

XXIX REUNIÓN DE ESTUDIOS REGIONALES

EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA Y LEÓN. SU INCIDENCIA EN LA FINANCIACIÓN DEL GASTO SANITARIO.

María José Prieto Jano

E-mail: jprieto@eco.uva.es

Jesús María Gómez García

E-mail: jmgomez@eco.uva.es

Universidad de Valladolid

INTRODUCCIÓN

La Comunidad Autónoma de Castilla y León junto al resto de Comunidades Autónomas de Régimen Común que accedieron a su autonomía por la vía del Artículo 143 de la Constitución han asumido a partir de principios del año 2002 todas las competencias sanitarias gestionadas hasta la citada fecha por el Insalud en el territorio regional. El desarrollo de dichas competencias se encuentra directamente afectado por el contenido del nuevo Acuerdo de Financiación de las Comunidades Autónomas, pactado en el seno del Consejo de Política Fiscal y Financiera, pues es el marco en el que tendrá que desenvolverse la actuación de las Comunidades Autónomas en materia sanitaria, así como también por las nuevas normas de control presupuestario que se han aprobado para eliminar los déficits públicos de las Administraciones Autonómicas, pues ello marcará sus posibilidades en materia fiscal.

Este trabajo pretende, en primer lugar, poner de manifiesto las características generales (variables, ponderaciones, etc.) del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas pactado, poniendo especial énfasis en la aplicación de su contenido al campo sanitario y en las novedades que incorpora con respecto al modelo anterior de financiación de la sanidad. En segundo lugar, atendiendo a la información existente y en las proyecciones sobre la estructura de la población de Castilla y León, se trata de estimar los

posibles efectos que el proceso de envejecimiento demográfico puede llegar a tener sobre el sector sanitario de la región y, dado el probable incremento de los gastos sanitarios, plantear cuáles pueden ser los escenarios financieros que, de cara las próximas décadas, pueden plantearse en una Comunidad Autónoma como Castilla y León.

1. EL NUEVO MODELO DE FINANCIACIÓN SANITARIA EN CASTILLA Y LEÓN.

En el año 2001, finalizó el sistema de financiación sanitaria de las Comunidades Autónomas vigente para el período 1998-2001, coincidiendo con el fin del modelo de financiación general de las Comunidades Autónomas de régimen común. El período que se inicia a partir del año 2002 tiene un valor añadido, en el sentido en que es la primera vez que coincide el comienzo del nuevo modelo de financiación autonómica con el replanteamiento del modelo de financiación sanitaria. De forma simultánea a estas reformas, las autoridades centrales han transferido las competencias de sanidad a todas las Comunidades Autónomas que todavía no las habían recibido, entre las que se encontraba Castilla y León. Los Reales Decretos de traspaso, publicados en el BOE en los últimos días de 2001, hacían efectivo el traspaso de dichas competencias a partir del 1 de enero de dicho año. Desde ese momento, la sanidad pública pasaba a ser enteramente gestionada por las Comunidades Autónomas, mientras que la Administración Central del Estado, en concreto Ministerio de Sanidad y Consumo, que deja de tener la responsabilidad de la gestión de los servicios del INSALUD, para únicamente encargarse de las funciones de inspección y de garantía de igualdad de los ciudadanos ante los servicios sanitarios públicos a la luz de la Ley General de Sanidad.

El acuerdo de financiación de la sanidad anterior, vigente desde 1998, establecía como criterios de reparto de los fondos públicos los siguientes: un referente de crecimiento del presupuesto sanitario en función del incremento anual del PIB nominal, y un criterio de distribución a las CC.AA. con INSALUD transferido, en relación con la población protegida no ajustada, como base de reparto. Además, contemplaba la articulación de un segundo fondo que,

aunque tenía reducida dimensión, abría la posibilidad de permitir crecimientos presupuestarios superiores al de referencia e introducía una modulación financiera a fin de impedir que las CC.AA. con descensos relativos de población ajustasen su presupuesto a su nueva población protegida.

Por su parte, el actual acuerdo de financiación, regulado por la Ley 21/ 2001 de 27 de diciembre, de Financiación de las Comunidades Autónomas de Régimen Común, así como los acuerdos de traspaso de Competencias sanitarios y sociales, constituyen un nuevo intento de garantizar la suficiencia, la estabilidad y el control presupuestario. De esta forma, aunque se mantienen los tres submodelos diferenciados de financiación, uno para la financiación de las competencias comunes, otro para la sanidad y otro para los servicios sociales, todos ellos forman parte de un mecanismo común que pretende garantizar la suficiencia financiera.

2. ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO Y GASTO SANITARIO PÚBLICO.

Que duda cabe que financiar adecuadamente la sanidad durante los próximos años constituye el principal reto que debe afrontar el nuevo modelo de financiación de la sanidad previamente examinado. A tal fin, resultará imprescindible conseguir el necesario equilibrio entre, por un lado, la evolución de los gastos generados por el acceso de los ciudadanos a un servicio público “de calidad” y, por otro, la capacidad de generación de recursos como resultado de la aplicación del nuevo marco de financiación general de las Comunidades Autónomas que se inicia en el año 2002. Del primero de los elementos apuntados, la evolución del gasto sanitario público, nos ocuparemos seguidamente, dejando la consideración del segundo para un epígrafe posterior.

3.1 La evolución del gasto sanitario público y sus causas.

Históricamente, el gasto sanitario viene experimentando un aumento continuado en España, en particular desde finales de la década de los 80, con ritmos de crecimiento superiores a los registrados por el PIB nacional. Según los últimos datos de la OCDE (2002), entre los años 1989 y 1999, el gasto sanitario total en España incrementó su participación relativa en el PIB desde el

6,3% al 7,7% respectivamente. Dentro de dicho gasto, la parte correspondiente al sector público también creció sostenidamente durante el período analizado, pasando del 4,9% al 5,4% del PIB, respectivamente.

Si se considera una perspectiva internacional, la evolución del gasto sanitario público en España no muestra, en general, rasgos muy diferentes a la que presentan otros países desarrollados, si bien los niveles para España siguen siendo aún inferiores a la media para los países de la OCDE y para los que forman parte de la Unión Europea, que se sitúan en el 5,7% y el 5,9% con relación al PIB, respectivamente. Y ello, pese a que el crecimiento del gasto sanitario per cápita, en particular el del gasto público, ha sido más que notable durante la década de referencia.

Entre los factores que más decisivamente pueden influir en la evolución del gasto sanitario público destacan los siguientes: la extensión de la cobertura sanitaria entre la población, los avances tecnológicos médicos y el grado de intensidad en su uso, la evolución de los precios relativos de los servicios sanitarios (costes hospitalarios, medicamentos, etc.), la aparición de nuevas patologías (Sida, etc.), la transición epidemiológica hacia una mayor prevalencia de las enfermedades crónicas (generalmente más costosas en su tratamiento) y a unas crecientes tasas de discapacidad, vinculadas, ambas, al proceso de envejecimiento demográfico, así como también el propio crecimiento de la renta disponible, habiéndose constatado empíricamente que la elasticidad renta del consumo de servicios sanitarios es superior a la unidad, hecho que se traduce una mayor demanda de atención sanitaria por parte de la población. Pero, junto a estos factores relacionados con la oferta y demanda de servicios sanitarios y su utilización, cabría añadir otros asociados a la organización, gestión y planificación territorial de estos servicios.

A fin de resultar más concisos, podríamos sintetizar todos ellos en el producto de cuatro factores principales (Shieber y Poullier, 1989) que serían: (1) el “factor demográfico”, que comprendería tanto los cambios acaecidos en el tamaño de la población como las alteraciones en su estructura por edades, dada la disparidad existente en el grado de utilización de los servicios en según

la edad del individuo; (2) el “factor cobertura”, que recogería los cambios en la tasa de cobertura sanitaria; (3) el “factor inflación”, el cuál vendría expresado por la evolución de los precios relativos sanitarios y, finalmente, (4) el “factor utilización”, manifestado a través de la evolución de la prestación sanitaria real media por persona, dependiente, a su vez, de un amplio conjunto de variables tales como los cambios en la intensidad y volumen de las prestaciones, las innovaciones tecnológicas, los cambios organizativos, las nuevas patologías, etc. De todos ellos, el “factor cobertura” ha perdido actualmente gran parte de su relevancia, dada la ampliación de la misma al conjunto de la población. Por su parte, el “factor inflación” y el “factor utilización” resultan altamente impredecibles en su evolución futura, sobre todo el mencionado en último lugar, ya que tras los cambios en la prestación sanitaria media se encuentran no sólo causas de naturaleza económica, sino también condicionamientos de orden político. Finalmente, en cuanto al “factor demográfico”, éste se encuentra actualmente dominado por el proceso de envejecimiento de la población, que implica el descenso en el tamaño total de la misma, así como el aumento simultáneo de la proporción de individuos ancianos, que son los que más intensivamente utilizan los servicios sanitarios.

3.2 La demanda de servicios sanitarios y el proceso de envejecimiento de la población.

Es evidente que el riesgo de contraer enfermedades y de sufrir incapacidades o invalidez aumenta con la edad del individuo. Lejos de tratar de caracterizar a la vejez como una etapa de la vida asociada a la enfermedad y la discapacidad, es un hecho constatado que la población anciana realiza, en media, un mayor consumo de servicios sanitarios, tanto a nivel de la Atención Primaria como, sobre todo, de Especializada. Los siguientes datos son ilustrativos de la mayor demanda que realizan los ancianos en comparación con el resto de población :

- La tasa de morbilidad general entre los ancianos es 3 veces más alta que la de mortalidad. Este colectivo padece enfermedades crónicas en más del 30

por ciento de los casos, frente al 19 por ciento que se registra para el total de la población.

- El número de discapacidades de cada individuo discapaz que pertenece a la población anciana se aproxima a 3, duplicando el que corresponde a los menores de 6 años y superando en un tercio la del resto de la población. Existen importantes diferencias por sexo, siendo la tasa de discapacidad siempre superior en las mujeres frente a los varones y teniendo éstas, además, mayor esperanza de vida. La tasa de prevalencia de discapacidad por 1.000 habitantes es de 46 para el grupo de edad comprendido entre los 6 y los 64, mientras dicha tasa es de 322 para las personas de tal condición dentro del tramo de edad de 65 y más años.

- Los mayores de 64 años consultan al médico un 60 por ciento más que la media de la población, consumen un número de recetas médicas unas 4 veces superior al del resto de grupos de edad, y se hospitalizan con una frecuencia que duplica sobradamente la correspondiente a los individuos adultos.

- La población anciana consume, aproximadamente, más del 35 por ciento de las estancias hospitalarias totales y ocupa en torno al 40 por ciento del total de camas instaladas. La estancia media hospitalaria es, para el grupo de 65 o más años, superior en 10 días a la media para el conjunto de la población, que está actualmente en torno a los 8 días.

Todos estos datos ponen claramente de manifiesto que el proceso de envejecimiento de la población va a implicar, en cuanto supone un incremento en el número absoluto y relativo de ancianos dentro de la población, modificaciones en la demanda de servicios sanitarios, y fundamentalmente en aquélla centrada en la que realiza dicho grupo de personas, en particular, aquéllos de 75 y más años, que suponen el colectivo de mayores consumidores potenciales de este tipo de servicios, con un gasto sanitario que, en media para los países de la OCDE, se ha estimado 6 veces superior al que puede realizar otro individuo más joven. Además, es también preciso resaltar que el cambio señalado en la estructura demográfica va a tener incidencia no sólo sobre el tamaño global de la demanda sanitaria, sino, también, sobre su

composición. Ello exigirá, de cara al futuro, una adecuación “cuantitativa”, pero también “cualitativa” de la oferta de servicios sanitarios a las condiciones de salud generadas por la nueva situación demográfica.

Por lo que respecta a la población de la Comunidad Autónoma de Castilla y León, es un hecho contrastado que ésta viene experimentando desde hace tiempo un intenso proceso de envejecimiento en su estructura por edades y de tal magnitud que la sitúa actualmente en las posiciones de cabeza dentro de las regiones más envejecidas de España y de Europa. Se trata, además, de un proceso demográfico que, dada la evolución registrada en las tasas de natalidad y mortalidad regionales, tenderá a acentuarse en las próximas décadas del presente siglo.

En definitiva, teniendo en cuenta que los cambios en el tamaño y, sobre todo, en la estructura por edades de la población pueden modificar sensiblemente la demanda y el nivel de utilización de los servicios sanitarios públicos, las alteraciones futuras que puedan tener lugar en la estructura demográfica de Castilla y León constituyen un factor a tener muy en cuenta a la hora de anticipar la evolución futura del gasto sanitario público en el ámbito regional. En este sentido, a continuación se efectúa una estimación de dicho gasto en Castilla y León a partir de la evolución demográfica proyectada para la región en los próximos años.

3.3 Proyección del gasto sanitario público por causas demográficas en Castilla y León.

En general, las proyecciones de los gastos sanitarios (incluidos los vinculados a los más ancianos) son considerablemente complejas y mucho más aventuradas que, por ejemplo, las que pueden realizarse para el caso de los gastos en pensiones. Ello se debe a que en el sector sanitario no existe un sistema de regulaciones que permita estimar la evolución futura de las prestaciones sanitarias. Por otra parte, en cuanto a la relevancia de las variables demográficas en la evolución del gasto sanitario, existe cierto debate en torno a cuál de las siguientes ostenta mayor importancia: el aumento en el

porcentaje de población anciana (65 años o más) o bien el aumento de la proporción de aquéllos en los últimos años de vida (80 años o más).

En la mayoría de los países de la OCDE, el método empleado para la estimación del gasto sanitario público se ha basado ampliamente en la proyección del gasto per cápita por grupos de edad (y sexo). Al respecto, se presume que dicho gasto per cápita tiende a evolucionar siguiendo un perfil en forma de “J” con la edad del individuo; es decir, el consumo de servicios sanitarios aumenta durante los primeros años de vida, decrece posteriormente en la etapa de la juventud y en la edad adulta, volviendo a crecer de manera especialmente intensa cuando se alcanzan edades más avanzadas. Además, por lo general, estas proyecciones suelen mantener “constantes” otras variables que no están relacionadas con la edad, tales como la evolución de la renta per cápita, los cambios en las tecnologías médicas, la evolución de los precios de los servicios sanitarios y de los medicamentos, etc., ante la incertidumbre que encierra estimar la evolución futura de estos factores. De este modo se obtiene la evolución del gasto sanitario debida exclusivamente a factores demográficos. Siguiendo esta metodología, recientes estimaciones efectuadas por la OCDE (2001) revelan que, para el período 2000-2050, el incremento medio del gasto sanitario correspondiente a los 14 países miembros considerados sería de 3,3 puntos porcentuales en relación con el PIB.

En el caso concreto de la Comunidad Autónoma de Castilla y León, teniendo presente que, dada las diferencias existentes en el consumo de servicios sanitarios en función de la edad y el sexo del individuo, un cambio en la estructura por edades de la población como el que representa el proceso de envejecimiento demográfico tendrá necesariamente repercusiones sobre la demanda de servicios sanitarios, se ha llevado a cabo un ejercicio de estimación de la evolución del gasto sanitario público en función, exclusivamente, de la evolución demográfica proyectada para la región en los próximos años. A tal fin, se han elaborado unos índices de consumo de servicios sanitarios por grupos de edad y sexo de la población, a partir de la información contenida en diversas fuentes estadísticas, tomando como base el

año 1998 por ser éste el último para el cuál se disponía de información suficiente y homogénea.

En concreto, en este análisis se han considerado 19 grupos quinquenales de edad, finalizando en el que comprende a los individuos de 90 años o más, distinguiendo entre varones y mujeres (Gráfico 1). Asimismo, se han diferenciado varias categorías de consumo de servicios sanitarios de acuerdo con las principales funciones de gasto que recogen las Cuentas Satélite del Gasto Sanitario Público que elabora el Ministerio de Sanidad y Consumo. En concreto, dentro del gasto sanitario público total (GST) se han considerado las siguientes tres categorías de gasto:

- ?? Gasto hospitalario (GH), que incluiría la asistencia hospitalaria y especializada, estimándose dichos índices de gasto por edad y sexo a partir de la información recogida en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) sobre altas hospitalarias y la de la clasificación por Grupos de Diagnóstico Relacionado (DRG), ambas correspondientes a 1998.
- ?? Gasto extrahospitalario (GEH), que englobaría todos los servicios sanitarios que no impliquen ingreso en un hospital. Para su estimación se ha utilizado la información sobre el número medio de consultas de atención primaria contenida en la Encuesta Nacional de Salud (ENSE) de 1997, última disponible.
- ?? Gasto farmacéutico (GF), considerando, para ello, el número medio de recetas médicas prescritas a partir de los datos recogidos en la citada Encuesta Nacional de Salud.

Paralelamente, como base demográfica para determinar los efectos derivados del envejecimiento de la población regional se han utilizado los resultados de las proyecciones a 31 de diciembre de cada año para la Comunidad Autónoma de Castilla y León elaboradas por el INE (1995) a partir del Censo de Población de 1991, que parten de la asunción de diversas hipótesis acerca de la evolución demográfica de la región para un horizonte temporal de 15 años, de 1991 a 1995, y que han sido objeto de reciente revisión. El año base de la proyección será 1998, cuya población para Castilla y León a 31 de diciembre es casi exactamente la cifra utilizada por el Consejo de Política Fiscal y Financiera como referencia para el cálculo de la restricción

inicial correspondiente al nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de Régimen Común.

Una vez ponderados los distintos datos demográficos proyectados para el período 1998-2005 en Castilla y León por los correspondientes índices de consumo de servicios sanitarios públicos según grupo de edad y sexo correspondientes al año 1998, previamente comentados, la estimación del gasto sanitario público en Castilla y León para dicho período se obtiene a partir del producto de dicha distribución proyectada del consumo sanitario por grupos de edad y sexo por la cifra de gasto público real per cápita correspondiente al INSALUD en la región en el año de referencia de 1999. Dados los supuestos señalados, teniendo en cuenta la evolución de la población regional por grupos de edad y sexo se consigue la evolución del gasto sanitario público total debido exclusivamente a factores demográficos, permaneciendo inalterados todos los demás factores que influyen en la evolución de dicho gasto señalados anteriormente.

Los resultados de las proyecciones a partir de la metodología expuesta ponen de manifiesto un incremento del gasto sanitario público en la Comunidad Autónoma de Castilla y León para el período analizado 1998-2005 -con datos de población a 31 de diciembre de cada año- aumentaría, en términos globales, un 3,7 por ciento con respecto al año de inicio de la proyección, siendo la tasa anual media de crecimiento estimada del 0,53 por ciento (Gráfico 2). Al respecto, este ritmo de evolución se muestra decreciente a medida avanzamos en el año de la proyección considerado, con lo que, de mantenerse esta tendencia, podría anticiparse que el gasto sanitario público total de Castilla y León llegaría, incluso, a disminuir de realizarse una proyección para un horizonte temporal mucho más amplio¹.

Una primera explicación al resultado anterior emanaría del posible "*efecto de compensación*" que podría tener lugar entre el proceso de envejecimiento demográfico, manifestado por un aumento en la proporción que representan los

¹ De hecho, este resultado decreciente para el gasto sanitario público de Castilla y León es el que se ha obtenido en otros trabajos anteriores que consideraban como base demográfica

grupos de edad con mayores índices de consumo sanitario, y el descenso en el tamaño de la población regional, vinculado también a dicho proceso de envejecimiento ya que implica una reducción paralela del número total de personas que forman parte de la población. Otra explicación no excluyente se deriva de la diferente evolución del gasto sanitario de acuerdo con los grupos de edad que componen la población castellana y leonesa.

En efecto, al examinar los resultados de dicha proyección por grandes grupos de población se observa que es el creciente peso del gasto sanitario que realizan los ancianos (de 65 años o más) el factor que determina el crecimiento del gasto total sanitario. Concretamente, el gasto que efectúa este grupo de población evoluciona a una tasa anual media de 1 por ciento (doble que la que se registra para la población en su conjunto), con un incremento global a lo largo del período proyectado del 7,2 por ciento. Por el contrario, el gasto proyectado que correspondería a los restantes grupos de la población considerados (menores de 15 años y de 15 a 64 años) evoluciona negativamente durante prácticamente todo el horizonte de la proyección y tan sólo se hace ligeramente positivo al final del mismo, con crecimientos globales de apenas el 1 y el 0,1 por ciento, respectivamente.

Atendiendo a los distintos tipos de gasto sanitario público considerados, las evoluciones resultan más homogéneas, con ritmos de crecimiento siempre positivos en todos los casos. No obstante se observan claras diferencias en cuanto al ritmo de crecimiento de cada una de esas categorías. Así, de acuerdo con las proyecciones efectuadas, el Gasto Hospitalario (GH) es el componente del gasto sanitario público (GSP) total que, con diferencia, presenta una evolución más acelerada a lo largo de la proyección. En concreto, se ha estimado que el volumen de gasto público vinculada a esta causa aumente globalmente el 5,4 por ciento a lo largo del período 199-2005, lo que conlleva una tasa media anual de crecimiento del 0,78 por ciento, frente al 0,53 de media para el conjunto del gasto sanitario público en la región. Es también particularmente notorio el crecimiento del gasto farmacéutico (GF), con un

unas proyecciones de la población regional para el período 1991-2021, si bien partiendo de una metodología de cálculo del gasto sanitario diferente (Gómez García, 1996, 1997).

crecimiento global del 4 por ciento y una tasas media anual del 0,15 por ciento a lo largo del período proyectado. El gasto extrahospitalario (GEH) es la única categoría de gasto que evoluciona menos expansivamente que el gasto sanitario público total, registrando un aumento del 1,7 por ciento, con una tasa media anual del 0,24 por ciento entre 19991 y 2005.

A partir de estos resultados, la valoración conjunta que cabría realizar es que todo apunta a que el gasto sanitario público de Castilla y León tienda a aumentar durante los próximos años, impulsado por el proceso de envejecimiento demográfico regional. Dicho aumento se explica por el mayor consumo de servicios sanitarios que realiza la población anciana de la región, fundamentalmente en materia hospitalaria y farmacéutica. Con todo, los ritmos de crecimiento anual medio del gasto sanitario público en Castilla y León que se estiman van a registrarse los próximos años hasta alcanzar el 2005 no son excesivamente cuantiosos, pudiendo el crecimiento tendencial del PIB acomodar sin grandes dificultades tales incrementos del gasto.

No obstante, debe tenerse presente que, como se ha señalado previamente, los cambios demográficos y el envejecimiento de la población en particular, es sólo uno dentro del conjunto de factores que intervienen en la evolución última de los gastos sanitarios, con lo que el ritmo de crecimiento de éstos puede ser en la realidad mucho más elevado que el que se deduce de las estimaciones efectuadas y, en conjunto, podría superar el ritmo de crecimiento del PIB previsto para los próximos años. Asimismo, tampoco debe olvidarse que el fenómeno del envejecimiento demográfico no sólo presenta implicaciones por el lado de las necesidades de gasto público, en este caso, el del gasto sanitario, sino también desde la vertiente del ingreso. Así, las transformaciones demográficas señaladas afectarán también a la capacidad de generación de renta por los individuos y, por consiguiente, a las posibilidades de obtención de ingresos fiscales por el sector público para financiar el previsible aumento en las necesidades de gasto público.

En efecto, se ha constatado empíricamente que las familias cuyo sustentador principal tiene 64 años o más realizan una aportación proporcional

media a los ingresos públicos considerablemente inferior a su importancia relativa en términos demográficos, con bajas tasas de ingreso por impuestos directos (IRPF) e indirectos (IVA), mientras que en las familias en las que el sustentador principal se encuentra entre los 45 y 64 años ocurre todo lo contrario (Oliver y Raymond, 1998). Dado el proceso de envejecimiento que experimenta la población de Castilla y León, cabría pensar en un contexto demofiscal futuro en el que, de no producirse cambios sustanciales en materia fiscal y en hábitos de consumo y fuentes de renta según la edad, el anterior esquema de distribución de los ingresos públicos se vería agudizado.

3. ALTERNATIVAS PARA LA FINANCIACIÓN SANITARIA.

La Ley 21/ 2001 de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común, entre las que se encuentra Castilla y León, así como las Ciudades con Estatuto de Autonomía recoge a lo largo de su articulado las posibilidades de financiación de la Sanidad en los próximos años, dado el carácter definitivo de la norma. Dichas opciones de financiación pueden agruparse en dos grandes bloques: los recursos procedentes de "dentro" del sistema y los de "fuera" del mismo.

En cuanto a los del primer grupo, dichos recursos financieros son los siguientes (Cuadro 1):

- a) Los tributos cedidos tradicionales. Se atribuye a cada Comunidad Autónoma la recaudación de los tributos tradicionalmente cedidos por su recaudación normativa del año base.
- b) La tarifa autonómica del IRPF. Se atribuye el rendimiento de la Tarifa autonómica del IRPF del año base, en el porcentaje de participación del 33 por ciento que establece el nuevo sistema de financiación
- c) La recaudación líquida por IVA. Se atribuye el 35 por ciento de la recaudación por IVA en el territorio de la CA en cuestión.
- d) La cesión del 40 por ciento de la recaudación líquida por el Impuesto sobre la Cerveza; por el Impuesto sobre productos Intermedios y sobre el Alcohol y Bebidas Derivadas.

- e) Cesión del 40 por ciento de la recaudación líquida del Impuesto sobre Hidrocarburos y del Impuesto sobre las Labores del Tabaco.
- f) Cesión del 100 por ciento del Impuesto sobre la Electricidad.
- g) El Fondo de Suficiencia, que se considera como el elemento clave de cierre del sistema de financiación y de los recursos de que van disponer las CC.AA.. Este fondo permite cubrir los déficit de financiación después de la cesión de tributos y obtener el reintegro de los excesos de financiación recibidos por una Comunidad Autónoma. Dicho fondo se calcula para cada Comunidad Autónoma por diferencia entre las necesidades totales de financiación del año base, esto es, la proporción calculada, según las reglas del modelo, para una Comunidad Autónoma de las necesidades homogéneas de financiación antes descritas, sumada a las competencias no homogéneas, y el valor de los tributos cedidos en dicho año base. Esta diferencia puede ser positiva o negativa; si es positiva indicará que la Comunidad Autónoma recibe, además del rendimiento de los tributos, el Fondo de Suficiencia; si es negativa, la Comunidad Autónoma recibe por tributos cedidos más financiación de la necesaria por sus necesidades de gasto, por lo que debe reintegrar el exceso como Fondo de Suficiencia a favor del Estado. Además su índice de evolución será el siguiente: recibirán por este concepto la cantidad establecida como Fondo de suficiencia en el año base incrementada por el índice de variación que experimente el ITE nacional, que está constituido por la recaudación estatal, excluida la susceptible de cesión, por IRPF, IVA e Impuestos Especiales de Fabricación, salvo el impuesto sobre la Electricidad. En el Cuadro 2 se recogen las líneas básicas del fondo de suficiencia.

Por su parte, los recursos que forman parte del segundo grupo, procedentes de "fuera" del sistema, son los siguientes:

Las asignaciones de nivelación. Estos recursos garantizan, con carácter general, el nivel mínimo en la prestación de los servicios públicos fundamentales dentro del territorio nacional y entre los que se incluye la sanidad. Se han fijado, no obstante, límites a los recursos procedentes de estas asignaciones, que para el caso sanitario, se concretan en que de producirse una desviación en más de 3 puntos con respecto a la media nacional en la proporción que represente la población regional protegida sobre la total nacional, se debe abrir una negociación entre la Administración Central

y la de la Comunidad Autónoma sobre si procede o no la aplicación de estos fondos. En este caso, dichas asignaciones deberán consignarse en los Presupuestos Generales del Estado.

El Fondo de Compensación Interterritorial. Este fondo tiene por finalidad corregir los desequilibrios económicos interterritoriales, haciendo efectivo el principio de solidaridad. La novedad que presenta este fondo es que ahora puede destinarse no sólo a financiar gastos de inversión sino también el gasto corriente asociado a esa inversión.

4. REFLEXIONES FINALES.

La edad es, seguramente, la variable que mejor explica el estado de salud del individuo, siendo los niños y los ancianos los colectivos de personas que con mayor frecuencia presentan problemas relacionados con la salud. De acuerdo con ello, los cambios en el tamaño y, sobre todo, en la estructura por edades de la población pueden modificar sensiblemente la demanda de este tipo de servicios en la sociedad. Teniendo en cuenta que los ancianos son los mayores consumidores de servicios sanitarios, el proceso de envejecimiento que se anticipa en la población de Castilla y León constituye un factor que puede tener gran incidencia sobre el sistema sanitario de la región.

La demanda de servicios sanitarios públicos, y por tanto el gasto sanitario público, tenderá a crecer con el número de ancianos y de personas de muy avanzada edad. Este crecimiento será especialmente intenso en los ámbitos hospitalario y farmacéutico. Simultáneamente, cabría pensar que el aumento en las tasas de actividad de la población activa y el menor tamaño de las familias limitarán probablemente el ámbito de las familias para atender a sus ancianos en el futuro. En este contexto, se hace imprescindible incrementar tanto la “eficiencia” como la “efectividad” del sistema sanitario y de larga estancia.

En el análisis prospectivo efectuado se ha considerado que la “calidad” del servicio sanitario público que se proporciona a la población demandante cualquiera que sea su edad y sexo va a permanecer constante en el tiempo, al igual que el resto de factores que inciden sobre la evolución de dicho gasto. De

este modo, se consigue “aislar” el efecto que la evolución demográfica proyectada para Castilla y León puede tener sobre el consumo de servicios sanitarios y, en última instancia, sobre el gasto sanitario público dentro de la región.

Por último, en cuanto al nuevo modelo de financiación general y financiación sanitaria podemos señalar que, en términos generales, con la integración del modelo de financiación sanitaria en el modelo de financiación autonómica se produce un notable avance respecto al modelo de financiación anterior sometiendo a un mismo conjunto de reglas de juego para los tres subsistemas de financiación autonómica anteriormente independientes. Además, se dota a este nuevo sistema de financiación de un carácter estable e indefinido; de un incremento de recursos respecto al sistema vigente con anterioridad y de una integración financiera en el sentido de otorgar a las CC.AA. de unos mayores márgenes de autonomía y de responsabilidad fiscal. Este modelo, sin embargo, no está exento debilidades que podrían generar algunas dudas sobre su viabilidad a largo plazo. Entre éstas últimas pueden citarse las siguientes:

- ?? En el nuevo modelo de financiación no se exponen de alguna manera las formas de evaluación económica de las políticas fiscales de las CC.AA. con competencias tributarias y su repercusión en la financiación.
- ?? En el caso de que las CC.AA. tengan exceso de capacidad fiscal, no se concreta la forma de la devolución de los recursos obtenidos del fondo de suficiencia a favor del Estado.
- ?? En el cálculo de las necesidades de gasto sanitario no se justifica la aplicación de las variables utilizadas, población protegida, mayor de 65 años o la insularidad. Tampoco se justifica la exclusión de otras variables consideradas como relevantes en el caso de nuestra Comunidad tales como el envejecimiento relativo de la población.
- ?? En la financiación sanitaria, a diferencia de la de competencias comunes, no se recoge ningún mecanismo de actualización de la variable población protegida, salvo que las diferencias anuales respecto a la media nacional superen los tres puntos, en cuyo caso se estudiará la posible afectación del servicio y su solución a

través de los fondos de nivelación o asignaciones de nivelación, caso probable para nuestra Comunidad Autónoma dado el elevado índice de envejecimiento de su población.

?? En relación con el fondo de cohesión sanitaria, para la compensación por enfermos desplazados entre CC.AA., no se concreta ni su dotación ni sus normas de funcionamiento.

?? El coste per cápita sanitario entre comunidades puede ser muy diverso debido a que los recursos que ofrece el sistema pueden variar de una Comunidad a otra dependiendo de sus índices de consumo y de su VAB lo que puede conllevar tensiones, sobre todo en contextos financieros y presupuestarios restrictivos.

Dado que la evolución de los gastos sanitarios va a estar condicionada, además de por el proceso de envejecimiento demográfico, por otros factores tales como los incentivos existentes a la utilización del sistema sanitario, la evolución tecnológica, los precios de los medicamentos, etc., parece evidente que el control del gasto sanitario conllevará la necesidad de tomar medidas coordinadas en el ámbito social y económico. Aunque las restricciones presupuestarias siguen constituyendo el principal método de control del gasto sanitario, este tipo de políticas pueden conducir a situaciones no deseables de racionamiento y a un deterioro en la calidad de los servicios sanitarios para la población. A fin de evitar tales situaciones, los poderes públicos deberán encontrar instrumentos para mejorar la eficiencia y efectividad del sistema sanitario, mejorando el ajuste entre las necesidades sanitarias y la oferta de servicios. En este sentido, las actuaciones preventivas para mantener tanto como sea posible la independencia psicofísica, así como económica, de los ancianos puede constituir una respuesta coste-efectiva en muchos casos (Jacobzone et al., 2000).

Por último, los problemas más graves aparecen cuando la falta de previsión hace que las situaciones se conviertan en irreversibles, así el conocimiento de las implicaciones que conlleva este tipo de transformaciones demográficas constituye la base desde la que iniciar un proceso de planificación de las necesidades sanitarias que permita evaluar los ajustes más adecuados para hacer frente a la evolución poblacional prevista para la región en el futuro. La

necesidad de tales estudios se apoya no sólo en razones de índole demográfica, sino en criterios de tipo económico y social de optimización de los recursos escasos.

5. BIBLIOGRAFÍA

ALONSO, J. y HERCE, J.A. (1998): "El gasto sanitario en España: evolución reciente y perspectivas". *Textos Express 98-01*. FEDEA. Madrid.

GAMAZO, J.C., ALBILLOS, M.L. y OTROS (2001): "La salud tiene un precio. Estudio de la financiación autonómica del gasto sanitario y perspectivas para Castilla y León". *7º Congreso de Economía Regional de Castilla y León*. Soria.

GÓMEZ GARCÍA, J.M^a. (1996): "El envejecimiento demográfico y la planificación de los recursos sanitarios en Castilla y León". *XVI Jornadas de Economía de la Salud*. Asociación de Economía de la Salud (A.E.S.) y Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Junta de Castilla y León. Valladolid.

GÓMEZ GARCÍA, J. M^a. (1997): "El envejecimiento de la población y la economía". Secretariado de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Valladolid / Caja de Ahorros de Salamanca y Soria. Universidad de Valladolid.

GÓMEZ POMAR RODRIGUEZ, J. (2002): "El Sistema de Financiación de las Comunidades Autónomas de régimen Común", *Presupuesto y Gasto Público*, 28, 95-121.

INE (1995): "Proyecciones de la Población de España. Censo de Población de 1991", INE. Madrid.

JACOBZONE, S. y OTROS (2000): "Is the health of the older persons in OECD countries improving fast enough to compensate for population ageing?". *OECD Economic Studies*, 30. Paris.

MINISTERIO de HACIENDA (2001): *Acuerdo de Financiación de las Comunidades Autónomas de Régimen Común*.

LÓPEZ CASASNOVAS, G., ORTÚN RUBIO, V. y MURILLO FORT, C. (1998): "EL sistema sanitario español: informe de una década". Fundación BBV. Madrid.

OCDE (2002): "OECD Health data 2002". OCDE. Paris.

OCDE (2001): "Fiscal implications of ageing: projections of age-related spending". *OECD Economic Outlook*, 69. OCDE. Paris.

OLIVER i ALONSO, J. y RAYMOND BARA, J.L. (1998): "Ahorro público y envejecimiento de la población en España". *Cuadernos de Información Económica*. No. 139. Págs. 27-38.

URBANOS, R. (2001): "Projections for Spanish health care expenditure". Informe para el Grupo de Trabajo sobre las Implicaciones del Envejecimiento del Comité de Política Económica de la Unión Europea. Mimeo.

URBANOS, R. y UTRILLA, A. (2001): "Distribución regional de los fondos sanitarios bajo el criterio de necesidad: cálculo y propuestas para el caso español". *VIII Encuentro de Economía Pública*. Cáceres.

GRÁFICO 1: Índices de gasto sanitario público por categorías y por grupos de edad y sexo.

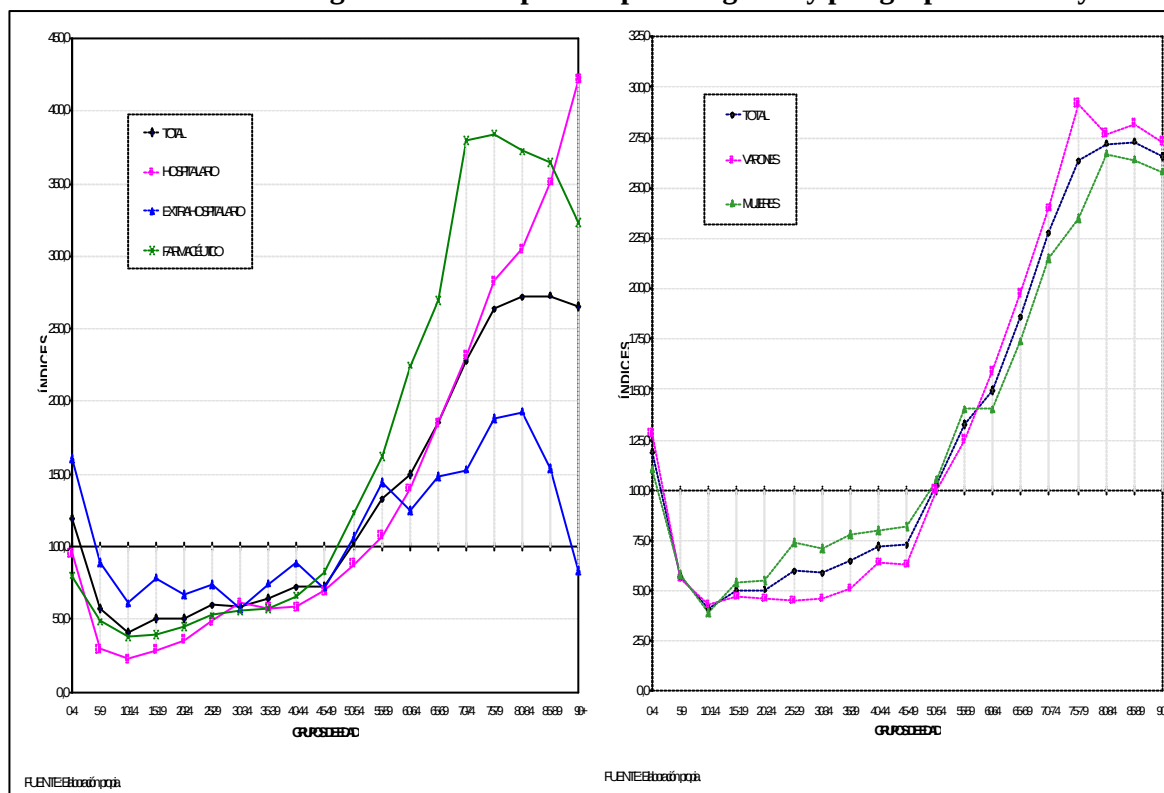
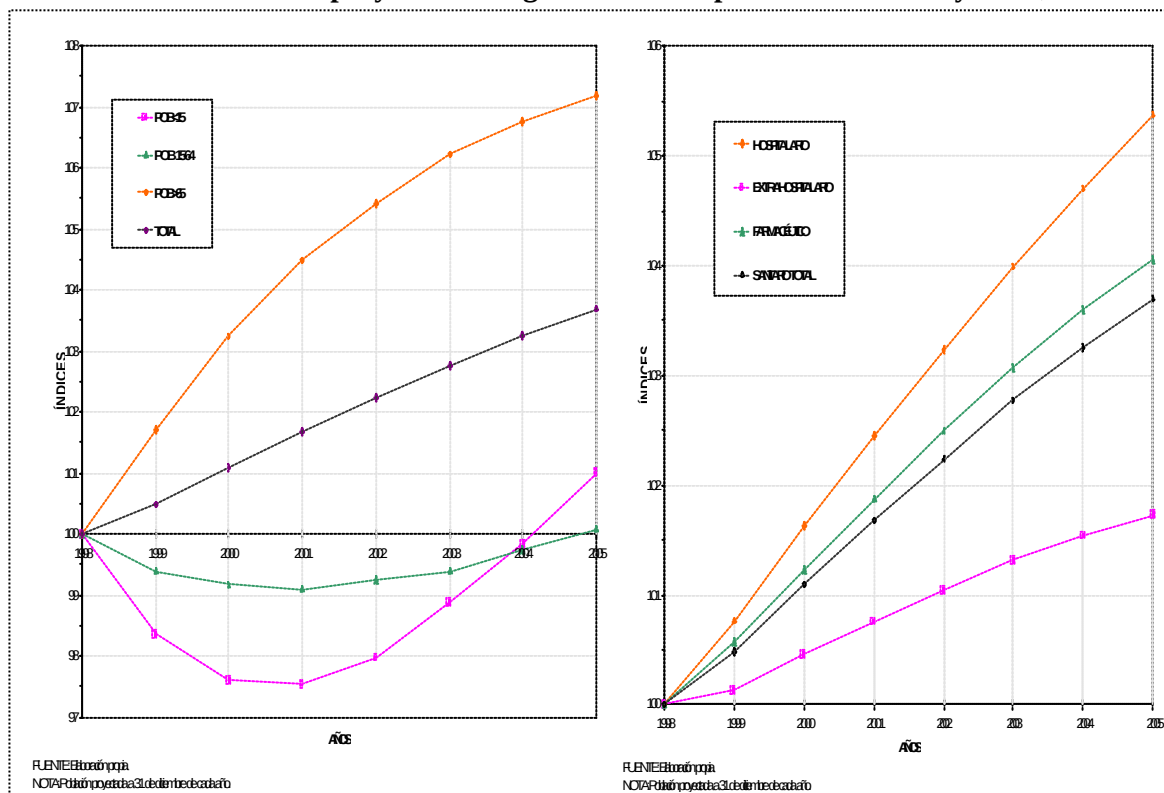


GRÁFICO 2: Evolución proyectada del gasto sanitario público en Castilla y León, 1999-2005



CUADRO 3. LOS RECURSOS TRIBUTARIOS DEL SISTEMA DE FINANCIACIÓN

RECURSO	VALOR DE CESIÓN EN EL AÑO BASE	RENDIMIENTO CEDIDO A PARTIR DE 2002	ENTREGA A CUENTA
Impuestos s/ Patrim.; s/ TP y AJD; s/ Suc. y Donac.; s/ Determ. Med. de Tte.; s/ Ventas Min. de Determ. Hidroc.; s/ Juego	Se computan en la restricción inicial con criterio normativo	Recaudación real	No es de aplicación
Tasas sobre servicios transferidos	Se computan en la restricción inicial con criterio normativo	Recaudación real	No es de aplicación
Tarifa Autonómica del IRPF	Rendimiento recaudatorio estimado de la tarifa autonómica con un peso del 33% sobre la tarifa total	Rendimiento recaudatorio real de la tarifa autonómica	98% de la previsión presupuestaria de ingresos por IRPF multiplicada por el índice de actualización aplicable a cada Comunidad
Impuesto sobre el Valor Añadido	35% de la recaudación líquida en 1999 por índice de consumo en 1999 de cada Comunidad	35% de la recaudación líquida por el índice de consumo aplicable en el año correspondiente	98% del 35% de la previsión presupuestaria de recaudación líquida por el índice provisional de consumo aplicable al año correspondiente
Impuesto sobre la Cerveza	40% de la recaudación líquida en 1999 por índice de consumo en 1999 de cada Comunidad	40% de la recaudación líquida por el índice de consumo aplicable en el año correspondiente	98% del 40% de la previsión presupuestaria de recaudación líquida por el índice provisional de consumo aplicable al año correspondiente
Impuesto sobre Productos Intermedios y sobre Alcoholes y Bebidas Derivadas	40% de la recaudación líquida en 1999 por índice de consumo en 1999 de cada Comunidad	40% de la recaudación líquida por el índice de consumo aplicable en el año correspondiente	98% del 40% de la previsión presupuestaria de recaudación líquida por el índice provisional de consumo aplicable al año correspondiente
Impuesto sobre Hidrocarburos	40% de la recaudación líquida en 1999 por índice de entregas de productos gravados en 1999 de cada Comunidad	40% de la recaudación líquida por el índice de entregas de productos gravados aplicable al año correspondiente	98% del 40% de la previsión presupuestaria de recaudación líquida por el índice provisional de entregas de productos gravados aplicable al año correspondiente
Impuesto sobre Labores del Tabaco	40% de la recaudación líquida en 1999 por índice de ventas ponderadas de productos gravados en 1999 de cada Comunidad	40% de la recaudación líquida por el índice de ventas ponderadas de productos gravados aplicable al año correspondiente	98% del 40% de la previsión presupuestaria de recaudación líquida por el índice provisional de ventas ponderadas de productos gravados aplicable al año correspondiente
Impuesto sobre la Electricidad	100% de la recaudación líquida en 1999 por índice de consumo de energía eléctrica en 1999 de cada Comunidad	100% de la recaudación líquida por el índice de consumo de energía eléctrica aplicable al año correspondiente.	98% del 100% de la previsión presupuestaria de recaudación líquida por el índice provisional de consumo de energía aplicable al año correspondiente

Fuente: Gómez Pomar (2002).

CUADRO 4. EL FONDO DE SUFICIENCIA: LINEAS GENERALES

Fijación en el año base 1999	?? Diferencia entre las necesidades de gasto de cada Comunidad Autónoma y su capacidad fiscal. ?? Puede ser: - Positivo, su capacidad fiscal es inferior a sus necesidades de gasto. - Negativo, su capacidad fiscal es superior a sus necesidades de gasto.
Fijación en el año 2002 y posteriores	Fondo de Suficiencia positivo ?? Valor en el año base incrementado en el índice de evolución de los ITE nacionales entre 1999 y el año correspondiente. Fondo de Suficiencia negativo ?? Valor en el año base incrementado en el índice de evolución de los ITE regionales entre 1999 y el año correspondiente.
Entregas a cuenta	Fondo de Suficiencia positivo ?? 98% del valor en el año base incrementado en el índice de evolución de los ITE nacionales entre 1999 y el año correspondiente disponible a la fecha de elaboración de los PGE. Fondo de Suficiencia negativo ?? 98% del valor en el año base incrementado en el índice de evolución de los ITE regionales entre 1999 y el año correspondiente disponible a la fecha de elaboración de los PGE.
Revisión del valor del Fondo de suficiencia del año base 1999	Dos causas ?? Como consecuencia del traspaso a la Comunidad Autónoma de nuevos servicios o por ampliación o revisión de valoraciones de traspasos anteriores. ?? Como consecuencia de la efectividad de la cesión de tributos.

Fuente: Gómez Pomar (2002).