantenerlo dado el crecimiento de la financiación según ese índice frente al pasado por el mayor coste para sus arcas y por el hecho de que las cotizaciones sociales no son un ingreso tributario descentralizado, como sucede con el Impuesto de Sociedades, al estar afectas a pensiones y prestaciones de desempleo.

g) *Para el caso de CCAA con exceso de capacidad fiscal respecto a sus necesidades de gasto debería concretarse mejor la forma de la devolución sus débitos por este Fondo a favor del Estado. No hay que olvidar el hecho de que sí la nivelación resulta muy evidente para estas regiones ricas podrían cuestionar este patrón de equidad interterritorial al entenderlo como demasiado progresivo a semejanza de lo ocurrido en la experiencia comparada (Alemania²¹²).*

h) *Es positiva la eliminación de los sistemas de garantía anteriores, ya que parte de la noción de “corresponsabilidad fiscal” en el sentido de si se aumenta la autonomía financiera en los ingresos también ha de transferirse la competencia para ajustar los gastos a los recursos financieros sin que la Administración Central haya de cubrir las diferencias, ejemplo clásico del “riesgo moral” (quien queda protegido frente a un riesgo pierde el interés en minimizarlo).*

i) *En materia de solidaridad interterritorial, no se incrementa suficientemente la dotación del instrumento constitucional específico (FCI) e incluso se puede reducir al flexibilizar su destino, lo que planteará problemas dada la posible pérdida de fondos europeos prevista con la ampliación a 25 miembros desde 2006²¹³. Además, tanto su articulación como la de las Asignaciones de Nivelación podrían haberse planteado de una manera más flexible.*

j) *En cuanto a la participación de las CCAA en la Agencia Tributaria señalar que es una decisión lógica, dado que tiene sentido que la Agencia que recauda todos los impuestos tenga una participación de las CCAA, si bien debería haber sido más estrecha y más decidida ya que las CCAA siguen sin tener información sobre los efectos distributivos o recaudatorios que podría tener una modificación normativa de algunos impuestos (por ejemplo, IRPF).*

k) *Finalmente, el nuevo modelo integrado supone indudables ganancias económicas aunque es necesario ser cautelosos dados los diversos factores de incertidumbre señalados anteriormente y que pueden determinar la evolución dinámica final de los recursos financieros. Así, las modificaciones por parte de la Administración Central en las normas tributarias podrían tener el riesgo de incidir financieramente de manera desigual en los ingresos autonómicos por lo que parece aún más necesario aún mantener ciertas garantías financieras.*

²¹² Bastante similar a lo sucedido con los sistemas forales y a su permanente efecto de inestabilidad en el modelo general como se explica en Sevilla (2001). Esto es lo que se ha venido incorporando recientemente al debate en relación al concepto de *balanza fiscal* como medida del esfuerzo fiscal realizado en cada territorio y de los recursos económicos a disponer por cada uno de los mismos. No obstante, estos planteamientos son bastante débiles en base a su excesiva complejidad técnica, su falta de homogeneidad metodológica, la consideración de la propia función redistributiva nacional y el hecho de que en un Estado no son los territorios quienes se relacionan con los sistemas tributarios sino los individuos quienes pagan impuestos (y al revés con los gastos públicos e inversiones).

²¹³ Al estar ligada la percepción de Fondos Europeos al FCI desde 1990, las mayores cantidades de Fondos de la UE ha hecho que el FCI, como mecanismo de redistribución regional, perdiera peso realtivo. Así, podría haberse ajustado el FCI en el supuesto de variación sustancial de los Fondos europeos.

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*, la valoración crítica que puede hacerse del reciente Acuerdo es la siguiente:

a) El primer efecto que puede comentarse, el cual puede servir también de explicación principal para justificar las presiones para la aplicación del acuerdo, es la *“liberación” del Gobierno central de la responsabilidad de la prestación sanitaria mediante la introducción en la Ley 21/2001, de 27 de Diciembre de la Disposición final segunda que no existía en el Acuerdo alcanzado en Julio de ese mismo año vinculado la entrada de vigor para cada CCAA del nuevo sistema de financiación a la aceptación del traspaso de las competencias sanitarias*. No obstante, de haberse esperado a un Acuerdo del CPFF para iniciar las ponencias técnicas no se hubieran logrado los acuerdos antes del 2003 o 2004, que además son años electorales.

b) *El nuevo sistema sanitario supone una clara apuesta por la vía del “modelo mixto” ya que no existe una integración total de la sanidad sin condiciones*. De hecho, la modificación del sistema de financiación autonómica ha sido presentada como un cambio de carácter básicamente técnico a fin de conseguir incrementar su eficiencia. Quizás los cambios introducidos por la forma concreta que han adoptado dista notablemente de esa caracterización.

c) *El modelo deja desprovista a la intervención estatal de mecanismos eficaces de control al excluir del ámbito de la SS financiada con aportaciones del Estado al Presupuesto de ésta las “prestaciones y servicios de asistencia sanitaria...cuya gestión se halle transferida a las CCAA” en cuyo caso “la financiación se efectuará de conformidad con el sistema de financiación autonómica vigente en cada momento”* (art. 69 de la Ley 21/2001, de 27 de Diciembre). Por si existiera alguna duda, en el art. 68.2 de la Ley 21/2001, de 27 de Diciembre se prevé una información a la Administración del Estado de los presupuestos aprobados cada año para sanidad por cada una de las CCAA²¹⁴ mientras que las nuevas reglas previstas contienen sólo una referencia genérica a la formación sobre la gestión del presupuesto.

d) Al igual que en épocas anteriores, *no existe previsión alguna de medidas por parte de la Administración del Estado orientadas a corregir las desviaciones en el gasto respecto a las consignaciones presupuestarias destinadas a la sanidad cuyo nivel mínimo se pretende asegurar*, ni tampoco medidas para atajar los excesos en el gasto que puedan poner en peligro el sostenimiento de la prestación si bien la LGEP haría más difícil su puesta en práctica.

²¹⁴ A cada CCAA le asiste la capacidad de elaborar y presentar sus presupuestos con arreglo a sus normas presupuestarias, que además son distintas en cada una de ellas. Así, en el art. 3 de dicha Ley, de modificación del artículo 15 de la LOFCA, se prevé que *“cada CCAA deberá de dar cuenta anualmente a las Cortes Generales de la utilización que ha efectuado de las asignaciones presupuestarias percibidas y del nivel de prestación alcanzado en los servicios con ellas financiados”*.

e) Evidentemente 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. Por ello, *la solución para evitar la fragmentación autonómica del SNS no reside tanto en el modelo central-autonómico de financiación sino en la capacidad del Estado para tener fondos propios (con grados de libertad en su empleo) para activamente apoyar políticas de reequilibrio y mejora de los servicios.*

f) *No se conoce la comparación de los resultados obtenidos con este modelo integrado de los que se derivarían de la aplicación de un sistema de financiación de la sanidad integrado en un modelo similar al del Concierto y/o Convenio Económico.* Si esto fuera efectivo podría comprobarse cuáles son los efectos diferenciales, en términos de suficiencia dinámica, de un grado de autonomía fiscal superior al que establece el nuevo modelo de financiación regional.

g) *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* (López I Casanovas y Rico, 2001). 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.

h) *Una solución a la que podrían recurrir las CCAA para resolver su insuficiencia financiera sería la creación de tasas o el establecimiento de copagos para acceder a los servicios sanitarios, si bien unos y otros generan inequidades en el acceso que son las que se han tratado explícitamente de evitar en otros sistemas sanitarios de protección universal*²¹⁵. Además, ese camino hacia la apertura de posibilidades de derivación de los incrementos del gasto sanitario hacia la financiación privada se ha considerado en otros países (como Italia) como una expresión de que la descentralización supone una vía encubierta a la privatización.

i) Pueden, a su vez, realizarse algunas consideraciones respecto a la justificación técnica del Acuerdo. Así, *el criterio de distribución utilizado, a diferencia del período anterior, es el de “usuario”,* lo que supone tomar como variables de reparto para el fondo general la Población protegida, la mayor de 65 años y un pequeño ajuste por Insularidad, aún cuando la LGS establece que la Población protegida debía ser la variable fundamental de distribución.

²¹⁵ Como Canadá, tal y como se expuso en el capítulo segundo, en dónde la no imposición unilateral de copagos o tasas por parte de cualquiera de las provincias de aquel país es también una condición para que éstas reciban una parte de la financiación sanitaria correspondiente al gobierno federal si bien el establecimiento de esa u otra similar condición de equidad está, por el contrario, ausente del Acuerdo de financiación vigente en nuestro país.

Destaca así el peso que se le otorga al envejecimiento ya que no lo había tenido como factor corrector alguno en la fijación del gasto sanitario en los modelos 1998-2001 y 1994-1997 y puede servir para que regiones como Castilla y León, Castilla-La Mancha, Extremadura y Galicia soporten la creciente influencia del envejecimiento en el coste de la sanidad²¹⁶.

j) *En la nueva financiación sanitaria*, a diferencia de las competencias comunes dónde se podrían incorporar los cambios en el censo de población, *no se contempla ningún mecanismo de actualización de la variable población protegida a corto plazo* salvo que las diferencias anuales respecto a la media nacional superen los tres puntos, en cuyo caso se estudiará la posible afectación del servicio y su solución a través de las Asignaciones de Nivelación.

k) Como se ha venido mostrando anteriormente, *persisten las diferencias de coste per cápita sanitario entre CCAA lo que*, a pesar de estar plenamente justificadas por el modelo de descentralización sanitaria finalmente elegido, *puede conllevar tensiones en la propia coordinación del SNS, sobre todo en contextos financieros y presupuestarios restrictivos*.

l) Además de una “*Garantía de mínimos*”, el nuevo modelo reforzará la financiación sanitaria mediante Fondos específicos (art. 4 de la Ley 21/2001, de 27 de Diciembre):

l.1) Un Fondo de “*Desplazados*” (Art. 12 de la LGS) o “*Cohesión Sanitaria*”²¹⁷ (FCS), a fin de garantizar la igualdad de acceso a la asistencia sanitaria pública en el país y la atención a desplazados de países de la UE o con los que existan Convenios de asistencia sanitaria.

²¹⁶ El Informe Abril ya hacía referencia a la pertinencia de este tipo de ajustes al decir que “*debería mejorarse la equidad de las fórmulas actuales de financiación del sistema, dirigiéndolas hacia un criterio per cápita corregido que tenga en cuenta las necesidades territoriales. Debería establecerse asimismo un fondo de nivelación interterritorial para paliar las diferencias existentes en cuanto a inversión y dotaciones iniciales*” (CAESNS, 1991). A este respecto, la adaptación de la previsión presupuestaria de gasto a las diferentes necesidades de los territorios es una aspiración común en los sistemas sanitarios descentralizados. Sin embargo, en aquellos casos en que se han introducido coeficientes correctores al poblacional estricto (de los que el método RAWP inglés es el más característico) los coeficientes de distribución utilizados han sido el resultado de estudios previos que demostraban alguna relación entre las diferentes necesidades sanitarias, el método de distribución utilizado para el país y la situación concreta en la que son aplicados. Resulta entonces contradictorio que se haya establecido una definición normativa específica de necesidad sanitaria regional sin que se hayan hecho públicos estudios que sustenten tanto la selección de variables como su ponderación relativa en el actual Acuerdo de financiación. Así, los coeficientes correctores del criterio poblacional carecen de justificación alguna de que sean los más influyentes en las necesidades de gasto y menos aún cuentan con una justificación de que el peso que se les atribuye en la ponderación sea representativo de su peso en la determinación de las necesidades sanitarias. Y, a la vista de Urbanos (2001a) y otros trabajos, puede incluso ponerse en duda que las variables utilizadas en este caso, prácticamente demográficas, sean las que reflejen adecuadamente las necesidades sanitarias de la población.

²¹⁷ El objetivo sería compensar económicamente a las regiones con menos recursos sanitarios, arrancando con 60,1 millones de euros en 2002 y gestionado por el Mº de Sanidad al establecerse el procedimiento para compensar con cargo a este fondo a las CCAA por el saldo neto de la asistencia sanitaria prestada a desplazados dónde la cuantificación económica se haría en primer lugar partiendo del coste de los procesos, medido por Grupos de Diagnósticos Relacionados (GDR) en el caso de la asistencia hospitalaria y en segundo de la información sobre flujos entre regiones. El reciente RD 1247/2002, de 3 de Diciembre, hace referencia a que sólo financiaría aquellos procesos complejos a los que las CCAA, por razones de organización y planificación, no puedan ofrecer servicios para prestarlos (como, por ejemplo, los trasplantes hepáticos o la cirugía cardíaca) ya que si sostuviera toda atención sanitaria a no residentes podría aumentarse el gasto sanitario debido a que a los ciudadanos se les facilitaría ir de una CCAA a otra sabiendo que quien paga no es su servicio de salud sino la Administración General del Estado.

Precisamente, la reciente aprobación del *RD 1247/2002, de 3 de Diciembre, por el que se regula la gestión del Fondo de Cohesión Sanitaria*²¹⁸ elaborado por el Mº de Sanidad hace que pueden hacerse ya algunas consideraciones generales respecto a dicha normativa. En primer lugar, el problema del fondo puede venir al intentar conjugar tanto su limitada dotación²¹⁹ como su falta de información sobre los criterios empleados para diseñarlo con el amplio y ambicioso objetivo que se pretende alcanzar (garantizar igualdad de acceso), aunque ha de entenderse como un elemento más del nuevo modelo de financiación sanitaria. No obstante, dicho fondo tiene sentido si además se tiene en cuenta que algunas CCAA “*pequeñas*”, hasta hace unos meses integradas en el INSALUD Gestión Directa, no tienen en pro de la provisión eficiente (y, en particular, la de los costes fijos elevados ya que no alcanzarán a medio plazo el tamaño mínimo para aprovechar economías de escala), una cartera de servicios completa que ofrecer a sus ciudadanos, quiénes deberán seguir desplazándose fuera de su CCAA para recibir determinados tratamientos o pruebas. En este aspecto deberían poder articularse aún mejor en la regulación del FCS medidas de incentivación a este tipo de desplazamientos (ayudas a gastos derivados del desplazamiento para los familiares de los pacientes, agilidad administrativa y mejoras en la coordinación interregional) así como establecerse un sistema de información común a todo el SNS que permita actualizar convenientemente los procesos cubiertos que puedan ser cubiertos por el fondo así como sus incrementos presupuestarios.

1.2) Se mantiene en el nuevo Acuerdo, el Fondo “*Programa de Ahorro en Incapacidad Temporal (IT)*” (prestación cubierta por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, INSS). Se distribuirá mediante la población protegida²²⁰, si bien no tiene en cuenta criterios como la prevalencia de problemas de salud o la accidentabilidad laboral y enfermedades profesionales.

II) Se articularán también unas “*Asignaciones de Nivelación*” (Título V y art. 64 de la Ley) de importe a determinar tanto para Sanidad como para Educación. Los elementos positivos son tanto la definición de servicios públicos esenciales y sus supuestos de aplicación como su conexión con la posible revisión del Fondo de Suficiencia. La cuestión es, por un lado, por qué en este caso se considera una variable de necesidad educativa y luego no se ha abierto el abanico de estos índices en el reparto de la financiación para este caso y, por otro, por qué las condiciones que se han establecido son tan difíciles de cumplir en la práctica (por ejemplo, el crecimiento del número de usuarios no es motivo de aplicación inmediata de las Asignaciones).

²¹⁸ A destacar aquí el caso de Madrid como la gran perjudicada en el proceso del traspaso sanitario lo que podría verse compensado en cierta parte por las cuantías de este fondo.

²¹⁹ Al menos, según las cifras disponibles para los años 2002 y 2003 y dadas las quejas de muchas CCAA.

²²⁰ En el momento de la práctica de la liquidación definitiva del Sistema de Financiación se tendrá en cuenta el cumplimiento por las CCAA de los objetivos anuales del “*Programa de Ahorro en Incapacidad Temporal*”. La colaboración entre el INSS y los Servicios de Salud para reducir el gasto en IT se remonta a la pasada legislatura, donde el SNS logró importantes inyecciones financieras anuales gracias a la reducción de los días de baja. A pesar de las críticas de la inspección y los médicos de primaria, dichos Servicios de Salud venían cumpliendo las exigencias de la INSS en obtención de ahorro y lograban fondos que terminaban financiando el incremento del gasto en farmacia.

No obstante, el establecimiento de la nivelación en los arts. 3 de la Ley Orgánica 7/2001 y 67 de la Ley 21/2001, de 27 de Diciembre, permite reforzar la idea de que han sido razones financieras las que han motivado su creación²²¹, lo que hace dudar de su aplicación efectiva.

m) Aún es difícil realizar determinar si supondrá el cierre definitivo de la polémica sobre la financiación territorial y sanitaria ya que *siguen existiendo elementos de inyección de financiación ad-hoc que pueden suponer agravios comparativos entre regiones* (por ejemplo, las propias Asignaciones de Nivelación o los criterios para la renegociación del importe a destinar anualmente a cada región por Fondo de Suficiencia).

ñ) Según el nuevo modelo de financiación autonómica y sanitaria, el Estado garantiza a las CCAA que tengan asumida la gestión de los servicios de asistencia sanitaria que la financiación de dichos servicios en 2002 será, como mínimo, la obtenida en el último año del sistema de financiación sanitario 1998-2001 (Disposición transitoria segunda de la Ley 21/2001, de 27 de Diciembre) lo que hace que, al menos, nadie pierda. Además, durante los tres primeros años del nuevo sistema (2002-2004) el Estado garantiza a las CCAA que tenga asumida la gestión de los servicios sanitarios que el índice de crecimiento de su financiación sea el PIB nominal a precios de mercado (art. 7 de la Ley). Esto representa una ganancia potencial respecto al índice anterior (VAB a coste de los factores) cuya evolución había sido inferior a la del PIB y supone una clara ventaja respecto al modelo 1998-2001 además de una garantía frente a posibles evoluciones negativas en los impuestos. El problema puede venir al fijarse de partida un patrón de crecimiento que puede causar un *efecto desplazamiento* de parte del gasto autonómico a la sanidad en detrimento de otras partidas del gasto social (como la educación, si bien esto podría venir justificado por la propia pirámide demográfica). Asimismo, esta garantía durante los tres primeros años del PIB nominal es discutible y denota cierto recelo por la evolución de los ITE regionales frente al PIB y por el crecimiento del gasto sanitario autonómico postransferencial.

Así, una de las preocupaciones más extendidas respecto a las implicaciones de la integración de la sanidad en un modelo general es el de la variabilidad a la que está sometida a pesar de las garantías financieras señaladas.

²²¹ No parece entonces que estas Asignaciones de Nivelación para servicios público esenciales puedan entenderse como auténticos mecanismo de homogeneización, toda vez que se basan exclusivamente en la evolución de la población regional respecto de la media nacional, sino que han de entenderse como una garantía de actualización del criterio per cápita que constituye la base de las asignaciones en la línea del ajuste que por variaciones en la población relativa se incluyó en el Acuerdo de 1997. Además, se confunde suficiencia estática con dinámica dado que, por un lado, no todas las regiones tenían un grado adecuado de cobertura de servicios públicos esenciales y, por otro, la excepción a favor de las CCAA con superficie superior a 90.000 km² supone implícitamente asumir que la extensión es una *proxy* de la dispersión, lo que se contradice con el Fondo especial para paliar la escasa densidad de población. La ausencia de un fondo nivelador real resulta así significativa (como, por ejemplo, en Italia) así como la creación de un órgano científico permanente que se encargue de establecer los criterios de reparto como la *General Grant Commission* de Australia (Mapelli, 1998; Hierro, 2001; France, 2001 y 2002).

Obviamente, las Necesidades de gasto en sanidad están muy desligadas de la evolución económica a corto plazo y de la recaudación impositiva. Si bien en términos de suficiencia financiera (financiación más variada y estable por la *cesta de impuestos* y *Fondo de Suficiencia*) se incrementa la Restricción inicial respecto al quinquenio anterior a través de una mayor asunción de tributos cedidos y participados sin garantías, las CCAA asumen ahora un reto mayor ya que su financiación crecerá según la evolución de la recaudación nacional de los nuevos impuestos cedidos y del ITE con una única garantía transitoria en el caso de la sanidad mientras que la afectación de recursos a las que se les obliga puede ser muy restrictiva. Por tanto, si en una región los ingresos de su *cesta de impuestos* no siguen el ritmo de la media nacional entonces observará como la financiación sanitaria y de servicios sociales absorbe progresivamente mayor margen financiero respecto al resto, siendo mayor en la medida en que la región tenga un mayor grado de *corresponsabilidad fiscal*.

o) *Con este nuevo modelo se posibilita un funcionamiento mucho más racional del modelo autonómico que, una vez completado el traspaso sanitario, alcanzará una dimensión presupuestaria muy significativa.* No obstante, tanto la aplicación del principio de afectación anteriormente señalado como las garantías dinámicas para la evolución de las cantidades mínimas que destinará cada CCAA a la Sanidad hacen dudar de su integración efectiva.

p) *Introducción en el último momento de un nuevo elemento que permite corregir posibles desequilibrios financieros y de novedosa aplicación al establecerse la posibilidad de un tramo autonómico en un impuesto cuya recaudación se destine a otra actividad diferente del objeto gravado (Impuesto sobre las ventas minoristas de determinados hidrocarburos con tramo autonómico para financiar las competencias sanitarias).* Dicho tramo ha sido recientemente adoptado desde Agosto del pasado 2002 por Madrid y a pesar de las evidentes ventajas en términos recaudatorios que puede aportar a la financiación sanitaria regional puede tener efectos negativos sobre las tasas de inflación o sobre la propia competencia fiscal.

q) *El nuevo sistema 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 tanto en 2002 como en el presente año 2003.*

Como se ha explicado anteriormente, con la cesión de la “*cesta de impuestos*”, cada Gobierno regional con competencias debe decidir la cantidad que destina a su sistema sanitario. Pese a que podría parecer que serían más cuidadosos con sus previsiones financieras en cuanto asumieran mayor corresponsabilidad fiscal, la realidad apunta a un escenario opuesto²²².

A pesar de todo, varias son las cuestiones que pueden objetarse al diseño y al procedimiento seguido para llegar al sistema que distribuirá los recursos económicos necesario para financiar los servicios públicos autonómicos en los próximos años. 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 extranjeros²²³ 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. La desigual composición de los ingresos y la incidencia territorial diferencial de la población en la determinación de sus necesidades de gasto puede condicionar así la evolución del sistema a largo plazo.

Por último, parece que el nuevo modelo aporta más recursos y objetiviza formalmente la determinación de la Restricción inicial, si bien las garantías y modulaciones²²⁴ se aplican a todas las CCAA (por lo menos, para cada uno de sus bloques competenciales), limitando la efectividad de una mayor homogeneización en la distribución de la financiación inicial. No obstante, las diferencias en financiación por habitante disminuyen en Competencias Comunes, aunque el traspaso del gasto sanitario hace que la restricción total vuelva a recoger algunas diferencias que no obedecen a criterios redistributivos explícitos.

²²² Por ejemplo, si Cataluña anunciaba para 2002 un aumento del 8%, Andalucía y la C.Valenciana tuvieron subidas en torno al 10%, dejando atrás anteriores previsiones (en 2001 no pasaron de un incremento del 6%) y los anteriores incrementos establecidos desde el M^o de Sanidad. En el año 2003, Canarias incrementará su presupuesto en un 7,1%, habiendo tenido que aprobar un crédito extraordinario en 2002 (100 millones de euros) a causa del déficit del servicio al igual que Galicia (65 millones de euros) y Navarra (14,5 millones de euros) por su alto gasto farmacéutico, Andalucía en un 7,5%, Asturias en un 7,45%, Cantabria en un 11,11%, Castilla-La Mancha en un 9,5%, Cataluña en un 7,88%, Murcia en un 11,6% y País Vasco en un 6,2%. La corresponsabilidad fiscal parece haber entrado en los años 2002 y 2003 en el campo sanitario sin complejos y por encima del PIB.

²²³ Vid. , al respecto, capítulos cuarto y segundo de esta tesis doctoral.

²²⁴ 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).

También el nuevo modelo incrementa sustancialmente la flexibilidad de ingresos de las CCAA y la capacidad normativa sí se ve significativamente alterada respecto a la existente con anterioridad (si bien no es el caso de las participaciones en IVA y muchos de los Impuestos Especiales) centrándose especialmente sobre el IRPF, impuesto sobre el que a partir del año 2003 se establece una nueva reforma que va a rebajar la presión fiscal, planteando así un escenario desfavorable para que los responsables autonómicos decidan actuar en sentido opuesto. Como contrapartida, los gastos autonómicos se vuelven más rígidos, deshaciéndose el Estado de las competencias en educación y sanidad, intensivas en los capítulos de gastos corrientes en un contexto de estabilidad presupuestaria que recientemente las CCAA se han comprometido a mantener hasta el año 2006 que en algunas coincide además con una población que disminuye, bases fiscales que se contraen y pocas posibilidades de modificar la nivelación.

La pregunta que puede plantearse entonces es *¿será entonces este nuevo modelo de financiación autonómica estable y definitivo?*. Para responder habría que evaluar hasta qué punto el sistema a través de su valoración de las necesidades de gasto va a condicionar el grado de cumplimiento de la garantía de igual oportunidad de acceso a los servicios para ciudadanos equivalentes en los distintos territorios. 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. De ahí que debiera valorarse, dentro del máximo respeto al principio de autonomía, si dicho catálogo de prestaciones puede definirse como de servicio máximo y no tanto de mínimos.

No obstante, la mayor parte de los cálculos sobre las cantidades manejadas en el nuevo sistema de financiación autonómica siguen siendo desconocidos por el público en general aunque es de esperar que no lo sea para cada una de las regiones afectadas, lo que limita una visión global de los acuerdos alcanzados. Esta falta de transparencia es la que ha permitido realizar diferentes valoraciones a cada una de las partes, habitualmente de triunfo sobre el otro negociador, sin posibilidad de ser totalmente confirmadas. Quizás para adivinarlo lo mejor sea estimar tanto la situación de partida como la evolución dinámica de la *cesta de impuestos* en los próximos años. Precisamente, como verdadera novedad dado el momento actual, a esta cuestión se ha dedicado este último capítulo tratando no tanto de dar una respuesta infalible sino más bien delimitando un campo de acción válido para este nuevo modelo y así comprender tanto sus avances como los interrogantes que sigue planteando de cara a su evolución en el futuro.

CONCLUSIONES Y LINEAS DE INVESTIGACION FUTURAS

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.

En relación con otros estudios anteriores en este mismo campo, la tesis doctoral presenta las siguientes *innovaciones*:

- La primera consiste en *haber contemplado por primera vez el estudio de la evolución del gasto sanitario autonómico para el conjunto de Administraciones Públicas en un período de tiempo lo suficientemente amplio y que comprende, prácticamente, toda la década de los noventa*. Esto resulta especialmente importante para todas las regiones.

- *La segunda novedad es de tipo metodológico ya que, además de profundizar en el análisis de los diferentes criterios de reparto de los recursos sanitarios, centrándose en el de necesidad, en esta investigación se ha tratado de subsanar la falta de resultados oficiales del nuevo modelo de financiación autonómica, intentando ser capaces tanto de analizar dicho modelo como de aproximar su evolución futura, constituyendo así uno de los primeros estudios académicos serios y rigurosos sobre esta cuestión*. La solución propuesta en esta tesis doctoral consiste en haber obtenido, mediante diferentes estimaciones propias, la distribución de los recursos financieros tanto del año base 1999 como las previsiones para el horizonte de futuro en los próximos años (2002-2005). Asimismo, se han estimado los posibles efectos de la Reforma del IRPF a aplicar desde el año 2003 sobre el nuevo modelo de financiación autonómica.

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

1) Se confirma que, tras una revisión de la literatura existente tanto de la Economía de la Salud como de la Teoría del Federalismo Fiscal, *existen diversos argumentos teóricos para poder justificar tanto la intervención pública como la descentralización de los servicios sanitarios*. Ambas son características propias de nuestro sistema sanitario y de la mayoría de países avanzados, si bien la decisión última dependerá de la visión en este campo de los diferentes Gobiernos nacionales en función del apoyo social a sus políticas públicas.

2) 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.

3) 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.

4) De las alternativas ya existentes antes del año 2002 y de cara a posibles revisiones del sistema de financiación, la línea a seguir es la del “*Modelo Mixto*”. Precisamente, dicho modelo consiste en combinar las principales ventajas de los sistemas de “*Línea Ingreso*” (autonomía y corresponsabilidad fiscal) y “*Línea Gasto*” (equidad) a fin de obtener una solución óptima.

Así, la opción “*Línea Ingreso o Espacio Fiscal (fiscal room)*”, a pesar de sus ventajas en cuanto a una mayor autonomía y corresponsabilidad fiscal, también presenta inconvenientes al ser excesivamente arriesgado incluir un gasto con una tasa de crecimiento interanual tan alta como el sanitario en el paquete global de financiación para regiones que no tienen capacidad fiscal que les pueda acercar a ello, si no es con compensaciones financieras por parte del Gobierno Central. Por otro lado, la fórmula de la “*Línea Gasto*”, dependiendo de si es una financiación específica de carácter capitulo puro (no manipulable y estrechamente relacionada con la universalización de la sanidad) o bien compensatoria (corregida, principalmente, en base a diferentes ajustes por necesidad), proporcionaría diferentes repartos de recursos según los criterios de asignación finalmente empleados, lo cual implicaría que su consenso podría depender más de criterios de negociación política (peso poblacional y capacidad de influencia del territorio) que de evidencia empírica en este sentido. De todos modos, dicho sistema podría ser más protector para regiones relativamente pobres, más transparente, permitir un mayor control central y mantener así el principio de equidad entre las regiones. En definitiva, ante la disyuntiva de elegir entre estas dos alternativas, *lo más razonable sería seguir apostando por una solución que reuniese lo mejor de ambas (“Modelo Mixto”) y ésta parece ser la vía adoptada en el nuevo modelo de financiación autonómica*. No obstante, debiera permitirse la conveniente actualización de algunos de los principales elementos del nuevo modelo de financiación regional a fin de que su evolución no fuese tan “*dependiente*” del año base (1999).

5) 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*”²²⁵).

En relación con este aspecto y según nuestras estimaciones, *el nuevo modelo de financiación aumentaría en media en el año base 1999 la corresponsabilidad fiscal, entendida en un sentido relajado o débil hasta un 65,30% frente al 21,38% del sistema 1997-2001 y en un sentido estricto o fuerte en un 30,74% frente al 15,73% del modelo anterior*, de modo que se hicieran expresivas tanto las diferencias interregionales en capacidad fiscal como la propia nivelación posterior de los mecanismos diseñados a tal efecto en el nuevo sistema.

²²⁵ No obstante, el diseño en el año base de algunas modulaciones y garantías del *statu quo* anterior del modelo parece encubrir acuerdos políticos sobre cantidades pactadas y hacer aumentar su complejidad, para que así la habilidad de los jugadores (Gobiernos regionales) ante las reglas del sistema permita conseguir ganancias diferentes.

Así, desde el año 2002, dos CCAA como Baleares y Madrid tendrían cubiertas sus necesidades con sus propios rendimientos impositivos, mientras que otras como Canarias (caso especial), Extremadura y Castilla-La Mancha no llegarían al 50% de autofinanciación.

Además, la corresponsabilidad fiscal, tanto entendida en un sentido relajado o débil como la estricta o fuerte, aumentaría ligeramente desde el año 2003 con motivo de la Reforma del IRPF, por lo que las CCAA mantendrían aproximadamente su proporción de ITE regionales y Fondo de Suficiencia en el período de estudio. Como resultado, *el nuevo sistema de financiación autonómica permitiría incrementar considerablemente los recursos financieros de las regiones*²²⁶, *resultando especialmente favorable en algunas CCAA, dada la previsible evolución favorable de sus impuestos compartidos, motivada por su elevado nivel de renta.*

*Por otro lado, las CCAA más dependientes (Extremadura, Castilla-La Mancha, Galicia, Andalucía, Murcia, Cantabria y Castilla y León) no serían tan “niveladas” en el nuevo modelo como en principio podría esperarse, dado que uno de los efectos de la Reforma del IRPF sobre la financiación autonómica desde el año 2003 será disminuir la base del ITE nacional, incluso por debajo del PIB*²²⁷ *en 2003-2005. Es decir, la Reforma del IRPF disminuiría, en cierto sentido, la nivelación (equidad) del nuevo sistema haciendo ganar más a las CCAA por la evolución de su Cesta de Impuestos (ITE regionales) que por su parte del Fondo de Suficiencia (ITE nacional). No obstante esto, dado que el índice global de crecimiento acumulado del sistema de financiación en 1999-2005 (Necesidades de Financiación) se espera que evolucione (1,4795) por encima del PIB (1,4351), a pesar del efecto de la Reforma del IRPF desde 2003, el nuevo sistema de financiación autonómica permite obtener claras mejoras en términos de suficiencia financiera y no necesitaría una garantía financiera general.*

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).

²²⁶ En el año base de 1999, tal y como se ha mostrado en el capítulo quinto de esta tesis doctoral, 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).

²²⁷ Ello podría plantear la necesidad, en algunos casos, de garantías o de la posible conveniencia de haber optado en el momento de diseño del nuevo modelo por otro índice de nivelación (antiguo ITAE o el propio PIB).

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 (1,4656) para el período 1999-2005 se mantendría por encima del PIB (1,4351), 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.

En relación con lo anterior, al estimar las diferencias en la financiación autonómica sanitaria obtenidas por las CCAA entre el escenario real de integración en el nuevo sistema general y dos escenarios hipotéticos (prórroga de la financiación sanitaria específica anterior y aplicación del modelo específico anterior con variables de reparto del nuevo sistema) se observa que, en conjunto, las CCAA de régimen común podrían obtener, como mínimo, en el período 2002-2005 una ganancia potencial de financiación considerable (5.161,93 millones de euros). Por tanto, bajo el sistema integrado las ganancias globales de financiación suplementaria se irían incrementando desde el año base 1999 y se podrían llegar a situar entorno a porcentajes de hasta el 4,31% en 2005. No obstante, los resultados diferirían en las distintas CCAA ya que las mayores ganancias potenciales corresponderían a las que en el año 2002 comenzaron a gestionar sus competencias sanitarias, en muchos casos, con condiciones ventajosas obtenidas de la propia negociación transferencial en Diciembre de 2001. Por ello, las ganancias relativas resultantes de la aplicación del nuevo modelo de financiación autonómica, frente a los escenarios considerados resultarían ser mayores para el caso de prórroga del sistema específico anterior de financiación sanitaria, frente al supuesto de haberse incorporado las variables de reparto del nuevo modelo (población protegida, mayor de 65 años e insularidad) al sistema específico anterior, para algunas regiones como, por ejemplo, Baleares, Castilla-La Mancha, Castilla y León y La Rioja, básicamente por el resultado de la valoración de su mayor coste efectivo en el traspaso y el menor peso relativo de sus nuevas variables de reparto en el modelo.

Asimismo, desde 2002 existe cierta preocupación porque en el sistema sanitario español se pierdan los beneficios de las economías de escala y se produzca una merma real de la efectividad y equidad, con el agravio de mayores desequilibrios regionales. Por tanto, sería aconsejable seguir manteniendo la apuesta por una “vertebración” efectiva dentro del Sistema Nacional de Salud (¿puede quebrarse?), implementando las medidas necesarias para tal fin (por ejemplo, fijar reglas de juego válidas tales como “coordinación y cooperación interautonómica”), ya que la responsabilidad histórica de potenciación de autogobierno de las regiones no debería ser incompatible con el cuidado óptimo de la salud de sus ciudadanos.

Con esto, debería permitirse a las regiones participar en las decisiones que les afecten económicamente (por ejemplo, introducir nuevas prestaciones), para así equilibrar elementos consustanciales con la descentralización sanitaria, como son la diversidad y la coordinación.

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 (equilibrio en cuentas autonómicas en 2003-2005 y en 2004-2006), 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 autonómico²²⁸ (incluido el sanitario que, como se ha evidenciado a lo largo de esta tesis doctoral, 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, sanitario) será necesario realizar políticas de ajuste en otros gastos regionales, que resultarían ciertamente restrictivas dadas las previsiones de evolución de ingresos del nuevo modelo de financiación. Por tanto, las CCAA podrían registrar en el futuro diferencias significativas en sus recursos financieros (¿primera y segunda categoría?), derivadas principalmente de la composición de partida en el año base de sus fuentes de financiación (consenso político), que podrían ser incluso ampliables cuando se incorporaran en nuestra simulación dinámica ciertas variables de comportamiento económico regional así como los datos de liquidación impositiva de los próximos años, lo que junto a su comparación con los resultados obtenidos en otros sistemas (foral y de experiencia comparada) abre nuevas líneas de investigación en este sentido.

²²⁸ Dichas estimaciones podrían realizarse a través de la utilización de diversos índices de referencia tipo PIB, necesidades (en función de criterios, por ejemplo, de cambios de estructura demográfica o del total de población como expresiva de la demanda bruta de servicios públicos) o precios regionales.

BIBLIOGRAFIA

- ABASOLO, I. (1997): *La economía del gasto sanitario en la Comunidad Autónoma de Canarias (1989-1993)*. Tesis doctoral, Dpto Economía Aplicada, Univ. de La Laguna.
- ABASOLO, I. y BAREA, J. (1999): "Estimación del gasto sanitario autonómico: una propuesta metodológica aplicada a Canarias". *Hacienda Pública Española*, nº 150, 37-66.
- ABEL SMITH, B. (1969): "An international study of health expenditure". *Public Health Papers*, 32, World Health Organisation, Geneva.
- AHMAD, E. et al. (1997): "Assigning Expenditure Responsibilities". En TER-MINASSIAN: *Fiscal Federalism in Theory and Practice*, 25-48, IMF, Washington.
- AJA, E (1999): *El Estado autonómico: Federalismo y hechos diferenciales*. Alianza.
- ALBI, E., GONZALEZ-PARAMO, J.M. y ZUBIRI, I (2000): *Economía Pública I y II*. Ariel Economía, Madrid.
- ALBILLOS, M.L. et al. (2000): "Financiación territorial de la sanidad pública en España. Estudio de su evolución en las últimas décadas (1981-2001)". *Revista de Administración Sanitaria*, vol. IV, nº 16, 161-177, Madrid.
- ALCALA, F. y CARLES, A. (1999): "Crecimiento de la recaudación y nivel de renta: ¿es regresiva la cesión de tributos a las CCAA?". *Investigaciones Económicas*, 23, 429-450.
- ALDENDERFER, M.S. y BLASHFIELD, R.K. (1984): "Cluster Analysis. Series". *Quantitative Applications in the Social Sciences*, nº 44, Sage Publications.
- ALONSO, J. y HERCE, J.A. (1999): "El Gasto sanitario en España: Evolución reciente y perspectivas". *Actas de las XIX Jornadas de Economía de la Salud*, 291-305, Zaragoza.
- ANDERSON, R.E. et al. (1999): *Análisis multivariante*. Prentice Hall Iberia, Madrid.
- ANELL, A. (2002): "Decentralisation in Swedish health care". *Actas de las XXII Jornadas de Economía de la Salud*, 29-31 de Mayo, AES, Pamplona.
- ANTOÑANZAS, F. y JUAREZ, C.A. (1992): "El gasto sanitario público y sus fuentes de financiación en La Rioja". *Actas XII Jornadas Economía de la Salud*, 383-394, Madrid.
- ARGENTE, M. y LOPEZ I CASASNOVAS, G. (coord). (2001): *La despesa sanitària a Catalunya, 1988-1996. Anàlisi del finançament i les formes de provisió dels serveis sanitaris*. Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat Catalunya, Barcelona.
- ARGIMON, I., GONZALEZ PARAMO, J.M. y SALAS, R. (1987): "¿Quién pagaba los impuestos indirectos en España?. Un ejercicio de reparto de la carga impositiva indirecta en 1980". *Hacienda Pública Española*, nº 104, Madrid.
- ARRAZOLA, A. (1995): "El gasto sanitario en Navarra en 1993". *Boletín de Economía de Navarra*, 3, 103-118, Pamplona.
- ARROW, K.J. (1963): "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care". *American Economic Review*, 53(5), Dec., 941-973.
- ATIENZA, P. (2001): "Una panorámica descriptiva del federalismo fiscal canadiense". *Actas del VIII Encuentro de Economía Pública*, 8 y 9 de Febrero, Cáceres.
- AUDIT COMMISSION (1993): *Passing the Bucks. The Impact of Standard Spending Assesment on Economy, Efficiency and Effectiveness*. HMSO, Londres.
- AUERBACH, A.J. (1996): "Dynamic Revenue Estimation". *Journal of Economic Perspectives*, 10 (1), 141-157.
- AVELLANEDA, P.A. (1998): *Incidencia personal y territorial de la imposición sobre el consumo en España 1991-1993*. Tesis Doctoral, Universidad de Málaga.
- AZNAR, A. y LOPEZ LABORDA, J. (1994): "Una metodología para la determinación de las necesidades de gasto de las CCAA". *Papeles de Trabajo*, nº 11/94, IEF, Madrid.
- AINEZ, D.L. y PARRY, D.J. (2000): "Analysis of the ability of the new needs adjustment formula to improve the setting of weighted capitation prescribing budgets in English general practice". *British Medical Journal*, vol. 320, 288-290.
- BALASSONE, F. y FRANCO, D. (1999): "Fiscal Federalism and Stability and Growth Pact: A difficult Union". *Journal of Public Finance and Public Choice*, vol. 18, 135-163.
- BANTING, K.G. y CORBETT, S. (2002): *Health Policy and Federalism. A comparative perspective of multi-level governance*, McGill-Queen's University Press, Kingston.

- BARBERAN, R., BOSCH, N., CASTELLS, A., ESPASA, M., RODRIGO, F. y RUIZ-HUERTA, J. (2000): *Las balanzas fiscales de las CCAA (1991-1996). Análisis de los flujos fiscales de las CCAA con la Administración central*. Ariel Economía, Barcelona.
- BAREA, J. et al. (1992): *Análisis económico de los gastos públicos en sanidad y previsión de los recursos necesarios a medio plazo*. IEF, Mº de Economía y Hacienda, Madrid.
- ___ (1994): *El problema de la eficiencia del sector público en España: especial consideración de la sanidad*. Instituto de Estudios Económicos, Madrid.
- BAREA, J. (1996): *El gasto público en servicios sociales en España*. Mº Trabajo.
- BELTRAN, J.L. (2002): "La coordinación y cooperación interterritorial en el SNS". *Actas de las XXII Jornadas de Economía de la Salud*, 29-31 de Mayo, AES, Pamplona.
- BENACH, J. y YASUI, Y. (1999): "Geographical patterns of excess mortality in Spain explained by two indices of deprivation". *Journal of Epidemiology and Community health*, 53-7.
- BENZEVAL, M y JUDGE, K. (1994): "The determinants of hospital utilisation: implications for resource allocation in England". *Health Economics*, vol. 3, 105-116.
- BETOLAZA, J.I. (1985): *Gasto sanitario en Navarra en 1984*. Gob.Navarra, Pamplona.
- ___ (1993): "Instrumentos para el análisis económico de la sanidad vasca". *Ekonomiaz*, 25, 24-57.
- BIRD, R.M. (1986): *Federal Finance in comparative perspective*. CTF, Toronto.
- BLANCO, A. y DE BUSTOS, A. (1996): "El gasto sanitario público en España: diez años de revisión de SNS". *Documento de trabajo SGPS-96003, Mº Economía y Hacienda*.
- BLANCO, A. y URBANOS, R. (2002): "Demografía y gasto público: proyecciones de gasto sanitario y sociosanitario para el período 2000-2050". Mimeo, Madrid.
- BOHIGAS, L. (1998): "El Gasto sanitario en España en comparación con la Unión Europea". *Papeles de Economía Española*, nº 76, 15-19, Madrid.
- BORGE, L.E. y RATTSO, J. (1995): "Demographic shift, relative costs and the allocation of local public consumption in Norway". *Regional and Urban Economics*, 25, 705-726.
- BORRELL, C. et al. (1999): "The study of social inequalities on health in Spain: Where are we?". *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 53-7, 388 y ss.
- ___ (1999): "Inequalities in mortality according to educational level in two large southern european cities". *International Journal of Epidemiology*, 28, 58-63, Londres.
- ___ (2002): *Distribución de la renta y salud. El papel mediador de las políticas públicas y el capital social*. Fundación BBVA, Madrid.
- BOSCH, A. y ESCRIBANO, C. (1988a): "Las necesidades de gasto de las CCAA". En *Cinco Estudios sobre la financiación autonómica*, IEF, 209-269, Madrid.
- ___ (1988b): "Regional allocation of public funds: an evaluation index". *Environment and Planning C. Government and Policy*, 20, 1323-1333.
- BOSCH, N. y CASTELLS, A. (eds.) (1999): *Desequilibrios territoriales en España y Europa*. Ariel Economía, Barcelona.
- BUCHANAN, J. (1975): "A contractarian paradigm for applying economic theory". *American Economic Review*, vol. 66, nº 2, 225-230.
- BUENAVENTURA, R. y GARCIA, F. (2002): "Una financiación autonómica sin cifras". *Economistas*, nº 91, 226-235, Madrid.
- CABASES, J.M. (1981): "Métodos de asignación regional de recursos sanitarios". *XXI Congreso de la Regional Science Association*, Barcelona.
- ___ (1988): "Políticas de Salud y Sanitaria en Navarra". *Papeles de Economía Española*, CC.AA nº 6. Navarra, 371-385, Madrid.
- ___ (1998a): "La financiación sanitaria autonómica. Bases para una propuesta". *Papeles de Economía Española*, nº 76, 67-77, Madrid.
- ___ (1998b): "La financiación de los servicios de sanidad en 1998-2001 y en el futuro. Reflexiones en torno a un acuerdo". *Revista de Admón Sanitaria*, II, 6, 35-45.
- ___ (1998c): "La financiación de la sanidad en España". En *Informe SESPAS 1998*, 319-343.
- ___ (1999): "La participación de las haciendas locales en los tributos de la CCAA: el caso de Navarra". *VI Encuentro de Economía Pública*, 4, 5 y 6 de Febrero, Oviedo.
- ___ (2001): "El nuevo modelo de financiación autonómica". *Actas de las XXI Jornadas de Economía de la Salud*, AES, 111-118, Oviedo.

- (2002): "La financiación sanitaria en el Sistema Nacional de Salud descentralizado". *Derecho y Salud*, 10, 1, Enero-Junio, 29-38.
- CABASES, J.M., et al., (1993): "Equidad y eficiencia en la distribución interterritorial de los recursos financieros para la sanidad en España. Análisis teórico y empírico". *Hacienda Pública Española*, supl. I, 109-125, Madrid.
- CABASES, J.M. y MARTIN, J. (1996): "Diseño y financiación de estrategias de desregulación en el sector sanitario público en España". *Documento de trabajo FEDEA*, 96-08.
- CABIEDES, L. y GUILLEN, A. (1997): "¿Hacia la convergencia de los sistemas de asistencia sanitaria europeos?". En MORENO, L. (1997): *UM y Estado de Bienestar*, 373-403.
- CABIEDES, L. y VALDAVIDA, E. (1999): "Aproximación al Esfuerzo de la Administración Central y de las CCAA en la financiación de la sanidad española". *Cuadernos Asturianos de Gestión Sanitaria*, 3, Oviedo.
- CABIEDES, L. (2000): "La financiación del sistema sanitario". *Libro Blanco de los Servicios Sanitarios Asturianos*, 59-120, Oviedo.
- (2001): "Financiación sanitaria. ¿Quién teme a la equidad?". *Revista de Administración Sanitaria*, V(18), 13-26, Madrid.
- CABRER, B., MAS, M. y SANCHO, A. (1991a): "Las necesidades de provisión de servicios públicos en las CCAA". En *La Financiación de las CCAA*, Monografía A-2.2, IVIE.
- (1991b): "Estimación de déficits de servicios públicos en las CCAA". En *La Financiación de las CCAA*, Monografía A-3, Anexo 1, IVIE.
- CAESNS (1991): *Informe Abril Martorell*. Comisión de Análisis y Evaluación SNS.
- CALSAMIGLIA, X. (1990): "La financiación de las Comunidades Autónomas y el principio de solidaridad". *Revista de Economía Pública*, 6, 3-44.
- CANTARERO, D. y FERNANDEZ GOMEZ, N. (2000a): "Análisis económico del gasto sanitario público en la CCAA de Cantabria". *Actas de las XX Jornadas de Economía de la Salud*, AES, 441-463, Palma de Mallorca.
- (2000b): "La sanidad en Cantabria: Una aproximación al gasto sanitario público y su financiación". *Situación BBVA*, 459-486.
- CANTARERO, D. (2000a): "La reforma de la Atención Primaria de Salud. El caso de la Comunidad de Cantabria". *Actas de las XV Jornadas de SESPAS*, EASP, Granada.
- (2000b): "Evaluación del proceso de convergencia de los sistemas de asistencia sanitarios europeos". *Actas IV Jornadas de Política Económica*, 163-170, Tenerife.
- (2001a): "La descentralización de la sanidad pública en España: El gasto estimado y sus necesidades por CCAA". *Actas del VIII Encuentro de Economía Pública*, Cáceres.
- (2001b): "Gasto público y financiación en la sanidad española: Especial referencia a la valoración de las necesidades de gasto por CCAA". *Actas de las XXI Jornadas de Economía de la Salud*, AES, 39-57, Oviedo.
- (2001c): "Las prestaciones públicas en sanidad y la nueva financiación autonómica". *Ekonomiaz*, nº 47, 1º cuatrimestre, 206-225, San Sebastián.
- (2001d): "The financing of the Spanish Health Care System and the Challenge of the Health Care's Transfer Process", (2001). *Centre d'Études et de Recherches Urbaines et Regionales, Notes de Recherche*, Documents de Travail, nº 17, Etudes, Paris.
- (2002a): "La financiación autonómica y el caso especial de las competencias sanitarias: trayectoria histórica, situación actual y problemas pendientes". *Actas del IX Encuentro de Economía Pública*, Vigo.
- (2002b): "Descentralización, transferencias y nueva financiación del sistema sanitario español". *Actas de XXII Jornadas de Economía de la Salud*, 65-87, Pamplona.
- (2002c): "Financiación autonómica y competencias sanitarias en el marco de la estabilidad presupuestaria. Presente y futuro". *Actas V Encuentro de Economía Aplicada*, Oviedo.
- (2002d): "Sanidad, financiación autonómica y transferencias". *Investigaciones Regionales*, nº 1, 59-81, Madrid.
- (2002e): "Descentralización del gasto sanitario e implicaciones de su integración en el nuevo modelo de financiación autonómica". *El nuevo modelo de financiación autonómica (2002)*, Instituto de Estudios Fiscales, 111-161.

- ___ (2003): "El nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas y su articulación con otros niveles de gobierno: Balance y evolución futura". *Actas del X Encuentro de Economía Pública*, 5, 6 y 7 de Febrero de 2003, Tenerife.
- CARMONA, G. et al. (1992): "Metodología para un nuevo modelo de financiación sanitario. Simulación y resultados". *Actas XI Jornadas Economía de la Salud*, 451-467, Valencia.
- CARPIO, M. (coord.) (1999): *Efectos Económicos del Gasto Público en Sanidad*. Pricewaterhousecoopers, Madrid.
- CARR-HILL, R. et al. (1994a): *Allocating Resources to health authorities: Development of method for small area analysis of use of inpatient services*. *BMJ*, 309, 1046-49.
- ___ (1994b): *A formula for distributing revenues based on small area use of hospital beds*. Occasional papers, Centre for Health Economics, University of York.
- ___ (1996): "Socioeconomic determinants of rates of consultation in general practice based on fourth national morbidity survey of general practices". *British Medical Journal*, 312.
- ___ (2000): "Towards locally-based resource allocation". En SMITH, P.C: *Reforming markets in health care: An economic perspective*, 44-66, Open University.
- ___ (2001): "Capitation funding in the public sector". *Journal of the Royal Statistical Society*, Series A, 164(2), 217-257.
- CASADO, G., et al. (1997): *La cesión parcial del Impto s/Renta a las CCAA*. Comares.
- CASADO, D. (2001): "Los efectos del envejecimiento demográfico sobre el gasto sanitario: mitos y realidades". *Gaceta Sanitaria*, 2, vol. 15, 154-165.
- CASELLA, A. (2001): "Tradable Deficit Permits". En BRUNILLA, A., BUTI, M. y FRANCO, D. (eds.): *The Stability and Growth Pact*, Ed. Palgrave, 394-413, N.York.
- CASTELLS, A. y FRIGOLA, R. (1985): *Las subvenciones intergubernamentales en la financiación de los municipios: Análisis, experiencia comparada y propuesta para el caso español*. FEMP, Barcelona.
- CASTELLS, A. (1988): *Hacienda Autónoma. Una perspectiva de federalismo fiscal*. Ariel Economía, Barcelona.
- ___ (2000): "Autonomía y solidaridad en el sistema de financiación autonómica". *Papeles de Economía Española*, nº 83, 37-60, Madrid.
- ___ (2001): "La descentralización de las políticas sociales en el Estado de Bienestar". *Documentos de Trabajo, Institut d'Economia de Barcelona*, 2001/3, Barcelona.
- CASTELLS, A. y SOLE, A. (2000): *Cuantificación de las necesidades de las Comunidades Autónomas. Metodología y aplicación práctica*. Ariel Economía, Barcelona.
- CENTELELLA, M. (1998): "El Gasto en Sanidad". En GONZALEZ, A. (dir.): *La Política de Gasto Social (1984-1996)*. En la Administración del Estado y de CCAA, CES, 159-237.
- CES (varios años): *España. Memoria sobre la situación socioeconómica y laboral*.
- COMISION EUROPEA (1993): *Libro Verde sobre la política social*.
- ___ (1994): *Libro Blanco sobre la política social europea*.
- ___ (varios años): *Informe sobre la protección social en Europa*
- CONGRESO DE LOS DIPUTADOS (1997): *Acuerdo Parlamentario de la Subcomisión de Modernización del Sistema Sanitario*. 30 de Septiembre, Madrid.
- CONSEJO EUROPEO (1992a): *Recomendación del Consejo relativa a la convergencia de los objetivos y de las políticas de protección socia*. Nº 92/442/CEE, DOCE nº L 245.
- ___ (1992b): *Recomendación del Consejo sobre criterios comunes relativos a recursos y prestaciones suficientes en sistemas de protección*. 92/441, DOCE L 245.
- CONSEJO DE POLITICA FISCAL Y FINANCIERA (1992): *Acuerdo sobre el Sistema de Financiación de las CCAAs en el periodo 1992-1996*. 20 de Enero, Madrid.
- ___ (1993): *Procedimiento para la aplicación de la corresponsabilidad fiscal en el Sistema de Financiación de las CCAA*. 7 de Octubre, Madrid.
- ___ (1994): *Financiación de los servicios de sanidad en el período 1994-1997*. Grupo de trabajo para la financiación de la sanidad, 21 de Septiembre, Madrid.
- ___ (1996): *Sistema de Financiación de las CCAA para el quinquenio 1997-2001*. 23 de Septiembre, Madrid.
- ___ (1997): *Financiación de los servicios de sanidad en el período 1998-2001*. Grupo de trabajo para la financiación de la sanidad, 27 de Noviembre, Madrid (BOE 17-11-98)

- ___ (2001): *Sistema de Financiación de las CCAA de Régimen Común*. 27 de Julio.
- ___ (2002a): *Acta nº 43 de la Reunión del CPFF de 9 de Marzo*.
- ___ (2002b): *Acta nº 44 de la Reunión del CPFF de 5 de Abril*.
- CORONA, J.F y PUY, P. (1998): “La reforma del IRPF y sus implicaciones autonómicas: responsabilidad fiscal e inestabilidad financiera”. *Revista IEE*, 2/3, 189-202.
- CORUGEDO, I. et al. (2000): *Economía de la Salud*. Ediciones Pirámide, Madrid.
- COSTAS I TERRONES, J.C. (1989): “La equidad territorial en España. Condicionantes económicos e institucionales”. *VIII Jornadas de Economía de la Salud*, Mº Sanidad.
- DAFFLON, B. (ed.) (2002): *Local Public Finance in Europe. Balancing the Budget and controlling Debt*. Ed. Edward Elgar, Cheltenham.
- DANTE, B. y KJELLBERG, F. (eds.) (1988): *The dynamics of Institutional Change. Local Government Reorganization in Western Democracies*. Sage Pub., London.
- DHSS (1976): *Sharing resources for health in England*. HMSO, London.
- ___ (1980): *Inequalities in Health (The Black Report)*. DHSS, London.
- ___ (1988): *Review of the RAWP Formula*. HMSO, London.
- ___ (1989): *Working for patients*. HMSO, London.
- ___ (1994): *Revenue Resource Allocation. Weighted Capitation Formula*. London.
- ___ (1999): *Saving lives: our healthier nation*. The Stationery Office, NHS, London.
- ___ (2001): *Shifting the balance of power within the NHS: securing delivery*.
- DIAZ-REGAÑÓN, R. (2001): “La financiación de los servicios sanitarios de la seguridad social en el nuevo modelo de financiación de las autonomías de régimen común”. *Revista de Administración Sanitaria*, volumen V, nº 20, Octubre/Diciembre 2001, Madrid.
- DIDERICHSEN, F. et al. (1997): “Resource allocation to health authorities: the quest for an equitable formula in Britain and Sweden”. *British Medical Journal*, 315, 875-878.
- DIXON, P., et al. (2000): “Derivation of a needs based capitation formula for allocating prescribing budgets to health authorities and primary care groups in England: regression analysis”. *British Medical Journal*, 320, 284-287.
- DOYAL, L. y GOUGH, I. (1991): *A theory of human need*. Guilford press, New York.
- DUBOS, R. (1959): *Mirage of health*. Alen and Unwin, London.
- DUNCAN, A. y SMITH, P. (1996): “On the use of statistical techniques to infer territorial spending needs”. En POLA, G.: *Developments in local government finance*, E.Elgard.
- ELLIS-WILLIAMS, D. (1987): “The effect of spatial population distribution on the cost of delivering local services”. *Journal of the Royal Statistical Society*, 150, 152-166.
- ELOLA, J. et al. (1988a): “Estimación del gasto sanitario público en España 1988”. *III Congreso de la SESPAS*, Octubre.
- ___ (1988b): “Asistencia sanitaria pública en España. Gasto y cobertura”. *Salud y Equidad. VIII Jornadas de Economía de la Salud*, Mayo, Las Palmas de Gran Canaria.
- ELOLA, J. (1994): *SNS: evaluación de su eficiencia y alternativas de reforma*. S.G. Edit.
- ___ (2001): *Política sanitaria española*. Editorial Díaz de Santos, Madrid.
- EASP (varios años): *Informe SESPAS*. EASP, SESPAS, Granada.
- ESPADAS, L. et al. (1999): “La financiación de la sanidad”. En REY, J. (coord.): *El futuro de la sanidad española. Un proyecto de reforma*, Exlibris Ediciones, 51-78, Madrid.
- ESTELLER, A. y SOLE, A. (2002): “Tax Setting in a Federal System: The case of Personal Income Taxation in Canada”. *International Tax and Public Finance*, 9, 235-57.
- ESTELLER, A., NAVAS, J. y SORRIBAS, P. (2002): “Las cestas autonómicas”. *Papeles de trabajo, Instituto de Estudios Fiscales*, 1-2002. Madrid.
- EUROPEAN PARLIAMENT (1998): “Health care systems in the EU. A comparative study”. *Directorate general for research, Working paper*, Luxembourg.
- EVANS, R.G. (1974): “Supplier-Induced Demand”. En PERLMAN, M. (ed.): *The Economics of Health and Medical Care*, McMillan, 162-173, London.
- EVERITT, B.S. (1993): *Cluster analysis*. Edward Arnold, London.
- EZQUIAGA, I. y GARCIA, F. (1997): “Una evaluación del modelo de financiación autonómica 1997-2001”. *Cuadernos de Información Económica*, nº 120-121, 173-192.
- ___ (1998): “La reforma del IRPF y las CCAA”. *Cuadernos de Información Económica*, nº 135, 65-69, Madrid.

- __ (2001): *Finanzas autonómicas*. Marcial Pons, Madrid.
- FERNANDEZ CORDON, J.A. (1998): "Proyección de la población española". *Documento de trabajo 98-11, FEDEA*, Madrid.
- FERNANDEZ GOMEZ, N. (1993): *La financiación de las Comunidades Autónomas. Una propuesta de corresponsabilidad fiscal*. Instituto de Estudios Económicos, Madrid.
- __ (1998): "La reforma del IRPF y el sistema de financiación". *Revista del Instituto de Estudios Económicos*, nº 2/3, 201-215, Madrid.
- FERNANDEZ-MIRANDA, E. (dir.) (2000): *Transferencias sanitarias: Descentralizar y vertebrar*. Editado por Pricewaterhousecoopers, Madrid.
- FERNANDEZ SANTIAGO, J.M. (1997): "La descentralización en el SNS: una asignatura pendiente". *Revista de Administración Sanitaria*, vol. I, nº 3, Madrid.
- FIDALGO, E. y VENTURA, J. (1998): "El Gasto sanitario en Asturias (1991-1997): Análisis de la eficiencia". *Cuadernos Asturianos de Gestión Sanitaria*, nº 2, Oviedo.
- FIGUERAS, J. y SALTMAN, R.B. (1997): "Tendencias actuales en las reformas de los sistemas sanitarios en Europa". *Revista de Admón Sanitaria*, vol. I, nº 2, 39-67, Madrid.
- FOWLAND, S. et al. (2001): *Health Economics*. 3rd edition.
- FOSSATI, A. y PANELLA, G. (1999): *Fiscal Federalism in the EU*. Routledge.
- FRANCE, G. (editor) (2001): *Federalismo, regionalismo e standard sanitari nazionali. Quattro paesi, quattro approci*. Giuffré Editore, Milano.
- __ (2002): "Compatibility between the NHS model and decentralised government: the case of Italy". *XXII Jornadas Economía de la Salud*, 29-31 Mayo, Pamplona.
- FUENTES QUINTANA, E. (1990): *Hacienda Pública: introducción y presupuesto*. Editorial Rufino García Blanco, Madrid.
- FUCHS, V. (1974): *Who shall live?*. Basic Books, New York.
- __ (1978): "The Supply of Surgeons and the Demand for Operations". *Journal of Human Resources*, 13 (supplement), 35-36.
- __ (2000): "The future of Health Economics". *Journal of Health Economics*, 19, 141-157.
- GAMAZO, J.C. et al. (2001): *Castilla y León ante el reto del traspaso de competencias en materia de sanidad. Situación actual y consecuencias*. Universidad Valladolid, mimeo.
- GARCIA DIAZ, M.A. (2002): *La financiación autonómica de régimen común. Perspectivas después del Acuerdo de 2001*. Editorial Bomarzo, Madrid.
- GARCIA RICO, A. (1999): *La financiación de las Comunidades Autónomas*. UCLM.
- GARCIA-SEMPERE, A. y PEIRO, S. (2001): "Gasto farmacéutico en Atención Primaria: variables asociadas y asignación de presupuestos de farmacia por zonas de salud". *Gaceta Sanitaria*, 15 (1), 32-40.
- GARCIA VILLAREJO, A., GAYUBO, A y SALINAS, J. (1999): *La nivelación de los servicios públicos en el modelo de financiación autonómica*. Universidad de Valladolid.
- GIMENO, J. (1996): "La utilización de la imposición sobre el consumo como instrumento de financiación de las CCAA de Régimen Común". *Documento trabajo IEF*, 96-18.
- __ (2003): "Los nuevos sistemas de financiación de las haciendas territoriales: primeras alternativas". *X Encuentro de Economía Pública*, 5, 6 y 7 de Febrero de 2003, Tenerife.
- GIMENEZ, A. (2000): "Responsabilidad y corresponsabilidad fiscal en los países federales". *Papeles de Economía Española*, FUNCAS, nº 83, 2-24, Madrid.
- __ (2002): *Federalismo Fiscal: Teoría y práctica*. Tirant Lo Blanch, Valencia.
- GISBERT, R. (2002): *Economía y Salud*. Masson, Barcelona.
- GOMEZ SALA, J.S. et al. (1992): "Criterios de asignación territorial de recursos sanitarios". *Actas de las XI Jornadas de Economía de la Salud*, AES, 467-493, Valencia.
- GOMEZ SALA, J.S. y SANCHEZ MALDONADO, J. (1996a): "La imposición sobre el consumo y la financiación autonómica". *Papeles de Economía Española*, 69, 212-226.
- __ (1996b): "El IVA como tributo descentralizado: análisis del caso español". *Revista de Estudios Regionales*, 2ª época, Mayo-Agosto, 43-88, Madrid.
- __ (1998a): "La financiación territorial de la sanidad: Especial referencia a España". *Papeles de Economía Española*, nº 76, 19-48, Madrid.
- __ (1998b): "La dinámica de la financiación autonómica: Algunas consideraciones a la luz de la reforma del IRPF". *Cuadernos de Información Económica*, (140/141), 54-64, Madrid.

- ___ (1999): “Balanzas fiscales, financiación autonómica e impuestos sobre el consumo: Algunas reflexiones para el futuro”. En HERCE: *Financiación autonómica, aspectos económicos y debate político*, FEDEA, 49-88.
- GONZALEZ, B. (2001): “La nueva financiación sanitaria en España: El Estado de la cuestión”. *Jornadas de debate sobre la nueva financiación sanitaria*, 30 y 31 de Marzo.
- GONZALEZ, B. y URBANOS, R. (2002): “Prioridades en la organización de la atención a la salud en España”. En *Informe SESPAS 2002*, EASP, SESPAS, Granada.
- GONZALEZ-PARAMO, J.M. (coord.) (2001a): *Bases para un sistema estable de financiación autonómica*. Fundación BBVA, Madrid.
- ___ (2001b): *Costes y beneficios de la disciplina fiscal: La Ley de Estabilidad Presupuestaria en perspectiva*. Estudios de Hacienda Pública, Instituto de Estudios Fiscales, Madrid.
- GOODSPEED, T.J. (1991): “The Principles of Fiscal Federalism”. *FEDEA, D.trabajo*, 15.
- ___ (2000): “Tax structure in a federation”. *Journal of Public Economics*, 75(3), 493-506.
- GORDO, J.L. (2002): “El sistema retributivo del SNS y su perspectiva de futuro”. *Revista de Administración Sanitaria*, VI(23), 39-66, Madrid.
- GRANADO, O. y RUIZ-HUERTA, J. (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.
- GREWAL, B.S. (1985): “Criteria for State Taxes: a review of theoretical perspectives”. En MATHEWS, R.L: *Tax Reform and the States*. The Australian National University.
- GROSSMAN M. (1972): *The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation*. MA, NBER, Cambridge.
- GRUBER, J. y WISE, D. (2001): “An international perspective on policies for an ageing society”. *Working Paper, NBER*, nº 8.103.
- HAGEN, T. et al. (1998): *The Norwegian health care system*. Economics Department Working Papers 198, OECD, Paris.
- HAMPTON y RAYNER (1977): “The use of multivariate methods in economics with reference to regional analysis”. *Regional and Urban Economics*, North-Holland, 267-287.
- HAUCK, K., SHAW, R. y SMITH, P.C.(2002): “Reducing avoidable inequalities in health: a new criterion for setting health care capitation payments”. *Health Economics*, in press.
- HCFA (1999): *Announcement of calendar year 2000 Medicare+Choice payment rates*.
- HERCE, J.A. (2000a): “Recomendaciones para controlar el gasto sanitario. Otra perspectiva sobre los problemas de salud”. *Textos Express, FEDEA*, 2000-01, Madrid.
- ___ (coord.) (2000b): *Financiación autonómica. Aspectos económicos y debate político*. FEDEA.
- ___ (coord.) (2001): *Financiación autonómica. Descentralización, eficiencia y unidad de mercado*. FEDEA y CEA, Madrid.
- HERRERO, C. y VILLAR, A. (1991a): “Principios para la distribución del gasto entre las CCAA”. En *La financiación de las CCAA*, Monografía A-1, IVIE, Valencia.
- ___ (1991b): “El modelo no homogéneo. Análisis del caso español”. En *La financiación de las CCAA*, Monografía A-3, Anexo 2, IVIE, Valencia.
- HIERRO, L. (2001): “Un modelo para el establecimiento de asignaciones de nivelación”. *Actas del VIII Encuentro de Economía Pública*, 8 y 9 de Febrero de 2001, Cáceres.
- HOUSE OF COMMONS (1996): *Allocation of Resources to Health Authorities. Health Committee*, Volume I, London, HMSO
- HUALDE, K. (1985): “Estimación del gasto sanitario en la Comunidad Autónoma Vasca. Año 1982”. *IV Jornadas de Economía de la Salud*, Junta de Andalucía, Sevilla.
- INFORME CCAA (varios años): *Informe de CCAA*. Instituto Dcho Público, Barcelona.
- INFORME SESPAS (2002): *La salud y el sistema sanitario en España. Invertir en salud. Prioridades para la salud pública en España*. EASP, SESPAS, Granada.
- INSALUD (varios años): *Memorias anuales*. INSALUD, Madrid.
- INSTITUT D'ESTUDIS AUTONOMICS (1992): *Seminario sobre la distribución entre las CCAA de los recursos públicos de la Sanidad*. Generalitat de Catalunya, Barcelona.
- ___ (1995): *Seminario sobre corresponsabilidad fiscal y nivelación de recursos*. Generalitat de Catalunya, Barcelona.

- ___ (2002): *Los aspectos clave de la financiación autonómica a debate*. Institut d'Economia de Barcelona, Generalitat de Catalunya, Barcelona.
- INSTITUTO DE ESTUDIOS FISCALES (1998): *Informe para la reforma del IRPF*. Comisión para el estudio y propuesta de medidas para la reforma del IRPF, Madrid.
- ___ (2001): *Evaluación de los efectos de la reforma del IRPF en la Ley 40/1998*.
- ___ (2002): *Informe sobre la reforma de la financiación autonómica*. Comisión nuevo sistema de financiación de las CCAA, Madrid.
- ___ (varios años): *Base de Datos de Economía del Sector Público Español (BADESPE)*.
- JOHNSON, D.E (2000): *Métodos multivariados aplicados al análisis de datos*. ITE.
- JORGEN, N. y KABELMAN, T. (1999): "Measuring social expenditure needs –is it possible to be objective? The case of Denmark". *Congreso Intnal. Hacienda Pública*, Moscú.
- KRELOVE, R. et al. (1997): "Canada". En TER-MINASSIAN, T. et al.: *Fiscal Federalism in theory and practice*, IMF, 201-226, Washington.
- KING, D. (1988): *La economía de los gobiernos multi-nivel*. IEF, Madrid.
- LALONDE, M. (1975): *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa.
- LAMERS, L.M. (1998): "Risk-adjusted capitation payments: developing diagnostic cost groups classification for the Dutch". *Health Policy*, 45, 15-32.
- LE GRAND, J. y MOSSIALOS, E. (eds.) (1999): *Health care and cost containment in the European Union*. Ashgate, Aldershot.
- LEON, S. y RICO, A. (2002): "La descentralización territorial de la sanidad en Europa. Evolución durante los 90". *Actas XXII Jornadas Economía de la Salud*, 29-31 Mayo, Pamplona.
- LEY ORGANICA 8/1980, de 22 de Septiembre, de *Financiación de las Comunidades Autónomas (LOFCA)*.
- LEY 4/1986, de 25 de Abril, *General de Sanidad*.(BOE 29-4-1986).
- LEY 30/1994, de 24 de Noviembre, de *Fundaciones e Incentivo Fiscales a la participación privada en actividades de interés general*
- LEY 15/1997, de 25 de Abril, *sobre habilitación de Nuevas Formas de Gestión del Sistema Nacional de Salud* (BOE 26-4-1997).
- LEY 50/1998, de 30 de Diciembre, de *Medidas fiscales-administrativas y de orden social* (BOE de 31 de Diciembre).
- LEY 18/2001, de 12 de Diciembre, *General de Estabilidad Presupuestaria* (BOE 13-12-2001).
- LEY ORGANICA 5/2001, de 13 de Diciembre, *complementaria a la Ley General de Estabilidad Presupuestaria* (BOE 14-12-2001).
- LEY ORGANICA 7/2001, de 27 de Diciembre, de *modificación de la Ley Orgánica 8/1980, de 22 de Septiembre, de financiación de las CCAA (LOFCA)* (BOE 31-12-2001).
- LEY 21/2001, de 27 de Diciembre, *por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía* (BOE 31-12-2001).
- LEY 22/2001, de 27 de Diciembre, *reguladora de los Fondos de Compensación Interterritorial* (BOE 31-12-2001).
- LEY 24/2001, de 27 de Diciembre, de *Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social* (BOE 31-12-2001).
- LEYES 17-31/2002, de 1 de Julio, *del régimen de cesión de tributos del Estado a la Generalidad de Cataluña, a las CCAA de Galicia, Andalucía, Asturias, Cantabria, La Rioja, Murcia, C.Valenciana, Aragón, Castilla-La Mancha, Canarias, Extremadura, Illes Balears, Madrid, Castilla y León y de fijación y alcance y condiciones de dicha cesión* (BOE 2-07-2002).
- LEY 46/2002, de 18 de Diciembre, de *reforma parcial del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y por la que se modifican las Leyes de los Impuestos sobre Sociedades y sobre la renta de los no residentes* (BOE 19-12-2002).
- LEY 51/2002, de 27 de Diciembre, de *reforma de la Ley 39/1988, de 28 de Diciembre, Reguladora de las Haciendas locales* (BOE 28-12-2002).
- LLANO, J. DEL et al. (1996): "Una enfermedad llamada paro". *Gaceta sanitaria*, 53.

- LOPEZ I CASASNOVAS, G., et al. (1992): "Estudio del sistema de financiación autonómica de la sanidad". *Fulls Economics-Llibres* nº 3, Generalitat de Catalunya.
- ___ (1999b): *El Sistema sanitario español: Informe de una década*. Fundación BBVA, Madrid
- LOPEZ I CASASNOVAS, G. y CASADO, D. (1998): "La financiación de la sanidad pública española: Aspectos macroeconómicos e incidencia de la descentralización fiscal". *Presupuesto y Gasto Público*, nº 20, 123-152, Madrid.
- LOPEZ I CASASNOVAS, G. (dir) y RICO, A. (coord..) (2001): *Evaluación de las políticas de servicios sanitarios en el Estado de las autonomías. Análisis comparativo de las Comunidades Autónomas del País Vasco, Andalucía y Cataluña*. Fundación BBVA.
- LOPEZ I CASASNOVAS, G. y RIVERA, B. (2002): "Las políticas de equidad en salud y las relaciones entre renta y salud". *Hacienda Pública Española*, 161-(2/2002), 99-126.
- LOPEZ I CASASNOVAS, G. y ORTUN, V. (1998): *Economía y Salud. Fundamentos y políticas*. Ediciones Encuentro Oikos Nomos, Madrid.
- ___ (2002): "Financiación capitativa, articulación entre niveles asistenciales y descentralización de las organizaciones sanitarias". *Documento de Trabajo, CRES*, nº 3.
- LOPEZ I CASASNOVAS, G. (1995): "Público y privado en sanidad". *Estado y economía, elementos para un debate*, Fundación BBV, 211-255, Madrid.
- ___ (1998a): "Financiación autonómica y gasto sanitario público en España". *Papeles de Economía Española*, nº 76, 2-14, Madrid.
- ___ (1998b): "El nuevo sistema de financiación autonómico de la sanidad". *Revista de Administración Sanitaria*, vol. II, nº 6, Madrid.
- ___ (1999): *La capitación en la financiación territorial de los servicios públicos transferidos: El caso de la sanidad y de la educación*. Mº Sanidad, Madrid.
- ___ (2000a): "Los problemas de la financiación sanitaria en España". En HERCE, J.A. (ed.): *Los problemas de la financiación sanitaria en España*, Civitas.
- ___ (2000b): "Los problemas de la financiación sanitaria en España. Especial referencia a su descentralización autonómica". En HERCE, J.A. (ed.): *Financiación autonómica: Aspectos económicos y debate político*, FEDEA, 99-119, Madrid.
- ___ (2000c): "La financiación del sistema sanitario español y su incidencia en el gasto: perspectivas macroeconómica, territorial y funcional". *Actas de las XX Jornadas de Economía de la Salud*, AES, 457-491, Palma de Mallorca.
- ___ (coord.) (2001a): *La sanitat catalana. Finançament i despesa en el marc de les societats desenvolupades*. Generalitat de Catalunya, Barcelona.
- ___ (2001b): "La financiación autonómica y la financiación de la sanidad: algunas claves". *Actas de XXI Jornadas de Economía de la Salud*, 13-28, Oviedo.
- ___ (2002): "The devolution of health care to the spanish regions: is it time for improving coordination or time for further development of new autonomous regional health policies". *7th Annual Conference of the Italian Health Economics Association*, Bologna.
- LOPEZ LABORDA, J. (1999): "Autonomía, responsabilidad y nivelación en la financiación autonómica". *Economía Aragonesa*, nº 6-7, 131-146, Febrero, Zaragoza.
- LOPEZ LABORDA, J. y RODRIGO, F. (2000): "La cuantificación de las necesidades de gasto de las CCAA. Descripción y valoración de la experiencia comparada y la investigación aplicada". *Investigaciones*, Instituto de Estudios Fiscales, Madrid.
- LOPEZ LABORDA, J. y SALAS, V. (2002): "Financiación de servicios públicos en territorios con desigual densidad de demanda". *Revista de Economía Aplicada*, X, 121-153.
- LOSADA, V. et al. (1997 y 1999): *El Gasto Sanitario en la Comunidad de Madrid y su financiación 1986-1995*. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, Madrid.
- MAIONI, A. (2002): "Federalism and Health Care in Canada". En BANTING, K. y CORBETT, S.: *Health Policy and Federalism*, McGill-Queen's University Press, Montreal.
- MAPELLI, V. (1998): "L'alocazione delle risorse nel servizio sanitario nazionale". *Commissione Tecnica per la Spesa Pubblica*, Ministero del Tesoro, Roma.
- MARCET, A. (1991): "Un model de sèries temporals per a la previsió de recaptació tributària per Comunitats Autònomes". *El finançament de les Comunitats Autònomes: Avaluació del sistema actual i criteris per a la seva reforma*, 317-382, G.Catalunya.

- MARTIN, J.J. et al. (2001): “Financiación autonómica de la sanidad: Escenarios dinámicos básicos”. *XXI Jornadas de Economía de la Salud*, 57-77, Oviedo.
- (2003): “Interpretación del cambio de definición del criterio de necesidad en el subsistema sanitario de financiación autonómica”. *Estudios sobre la Economía Española*, FEDEA, 153, Madrid.
- MARTIN, J.J. y MONTERO, R. (2001): “La financiación autonómica de la sanidad: Dificultades del proceso de transferencias”. *Revista El Médico*, nº 770, 90-106.
- MARTIN LOPEZ, J. (2002): “El nuevo modelo de financiación autonómica de la sanidad”. *Presupuesto y gasto público*, nº 29/2002, Madrid.
- MAS-COLELL, A. (1994): “Sobre el carácter obligatorio y universal del seguro de salud”. En LOPEZ I CASASNOVAS, G.: *Análisis económico de la sanidad*, 63-77, Barcelona.
- MAS, M. y PEREZ, F. (1991): *Sistemas de distribución de la financiación: experiencias y propuesta alternativas*. Monografía A-3, IVIE, Valencia.
- MAXWELL, R. (1981): “Health and Wealth: an international study of health care spending”. *Sandoz Institute for health and socio-economic studies*, Lexington books, Toronto.
- McFARLAN, M. y OXLEY, H. (1995): “Health Care Reform: Controlling spending and increasing efficiency”. *OECD Economic Studies*, nº 24.
- McLARTY, R. (1998): “Coordinación y colaboración federo-provincial en la administración tributaria canadiense”. *Hacienda Pública Española*, 146, 79-97, Madrid.
- McLURE, C.E. (1983): *Tax assignment in federal countries*. ANU, Canberra.
- (1994): “El p.v norteamericano sobre el desequilibrio vertical y la asignación de poderes tributarios entre niveles de gobierno”. *Hacienda Pública Española*, 128.
- (2001): “The Tax assignment problem: Ruminations on how Theory and Practice depend on History”. *National Tax Journal*, Vol. LIV, nº 3, 339-363.
- MELGUIZO, A. (1989): *Federalismo Fiscal*. Monografía nº 74, IEF, Madrid.
- MILLS, A. (ed.) (1991): *Descentralización de los sistemas de salud: conceptos, aspectos y experiencias nacionales*. Organización Mundial de la Salud, Washington.
- Mº DE ECONOMIA (2001 y 2002): *Actualización del Programa de Estabilidad del Reino de España 2001-2005 y 2002-2006*. Madrid.
- Mº DE ECONOMIA Y HACIENDA (varios años): *Informe sobre la financiación de las Comunidades y Ciudades Autónomas*. Madrid.
- (varios años): *Presupuestos de las Comunidades y Ciudades Autónomas*. Madrid.
- (Varios años): *Liquidación de Presupuestos de las Entidades Locales y Ciudades Autónomas*. Madrid.
- Mº DE HACIENDA (varios años): *Memoria de la Administración Tributaria*. Madrid.
- (2001): *Financiación de CCAA por tarifa autonómica del IRPF, participación en Ingresos del Estado y Fondo de garantía en 1999 y liquidación definitiva*.
- (varios años): *Presentación del Proyecto de PGE*. Madrid.
- Mº DE SANIDAD Y CONSUMO (1996): *Desigualdades sociales en salud en España*.
- (1999 y 2001): *Cuentas Satélite del Gasto Sanitario Público 1991-1996 y 1995-1999*. Madrid
- (varios años): *Presupuesto INSALUD*. Madrid.
- (2003): *Sistema Nacional de Salud en cifras 2002. España*. Madrid.
- MONASTERIO, C., PEREZ, F., SEVILLA, J.V. y SOLE, J. (1995): *Informe sobre el actual sistema de financiación autonómica y sus problemas*. “LIBRO BLANCO”, IEF.
- MONASTERIO, C. y SUAREZ PANDIELLO, J. (1996 y 1998): *Manual de Hacienda autonómica y local*. Ariel Economía, Madrid.
- MONASTERIO, C. (coord.) (1998a): *Seminario sobre la financiación autonómica y sanitaria*. Fundación para el Análisis y los Estudios Sociales, Madrid.
- (1998b): “La reforma del IRPF y sus efectos sobre la financiación autonómica”. *Revista del Instituto de Estudios Económicos*, nº 2/3, 177-188, Madrid.
- (2000a): “La financiación subcentral en España. Principios y desarrollo”. *Papeles de Economía Española*, nº 83, Madrid, 25-36.
- (2000b): “Estabilidad y coordinación: Bases para un nuevo sistema de financiación autonómica”. En HERCE, J.A. (ed.): *Financiación autonómica: Aspectos económicos y debate político*, FEDEA-CEA, Madrid, 33-47.

- ___ (2001a): "El sistema de financiación autonómica a partir de 2002. Acierto estratégico y dudas tácticas". *Cuadernos de Información Económica*, nº 165, Madrid.
- ___ (2001b): "Sanidad y financiación autonómica. ¿vidas paralelas?". *Actas de las XXI Jornadas de Economía de la Salud*, 97-109, Oviedo.
- ___ (2002): "El sistema de financiación autonómica 2002". *El nuevo modelo de financiación autonómica (2002)*, Instituto de Estudios Fiscales, 15-60, Madrid.
- MONASTERIO, C. et al. (2001): "Una propuesta para el año 2001. Reforma del sistema de financiación de las CCAA de régimen común". En GONZALEZ PARAMO, J.M. (ed.): *Bases para un sistema estable de financiación autonómica*, Fundación BBVA, 29-108.
- MONTERO, F. et al. (2000): "Financiación autonómica, programación multicriterio". *Actas de las XX Jornadas de Economía de la Salud*, AES, 3 al 5 de Mayo, Palma de Mallorca.
- MOSSIALOS, E. (1997): "Citizen's view on health care systems in the 15 member states of the European Union". *Health Economics*, vol. 6, 109-116.
- MUSGRAVE, R. (1983): "Who should tax, where and what?". En Mc LURE, C.: *Tax assignment in federal countries*, ANU Press, Canberra, 2-22.
- MUSGRAVE, R. y MUSGRAVE, P. (1991): *Hacienda Pública teórica y aplicada*. IEF.
- NELSON, F. (2002): "Ailing nation". *Public Finance*, March 29-April 4.
- NEWHOUSE, J.P. (1970): "Toward a Theory of Nonprofit Institutions: An Economic Model of a Hospital". *American Economic Review*, 60(1), 64-74.
- ___ (1998): "Risk adjustment: where are we now?". *Inquiry*, 35, 122-131.
- NEW SOUTH WALES HEALTH DEPARTMENT (1999): *Resource Distribution Formula Technical Paper 1998/1999 Revision*. Sydney.
- NISKANEN, W.A. (1971): *Bureaucracy and representative government*. Aldine-Atherton.
- NORREGAARD, (1997): "Tax assignment". En TER-MINASSIAN, T. et al. (1997): *Fiscal Federalism in theory and practice*. IMF, 49-73, Washington.
- OATES, W.E. (1972): *Fiscal Federalism*. Harcourt Brace Jovanovich, New York.
- OECD (1998): *La reforma de los sistemas de asistencia sanitaria. Estudios de diecisiete países de la OCDE. Estudios de Política Sanitaria*, OECD, nº 5, París.
- ___ (varios años): *OECD HEALTH DATA FILE*. OECD and CREDES, París.
- OLSON, M. (1969): "The principles of fiscal equivalence: Division of responsibilities among different levels of government". *American Economic Review*, 59, 2, 479-487.
- OMS (varios años): *The World Health Report*. Geneva.
- ORTUN, V. (1998): "Sistema sanitario y Estado de bienestar: problemas a la vista". En *Informe SESPAS 1998*, EASP, 39-57, Granada.
- PAPELES DE ECONOMÍA ESPAÑOLA (2002): *Haciendas locales: Vías de reforma*. nº 92.
- PARKIN, D. et al. (1987): "Aggregate health care expenditures and national income: is health care a luxury good?". *Journal of Health Economics*, 6, 109-127.
- PAULY, M.V (1988): "The incidence of Health Insurance costs: is everyone out of step but economists?". *IRA Proceeding of the First Annual Meeting*, Dec. 29, 387-410, New York.
- PEDRAJA, F. (2000): "Presente y futuro de la financiación autonómica común". *Papeles de Economía Española*, nº 83, 76-87, Madrid.
- PEDRAJA, F. y SALINAS, J. (2001): "La descentralización del IVA: propuestas, experiencias y enseñanzas para la financiación de las CCAA". *Hacienda Pública Española, Monografía 2001*, 343-357, Madrid.
- PENA, B. et al. (1999): *Cien ejercicios de econometría*. Ediciones Pirámide, Madrid.
- PEÑA, D.. (1989): *Estadística. Modelos y Métodos*. Alianza Universidad, Madrid.
- PEREZ, F. (1998): "La equidad del sistema de financiación de las Comunidades Autónomas tras su reforma". *Economistas*, (77), 243-257, Madrid.
- ___ (2000): "Corresponsabilidad fiscal y nivelación regional". *Papeles de Economía Española*, nº 83, 37-60, Madrid.
- PERONA, J.L. (1986): "Criterios de distribución geográfica de los recursos sanitarios". En *Planificación y economía de la salud en las autonomías*, Comunidad de Madrid.
- PHELPS, C. (1986): "Induced Demand – Can We Ever Know Its Extent?". *Journal of Health Economics*, 5(4), 355-365.
- ___ (1997): *Health Economics*. Addison Wesley, United States.

- POLA (1999): "Comparative view of local finances in EU member countries: are there any lessons to be drawn?". En FOSSATI, A. y PANELLA, G.: *Fiscal Federalism in EU*, 15-56.
- POULLIER, J.P. (1989a): "Health care expenditure and other data: compendium". OECD (eds.) *Health Care Systems in Transition. The Search for efficiency*, 119-204.
- ___ (1989b): "Health Data file: overview and methodology". *Health Care Financing Review*, Annual Supplement, 111-118.
- POTTER, B. (1997): "United Kingdom". En TER-MINASSIAN, T. et al.: *Fiscal Federalism in theory and practice*, IMF, 342-359, Washington.
- PUIG, J. (2000): "¿Son suficientes los impuestos para financiar el SNS?". *Gaceta sanitaria*, vol. 14, nº 4, 261-264.
- PULIDO, A. (1989): *Predicción económica y empresarial*. Pirámide, Madrid.
- RABIN, M. y THALER, R. (2001): "Anomalies: Risk Aversión". *Journal of Economic Perspectives*, vol. 15, nº 1.
- RAMOS, A. y DE MIGUEL, J.C. (1997): "Unha metodoloxía para medi-las disparidades económico-sociais das comunidades autónomas e as súas necesidades". *Revista Galega de Economía*, vol. 6 (2), 153-168.
- RD-Ley 10/1996, de 17 de Junio, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud (BOE 18-6-1996).
- RD 29/2000, 14 de Enero, sobre nuevas formas de gestión INSALUD (BOE 25-1-2000)
- RD 1471-1480/2001, de 27 de Diciembre, sobre traspaso a las CCAA 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.
- RD 840/2002, 2 de Agosto, por el que se modifica y desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Consumo (BOE 3-8-2002).
- RD 1247/2002, 3 de Diciembre, por el que se regula la gestión del Fondo de Cohesión Sanitaria (BOE 4-12-2002).
- REY, J. (1998): *Descentralización de los servicios sanitarios. Consideraciones generales y análisis del caso español*. Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada.
- ___ (1999): "La financiación sanitaria". En REY (coord.), *El futuro de la sanidad española. Un proyecto de reforma*, Fundación Alternativas-EXLIBRIS Ediciones, 51-78.
- ___ (2000): "La financiación de los servicios sanitarios: Una parte de un debate más amplio". *Gaceta Sanitaria*, SESPAS, vol. 14, nº 4, 306-314, Madrid.
- ___ (editor) (2001): *Libro de ponencias de Jornadas sobre descentralización y transferencias sanitarias*. Confederación Sindical CC.OO, FADSP, 24 y 25 de Abril, Madrid.
- ___ (2002): "El acuerdo sobre la financiación sanitaria: ¿crónica de una muerte anunciada o todavía queda algo por hacer por defender un sistema sanitario equitativo y universal?". *Revista de Administración Sanitaria*, VI(21), 69-95, Madrid.
- RICE, N. y SMITH, P.C. (1999): *Approaches to capitation and risk adjustment in health care: an international survey*. Centre for Health Economics, University of York.
- ___ (2001): "Capitation and risk adjustment in health care financing: an international progress report". *The Milbank Quarterly*, 79 (1), 81-113.
- RICO, A. (1995): "Aspectos redistributivos de la financiación sanitaria regional". *II Simposio sobre Igualdad y Redistribución de la Renta y la Riqueza*, 5-9 Junio de 1995, Madrid.
- ___ (1998): "La descentralización sanitaria en España: el camino recorrido y las tareas pendientes". *Papeles de Economía Española*, 76, 49-66, Madrid.
- RICO, A. y RUBIO, P. (1996): "Necesidades sanitarias y redistribución regional de recursos en España". Mimeo.
- RICO, A. y CETANI, T. (eds.) (2001): *Health care systems in transition: Italy*. European Observatory on Health Care Systems.
- RODRIGUEZ, M. (1986): *El Gasto Sanitario en Cataluña, 1981. Estimación y Análisis Descriptivo*. Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat y Seguretat Social.
- RODRIGUEZ-PONGA, E. (2002): "El nuevo modelo de financiación autonómica y las novedades fiscales para 2002". *Presupuesto y Gasto público*, nº 28, 47-58, Madrid.

- RONDINELLI, D.A. et al. (1981): "Government decentralization in comparative theory and practice in developing countries". *International Review of Administrative Sciences*, 47.
- ROS, C. et al. (2000): "All rights reserved, or can we just copy?. Cost sharing arrangements and characteristics of health care systems?". *Health Policy*, 52, 1-13.
- ROSEN, H. (2002): *Public Finance*. McGraw-Hill, 6ª Ed.
- RUBINFELD, D.L. (1979): "Judicial approaches to local public-sector equity". En MIESZKOWSKI, P. et al.: *Currents issues in urban economics*, John Hopkins University Press, 55-83.
- RUBIO GUERRERO, J.J. y RODRIGUEZ ONDARZA, J.A. (1992): "Los gastos de asistencia sanitaria en España". *Hacienda Pública Española*, 120/121, 145-189, Madrid.
- RUMMEL, R.J. (1977): "Para comprender el análisis factorial". En SCHWARTZMAN, S (ed.), *Técnicas avanzadas en Ciencias Sociales*, Nueva Visión, Buenos Aires.
- SANCHEZ SANCHEZ, A. (1997): *La corresponsabilidad fiscal de las CCAA*. Aranzadi.
- (2000): "Los Impuestos Especiales como instrumento de financiación autonómica". *Hacienda Pública Española*, nº 155, 135-148, Madrid.
- SARABIA, J.M. (2000): *Curso práctico de Estadística*. Civitas, Madrid.
- SCHIEBER, G.J. y POUILLIER, J.P. (1989): "Overview of international comparisons of health care expenditures". *Health Care Financing Review*, Annual suplement 1-7.
- SCHNEIDER, M. (1993): "Tendencias en la convergencia de sistemas de atención sanitaria en la CE". *XII Jornadas de Economía de la Salud*, AES, 29-42, Madrid.
- SEN, A.K. et al. (1985): *The Standard of Living*. Cambridge University Press, 1-38.
- SEVILLA, J. (2001): *Las claves de la financiación autonómica*. Ed. Crítica, Barcelona.
- SHELDON, T.A. y SMITH, P.C. (2000): "Equity in the allocation of health care resources". *Health Economics*, 9, 571-574.
- SMITH, P. (1998): "Devolved Purchasing in Health Care". *Health Economics Series*, 2.
- (1999): "Capitated finance and health care needs. Possibilities and limitations". *Actas de las XIX Jornadas de Economía de la Salud*, AES, 15-29, Zaragoza.
- (2002): "Devolved financing of health care: recent experience from England". *Actas de las XXII Jornadas de Economía de la Salud*, 29-31 de Mayo, AES, Pamplona.
- SMITH, P. et al. (2000): *Reducing avoidable inequalities in health: a new criterion for setting health care capitations*. Centre of Health Economics, University of York.
- STIGLITZ, J. (1994): "Replanteamiento del papel del Estado en la economía. La provisión de bienes privados suministrados públicamente". En LOPEZ I CASASNOVAS, G. (dir.), *Análisis económico de la sanidad*, Barcelona.
- SUAREZ PANDIELLO, J. (1988): "Una estimación de las necesidades de gasto para los municipios de menor dimensión". *Hacienda Pública Española*, nº 113, 119-146.
- (2001): "El futuro de la financiación local en el contexto del Estado de las Autonomías". *Hacienda Pública Española, Monografía 2001*, 359-379.
- TAMAYO, P.A. (2001): *Descentralización y financiación de la asistencia sanitaria pública en España. Un estudio desde la perspectiva de la equidad*. Colección Estudios CES.
- TER-MINASSIAN, T. et al. (1997): *Fiscal Federalism in theory and practice*. IMF.
- TERRIS, M. (1980): *La revolución epidemiológica y medicina social*. S.XXI, México.
- THOMAS, R.W. y WARREN, E.S. (1997): "Evaluating the role of regresión methods in the determination of Standard Spending Assesment". *Environment and Planning C: Government and Policy*, 1994, vol. 15, 53-72.
- TIEBOUT, C. (1956): "A pure theory of local expenditures". *Journal of Political Economy*, vol. 64, núm. 5, 416-424.
- TRUYOLL, I. (1999): "La financiación de las CCAA: presente y futuro". *Revista de Administración Sanitaria*, vol. III, nº 12, 81-93, Madrid.
- TULLOCK (1965): *The politics of bureaucracy*. Public Affairs Press, Washington, D.C.
- URBANOS, R. (1999): "Consideraciones teóricas sobre la intervención del sector público en sanidad y su articulación real en España: Una reflexión sobre las cuestiones distributivas". *Documento de trabajo 9912, Universidad Complutense de Madrid*.
- (2001a): "Distribución de recursos según necesidad en pequeñas áreas". *Actas de las XXI Jornadas de Economía de la Salud*, AES, 119-131, Oviedo.

- (2001b): “La financiación sanitaria en los países de nuestro entorno”. *Revista de Administración Sanitaria*, V(18), 95-106, Madrid.
- URBANOS, R. y UTRILLA, A. (1998): “Las prestaciones del Estado del Bienestar desde una perspectiva comparada”. *Cuadernos Información Económica*, nº 136/137, 46-59.
- (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.
- (2001a): “Distribución regional de los fondos sanitarios bajo el criterio de necesidad: cálculo y propuestas para el caso español”. *Actas VIII Encuentro de Economía Pública*, Cáceres.
- (2001b): “El nuevo sistema de financiación sanitaria y sus implicaciones económicas en las CCAA”. *Revista de Administración Sanitaria*, volumen V, nº 20, 25-48, Madrid.
- (2002a): “Implicaciones del nuevo sistema de financiación sanitaria sobre la equidad y la suficiencia”. *Actas del IX Encuentro de Economía Pública*, 7 y 8 de Febrero, Vigo
- (2002b): “La financiación de los servicios sanitarios: Distribución de fondos por CCAA y criterios de asignación entre niveles asistenciales”. *El nuevo modelo de financiación autonómica (2002)*, 161-202, Instituto Estudios Fiscales, Madrid.
- UTRILLA, A. (2001): “El funcionamiento de los sistemas de garantía en el modelo de financiación autonómica”. *Papeles de Trabajo del IEF*, nº 23, Madrid.
- (2002a): “La experiencia de la descentralización fiscal en el contexto de la política económica española”. *Documento de trabajo 2002-04, U.Complutense de Madrid*.
- (2002b): “La reforma del IRPF y sus implicaciones para la financiación de la Comunidad de Madrid”. *Documento de trabajo 2002-12, Universidad Complutense de Madrid*.
- (2002c): Los efectos del nuevo sistema de financiación autonómico sobre la suficiencia y equidad. *El nuevo modelo de financiación autonómica (2002)*, Instituto Estudios Fiscales, 61-110, Madrid.
- (2003): “La suficiencia financiera en el nuevo sistema de financiación autonómico de financiación: un ejercicio de simulación dinámica”. *VI Encuentro de Economía Aplicada*, 5, 6 y 7 de Junio, Granada.
- UTRILLA, A. y HERRERO, A. (2003a): “La financiación de la sanidad en un contexto descentralizado”. *Jornada Técnica, Asociación Economía de la Salud*, Enero, Madrid.
- (2003b): "La viabilidad de los sistemas de nivelación en la financiación regional. Una aplicación para España de los modelos alemán y canadiense". *Actas del X Encuentro de Economía Pública*, 5, 6 y 7 de Febrero de 2003, Tenerife.
- UTRILLA, A. y NAVARRO, C. (2002): “Financiación autonómica y discrecionalidad de políticas de gasto en la Comunidad de Madrid”. *Economistas*, nº 94, Madrid.
- VALLES, J. (2002): “Implicaciones de la Normativa de Estabilidad Presupuestaria en el Ambito Autonómico”. *El nuevo modelo de financiación autonómica (2002)*, Instituto Estudios Fiscales, 203-254, Madrid.
- ZUBIRI, I. (1987): “Sobre la distribución de recursos en un sistema federal”. *Papeles de Economía Española*, nº 30/31, Madrid.
- (2000): *El sistema de concierto económico en el contexto de la Unión Europea*. Círculo de Empresarios Vascos, Bilbao.