

ESTUDIOS SOBRE LA ECONOMIA ESPAÑOLA

Financiación autonómica y gasto sanitario público en España

Guillem López i Casanovas

EEE 30



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

FINANCIACIÓN AUTONÓMICA Y GASTO SANITARIO PÚBLICO EN ESPAÑA

GUILLEM LOPEZ I CASASNOVAS

**Depto. de Economía de la Univ. Pompeu Fabra.
Centre de Recerca en Economia i Salut¹**

Texto publicado en Papeles de Economía Española no 76. Monográfico en Economía de la Salud. FUNCAS, CECA, Madrid, 1998.

¹ - Deseo agradecer la asistencia a la investigación de David Casado, becario colaborador del CRES y de Laura Pellisé e Isabel Truyol. Asimismo, se desea dejar constancia del apoyo financiero de la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación, proyecto PB 94-0848.

FINANCIACIÓN AUTONÓMICA Y GASTO SANITARIO PÚBLICO EN ESPAÑA

GUILLEM LOPEZ I CASASNOVAS

Centre de Recerca en Economia i Salut

Univ. Pompeu Fabra.

RESUMEN

En general, la evolución de la prestación sanitaria media en sanidad parece moverse a impulsos de dos grandes factores: los tecnológicos en gran medida exógenos a las autoridades sanitarias, y los políticos, o endógenos en respuesta a las expectativas y preferencias sociales sobre las posibilidades de la medicina en las sociedades occidentales. Como resultado, las capacidades de tratamiento sanitario se expanden -aunque no siempre con ratios de coste-efectividad validados (sólo el 20% pasan definitivamente dicha prueba en la mayoría de países)-, de la mano de la presión ciudadana, en sociedades cada vez más medicalizadas -que aspiran a que la sanidad asista y cure casi todo-, y en las que la industria sanitaria tiene un gran peso mediático.

En España, además, el incremento en la prestación sanitaria media registrada en los últimos años aparece como coetánea al menos, sino directamente causada, a la descentralización sanitaria. Así, existe diversidad no sólo en razón del contenido de algunas prestaciones sanitarias, sino también de su utilización por parte de la población (debidas a diferencias en acceso a servicios o a su implantación territorial). Nos interrogaremos en este trabajo acerca de la influencia de la descentralización sanitaria, dados sus actuales mecanismos de financiación y coordinación, como revulsivo e inductor del crecimiento del gasto sanitario. A dicho fenómeno se asociarán aspectos relativos a procesos de 'ilusión fiscal', o de emulación de políticas con falta de corresponsabilización en el gasto por parte de sus gestores.

La tesis que deseamos mantener es que la 'devolución' de responsabilidades fiscales (en financiación y en gasto) a las Comunidades Autónomas puede ser un buen antídoto para el control del gasto sanitario y, en particular, de los diferenciales de utilización (evolución de la prestación sanitaria media).

Con el nuevo sistema de financiación autonómica recientemente aprobado, que abre definitivamente vías para la corresponsabilidad fiscal, la integración de la financiación sanitaria en la financiación general permite introducir los mecanismos necesarios para el autocontrol del gasto que aseguren una efectiva sostenibilidad de la financiación de la sanidad pública en el próximo futuro. Ello, a su vez, facilitaría el abandono del complejo debate sobre la territorialización del gasto central a través de variables diversas que se han aducido sobre conceptos de necesidad que resultan en la mayoría de los casos bastante espúreos.

Introducción

En la actualidad, todo apunta a que el gasto sanitario, y el autonómico en particular, está sometido a una doble pinza: Por un lado, se ha impuesto la pinza macroeconómica de limitación al crecimiento de la financiación pública del gasto sanitario público en razón de la crisis experimentada por las finanzas públicas. Esta se deja sentir con especial dureza en un sector que en apenas en ninguna etapa parece haber crecido por debajo del PIB nominal. Su elasticidad renta superior, en principio, a la unidad es bien conocida. La presión de una sociedad cada vez más 'medicalizada', que espera que el sistema sanitario tenga capacidad

resolutoria de los distintos problemas de salud, hace que dicha pinza aflore sin ambigüedades ante el empuje de las nuevas tecnologías y la aparición de nuevas enfermedades.

Por otro lado parece haberse impuesto al gasto sanitario público la pinza de la financiación autonómica, del financiador local, quien en un contexto de falta de corresponsabilidad financiera y hasta el presente nulo ejercicio de potestad tributaria efectiva, no parece aceptar afrontar en toda su dimensión el control de la evolución de las prestaciones sanitarias. Este es el caso pese a que tanto el gobierno central como el autonómico valoran al parecer enormemente los éxitos de las políticas sanitarias, que llegan a convertirse incluso, a veces, en emblemáticas de sus acciones de gobierno. Pero a menudo se niegan a asumir el coste financiero de todo aquello que supongan realizaciones por encima de los niveles medios conjuntos, con lo que la pinza - o su versión de caos presupuestario- aparece. Para ello, bien es cierto que no les ha resultado difícil a los gobiernos autonómicos aducir en su favor las limitaciones impuestas por la territorialización de la financiación estatal (capitativa media) recibida para sus servicios sanitarios, y los escasos márgenes que han dispuesto hasta el presente para ejercer la potestad tributaria. Sin embargo, las sospechas de que ello ha servido como pretexto para no abordar las reformas pendientes en el sistema sanitario, tampoco parece que se puedan ignorar.

Al análisis de los extremos comentados se dedican las siguientes páginas.

I.- LAS CLAVES DE LOS PROBLEMAS DE LA FINANCIACION SANITARIA PUBLICA

No descubrimos nada nuevo si afirmamos que el sistema sanitario público atraviesa por una situación financiera muy compleja. Tres son, como veíamos, las razones fundamentales. La primera de ellas tiene que ver con la crisis de las finanzas públicas; la segunda, con la excesiva politización de las cuestiones relativas a las reformas sanitarias y, finalmente, la tercera, con la no siempre positiva valoración política que suele recibir la factura fiscal por el modo con el que se gestionan los recursos sanitarios. Replantear el gasto sanitario equivale hoy a reconducir su ritmo de crecimiento. El no crecer a ritmos dobles que el propio crecimiento del PIB nominal afectará sin duda al *status quo* vivido (crecimiento de la prestación sanitaria media en términos reales, creación de empleo y políticas de salarios) lo que obligará a que las políticas tengan que ser mucho más selectivas. Y ello, aunque su desaceleración pueda suponer alguna caída al vacío que necesitará de la regulación apropiada.

¿Tiene la financiación del gasto sanitario público cabida sin problemas dentro de las previsiones macroeconómicas de crecimiento del PIB?. Esto es, con la evolución de la renta prevista, ¿no hará falta modificar la presión fiscal o introducir nuevos ingresos para la financiación del gasto sanitario?. ¿Qué garantías existen de que regularizada la insuficiencia histórica en la base de la financiación sanitaria pública los problemas financieros no se cronifiquen y sea posible reconducir el crecimiento del gasto sanitario?.

De la descomposición del gasto sanitario registrado en el pasado en los factores implícitos a su crecimiento: (i) precios - entendidos como costes unitarios de los servicios- y (ii) cantidades -separando aquí a) el componente demográfico (evolución de la población y envejecimiento relativo) de b) la prestación sanitaria real media -según 1-intensidad y 2-calidad del servicio sanitario, cabe destacar lo siguiente: Siendo los precios en buena medida endógenos en la sanidad pública (salarios de los profesionales) y las variaciones demográficas predecibles, se trata de comprobar hasta que punto la evolución de la utilización media esperada podrá tener cabida en la financiación que permita el crecimiento del PIB nominal. Entre los años 1980 y 1993, todo apunta (véase Fuentes y Barea, 1996) a que la prestación sanitaria media habría crecido a una tasa anual acumulativa de en

torno al 2% en términos reales. Sin embargo, un trabajo también reciente de la Dirección General de Planificación Económica del Ministerio de Economía aplicando una metodología similar a la utilizada en el caso anterior deriva, para el período entre 1986 y 1992, un crecimiento medio en la prestación sanitaria real nada menos que del 7.7% (véase Blanco y Bustos, 1996).

Rehechas las estimaciones para el período conjunto 1982-1995 (véase López y Casado, 1997), y aún neutralizando por las ya hoy nulas variaciones en la cobertura sanitaria -situada prácticamente en el 100% de la población-, la evolución registrada por el gasto sanitario público en el pasado reciente parece venir marcada efectivamente por dos etapas distintas en cuanto a cuál haya sido la importancia relativa de cada uno de los factores considerados determinantes de aquella evolución:

Un primer período, que comprende aproximadamente la primera mitad de los 80, en que fue el comportamiento de los precios sanitarios el que en mayor medida determinó la evolución del Gasto sanitario público, y un segundo, que va de 1987 a 1995, en que el factor determinante de la evolución del gasto ha pasado a ser la prestación real media. En este punto, la incógnita que surge de modo natural es anticipar cuál pueda ser el comportamiento más probable de dichos factores en el futuro. Para ello constatemos que la frontera tecnológica se mueve en sanidad de modo acelerado (los fármacos combinados en el tratamiento del SIDA como nuevo reto), envejece la población, aumenta la esperanza de vida y se aspira a mejoras en la calidad con la que ésta se vive (haciéndose borrosa, en este extremo, la separación entre el gasto sanitario y el gasto social).

Cuadro 1- Descomposición de la evolución del gasto público sanitario en sus factores determinantes. Variaciones interanuales. 1980-95.

Años	Gasto Sanitario Público ¹	Tasa de cobertura sanitaria: porcentaje de población protegida	Factor demográfico ² ($P_1 + 2.27 P_2 + 3.93 P_3$)	Indice de precios sanitarios ¹	Prestac. sanitaria real media por persona
1980	-	-	-	-	-
1981	13.62	0.72	1.33	14.59	-2.86
1982	18.81	1.07	1.41	12.47	3.06
1983	23.22	1.30	0.88	14.16	5.62
1984	5.29	4.78	0.78	9.96	-9.32
1985	7.74	5.12	0.86	8.62	-6.44
1986	10.74	1.16	0.68	7.85	0.81
1987	12.60	0.08	0.73	5.98	5.36
1988	24.86	0.35	0.78	5.16	17.06
1989	14.00	-0.18	0.67	4.97	8.07
1990	18.78	1.95	0.62	5.41	9.86
1991	13.03	1.56	0.72	6.67	3.59
1992	9.28	0.00	0.67	9.56	-0.92
1993	8.00	0.00	0.66	2.49	4.69
1994	11.18	0.00	0.65	4.66	5.54
1995	7.21	0.00	0.68	4.92	1.49
Tasa anual acumulativa a 80-86 (%)	13.07	2.34	0.99	11.25	-1.66
Tasa anual acumulativa a 87-95 (%)	13.16	0.49	0.68	5.46	6.05
Tasa anual acumulativa a 80-95 (%)	13.08	1.20	0.81	7.77	2.85

Antes de cerrar esta primera reflexión, vale la pena dejar constancia, sin embargo, de que la metodología comentada (propuesta por la OCDE para descomponer la evolución del gasto sanitario) adolece de dos problemas. El primero es fruto del excesivo grado de agregación con que se plantea el análisis, por lo que resulta imposible determinar en qué medida un aumento de la prestación real media responde a innovaciones tecnológicas o a cambios organizativos: temas ambos que afectan a su pronóstico. Además, existen dudas acerca de la validez de las hipótesis en las que se basa el cómputo del factor demográfico, y en particular, del impacto que suponga el envejecimiento de la población.

En cualquier caso, lo que aquí queremos destacar es que la evolución de la prestación sanitaria media se mueve en sanidad por impulsos tecnológicos en gran medida exógenos a las autoridades sanitarias (las capacidades de tratamiento se expanden, aunque no siempre con ratios de coste-efectividad validados), pero también de la respuesta ‘política’ a las expectativas de los ciudadanos, en sociedades cada vez más medicalizadas, que aspiran a que la sanidad cuide y cure casi todo.

Sin embargo, reformar el gasto sanitario sus estructuras organizativas o sus instrumentos de financiación, no es un substitutivo de las necesarias mejoras de gestión. Es decir, no cabe el pretexto de buscar en las reformas de lo ‘macro’ un substitutivo para las reformas de lo micro (esto es, supeditar el comportamiento de lo cercano propio de uno a ‘lo alejado o lo de los demás’).

Del mismo modo que la mejora de gestión no es pretexto de no reforma, tampoco lo es, en si mismo, de ‘reforma’. En efecto, ¿qué sabemos de los éxitos del pasado en aumentar la eficiencia en la prestación de los servicios, buscando la introducción de una mayor sensibilidad del proveedor a los intereses colectivos, una mejor rendición de cuentas a los ciudadanos de los ingresos públicos utilizados, etc. que nos permita hoy pensar que en la realidad actual se conseguiría, por la vía de la mejora de la gestión, lo que no se ha conseguido mejorar en otras circunstancias?

Un segundo aspecto relacionado con la actual dinámica que constriñe el control del gasto sanitario tiene que ver con la elevada politización con la que se viven todas las propuestas de reforma sanitaria. El sistema sanitario español ha sido y continúa siendo campo importante de batalla política. No sé si es inevitable que sea así, ni pretendo aquí analizar sus causas, porque me basta la complicidad del lector sobre su constatación. Esta es la razón por la que cualquier propuesta de cambio choca con dificultades añadidas. A las complejidades propias de fundamentar correctamente el análisis en términos de objetivos e instrumentos (¿son las medidas adecuadas para los fines anunciados?), la búsqueda partidista de determinadas rentas electorales, sea cual sea el partido en el poder, contamina el proceso de elaboración de opciones.

Los efectos de los cambios potenciales son visualizados con cierta facilidad por todos los ciudadanos, y la esquizofrenia entre consumidor potencial o usuario de los servicios y ciudadano contribuyente, es elevada. Ello explica que, a menudo, las posibles reformas postuladas en el sistema sanitario no superen la simple liturgia -y el papel lo aguanta todo.

Nótese, en este sentido, que todos los tratamientos de problemas tienen contraindicaciones. El temor, fundado, a algunas de ellas no puede ser pretexto continuado, sin embargo, para la inacción.

En efecto, cualquier cambio conlleva incertidumbres. El grado de dicotomización, y así de posible pérdida de cohesión social es uno de ellos: Así, la diferencia que introducirá en el futuro el sistema de pensiones de tres niveles (la básica, la contributiva y la voluntaria), o los peligros de dualización sanitaria (entre la sanidad universal y la asistencia complementaria) en particular, en el caso de que se opte por dos proveedores (el general y la beneficencia) en vez de un sólo dispositivo financiado, para los que carecen de medios, por el sector público. Replantear la situación, concentrar el componente redistributivo en igual o mayor medida tan sólo en los colectivos prioritarios tiene un gran atractivo de equidad que bien puede valer algunos riesgos.

Sin embargo no hay duda de que pilotar políticas selectivas e impactar en los objetivos es más dificultoso cuando a igual o menos medios los fines son iguales o superiores.

Finalmente, y en tercer lugar, se ha generado en ciertos sectores el convencimiento de que los recursos públicos puestos a disposición del sistema sanitario se gestionan de manera deficiente. En efecto, la acción de gobierno en materia de política

sanitaria contiene rasgos disléxicos. Por un lado, las consecuciones sanitarias se acostumbran a presentar como grandes éxitos de la política: mejora en la utilización de los servicios sanitarios con independencia de la condición social y financiera de los ciudadanos, aumento de la equidad territorial de acceso, oferta sanitaria de prestación tecnológica innovadora, etc. Pero por otro lado parece que los gobiernos se muestran reacios a afrontar el coste que el incremento en las prestaciones sanitarias medias provoca.

II.- EL MARCO AUTONÓMICO Y EL CONTROL DEL GASTO SANITARIO

El incremento en la prestación sanitaria media registrada en los últimos años en España es coetánea al menos, sino directamente causada, a la descentralización sanitaria: diversidad no sólo en razón del contenido de algunas prestaciones sanitarias, sino también de su utilización por parte de la población (debidas a diferencias en acceso a servicios o a su implantación territorial). Conviene pues interrogarse acerca de la influencia de la descentralización sanitaria, dados sus actuales mecanismos de financiación y coordinación, como revulsivo e inductor del crecimiento del gasto sanitario. A dicho fenómeno se pueden asociar aspectos relativos a procesos de 'ilusión fiscal', o de emulación con falta de corresponsabilización en el gasto por parte de sus gestores que, en su conjunto, pueden ayudar a comprender la evolución registrada.

La tesis que deseamos mantener aquí es que la 'devolución' de responsabilidades fiscales (en financiación y en gasto, sin raquitismos) a las Comunidades Autónomas puede ser un buen antídoto para el control del gasto sanitario y, en particular, de los diferenciales de utilización (evolución en la prestación media). Con el nuevo sistema de financiación autonómica recientemente aprobado, que abre definitivamente vías para la corresponsabilidad fiscal, la integración de la financiación sanitaria en la financiación general puede introducir, quizás, los mecanismos necesarios para el autocontrol del gasto que aseguren una efectiva sostenibilidad de la financiación de la sanidad pública en el próximo futuro. Y ello a partir del reconocimiento de unos niveles de suficiencia financiera (elemento crucial para el 'cierre' del modelo de financiación autonómica) que requiere incorporar el cómputo de los elementos que subyacen a los diferenciales legítimos de gasto. De ahí la necesidad de considerar determinados ajustes sobre el criterio poblacional.

En efecto, en caso de corregir la asignación inicial sobre la base de la capitación corregida, existen variables para las que existe un claro referente de coste real que permite una corrección desde el punto de vista técnico: entre ellas puede mencionarse un ajuste por desplazados, el reconocimiento en el año base de la estructura docente y de investigación, dadas las externalidades que éstas suponen para el conjunto del Sistema Nacional de la Salud, el envejecimiento relativo de la población y el efecto debido al diferencial de los costes unitarios sobre el territorio.

Dicho ajuste se debería diferenciar del relativo a la posible nivelación de infraestructuras sanitarias, esto es, de corrección gradual de desequilibrios de oferta, utilización o estándares sanitarios, cuyo acceso vendría limitado en función de que se superaran determinados estándares. Su reparto en este caso se basaría en las variables tradicionalmente relacionadas con las necesidades sanitarias, tales como las pautas de morbi-mortalidad, factores sociales de privación, etc., pese a que el conocimiento de los efectos de los recursos asignados a dichas fuentes de desigualdad continúen siendo poco conocidos. La aplicación de dichos fondos debería, por lo demás, ser 'monitorizada' (al tratarse de subvenciones específicas, condicionadas a gasto

redistributivo, y no generales 'en bloque') por el conjunto de las Comunidades del Estado desde los organismos de coordinación territorial que se estimasen oportunos.

Para la financiación ordinaria, en presencia de espacio fiscal (corresponsabilidad), cuatro correcciones técnicas (esto es, objetivables en el sistema comparado y con soporte empírico para su cómputo) podrían considerarse respecto de la capitación, en juego de suma cero, a efectos de dotar de suficiencia al propio proceso de descentralización sanitaria:

(i) ajuste por el 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, en la medida que el dispositivo previo a la transferencia, incluya un vector de oferta, como es el caso en realidad, de composición distinta a la media;

(iii) diferencias en las capacidades de los recursos asignados (al estilo PPA de la Eurostat o del *Market Forces Factor* o *London Weighting component* inglés) en términos de capacidad de compra a igual financiación. (Este es un tema que dada su complejidad y aristas distintas de controversia se desarrolla en mayor medida en el texto adjunto),

(iv) pirámide demográfica, utilizando los pesos a dichos efectos elaborados por la OCDE (en su propuesta reciente de sustitución del factor multiplicador medio 3, por uno más sensible a la composición de la cohorte, de los mayores de 65 años) u otros distintos contruidos de manera más específica. Este podría consistir en el cálculo del diferencial entre la utilización de los servicios que se corresponderían en la Comunidad Autónoma a partir de su estructura demográfica, en caso de producirse una frecuentación media (la del Estado para dicha pirámide), siendo dicha demanda contestada con la oferta media (estatal) de equipamientos, financiados éstos al coste medio del Estado.

Si la pirámide fuera la media, la frecuentación la media y el coste de la composición de oferta el medio, dicha cifra equivaldría al gasto medio. Diferencias en lo primero generarán diferencias en lo último. La identificación de lo que *es versus lo que podría ser* (interpretado por B. Davies como de 'exceso de demanda', marcaría el margen de actuación redistributiva (como derecho a acceder a aquellos fondos niveladores).

Veamos cada uno de ellos:

Demografía

Dicho ajuste se definiría, como veíamos, en términos de gasto esperado por parte de la comunidad si, dada su estructura demográfica, su población utilizara los servicios sanitarios (especializada, primaria, prescripción farmacéutica) al nivel medio del estado para cada grupo de edad y tipo de servicio y, en respuesta, los dispositivos sanitarios ofertasen los servicios correspondientes al coste medio estatal. Nótese que ello sustrae el debate de un polémico parámetro de utilización por encima de la media de la población más envejecida, a partir de prácticas y oferta institucional de otros países, o de la discusión de si se ha de tratar de un ajuste lineal o por tramos (valor de 3 para todo el grupo de mayores de 65 años), tal como se ha venido utilizando hasta el presente.

Los cuadros adjuntos ofrecen evidencia del impacto de la demografía por grupos de edad a partir

de observaciones de distintos países.

Cuadro 2. Gasto Sanitario per cápita por grupos de edad (0-64 = 100).

	AÑO	65-74	65+	75+
Finlandia	1990	281	395	552
Francia	1991	220	296	373
Alemania	1994	234	268	317
Holanda	1994	...	442	...
Portugal	1991	140	169	214
Suecia	1990	230	283	343
Reino Unido	1993/94	254	388	559
UE media 7		227	320	393
Australia	1989/90	277	404	598
Canadá	1993	...	475	...
Japón	1993	309	479	573
Nueva Zelanda	1994/95	233	388	616
Suiza	1991	255	400	570
EE.UU	1987	314	417	522
OCDE media 13		250	370	476

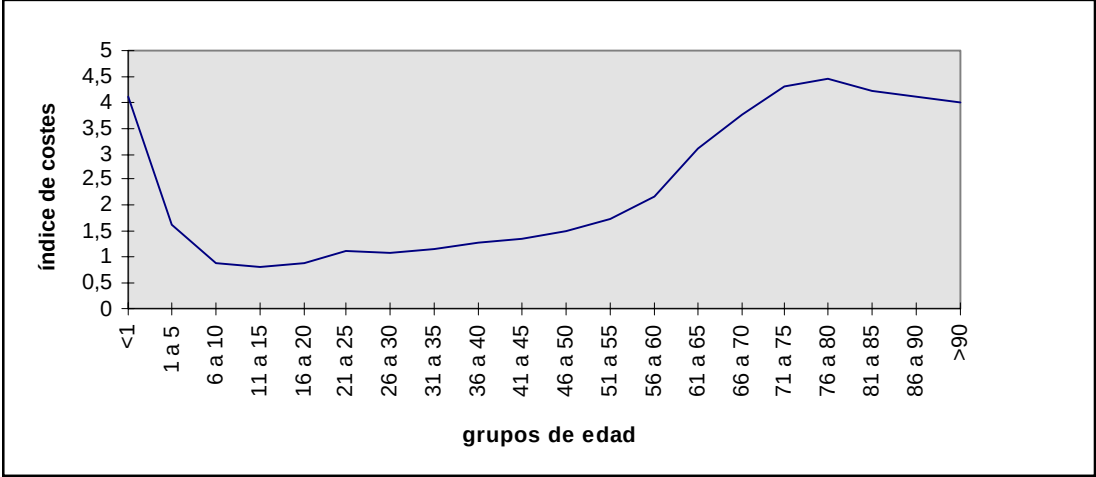
Fuente: OECD Health Data 1996.

Notas: Francia: 60-69, 60+ y 70+.

Japón: 65-69, 65+ y 70+.

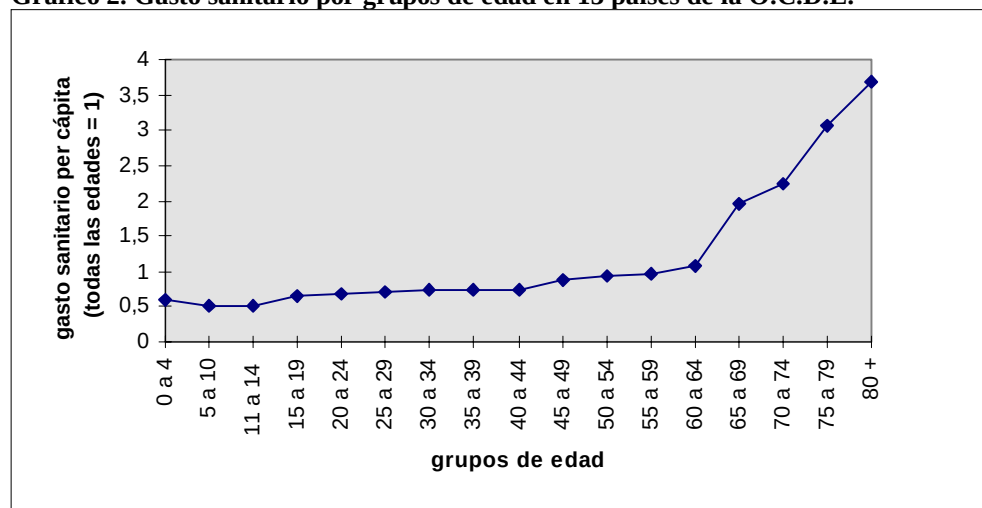
Reino Unido: sólo Inglaterra.

Gráfico 1. Índice de los costes sanitarios según Grupos de Edad.



Fuente: General Insurance Company of the Czech Republic, The Insurance Plan of the General Health Insurance Company of the Czech Republic for 1995.

Gráfico 2. Gasto sanitario por grupos de edad en 13 países de la O.C.D.E.



Desplazados

Dicho ajuste, a la vista de la información hoy disponible, permite la siguiente diferenciación:

Asistencia hospitalaria: saldo entre pacientes ‘exportados’ e ‘importados’

según casuística (15 procesos internamiento, 16 para cirugía ambulatoria, 5 tipos de extracciones, 4 tipos de trasplantes), a partir del CMBD y ponderación de costes estatales medios (UPAs)

CUADRO 3
HOSPITALIZACIÓN FUERA DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE RESIDENCIA
PERÍODO : AÑO 1994

CC.AA. DESTINO	COMUNIDAD AUTÓNOMA PROCEDENCIA																							
	AND	AR	AS	B	C	CAN	CLM	CL	CAT	CV	EXT	G	MAD	MUR	NAV	PV	LR	CE	ME	EXTR.	TOTAL	% S/ Altas CP válido	% AltasC P válido	% altas válidas
ANDALUCÍA		91	16	15	192	24	895	190	230	205	294	113	453	78	19	99	12	146	121	8.004	11.197	3.119	64.5	71
ARAGÓN	29		10	5	7	4	124	215	193	362	7	12	89	7	31	36	285		1		1.417	3.424	41.3	8
ASTURIAS	17	7			2	21	7	181	1	42	1	24	69	2	13	12					399	0.531	86.7	91
BALEARES	48	4	13		6	4	11	17	141	41	5	10	100	10	2	40	2				454	1.195	86.6	9
CANARIAS	17	3	1	1		2	8	16	4	18	2	6	8	2		6	2			133	229	0.590	51.0	50
CANTABRIA	17	33	189	6	21		10	875	22	18	21	70	141	2	9	314	215				1.963	7.288	65.5	60
CASTILLA LA MANCHA	211	29	13	15	66	36		207	77	157	125	52	979	88	11	53	14	1	2		2.136	2.131	80.4	80
CASTILLA LEÓN	131	124	234	2	15	67	63		131	92	387	117	1.021	35	21	570	87	45	74	14	3.230	1.896	87.1	9
CATALUÑA	1.403	2.935	143	942	363	113	277	499		1.579	194	474	445	378	130	504	105	21	12	125	10.642	1.837	95.3	91
COMUNIDAD VALENCIANA	299	201	75	117	22	22	792	201	383		32	54	1.027	305	50	214	43	4	4	516	4.361	1.904	84.0	81
EXTREMADURA	76		10	1	1	1	12	13	17	6			86	1	3	46					273	0.587	54.6	71
GALICIA	16	4	49		3	7	6	62	5	5	7		112	15	1	34	9				335	0.277	69.1	80
MADRID	772	158	173	37	446	73	5.070	2.570	82	193	919	553		387	32	409	126	25	14	29	12.068	5.560	64.1	71
MURCIA	56		23	1	5		122	108	42	57	8	9	54		18	36	15				554	1.260	68.5	80
NAVARRA																								[39]
PAÍS VASCO	57	32	23	5	9	932	17	1.265	75	22	15	50	106	4	906		170	1		155	3.844	2.421	95.9	91
LA RIOJA	10	18	4	1	1	7	8	75	29	10	10	10	24	5	166	474					852	4.804	84.4	81
CEUTA	264				4				2	1	1	1	21			2					296	100.00	4.0	91
MELILLA	15																				15	100.00	0.3	9
TOTAL	3.438	3.639	976	1.148	1.163	1.313	7.422	6.494	1.434	2.808	2.028	1.555	4.735	1.319	1.412	2.849	1.085	243	228	8.976	54.265	2.4	75.1	84

Asistencia primaria: nacionales/extranjeros

imputando los gastos totales respectivos según porcentajes de utilización aproximada por pernoctaciones

Estructura docente

La no coincidencia entre financiación sanitaria y costes para los centros responsables de dicha formación obliga a una estimación estadística paramétrica de los costes adicionales que suponen para las estructuras docentes (nº MIRs), ajustando por tamaño del centro (camas) y casuística (GDRs). De esta se deriva un ajuste en base a cuatro estratos (B. González y P. Barber, en G. López, 1997, ob. cit.)

<20 (+3.6%) 20-50 (14.1%) 50-199 (+18.6%) >200 (+35.2%)

(Entre paréntesis, el % respecto del coste medio de los centros no docentes, y proyectados sobre el coste medio por paciente del estado para cada grupo de hospitales)

Finalmente, en cuanto a la construcción de un **indicador geográfico de coste relativo de los servicios**, existe argumentación suficiente para identificar que la capacidad adquisitiva de una peseta no resulta idéntica en distintas zonas de la geografía española. Ello impacta en las necesidades de gasto de las distintas unidades proveedoras de servicios sanitarios. Por lo tanto, ante diferentes capacidades de compra, resulta evidente que en términos de distribución vertical de recursos y de resultados esperables de la utilización de dichos recursos, no parece exigible idéntico nivel de responsabilidad en el cumplimiento de objetivos, ya sea de eficiencia o equidad, de no mediar ajuste alguno.

Cuadro 4. Índice regional de paridad de poder adquisitivo. General¹.

	1990	1991	1992	1993	1994
Andalucía	98,3	98,1	98	97,6	97,6
Aragón	97,3	97,8	97,9	97,4	97,1
Asturias	99,8	100,5	100,6	100,9	101,4
Baleares	105,6	104,7	104	104	104,3
Canarias	98,3	97,1	96,6	97,3	98,3
Cantabria	100,2	99,8	100,2	99,5	99,1
Castilla-León	97,6	97,3	97	96,7	96,5
Castilla-La Mancha	93,8	93,4	93,3	93,2	93,2
Catalunya	103,5	104,2	105	105,6	105,4
C. Valenciana	100,4	100,5	100,5	100	99,6
Extremadura	90,3	89,6	89,7	89,7	90,1
Galicia	99,1	99	98,5	98,7	99
Madrid	102,1	101,9	102	102	101,9
Murcia	97	97,5	97,1	96,4	96,4
Navarra	108,5	109,1	108,9	109,4	110,3
País Vasco	104,9	104,5	103,8	103,9	104,1
La Rioja	98,6	98,1	97,9	102	98,4
Media nacional	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Varianza	19,15	20,68	20,60	22,23	22,75

1 El término general se emplea por comprender la cesta cuyo coste se evalúa bienes y servicios de todos los sectores de actividad.

Fuente: Institut d'Estadística de Catalunya.

En el campo de las comparaciones internacionales, el EUROSTAT, a través del "índice de poder adquisitivo", realiza un ajuste similar. El objetivo del EUROSTAT es comparar los valores reales de consumo, inversión entre países, y el índice utilizado aproxima la tasa a la cual debe convertirse una moneda en otra para poder comprar un conjunto parecido de bienes y servicios². Sin embargo, parece existir evidencia, o al menos intuición suficiente, de que dichas variaciones existen también sobre la geografía de un mismo país³.

²- Así, por ejemplo, para los gastos de salud (EUROSTAT 1980), 376\$ en España equivalen a 511\$ en la CEE, con una equivalencia del 74%. Para 1984, en términos de PIB por habitante, el cociente del % del producto real vs. nominal español respecto al total de la CEE era del 1.625. Esto es, el 40% en términos nominales, el 65% en términos reales.

³.- Como ha señalado BENNET (1980) en la medida en que las causas de dichas variaciones fuesen de carácter externo al servicio, como sería el de dichas variaciones fuesen de carácter externo al servicio, como sería el caso si existiese un diferencial de costes de localización debidos a transporte, vivienda o coste de vida en general; los derivados del incentivo necesario para hacer posible la movilidad de factores productivos sobre el territorio; aquellos que se produzcan debido a las herencias del pasado ("sunk costs") -que imponen costes ciertos e ineludibles sobre las decisiones de hoy-; o el extracoste resultante de factores técnicos

Operativa de los ajustes comentados

El resultado de los cálculos comentados en la anterior sección se ofrecen a modo de resumen en el cuadro siguiente:

Cuadro 5: COMPUTO CONJUNTO DE AJUSTES (Variación sobre valores actuales)

CC.AA. /	DEMOGRAFÍA	DESPLAZADOS	DOCENTE	AJUSTE TOTAL S/FINANC. CTUAL
----------	------------	-------------	---------	---------------------------------

ANDALUCÍA	-7.27	+0.47	+0.80	-6.0%
CATALUÑA	+1.63	+0.76	+1.11	+3.5%
CANARIAS	-10.91	+0.95	+1.14	-9.0%
MADRID	-3.21	+0.86	+1.35	-1%
GALICIA	+5.99	-0.38	+0.87	+6.5%
C. VALENCIANA	-0.69	+0,1	+0.59	0%

III.- EL RECIENTE ACURDO SOBRE EL NUEVO SISTEMA DE FINANCIACION AUTONOMICA DE LA SANIDAD

En efecto, como es conocido, recientemente, el Consejo de Política Fiscal y Financiera, en su reunión del 27 de Noviembre de 1997 aprobó un presupuesto para 1998 de 3.837,8 mil millones de ptas, con un aumento de 315 millardos (un 9%) por encima del gasto presupuestado para 1997. Dicha cifra se consolidaría para los años siguientes (hasta el año 2001), aumentando al ritmo del crecimiento del PIB nominal, y con el compromiso de consolidar el año 2000 un incremento adicional de 25 millardos para las CC. AA.

(ambientales, marginalidad, o incluso acceso a determinadas economías de escala).

En cuanto a financiación adicional instrumentada, de los 315 mil millones, 200 proceden de dotaciones presupuestarias adicionales, 75 mil de los excedentes en impuestos y 40 mil de la lucha contra el fraude en incapacidad laboral. Se estima además una reducción del gasto farmacéutico de 65 mil millones a partir de una reducción selectiva de los precios de los medicamentos entre un 3 y un 6% y de la exclusión de un número indeterminado de medicamentos de la lista de financiación pública. Este ahorro no implicaría recursos añadidos al sistema, pero sí la posibilidad de destinar parte del gasto en farmacia a otros fines.

En este extremo, la financiación adicional que se ha instrumentado se nos antoja muy arriesgada. En primer lugar, se deriva de una fase álgida del ciclo presupuestario que se consolida para el futuro en ausencia de reforma microeconómica alguna en cuanto a los destinatarios de dicha financiación. En otras palabras se utilizan en cierto modo recursos extraordinarios para hacer frente a gastos recurrentes sin proceso previo de reconversión por parte de los gestores del gasto. En segundo lugar, se abandonan fuentes de financiación alternativas (las 100 ptas. por prescripción, el copago hotelero o farmacéutico para pensionistas) pese a que los costes sociales de dichas medidas el gobierno las haya padecido en gran parte ya (el desgaste políticos de las propuestas y de los desmentidos son síntoma de lo anterior). En tercero y último lugar, la rebaja en los precios de los medicamentos resta pendiente de negociación, de modo que los ahorros derivados de la exclusión de determinados medicamentos resultan inciertos a la vista de lo acontecido en el pasado ante medidas similares y la dificultad de controlar los medicamentos sustitutivos (y más caros) que continúan en la lista de la Seguridad Social.

Las cifras de gasto presupuestado (y su crecimiento respecto del año anterior) en las que se inserta el Acuerdo son las siguientes (en millones de ptas.):

CUADRO 6

1996	3.484.068	8,1
1997	3.561.450	2,2
1998	3.837.800	10,7

Sin embargo, el registro pasado en las desviaciones en porcentaje entre presupuesto aprobado inicialmente y liquidado (contabilizando en éste las operaciones de saneamiento en un caso e imputándolos a un ejercicio concreto cuando ello resulta posible en otro) a la vista del cuadro adjunto obligan a una reflexión adicional:

CUADRO 7 LAS DESVIACIONES PRESUPUESTARIAS (1981-1996)

	% Liquid/pto.		% Liquid/pto.	% Gasto efect. /pto.
1981	8,08	1989	14,09	20,2
1982	9,64	1990	11,61	17,3
1983	5,39	1991	7,14	17,4
1984	2,92	1992	19,09	15,3
1985	4,67	1993	11,97	9,8
1986	10,08	1994	13,38	4,8
1987	13,21	1995	2,8	0,1
1988	10,87	1996	1,2	

Fuente: Elaboración a partir de ‘Cuentas y Balances de la Seguridad Social’ y ‘Presupuestos de la Seguridad Social’ del Ministerio de Trabajo y seguridad Social, y de los Acuerdos de liquidación del Presupuesto del INSALUD (varios años).

CALCULOS PRESUPUESTARIOS DEL NUEVO SISTEMA DE FINANCIACION AUTONOMICA

PRESUPUESTO INICIAL

1997 (3.520 Mm)

‘DEPURADO’ (A LA VISTA

DEL CRECIMIENTO, DEL

PIB NOMINAL EFECTIVO

(3.521,7)

+

CRECIMIENTO PREVISTO

EN EL PIB NOMINAL

PARA 1998 (ESCENARIO

MACROECONÓMICO)

= BASE FONDO GENERAL

+ ‘CRÉDITO PARA LA MEJORA

DEL SISTEMA (+25.000 M)

+ INCREMENTO DE GARANTÍA

DE COBERTURA SANITARIA (+10.000 M)

+ ‘AHORROS ILT’ (+40.000 M)

3.769,4 Mm = FONDO GENERAL

+ FONDOS ADICIONALES

- DE ‘MODULACIÓN PARA EVITAR PÉRDIDAS POR LOS CAMBIOS CENSALES ($\geq 0.25\%$) DE LO QUE CORRESPONDERIA DE LA PARTICIPACIÓN CAPITATIVA EN EL FONDO GENERAL.
+20.444,4 M

- APORTACIÓN EN CONCEPTO DE DOCENCIA Y DESPLAZADOS EN ASISTENCIA HOSPITALARIA
+52.918,4 M

(DE ELLOS 5.000 M FUERA DE DISTRIBUCIÓN = INSALUD)

- DERIVADO DE LA RACIONALIZACIÓN FARMACÉUTICA
+65.000 M

INCREMENTO TOTAL SOBRE PRESUPUESTO DE 1997 = 315.000 M

FUENTES DE FINANCIACIÓN DEL GASTO ADICIONAL

Δ PIB NOMINAL PREVISTO (PIB REAL ↑ 3.2%)

+ Δ ELASTICIDAD RECAUDATORIA (SI > 1)

+ RESITRIBUCIÓN PARTIDAS PÚBLICAS (SEGURIDAD SOCIAL) AHORROS PARA EL INSS POR ILT

40.000 M SI INSS AHORRA 57.000 M

■ UN 10% EN TODO CASO POR IMPLANTACIÓN DE MEDIDAS DE INSPECCIÓN ‘CONVENIDAS’

■ OBJETIVO DE REDUCCIÓN 13% EN MEDIA SOBRE CIFRAS DE OCTUBRE (JUN-DIC 1997, REDUCCIÓN YA DEL 13%)

■ SOBRE UN GASTO DE ILT PARCIAL 300 SOBRE 500 Mm (NO INCLUYE ‘COLABORADORAS’ NI AUTÓNOMOS)

■ OBJETIVOS ESPECÍFICOS POR COMUNIDAD (CATALUÑA, 13.72%)

■ PARTICIPACIÓN CAPITATIVA EN FUNCIÓN DE LA PROPORCIÓN CONSEGUIDA POR CADA COMUNIDAD

+ REDISTRIBUCIÓN INTERNA EN GASTO SANITARIO POR AHORROS FARMACÉUTICOS (65.000 M)

MÁRGENES DE BENEFICIOS + AHORROS EN GENÉRICOS (39.000 M)

AHORROS VÍA EXCLUSIÓN ADICIONAL DE MEDICAMENTOS (26.000 M)

(DE MOMENTO, CON LA LISTA PROPUESTA, SE ESTÁ BARAJANDO 10.000 M (SOBRE UN COSTE TOTAL DE 17.000 M))

RESULTADO:

* GASTO QUE CONSOLIDARÁ, ‘SIN DUDA’

(PARA EL AÑO 2000, 25.000 ADICIONALES COMPROMETIDOS)

DUDAS

¿Y LA FINANCIACIÓN RESULTARÁ CONSOLIDABLE?

- CRECIMIENTO PIB EXTRAORDINARIO (?)
- ELASTICIDAD RECAUDATORIA AFECTADA POR REFORMAS FUTURAS (?)

* GASTO NO AFLORADO RESPECTO DE LOS NIVELES PRESUPUESTARIOS ACTUALES

- SOBRE GASTO REAL (LIQUIDADO) 1993 (?)
- CONSIDERANDO O NO CONSOLIDADOS LOS AHORROS DE LAS MEDIDAS DE RACIONALIZACIÓN DE 1994 (SIN REPUNTE) (?)
- SUPUESTO CUMPLIDO EL CRECIMIENTO PIB NOMINAL EFECTIVO O SEGÚN LA EVOLUCIÓN DEL CRECIMIENTO MEDIO 1986-93 (= 7%) (?)

* GENERACIÓN DE INGRESOS ADICIONALES PARA SANEAR EL ENDEUDAMIENTO EXISTENTE (?)

=====

Algunos puntos de análisis

- 1- La cifra correspondiente al acuerdo para el presupuesto de 1998 sólo se justifica si asumimos que se ha producido efectivamente un ajuste a partir de 1994 con las medidas de exclusión de medicamentos de la financiación pública. De otro modo, la cifra presupuestada supone de hecho un simple incremento del 3.74%, por debajo del crecimiento estimado en el PIB nominal. En todo este primer supuesto, para derivar lo anterior, hemos tomado la liquidación de 1993 y un aumento al ritmo del PIB nominal sobre dicha cifra. Cualquier desviación que se hubiera podido producir en el gasto por encima del crecimiento del PIB nominal reduciría aún más el % de aumento en la cifra comentada respecto de lo que pueda representar dicha aproximación al gasto real.
- 2- En caso de haber crecido el gasto liquidado de 1993 (algo que quizás pueda cuestionarse dada la difícil anualización de los saneamientos anteriores), al ritmo medio del gasto sanitario público del período entre 1990 y 1995, estimado en un 7%, la cifra aprobada para 1998 resultaría insuficiente aún en el caso supuesto de que se hubieran efectivamente producido las medidas de ajuste mencionadas (ahorro de 1994 que se consolida aumentando también al ritmo de crecimiento del PIB nominal).
- 3- En definitiva, para que la cifra finalmente aprobada para 1998 fuese ajustada a la realidad proyectada (al 7% de crecimiento supuesto), la inercia de dicho aumento se debiera de aplicar sobre la cifra presupuestada (y no la liquidada) de 1993 y ser efectivos (consolidadas en el tiempo) los ahorros provocados por el ajuste antes comentado.

Nótese que la necesidad de estimar en lugar de tomar cifras presupuestadas, incluso de datos liquidados se debe a la existencia de déficits ocultos, tal como se comentó más arriba. No es el menor de dichos déficits las demoras en el pago de cotizaciones sociales de la mayoría de los hospitales concertados en todo el Estado, y en Cataluña en particular (estimados en la actualidad como deuda acumulada en torno a los setenta mil millones de ptas.). Asimismo, se estiman en 100 y 200 millardos las cifras adeudadas por sanidad a los laboratorios farmacéuticos y resto de proveedores sanitarios. En ambos casos los retrasos en el pago superan los 350 días, incumpléndose de manera flagrante la regulación contractual del Estado (Ley 13 de 1995).

En resumen, resulta difícil considerar el Acuerdo recientemente alcanzado como técnicamente bien fundado y políticamente robusto. No es difícil pensar que la polémica tanto por la cuantía de gasto reconocido (deudas no afloradas, niveles de insuficiencia autonómica observados, difícil transferencia sanitaria en favor de la Comunidad Autónoma de Madrid, etc.), como por sus mecanismos de financiación (todo continúa pendiente de la presión fiscal y de posibles ahorros de gestión, habiéndose abandonado cualquier entrada de financiación complementaria), y por los parámetros de distribución territorial finalmente aceptados (ausencia de ajuste demográfico, de compensaciones por nivelación de servicios más explícitas, arbitrariedad de determinados ajustes relativos al Fondo 2), no va a disminuir en un próximo futuro. Ello nos aboca, a dichos efectos, a concretar la siguiente propuesta de ordenación:

- 1- Creación en el seno del Consejo Interterritorial de Salud de una Comisión de Expertos, consensuados por las distintas partes que lo componen, no como representantes políticos o de diversos ámbitos territoriales, sino del mundo social científico-académico y profesional. Su misión consistiría, a la vez que en realizar un seguimiento de la evolución del gasto sanitario y emitir propuestas que favorezcan la toma en consideración de determinadas medidas de reformas microeconómicas del sistema sanitario, en intentar, de este modo, despolitizar en la medida necesaria las propuestas de reforma sanitaria. La elaboración de informes sobre el estado y evolución del sistema sanitario español en sus aspectos de gasto (prestaciones) y financiación (fuentes) de un modo más continuado y recurrente pueden suponer más ventajas efectivas que los *big bangs* de reforma sanitaria (tipo trabajos de Subcomisiones específicas o Informes externos muy de vez en cuando).
- 2- Reconducción de la financiación de la sanidad al marco general de la financiación autonómica, a través de la apertura de espacio fiscal (respecto de los impuestos especiales, algunos tramos de la imposición sobre valor añadido o una cesta de combinación de fuentes) que garantice una

corresponsabilidad fiscal real para el autocontrol desde las propias CC.AA. de la evolución del gasto sanitario y de las prestaciones sanitarias.

A esta última reflexión le dedicaremos la parte final al presente texto.

IV.- A MODO DE CONCLUSION: EL FUTURO DE LA FINANCIACIÓN AUTONÓMICA DE LA SANIDAD

Para resolver la disyuntiva comentada, de exigencia, por un lado, de autonomía en la política sanitaria que haga corresponder el gasto con las necesidades comunitarias, y de reclamo, por otro, de suficiencia financiera para sufragar cualquiera sea el gasto incurrido, son básicamente dos las vías posibles a la luz del sistema comparado: la que se basa en el mantenimiento y 'refinado' de las fórmulas de territorialización del gasto y la denominada línea de ingreso o de 'espacio fiscal'.

La primera alternativa (línea de gasto) supone la transferencia de una subvención cerrada en favor de los entes regionales, a partir del gasto estimado por el gobierno central para satisfacer las necesidades sanitarias y, por tanto, de una determinada manera de entender la política sanitaria. Bajo esta aproximación, y a diferencia de lo experimentado hasta ahora en España, la territorialización del gasto requiere estimaciones complejas, la articulación de distintos fondos y el establecimiento de cautelas que controlen el destino del gasto hacia los factores justificantes de la desigualdad sanitaria que con la financiación se pretenden corregir.

La segunda alternativa, denominada de 'espacio fiscal' capacita a las Comunidades Autónomas para substituir o complementar la financiación central del gasto sanitario, con una solución regional que incorpore su capacidad tributaria propia. La garantía de la autonomía y substantividad que ello implica en el ejercicio de las competencias por el lado del ingreso evita, como mínimo, el depender de las prácticas presupuestarias y financieras de la Administración central, devolviendo la capacidad de decisión sobre políticas de gasto a los parlamentos autonómicos. Se trata con ello de substituir la transferencia central por una cifra de financiación equivalente, a derivar del ejercicio de la autonomía tributaria, sobre un tramo preestablecido de recursos fiscales. Dicha capacidad recaudatoria, inicialmente equivalente al importe de la subvención, se puede reflejar en un tramo, libre o acotado, del tipo impositivo, o en forma de recargo sobre la cuota, ya sea en relación a un tributo o a una cesta de ellos. Se trata, en definitiva, de corresponsabilizar suficientemente a las Comunidades en sus políticas de gasto. Los recursos derivados podrían ser incluso -si se desea-, nominalmente singularizados en su destino para la financiación del gasto sanitario y/o otros gastos sociales, favoreciendo, de este modo, su racionalización.

El objetivo de la política sanitaria se interpreta, desde esta óptica por parte del Estado, como de garantía de mínimos, sacrificando el uniformismo de las prestaciones sanitarias, en atención a una mayor diversidad, expresión de las preferencias territoriales en la financiación de los servicios sanitarios. Al mismo tiempo, obliga a redefinir con mayor claridad los recursos a disposición de los fondos que inciden en la redistribución territorial, interpretados, a su vez, en relación a la solidaridad que expresen no sólo dichos recursos, sino en el global del saldo fiscal (ingresos y gastos) de cada comunidad.

En conclusión, la 'devolución' real de responsabilidades fiscales (en financiación y en gasto, sin raquitismos) a las Comunidades Autónomas incentiva el control del gasto sanitario y, en particular, de los diferenciales de utilización observados, ante aumentos potenciales en la prestación sanitaria en general.

Con el nuevo sistema de financiación autonómica recientemente aprobado, que abre definitivamente vías para la corresponsabilidad fiscal, la integración de la financiación sanitaria en la financiación general puede introducir los mecanismos necesarios para el autocontrol del gasto, que ayuden a una efectiva sostenibilidad de la financiación de la sanidad pública en el próximo futuro.

Referencias bibliográficas.

Barea, J. y col. (1992): 'Análisis económico de los gastos públicos en Sanidad y previsión de los recursos necesarios a medio plazo'. **Instituto de Estudios Fiscales**.

Barea, J. y col. (1993): '**Normalización de la Estadística del gasto sanitario en España**'. Universidad Autónoma de Madrid. Diciembre.

Barea, J. y Fuentes Quintana, E. (1997): 'El déficit público de la democracia española' **Papeles de Economía Española**, nº 68. FIES, Madrid.

Bennet R. (1988): "Distribution of Benefits from Government Services Horizontal equity". **Public Finance**, nº 1.

Bennet R. (1980) **The Geography of Public Finance**, Londres, Methuen.

Brazier R. (1994): "Allowing for London Market Forces: the case of the NHS" **Public Money**, Set. 1987.

DEPARTAMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY (1976): **Resources Allocation Working Party**. DHSS, Londres.

DEPARTAMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY (1994): **Revenue Resource Allocation. Weighted Capitation Formula**. NHS Executive.

Blanco, A. y De Bustos, A. (1996): 'El Gasto sanitario público en España: Diez años de Sistema Nacional de Salud. Un método de análisis basado en la Contabilidad Nacional y previsiones hasta el año 2000'. **D. G. de Planificación. Mº de Economía y Hacienda. Doc. de trabajo** nº 96003.

Courchene T.J.(1986): 'Imposición sobre la renta e igualación de recursos: perspectivas canadienses' en *Seminario sobre la corresponsabilidad fiscal y nivelación de recursos*. **Institut d'Estudis Autònoms, Quaderns de Treball** nº 46. Generalitat de Catalunya.

Culyer A.J. (1988). "Health Care Expenditures in Canada: Myth and Reality; Past and Future". **Canadian Tax Journal**. Número 82. Canadian Tax Foundation.

Culyer A.J., J. Wiseman, M. Drummond y P. West (1978) 'What accounts for the higher costs of the teaching hospitals?' en **Social and Economic Administration**, vol 12, 1, Spring.

Getzen, T.E.(1992): 'Population aging and the growth of health expenditures'. **Journal of Gerontology** 47, pags 98-104.

Ibern, P.(1995): 'El envejecimiento y su impacto económico: algunas claves para una mejor comprensión'. **Revista de Gerontología** nº 5, pág.172-176.

López Casasnovas G. y otros (1993): "**Estudio para la Reforma de la Financiación Autonómica de la Sanidad**", Generalitat de Catalunya.

López Casasnovas, G. y Ibern, P.(1995): 'Algunas consideraciones básicas para comprender la evolución de las cifras del gasto sanitario'. **Hacienda Pública Española** nº 134, pág. 133-144.

- López Casasnovas, G. y D. Casado (1998): 'La financiación de la sanidad pública española: aspectos macroeconómicos e incidencia en la descentralización fiscal', **Presupuesto y Gasto Público** Ministerio de Economía y Hacienda (de próx. publicación).
- Nestman L.J. (1996): 'Federal and Provincial Roles in Canadian Health Care Budgets' en '**Fixing Health Budgets: Experience from Europe and North America**' editado por F. W. Schwartz y otros, Wiley.
- McLarty R. A. (1986): 'Lresponsabilidad fiscal, participación en ingresos e igualación' en *Seminario sobre la corresponsabilidad fiscal y nivelación de recursos*. **Institut d'Estudis Autònoms, Quaderns de Treball** nº 46. Generalitat de Catalunya.
- Monasterio C (1996): 'El proceso de descentralización del Sector Público. Del Estado centralista a la España de las Autonomías'. Ponencia presentada al Encuentro de la **Asociación de Economía Regional** Pamplona (mimeo).
- Mattews R. (1996) "Federal State Fiscal Arrangements in Australia". Reprint Series número 4579. The **Australian National University**, pág. 22.
- Oates W (1985): 'Searching for Leviathan: An empirical study' **American Economic Review**, sept.
- OCDE (1987): **Financing and delivering health care**. Paris.
- OCDE (1995). **Ecosanté**. Health Data File.
- Perry J.H. (1989): "A Fiscal History of Canada. The Postwar Years". **Canadian Tax Journal**. Número 88. Canadian Tax Foundation.
- Schieber, G.J. y Poullier, J.P.(1989): 'Overview of international comparisons of health care expenditures'. **Health Care Financing Review**. Annual Supplement, pág. 1-7.
- Smee C.H. (1996): 'Setting Regional Allocations and National Budgets in the UK' en '**Fixing Health Budgets: Experience from Europe and North America**' editado por F. W. Schwartz y otros, Wiley.
- Solé Vilanova J. (1990) "El finançament de les províncies del Canadà: Un exemple d'autonomia tributària". **Nota d'Economia** nº 37. Conselleria d'Economia i Finances. Generalitat de Catalunya.