ESTUDIOS SOBRE LA ECONOMIA ESPAÑOLA

La financiación territorial de la sanidad:
Especial referencia a España

José Sánchez Maldonado

J. Salvador Gómez Sala

EEE 27

FEDEA

Fundación de Estudios de Economía Aplicada

http://www.fedea.es/hojas/publicado.html

LA FINANCIACIÓN TERRITORIAL DE LA SANIDAD: ESPECIAL REFERENCIA A ESPAÑA.

José Sánchez Maldonado
J. Salvador Gómez Sala

Departamento de Hacienda Pública
Universidad de Málaga.

RESUMEN.

En el presente trabajo se aborda el análisis de la problemática de la financiación autonómica de las prestaciones sanitarias, organizándose el mismo con la siguiente secuencia. En primer lugar se realizan algunas consideraciones generales sobre la organización y financiación del gasto sanitario, resaltando determinados aspectos teóricos, comentando los distintos criterios posibles para la distribución territorial de los recursos sanitarios, y llevando a cabo una breve incursión en los sistemas comparados de financiación territorial de la sanidad. En segundo término, se aborda el análisis de la financiación de la asistencia sanitaria en España, como paso previo a desgranar los principales problemas y limitaciones que presenta en la actualidad la financiación territorial de dichas competencias. A continuación, pasamos revista a las posibles alternativas de reformas que se pueden plantear en los momentos y circunstancias actuales, prestando atención especial a aquellas propuestas de descentralización de la financiación que se vienen manejando y que se fundamentan, por lo general, en el establecimiento y posterior territorialización de diversos fondos diferenciados. Asimismo se pasa revista al acuerdo de financiación sanitaria para el cuatrienio 1998-2001 recientemente suscrito en el Consejo de Política Fiscal y Financiera. Por último tras algunos comentarios y observaciones, cerramos el trabajo con un apartado de consideraciones finales.

Palabras clave: Sanidad. Administraciones autonómicas y locales. Relaciones entre los distintos niveles de gobierno. Gasto público de la Administración central y sanidad. Presupuesto y gasto de las Administraciones autonómica y local.

ABSTRACT.

In the present work is approached the analysis of the problems of the financing of the descentraliced healths expenditure, being arranged the same with the next sequence. In the first place are accomplished some general considerations on the organization and financing of the sanitary expense, highlighting determined theoretical aspects, commenting the different possible criteria for the territorial distribution of the sanitary resources, and carrying out a short raid in the compared systems of territorial financing of the health. In second term, is approached the analysis of the financing of the sanitary assistance in Spain, as previous step to thresh the main problems and limitations that presents at present the territorial financing of such competitions. Below, examine closely to the possible alternative of reforms that they can be outlined in the moments and current circumstances, paying attention special to those decentralization proposals of the financing that are come handling and that are based, generally, on the establishment and subsequent descentralization of various differentiated backgrounds. Also it is examined closely to the sanitary financing agreement for

the 1998-2001 recently subscribed in the Fiscal and Financial Policy Council. Finally after some comments and observations, we close the work with a final considerations paragraph.

Keywords: Health. State and local taxation, subsidies and revenue. Relationships among the different levels of government. Government expenditure and health. State and local budget and expenditure.

J.E.L.classification.I1. H71. H51. H72.

JOSE SANCHEZ MALDONADO

Málaga (1952). Doctor en Ciencias Económicas y Empresariales por la Universidad de Málaga, Catedrático de Hacienda Pública de dicha Universidad y director del Departamento de Hacienda Pública. Es autor de diversos libros y medio centenar de artículos publicados en revistas especializadas como Public Finance-Finance Publique, Revista Española de Economía (2ª época), Investigaciones Económicas(2ª época), Hacienda Pública Española, Papeles de Economía Española, entre otras. Ha sido Primer Premio "Andalucía de Economía y Hacienda Autonómica,1991".

JESUS SALVADOR GÓMEZ SALA

Lucena (Córdoba) (1959). Doctor en Ciencias Económicas y Empresariales por la Universidad de Málaga, Profesor Titular de Hacienda Pública y secretario del Departamento de Economía Aplicada (Hacienda Pública) de dicha Universidad. Autor de publicaciones, entre las que destacan el libro "Pensiones Públicas, Ahorro y Oferta de Trabajo. Análisis del Caso Español", Centro de Publicaciones del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1989, y diversos artículos en revistas especializadas, como Papeles de Economía Española, Hacienda Pública Española, Presupuesto y Gasto Público, entre otras. Ha sido Premio "Trabajo y Seguridad Social, 1986", y Premio "Andalucía de Economía y Hacienda Autonómica

1.- INTRODUCCIÓN.

Desde principios de los ochenta, el rasgo más característico que presenta el gasto sanitario público en nuestro país, por lo que respecta a su financiación, aparece concretado en sus continuos problemas de insuficiencia. La manifestación más clara de este hecho se encuentra en la tendencia secular a la infrapresupuestación por parte del Insalud, que ha generado un continuo proceso de liquidaciones presupuestarias anuales muy por encima de los presupuestos iniciales y que han hecho necesaria la puesta en marcha, hasta la fecha, de cuatro procesos de saneamiento(1983, 1989, 1992 y 1994), con un coste aproximado de un billón de pesetas.

Asimismo, se argumenta que, pese al crecimiento continuado del gasto público sanitario desde principios de la década de los ochenta, una serie de factores no permiten ser demasiado optimistas en cuanto a su posible desaceleración. Dichos factores van desde las expectativas ciudadanas acerca de las posibilidades del sistema sanitario, o las de negocio del complejo suministrador sanitario, hasta las aspiraciones de los profesionales a ver crecer sus rentas y desarrollar con escasas restricciones la práctica sanitaria cotidiana.

Como ha escrito, López Casasnovas (1996), "la confluencia de ambos aspectos (insuficiencia financiera con sospechas de deficiente gestión, y mantenimiento de factores que impulsan el gasto) genera incertidumbre sobre el futuro de nuestro sistema sanitario, y hace muy complejo su abordaje".

En este contexto de insuficiencias, por una parte y, de fuertes restricciones presupuestarias por otra, ha venido desenvolviéndose la financiación de la sanidad pública, que durante 1997 ha tenido que abordar de nuevo la cuestión de la financiación regional, dado que en este año terminó la vigencia del acuerdo de 1994, alcanzándose finalmente en noviembre pasado uno nuevo para el período 1998-2001.

En las páginas que siguen, se aborda el análisis de la problemática de la financiación autonómica de las prestaciones sanitarias, organizándose el trabajo con la siguiente secuencia.

En primer lugar se realizan algunas consideraciones generales sobre la organización y financiación del gasto sanitario, resaltando determinados aspectos teóricos, comentando los distintos criterios posibles para la distribución territorial de los recursos sanitarios, y llevando a cabo una breve incursión en los sistemas comparados de financiación territorial de la sanidad. En segundo término, se aborda el análisis de la financiación de la asistencia sanitaria en España, como paso previo a desgranar los principales problemas y limitaciones que presenta en la actualidad la financiación territorial de dichas competencias. A continuación, pasamos revista a las posibles alternativas de reformas que se pueden plantear en los momentos y circunstancias actuales, prestando atención especial a aquellas propuestas de descentralización de la financiación que se vienen manejando y

que se fundamentan, por lo general, en el establecimiento y posterior territorialización de diversos fondos diferenciados. Asimismo se pasa revista al acuerdo de financiación sanitaria para el cuatrienio 1998-2001 recientemente suscrito en el Consejo de Política Fiscal y Financiera. Por último tras algunos comentarios y observaciones, cerramos el trabajo con un apartado de consideraciones finales.

2.- ALGUNAS CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LA ORGANIZACIÓN DE LAS PRESTACIONES SANITARIAS.

En la actualidad, la atención de la salud constituye una de las prestaciones más importantes, tanto desde una perspectiva cualitativa como cuantitativa, de los sistemas de protección social en la mayor parte de los países. Es por ello, que las cuestiones relativas a la organización y financiación de los diferentes sistemas de salud representan una cuestión social de capital importancia en nuestros días.

No obstante, la provisión de los servicios sanitarios no se ha organizado de una manera homogénea entre los distintos países. A este respecto, un breve repaso de la experiencia comparada, nos permitiría distinguir en los países desarrollados, al menos, tres modelos fundamentales de sistemas de salud: Sistema Nacional de Salud (cobertura universal y financiación a través de impuestos) [1]; Seguridad Social (cobertura universal y financiación a través de cotizaciones e impuestos)[2] y aseguramiento privado (la financiación se hace, en su mayor parte, a través de empresas privadas de seguros. Caso de Estados Unidos).

Por su parte, los sistemas de salud en Europa del Este responden a un sistema centralizado, con las siguientes características básicas: financiación a través de los presupuestos estatales; libre acceso de todos; control gubernamental de todo el sistema; empleados asalariados e inexistencia de sector privado.

---

[1]Sistemas inspirados en el informe Beveridge de 1942, que formalizó la organización adoptada por Suecia en los años 1930. Establecen un Sistema Nacional de Salud, cuyas características son las siguientes:

- Cobertura universal: Libre acceso de todos los ciudadanos.
- Financiado por impuestos, a través de los presupuestos estatales.
- Gestionado y controlado por el Gobierno.
- Propiedad estatal de los medios de producción, aunque existe una parte del sector privado.
- Provisión publica, en su mayoría, de los cuidados de salud.
- Los médicos son asalariados o de pago capitativo.
- Hay una participación en el pago por parte de los pacientes.

Los países que han adoptado este sistema son: Dinamarca, Finlandia, Irlanda, Noruega, Suecia Reino Unido, lo adoptaron después de la II Guerra Mundial. Grecia, Italia, Portugal, lo adoptaron en los años ochenta.

[2] También llamado sistema profesional o Bismarkiano, que fue inspirado en la legislación social de alemana de 1883. Es el sistema de la Seguridad Social. Tiene las siguientes características:

- Cobertura universal obligatoria dentro del sistema de Seguridad Social.
- Financiación por cotizaciones de empresarios y empleados, a través de un fondo de seguros, sin ánimo de lucro, no gubernamentales.
- Propiedad pública y privada de los medios de producción.
- Provisión pública y privada de los cuidados de salud

Han adoptado este sistema: Austria, Bélgica, Francia, Alemania y Países Bajos.

Por último, los sistemas de atención sanitaria de los países en vías de desarrollo suelen conformarse con una mezcla, en mayor o menor grado, de los siguientes elementos: Un sistema oficial financiado con ingresos públicos; un sistema privado; y una amplia gama de seguros de enfermedad que se ofrecen a los trabajadores del sector moderno de la economía[3].

En resumen, como podemos apreciar no existen demasiadas alternativas para financiar los servicios sanitarios, fundamentalmente podemos distinguir las siguientes: pago directo según consumo; contribuciones voluntarias a los esquemas de seguro privado; cuotas obligatorias deducidas de los salarios o pagadas por las empresas; e impuestos, aunque, en la realidad la mayoría de los países suelen combinar en distintos grados la mayoría de estos mecanismos de financiación.

2.1. Algunos aspectos teóricos sobre la descentralización de las prestaciones sanitarias.

Cuando se plantea la descentralización de la sanidad nos enfrentamos con un dilema de difícil solución. Por un lado, las consideraciones de equidad hacen aconsejables esquemas de provisión muy centralizados, en aras a la consecución de una distribución lo más igualitaria posible de los servicios de salud a lo largo del territorio. Por otra parte, los fundamentos económicos básicos de los procesos de descentralización, como son, en todas sus dimensiones, las ganancias de bienestar que se derivan de la toma descentralizada de decisiones, se fortalecen a través de sistemas que favorezcan la asignación descentralizada de las competencias sanitarias[4].

En este contexto, la estructura territorial de la provisión del gasto público ha de estar de acuerdo con la distribución territorial de los beneficios del mismo[5]. Así, se supone con generalidad que la provisión de bienes públicos nacionales y la función redistributiva deben ser decididas y financiadas por el gobierno central. En cambio, la provisión de los bienes públicos territoriales, así como las demás funciones del gobierno local, debe ser competencia de los niveles in-

---

[3] Por supuesto, se trata de una generalización. En ciertos países en desarrollo no hay sector privado; en otros no existe un servicio de atención a la salud universal, y en muchos coexisten multitud de variantes. Sobre estas cuestiones ver Cichon y Gillion (1993).

[4] Los procesos de descentralización ofrecen ganancias potenciales de eficiencia económica, fundamentalmente, a través de las siguientes posibilidades: (i) atender diferenciadamente las preferencias y las necesidades de las distintas comunidades; (ii) acercar a oferentes y demandantes, induciendo una mejor rendición de cuentas (*accountability*) en la provisión del servicio público; (iii) incrementar la responsabilidad fiscal al depositar parte de las decisiones de gasto y financiación en el nivel territorial; (iv) introducir esquemas de competencia entre los gobiernos territoriales.

[5] Según el teorema de la descentralización de Oates (1977), cada servicio público debe ser provisto por la jurisdicción que cubra la menor área geográfica, sujeto a que internalice los beneficios y costes de tal provisión. Así, son candidatos a la provisión descentralizada los bienes públicos locales y el tratamiento de externalidades que restrinjan su ámbito al territorio local. En cambio, los bienes públicos y externalidades de alcance nacional –defensa, justicia, recursos no renovables, etc.– son responsabilidad del nivel central.

feriores de gobierno y ser financiada fundamentalmente con impuestos o tasas locales.

Como es bien conocido, la sanidad pertenece a una categoría intermedia entre los dos casos extremos antes mencionados. Así la descentralización puede conducir a ganancias netas de eficiencia en la provisión de servicios, que como los sanitarios, están sujetos a deseconomías de escala[6].

No obstante, persisten razones, tanto de equidad como de eficiencia, que avalan la intervención directa del gobierno central en la provisión de determinados servicios sanitarios. Por una parte, el logro de la equidad se esgrime fervientemente tanto, por los defensores de la universalización de la sanidad a todos los colectivos, con independencia de su situación personal y del territorio donde vivan, como por aquellos que sostienen que la salud es un input fundamental para la formación del capital humano. Con base a los anteriores argumentos se justifica la intervención del sector público central en la provisión de la sanidad.

Por otra parte, también se presentan argumentos de eficiencia ligados a la generación de externalidades sanitarias que afectan a la totalidad del territorio.

Por consiguiente, el marco analítico nos presenta tanto argumentos a favor de la provisión descentralizada de las competencias sanitarias, como razones que justifican su mantenimiento en manos del gobierno central.

Esta dicotomía se suele resolver en la práctica compartiendo las responsabilidades de provisión entre los diferentes niveles de gobierno, dejando en manos de cada uno de ellos aquellas funciones que generen un mínimo de externalidades interjurisdiccionales.

En este marco, en materia de financiación puede ser deseable la participación de ambos niveles. El gobierno central debe garantizar la equidad en el acceso a los servicios sanitarios, a la vez que, la responsabilidad financiera del gobierno territorial es consustancial a los fines de la descentralización. No obstante, cualquier solución que prevea la financiación territorial debe preocuparse de la diferente disponibilidad de recursos con que cuentan los distintos niveles de gobierno, fundamentalmente por el hecho de que la base tributaria territorial puede estar muy desigualmente distribuida.

Llegados a este punto podemos concluir que, en el plano teórico, si se apuesta por la provisión descentralizada de los servicios sanitarios, se presentan en principio dos soluciones extremas. Por un lado, una alternativa consiste en la financiación de los servicios de salud a través de una transferencia central general condicionada. Este caso privilegia el objetivo de equidad, puesto que el go-

[6] En general, todos los fundamentos de eficiencia vinculados a la descentralización son aplicables a la provisión de servicios como salud y educación, etc.

bierno central controla totalmente la distribución territorial de los recursos[7]. Este sistema es conocido como descentralización del gasto o vía gasto.

En el otro extremo podemos suponer que cada nivel territorial financia la sanidad con sus recursos fiscales, o de cualquier otra naturaleza, propios. Sistema denominado como línea de ingreso o de espacio fiscal[8].

Entre estas dos alternativas cabe un cúmulo de soluciones mixtas o intermedias (transferencias generales compensatorias (acotadas o no); transferencias para garantizar mínimos; transferencias generales decrecientes con el nivel de renta territorial; etc.), que según su naturaleza diferencial incidirán en mayor o menor grado en la consecución de los objetivos de eficiencia, autonomía y equidad[9].

A la luz de los sistemas comparados, las vías de financiación autonómica de la sanidad son, básicamente, las dos más arriba señaladas. La que se basa en la territorialización del gasto como subvención central cerrada en favor de los entes regionales, a partir del gasto estimado por el gobierno como necesario para financiar los servicios transferidos (línea de gasto), y la que se fundamenta en una financiación básica garantizada por el gobierno central, pero que puede acompañarse de otros niveles complementarios por parte del gobierno subcentral, incentivados centralmente a través de posibilitar un espacio de autonomía financiera en favor de las haciendas subcentrales. Dicha financiación abierta permite que éstas puedan adecuar en el margen, los niveles de gasto a las necesidades sanitarias propias a través de un esfuerzo fiscal complementario (línea de ingreso o de espacio fiscal)[10].

2.2. Los criterios de distribución territorial de los recursos sanitarios.

Centrándonos en la vía gasto, tendremos que detenernos, siquiera brevemente, en la consideración de los principales criterios con respecto a los cuales se pueden distribuir territorialmente los recursos sanitarios[11].

---

[7] Nótese que se ha supuesto que la equidad se logra a través de una distribución igualitaria de recursos per cápita. No obstante puede suponerse cualquier otra interpretación de la equidad en la provisión de servicios sanitarios. Sobre esta cuestión se pueden ver, entre otros, los trabajos recogidos en Ministerio de Sanidad y Consumo (1990).

[8] El espacio fiscal consiste en sustituir o complementar la vía de la financiación sanitaria basada en mecanismos de distribución de gasto, con una solución que incorpore la capacidad tributaria propia de la comunidad autónoma para hacer frente a la financiación de sus servicios. La garantía de la autonomía y sustantividad en el ejercicio de las competencias en materia sanitaria por el lado de los ingresos, como mínimo, obvia la dependencia de la financiación autonómica de las prácticas presupuestarias y financieras de la Administración Central, trasladando la capacidad de decisión sobre políticas de gasto a los parlamentos autonómicos.

[9] Un análisis de los efectos de las distintas modalidades de transferencias en Monasterio y Suárez (1996).

[10] Australia o Gran Bretaña, por un lado, y Canadá por el otro, son ejemplos paradigmáticos de esta situación. Ambos casos se analizan en G. López y otros., Generalitat de Catalunya (1993).

[11] En este apartado se siguen los trabajos de Carr Hill (1989), Rico (1996) y Rico y Rubio (1996).

En primer lugar, el sistema mas simple consiste en dejar que la distribución de recursos se realice de acuerdo a presiones políticas, es decir, como resultado de la negociación política entre las diferentes unidades territoriales implicadas y el gobierno central.

En segundo lugar, un sistema frecuente es repartir recursos de acuerdo al criterio del coste efectivo de gestión de servicios. El coste efectivo que sirve de referencia para el reparto puede ser el correspondiente al año en que se realice el reparto, o bien el histórico, lo que supone mantener las pautas de gasto de cada unidad territorial en años anteriores a la descentralización de servicios.

La tercera alternativa es el reparto basado en el principio capitativo simple o criterio per cápita, que supone asignar recursos de acuerdo al peso relativo de la población regional en el total nacional.

Por último, el principio capitativo compuesto implicaría ponderar el reparto per cápita de acuerdo al criterio de necesidad, a través de fórmulas que resultan de la estimación objetiva de una serie de parámetros de necesidad y de sus pesos relativos.

Con relación a este último criterio, debemos apuntar que el atractivo de las fórmulas distributivas basadas en el criterio de necesidad reside en las ventajas que presentan con respecto a los otros sistemas de reparto alternativos, en particular si el objetivo político buscado es, como en el caso de España, la corrección de desequilibrios territoriales y la promoción de la equidad.

Así, en contraste con la negociación política, la asignación a través de fórmula introduce transparencia en el proceso político de asignación de recursos, dado que fundamenta la distribución en una serie de indicadores objetivos abiertos a la discusión y a la crítica. Un problema adicional del reparto en función de presiones políticas es que los resultados frecuentemente favorecen a las unidades políticas con mayor poder y mayores recursos, por lo que pueden reproducir los desequilibrios territoriales existentes.

Por su parte, el criterio del coste efectivo presenta problemas análogos al criterio político en cuanto a la garantía de un reparto equitativo, dado que se reproducen las desigualdades territoriales heredadas en el reparto de recursos públicos, que suelen concentrarse históricamente en las zonas más prosperas.

El criterio per cápita, aunque supone un avance considerable en cuanto a la objetividad en el reparto y en cuanto a la promoción de la igualdad de recursos, presenta insuficiencias importantes, en particular en todo lo referente a la estimación de las necesidades específicas de gasto de cada región. En contraste con el criterio per cápita las fórmulas redistributivas basadas en el principio capitativo compuesto incluyen criterios de planificación racional tales como las proyecciones del tamaño y estructura de la población regional, los costes específicos de la provisión de servicios en distintas áreas geográficas, etc.

Es por ello que puede esperarse que la introducción de estos criterios racionales en el reparto reduzcan los incentivos perversos que afectan a los sistemas de financiación basados en el criterio del coste efectivo, así como los costes de transacción de los sistemas basados en la negociación política[12].

2.3. Una breve referencia a los sistemas comparados.

En la mayoría de los países la provisión y financiación de las competencias sanitarias se llevan a cabo de forma centralizada. En cambio, en dos países de estructura federal, como son Australia y Canadá, las citadas competencias están descentralizadas, y en un país de corte unitario como es el caso del Reino Unido, los recursos sanitarios se distribuyen territorialmente mediante criterios objetivos.

El modelo federal australiano puede calificarse como altamente centralizado en la vertiente de los ingresos tributarios. Desde la II Guerra Mundial, todos los impuestos que gravan la renta de las personas físicas y de las sociedades (cuya recaudación representa alrededor del 55% de todos los impuestos), quedaron en manos del gobierno federal. El resto de impuestos importantes desde el punto de vista recaudatorio, es decir, el impuesto que grava las ventas en fase mayorista, los derechos de aduana y los impuestos especiales sobre consumos específicos, incluyendo los gravámenes sobre los crudos y el gas líquido obtenido del petróleo, también están en manos del gobierno federal. La financiación de la sanidad de los Estados federados está al margen del sistema general, quedando establecida a través de transferencias específicas ("subvenciones identificadas para la financiación de la sanidad"). El mecanismo de financiación cae de lleno en la vía de descentralización del gasto, como no podía ser de otra forma, dada la escasa autonomía financiera de los entes inferiores de gobierno en Australia.

Por el contrario, el federalismo canadiense se caracteriza por su alto grado de descentralización, pudiendo afirmarse que la soberanía tributaria es casi compartida entre el gobierno federal y los gobiernos provinciales. La autonomía de los Estados (provincias canadienses) en materia sanitaria es prácticamente total en correspondencia al hecho de que la mayor parte de la financiación del gasto proviene de los ingresos de las propias provincias. En este caso, nos encontramos con un sistema de financiación territorial de la sanidad, basado en la vía ingreso o espacio fiscal[13].

---

[12] Ver Rico y Rubio (1996).

[13] La apertura de espacio fiscal en razón de la financiación sanitaria (el 97% de cuyo gasto es competencia provincial) se acompañó de una regulación federal mínima en torno a cinco principios: a) universalidad: todos los residentes debían estar cubiertos. b) sistema comprehensivo (los programas provinciales debían tratar todas las condiciones médicas).c) accesibilidad (no se puede negar a nadie sus derechos por razones económicas). d) aterritorial (no puede negarse la cobertura por razones de residencia). e) administración pública (las políticas financieras provinciales en materia sanitaria deben ser de 'resarcimiento del gasto' y no de obtención de beneficios por dichos servicios).

De otro lado, las cuestiones referidas a la igualación se producen por el lado de la capacidad fiscal de las provincias; esto es, si los tipos impositivos son iguales a los tipos medios nacionales, entonces el sistema de igualación garantiza que los ingresos per cápita provinciales se elevarán hasta un determinado nivel equivalente. Y si se aplicasen tipos impositivos superiores a los medios nacionales, sus ingresos serían todavía superiores.

Por su parte, en el Reino Unido con una estructura de corte unitario, los recursos destinados a la sanidad se distribuyen territorialmente de acuerdo al volumen de la población regional, ponderada en función de (1) la estructura de edad y sexo de la población regional (incorporando aquí el coste medio estimado que se derive de las pautas de utilización de cada grupo de edad y sexo), (2) las tasas de mortalidad estandarizadas regionales, (3) los costes de atención a desplazados, (4) los costes de docencia, y (5) los precios regionales, en la medida en que fueran superiores a la media nacional. Este mecanismo se conoce como fórmula Rawp (1976).

En una revisión posterior (1988), se le incorporó un índice representativo de situaciones sociales de privación[14] y también incluye indicadores de la accesibilidad geográfica de los centros sanitarios que integran la oferta de servicios en cada área.

La última de las revisiones de la RAWP se anunció en 1993, en principio, a efectos de incorporar tanto el nuevo Censo de población de 1991 como los trabajos de investigación realizados por la Universidad de York acerca de los determinantes de la necesidad sanitaria. Tras su aceptación en 1994, los principales cambios llevados a efecto son los siguientes:

a) Una curva de coste–edad mucho más sensible a la realidad del gasto sanitario.

b) la sustitución de los ratios de mortalidad estandarizada por indicadores mucho más directamente relacionados con variaciones de la morbilidad, y

c) el desarrollo de factores relacionados con las variaciones territoriales en costes debidas a las “fuerzas de mercado” operativas en cada territorio.

Por último, no queremos dejar de hacer referencia al caso de Suecia. En este país la descentralización del sistema sanitario llega hasta el ámbito local, siendo los consejos de condado y los municipios los responsables de ofrecer a

[14] El índice se basa en una encuesta realizada a una muestra de médicos británicos sobre la carga de trabajo adicional derivada de varios factores sociales sobre los que se dispone de información censal. Ocho de estos factores son finalmente seleccionados para formar parte del índice: desempleo, viviendas con niveles bajos de equipamiento, minorías étnicas, madres solteras, ancianos que viven solos, zonas y viviendas con alto densidad de residentes, y clases sociales más bajas.

los ciudadanos un servicio médico de calidad. Los últimos deben atender a las personas mayores e incapacitadas. Tanto los municipios como los consejos de condado tienen la capacidad para establecer y recaudar impuestos, principal fuente de financiación del sistema sanitario. Las subvenciones estatales equilibran las diferencias entre las distintas zonas del país.

3.- LA FINANCIACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA EN ESPAÑA. RÉGIMEN LEGAL.

En la Ley 14/1986 General de Sanidad (LGS) se diseñó un modelo sanitario público mediante la creación del Sistema Nacional de Salud, integrado por el conjunto de Servicios de Salud de la Administración del Estado y de las Comunidades Autónomas, añadiendo a estas últimas los centros y servicios sanitarios de la Seguridad Social, en los casos previstos por sus respectivos Estatutos y los de las Corporaciones Locales.

En este marco, las fuentes de financiación de la asistencia sanitaria determinada por la LGS se concretan en los siguientes recursos: Cotizaciones sociales; transferencias del Estado[15]; tasas por la prestación de determinados servicios y las aportaciones de las Comunidades Autónomas y Corporaciones Locales.

En la actualidad la financiación del gasto público sanitario se canaliza a través de diferentes Administraciones Públicas, tales como las del Estado, Comunidades Autónomas, Corporaciones Locales y Seguridad Social, siendo ésta, a través del Insalud estatal, la principal fuente de financiación del Sistema Nacional de la Salud, con una aportación que representa más del 75% de la totalidad de los recursos del mismo.

La actividad sanitaria pública de mayor relevancia es la derivada de la prestación de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social. La gestión de la misma la efectúan el Insalud y otros organismos gestores de Comunidades Autónomas que han asumido las funciones y servicios del mismo[16].

Para el año 1997 la partida mayoritaria de los recursos financieros de los presupuestos iniciales de Insalud son las aportaciones finalistas del Estado, con alrededor del 92 % de la totalidad de los mismos. La segunda fuente de financiación en cuanto a volumen de recursos son las cotizaciones sociales, con un 6

---

[15] Estas, comprenden: a) La participación del Estado en su contribución al sostenimiento de la Seguridad Social; b) La compensación por la extensión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, a aquellas personas sin recursos económicos y c) La compensación por la integración, en su caso, de los hospitales de las Corporaciones Locales en el Servicio Nacional de Salud.

[16] La primera Comunidad Autónoma a la que se le transfirió la gestión sanitaria de la Seguridad Social fue Cataluña (1981), continuando posteriormente con Andalucía (1984), Comunidad Valenciana (l988), País Vasco (1988), Galicia (1991), Navarra (1991) y, finalmente, Canarias (1994).

% de la totalidad de los mismos. Las restantes fuentes presentan un carácter marginal en cuanto al peso de la financiación total[17].

En nuestro país se ha producido un cambio profundo en la financiación de la sanidad. Así, las cotizaciones sociales que hace tres decenios representaban los recursos mayoritarios han pasado a ser minoritarios, siendo la aportación del Estado la de mayor proporción. El cuadro 1 muestra la evolución de la financiación de la sanidad en los últimos años.

CUADRO 1. FUENTES DE FINANCIACIÓN DE LA SANIDAD EN ESPAÑA
(porcentajes)

	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Aportaciones del Estado	23,77	24,72	25,15	70,07	68,77	67,80	69,04	68,75	70,23	77,28	82,82	91,85
Cotizaciones sociales	74,27	69,93	69,60	27,22	27,21	27,22	27,22	27,96	27,12	20,43	15,11	5,98
Servicios prestados a terceros	0,00	0,00	0,00	2,04	2,67	2,48	2,47	2,16	1,65	1,92	1,76	1,93
Aportación Estado programas especiales	0,00	0,00	0,00	0,67	0,47	0,32	0,32	0,25	0,15	0,13	0,10	0,03
Amortizaciones	0,00	0,00	0,00	0,00	0,88	0,77	0,68	0,61	0,57	0,00	0,00	0,00
Ingresos fondo sanitario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,28	0,28	0,27	0,28	0,24	0,21	0,21
Remanentes de tesorería	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Otros ingresos	1,96	1,64	1,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Transferencias INEM	0,00	4,32	3,83	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Ministerio de Sanidad y elaboración propia.

La financiación de la asistencia sanitaria vía impuestos ha experimentado un crecimiento continuo y constante desde el año 1989 en que se fijaron las bases de una reordenación de los mecanismos y flujos de financiación del Presupuesto del INSALUD, pasando de representar el 23,77 por ciento en 1986 al 70 por ciento en 1989, hasta llegar al 92 por ciento en 1997, señalándose el horizonte del 2001 como fecha en que se alcanzara el 100 por ciento.

La asignación anual de recursos a las Comunidades Autónomas de gestión transferida y régimen común se efectúa según criterio de población protegida, aunque en la Ley General de Sanidad se estableció el criterio de porcentaje de gasto sanitario en el momento inicial de la transferencia y una aproximación gradual, positiva o negativa, en 10 años al porcentaje de población protegida. Cada año las Comunidades Autónomas de gestión transferida participan en la liquidación del presupuesto del Insalud gestión directa obteniendo recursos adi-

[17] El cambio más importante que tiene lugar en el año 1997 en la financiación del INSALUD consiste en la sustancial reducción de los recursos procedentes de las cotizaciones sociales, -313,6 miles de millones de pesetas, un 59,6 por 100 menos en términos relativos, que es compensado con un mayor incremento de las transferencias corrientes del Estado, en 390,6 miles de millones de pesetas, un 13,7 por 100, en línea con el planteamiento de que el INSALUD se financie cada vez en mayor medida con aportaciones públicas en detrimento de las cotizaciones sociales, como ya ocurrió en el presupuesto del 1995, en el que la reducción de ingresos por cotizaciones sociales, como consecuencia de la disminución en un punto porcentual del tipo de cotización por contingencias comunes a la Seguridad Social, se concentró en la financiación de la asistencia sanitaria del INSALUD. Como consecuencia de estas modificaciones, el peso relativo de la financiación del INSALUD por cotizaciones sociales disminuye del año 1996 al año 1997 del 15,1 por 100 al 6,0 por 100, mientras que, en contrapartida, las transferencias corrientes del Estado aumentan en el mismo período del 82,0 por 100 al 91,1 por 100.

cionales y lo hacen en función de sus correspondientes porcentajes anuales de participación.

Respecto a las Comunidades Autónomas del País Vasco y Navarra, la singularidad de sus sistemas forales hace que la transferencia de recursos a ambas partes se efectúe según índice de imputación del Cupo y Aportación, participando también en la liquidación de los presupuestos del Insalud no transferido según dichos índices.

4.- PRINCIPALES LIMITACIONES DEL SISTEMA DE FINANCIACIÓN TERRITORIAL DE LA SANIDAD.

Hasta la reforma de 1994, el sistema de financiación autonómica de la sanidad se había conformado históricamente por la superposición heterogénea de varios sistemas alternativos de distribución territorial del presupuesto del INSALUD: las pautas históricas de gasto (coste de los servicios), el criterio capitativo simple (población protegida), y la negociación política entre cada CCAA y el Estado, lo que había dado lugar a que se plasmaran de manera discrecional los aspectos concretos de cada subsistema autonómico, generando diferencias importantes entre los mismos.

Asimismo, el sistema no contemplaba ningún tipo de consideraciones redistributivas[18]. Con relación a los aspectos de equidad, aun considerando que igual cantidad de pesetas per capita no significa que sea más equitativo, podemos considerar estas diferencias como una primera aproximación, si se quiere grosera, a las desigualdades territoriales en la distribución de los recursos sanitarios.

En los cuadros 2 y 3 aparece la distribución territorial del gasto sanitario por habitante para el período 1985–1989. Como puede observarse, Cataluña, País Vasco y Valencia percibirían más recursos por habitante que la media, mientras que el Insalud Gestión Directa y Andalucía están por debajo de la media, utilizando como referente de población el padrón realizado en 1986[19]. Por otra parte, en los cuadros 4 y 5 se recoge la distribución territorial del gasto sanitario por habitante (de 1991 y de 1996, respectivamente) para los años 1994 a 1997. Como puede observarse persiste una desigual distribución del gasto, desigualdad que resulta más importante si nos fijamos en los datos del cuadro 5, siendo Andalucía y Canarias las regiones con un gasto por habitante más reducido.

---

[18] El principio de equidad recogido en la LGS y derivado de la Constitución, que prescribe la igualdad de acceso y la corrección de desigualdades sanitarias territoriales, entra en contradicción con el criterio de ejecución definido en el articulo 82 de la misma, que corresponde al principio de igualdad horizontal entre gobiernos autonómicos.

[19] Sobre este particular se pueden ver, entre otros, los trabajos de Elola y otros (1990), Sanfrutos (1997) y Sánchez Maldonado (1992).

CUADRO 2. FINANCIACIÓN SANITARIA POR HABITANTE. 1981

(pesetas)

	1.985	1.986	1.987	1.988	1.989
Andalucía	25.421	27.979	30.806	36.332	41.518
Cataluña	25.436	28.064	30.806	36.206	41.255
País Vasco	25.931	28.034	30.866	35.889	40.971
C. Valenciana	25.605	27.681	30.475	35.336	42.739
Insalud-Gestión Directa	25.963	27.731	30.562	35.659	41.382
TOTAL	25.750	28.382	30.571	35.842	41.770

Fuente: Dirección G. de Coordinación con las Haciendas Territoriales y elaboración propia

CUADRO 3. FINANCIACIÓN SANITARIA POR HABITANTE. 1986

(pesetas)

	1.985	1.986	1.987	1.988	1.989
Andalucía	24.115	26.650	29.223	34.464	39.384
Cataluña	25.341	27.960	30.691	36.072	41.102
País Vasco	26.000	28.109	30.948	35.984	41.081
C. Valenciana	25.015	27.044	29.776	34.523	41.756
Insalud-Gestión Directa	24.992	26.694	29.419	34.325	39.834
TOTAL	24.950	26.973	26.698	34.728	40.472

Fuente: Dirección G. de Coordinación con las Haciendas Territoriales y elaboración propia

Otros problemas seculares del sistema –infrapresupuestación inicial[20], coste de desplazados, heterogeneidad de criterios de asignación, principalmente - fueron superados tras el acuerdo alcanzado en el Consejo de Política Fiscal y Financiera de septiembre de 1994, que tuvo como resultado la reforma de un conjunto de aspectos importantes del sistema de financiación sanitaria autonómica[21].

[20] Esta tendencia a presupuestar muy por debajo del gasto real liquidado en el ejercicio anterior, provocaba que la restricción presupuestaria, al no ser realista, no cumpliera su papel como instrumento de control. Sobre las causas de esta forma de proceder, pueden destacarse, la creencia de que presupuestando bajo se gastaría menos o, el tratar de ocultar el verdadero nivel del déficit publico existente en nuestro país. Por otra parte, con referencia a la superación de los problemas de suficiencia en la presupuestación inicial del Insalud que parecieron superados en el acuerdo de 1994, puede apuntarse que o bien no se subsanaron plenamente o han vuelto a aparecer, ya que se detectan de nuevo déficits sustanciales –ocultos o aflorados-, que habrá que abordar su tratamiento en la negociación previa a la reforma para 1998.

[21] Un resumen de estos aspectos lo encontramos en Ministerio para las Administraciones Públicas (1995), y una primera valoración de la citada reforma la podemos encontrar en Sanfrutos (1996).

CUADRO 4. DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DE LOS RECURSOS SANITARIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL (pesetas por habitante)
POBLACIÓN 1991

	Población derecho 1991	1994	1995	1996	1997
Insalud-Gestión Directa	15.166.247	74.368	79.910	84.428	89.120
Insalud-Gestión Transferida	23.706.021	74.846	80.972	86.136	91.543
Andalucía	6.940.522	74.096	79.950	84.825	89.914
Canarias	1.493.784	76.723	82.407	87.231	92.253
Cataluña	6.059.494	76.584	82.634	87.673	92.933
C. Valenciana	3.857.234	76.068	81.915	86.737	91.759
Galicia	2.731.669	68.654	76.244	83.204	90.633
Navarra	519.277	68.296	75.923	82.920	90.404
País Vasco	2.104.041	78.402	84.596	88.616	93.331
TOTAL	38.872.266	74.660	80.558	85.469	90.598

CUADRO 5. DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DE LOS RECURSOS SANITARIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL (pesetas por habitante)
POBLACIÓN 1996

	Población derecho 1996	1994	1995	1996	1997
Insalud-Gestión Directa	15.367.813	73.393	78.862	83.321	87.951
Insalud-Gestión Transferida	24.284.929	73.062	79.042	84.083	89.361
Andalucía	7.216.649	71.261	76.891	81.579	86.474
Canarias	1.606.522	71.339	76.624	81.110	85.779
Cataluña	6.090.040	76.200	82.220	87.233	92.467
C. Valenciana	4.009.329	73.182	78.808	83.447	88.278
Galicia	2.743.760	68.351	75.908	82.837	90.234
Navarra	520.574	68.126	75.734	82.713	90.179
País Vasco	2.098.055	78.626	84.837	88.869	93.597
TOTAL	39.652.742	73.190	78.972	83.787	88.815

Fuente: Ministerio de Sanidad y elaboración propia.

El citado acuerdo supuso un esfuerzo considerable hacia la racionalización del sistema. De un lado, se introdujo, entre otras reformas, una regulación homogénea de los aspectos claves del sistema, a saber: a) la base de calculo del reparto (gasto efectivo en 1993 menos deducciones por servicios centrales y otros conceptos; y b) el criterio mediante el que la financiación debe adaptarse progresivamente al criterio de población protegida (determinada de manera standard a partir de los datos de población de derecho)[22]. Asimismo, se establece

[22] Sobre estos temas se puede ver Montero (1994).

un fondo de 40.000 millones de pesetas para el período 1994 - 1997, para compensar el gasto sanitario ocasionado por los pacientes desplazados. Por otra parte, el acuerdo representó un avance importante en la capacidad para alcanzar consensualmente compromisos generales y vinculantes para todas las CC.AA con competencias descentralizadas. Los resultados cuantitativos de este Acuerdo se recogen en los cuadros 6 y 7, donde se contempla la distribución territorial de los recursos y el reparto del fondo para desplazados.

No obstante, en la actualidad el sistema presenta aún una serie de problemas y limitaciones, que pueden agruparse en dos grandes apartados.

Por un lado, los derivados de la propia naturaleza del marco legal de la financiación regional de la sanidad, y por otra parte, los ocasionados por la aplicación práctica de la misma.

CUADRO 6. DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DE LOS RECURSOS SANITARIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL (pesetas por habitante)

	Población Protegida	1994	1995	1996	1997
Insalud-Gestión Directa	14.080.634	80.101	86.072	90.937	95.991
Insalud-Gestión Transferida	22.530.661	78.751	85.196	90.630	96.319
Andalucía	6.488.613	79.257	85.519	90.733	96.177
Canarias	1.412.773	81.122	87.132	92.233	97.543
Cataluña	5.853.197	79.283	85.547	90.763	96.209
C. Valenciana	3.673.746	79.867	86.006	91.069	95.342
Galicia	2.671.884	70.190	77.950	85.066	92.661
Navarra	502.121	70.630	78.517	85.753	93.493
País Vasco	2.028.327	81.328	87.753	91.925	96.815
TOTAL	36.611.295	79.270	85.533	90.748	96.193

Fuente: Ministerio de Sanidad y elaboración propia.

CUADRO 7. COMPENSACIÓN POR DESEQUILIBRIOS TERRITORIALES-DESPLAZADOS
(millones de pesetas)

	1995	1996	1997	TOTAL 1995-97
Insalud-Gestión Directa	1.700	2.550	2.550	6.800
Andalucía	2.000	3.000	3.000	8.000
Canarias	0	0	0	0
Cataluña	4.800	7.200	7.200	19.200
C. Valenciana	1.200	1.800	1.800	4.800
Galicia	300	450	450	1.200
Navarra	0	0	0	0
País Vasco	0	0	0	0
TOTAL	10.000	15.000	15.000	40.000

Fuente: Ministerio de Sanidad y elaboración propia.

Con relación al primer apartado, como se ha argumentado (Rico, 1995), "los textos legales que conforman el marco formal para el desarrollo de la descentralización, en concreto, la Constitución Española de 1978, los Estatutos Autonómicos y la Ley General de Sanidad (LGS), imprimen a la regulación del proceso un carácter vago y difuso, debido en gran medida a que estos corpus legislativos son el resultado de procesos de negociación política largos y conflictivos en los que se acaba llegando a una solución de compromiso sin que ninguna de las partes renuncie a sus reivindicaciones principales".

En el caso concreto de la financiación sanitaria autonómica, la indefinición se plasma en la dualidad de criterios existente en la LGS al respecto.

El objetivo programático es 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). Sin embargo, el apartado de la LGS dedicado a regular la distribución territorial de recursos estipula que la financiación de los servicios transferidos se realizará siguiendo el criterio de población protegida (art.87). Este criterio coincide con el principio capitativo simple, y refleja un principio de equidad muy distinto al anterior que se conoce como igualdad horizontal entre gobiernos de un mismo nivel[23].

Por consiguiente, puede afirmarse que el marco formal de la financiación sanitaria es contradictorio: el criterio de ejecución recogido en el articulo 82 no se corresponde con los objetivos programáticos de la LGS al respecto.

Con relación a los problemas de carácter más práctico, podemos destacar, por un lado, la existencia de una asimetría en la determinación de las dotaciones financieras que corresponden a cada una de las Comunidades Autónomas con servicios transferidos, así, el Insalud gestión directa, con poco más del 40 % de población protegida, se convierte en referente del gasto sanitario regional (ver cuadro 8), extrapolándose a las Comunidades Autónomas del régimen transferido las peculiaridades de gestión del mismo[24].

---

[23] Supone asignar recursos de acuerdo al peso relativo de la población regional, ignorando el hecho de que cl nivel específico de necesidad de atención medica puede diferir considerablemente en dos regiones con el mismo número de habitantes (ver Rico, 1995).

[24] En este punto, hacer notar que a medida que vaya disminuyendo la dimensión de INSALUD Gestión Directa, como consecuencia de la generalización de la cesión de las transferencias sanitarias, tal como se señala en la disposición transitoria tercera de la Ley General de Sanidad, aumentará la asimetría del sistema y, por tanto, el modelo de financiación corre el riesgo de quedarse sin referente en el momento en que se complete la cesión de esta competencia a todas las Comunidades Autónomas que no han asumido, aún, las funciones y servicios correspondientes.

CUADRO 8
DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DEL PRESUPUESTO SANITARIO DE LA SEGURIDAD SOCIAL. AÑO 1997

	(millones de pesetas)	%
Insalud-Gestión Directa	1.370.988	38,52
Andalucía	628.552	17,66
Canarias	137.278	3,86
Cataluña	571.680	16,06
C. Valenciana	356.589	10,02
Galicia	248.591	6,98
Navarra	47.422	1,33
País Vasco	197.952	5,56
TOTAL	3.559.052	100,00

Fuente: Ministerio de Sanidad y elaboración propia.

Por otra parte, en relación con la forma particular de la elaboración del presupuesto por parte de las distintas instituciones con competencias en su gestión, se evidencia una total desconexión entre las encargadas de su realización y las responsables de su determinación global. El presupuesto lo elabora el INSALUD y se gestiona más de la mitad del mismo por parte de las Comunidades Autónomas. Esto genera, cuanto menos, una merma importante en el papel del mismo como instrumento de gestión y control.

Lo anterior, unido la existencia de un mecanismo de financiación específico para la sanidad separado del mecanismo general de la financiación autonómica esta creando no pocos problemas a las Comunidades Autónomas, tanto de suficiencia, como de equidad, con una contradicción aparente en la LGS consistente, como ya hemos apuntado, en definir la equidad como igualdad de acceso y corrección de las desigualdades sanitarias y en proponer, por otra parte, la distribución per cápita no ajustada para el reparto territorial.

Una última limitación viene de la mano de no haber definido claramente desde la puesta en marcha de la LEGSA las fuentes de financiación de la Sanidad en este país. En la actualidad, como escribe Sanfrutos (1997), “siguen existiendo fuentes que se escapan a cualquier sistema de asignación de recursos. Por citar solo algunas: todas aquellas transferencias que se hicieron por coste efectivo y que están incluidas en el porcentaje de participación en los ingresos del Estado (AISN, Sanitarios Locales, Salud Pública), los hospitales universitarios que siguen financiándose por la Administración Central, los Regímenes Especiales de Funcionarios, el resto de las Gestoras de la Seguridad Social, es decir las Mutuas de Accidentes de Trabajo y el Instituto Social de la Marina pero especialmente el Fondo de Financiación Sanitaria para Diputaciones y Cabildos.

Todas estas fuentes financieras ... pueden suponer en torno al 20 por ciento del total del gasto sanitaria público en nuestro país".

Si a los problemas de suficiencia y equidad mencionados se añaden las dificultades para el ejercicio del principio de autonomía como consecuencia de la reserva que se hace el Estado de la definición de las prestaciones a garantizar (López Casasnovas y otros, 1992), se explican las propuestas de cambio de modelo de financiación surgidas desde diversas instituciones y ámbitos territoriales.

En resumen, los problemas financieros del gasto sanitario público en la actualidad, se concretan en dos dimensiones: Una primera, referida a la cuantía global del mismo; Una segunda centrada en la forma de asignar territorialmente dicha cuantía, y es en este marco, donde se deben de asentar las posibles propuestas de reforma futura de la financiación de la sanidad en nuestro país. A estas cuestiones dedicamos el siguiente epígrafe.

5. LAS ALTERNATIVAS DE REFORMA.

Con referencia a la cuestión de la cuantía global de los recursos financieros destinados a la asistencia sanitaria, requisito previo para cualquier política de consolidación y mejora del sistema sanitario público es dotarlo de suficiencia financiera. Por tanto, lo primero que hay que hacer es ajustar los presupuestos a los servicios reales que se prestan, o los servicios que se prestan a los presupuestos que este país puede permitirse dedicar a Sanidad.

Avanzar en este camino exige explorar, al menos, las siguientes opciones (López Casasnovas, 1996):

a) Incrementar las partidas destinadas al gasto sanitario en los presupuestos de las administraciones públicas.

b) Aumentar con financiación adicional las prestaciones sanitarias por la vía de la participación en los ingresos del Estado como resultado de la mayor corresponsabilidad fiscal de las comunidades autónomas, con el compromiso de financiar de esta manera el gasto social.

c) Ampliar la participación de la financiación privada en las prestaciones del sistema sanitario público (seguros complementarios, aumento de las aportaciones económicas de los usuarios por determinadas prestaciones, como por ejemplo las farmacéuticas), teniendo en cuenta su impacto en la equidad del sistema y buscando combatir con ello los efectos no deseados.

d) Mantenimiento y mejora de las medidas de racionalización del sistema sanitario: ello ha de suponer profundizar en el camino emprendido de "empresarialización" de la producción de servicios sanitarios, inicio del debate de la reforma del estatuto del personal de las instituciones gesto-

ras de la seguridad social y del estatuto marco, control del fraude en las recetas de pensionistas y en los copagos de farmacia hospitalaria, implementación efectiva del catalogo (transporte sanitario y otros) y, finalmente, el esfuerzo de reconvertir los dispositivos asistenciales de manera que se adecuen a las nuevas necesidades socio–sanitarias.

e) Incrementar el nivel de presión fiscal, bien mediante la creación de un nuevo impuesto, bien a través de la elevación de los tipos de gravamen de alguna(s) de las figuras impositivas existentes en la actualidad[25], afectando los ingresos públicos adicionales a la financiación del gasto sanitario[26].

Por último, en relación con la determinación global de los recursos financieros asignados a las competencias sanitarias, consideramos necesario la articulación de algún sistema que permita que las CC.AA con transferencias participen en la elaboración del Anteproyecto de Presupuesto del Sistema Nacional de Salud. Lo anterior, podría pasar por asignar competencias en esta materia al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, órgano en el que están representadas todas las administraciones con responsabilidad sanitaria[27].

Centrándonos en la cuestión de la asignación territorial de los recursos, las propuestas de reforma en la financiación se han planteado desde dos grandes líneas: Las basadas en la descentralización de ingresos y las que siguen la línea de reparto territorial del gasto.

Las primeras se fundamentan en el criterio de la autonomía, reconociendo que la soberanía financiera es precisamente la base de la autonomía política. Las modalidades específicas de desarrollo de esta línea de ingresos pudieran ser la cesión de tributos nuevos, la conversión en propios de los tributos cedidos y el establecimiento de un espacio fiscal propio (López Casasnovas y otros, 1992). Esta última es la propuesta más ambiciosa desde el punto de vista de la autonomía y de la responsabilidad fiscal.

Esta línea ha sido la seguida, en el nuevo marco de la financiación autonómica en España, encontrando apoyos y resistencias, según que la capacidad fis-

---

[25] Otra vía alternativa o complementaria, podría venir de la mano del incremento de la presión fiscal de los Impuestos Especiales.

[26] La deteriorada salud de las cuentas públicas en muchos países europeos ante el peso creciente del estado del bienestar ha llevado en los últimos años a la creación de tasas específicas para financiar la Seguridad Social. Francia ha sido exponente en la utilización de estas tasas: hace años que los franceses pagan lo que se conoce como contribución social generalizada, un impuesto que grava las rentas del trabajo destinado a financiar servicios sociales. El crecimiento imparable del déficit en la Seguridad Social llevó en 1995 a la creación de un nueva tasa para tapar agujeros; es lo que se conoce como Reembolso de Deuda Social (RDS), que grava con un 0,5% todos los ingresos del trabajo y capital, e incluso los premios de la lotería.

[27] En opinión de Sanfrutos (1996), "esta mayor participación no debe entenderse tan sólo como una mayor participación de las CC.AA en la elaboración del Presupuesto Global del Sistema (nivel macro), sino de la participación de los centros en su reparto (nivel meso) y de los servicios clínicos a la hora de repartir los presupuestos, de los centros (nivel microeconómico). Sin la vinculación de los gestores a la definición de la restricción, difícilmente podrá exigirse que la cumplan en toda su extensión en un sector como el de la sanidad".

cal de la Comunidad sea elevada o reducida, respectivamente. Obviamente, subyace en el fondo el debate político sobre la aplicación del principio de solidaridad.

Creemos que esta vía de reforma de la financiación regional de la sanidad no tiene sentido en un marco como el actual, de financiación independiente del resto de las transferencias, sólo cobraría carta de naturaleza si la misma pasase a ser considerada dentro del sistema general de financiación autonómica, reconociéndose en este caso, al margen de la discusión sobre como debería instrumentarse el espacio fiscal, como la alternativa más recomendable.

Como ha escrito el profesor Monasterio (1997), la elección del modelo de espacio fiscal como referencia futura para la financiación sanitaria supone dos rasgos positivos que creo deben ser subrayados.

a) Diseña una solución respetuosa con la necesaria autonomía con que deben contar las CC.AA. en lo referente a poder elegir, dentro de ciertos márgenes, su propio modelo de prestación de servicios y gestión sanitaria.

b) Conecta bien con lo que será el previsible desarrollo futuro del modelo general de financiación autonómica, en el que se ha abierto ya, desde el acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera de 23 de septiembre de 1976 el camino para compartir el impuesto sobre la renta, al que podrían añadirse en el futuro los impuestos especiales y el IVA minorista.

Como vemos, puede buscarse fácilmente una conexión entre esta propuesta y la reforma de tipo más amplio que se contempla en el libro blanco de la financiación autonómica, que examina un posible escenario fiscal futuro para el caso de extensión generalizada de las competencias de educación y sanidad.

En la línea de reparto del gasto, podemos distinguir dos tipos de propuestas. Las primeras propugnan la consideración conjunta de las cuestiones de suficiencia y equidad en una única formula, mediante ajustes según necesidad relativa de la variable población, que es el divisor básico. El ejemplo paradigmático lo constituye la formula inglesa RAWP (DHSS, 1976). Las segundas proponen separar ambas cuestiones, estableciendo un proceso en el que, una vez garantizada la suficiencia, se incorporan cuestiones de equidad.

Se trata, en el primer caso, de conciliar los preceptos de los artículos 3, 12 y 81 de la LGS mediante la incorporación de indicadores de necesidad relativa (Nieto, Cabases y Carmona, 1993). Existen propuestas recientes para España (Bosch y Escribano, 1988; Figueras, 1992; Sánchez Maldonado, 1990; Gómez Sala y otros, 1992; Sanfrutos, 1993; Perona, 1986; Rico, 1995 y Rico y Gómez, 1996). Estas alternativas se suelen concretar en fórmulas ad hoc donde la selec-

ción de indicadores se realiza de la manera que mejor refleje el concepto de necesidad, a juicio del proponente[28].

Este tipo de propuestas presentan problemas obvios, tanto de selección de variables –fundamentalmente, los indicadores no son neutrales al resultado y su inclusión se propone en función de los intereses de la Comunidad de que se trate–, como de elección de las respectivas ponderaciones que se otorgan a los mismos.

Por otra parte, aunque la ausencia de fundamento teórico hace a estas fórmulas bastante vulnerables (Nieto, Cabases y Carmona, 1993), poseen, no obstante, el indudable atractivo empírico de que se están utilizando en la actualidad, en particular en Gran Bretaña mediante la aplicación de la formula RAWP, que ha sido un ejemplo paradigmático de redistribución de recursos financieros sanitarios. Por su parte, podemos añadir que el mecanismo distributivo de la LOFCA responde, en esencia, a este tipo de formula.

El segundo tipo de propuesta en la línea de distribución de gasto, basada en la clásica proposición tinbergeniana de aplicar un instrumento a cada objetivo, consiste en el desdoblamiento en dos de la formula de reparto, una parte dedicada a la financiación ordinaria garantizando la suficiencia y otra de financiación redistributiva para la equidad. Tiene la característica de priorizar la cuestión de la suficiencia, lo que permite introducir variables que no suelen estar en la discusión de las fórmulas anteriores. Concretamente en la propuesta de López Casasnovas y otros (1992), se enfatiza la composición demográfica para medir el envejecimiento relativo y el efecto de atracción de pacientes de otras regiones o capitalidad.. Dentro de esta segunda línea se enmarcan muchas de las propuestas que se manejan en la actualidad en nuestro país y a su descripción dedicamos el siguiente apartado.

---

[28] Suele ser común a todas ellas considerar la estructura de edades y sexos de la población y algún indicador del estado de salud. Sin embargo, hay diferencias importantes en relación a los indicadores de salud a utilizar. Solamente para incorporar el indicador de mortalidad se utilizan según las diferentes fórmulas la tasa bruta de mortalidad (TBM), el Índice Estandarizado de Mortalidad (IME), el IAPVP (Índice de años potenciales de vida perdidos), el IMIPSE (Índice de mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable) y el Índice de Mortalidad Infantil (IMI). El IMIPSE es sin dude el índice más relacionado con el esfuerzo en términos sanitarios puesto que solo incluye la mortalidad vulnerable a la actuación sanitaria, pero es muy difícil de calcular debido al limitado conocimiento de la eficiencia de los servicios sanitarios sobre la reducción en la mortalidad.
Se proponen también indicadores de morbilidad, a través por ejemplo de enfermedades de declaración obligatoria (Bosch y Escribano, 1988), pero estos, pese a ser más fieles a la idea de necesidad que se pretende captar, presentan mayores dificultades de utilización debido a su falta de fiabilidad. También se propone utilizar indicadores de recursos para contemplar las diferentes dotaciones iniciales, generalmente, camas hospitalarias, médicos y enfermeros. Algunas propuestas incluyen también algún indicador de tipo socioeconómico, como el índice de Jarman, el índice de Townsend (Figueras, 1992) o el numero de viviendas sin agua corriente (Bosch y Escribano, 1988).

6. LAS PROPUESTAS DE DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DEL GASTO SANITARIO MEDIANTE EL ESTABLECIMIENTO DE FONDOS SEPARADOS.

Como hemos apuntado anteriormente, este tipo de propuesta de reforma parten de la conveniencia de tratar de manera separada los aspectos referidos a las transferencias vinculadas a la financiación ordinaria de los servicios sanitarios, de las relativas a las de carácter redistributivo. Dicho planteamiento se defiende con base en las siguientes consideraciones: En primer lugar, se argumenta que aplicar criterios redistributivos a la financiación ordinaria abre brechas respecto a la realidad de los costes de funcionamiento, de las CC.AA, restando credibilidad a la transferencia como elemento limitador del gasto; en segundo lugar se afirma que cualquier financiación ordinaria alejada del criterio capitativo tiene difícil justificación teórica en un servicio que se reconoce universal y asistencial. La redistribución se produce para dichos servicios más en razón de la desigualdad per cápita en la financiación que en la del gasto; por último, se mantiene que los criterios redistributivos tienen un componente político muy grande: que variable(s) elegimos, como la(s) medimos, a que cuantía y tipo de fondos o recursos la(s) aplicamos, y de que modo la(s) ponderamos.

De las anteriores consideraciones pasa a inferirse que el empleo de criterios redistributivos dará lugar a los siguientes efectos: a) puede alejar a los destinatarios de una base de capitación de un modo bastante caprichoso; b) su evolución en magnitudes e impacto geográfico puede moverse coyunturalmente de manera poco suave (para lo que debe ser la financiación recurrente de un servicio social básico) y de modo ajeno a variables bajo control del propio sistema sanitario y, c) siempre pueden existir argumentos para modificar el juego de dichas variables y encontrar un resultado deseado ad hoc de interés.

En este contexto, se opta por la capitación como base de reparto para la financiación ordinaria[29]. No obstante se considera por parte de algunos autores[30] que el criterio poblacional puede adaptarse con cuatro correcciones técnicas, en juego de suma cero, a saber:

(i) ajuste por saldo de desplazados, no por facturación externa, sino, consolidándolo internamente de modo previo a las transferencias;

(ii) costes adicionales de centros de docencia e investigación;

(iii) diferencias en las capacidades de los recursos asignados en términos de capacidad de compra a igual financiación;

(iv) pirámide demográfica.

---

[29] En presencia de espacio fiscal (corresponsabilidad).
[30] Ver Lopez Casasnovas y Ortun (1997).

Por lo que respecta a las consideraciones de nivelación se propugna[31] la puesta en marcha de un fondo particular, que se distribuiría de acuerdo a cuatro índices distintos: a) índice de exceso de demanda; b) índice sintético de necesidades sanitarias; c) la aplicación de las variables propias de la Resource Allocation Working Party (RAWP) inglesa; d) las anteriores u otras variables sin ponderar, y que se presentarían al objeto de que se establezcan las ponderaciones de una manera ad hoc por parte de los responsables sanitarios, al ser aquellas, como comentamos variables fuertemente sensibles a las políticas coyunturales.

CUADRO 9. PROPUESTA DE FINANCIACIÓN DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

	Población Protegida 98	Per Cápita Básico	Financiación Básica	Población Protegida 98 %	Participación Población Ajustada	Financiación Tramo1	Diferencia
Andalucía	6.648.721	93.557	622.031	18,12	17,71	607.890	-14.141
Aragón	1.082.467	93.557	101.272	2,95	3,08	105.470	4.198
Asturias	1.000.676	93.557	93.620	2,73	2,82	98.784	5.164
Baleares	690.226	93.557	84.575	1,88	1,86	63.946	-20.629
Canarias	1.477.961	93.557	138.273	4,03	3,86	132.421	-5.852
Cantabria	496.506	93.557	46.451	1,35	1,37	47.151	700
Castilla- La Manch	1.590.045	93.557	148.759	4,33	4,45	152.598	3.839
Castilla-León	2.295.160	93.557	214.727	6,26	6,52	223.833	9.106
Cataluña	5.806.788	93.557	543.263	15,83	15,93	546.722	3.459
C. Valenciana	3.714.290	93.557	347.496	10,12	10,07	345.711	-1.785
Extremadura	998.279	93.557	93.396	2,72	2,75	94.522	1.126
Galicia	2.534.412	93.557	237.111	6,91	7,07	242.706	5.595
Madrid	4.522.524	93.557	423.112	12,33	12,12	416.063	-7.049
Murcia	1.003.834	93.557	93.915	2,74	2,68	91.986	-1.929
Rioja	239.875	93.557	22.442	0,65	0,67	23.026	584
Ceuta y Melilla	106.788	93.557	9.991	0,29	0,28	9.626	-365
TOTAL	34.208.552		3.220.434	93,24	93,24	3.202.455	

CUADRO 10. PROPUESTA DE FINANCIACIÓN DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

	Docencia Tramo 2	%	Desplazados Tramo 2	%	Financiación Tramo 2	%	Total Fondo 1	%	%s/total
Andalucía	43.470	14,71	2.410	11,07	45.880	14,46	653.770	18,57	17,33
Aragón	12.210	4,13	850	3,91	13.060	4,12	118.530	3,37	3,14
Asturias	7.380	2,50	960	4,41	8.340	2,63	107.124	3,04	2,79
Baleares	2.840	0,96	2.726	12,53	5.566	1,75	69.512	1,97	1,84
Canarias	11.830	4,00	1.668	7,66	13.498	4,25	145.919	4,15	3,87
Cantabria	5.490	1,86	1.397	6,42	6.887	2,17	54.038	1,54	1,43
Castilla- La Manch	8.220	2,78	157	0,72	8.377	2,64	160.975	4,57	4,27
Castilla-León	17.750	6,01	0	0,00	17.750	5,59	241.583	6,86	6,40
Cataluña	59.190	20,03	2.977	13,68	62.167	19,60	608.889	17,30	16,14
C. Valenciana	31.290	10,59	1.316	6,05	32.606	10,28	378.317	10,75	10,03
Extremadura	5.390	1,82	703	3,23	6.093	1,92	100.615	2,86	2,67
Galicia	23.400	7,92	727	3,34	24.127	7,61	266.833	7,58	7,07
Madrid	56.140	19,00	2.789	12,81	58.929	18,57	474.992	13,50	12,69
Murcia	8.530	2,89	935	4,30	9.465	2,98	101.451	2,88	2,69
Rioja	2.350	0,80	1.034	4,75	3.384	1,07	26.410	0,75	0,70
Ceuta y Melilla	5	0,00	1.115	5,12	1.120	0,35	10.746	0,31	0,28
TOTAL	295.485	100,00	21.764	100,00	317.249	100,00	3.519.704	100,00	93,24

[31] Ver Lopez Casasnovas y Ortun (1997).

Además, se propugna que dichas transferencias deben de ser pactadas en su destino entre destinatario y financiador (el conjunto del sistema sanitario), al tener que ser dedicadas a aquellos objetivos que supuestamente inciden en la desigualdad territorial que se pretende con ello corregir (subvenciones condicionadas, especificas).

En cuanto a las reglas de evolución se establece que el Fondo, 1 podría crecer con una regla preestablecida –tipo PIB nominal más o menos similar–, mientras que el Fondo 2, más allá de los mínimos prefijados, evolucionaría con el esfuerzo presupuestario que en cada momento del tiempo, se decidiera acometer políticamente.

6.1.- Propuesta del ministerio de sanidad y consumo de junio de 1997.

En junio de 1997 el Ministerio de Sanidad y Consumo presentó una propuesta de financiación territorial de la sanidad en la que se distinguían tres fondos diferenciados. Un primer fondo denominado de financiación básica, dotado con una cuantía de 3.200.433 millones de pesetas, que se asignaría territorialmente en función de la distribución geográfica de la población protegida corregida por la estructura de la misma, además de por el flujo de desplazado y la prestación de docencia (Las respectivas variables que se utilizan en el modelo propuesto, aparecen recogidas en el cuadro 9).

Los resultados de esta asignación territorial los tenemos reflejados en los cuadros 10 y 11. Como podemos apreciar a consecuencia del ajuste por edad (Tramo 1) de la población protegida (> 65 años = 2; < 65 años = 1) las Comunidades Autónomas que se ven más afectadas en sentido negativo son Baleares (-20.629 millones), Andalucía (-14.141 millones) y Madrid (- 7.049 millones), por el contrario, las más favorecidas son Castilla–León (9.106 millones), Galicia (5.595 millones), Asturias (5.164 millones), Castilla la Mancha (3.869 millones) y Cataluña (3.459 millones).

Además del ajuste poblacional se realiza un ajuste por docencia y por desplazados (Tramo 2), no obstante este último gira sobre un montante adicional sobre el fondo inicial de 317.248 millones de pesetas, cuya distribución territorial aparece reflejada en el cuadro 10. Asimismo en las columnas segunda y cuarta del citado cuadro aparece reflejada la distribución territorial de las ponderaciones empleadas para asignar el tramo 2.

En la distribución final del primer Fondo, la aplicación de los respectivos ajuste a la población protegida del año 1998, tiene como consecuencia un disminución de los flujos financieros para las Comunidades Autónomas de Andalucía (Esta es la Comunidad que más pierde, pues recibe el 17,75 %, frente al 18,12 % que le corresponde por población protegida), Baleares, Canarias, Valencias y

Extremadura. El resto sale ganando, destacando entre las favorecidas Cataluña que pasa del 15,83% a percibir el 16 %.

Los fondos 2 y 3, arrojan un montante de 105.530 y 20.121 millones respectivamente, distribuyéndose territorialmente de acuerdo a los porcentajes que aparecen reflejados en el cuadro 11. El Fondo 2 con una finalidad distributiva se asigna fundamentalmente a las Comunidades Autónomas de Andalucía (22,08%), Cataluña (15,40%), Madrid (12,22%), Comunidad Valenciana (10,99%) y Galicia (7,45%).

Por su parte, el fondo 3 recae de forma mayoritaria en Andalucía (82,86 %) y el resto se distribuye entre Asturias, Canarias, Castilla la Mancha y Extremadura (8,16%).

CUADRO 11. PROPUESTA DE FINANCIACIÓN DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

	Total Fondo 2	%	Total Fondo 3	%	Total Financiación	%	%s/total	Financiación per cápita Protegida 98
Andalucía	23.299	22,08	16.673	82,86	693.742	19,03	17,75	104.342
Aragón	2.911	2,76	0	0,00	121.441	3,33	3,11	112.189
Asturias	3.185	3,02	574	2,85	110.883	3,04	2,79	110.808
Baleares	2.138	2,03	0	0,00	71.650	1,97	1,83	103.807
Canarias	5.189	4,92	914	4,54	152.022	4,17	3,89	102.859
Cantabria	1.473	1,40	0	0,00	55.511	1,52	1,42	111.803
Castilla- La Mancl	4.794	4,54	318	1,58	166.087	4,56	4,25	104.454
Castilla-León	6.860	6,50	0	0,00	248.443	6,82	6,36	108.246
Cataluña	16.248	15,40	0	0,00	625.137	17,15	16,00	0
C. Valenciana	11.594	10,99	0	0,00	389.911	10,70	9,98	104.976
Extremadura	3.116	2,95	0	0,00	103.731	2,85	2,70	103.910
Galicia	7.862	7,45	1.642	8,16	276.337	7,58	7,03	109.034
Madrid	12.896	12,22	0	0,00	487.888	13,38	12,49	107.880
Murcia	2.940	2,79	0	0,00	104.391	2,86	2,67	103.992
Rioja	715	0,68	0	0,00	27.125	0,74	0,69	113.080
Ceuta y Melilla	311	0,29	0	0,00	11.057	0,30	0,28	103.542
TOTAL	105.531	100,00	20.121	100,00	3.645.356	100,00	93,24	106.563

6.2.- El acuerdo de Andalucía, Canarias, Cataluña y País Vasco.

Recientemente se ha producido un acuerdo entre las Consejerías de Salud de las Comunidades Autónomas de Andalucía, Canarias, Cataluña y País Vasco sobre el nuevo modelo de financiación territorial de la sanidad para el período 1998 - 2001.

El citado acuerdo contempla el establecimiento de dos fondos diferenciados. Uno primero, cuya cuantía aparecería constituida por la base de reparto que se utilizó en el año 1997 incrementada en la variación prevista del P.I.B. nominal (5,6% según datos del Ministerio de Economía y Hacienda). Esto supondría adicionar 0,198 billones de pesetas a los 3,521 billones de pesetas de la base del año 1997.

El criterio de distribución territorial que se ha acordado es la población protegida, tomando como referencia los datos del Padrón de 1996.

CUADRO 12. ESCENARIO DE FINANCIACIÓN SANITARIA. AÑO 1998
(millones de pesetas)

	PADRON 96	MUTUA-LIDADES	POBLACION PROTEGIDA	%	FONDO 1	FONDO 2	TOTAL	%
Andalucía	7.216.649	503.902	6.712.747	18,06	671.646	17.537	689.183	18,04
Canarias	1.606.522	103.239	1.503.283	4,05	150.618	4.922	155.540	4,08
Cataluña	6.090.040	223.337	5.866.703	15,79	587.225	30.267	617.492	16,16
C. Valenciana	4.009.329	196.723	3.812.606	10,26	381.566	10.304	391.870	10,26
Galicia	2.743.760	171.759	2.572.001	6,92	257.353	3.559	260.912	6,83
Insalud-Gestión Directa	15.367.813	1.202.438	14.165.375	38,12	1.417.671	27.804	1.445.475	37,84

Fuente: Dirección General de Aseguramiento, Financiación y Planificación. Ministerio de Sanidad.

CUADRO 13. ESCENARIO DE FINANCIACIÓN SANITARIA. FONDO 2. AÑO 1998
(millones de pesetas)

	DOCENCIA	%	EXTRANJEROS	%	DESPLAZADOS	%	TOTAL	%
Andalucía	7.984	15,97	892	11,78	16.301	18,65	25.177	17,36
Canarias	1.456	2,91	1.539	20,32	4.075	4,66	7.070	4,88
Cataluña	7.250	14,50	1.154	15,24	35.047	40,09	43.452	29,97
C. Valenciana	4.582	9,16	430	5,68	9.781	11,19	14.793	10,20
Galicia	2.639	5,28	22	0,29	2.445	2,80	5.106	3,52
País Vasco	2.349	4,70	31	0,41	0	0,00	2.380	1,64
Navarra	1.180	2,36	5	0,07	5.920	6,77	7.106	4,90
Insalud-Gestión Directa	22.560	45,12	3.501	46,22	13.856	15,85	39.917	27,53
TOTAL	50.000	100	7.574	100	87.425	100	145.001	100

Fuente: Dirección General de Aseguramiento, Financiación y Planificación. Ministerio de Sanidad.

El segundo fondo que se propone, se presenta a su vez dividido en tres subfondos diferenciados, a saber:

a) El primero, que se distribuye territorialmente en función de los gastos previstos en docencia e investigación, utilizando como criterio de asignación territorial el número oficial de médicos M.I.R. en cada Comunidad Autónoma.

b) El segundo, destinado a compensar el gasto sanitario ocasionado por la prestación de servicios a pacientes extranjeros. El criterio de distribución territorial se obtendrá de los datos, al respecto, proporcionados por la Tesorería General de la Seguridad Social.

c) Y, uno tercero, destinado a sufragar el gasto ocasionado por los usuarios desplazados que se distribuirá de acuerdo con las pautas marcadas en el acuerdo del período 1994 - 1997 (Ver cuadro 7).

Para el segundo fondo se plantean dos escenarios cuantitativos diferentes, uno de 101.000 millones de pesetas y otro de 145.000 millones.

En cuanto a la dinámica de la base de reparto, la propuesta plantea que los fondos crezcan anualmente según la tasa de P.I.B. nominal, no analizándose el posible origen de los fondos necesarios, por no considerarlo competencia de las respectivas Consejerías firmantes del acuerdo. Las cifras contenidas en el citado acuerdo aparecen reflejadas en los cuadros 12 y 13.

6.3.- El acuerdo de 23 de noviembre sobre la financiación de la sanidad para el cuatrienio 1998-2001.

El Consejo de Política Fiscal y Financiera (CPFF) acordó el 27 de noviembre el nuevo sistema de financiación de la sanidad para el período 1998-2001, con el apoyo de las comunidades que tienen transferida la Sanidad y la oposición de Extremadura y Castilla–La Mancha, entre las que dependen del Insalud.

El nuevo acuerdo establece las bases para acabar con el déficit sanitario, un problema histórico de las siete autonomías que tienen transferida la materia, o al menos para impedir su expansión. El Consejo acordó que la partida presupuestaria de Sanidad para 1998 sea de 3.837.759 millones de pesetas, de los que 2.387.434 millones irán a parar a las comunidades con el área sanitaria cedida y el resto para el denominado territorio Insalud, que gestiona la materia en otras diez autonomías (ver cuadro 14).

La reforma se estructura en seis acuerdos. Un primero referido al sistema de financiación de los servicios de sanidad para el cuatrienio 1998-2001. En los acuerdos segundo y tercero se determinan las reglas para las actuaciones de control del gasto en las prestaciones por incapacidad laboral (ILT) y la regla especial para la ejecución presupuestaria de las entregas a cuenta por el fondo general para 1998. El acuerdo cuarto concreta medidas de mejora de la gestión de los servicios sanitarios. En quinto lugar se garantiza una financiación mínima a los traspasos de servicios. por último se determina la aplicación del sistema de financiación a las comunidades autónomas de régimen foral.

El nuevo modelo contempla y desarrolla las siguientes cuestiones básicas: suficiencia de partida, distribución de los recursos (tanto entre las Administraciones gestoras como su asignación a fondos finalistas para la cobertura financiera de programas específicos de gasto cuya inclusión en la masa general no sea aconsejable), y las reglas o criterios a aplicar para determinar la evolución temporal de los recursos del sistema. A estas tres cuestiones se añaden otras dos, cuales son: El establecimiento de objetivos de ahorro en el gasto asociado a la prestación de los servicios sanitarios y la adopción de medidas encaminadas a la eliminación y/o disminución de gastos innecesarios[32].

---

[32] No deja de sorprender la introducción de estas consideraciones, pues creemos que las mismas deben de estar siempre presente en la correcta asignación de los recursos públicos. Es más, es que todos los recursos destinados

En esta línea los recursos financieros para el año 1998, se determinan del siguiente modo:

a) Como referencia inicial se toma el gasto presupuestado para 1998, según el Proyecto de Ley de Presupuestos Generales del Estado. Esta partida que asciende a 3.719.396,5 millones de pesetas[33].

b) Un importe adicional de 10.000 millones de pesetas para incrementar la garantía de cobertura.

c) Los recursos que se derivan de la aplicación de las medidas de ahorro en la lucha contra el fraude en la incapacidad laboral temporal. El importe de estos recursos asciende a 40.000 millones de pesetas.

CUADRO 14. DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DE LOS RECURSOS SANITARIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL (acuerdo 27 de noviembre) (millones de pesetas)

	Fondo General	%	Fondo Docencia y desplazados	%	Fondo Compensación	%	Lucha contra Fraude ILT	%	Total	%
Cataluña	593.665,3	15,75	23.373,2	48,78	7.454,6	36,46	6.299,8	15,75	630.792,9	16,27
Galicia	260.559,7	6,91	1.566,0	3,27	3.716,9	18,18	2.765,0	6,91	268.607,6	6,93
Andalucía	681.160,9	18,07	12.334,2	25,74	0,0	0,00	7.228,3	18,07	700.723,4	18,07
C. Valenciana	385.440,6	10,23	3.314,1	6,92	0,0	0,00	4.090,2	10,23	392.844,9	10,13
Canarias	153.310,5	4,07	1.099,7	2,29	0,0	0,00	1.626,9	4,07	156.037,1	4,02
País Vasco	205.263,7	5,45	538,5	1,12	2.998,0	14,66	2.178,2	5,45	210.978,4	5,44
Navarra	50.669,2	1,34	138,1	0,29	830,5	4,06	537,7	1,34	52.175,5	1,35
Insalud-Gestión Transferida	2.330.069,8	61,82	42.363,8	88,41	15.000,0	73,37	24.726,2	61,82	2.412.159,8	62,20
Insalud-Gestión Directa	1.439.326,7	38,18	5.554,6	11,59	5.444,4	26,63	15.273,8	38,18	1.465.599,5	37,80
TOTAL	3.769.396,5	100,00	47.918,4	100,00	20.444,4	100,00	40.000,0	100,00	3.877.759,3	100,00

Estas tres cantidades conforman el denominado Fondo General de 3.769.396,5 millones que se distribuye territorialmente tal como se recoge en la primera columna del cuadro 14, aplicándose el porcentaje de población protegida como variable de reparto para todas las circunscripciones territoriales.

d) La dotación necesaria para asegurar una financiación mínima en cada administración gestora por la incidencia de la variable población, es decir se trata de un fondo que favorece a las comunidades donde ha disminuido la población. El importe de esta dotación asciende a 20.444,4 millones de pesetas y se distribución territorial aparece en el cuadro 14 como fondo de compensación.

e) La financiación de los gastos extraordinarios, originados por docencia y asistencia hospitalaria a los residentes en otros territorios, estimados en un im-

---

a otro tipo de prestaciones, educación, vivienda etc, no deben someterse a estas consideraciones de ahorro e incremento de la eficiencia.

[33] Esta cantidad incluye, con relación a lo que resultaría de una prórroga del modelo vigente, recursos adicionales por importe de 25.000 millones de pesetas para mejoras del sistema.

porte de 47.918,4 millones de pesetas. En la distribución territorial de este Fondo de Docencia y Desplazados se ha tenido en cuenta el número de enfermos que se atienden procedentes de otras comunidades, el número de médicos que se forman en sus hospitales, y sus posibilidades concretas de combatir el fraude en las bajas laborales. Como se puede apreciar en el cuadro 14, Cataluña y Andalucía son las comunidades más favorecidas por el reparto de este fondo.

CUADRO 15. PARTICIPACIÓN EN LA DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DE LOS RECURSOS SANITARIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

(porcentajes)

	(1) Participación Real en recursos %	(2) Participación Población derecho 1996 %	(3) Participación Población rotegida 1996 %	(1)-(2)	(1)-(3)
Cataluña	16,27	15,35	15,75	0,91	0,52
Galicia	6,93	6,91	6,91	0,01	0,01
Andalucía	18,07	18,24	18,07	-0,17	0,00
C. Valenciana	10,13	10,11	10,23	0,02	-0,09
Canarias	4,02	4,05	4,07	-0,03	-0,04
País Vasco	5,44	5,29	5,45	0,15	0,00
Navarra	1,35	1,31	1,34	0,03	0,00
Insalud-Gestión Transferida	62,20	61,26	61,82	0,94	0,39
Insalud-Gestión Directa	37,80	38,74	38,18	-0,94	-0,39
TOTAL	100,00	100,00	100,00	0,00	0,00

CUADRO 16. DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DE LOS RECURSOS SANITARIOS REAL Y SEGÚN PARTICIPACIÓN EN POBLACION

(millones de pesetas)

	(1) Reparto Real	(2) Reparto Población derecho 1996	(3) Reparto Población rotegida 1996	(1)-(2)	(1)-(3)
Cataluña	630.792,9	595.313,1	610.732,1	35.479,8	20.060,8
Galicia	268.607,6	268.096,6	268.050,3	511,0	557,3
Andalucía	700.723,4	707.222,7	700.742,9	-6.499,3	-19,5
C. Valenciana	392.844,9	391.919,6	396.521,2	925,3	-3.676,3
Canarias	156.037,1	157.041,8	157.717,8	-1.004,7	-1.680,7
País Vasco	210.978,4	205.088,9	211.164,6	5.889,5	-186,2
Navarra	52.175,5	50.887,1	52.125,9	1.288,4	49,6
Insalud-Gestión Transferida	2.412.159,8	2.375.569,7	2.397.054,7	36.590,1	15.105,1
Insalud-Gestión Directa	1.465.599,5	1.502.189,6	1.480.704,6	-36.590,1	-15.105,1
TOTAL	3.877.759,3	3.877.759,3	3.877.759,3	0,0	0,0

La Cantidad total de recursos financieros asignados a la sanidad para 1998, asciende a 3.877.759,3 millones de pesetas, cuya distribución territorial aparece reflejada en la última columna del cuadro 14.

Adicionalmente, se recoge en el acuerdo primero que, la capacidad de cobertura financiera del sistema aumentará como consecuencia de las medidas de racionalización del gasto que se adopten, que se estiman en 65.000 millones de pesetas (fundamentalmente se trata de ahorro en gasto farmacéutico, a saber reducción de la lista de medicamentos disponibles, empleo de genéricos y disminución de los precios de referencia[34]). La hipótesis de asignación territorial de este ahorro es la población protegida, arrojando unos resultados tal como los reflejados en el cuadro 19.

El Gobierno, además, ha puesto sobre la mesa 25.000 millones de pesetas más a partir del año 2000 que se distribuirá en función de los avances de cada comunidad en la calidad de la prestación sanitaria, por ejemplo en la reducción de listas de espera.

Por lo que respecta a la evolución temporal de la financiación sanitaria se ha acordado que durante el cuatrienio se aplicará el índice de incremento del P.I.B. nominal.

Como podemos apreciar en el cuadro 15, la nueva distribución territorial de la financiación sanitaria sitúa a Cataluña como la más favorecida, dado que participa en la financiación total en un porcentaje del 16,27 % frente a una participación del 15,75 % en la población protegida y, al territorio Insalud –las 10 comunidades que no tienen traspasada la sanidad– como el grupo más perjudicado, con un porcentaje de población protegida del 38,18 %, participa en el 37,80 % de la financiación total.

Galicia y Andalucía ni ganan ni pierden en el reparto. En ambos casos se igualan los porcentajes de población protegida y financiación per cápita. En el caso de Galicia es el 6,9%, y en el de Andalucía el 18,1%. Canarias y la Comunidad Valenciana pierden aproximadamente una décima. En el caso de Canarias el porcentaje de financiación per cápita es del 4,02 % y el de población protegida del 4,07%; en el de la Comunidad Valenciana del 10,13 %, y el 10,23 %, respectivamente.

---

[34] En el caso de que fuese necesario, por motivos excepcionales, tramitar un Proyecto de Ley de concesión de crédito extraordinario, (o simplemente de crédito) al Presupuesto de gastos del INSALUD, éste deberá comprender el importe global adecuado, incluidas las partidas correspondientes a todas las Administraciones gestoras. Además, toda medida normativa del Gobierno que pueda determinar un incremento significativo del gasto en el sistema sanitario, deberá ir acompañada de una memoria económica, que se someterá a deliberación e informe del Consejo de Política Fiscal y Financiera, que, en su caso, podrá recomendar la adopción de las medidas que considere oportunas.

CUADRO 17. DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DE LA POBLACION DE DERECHO Y PROTEGIDA								
	Población derecho 1991	%	Población protegida 1991	%	Población derecho 1996	%	Población protegida 1996	%
Cataluña	6.059.494	15,59	5.853.197	15,99	6.090.040	15,35	5.904.464	15,75
Galicia	2.731.669	7,03	2.571.884	7,02	2.742.622	6,91	2.591.469	6,91
Andalucía	6.940.522	17,85	6.488.613	17,72	7.234.873	18,24	6.774.675	18,07
C. Valenciana	3.857.234	9,92	3.673.746	10,03	4.009.329	10,11	3.833.506	10,23
Canarias	1.493.784	3,84	1.412.773	3,86	1.606.534	4,05	1.524.792	4,07
País Vasco	2.104.041	5,41	2.028.527	5,54	2.098.055	5,29	2.041.507	5,45
Navarra	519.277	1,34	502.121	1,37	520.574	1,31	503.945	1,34
Insalud-Gestión Transferida	23.706.021	60,98	22.530.861	61,54	24.302.027	61,26	23.174.358	61,82
Insalud-Gestión Directa	15.166.247	39,02	14.080.634	38,46	15.367.367	38,74	14.315.225	38,18
TOTAL	38.872.268	100,00	36.611.495	100,00	39.669.394	100,00	37.489.583	100,00

Con relación Fondo de Docencia y Desplazados, Cataluña percibirá el mayor volumen de recursos, 23.373 millones, frente a los 12.334 millones con los que contará Andalucía y los 3.314 millones de Valencia. El Insalud percibirá por desplazados 5.554 millones. Mientras, Galicia y Canarias contarán con 1.566 y 1.099 millones, respectivamente.

De los 20.444 millones para compensar la caída de la población protegida, Cataluña recibirá 7.454 millones. Mientras a Galicia le corresponderán 3.716 millones y al Insalud 5.444 millones. Le siguen País Vasco y Navarra, con una dotación de 2.998 y 830 millones, respectivamente.

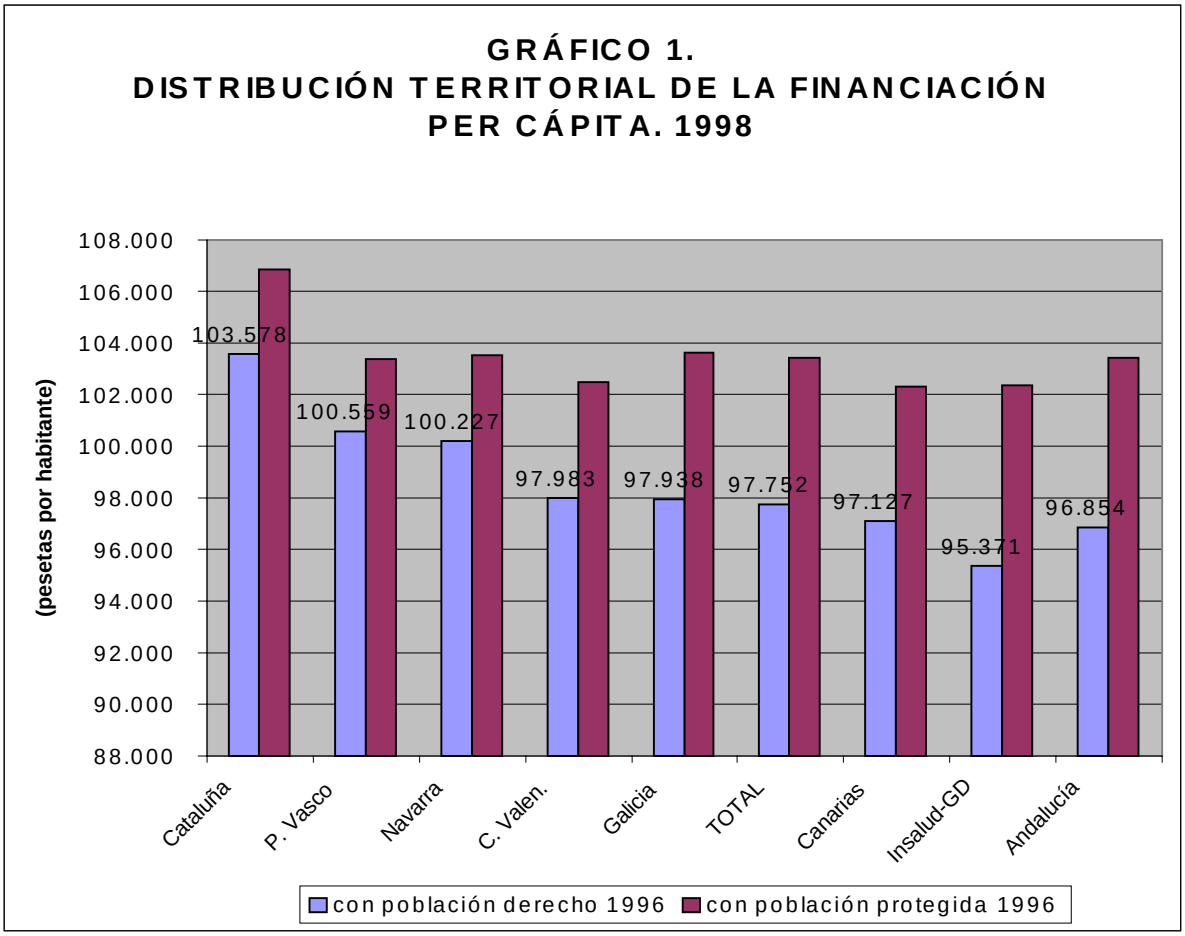
En cuanto a la distribución territorial de la financiación sanitaria per cápita en el cuadro 18 hemos reproducido las cifras de la misma tomando en consideración, tanto la población de derecho como la protegida para el año 1996. Aquí, nos encontramos con que el mayor incremento (en relación al año 1997) se presenta en Galicia (10.990 pesetas), Cataluña (10.624 pesetas) y Navarra (10.041). Por el contrario en Canarias se da un incremento de 4.790 pesetas, cuando el valor medio de crecimiento para el conjunto del Estado se sitúa en 7.243 pesetas (Andalucía y Valencia reciben un incremento de 7.256 y 7.135 pesetas respectivamente). Asimismo en el gráfico 1 podemos apreciar la distribución territorial de la financiación per cápita, tomando como referente la población de derecho de 1996.

CUADRO 18. DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DE LA FINANCIACIÓN PER CAPITA
(pesetas por habitante)

	1.998		1.997	
	Población derecho 1996	Población protegida 1996	Población derecho 1996	Población protegida 1996
Cataluña	103.578	106.833	92.467	96.209
Galicia	97.938	103.651	90.234	92.661
Andalucía	96.854	103.433	86.474	96.177
C. Valenciana	97.983	102.477	88.278	95.342
Canarias	97.127	102.333	85.779	97.543
País Vasco	100.559	103.344	93.597	96.815
Navarra	100.227	103.534	90.179	93.493
Insalud-Gestión Transferida	99.258	104.087	89.361	96.319
Insalud-Gestión Directa	95.371	102.380	87.951	95.991
TOTAL	97.752	103.436	88.815	96.193

CUADRO 19.
HIPOTESIS DE DISMINUCIÓN DEL GASTO SEGÚN POBLACION PROTEGIDA
(millones de pesetas)

Cataluña	10.237
Galicia	4.493
Andalucía	11.746
C. Valenciana	6.647
Canarias	2.644
País Vasco	3.540
Navarra	874
Insalud-Gestión Transferida	40.180
Insalud-Gestión Directa	24.820
TOTAL	65.000



7. ALGUNOS COMENTARIOS Y OBSERVACIONES

Todas las propuestas que hemos considerado se mueven en la línea, generalmente aceptada en la actualidad, de la necesidad de separar los aspectos de suficiencia en la financiación ordinaria del gasto sanitario, de los relativos a la nivelación –redistribución de los recursos financieros–, y esta es, a nuestro entender, una de las mayores virtudes de los mismos.

No obstante creemos convenientes hacer una serie de observaciones sobre la implementación concreta que se suele proponer. Estas observaciones las agruparemos en cuatro apartados. En primer término comentaremos los argumentos que se esgrimen para justificar la ausencia de criterios redistributivos en la determinación de la financiación ordinaria. En segundo lugar, realizamos unos comentarios y proponemos alguna sugerencia en relación con las variables de ajuste a aplicar al gasto sanitario ordinario. En tercer lugar, se comentan algunos aspectos referidos a la introducción de las diferencias territoriales de costes en la prestación de los servicios sanitarios. Por último, se hace una observación al tema de la suficiencia.

Como más arriba, hemos apuntado, nos parece totalmente acertada la separación entre las cuestiones de trasferencias vinculadas a la financiación ordinaria de los servicios, de las relativa a la nivelación–redistribución de los recursos.

No obstante en cuanto a las variables propuestas para corregir la distribución per capita de la financiación ordinaria del fondo de suficiencia podemos apuntar las siguientes observaciones:

En primer termino, se hecha de menos la presencia de algún tipo de variable indicativa del estado de salud de la población, que alguna incidencia tendrán sobre el nivel y la estructura del gasto sanitario. Estudios relativamente recientes (Mizrahi, A y Mizrahi, A,1991 y Laasman, J.M, 1993), resaltan el importante papel de la morbilidad como factor explicativo de los gastos médicos. En esta misma línea, Crepon (1992), manifiesta que en un período dado, en un sistema de sanidad determinado, las diferencias interregionales de morbilidad explican, en gran medida, las diferencias observadas en los niveles de gastos en salud y en su estructura.

El empleo exclusivo de las variables demográficas podría llevar a un sesgo del gasto sanitario ordinario muy favorable a determinadas Comunidades Autónomas. Así, en relación al ajuste demográfico, nos encontramos con que las CC.AA con un mayor nivel de necesidades en 1991 son, Aragón, Castilla–León, Asturias, Galicia, La Rioja y Castilla–La Mancha. En el otro lado del espectro, Las CC.AA con poblaciones relativamente jóvenes, es decir, con un menor nivel de necesidades demográficas son Ceuta y Melilla. Canarias, Andalucía, Murcia y Madrid[35] (Ver cuadro 20).

CUADRO 20
POBLACIONES REGIONALES PONDERADAS SEGÚN INDICADORES SOCIOECONOMICOS Y SANITARIOS

	Población ponderación bruta	Población ponderada ajustada	Población ponderada total
Andalucia	77.586.267	7.981.048	114,99
Aragón	9.993.903	1.028.040	86,48
Asturias	10.683.342	1.098.961	100,46
Baleares	7.018.299	721.950	101,81
Canarias	16.807.347	1.728.917	115,74
Cantabria	4.609.244	474.138	89,91
Castilla- La Mancha	23.749.687	2.443.053	95,96
Castilla-León	15.878.331	16.333.352	98,49
Cataluña	53.379.403	5.490.966	90,62
C. Valenciana	38.227.510	3.932.340	101,95
Extremadura	10.481.572	1.078.205	101,54
Galicia	26.587.263	2.734.946	100,12
Madrid	44.428.890	4.570.256	92,37
Murcia	9.805.544	1.008.665	96,47
Navarra	4.195.529	431.580	83,11
Pais Vasco	19.318.528	1.987.234	94,45
Rioja	2.413.226	248.341	94,23
Ceuta y Melilla	1.365.795	140.495	113,11
TOTAL	37.788.948	38.872.268	100,00

Fuente:Rico y Rubio (1996)

CUADRO 21
POBLACIONES REGIONALES PONDERADAS EN FUNCIÓN DE LA ESTRUCTURA DEMOGRÁFICA

	Población ponderación bruta	Población ponderada ajustada	Población ponderada total
Andalucia	7.338.185	6.449.988	92,93
Aragón	1.520.971	1.336.876	112,45
Asturias	1.354.428	1.190.491	108,43
Baleares	813.283	714.845	100,80
Canarias	1.490.030	1.309.680	87,68
Cantabria	624.129	548.586	104,03
Castilla- La Mancha	3.228.896	2.838.078	111,48
Castilla-León	2.033.617	1.787.472	107,78
Cataluña	7.014.537	6.165.513	101,75
C. Valenciana	4.347.507	3.821.295	99,07
Extremadura	1.256.408	1.104.336	104,00
Galicia	3.333.976	2.930.439	107,28
Madrid	5.326.669	4.681.941	94,63
Murcia	1.113.424	978.657	93,60
Navarra	618.823	543.922	104,75
Pais Vasco	2.363.882	2.077.763	98,75
Rioja	324.728	285.424	108,35
Ceuta y Melilla	121.691	106.962	86,11
TOTAL	44.225.182	38.872.268	100,00

Fuente:Rico y Rubio (1996)

CUADRO 22
POBLACIONES REGIONALES PONDERADAS EN FUNCIÓN DE LA ESTRUCTURA DEMOGRÁFICA Y DE LOS INDICADORES SOCIOECONOMICOS Y SANITARIOS

	demografia	socioecon. y sanitarios	total
Andalucia	92,93	114,99	106,86
Aragón	112,45	86,48	97,25
Asturias	108,43	100,46	109,33
Baleares	100,80	101,81	102,63
Canarias	87,68	115,74	101,48
Cantabria	104,03	89,91	93,53
Castilla- La Mancha	111,48	95,96	106,97
Castilla-León	107,78	98,49	106,15
Cataluña	101,75	90,62	92,21
C. Valenciana	99,07	101,95	101,00
Extremadura	104,00	101,54	105,60
Galicia	107,28	100,12	107,41
Madrid	94,63	92,37	87,41
Murcia	93,60	96,47	90,29
Navarra	104,75	83,11	87,05
Pais Vasco	98,75	94,45	93,27
Rioja	108,35	94,23	102,10
Ceuta y Melilla	86,11	113,11	97,40
TOTAL	100,00	100,00	100,00

Fuente:Rico y Rubio (1996)

[35] Por su parte, como ponen de manifiesto Rico y Rubio (1996) "los desequilibrios territoriales regionales en España por razón de la estructura demográfica son más altos que en Inglaterra. Las necesidades oscilan entre un 12% por encima de la media y un 14% por debajo de la media. Ello sugiere que la corrección de las mismas sería mas ardua y conflictiva en el caso español".

Por el contrario, si nos fijamos en los datos de la población ajustada por indicadores socioeconómicos y sanitarios (Cuadro 21), nos encontramos con una situación contraria a la que pone de manifiesto el exclusivo ajuste demográfico, apareciendo como regiones con mayores niveles de necesidad Andalucía y Canarias[36].

Si se elabora un índice de necesidad mezclando tanto los factores demográficos como los socioeconómicos y sanitarios (Cuadro 22), las Comunidades Autónomas con un mayor nivel relativo de necesidades sanitarias son Asturias, Galicia, Castilla–León, Andalucía, Castilla la Mancha y Extremadura[37].

Por otro lado, si fijamos nuestra atención en el coste diferencial ocasionado por saldo de desplazados y en los costes adicionales de los centros de docencia e investigación, observamos como estos costes, tienden a favorecer a las regiones más ricas, que a su vez también suelen presentar una estructura demográfica con índices de necesidad demográfica relativamente altos. A este respecto, se ha escrito lo siguiente, "el ajuste respecto a los costes de provisión supone asignar complementos adicionales a las regiones según los costes relativos de los inputs, los costes de la atención a desplazados, y los costes de docencia. Estos costes tienden a favorecer a las regiones más ricas, lo que atenuaría las diferencias en cuanto a la asignación de recursos detectados en función de las necesidades"(Rico, 1995)[38].

En tercer lugar, no nos parece, del todo, apropiado introducir como elemento corrector las diferencias en la capacidad de compra y poder adquisitivo, básicamente, por lo que supondría de tratamiento discriminatorio del gasto sanitario, con relación a los restantes gastos públicos descentralizados, para los que, en ningún momento se toman en consideración las diferencias territoriales en el coste de los respectivos inputs. A este argumento, habríamos de sumar las ya tradicionales argumentaciones de presencia de precios administrados (tanto para el gasto en personal, como para el gasto farmacéutico que representa el 70 % del total del gasto sanitario), como a la cuestión de dilucidar si las diferencias territoriales en el coste de los inputs se debe a mayores precios o a una gestión

---

[36] Estas disparidades regionales, al igual que las demográficas, también presentan en el caso español un mayor nivel que en el caso ingles.

[37] Como escriben Rico y Rubio (1996), "Con la excepción de Andalucía, el alto nivel de necesidades en el resto de las comunidades se deriva exclusivamente del efecto estructura demográfica, puesto que los valores de los indicadores socioeconómicos y sanitarios en estas comunidades están muy cercanos a la media nacional, o incluso por debajo de ella. El caso de Andalucía es exactamente el contrario, es decir, a pesar del bajo nivel de los indicadores demográficos, el alto nivel de necesidades socioeconómicas y sanitarias explican un nivel alto de necesidades".

[38] Dado que los gastos en docencia e investigación producen efectos desbordamiento sobre el conjunto del territorio del Estado, podría pensarse en la conveniencia de desgajar la cuantía del mismo del Fondo I, y proponer su financiación directa por parte de Insalud. Incluso en el caso de que se generalizase la transferencia sanitaria a todas las CC.AA, se podría mantener esta propuesta de separación, dado el carácter de estos gastos y la distribución territorial de sus beneficios.

deficiente en las respectivas políticas de administración. No obstante, estas limitaciones, la formula RAWP introduce el coste diferencial como elemento de ajuste.

En base a la argumentación anterior, a nadie escapa las grandes dificultades que plantea el llegar a un acuerdo sobre las variables más apropiadas en cuanto a la corrección del criterio poblacional a la hora de asignar territorialmente los recursos financieros destinados a la sanidad. Por consiguiente en el período transitorio, hasta que se produzca la generalización de las transferencias sanitarias y el problema de su financiación deje de contemplarse de manera separada y se integre en el sistema general de financiación autonómica, habría que considerar la alternativa de distribuir los recursos sanitarios en función de la población de derecho, según las últimas cifras del Instituto Nacional de Estadística que se dispongan.

La distribución per capita ha sido propuesta recientemente por algunos autores (Calsamiglia, 1992; Sánchez Maldonado, 1992). Para Calsamiglia, se trata de la única distribución que satisface las características por el exigidas de robustez, imparcialidad, sencillez e indiscutibilidad de la medida, no sometible a estrategias. Por otra parte, y de acuerdo con Bosch y Escribano (1988), la distribución per cápita permite incorporar las diferencias en las dotaciones iniciales.

Por su parte, como han puesto de manifiesto Nieto, Cabases y Carmona, (1993), analizando los resultados de la distribución per cápita por Comunidades se observa que se producen incrementos presupuestarios superiores a la media en Comunidades que pertenecen en su mayoría al grupo de las de menor renta, lo que resulta coherente con las intuiciones acerca de lo que debería ser un reparto equitativo.

Una ventaja adicional de la distribución per cápita es que se adecua bien a las propuestas modernas de reforma de los sistemas sanitarios, pues permite que el dinero siga al paciente. De esta forma se facilita la función de compra de servicios sanitarios a proveedores en competencia. Igualmente, se facilita la solución al problema de los desplazados mediante el establecimiento de un mecanismo de precios adecuado. En otro caso, la inclusión en la formula de reparto de ajustes por la existencia de flujos de pacientes desplazados entre Comunidades no seria neutral, sino que fomentaría el status quo o la especialización sanitaria de algunas Comunidades (Nieto, Cabases y Carmona, 1993).

Podemos concluir, a la vista de las consideraciones anteriores, que la distribución per cápita, se presenta como una solución aceptable y que podría alcanzar un notable grado de consenso entre las Comunidades Autónomas entre si y con la Administración Central.

8.- CONSIDERACIONES FINALES.

1. La financiación de la asistencia sanitaria debe seguir su tendencia actual y tratar de alcanzar lo antes posible su total cobertura vía impuestos, fijada en principio para el año 2001. Las medidas de racionalización y mejora del gasto sanitario deben desvincularse de la discusión sobre la financiación del sistema de salud en nuestro país, su inclusión en el debate sólo puede añadir confusión al mismo. Asimismo, la justificación de las posibles medidas de racionalización deben encuadrarse dentro del proceso de mejora de la eficiencia del sector público en la prestación de servicios, y no escudarse en los problemas financieros para conseguir minimizar el coste político de la puesta en marcha de determinadas actuaciones de política sanitaria.

2. No existen razones de peso, tanto de orden teórico como práctico que justifiquen un tratamiento separado de la financiación territorial de la sanidad, frente al resto de las competencias descentralizadas. Por consiguiente se aboga por su inclusión dentro del sistema de financiación autonómica, sobre todo, una vez que se haya generalizado el traspaso de las transferencias sanitarias al conjunto de las Comunidades Autónomas de Régimen Común.

3. En relación a la cuantía de gasto público que se va a destinar a la asistencia sanitaria y por ende a la determinación del fondo que va a servir de base de reparto entre las respectivas Comunidades Autónomas y el Insalud Gestión Directa, podemos apuntar lo siguiente:

- Deben considerarse a efectos del reparto no sólo los recursos provenientes de las transferencias de la seguridad social sino el total de gasto sanitario público con independencia de la fuente financiera y las distintas redes patrimoniales. Es decir, considerar el gasto de AISNA, sanitarios locales, hospitales universitarios (con estatutos especiales), gasto sanitario local, etc.
- El cálculo del fondo a distribuir debe partir de bases presupuestarias realistas, para lo cual se podrían utilizar los resultados arrojados por las últimas liquidaciones sobre las que se dispongan de datos finales.
- Debe profundizarse en el conocimiento real de la deuda existente a finales de 1997 en los distintos Servicios Regionales de Salud, así como diseñar el procedimiento de saneamiento de la misma. Ahora bien, habría que establecer algún mecanismo que evitara el reconocimiento automático de la deuda total acumulada por las respectivas Comunidades, dado que ello significaría, por un lado, primar a las instituciones que hayan llevado a cabo en el pasado una política presupuestaria más relajada en materia de gasto sanitario, y por otro, incentivar en el futuro estos comportamientos expansivos. En este sentido, por ejemplo se podría penalizar la excesiva desviación del gasto real sobre el presupues-

tado no cubriendo los incrementos de gasto por encima de la media del Estado.

- Debe cuestionarse la deducción de la base de reparto de los gastos correspondientes a los Centros Nacionales (Silicóticos de Oviedo, Parapléjicos de Toledo y Centro de Dosimetría de Valencia), reevaluando en que medida responden efectivamente a su carácter Estatal.

4. En relación al criterio utilizado para la distribución territorial de los recursos financieros destinados a la asistencia sanitaria se propone la población de derecho de cada Comunidad Autónoma. En la circunstancias actuales, dado el carácter universal de la prestación sanitaria y su financiación vía impuestos, tiene poco sentido restar de la población censal a los colectivos protegidos por el mutualismo administrativo y mantener el criterio de población protegida.

Por otra parte, el criterio de igual financiación per cápita, se revela como un criterio transparente, escasamente manipulable y estrechamente relacionado con el objetivo básico de la política sanitaria en nuestro país, cual es, la garantía universal de las prestaciones sanitarias.

5. En cuanto a la regla de evolución temporal de la base de reparto podría pensarse en la tasa de variación del PIB nominal corregida por un factor multiplicador algo inferior a la unidad en el caso de una recesión (definida en los mismo términos que el Pacto de Estabilidad suscrito por los que entren en la Unión Monetaria Europea) y ligeramente superior a la unidad cuando la evolución del PIB sea positiva. Este ajuste permitiría por un lado contribuir al control del gasto y del déficit público y por otro aumentar levemente la participación del gasto sanitario en términos del PIB en épocas de crecimiento lo que es coherente con el hecho de que el gasto sanitario público en España es todavía inferior a la media de los países de nuestro entorno.

9.- BIBLIOGRAFÍA

- Bosch, A. y Escribano, C. (1988): “Las necesidades de gastos de las Comunidades Autónomas”, en A. Bosch y otros: “Cinco estudios sobre la financiación autonómica”, I.E.F., Madrid.

- Brich, S., y Maynard, A. (1988): “The RAWP review. Rawping Primary Care; Rawping the United Kingdom”, Centre for Health Economics, Discussion Paper 10, University of York.

- Cabases, J. M. (1981): “Métodos de asignación regional de recursos sanitarios”, Ponencia presentada al XXI Congreso de la Regional Science Association, Barcelona.

- Calsamiglia, X. (1990): “La financiación de las Comunidades Autónomas y el principio de solidaridad”, De Economía Pública, nº 6.

- Calsamiglia, X. et al. (1991): “La financiación de las Comunidades Autónomas: evaluación del sistema actual y criterios para su reforma”, Generalitat de Catalunya, Departament d'Economia i Finances.

- Calsamiglia, X. (1992): “La equidad territorial: Nuevos puntos de vista a un viejo problema”, Seminario sobre la distribución entre las Comunidades Autónomas de los recursos públicos de la Sanidad”, Quaderns de Treball n.° 37, Institut d'Estudis Autonomics, Generalitat de Catalunya.

- Carmona, G, y otros. (1992): “Metodología para un nuevo modelo de financiación sanitaria. Simulación y Resultados”, en Cloquell, B., García, M. A. y Yañez, A. (coords.), “El Sistema Nacional de Salud de los 90”, AES y Generalitat Valenciana.

- Carr-Hiill, R. (1989): “Revising the RAWP formula: Indexing Deprivation and Modelling Demand”, Centre for Health Economics, Discussion Paper n.° 41, University of York.

- Cichon, M y Gillion, C: “El financiamiento de la atención de la salud en los países en desarrollo”, Revista Internacional del Trabajo, v.112, nº 3.

- Cortecero Montijano, J.A. (1993): “ Sanidad y Sector Público Regional. El caso de Andalucía”, Presupuesto y Gasto Público, nº.10.

- Costas, J. C. (1989): “Equidad territorial en España. Condicionantes económicos e institucionales, en, Salud y Equidad, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.

- Crepon, P.H. (1992): “Les inegalités d'accès au système de soins”, Communication au Colloque Européen de l'Economie de la Sante, Paris, mimeo.

- Department Of Health And Social Security (1994): “Hospital and Community Health Services Revenue Resource Allocation”, Weightcd Capitation Formula. Leeds: NHS Executive.

- Figueres, J. (1992): “La equidad territorial en la financiación de la Sanidad desde la óptica del sistema comparado. Aspectos teóricos y simulaciones empírica”, en Institut d'Estudis Autonomics (1992)

- Gómez Sala, J.S., y otros. (1992): “Criterios de Asignación Territorial de Recursos Sanitarios”, en Cloquell, B., García, M. A. y Yañez, A. (coords.), “El Sistema Nacional de Salud de los 90”, AES y Generalitat Valenciana.

- Gómez Sala, J.S.; Molina Morales, A. y Sánchez Maldonado, J. (1991): “Algunas consideraciones sobre la financiación autonómica de la sanidad”, Papeles de Economía Española, nº 48.

- Institut D'Estudis Autonomics (1992): “Seminario sobre la distribución entre las CC.AA de los recursos públicos de la Sanidad. Barcelona.

- Laasman, J.M. (1993): “Despense de santé: une analyse empirique des désequilibres regionaux”, Cahiers Economiques de Bruxelles, nº139.

- López Casasnovas, G. (1985): 'El diseño de una política prospectiva de asignación de los recursos presupuestarios”. Hacienda Pública Española, 94.

- López Casasnovas, G. (1992): “Reflexiones en torno a los problemas de equidad y suficiencia en la distribución de los recursos sanitarios, y algunas consideraciones para la reforma de la financiación autonómica de la sanidad., en Institut d 'Estudis Autonomics (1992).

- López Casasnovas, G. (1996): “Los problemas de la financiación sanitaria”, Cuadernos de Información Económica, nº.113-114.

- López Casasnovas, G y Ortun, V. (1996): “El Sistema Sanitario Español. Algunas reflexiones relativas al futuro de la descentralización sanitaria”, Barcelona, mimeo.

- López Casasnovas, G.; Corona, J. F., y Figueres, J. (1992): “Estudio del Sistema de Financiación Autonómica de la Sanidad”, Fulls Economics, Libres n.° 3, Departament de Sanitat i Seguritat Social, Generalitat de Catalunya.

- Ministerio para la Administraciones Públicas. (1995): “Informe Económico Financiero de las Administraciones Territoriales en 1994, Madrid.

- Ministerio de Sanidad y Consumo (1990): “Salud y Equidad”, Madrid.

- Mizrahi, A y Mizrahi, A. (1991): “Influence des facteurs socio-économiques sur l'hospitalization”, Futuribles, nº 147.

- Monasterio, C. (1997): “Algunas reflexiones relativas al futuro de la descentralización sanitaria”, mimeo.

- Montero, F. (1994): “Política sanitaria y nuevo sistema de financiación”. Presupuesto y Gasto Publico, 14.

- Nieto, J, Cabases, J y Carmona, G.(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. l.

- Ortun, V. (1987): “Criterios para la distribución de recursos sanitarios en España”, Gaceta Sanitaria n.° 2, vol. 1.

- Puig, J. (1987): “Equidad en la asignación territorial de recursos financieros versus equidad en el sistema sanitario”, Revista de Sanidad e Higiene Pública.

- Rico, A.(1994): “Applications of mulli-level modelling techniques to the measurement ot outcome in the education and health sectors”. Tesina para el MSc in Health Economics de la Universidad de York.

- Rico, A. (1996): “Aspectos redistributivos de la financiación sanitaria regional”, II Simposio sobre riqueza y distribución de la renta y la riqueza”, Argentaria, Madrid, mimeo.

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

- Sánchez Maldonado, J. (dir) (1990): “La financiación del gasto sanitario”, Junta de Andalucía, Sevilla, Mimeo.

- Sánchez Maldonado, J. (1992): “La propuesta andaluza de reforma de la financiación territorial de la sanidad”, Seminario sobre la distribución entre las CC.AA. de los recursos públicos de la sanidad, Generalitat de Catalunya, Institut d'Estudis Autonòmics.

- Sanfrutos, N. (1989): “La financiación de los servicios regionales de salud. Problemas y posibles soluciones., Gaceta Sanitaria n° 26.

- Sanfrutos, N. (1993): “La financiación de la Sanidad. Situación actual y perspectivas futuras (mimeo).

- Sanfrutos, N. (1996): “Presupuesto y gasto en el Sistema Nacional de Salud”, Auditoria Pública, nº 4.

- Sanfrutos, N. (1997): “ La financiación de la sanidad en España: Análisis del modelo de reparto de los recursos entre las gestoras de las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social”, mimeo.