

LA SALUD TIENE UN PRECIO. ESTUDIO DE LA FINANCIACIÓN AUTONÓMICA DEL GASTO SANITARIO Y PERSPECTIVAS PARA CASTILLA Y LEÓN.

Juan Carlos GAMAZO CHILLÓN*

María Luisa ALBILLOS FERNÁNDEZ*

José Manuel GONZÁLEZ HERNÁNDEZ**

Soledad SAÑUDO GARCÍA**

Pablo GAYUBO PÉREZ*

***Universidad de Valladolid**

****Hospital Universitario del Río Hortega**

RESUMEN

Dos son las notas que han caracterizado la evolución del servicio de sanidad durante las últimas décadas en nuestro país. Por un lado, el incremento de la prestación sanitaria media registrada en los últimos veinte años y, por otro, un proceso de descentralización sanitaria iniciado con la Constitución de 1978. En este sentido, la Constitución Española, y la aplicación de los principios en ella recogidos, ha determinado un proceso gradual de descentralización de las competencias asumidas inicialmente por la Administración Central y sus órganos gestores, de las prestaciones sanitarias. Ese proceso descentralizador se extenderá al conjunto de las regiones españolas, incluida Castilla y León, en los próximos años. Por este motivo creemos que resulta relevante un estudio riguroso de la situación actual del sistema sanitario en nuestra Comunidad y las consecuencias que el traspaso de competencias sanitarias tendrá previsiblemente en el sector público regional. En concreto, proponemos analizar las diferentes alternativas para la financiación autonómica de la sanidad, centrándonos en dos de ellas: línea de gasto y línea de ingreso.

1.- INTRODUCCIÓN.

Dos son las notas que han caracterizado la evolución del servicio de sanidad durante las últimas décadas en nuestro país. Por un lado, el incremento de la prestación sanitaria media registrada en los últimos veinte años y, por otro, un proceso de descentralización sanitaria iniciado con la Constitución de 1978¹.

¹ Incluso no ha faltado algún autor que ha llegado a sugerir que la primera de esas notas es consecuencia de la segunda (López Casasnovas, 1998). Nosotros, sin llegar tan lejos, si apreciamos

Centrándonos en la primera de esas notas, el incremento del gasto en sanidad, y desde una perspectiva internacional, debemos destacar que si bien a principios de los años 80 la importancia cuantitativa del gasto en España, en comparación con el conjunto de países de la Unión Europea, era moderada (con un porcentaje del 4,5 del PIB en 1980 para nuestro país), a finales de los años 90 España se sitúa entre los países de la Unión con un gasto público en servicios sanitarios con mayor peso sobre el PIB (6,1% en 1997), lo que supone un aumento de 30 puntos porcentuales durante ese período, y ello a pesar del incremento generalizado en la mayoría de los países occidentales del gasto sanitario durante ese periodo. La explicación de ese acercamiento no estriba, por tanto, en una reducción en el gasto sanitario de los países de la Unión, sino en un mayor ritmo de crecimiento del gasto sanitario en España en relación con el conjunto de la Unión Europea. Los esfuerzos en términos de PIB en sanidad, que en la actualidad realiza el Estado español, son equivalentes a la media de los países de la UE. Las diferencias per cápita observadas entre España y la Unión Europea parecen explicarse, en gran medida, por los distintos niveles de renta.

Si analizamos la evolución del gasto sanitario desde una perspectiva puramente interna, cabe señalar que el gasto sanitario, público y privado, en España en 1995 representaba el 7,6% del PIB (frente al 5,7% del PIB en 1985). Ese porcentaje se descompone de la siguiente manera: al gasto sanitario privado corresponde el 1,6% del PIB (el 1,1% del PIB en 1985) y el 6% restante al gasto sanitario público (4,6% del PIB en 1985). Del gasto sanitario público destaca el efectuado por el INSALUD (gestión directa y transferido) que, en 1995, supuso un 5,12% del PIB (4% del PIB en 1985). La diferencia entre el gasto público total, 6% del PIB, y el gasto del INSALUD, 5,12% del PIB, se explica por el gasto de otras administraciones públicas². En el **CUADRO 1** recogemos la evolución del gasto del INSALUD, diferenciando el gasto inicialmente presupuestado del gasto finalmente liquidado, con el objeto de destacar una de las características de la financiación sanitaria: su insuficiencia, con las consiguientes desviaciones presupuestarias.

una posible correlación, al menos temporal, entre el crecimiento del gasto sanitario y la descentralización territorial de las competencias en sanidad.

² Datos obtenidos del trabajo de Alonso y Herce (1998).

CUADRO 1
EVOLUCIÓN DEL GASTO DEL INSALUD 1981-1996
(millones de pesetas)

Año	Presup. inicial	Incremento %	Presup. liquidado	Incremento %	Desviación	Desviación %	Incremento PIB nominal
1981	605.401		654.313		48.912	8,1	11,5
1982	695.447	14,8	762.498	16,5	67.051	9,6	15,8
1983	800.436	15,1	843.590	10,6	43.154	5,4	13,5
1984	875.214	9,3	900.756	6,8	25.542	2,9	12,4
1985	970.354	10,9	1.015.666	12,8	45.312	4,7	10,0
1986	1.049.032	8,1	1.154.811	13,7	105.779	10,1	12,5
1987	1.155.019	10,1	1.307.647	13,2	152.628	13,2	11,9
1988	1.350.682	16,9	1.497.547	14,5	146.865	10,9	11,7
1989	1.574.005	16,5	1.795.841	19,9	221.836	14,1	12,0
1990	1.851.144	17,6	2.065.984	15,0	214.840	11,6	11,6
1991	2.108.863	13,9	2.259.351	9,4	150.488	7,1	9,6
1992	2.389.141	13,3	2.564.707	25,9	175.566	7,3	6,9
1993	2.671.321	11,8	2.988.417	5,1	317.096	11,9	4,7
1994	2.845.480	6,5	3.225.516	7,8	380.036	13,4	5,8
1995	3.224.068	14,0	3.314.456	3,2	90.388	2,8	7,9
1996	3.484.068	8,1	3.256.045	6,4	-228.023	-6,5	5,3

Fuente: López et alía (1999) y elaboración propia.

La segunda característica de la prestación sanitaria española en las últimas décadas ha sido el proceso de descentralización autonómica que lleva aparejada la transferencia de competencias en sanidad³. El tema de la financiación sanitaria autonómica es uno de los más debatidos dentro del proceso de descentralización que se ha vivido, y se vive, en nuestro país. Una de las razones fundamentales es cuestión de dimensión: la financiación sanitaria autonómica representa en torno al 36% del total de la aportación de la hacienda central a las haciendas autonómicas que han recibido ya las competencias en sanidad. Junto a este motivo cuantitativo podríamos citar otros cualitativos: los criterios de distribución entre las CC.AA. de los recursos destinados a financiar los servicios sanitarios; las CC.AA. han defendido la idea de una insuficiente financiación, lo que ha originado continuas desviaciones presupuestarias; falta de un marco normativo estable aplicable a la financiación de esta materia; etc.

La Constitución Española de 1978, y la aplicación de los principios en ella recogidos, ha supuesto un proceso gradual de descentralización de las competencias de la Administración Central y sus órganos gestores en el campo de las prestaciones sanitarias. Una característica del proceso de transferencias en esta materia ha sido la heterogeneidad, pues hasta el momento sólo siete Comunidades Autónomas (CC.AA.) han asumido competencias plenas en esta materia: Andalucía (1984), Canarias (1994), Cataluña

³ En concreto, el artículo 149.1.17 de la carta magna (Constitución Española de 1978) establece que el Estado tiene competencia exclusiva sobre la legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de que la ejecución de sus servicios pueda ser transferida a las Comunidades Autónomas.

(1981)⁴, Galicia (1991), Navarra (1991), País Vasco (1987) y Valencia (1987)⁵. Estas CC.AA. gestionan la sanidad a través de sus respectivos Servicios Regionales de Salud (SRS), mientras el INSALUD mantiene la gestión sanitaria en las 10 regiones restantes. Por lo que este organismo realiza funciones de coordinación, en el caso de las primeras, y funciones de gestión directa, en las segundas. Otro inconveniente de este proceso es que en las CC.AA. que no han recibido esas competencias se producen situaciones realmente incongruentes. Así, hay centros sanitarios de titularidad local gestionados por los gobiernos autonómicos y otros centros que son gestionados por el INSALUD. Además, se da el caso de que esas CC.AA. tienen transferidas las materias de salud pública, pero no las de asistencia sanitaria que siguen estando en manos del INSALUD⁶.

No obstante, el proceso descentralizador descrito en el párrafo anterior se extenderá al resto de las regiones españolas, incluida Castilla y León, en los próximos años. Por este motivo creemos que resulta relevante un estudio riguroso de la situación actual del sistema sanitario en nuestra Comunidad y las consecuencias que el traspaso de competencias sanitarias tendrá previsiblemente en el sector público regional. En concreto, proponemos analizar las diferentes alternativas para la financiación autonómica de la sanidad, centrándonos en dos de ellas: línea de gasto (estimación del gasto necesario para financiar la prestación de los servicios sanitarios transferidos y repartir los ingresos para su financiación) y línea de ingreso (participación de las CC.AA. en determinados impuestos estatales, mediante la devolución de capacidad y competencias fiscales sobre algunas figuras tributarias -corresponsabilidad fiscal-).

El presente trabajo lo hemos estructurado de la siguiente forma. En una primera sección (SECCIÓN 2) analizamos el vigente modelo de financiación autonómica del gasto sanitario, destacando los principales rasgos diferenciadores de este modelo con relación a los vigentes en años previos. En la siguiente sección (SECCIÓN 3) abordamos las principales líneas de reforma en la financiación sanitaria territorializada. El trabajo se centra en dos de ellas: la línea de gasto y la línea de ingreso. Concluimos este trabajo con un apartado (SECCIÓN 4) donde recogemos los principales resultados alcanzados a lo largo de este trabajo.

⁴ El primer traspaso de servicios del INSALUD tuvo lugar en 1981 a favor de la Comunidad Autónoma (C.A. a partir de ahora) de Cataluña.

⁵ Esas siete CC.AA. que han asumido las competencias de sanidad representan, aproximadamente, el 60% del volumen de gasto sanitario y afectan a una proporción parecida de la población española.

⁶ Debemos señalar que a pesar del proceso de integración europea, las competencias sanitarias continúan siendo de los Estados miembros de la Unión. Así se recoge en el artículo 139 del Tratado de Amsterdam. Por lo que no debemos esperar de la Unión Europea la solución a los problemas que en esta materia puedan surgir en nuestro país.

2.- MODELO DE FINANCIACIÓN SANITARIA PARA EL CUATRIENIO 1998-2001.

El Consejo de Política Fiscal y Financiera, por acuerdo de 27 de Noviembre de 1997, adoptó un nuevo modelo de financiación territorial del gasto sanitario. Dicho modelo ha intentado garantizar la viabilidad financiera de la prestación sanitaria insuflando un cuantioso volumen de recursos a la financiación de la sanidad. No en vano, uno de los principios básicos informadores del nuevo sistema de financiación es la suficiencia financiera del Sistema Nacional de la Salud. La asistencia sanitaria recibió un trato preferencial en el primer ejercicio presupuestario en el que se recogió este modelo de financiación, 1998. Concretamente a esta partida se destinaron casi 4 billones de pesetas, lo que supuso un incremento del 11% con respecto al ejercicio precedente. Por tanto, un primer efecto del nuevo modelo de financiación de la asistencia sanitaria ha sido una apuesta decidida por la consolidación del sistema público de salud. La composición de esos casi 4 billones de pesetas del ejercicio presupuestario de 1998 destinados a gastos sanitarios se diseñó de la siguiente manera:

- 1). Como cuantía de referencia se toma la recogida en la Ley General de Presupuestos Generales del Estado para el ejercicio de 1998: 3,719 billones de pesetas.
- 2). Se estima un volumen adicional de 40 mil millones de pesetas en concepto de ahorro como consecuencia del control de gasto en las prestaciones por incapacidad laboral transitoria.
- 3). Otra partida adicional de 10 mil millones de pesetas para garantizar la viabilidad financiera de la cobertura sanitaria.
La suma de estas tres partidas componen el Fondo General, según denominación del CPFF, con un montante de 3,769 billones de pesetas. El criterio de distribución territorial de este Fondo General es el de la población protegida.
- 4). Un Fondo de Modulación Financiera, con una cuantía de 20,5 mil millones de pesetas, destinado a evitar una reducción en la financiación de las CC.AA. con respecto a la situación previa debido al descenso en la población, garantizando que ninguna C.A. perdería más de un 0,25% de su financiación en relación a los recursos que tenían asignados en el proyecto de presupuestos de 1998.⁷

⁷ En el acuerdo quinto del CPFF sobre la financiación de los servicios de sanidad en el período 1998-2001 se recoge la fórmula que garantiza esta financiación mínima en los traspasos de servicios sanitarios. De acuerdo con el citado acuerdo, aquellas CC.AA. que asuman las competencias de sanidad se las incorporará en la valoración del traspaso la cantidad que resulte de aplicar la siguiente formula:

$$\text{Cantidad} = \{ \text{PGE}_{98} * (\text{PPa} - \text{PPn}) - 0.0025 * \text{F}_{98} \} * \text{Ia}$$

Donde:

PGE_{98} = 3,719 billones de pesetas.

PPa = Población protegida de la CC.AA. según el sistema de financiación del período 1994-1997.

PPn = Población protegida de la CC.AA. según el sistema de financiación del período 1998-2001.

- 5). Creación de un Fondo de Docencia, Investigación y Desplazados con un volumen cercano a los 50 mil millones de pesetas. La distribución territorial de este Fondo se hará de acuerdo con los siguientes criterios: saldo de pacientes atendidos por cada C.A. (diferencia entre pacientes "importados" y pacientes "exportados"), número de médicos internos residentes (MIR), etc.
- 6). La cuantía total de gasto sanitario público prevista para el ejercicio 1998 fue de 3,837 billones de pesetas. Asimismo, en el acuerdo de 1997 del CPFF se previó una cuantía adicional de 65 mil millones de pesetas por el hipotético ahorro en el gasto sanitario debido a mejoras en la gestión de los servicios sanitarios (el criterio de distribución de esta partida sería la población protegida).
- 7). A partir del año 2000 se sumará una partida de 25 mil millones de pesetas que se asignará a las CC.AA. en función de las mejoras que cada una de ellas introduzca en la prestación de los servicios sanitarios.

La cuantía de esos fondos, detallada líneas arriba, es la prevista para el primer año de ese acuerdo (1998). Para años posteriores, y de acuerdo con el principio de suficiencia dinámica, esa cuantía evolucionaría en función del PIB nominal a coste de factores. La realidad nos ha mostrado, sin embargo, cómo el gasto sanitario público ha crecido durante los últimos años en un porcentaje mayor que el PIB nominal.

En el **CUADRO 2** recogemos el volumen y la distribución de los recursos sanitarios de 1998 entre las distintas CC.AA. con competencias en sanidad y el INSALUD Gestión Directa. En este cuadro es posible apreciar una de las peculiaridades de este nuevo modelo de financiación: su articulación a través de diferentes fondos. Así, diferenciamos entre un Fondo General, que recoge los recursos destinados a la cobertura de prestaciones sanitarias con carácter general y los recursos que se esperan obtener por el mejor control sobre la incapacidad laboral transitoria, y un Fondo Específico destinado a cubrir atenciones específicas y compuesto a su vez por dos fondos diferentes: el Fondo de Modulación Financiera y el Fondo de Asistencia Hospitalaria (explicados anteriormente).

$$F_{98} = PGE_{98} * PPa$$

Ia = PIB nominal a coste de factores acumulado entre el año 1998 y el año inicial del traspaso de servicios.

CUADRO 2
VOLUMEN Y DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DE LOS RECURSOS
SANITARIOS, 1998. (Millones de pesetas)

	FONDO GENERAL (FG)				FONDO ESPECÍFICO (FE)				TOTAL FONDOS	%
	Control ILT	%	Total FG	%	Modulación financiera	%	Desplazados y Docencia	%		
Cataluña	6.299,8	15,75	593.665	15,75	7.454,6	36,46	23.373,2	48,78	624.493	16,27
Galicia	2.765,0	6,91	260.559	6,91	3.716,9	18,18	1.566,0	3,27	265.843	6,93
Andalucía	7.228,3	18,07	681.160	18,07	0,0	0,00	12.334,2	25,74	693.495	18,07
Valencia	4.090,2	10,23	385.440	10,23	0,0	0,00	3.314,1	6,92	388.755	10,13
Canarias	1.626,9	4,07	153.310	4,07	0,0	0,00	1.099,7	2,29	154.410	4,02
País Vasco	2.178,2	5,45	205.263	5,45	2.998,0	14,66	538,5	1,12	208.800	5,44
Navarra	537,7	1,34	50.669	1,34	830,5	4,06	138,1	0,29	51.638	1,35
Insalud GT	24.726,2	61,82	2.330.069	61,82	15.000,0	73,37	42.363,8	88,41	2.387.433	62,21
Insalud GD	15.273,8	38,18	1.439.326	38,18	5.444,4	26,63	5.554,6	11,59	1.450.326	37,79
TOTAL	40.000,0	100,0	3.769.396	100,0	20.444,4	100,0	47.918,4	100,0	3.837.759	100,0

Fuente: Sánchez y Gómez (1998) y elaboración propia.

Una segunda consecuencia de este modelo es que prevé que los ahorros que se alcancen en la prestación sanitaria reviertan en el mismo sistema sanitario, para reducir así el déficit público generado en años anteriores por la prestación de este servicio. Como señalamos en el punto 6 líneas arriba, la estimación de ahorro por adecuación del consumo de medicamentos a las necesidades reales de la población se valoró inicialmente en 65 mil millones de pesetas. A su vez, en el punto 2 aludíamos a una estimación de ahorro de 40 mil millones de pesetas por la aplicación de medidas dirigidas al control del gasto por incapacidad laboral transitoria.

Otra característica de este modelo, y con el objetivo de garantizar la suficiencia dinámica del mismo durante su período de aplicación, es que, al igual que ocurría con modelos anteriores, el crecimiento anual del gasto sanitario está ligado al crecimiento nominal del PIB⁸. Además, se establece una dotación adicional de 25 mil millones de pesetas para el año 2000, siempre y cuando se alcancen determinados objetivos en la reducción de las listas de espera quirúrgicas y la mejora de la calidad asistencial. Esa dotación adicional se repartiría entre las CC.AA. en función de la población protegida.

Al igual que en la etapa anterior (1994-1997), se ha considerado el criterio de población protegida como criterio determinante para la distribución de los recursos públicos destinados a financiar la prestación de servicios sanitarios. De acuerdo con este criterio se prevé distribuir algo más del 98% del total de recursos públicos con que se cuenta. Sin embargo, y a diferencia del anterior modelo, para cuantificar la población protegida se ha entendido razonable acudir a los datos recogidos en el Padrón de 1996,

⁸ Aun cuando con esta medida se intenta conseguir un ritmo de crecimiento del gasto sanitario sostenible y afrontable, sin embargo la experiencia de años anteriores nos muestra cómo los incrementos del gasto sanitario no han sido inferiores al crecimiento del PIB, con el consiguiente peligro de déficits públicos.

publicado por el INE, en lugar de acudir a las cifras del Censo de 1991, y se han actualizado también los datos sobre personas protegidas por entidades de seguro libre (MUFACE; MUGEJU, etc.), para cuantificar la población protegida por el Sistema Nacional de Salud. Obviamente, esta actualización de los datos ha conllevado cambios de distinto signo para la financiación de las distintas CC.AA. Algunas de ellas se han visto beneficiadas: Andalucía, Canarias y Valencia; mientras que otras se han visto perjudicadas como consecuencia de esa actualización: Cataluña, Galicia e Insalud Gestión Directa (ver CUADRO 3).

CUADRO 3
DETERMINACIÓN Y EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN PROTEGIDA 1991-1996

	1991				1996				Diferencia 96-91	
	Pbl.Dho.	Mutuald.	Pbl. Prot.	%	Pbl.Dho.	Mutuald.	Pbl. Prot.	%		%
Cataluña	6.059.494	206.297	5.853.197	15,99	6.090.040	185.576	5.904.464	15,75	-0,24	
Galicia	2.731.669	159.785	2.571.884	7,03	2.742.622	151.153	2.591.469	6,91	-0,12	
Andalucía	6.940.522	451.909	6.488.613	17,72	7.234.873	460.198	6.774.675	18,07	0,35	
Valencia	3.857.234	183.488	3.673.746	10,03	4.009.329	175.823	3.833.506	10,22	0,19	
Canarias	1.493.784	81.011	1.412.773	3,89	1.606.534	81.742	1.524.792	4,07	0,17	
País Vasco	2.104.041	75.514	2.028.527	5,54	2.098.055	56.548	2.041.507	5,44	-0,09	
Navarra	519.277	17.156	502.121	1,37	520.574	16.629	503.945	1,34	-0,02	
Insalud GT	23.706.021	1.175.160	22.530.861	61,57	24.302.027	1.127.669	23.174.358	61,81	0,24	
Insalud GD	15.166.247	1.085.613	14.080.634	38,42	15.367.367	1.052.142	14.315.225	38,18	-0,24	
TOTAL	38.872.268	2.260.773	36.611.495	100,0	39.669.394	2.179.811	37.489.583	100,00	0,00	

Fuente: Consejo de Política Fiscal y Financiera (1997) y elaboración propia.

Sin embargo, existen excepciones a la aplicación del criterio capitativo como criterio de distribución de los recursos. Así, en el reparto del Fondo de Modulación Financiera, al que hacíamos referencia líneas arriba, no se aplica en puridad el criterio de población protegida. El criterio de distribución de este Fondo es garantizar que ninguna C.A. que haya reducido en términos relativos su población (Cataluña, Galicia e Insalud Gestión Directa) pueda perder más del 0,25% de los recursos asignados a cada administración gestora por los Presupuestos Generales del Estado. En 1998 se destinaron a este Fondo 20,5 mil millones de pesetas.

Existe otra excepción a la aplicación del criterio de población protegida, como es el utilizado para la distribución de recursos destinados a la docencia e investigación médica y a los pacientes desplazados de otras regiones: el Fondo de Asistencia Hospitalaria⁹. En el presupuesto de 1998 la cuantía destinada a estos fines era de 48 mil millones de pesetas. Con estos recursos se intenta compensar a aquellas CC.AA. que reciben más pacientes de otros territorios. A pesar de que el reparto de los recursos de este fondo no es muy claro, a la luz de la experiencia sabemos que la "mayor porción del pastel" se la llevaron Cataluña y, en menor medida, Andalucía.

⁹ No obstante, hemos de reconocer que esta excepción también se recogía en el modelo de financiación sanitaria de 1994-1997.

Podemos afirmar, por tanto, que junto al criterio general de población protegida, que se aplica al 98,1% de los fondos totales de financiación de la sanidad, existen otros dos criterios de distribución de los recursos complementarios, aunque son prácticamente residuales.

A la hora de valorar este modelo algún autor¹⁰ ha destacado que con el acuerdo del CPFF de 1997 sobre financiación sanitaria se abandona la utilización exclusiva del criterio de población protegida para la distribución de los recursos destinados a la sanidad, ya que establece un fondo finalista destinado a compensar las pérdidas de población entre el censo de 1991 y el padrón de 1996, y restaurar posibles desequilibrios territoriales debidos a costes de investigación, docencia y atención a desplazados, sin detallar claramente los criterios para distribuir dicho fondo. Se ha criticado la existencia de este fondo de atenciones específicas, máxime cuando alguna de las partidas recogidas en dicho fondo podrían internalizarse a través del mecanismo capitolativo y estableciendo algún sistema de compensación entre las distintas CC.AA. Ni el principio de suficiencia ni el de equidad justifican la existencia de este fondo. Se abandona, por tanto, un criterio transparente de reparto y la financiación sanitaria aparece más vulnerable a posibles presiones políticas que puedan ejercer las distintas CC.AA. Este hecho, en último extremo, puede estar poniendo en peligro un mismo nivel de servicios sanitarios para todos los ciudadanos españoles con independencia de la región en la que residan¹¹.

Otra crítica que se ha hecho al nuevo acuerdo adoptado por el CPFF en 1997 para la financiación autonómica de la sanidad, es que no incorpora una mayor corresponsabilidad fiscal de aquellas CC.AA. con competencias transferidas en sanidad frente al acuerdo anterior. En este acuerdo no se da un traslado efectivo de los riesgos de la hacienda central a las haciendas autonómicas.

Una tercera crítica achacable al modelo es que el criterio distributivo ha sido fundamentalmente el de la población protegida no ajustada, criterio que también se recoge en la Ley General de Sanidad, sin considerar otros elementos de ajuste como pudieran ser la dispersión geográfica (factor esencial para la C.A. de Castilla y León) y la estructura de edades (también importante para nuestra región). Quizá sería aconsejable la incorporación de alguna variable sobre el estado de salud de la población¹², ya que la utilización tan sólo de variables demográficas para corregir la distribución per cápita de la financiación de la sanidad puede introducir importantes sesgos a favor de determinadas regiones y en detrimento de otras, recomendándose en consecuencia la toma en consideración de factores socioeconómicos y sanitarios junto a los demográficos.

¹⁰ Ver, por ejemplo, Monasterio y Suárez (1998), páginas 74 y 75.

¹¹ Opinión que los lectores pueden ver más desarrollada en Cabasés (1998) páginas 18 y siguientes.

¹² En distintos trabajos se destaca la relación positiva entre la morbilidad y la cuantía de gastos sanitarios, por ejemplo en Laasman (1993).

Finalmente, otra cuestión criticable de este modelo es la consideración del saldo de desplazados como criterio redistributivo, índice éste que debe utilizarse con mucho cuidado, porque tiende a favorecer a aquellas CC.AA. con mayor nivel de renta.

3.- LÍNEAS DE REFORMA EN LA FINANCIACIÓN SANITARIA TERRITORIALIZADA.

Hoy en día continúa abierto el debate sobre la financiación de la sanidad. Como consecuencia del mismo han surgido dos líneas de reforma de la financiación sanitaria territorializada: la línea de gasto y la línea de ingreso. No obstante, estas dos alternativas no son las únicas, ya que entre ambas cabe una multitud de soluciones intermedias, ni tampoco son excluyentes, ya que es posible la preponderancia de alguna de las dos y la utilización complementaria de la otra.

A.- **“Línea de gasto”** o **“descentralización del gasto”**, básicamente consiste en cuantificar el gasto que cada C.A. requiere para hacer frente a sus necesidades en sanidad y transferirla los recursos correspondientes. Con esta alternativa, la territorialización del gasto se financia por medio de subvenciones condicionadas del gobierno central a los autonómicos, estimándose la cuantía de esa transferencia a partir de la cuantificación del gasto considerado como necesario por la hacienda central para la prestación del servicio transferido.

Los principales criterios que se podrían utilizar para la distribución de los recursos de acuerdo con esta primera alternativa de financiación territorializada de los servicios sanitarios serían los siguientes:

- a) La negociación política entre la hacienda central y las haciendas subcentrales. El problema de este criterio es que aquellas con más poder político se quedarán con un trozo más grande del pastel y, por lo tanto, se incrementarían los posibles desequilibrios territoriales previamente existentes.
- b) Según un segundo criterio la distribución de los recursos se haría de acuerdo con el coste efectivo de la prestación de los servicios sanitarios. Un inconveniente en la aplicación de este criterio es que consolidaría las desigualdades ya existentes entre las diferentes regiones.
- c) El tercer criterio defiende la distribución de los recursos en función del porcentaje de la población de una determinada C.A. respecto al total nacional. Es el criterio conocido como capitativo simple o per cápita.
- d) Un último criterio que podemos señalar es el capitativo compuesto, según el cual el reparto por cabeza debería ser corregido en función de las distintas necesidades de los ciudadanos de las diferentes Comunidades. La toma en consideración de la necesidad se podría hacer con la incorporación de ciertas variables, como por ejemplo: costes efectivos de la prestación sanitaria en las distintas CC.AA., evolución temporal de la

estructura y dimensión de la población de cada región, etc. Sería éste una especie de criterio capitativo al que se le añade alguna ponderación para compensar posibles desequilibrios territoriales. Así, se podrían tener en cuenta factores demográficos, económicos o cualesquier otros con incidencia en el consumo de bienes y servicios sanitarios. Obviamente, la consideración de estos factores produciría un reparto de los recursos para la financiación de las necesidades sanitarias muy distinto al resultante de aplicar el criterio del coste efectivo (e histórico) de los servicios o al resultante de aplicar exclusivamente el criterio de la población protegida. Un buen ejemplo de la aplicación de este criterio lo constituye el sistema inglés, conocido por sus iniciales, RAWP (Resource Allocation Working Party), que hace depender el sistema capitativo normal de factores tales como: la estructura socioeconómica, la estructura demográfica, las necesidades sanitarias locales y la diferencia en costes de servicios sanitarios entre las distintas zonas del país.

Como cabe imaginar la elección de uno de esos criterios en detrimento de los otros origina consecuencias no desdeñables en cuanto a la situación relativa de cada C.A. en relación con el resto.

A nuestro juicio, un sistema de financiación territorializada de los servicios sanitarios basado exclusivamente en el método del presupuesto histórico (coste efectivo), no permitiría abordar correctamente las desigualdades existentes en la dotación inicial de los servicios, ni las diferencias en el gasto per cápita, ni tendría en cuenta los cambios en la estructura social (envejecimiento), ni la morbilidad, ni los movimientos poblacionales. Para salvar esta dificultad, los legisladores en la LGS adoptaron el criterio capitativo de la población protegida. Con este criterio se perseguía también incorporar sencillez al sistema. Pero si se quiere garantizar la consecución del principio de equidad, entendido éste como la atención a la población de acuerdo con sus necesidades, parece evidente la existencia de importantes diferencias entre las CC.AA. en cuanto a la estructura demográfica, nivel de riqueza, coste de los servicios suministrados, saldo de desplazados, etc. Estas circunstancias obligan a modular el criterio de la población protegida con la consideración de otras variables si se pretende que la distribución de los recursos sanitarios se realice de acuerdo con el principio de equidad.

A continuación pasamos revista a las que creemos deben ser las principales variables a tener en cuenta para modular el criterio capitativo en la financiación sanitaria.

1) Estructura demográfica.

La necesidad de servicios sanitarios de una región viene determinada por el volumen de población, pero también por su estructura demográfica. Son múltiples autores los que abogan porque la edad media de la población sea un factor a considerar en la financiación de la factura sanitaria, basándose en el mayor gasto sanitario ocasionado por ciertos grupos etarios. Diversos estudios muestran que las personas mayores de 65 años tienen un gasto capitativo 3,5 veces superior a la media poblacional.

En España se ha producido un envejecimiento de la población; así, el porcentaje de población menor de 19 años habrá descendido desde un 34,4% en 1981 a un 21,7% en el 2001, mientras que la población mayor de 85 años, habrá aumentado de un 0,7% al 1,6% en el 2001. Las CC.AA. más envejecidas son: Aragón, Asturias, Castilla y León, Galicia y la Rioja; mientras que aquellas con menos porcentaje de personas mayores son: Andalucía, Canarias, Murcia, Ceuta y Melilla.

En cuanto al sexo, podemos señalar que la población española se reparte muy homogéneamente respecto al género y las diferencias entre CC.AA. son muy pequeñas. Pero, ¿por qué incorporar el sexo en las variables determinantes de la distribución de recursos sanitarios? La explicación es que las mujeres tienen una esperanza de vida de 6,4 años más que los hombres y, lo que es más importante, esa mayor esperanza de vida no se relaciona con una mejor salud, ya que de esos 6,4 años solamente 1,8 se espera que sean libres de incapacidad, por lo que la demanda de servicios sanitarios es de suponer que sea mayor en aquellas CC.AA. donde mayor sea la población femenina.

2) Saldo de desplazados.

Por desplazados entendemos aquellos pacientes tratados en una C.A. pero que tienen su residencia habitual en otra. En la distribución de recursos sanitarios entre CC.AA. se deberá tener en cuenta este factor si queremos no penalizar a aquellas CC.AA. que son importadoras netas de pacientes.

Las principales CC.AA. importadoras de enfermos son: Madrid, Cataluña y Navarra. Mientras que aquellas CC.AA. exportadoras de enfermos son: Castilla la Mancha, Castilla y León, Andalucía y Extremadura.

3) Nivel de riqueza.

La relación entre el nivel de renta y el grado de salud de una sociedad está ampliamente demostrada. Probablemente, el desarrollo económico y la educación son los principales condicionantes del grado de salud de una sociedad.

Los trabajos empíricos en esta materia muestran la existencia de una relación positiva entre el nivel de renta per cápita y el gasto sanitario per cápita. Las regiones más ricas gastan más en sanidad que aquellas otras más pobres. Se ha comprobado además que la elasticidad renta de los países occidentales es significativamente superior a la unidad; es decir, un aumento de la renta de un país origina un incremento mayor del gasto sanitario¹³. De acuerdo con estimaciones de la OCDE, en nuestro país esa elasticidad está en torno al 2,1, por lo que un aumento de 1% en el PIB se traduce en un aumento del 2,1% del gasto en sanidad. Por tanto, aquellas CC.AA. con mayor renta consumen más servicios

¹³ Para un estudio más amplio de estos temas ver, entre otros, los trabajos de Newhouse (1977) y Murillo et al. (1993).

sanitarios y, consecuentemente, mayor tiene que ser el gasto sanitario. En nuestro país las rentas más altas se sitúan en Baleares, La Rioja, Madrid y Cataluña, y las más bajas en Extremadura, Andalucía y Castilla la Mancha.

4) Aspectos geográficos.

Un factor que condiciona el acceso de los ciudadanos a los servicios sanitarios es la dispersión geográfica, ya que aumenta la distancia media a los centros sanitarios y obliga a la instalación de recursos para núcleos de población pequeños. Un buen indicador de este factor es la densidad de la población de una C.A. En el territorio nacional existen seis CC.AA. con densidad de la población inferior a los 50 habitantes por km². Mientras que en otras siete es mayor de 100, destacando la comunidad de Madrid donde la densidad de población es superior a 600 habitantes por km².

Otro factor muy relacionado con el anterior, y que afecta también a la accesibilidad de los ciudadanos a los servicios sanitarios, es el que se refiere al índice de urbanización del territorio. La existencia de un mundo rural extenso, con una reducida densidad y una elevada dispersión, conlleva consecuencias inmediatas en el coste de la prestación de los servicios públicos en general y del servicio de sanidad en particular, origina también un problema de distribución de recursos materiales y humanos, y la práctica inexistencia de núcleos urbanos impide una adecuada integración territorial.

Otro factor geográfico al que se debe prestar atención a la hora de modular el criterio capitativo en la distribución de recursos sanitarios es el carácter no peninsular de parte del territorio español (Islas Canarias, Islas Baleares, Ceuta y Melilla). Esta característica añade nuevos condicionantes al dispositivo asistencial que las Administraciones deben desplegar para hacer frente a las contingencias que en dichos territorios se produzcan.

5) Infraestructuras sanitarias.

Otro factor que creemos debería tenerse en cuenta a la hora de distribuir los recursos financieros destinados a la sanidad es la situación en infraestructura sanitaria con las que parten las distintas CC.AA. No defendemos aquí una multiplicidad de servicios por encima de la demanda de la población, sino que todas las CC.AA. puedan atender en igualdad de condiciones a sus potenciales clientes.

B.- “Línea de ingreso” o “espacio fiscal”. Esta segunda alternativa de financiación territorializada de la sanidad propone un sistema de financiación autonómica de los servicios sanitarios basado en la aportación de recursos propios de las CC.AA. Esta propuesta de financiación otorgaría a las CC.AA. un mayor margen para diseñar sus propias políticas de gasto y, lo que es más importante, permitiría la integración de la financiación autonómica sanitaria en el financiación autonómica general, lo cual parecería lógico una vez se hayan completado las transferencias de competencias en materia de

sanidad a todas las CC.AA. y cuando ya las cotizaciones sociales han dejado de ser la fuente de financiación del sistema sanitario español.

Esta segunda línea de reforma abandona la vía de financiación por transferencias finalistas condicionadas de la Administración Central y se basa en último extremo en la autonomía, tanto política como financiera, de las CC.AA. Los mecanismos a través de los cuales se podría materializar esta vía son, entre otros: cesión de nuevos tributos, conversión de tributos cedidos en propios de cada C.A., establecimiento de un espacio fiscal propio, etc. Esta última propuesta presenta la ventaja de garantizar la autonomía con que deben contar las CC.AA., ya que las permitiría diseñar sus propias políticas en la prestación sanitaria y, además, enlaza con la probable evolución del sistema de financiación autonómica general (cesión parcial del IRPF, previsible cesión de impuestos especiales y del IVA minorista)¹⁴. Sin embargo, esta alternativa únicamente tendría sentido en una situación en la que la financiación de la sanidad autonómica se integrara en el sistema general de financiación autonómica, no en caso contrario.

Dado que, como ya vimos en el epígrafe previo, el actual modelo de financiación territorial de la sanidad en España finaliza su vigencia en el año 2001, año en el que también concluye el sistema general de financiación autonómica, esta coincidencia temporal quizás sea una buena oportunidad para integrar la financiación sanitaria en la autonómica y conseguir a la vez un modelo estable y libre, en la medida de lo posible, de toda presión política. Una vez completadas las transferencias de sanidad a todas las CC.AA., no creemos que exista argumento alguno que pueda justificar un tratamiento diferenciado de la financiación territorial de los servicios sanitarios frente al resto de servicios transferidos. Junto con la mayoría de la literatura, estimamos que la integración de la financiación sanitaria en la financiación autonómica general será prácticamente inevitable una vez todas las CC.AA. reciban las transferencias de los servicios sanitarios y desaparezcan totalmente las cotizaciones como fuente de financiación de la sanidad pública. En ese nuevo marco, la alternativa de financiación territorializada de los servicios sanitarios a utilizar será la "línea ingreso" o "espacio fiscal".

4.- CONCLUSIONES.

Los principales retos a los que se enfrenta la evolución del gasto sanitario público son fundamentalmente dos: el volumen del mismo y la asignación territorial de esa cuantía a las CC.AA. que configuran el Estado español. En relación con el primero de esos retos, hemos señalado cómo el gasto sanitario público en nuestro país ha pasado de representar el 4,6% del PIB en 1985 a suponer el 6% diez años después. Incremento que no parece que se haya detenido, más bien los datos de los últimos años parecen indicarnos todo lo contrario: el gasto público necesario para atender las necesidades sanitarias de los

¹⁴ Ventajas estas que destaca el profesor Monasterio (1997).

españoles aumenta con el transcurso del tiempo. Para mostrar la relevancia del segundo reto mencionado, el diseño de los mecanismos adecuados para proceder a la asignación territorial de los gastos sanitarios, basta con señalar tan sólo un dato: el porcentaje de gasto que las CC.AA. destinan a la prestación de servicios sanitarios es superior al 25% del total de gasto público autonómico, el gasto en sanidad representa la mayor partida de gasto regional.

El tema de la financiación territorial del gasto en sanidad ha estado sometido a un continuo debate y, como consecuencia de lo cual, sujeto a múltiples reformas. En la evolución de la financiación del gasto sanitario territorializado podemos diferenciar tres etapas que responden a otros tantos modelos de financiación. Una primera etapa, 1981-1993, en la que a priori el coste efectivo de los servicios sanitarios fue utilizado como valor de referencia para determinar la cuantía de recursos financieros que necesitaban las CC.AA. que hubiesen asumido las competencias en esta materia. En una segunda etapa, 1994-1997, se optó por la población protegida (población de derecho menos población protegida por entidades de seguro libre) como criterio para asignar los recursos financieros a aquellas CC.AA. con competencias en sanidad. La tercera etapa, y última de momento, es la que abarca los años 1998-2001. Una de las peculiaridades de este nuevo modelo de financiación territorial del gasto sanitario es su articulación a través de distintos fondos: un Fondo General en el que se recogen los recursos destinados a la cobertura de prestaciones sanitarias con carácter general y los recursos que se esperan obtener por el mejor control sobre la incapacidad laboral transitoria, estos recursos se distribuyen entre las CC.AA. en función de la población protegida; y un Fondo Específico, destinado a atender necesidades concretas, cuyo criterio de distribución no es el mismo que en el caso anterior.

El debate sobre la financiación territorial de la sanidad no está ni mucho menos cerrado, y prueba de ello es que dentro de la literatura han surgido básicamente dos alternativas de reforma en la financiación sanitaria territorializada. De acuerdo con la primera de ellas, conocida como línea de gasto o descentralización del gasto, la territorialización del gasto se financia por medio de subvenciones condicionadas del Gobierno Central a los Autonómicos, estimándose la cuantía de esa transferencia a partir de la cuantificación del gasto considerado como necesario por la hacienda central para la prestación del servicio transferido. Mientras que la segunda alternativa de reforma, denominada línea ingreso o espacio fiscal, abandona la vía de las transferencias finalistas condicionadas de la Administración Central a las CC.AA. y propone un sistema de financiación autonómico de los servicios sanitarios basado en el desarrollo de la propia capacidad fiscal de las CC.AA.

Respecto a esas dos alternativas de reforma, los autores de este trabajo nos decantamos por la segunda de ellas, la línea ingreso, en cuanto que la misma otorgaría a las CC.AA. una mayor autonomía para diseñar sus políticas de prestación de los servicios sanitarios y para decidir sobre la evolución del gasto público regional en servicios

sanitarios. Además esta línea de ingreso permitiría la integración de la financiación autonómica sanitaria en el financiación autonómica general, inclusión ésta que creemos inevitable una vez todas las CC.AA. reciban las transferencias de los servicios sanitarios y desaparezcan totalmente las cotizaciones como fuente de financiación de la sanidad pública y el presupuesto del INSALUD que servido hasta el momento como montante de reparto para financiar los servicios sanitarios.

BIBLIOGRAFÍA.

Alonso, J.; Herce, J.A., (1998) "El gasto sanitario en España: evolución reciente y perspectivas", Textos Express 98-01, FEDEA.

Cabasés, J.M., (1998) "La financiación autonómica. Bases para una propuesta", Papeles de Economía Española, nº 76, págs.: 67-77.

Consejo de Política Fiscal y Financiera, (1997) "Financiación de los servicios de sanidad en el período 1998-2001", Madrid.

Fernández-Miranda, E., (2000) "Transferencias sanitarias: descentralizar y vertebrar", PricewaterhouseCoopers, Madrid.

Laasman, J.M., (1993) "Dispense de santé: une analyse empirique des déséquilibres régionaux", Cahiers Economiques de Bruxelles, nº 94.

López, G., (1998) "Financiación autonómica y gasto sanitario público en España", Papeles de Economía Española, nº 76, págs.: 2-14.

López, G.; et Al.,(1999) "El sistema sanitario español: informe de una década", Fundación BBV, Bilbao.

Monasterio, C, (1997) "Algunas reflexiones relativas al futuro de la descentralización sanitaria", mimeo.

Monasterio, C; Suárez, J., (1998) "Manual de Hacienda Pública autonómica y local", Ariel Economía, Barcelona.

Murillo, C.; et Al., (1993) "Health care expenditure and income in Europe", Health Economics, nº 2, págs.: 127-138.

Newhouse, J.P., (1977) "Medical care expenditure: a cross national survey" Journal of Human Resources, nº 12, págs.: 115-125.

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

Sánchez, J.; Gómez, J.S., (1998) "La financiación territorial de la sanidad: especial referencia a España", Papeles de Economía Española, nº 76, págs.: 19-49.

Truyoll, I., (1999) "La financiación de las Comunidades Autónomas: presente y futuro", Revista de Administración Sanitaria, vol. III, nº 12, págs.: 81-93.

Urbanos, R.M.; Utrilla A., (2000) "Incidencia del traspaso de competencias sanitarias en los recursos autonómicos, una simulación de escenarios alternativos de financiación", Papeles de Economía Española, nº 83, págs.: 184-206.