

Sanidad, financiación autonómica y transferencias

David Cantarero Prieto*

RESUMEN: El presente trabajo tiene como objetivo estudiar toda la problemática relativa a la financiación autonómica y sanitaria en España. El propósito de este trabajo es doble. Primero, se examina la financiación de la asistencia sanitaria en las regiones españolas pasando revista a sus posibles variantes y se aprecia que nuestro sistema está claramente inclinado por el lado de la integración en el modelo general de financiación («*Línea Ingreso o Espacio Fiscal*») con condiciones específicas («*Sistema Mixto*»). En segundo lugar, se estudia la situación de la sanidad postransferencial y su correspondiente financiación en el nuevo modelo aprobado en 2001 sobre la base de los efectos de la cesión de impuestos sobre las regiones.

Clasificación JEL: I1, H71, H51, H72.

Palabras Clave: descentralización sanitaria, financiación autonómica, coordinación.

ABSTRACT: The present paper has as objective to study the whole relative problem to the autonomous communities and regional health care expenditure financing in Spain. This article has a dual purpose. First, the financing of the current health care attendance is approached in the Spanish regions passing magazine to its possible variants and we observe that the balance of our system is clearly inclined towards the side of the integration in the general pattern of financing («*Fiscal Room*») with specific conditions («*Mixed System*»). Secondly, we examine the new situation in the mark of health care and its corresponding financing in the new model approved in 2001, in terms of the effects of tax assignment on autonomous communities.

JEL classification: I1, H71, H51, H72.

Key Words: health decentralization, autonomous communities financing, coordination.

* Departamento de Economía. Universidad de Cantabria. Avda. Los Castros, s/n. 39005 Santander. España.
Tel: 34-942 201646. Fax: 34-942 201603. E-mail: cantared@unican.es

Recibido: 28 de enero de 2002 / Aceptado: 14 de junio de 2002

1. Introducción¹

El traspaso de las responsabilidades de gestión de los servicios sanitarios de la Seguridad Social española a las diez regiones que en el año 2001 no disponían de dichas competencias situará el gasto autonómico en más del 40% del total de las Administraciones Públicas además de suponer un paso importante en el proceso de construcción del sistema sanitario español del siglo XXI.

Así, la financiación sanitaria, en el contexto de descentralización actual, ha sido objeto de reformas sucesivas prácticamente desde comienzos de la década de los ochenta hasta el sistema recientemente aprobado para a partir del año 2002, si bien queda por demostrar que la aplicación de esta nueva reforma vaya a solucionar todos los problemas existentes.

En este trabajo se analiza parte de esta problemática organizándose la exposición con la siguiente secuencia. En primer lugar, se aborda el análisis de la financiación de la asistencia sanitaria regional en España pasando revista a las alternativas que existían en su momento a la luz de la Teoría del Federalismo Fiscal y de la experiencia comparada. En segundo lugar, se describen las principales características del nuevo modelo de financiación autonómica con especial referencia al caso de la integración de la sanidad. Además, a continuación se revisan críticamente los objetivos y escenarios económico-sanitarios de futuro que se pretenden conseguir con el nuevo modelo de financiación contemplando a su vez las tareas pendientes en el marco de la sanidad pos-transferencial. Finalmente, se cierra el trabajo con un apartado de resultados y consideraciones finales.

2. El debate sobre la financiación de la sanidad autonómica en España en el 2001: Modelo específico («Línea Gasto») versus Modelo generalista («Línea Ingreso o Espacio Fiscal (fiscal room)»)

El traspaso competencial en materia sanitaria se enmarca dentro de un contexto en el que España (en 1998, 5,4% del PIB para el sector público y 7,1% para el total) estaría gastando menos en sanidad que la media de la Unión Europea (en 1998, 6,1% del PIB para el sector público y 8,0% para el total según el OECD Health Data). La hipótesis que planteamos en este trabajo es que dado este escenario, en el que parece que tanto el argumento anterior como los relacionados con las mayores tasas de creci-

¹ Una versión preliminar de este trabajo se presentó en la XXVII Reunión de Estudios Regionales celebrada los días 28 a 30 de noviembre de 2001 en Madrid y fue galardonado con el Premio para Jóvenes Investigadores en Economía que concede la Asociación Española de Ciencia Regional. Además, la actualización de algunas partes del mismo para la publicación de este artículo forma parte del proyecto «Descentralización del gasto sanitario e implicaciones de su integración en el nuevo modelo de financiación autonómica», en curso de realización. Agradezco la ayuda a la investigación concedida por el Instituto de Estudios Fiscales para la elaboración de este proyecto. Asimismo, el autor quisiera igualmente mostrar su sincero agradecimiento a los revisores anónimos por los comentarios y sugerencias realizadas en la fase de evaluación del trabajo que han permitido así una mejora sustancial de la versión finalmente publicada, si bien en ningún caso son responsables de las limitaciones que éste pueda tener.

miento del gasto sanitario por encima del Producto Interior Bruto y los previsibles costes implícitos del propio proceso transferencial al cambiar el modelo de financiación, los recursos, las organizaciones y las propias expectativas tanto de los profesionales como de la ciudadanía en general, parece imprescindible que las soluciones respecto a la financiación de un servicio público tan importante en términos cualitativos dentro del Estado de Bienestar como en términos cuantitativos en términos presupuestarios proporcionen un marco estable.

En un contexto de descentralización parcial de la gestión del gasto sanitario español tal y como el actual, la financiación sanitaria se enfrentaba en el 2001 a la resolución de una serie de problemas que aún continuaban pendientes tales como la insuficiencia financiera, «déficit ocultos», inequidades territoriales a la vista de los últimos datos de gasto sanitario per cápita y su evolución (cuadro 1) y la falta de autonomía y corresponsabilidad fiscal del modelo específico de financiación sanitaria.

En este sentido y a continuación, se analizan dos de las principales alternativas: el mantenimiento de una situación similar a la de 1998-2001 (financiación específica basada en un sistema de transferencias condicionadas) con las adaptaciones necesarias al generalizarse las transferencias de competencias sanitarias y la integración, con diferentes opciones, en el sistema de financiación autonómica general.

Cuadro 1. Gasto per cápita territorializado del INSALUD
(Índices de evolución)

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

Fuente: Elaboración con datos de INE e INSALUD.

2.1. Modelo «Línea Gasto»: Financiación específica (sistema de transferencias condicionadas)

Esta vía consistiría en funcionar con un sistema finalista en el que los servicios sanitarios se financiarían a través de transferencias destinadas a esta función en las diversas Comunidades Autónomas (CC.AA.). No obstante, si nos adentramos en esta alternativa se tiene que (Carmona *et al.*, 1992), la experiencia comparada y la literatura económica han venido planteando que la distribución regional de los recursos se lleve a cabo sobre la base de criterios como el «per cápita», necesidad, gasto histórico (conservar la situación preexistente en el pasado), gasto efectivo (adecuación perfecta a lo que realmente está gastando una región) y eficiencia productiva (privilegiando a las zonas en las que los servicios sanitarios sean administrados de la forma más eficaz). Dada la novedad del segundo criterio, sobre todo para su aplicación al caso español frente a su utilización en otros países, nos centraremos especialmente en él además del criterio «per cápita».

2.1.1. El criterio «per cápita»

Es el criterio más transparente y fácil de aplicar al suponer la asignación de una misma cantidad de dinero por cada habitante. Así, un sistema de financiación en el que los recursos se distribuyeran según la población de derecho regional sería más sencillo y adoptaría un criterio objetivo para todas, de ahí su idoneidad para el caso de las regiones españolas. No obstante, se ha dejado un lado en el nuevo modelo.

2.1.2. El criterio de necesidad de gasto sanitario autonómico: El marco conceptual y metodológico

Es uno de los criterios más interesantes para el caso español dada su aplicación en la experiencia comparada y además se ha introducido en el nuevo modelo, de ahí que lo desarrollemos más extensamente. Con este contexto, en este apartado además del fundamento teórico se analiza la técnica de definición de varias variables de necesidad mediante un Análisis de Componentes Principales con el fin de reflejar la necesidad de gasto sanitario en un número reducido de indicadores y a través de un Análisis Cluster para formar grupos de semejanza entre las CC.AA. atendiendo al criterio de necesidad de recursos financieros. Una vez consideradas las diferencias existentes, se realizará una valoración crítica de este primer enfoque y se analizarán con los procedimientos de regresión la influencia de las necesidades de gasto sanitario por las regiones sobre las disparidades observadas en los niveles de gasto público en sanidad por habitante.

2.1.2.1. Una aproximación a una metodología de cálculo de las necesidades de gasto sanitario

En este apartado se estudian las diversas alternativas existentes para obtener mejores aproximaciones a las necesidades de gasto sanitario en España ya que es, por lo menos, cuestionable, que el criterio «per cápita» responda al objetivo de equidad geo-

gráfica, entendido en un sentido amplio, dado que las características demográficas, socioeconómicas y de estado de salud pueden diferir según regiones.

Examinando las competencias sanitarias, es posible intentar determinar las necesidades relativas (NGR_i), ya que las absolutas (NG_i) parece una tarea prácticamente inabordable) de gasto sanitario autonómico, lo que expresándolas como índice por habitante al tener en cuenta a la población (P_i) respecto a la media, tal que

$$NGR_i = \frac{\frac{NG_i}{P_i}}{\frac{\sum NG_i}{\sum P_i}} \quad [1]$$

no implica dejar a un lado que la construcción de indicadores de necesidad de un servicio público, como es el caso de la sanidad, lleva asociadas numerosas dificultades. En este trabajo se van a manejar variables determinantes de las necesidades de gasto sanitario, elegidas en función de ser universalmente contrastadas, consistentes, verificables, libres de incentivos perversos, no manipulables y a que no dependan de las decisiones de políticas autonómicas, lo que restringe su elección así como limitaría las fuentes de información susceptibles de ser utilizadas (Smith, 1999). Dichas variables han sido referidas principalmente al período 1992-1996 dada la disponibilidad de los datos a nivel de cada región (cuadro 2).

Cuadro 2. Variables y fuentes estadísticas utilizadas

<i>Var. demográficas</i>	<i>Pobl < 4, Pobl 45-64, Pobl 65-74 y Pobl > 75</i>
Pobl < 4	Población menor de cuatro años. <i>Fuente:</i> Censo de 1991 y Padrón de Habitantes del INE de 1996.
Pobl 45-64	Población entre 45 y 64 años. <i>Fuente:</i> Censo de 1991 y Padrón de Habitantes del INE de 1996.
Pobl 65-74	Población entre 65 y 74 años. <i>Fuente:</i> Censo de 1991 y Padrón de Habitantes del INE de 1996.
Pobl > 75	Población mayor de 75 años. <i>Fuente:</i> Censo de 1991 y Padrón de Habitantes del INE de 1996.
V. socioeconómicas y de estado de salud	MORT, MORTINFA, MORBIL Y PAROLDUR
MORT	Tasa de mortalidad. <i>Fuente:</i> Estadística de Defunciones según la causa de la muerte del INE.
MORTINFA	Tasa de niños menores de un año, que nacidos vivos, mueren durante un año. <i>Fuente:</i> Estadística de Defunciones según la causa de la muerte del INE.
MORBIL	Incidencia de enfermedades crónicas. <i>Fuente:</i> Registro Nacional de Enfermedades Declaración Obligatoria.
PAROLDUR	Porcentaje de parados de larga duración. <i>Fuente:</i> Encuesta de Población Activa del INE.
Var. desplazados	DESPLAZ
DESPLAZ	Número de desplazados medido por altas reales. <i>Fuente:</i> Encuesta de Morbilidad Hospitalaria del INE y Ministerio de Sanidad.

En cuanto a la aproximación metodológica, en primer lugar, se realiza un Análisis de Componentes Principales en cuanto a las necesidades sanitarias y se aplica a nivel regional, solucionando en parte los problemas que plantea este enfoque metodológico ya que puede permitir reflejar el conjunto de variables con el menor número de factores posible y que a su vez éstos tengan una interpretación clara y un sentido preciso. Matemáticamente, el método de trabajo se lleva a cabo en diferentes fases. En primer lugar, el punto de partida es seleccionar, a partir de unas consideraciones previas, las variables originales representativas de las necesidades de gasto sanitario: X_{ij} .

Cabe indicar que las variables seleccionadas, además de ser relativizadas en base a la población, han sufrido una transformación para homogeneizar su significado, lo cual asegura que las correlaciones entre ellas y el componente es el porcentaje de la varianza del mismo explicado por cada variable.

La aplicación de la técnica estadística a la matriz de $i \times j$ (i variables originales y j casos) permite sustituir o transformar la información contenida en la misma por la recogida mediante una nueva matriz de $k \times j$ (k componentes principales y j casos). Los resultados obtenidos en la primera fase nos indicarían que las altas correlaciones observadas hacen pensar, como se suponía, que todas las variables están midiendo a la vez una misma dimensión: la necesidad de recursos sanitarios. A la vista de los resultados parece conveniente quedarse con las 3 primeras componentes principales, pues ellas explican el 85,126% de la variabilidad conjunta, realizándose la interpretación de estos componentes en función de las variables con mayor influencia en los mismos, si bien esto no siempre resulta una tarea fácil. Efectuando la rotación más apropiada de los componentes inicialmente obtenidos, que es la VARIMAX, cuya finalidad no es otra que la de ayudarnos a interpretar, en el supuesto de que no quede claro la matriz de pesos factoriales no rotada, el sentido y significado de cada una de las variables en cada componente se obtiene la denominación como una forma de identificar los factores de tal manera que el nombre o la etiqueta escogidos para cada uno permita, sin grandes dificultades, reflejar cuál es básicamente la composición cualitativa de cada pauta factorial:

- La primera componente (P1) se opta por denominarla la «Estructura demográfica de la población», explica el 46,72% de la varianza y viene explicada fundamentalmente por las variables POB 45-64, POB 65-74, POB > 75 y MORT. Pondera cada una de las variables (excepto MORBIL, MORTINFA y DESPLAZ) positiva y negativamente, de tal forma que un resultado elevado en términos de envejecimiento o mortalidad de una región respecto a ésta componente indicará una alta necesidad de recursos destinados a la sanidad.
- La segunda componente (P2) se denomina las «Características socioeconómicas y de estado de salud de la región», explica el 24,45% de la varianza y viene definida por las variables MORBIL, MORTINF, PAROLDUR y POB < 4. Pondera positivamente a esas variables tal que si la CC.AA. tiene un alto índice de enfermos crónicos (indicador elegido de morbilidad), altas tasas de mortalidad infantil y un gran número de parados de larga duración además de una relativa alta población infantil, eso se traducirá en mayores necesidades sanitarias.
- La tercera componente (P3) se denomina «Atracción», explica el 13,95% de la varianza y viene definida principalmente por la variable DESPLAZ tal que

- Grupo 2: Formado por Aragón, Asturias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla-León, Extremadura, Galicia, La Rioja y Comunidad Valenciana. En principio, presentan una mayor necesidad de recursos que el resto de Comunidades Autónomas.
- Grupo 3: Lo componen Baleares, Cataluña, Madrid, Navarra y País Vasco. Este grupo está formado por regiones ricas. Se caracterizan por presentar unas cifras de grado de necesidad bastante altas según casi todas las variables utilizadas aunque en mucha menor medida que en el grupo anterior.
- Grupo 4: Formado por Ceuta y Melilla, debido a su comportamiento atípico.

Una vez expuestos los resultados, se intenta explicar las necesidades relativas de gasto sanitario autonómico dentro de un marco funcional, cuyas variables independientes sean los tres factores obtenidos.

En forma matricial se tiene que:

$$NGR = PT \cdot C \quad [2]$$

donde **NGR** es un vector columna que mide las necesidades relativas de gasto de las 17 regiones más Ceuta y Melilla, **PT** es una matriz de $(17 + 1) \times N.$ Componentes que recoge las puntuaciones para cada factor en los $(17 + 1)$ territorios y **C** es un vector columna de constantes.

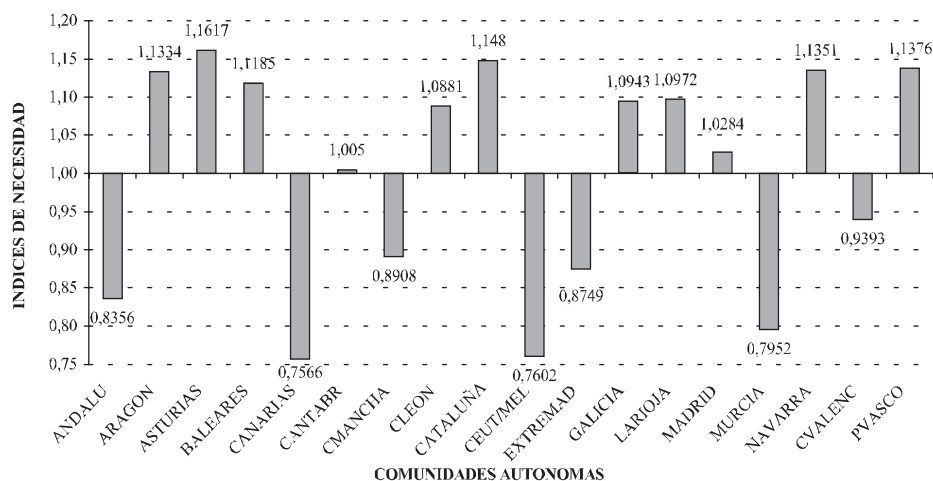
En este sentido, la vía que en un principio se sigue en este trabajo consiste en estimar los valores de **NGR**, conocidos **PT** y **C**. Obviamente la matriz **PT** no es conocida, ya que se deriva del Análisis de Componentes Principales. Sin embargo, el vector **C** no emana directamente del análisis y, en consecuencia, se necesita algún criterio razonable para asignarle valores.

A estos efectos, en primer lugar se elige como criterio más aséptico, en la línea de trabajos como los de Bosch y Escribano (1988a y b), ponderar cada factor según su participación en la explicación de la varianza común por lo que la fórmula de obtención del Índice de Necesidades relativas de Gasto en sanidad (NGR) quedaría por tanto definida de la siguiente manera:

$$NGR_i = 0,54881P_{1i} + 0,28724P_{2i} + 0,16394P_{3i} \quad [3]$$

Así, una vez obtenidas estas ponderaciones o pesos se multiplican por las variables consideradas obteniendo un índice de necesidad autonómico para el servicio sanitario. Dado que el indicador tiene una interpretación más inmediata como índice de necesidad relativa si es positivo, es necesario proceder a realizar una transformación para que todos sus valores lo sean. Con ello, se han estimado unos índices (no cardinales) de necesidades relativas de gasto sanitario (NGR_i) con criterios más neutrales (figura 2), que si se expresan en forma de índices de necesidad transformados y expresados respecto a la media. Así, se observa que Asturias (1,1617), Cataluña (1,1480), País Vasco (1,1376), Navarra (1,1351) y Aragón (1,1334) presentan las mayores necesidades de gasto y Canarias (0,7566), Ceuta y Melilla (0,7602) y Murcia (0,7952) las menores, mientras que Cantabria se encuentra prácticamente en el valor medio (1,0050). En resumen y dada la

Figura 2. Índices transformados de necesidad relativas de gasto sanitario por Comunidades Autónomas



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

información al respecto del gasto del INSALUD, las regiones que a priori presentarían una mayor necesidad de gasto sanitario estarían gastando por habitante más que aquellas regiones con menor necesidad de gasto relativa.

2.1.2.2. Revisión del método anterior de estimación de necesidades de gasto y nueva línea de trabajo

Si bien la primera parte del trabajo se ha centrado en un sistema no demasiado complejo de cálculo de las necesidades, es necesario mencionar que también existe una segunda vía que consiste en corregir el índice bruto de necesidades calculado seleccionando los indicadores representativos de necesidades adecuados y calculando su peso en el índice de necesidades mediante procedimientos estadísticos, como por ejemplo, el análisis de regresión, que, puede pensarse que mejorarían los resultados obtenidos anteriormente mediante el Análisis de Componentes Principales y el Cluster (Castells y Solé, 2000).

Esta elaboración del índice de necesidades de gasto sanitario parte de un planteamiento general o hipótesis teóricas consistente en la descomposición de las necesidades de gasto en diversos conceptos. Así, primero se estima el índice bruto de necesidades de gasto sanitario para a continuación elaborar un índice de coste unitario de los factores calculándose a su vez las necesidades de gasto corregidas por el coste unitario de los factores como producto del índice bruto de necesidades por el índice de coste calculado. Como primer paso, han de seleccionarse los indicadores represen-

tativos de necesidades (X_{ij}) junto con sus correspondientes ponderaciones (β_{ij}) para la construcción del índice bruto de necesidades. Para su cálculo deben considerarse aquellos determinantes del gasto sanitario que, o bien no originan ningún tipo de disparidad que requiera una compensación con recursos externos, o bien están fuera del control directo del gobierno autonómico.

En este punto, existen básicamente dos tipos de procedimientos para obtener esta información, si bien, para evitar una decisión discrecional acerca de la selección de las variables y de su ponderación, esta relación puede ser estimada mediante procedimientos de regresión utilizando como variable dependiente o bien el gasto sanitario de la región correspondiente (G_i) o bien a falta del mismo, algún indicador de utilización del servicio (U_i).

En nuestro caso, a pesar de las posibles dificultades que plantea la territorialización del gasto sanitario cuando para los años escogidos sólo existen siete regiones con competencias transferidas en la materia, adoptamos la primera opción en la que la especificación correcta del modelo debería incluir algún tipo de variables de control (T_i) tal y como se muestra a continuación:

$$G_i = g(X_{i1}, X_{i2}, X_{i3}, \dots, X_{ik}; T_i; e_i) \quad [4]$$

No obstante, hay que manejar con cuidado esta consideración en el análisis en lo relativo al cálculo de las necesidades de gasto ya que el valor real de las variables de control no deberá ser tenido en cuenta.

Eso supone que las necesidades de gasto se calcularán como una estimación del gasto en que las variables de necesidades tomarán el valor efectivo para cada región y las variables de control se fijarán en un valor constante (igual, por ejemplo, a la media, T). Por ello, las necesidades de gasto sanitario estimadas serán las siguientes:

$$NG_i = g'(X_{i1}, X_{i2}, X_{i3}, \dots, X_{ik}; T) \quad [5]$$

A continuación, se estimarían las ecuaciones de gasto sanitario de las regiones que, a pesar de sus inconvenientes, han sido empleadas con frecuencia para la estimación de necesidades en la experiencia comparada, y en menor medida en el caso español, especialmente en el caso de la sanidad:

- Variable dependiente: Se estiman las ecuaciones de necesidades de gasto donde la variable dependiente utilizada es el Gasto sanitario realizado y financiado por el Instituto Nacional de Salud, NSALUD (GTSP) en todas las CC.AA. referido principalmente a los años comprendidos entre 1992 y 1996 obtenido a partir de datos del INSALUD.
- Variables explicativas: En este grupo se incluyen tanto variables indicativas de necesidades (X) como de control (T), procedentes de fuentes estadísticas variadas, que pueden clasificarse en varios grupos:
 - a) Variables representativas de necesidades (X_1) incluidas en las funciones de gasto. El reducido número de observaciones puede hacer que optemos por reducir el número de variables representativas de necesidades mediante la técnica del Análisis de Componentes Principales por lo que ten-

dríamos los tres componentes principales obtenidos en la primera parte (DEMO, SCSAL y ATRA respectivamente), con lo que se evitaría también el problema de la multicolinealidad y se da una mayor estabilidad a los coeficientes estimados.

- b) Variables representativas de la influencia de los costes (X2) incluidas en las funciones de gasto sanitario, que tratan de determinar las pautas de localización de la población en el territorio. Se podrían incluir diversas variables, tales como las economías de escala, costes de congestión o los efectos de la dispersión poblacional mediante la Población (POBL), Superficie (SPFC) y Dispersión (DISP).
- c) Además de estos indicadores de necesidades se incluye también varias.
 - Variables de control. La razón de su inclusión en el modelo es puramente técnica, ya que con ello se pretende evitar que los coeficientes de las variables de necesidades recojan efectos relacionados con otros factores que no se consideran aceptables como indicadores de necesidad (T1): establecimientos sanitarios públicos, recursos humanos o Médicos (MEDI) y hospitalarios o Camas (CAMA).
 - Por último, el nivel de renta familiar disponible a nivel regional obtenidos a partir de las estadísticas de Renta Nacional de España de la Fundación BBVA se incluye en las ecuaciones estimadas (PIB). Esta variable puede ser tratada como indicador de necesidades o como variable de control.

Respecto a la forma funcional de la función $g(\cdot)$ de la expresión 4, se ha escogido la opción de la especificación aditiva. Para que sea más fácil derivar el índice de necesidades, la estimación de las ecuaciones de gasto se realiza relativizando previamente todas las variables explicativas del modelo (necesidades y de control), así como la variable dependiente, respecto a la población y expresándolas en forma de índice sobre la media, respectivamente:

$$XR_i = \frac{\frac{X_i}{P_i}}{\frac{\sum X_i}{\sum P_i}} ; TR_i = \frac{\frac{T_i}{P_i}}{\frac{\sum T_i}{\sum P_i}} ; GR_i = \frac{\frac{G_i}{P_i}}{\frac{\sum G_i}{\sum P_i}}$$

La única variable que no puede ser expresada de esa manera es la Población, al ser la que relativiza a todas las demás, de ahí que entre en el modelo en forma de cuota, es decir, como porcentaje respecto a la población de todas las regiones

$$PC_i = \frac{P_i}{\sum P_i}.$$

Así, el cálculo del índice de necesidades de gasto a partir de los resultados obtenidos en la estimación de la ecuación de gasto es relativamente sencillo.

Por ejemplo, la ecuación de gasto estimada para la sanidad donde b_1 , b_2 y b_3 son los parámetros estimados, puede escribirse como:

$$GR_i = b_0 + b_1 XR_i + b_2 PC_i + b_3 TR_i \quad [5]$$

El índice de necesidades de gasto ha de reflejar el gasto en el que incurriría la Comunidad Autónoma en caso de tener unos valores iguales a la media de las regiones en las variables de control, es decir, en caso de que el índice por habitante de estas variables fuera igual a la unidad ($TR_i = 1$):

$$NGR'_i = (b_0 + b_3) + b_1XR_i + b_2PC_i \quad [6]$$

Siendo entonces la fórmula de cuota de necesidades de gasto, que al tener en cuenta a la cuota de la población, nos sirve para calcular el porcentaje de los recursos destinado a esa región respecto al total, la que viene expresada por la siguiente ecuación:

$$NGC'_i = PC_i \cdot NGR'_i \quad [7]$$

Las diferentes ecuaciones de gasto han sido estimadas, en primer lugar, por Mínimos Cuadrados Ordinarios en el que su validación ha de incluir una batería de contrastes estadísticos como el cálculo del estadístico de BREUSCH-PAGAN, que al aplicar este test general nos serviría para poder contrastar la existencia de heteroscedasticidad con un intervalo de confianza del 95% y, en caso de no poder rechazar esta hipótesis, proceder a reestimar la ecuación. No obstante, esta circunstancia no es necesaria en este caso.

La estrategia econométrica utilizada para seleccionar las variables que se incluyen en la especificación final ha sido que para el caso de las variables indicativas de necesidades, sólo son mantenidas en el modelo si resultan estadísticamente significativas o, en caso de detectar presencia de cierto grado de multicolinealidad, si el estadístico t de STUDENT es superior a la unidad, además si tienen un signo contrario al esperado no han sido eliminadas del modelo, si bien no influyen en el resultado final del índice calculado. Sin embargo, las variables de coste y renta se han mantenido en casi todas las especificaciones, ya que el signo esperado en principio es indeterminado y aún en el caso de no ser significativas, podrían existir argumentos teóricos suficientes (tales como la relación entre la renta y los mayores precios relativos y la necesidad sanitaria) que justificasen su inclusión. Teniendo en cuenta el ajuste de los diversos modelos empleados a los datos de gasto se observa que, en la mayor parte de los casos, muestran una capacidad predictiva adecuada. Así, en cuanto a los resultados del índice bruto de necesidades relativas de gasto (NGR_i) sobre la base de las distintas alternativas, se tiene que las diferencias entre regiones no son considerables (cuadro 3).

Aún así, se identifican hasta nueve regiones situadas por encima de la media, lo que indicaría que no sólo la población es una variable que aproxima las diferencias en la escala de prestación sino que también quizás otras variables son adecuadas. Por otro lado, la no consideración de los costes provoca deficiencias, por lo que para la elaboración del índice de coste unitario de los factores (CTE) resulta necesario disponer de índices de coste relativo para cada factor y establecer sus ponderaciones. En el caso de utilizar un único índice de coste, las ponderaciones de los indicadores de coste pueden obtenerse de información agregada sobre la clasificación del gasto sani-

Cuadro 3. Índices de coste unitario (CTE) y necesidad (promedio 1992-1996) relativa de gasto transformados exponencialmente y corregidos en forma de índices sobre la media (NGRCi) y en forma de cuota (NGCCi)

<i>Región</i>	<i>NGRⁱ</i>	<i>NGCⁱ</i>	<i>ICTEⁱ</i>	<i>NGRCⁱ</i>	<i>PCⁱ</i>	<i>NGCCⁱ</i>
Andalucía	0,9585	0,1748	0,9849	0,9440	0,1824	0,1722
Aragón	1,0072	0,0301	1,0111	1,0184	0,0299	0,0305
Asturias	1,0570	0,0290	0,9773	1,0330	0,0274	0,0283
Baleares	0,9920	0,0189	1,0106	1,0025	0,0191	0,0191
Canarias	0,9437	0,0382	0,9888	0,9332	0,0405	0,0378
Cantabria	1,0350	0,0138	0,9659	0,9997	0,0133	0,0133
Castilla-La Mancha	0,9381	0,0404	1,0271	0,9635	0,0431	0,0415
Castilla-León	0,9932	0,0628	0,9938	0,9870	0,0632	0,0624
Cataluña	1,0679	0,1639	1,0007	1,0687	0,1535	0,164
Ceuta y Melilla	1,0225	0,0033	0,9745	0,9963	0,0032	0,0032
Extremadura	0,9578	0,0258	1,0014	0,9591	0,0269	0,0258
Galicia	1,0186	0,0704	0,9967	1,0153	0,0691	0,0702
La Rioja	1,0043	0,0067	1,0460	1,0506	0,0067	0,007
Madrid	0,9919	0,1256	1,0168	1,0086	0,1266	0,1277
Murcia	0,9487	0,0262	0,9784	0,9282	0,0276	0,0256
Navarra	1,0288	0,0135	1,0037	1,0325	0,0131	0,0135
Com. Valenciana	0,9959	0,1006	0,9872	0,9832	0,1010	0,0993
País Vasco	1,0389	0,0550	1,0172	1,0567	0,0529	0,0559
Desviación estándar	0,0389	0,0525	0,0203	0,0416	0,0523	0,0522
Máximo	1,0679	0,1748	1,0460	1,0687	0,1824	0,1722
Mínimo	0,9381	0,0033	0,9659	0,9283	0,0032	0,0032

Fuente: Elaboración propia.

tario público autonómico, es decir, mediante un procedimiento directo en base a diferentes índices de costes atendiendo al peso atribuido a las distintas funciones económicas del gasto, tal que el peso concedido a cada una de las funciones se corresponda con su participación en el gasto de las regiones según pertenezcan al territorio del INSALUD-Gestión Directa (GD) o Transferida (GT) si bien es cierto que algunas de estas diferencias en el período analizado no serían tales dada la normativa uniforme en el territorio INSALUD, resultando entonces más significativas las diferencias en el gasto de inversión.

Si tenemos en cuenta dichas matizaciones a la aproximación de la incidencia de los costes que aquí se realiza, puede comprobarse que nueve regiones presentan un índice de coste unitario por encima de la unidad: Aragón, Baleares, Castilla-La Mancha, Cataluña, Extremadura, La Rioja, Madrid, Navarra y País Vasco. A excepción de las CC.AA. de Castilla-La Mancha y Extremadura, las otras seis presentan valores por encima de la media del índice bruto de necesidades. Además, el índice de coste unitario es más reducido para algunas de las regiones en las que el índice bruto era, precisamente, muy elevado (Asturias, Cantabria, Ceuta y Melilla y Galicia). Al final, comparando los resultados del índice de necesidades relativas de gasto corregido por las diferencias en el coste de los factores, NGRC, con los resultados del índice bruto de necesidades relativas de gasto NGR, puede comprobarse como el ajuste realizado

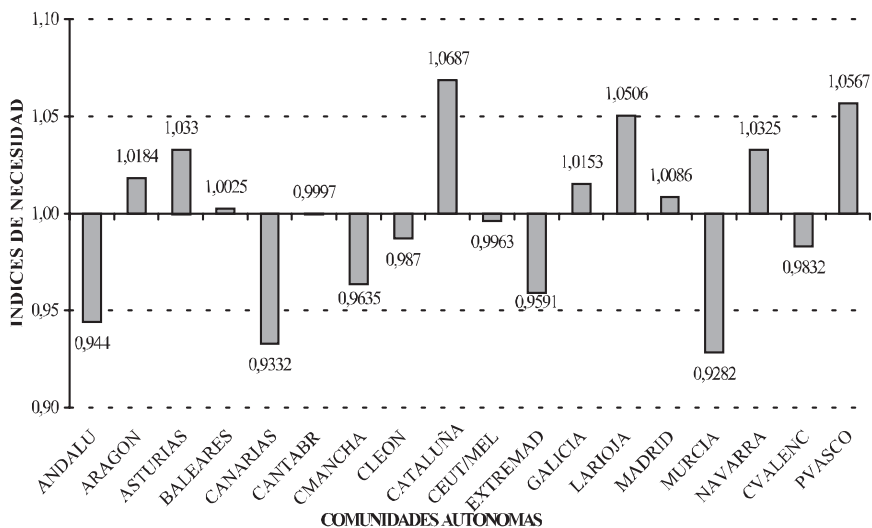
para tener en cuenta las diferencias en el coste unitario de los factores tiene cierto impacto considerable sobre algunos de los resultados, ya que la desviación estándar aumenta ligeramente, al igual que los valores máximo y mínimo. La mayoría de las regiones con un índice bruto superior a la unidad lo mantienen e incluso lo incrementan una vez realizado el ajuste, excepto las regiones de Asturias, Cantabria, Ceuta y Melilla y Galicia, siendo precisamente Cantabria y Ceuta y Melilla las que pasan a tener ahora un índice de necesidades inferior a la unidad. Es decir, la aplicación del ajuste a fin de considerar las diferencias en el coste unitario de los factores aumenta (y, en algunos casos, incluso invierte) los resultados obtenidos para el índice bruto de necesidades de gasto sanitario (cuadro 3 y figura 3).

En resumen, los resultados muestran cierta sensibilidad al criterio finalmente adoptado y, en cualquier caso, al enfoque metodológico seleccionado. De todos modos, el procedimiento de distribución que se vaya a emplear en cada caso puede consistir en una combinación del criterio per cápita y necesidad y esto puede servirnos a la hora de compararlo con el sistema finalmente adoptado por Ley en diciembre de 2001.

2.2 . Modelo «Línea Ingreso o Espacio Fiscal (fiscal room)»: Integración de la financiación sanitaria en el sistema general de financiación autonómica

Desde el punto de vista estrictamente económico, la integración de la financiación sanitaria en la financiación autonómica general parece mostrarse como una línea de ac-

Figura 3. Índices transformados de necesidad relativas de gasto sanitario por Comunidades Autónomas (con diferencias de costes)



tuación atractiva dado que ya no existe ninguna diferencia entre la sanidad y otros servicios autonómicos que justificase la diferenciación. Según esto, la principal diferencia entre la integración parcial y la total consiste en que la primera no proporcionaría mayor corresponsabilidad fiscal, mientras que la integración plena en la financiación autonómica general permitiría afectar impuestos propios a la financiación sanitaria, de ahí que proporcionaría en principio un mayor grado de suficiencia financiera si dichos impuestos descentralizados tuvieran una evolución dinámica positiva en cuanto a su nivel de recaudación.

2.3. El Modelo Mixto de financiación sanitaria

Este modelo consiste en combinar adecuadamente las principales ventajas de los sistemas de «Línea Gasto» (equidad) y «Línea Ingreso» (autonomía y corresponsabilidad fiscal) a fin de obtener una solución óptima. Así, por un lado, se debería tener en cuenta que la opción de la «Línea Ingreso» a pesar de las ventajas anteriormente señaladas podría ser «arriesgada» al incluir la sanidad en el paquete global de la financiación para aquellas CC.AA. que no han logrado aún un grado de suficiencia económica importante y que, además, no tienen capacidad recaudatoria que les pueda acercar a ello. Por otro, habría que percatarse que la «Línea Gasto», en principio, dependiendo de si continuaría como una financiación específica básicamente de carácter capitativo puro o bien compensatoria, podría ser más protectora para las regiones relativamente pobres, más visible para los gestores en los presupuestos y más comparable a la vez que podría permitir un mayor control del Ministerio de Sanidad y mantener el principio de equidad entre las regiones (si bien puede que lo realmente importante sea la equidad personal y no la interterritorial). En definitiva, quizás la mejor de las dos alternativas «Línea Gasto» o «Línea Ingreso» sería seguir apostando por una solución que reuniese lo mejor de ambos sistemas, es decir, el «Modelo Mixto».

3. El Acuerdo de Financiación Autonómica de 27 de julio de 2001 y su ratificación por Ley

Como se acababa de señalar, las tasas de crecimiento del gasto sanitario que, históricamente, se han situado por encima del PIB y los previsibles costes implícitos del propio proceso transferencial hacían imprescindible a principios del 2001 que las soluciones respecto a la financiación de la sanidad acabasen proporcionándola un marco financiero estable y suficiente tanto desde un punto de vista estático como dinámico. Como resultado, el día 27 de julio de 2001 en el seno del CPFF se alcanzó un acuerdo a fin de establecer un nuevo modelo de financiación autonómica para el conjunto de las CC.AA. de régimen común. Es importante señalar que es la primera vez que un Acuerdo como éste, que sirve para regular la financiación autonómica, ha sido incorporado en un texto legal con rango formal de Ley, lo que supone fijar un elemento de estabilidad y referencia al mencionado sistema (Leyes 7/2001, 21/2001 y 22/2001, de 27 de diciembre) además de modificar la propia LOFCA, LGS y el texto

refundido de la Ley General de la Seguridad Social (art. 65 de la Ley de Financiación de las CC.AA.).

En concreto, hay que señalar que este nuevo sistema basa su funcionamiento en la determinación de la financiación adecuada [Capacidad Fiscal (*CF*)], definida en función de la participación en una «cesta de tributos» (art. 6 de la Ley) mas el Fondo de Suficiencia (*FS*), con labores de principal mecanismo nivelador y de «cierre» del modelo acordado, para atender a las Necesidades de Gasto para cada Comunidad Autónoma (*NGt*), obtenidas por adición del bloque general de competencias comunes (*NGcm*, todas las competencias menos la sanidad y servicios sociales), bloque de competencias sanitarias (*NGin*, INSALUD) y bloque de competencias en servicios sociales (*NGim*, IMSERSO) tal que $NGt = NGcm + NGin + NGim$ y $NGt - CF = FS$.

Por otro lado, con el fin de estimar las necesidades de gasto de cada CC.AA. el sistema de financiación aplica sobre la restricción inicial («suficiencia estática») que toma como año base los datos de 1999 (art. 2 de la Ley) actualizados al primer año de vigencia (2002) unas variables que tratan de aproximar el coste de los servicios asumidos y que son diferentes en cada uno de los bloques (art. 4 de la Ley). En concreto y especialmente relevante para nuestro análisis, en los bloques de Sanidad y Servicios Sociales el criterio de distribución utilizado, a diferencia del período anterior, es el de «usuario», lo que supone en el caso de la Sanidad tomar como variables de reparto la población protegida según su valor de 1999 suministrado por el Ministerio de Sanidad y Consumo (75%), la población mayor de 65 años en función del Padrón a 1 de enero de 1999 del Instituto Nacional de Estadística (24,5%) y un pequeño ajuste por insularidad para Baleares y Canarias en proporción a la distancia en kilómetros ponderada según tramos desde la capital de cada provincia a las costas de la península a partir de datos suministrados por el Centro Nacional de Información Geográfica del Ministerio de Fomento (0,5%). A destacar que el peso que se le otorga al envejecimiento es sorprendente ya que no lo había tenido como factor corrector alguno en la fijación del gasto sanitario en los modelos anteriores (1998-2001 y 1994-1997) y puede servir para que regiones como Castilla y León, Castilla-La Mancha, Extremadura y Galicia soporten en el futuro la creciente influencia del envejecimiento en el coste de la sanidad.

Por tanto, el modelo confirma la integración de la sanidad en el modelo general frente a la situación anterior en dónde ésta tenía una financiación específica y además formaba parte del presupuesto de la Seguridad Social, lo que plantea considerables avances pero también cuestiones aún por resolver y determinados «efectos no previstos». Con todo, el modelo también condiciona un fondo exclusivo en la atención sanitaria («principio de afectación») ya que se impone a las CC.AA. la obligación de destinar una cantidad mínima a la gestión de los servicios sociales de la Seguridad Social (Sanidad e IMSERSO), excluida la parte correspondiente al Fondo Programa de Ahorro en Incapacidad Temporal, y a incrementarla anualmente (suficiencia dinámica) en igual medida que los Ingresos Tributarios del Estado por la parte de IRPF, IVA e Impuestos Especiales no cedidos (ITE nacional), excluyéndose otros tributos que antes estaban dentro del ITAE como el Impuesto de Sociedades y las cotizaciones sociales.

No obstante, el Estado garantiza a las CC.AA. que la financiación sanitaria en el 2002 será, como mínimo, la obtenida en el último año del sistema 1998-2001 (Disposición transitoria segunda de la Ley) además de que durante los tres primeros años de vigencia del nuevo sistema el Estado garantiza que el índice de crecimiento de los recursos asignados a la financiación sanitaria sea el PIB nominal a precios de mercado (art. 7 de la Ley). Esto representa una clara ventaja respecto al modelo del cuatrienio 1998-2001 donde la evolución de la financiación de la Sanidad era el caso más llamativo ya que su senda de crecimiento superaba anualmente a la del PIB y supone una garantía frente a posibles evoluciones negativas en los impuestos por lo que el problema ahora puede venir al estar fijando de partida un patrón de crecimiento en un contexto de descentralización sanitaria que puede estar causando un «efecto desplazamiento» de parte del gasto autonómico a la sanidad, en detrimento de otras dentro del conjunto de gasto social.

Por otro lado, también se especifica que el nuevo modelo reforzará la financiación sanitaria mediante otras vías adicionales o fondos de carácter específico (art. 4 de la Ley) ya que se establecerá según la Ley como un Fondo de «Cohesión Sanitaria» con el mismo objetivo que arrancará con una dotación inicial de 60,1 millones de € (10.000 millones de ptas.), será gestionado por el Ministerio de Sanidad y Consumo y se incrementará de acuerdo con las necesidades reales del sistema (si bien, el problema puede venir a raíz de que no se convierta en un sistema real de facturación interautonómica de desplazados).

Se mantiene el Fondo «Programa de Ahorro en Incapacidad Temporal» determinado por un importe de 240,40 millones de € (40.000 millones de ptas.) que se distribuirá mediante la variable población protegida y se articularán unas «Asignaciones de Nivelación» (art. 64 de la Ley) de importe a determinar tanto para Sanidad como para Educación a fin de atender situaciones extraordinarias en alguna región en base a desviaciones de más de 3 puntos respecto a la media nacional bien en la población protegida o bien en el número de alumnos de Enseñanza Obligatoria. La cuestión es, por un lado, por qué en este caso se considera una variable de necesidad educativa y luego no se ha abierto el abanico de estos índices en el reparto de la financiación para este caso y, por otro, por qué las condiciones que se han establecido son tan difíciles de cumplir en la práctica, lo que imposibilita la propia puesta en marcha de dichas asignaciones.

Por último, merece destacarse que si bien se integran los diferentes sistemas hasta ahora existentes además de que en términos de suficiencia financiera y corresponsabilidad fiscal se incrementa la restricción inicial respecto al quinquenio anterior a través de una mayor asunción de tributos cedidos y participados sin garantías, las CC.AA. asumen ahora un reto mayor ya que su financiación crecerá según la evolución de la recaudación nacional de los nuevos impuestos cedidos (incluidos los porcentajes de consumo) y del propio ITE con una única garantía transitoria en el caso de la sanidad mientras que la afectación de recursos a las que se les obliga puede acabar siendo muy restrictiva ya que si en una región los ingresos de su «cesta de impuestos» no siguen el ritmo de la media nacional entonces observará como la financiación sanitaria y de servicios sociales absorbe progresivamente mayor margen

financiero respecto al resto, siendo mayor en la medida en que la región tenga una mayor «*corresponsabilidad fiscal*».

4. Una aproximación al impacto del nuevo modelo sobre las finanzas autonómicas

A la luz de lo expuesto, se realizan a continuación una serie de estimaciones acerca de los efectos económicos de la integración de la financiación sanitaria en el nuevo sistema de financiación, bajo distintas hipótesis y para 1999 (año base) y 2002 (primer año del modelo). Se considera una situación de competencias sanitarias y sociales generalizadas para todas las CC.AA., es decir, lo que ha sucedido ya en 2002, excepto para País Vasco y Navarra, bajo el supuesto de que todas se financiaran en esos años con el nuevo modelo aprobado por Ley en diciembre de 2001 a fin de atisbar cuáles pueden ser sus efectos en el futuro.

A este respecto, se ofrece en el cuadro 4 con referencia a ese mismo año una estimación de los recursos a disponibles través del nuevo sistema. En esencia, el cálculo de la financiación, pasaría por calcular las necesidades de gasto a garantizar (8,575 billones de pesetas/51.536 millones de €) que incluyen todas las competencias. Luego se estiman las cantidades correspondientes a la fórmula de descentralización impositiva elegida, lo que condicionará el importe estimado de recaudación que correspondería a las CC.AA. (4,456 billones de pesetas/26.781 millones de €) y el grado de autonomía fiscal que refleja una composición heterogénea por CC.AA. (45,89% en las del art. 143 y un 54,10% en las del art. 151). El gasto en sanidad supone un 44,75% de los recursos fiscales de las CC.AA. mostrando porcentajes similares en cada una de ellas mientras que el Fondo de Suficiencia, a pesar de que no está afectado a la sanidad sino que sirve para financiar todo el conjunto de servicios públicos, podría llegar a representar un 48,03% del total de recursos a financiar. De todos modos, el menor porcentaje que respecto a la financiación sanitaria tiene en algunas CC.AA. (en Cataluña un 67,36% o en la C. Valenciana un 95,68%) haría que la sanidad pudiera llegarse a financiar a través de recursos tributarios propios en los que dependiendo de la importancia relativa del IRPF, IVA e Impuestos Especiales la financiación sería más o menos progresiva.

Asimismo, una vez estimadas las cantidades a recibir por cada CC.AA. en el año base, se puede intentar comparar en base a proyecciones dinámicas la financiación sanitaria en el año 2002 que se hubiera obtenido en caso de haber continuado con un modelo finalista similar al anteriormente existente (1998-2001) versus la situación real de integración en el nuevo modelo de financiación general tomando como base de un marco estable de financiación las previsiones contenidas en el Proyecto de Presupuestos Generales del Estado para 2002 y en la Actualización del Programa de Estabilidad del Reino de España (2001-2005) presentado en Diciembre de 2001 en cuanto a las magnitudes económicas relevantes así como el comportamiento de la «cesta de tributos» y los ITE relevante para la financiación autonómica (escenario moderado). El cuadro 5 resume las diferencias en la financiación autonómica sanitaria obtenida por las CC.AA. entre ambos escenarios. Las proyecciones dinámicas

Cuadro 4. Integración de la sanidad en el nuevo sistema de financiación general en el año 1999 (millones de pesetas corrientes)

<i>Concepto</i>	<i>NG_i a financiar (1)</i>	<i>IRPF (2)</i>	<i>IVA (3)</i>	<i>II.EE (4)</i>	<i>II.EEE (5)</i>
CC.AA. 143	3.545.655	784.122	813.122	407.044	40.951
CC.AA. 151	5.029.520	872.754	976.743	502.756	58.652
Andalucía	1.683.047	187.212	301.572	152.895	15.190
Canarias	389.134	58.702	0.000	2.938	3.274
Cataluña	1.399.116	384.036	364.212	181.667	20.835
Com. Valenciana	873.455	157.822	199.089	109.131	10.947
Galicia	684.767	84.982	111.870	56.125	8.406
TOTAL	8.575.175	1.656.936	1.789.865	909.800	99.603

<i>Concepto</i>	<i>«Cesta de Impuestos» (6)</i>	<i>Autonomía fiscal en % (7)</i>	<i>Fondo de suficiencia (8)</i>	<i>Fondo suficiencia sobre la Sanidad (9)</i>
CC.AA. 143	2.045.239	57,68	42,32	95,68
CC.AA. 151	2.410.905	47,93	52,07	115,42
Andalucía	656.869	39,03	60,97	138,79
Canarias	64.914	16,68	83,32	196,60
Cataluña	950.750	67,95	32,05	67,36
Com. Valenciana	476.989	54,61	45,39	95,68
Galicia	261.383	38,17	61,83	149,05
TOTAL	4.456.204	51,97	48,03	107,32

Nota: (1) Incluye la financiación necesaria para competencias comunes, educación y sanidad en las CC.AA. de régimen común, (2): Estimación a partir de cuota del IRPF distribuida en función de su propia evolución regional, (3), (4) y (5): Cantidades estimadas a partir de estimaciones indirectas como las propias cuotas de consumo de la AEAT, (6): Se considera a la «cesta de impuestos» formada por el IRPF, IVA, II.EE (Hidrocarburos, Labores del Tabaco, Alcoholes y Cerveza) e II.EEE, (7): Se considera al porcentaje que representa (6) sobre (1), (8): Porcentaje estimado que representa el Fondo de Suficiencia y (9): Porcentaje del Fondo de Suficiencia estimado (8) sobre la sanidad a financiar.

Fuente: Elaborado a partir de Agencia Estatal para la Administración Tributaria (AEAT), Consejo de Política Fiscal y Financiera y Ministerio de Hacienda (2001).

muestran que, en conjunto, las regiones analizadas podrían obtener como mínimo una ganancia potencial de financiación (344,50 millones de €) al integrarse la financiación de la sanidad en el nuevo sistema general vigente ya en el año 2002. Bajo el sistema integrado las ganancias globales alcanzarían como mínimo un 1,24% de financiación suplementaria aunque los resultados diferirían en las distintas CC.AA. observándose que las mayores ganancias potenciales corresponderían a las CC.AA. que en el año 2001 ya gestionaban las competencias sanitarias.

En cualquier caso y a pesar de que la heterogeneidad en el nivel de autonomía fiscal de las CC.AA. seguirá siendo un factor decisivo, a la hora de definir el horizonte de cara al futuro de cada una de ellas resulta claramente apreciable la mejora que se produciría desde el punto de vista de la suficiencia financiera, autonomía y corresponsabilidad fiscal con la integración de la sanidad en el modelo general de financiación.

Cuadro 5. Escenario de integración de la sanidad en el nuevo sistema de financiación. Proyección dinámica para el año 2002 (millones de €)

Concepto	Financiación de NG ₁ (1)	Financiación sanitaria (2)	Deficiencias con modelo finalista (3)	Deficiencias con modelo finalista (en %) (4)	Financiación capitativa (pobl) € (4)
CC.AA. 143	25.359,68	11.310,39	129,48	1,14	1.641,30
CC.AA. 151	35.971,35	16.363,03	212,63	1,30	1.636,30
Andalucía	12.037,23	5.332,38	67,01	1,26	1.647,70
Canarias	2.783,10	1.189,38	16,77	1,41	1.663,80
Cataluña	10.006,54	4.801,12	59,17	1,23	1.611,90
Com. Valenciana	6.246,99	2.988,47	36,56	1,22	1.536,20
Galicia	4.897,48	2.048,54	30,04	1,47	1.793,70
TOTAL	61.330,03	27.675,82	344,50	1,24	1.638,30

Concepto	Financiación capitativa (pobl) (Total = 100)	Financiación sanitaria capitativa (pobl) € (5)	Financiación sanitaria capitativa (pobl) (Total = 100)	Deficiencias en financiación sanitaria capitativa (pobl) € (6)
CC.AA 143	100,18	732,02	99,01	8,38
CC.AA 151	99,88	744,38	100,68	9,68
Andalucía	100,57	729,95	98,73	9,25
Canarias	101,56	711,06	96,17	10,06
Cataluña	98,39	773,43	104,61	9,53
Com. Valenciana	93,77	734,90	99,40	9,00
Galicia	109,48	750,29	101,48	11,09
TOTAL	100,00	739,34	100,00	9,2

Nota: (1) Incluye la financiación necesaria para competencias comunes, educación y sanidad en las CC.AA. de régimen común, (2): Se considera el total de financiación que las CC.AA. pueden destinar a sanidad bajo integración y al que habría que sumar los fondos específicos creados a tal efecto además de las posibles partidas presupuestarias para sanidad, (3): Variabilidad financiera integración de la sanidad-prórroga modelo finalista, (4) y (5): Con Población del Padrón a 1 de enero de 1999 del INE y (6): Variabilidad financiera en /hab. integración de la sanidad-prórroga modelo finalista.

Fuente: Elaborado sobre la base de IGAE, PGE, AEAT, Consejo de Política Fiscal y Financiera, Ministerio de Hacienda, de Sanidad y Consumo y Actualización del Programa de Estabilidad del Reino de España 2001-2005, Ministerio de Economía.

Por último, indicar que una valoración del nuevo modelo de financiación de la sanidad debería incluir un comentario acerca de la forma en la que se ha calculado la restricción inicial fijando la distribución de los recursos entre las regiones. Con ese motivo y en base al estudio empírico sobre las necesidades sanitarias presentado en las secciones anteriores se comparan en el cuadro 6 los índices así calculados (4) con el criterio real empleado en el año 1996 en el modelo específico vigente en ese cuatrienio (1) y alternativamente el criterio per cápita (2) el propuesto en el trabajo de Rico y Rubio (1996) como resultado de la aplicación de la fórmula de asignación de recursos sanitarios RAWP británica al caso español (3) y el de la nueva financia-

ción sanitaria (5). Esta contrastación nos estaría indicando la diversidad en los perfiles de necesidad por regiones y la bondad de los ajustes de necesidad propuestos en este artículo para intentar explicarlos de algún modo frente a la subjetividad que impregna tanto el establecimiento de los coeficientes utilizados para distribuir los fondos sanitarios en el nuevo modelo de financiación autonómica como su propia ponderación. Así, a la vista de nuestro trabajo, podría incluso ser discutible que las variables utilizadas en el nuevo modelo (básicamente demográficas) sean las que reflejen de modo más razonable las necesidades sanitarias de la población.

Cuadro 6. Impacto de las hipótesis de reparto alternativas según necesidades de gasto en la financiación de la sanidad autonómica en el año 1996

<i>Concepto</i>	<i>Criterio real financiación sanitaria (1994-1997) (1)</i>	<i>Criterio per cápita (2)</i>	<i>Criterio RAWP (3)</i>	<i>Criterio índices transformados necesidad sanitaria (sin dfcias costes) (4)</i>	<i>Criterio nueva financiación sanitaria (5)</i>
Cataluña	100,86	100,00	92,21	114,80	99,58
Galicia	99,19	100,00	107,41	109,43	103,97
Andalucía	99,34	100,00	106,86	83,56	96,01
Asturias	107,45	100,00	109,33	116,17	105,42
Cantabria	102,34	100,00	93,53	100,50	102,09
La Rioja	89,99	100,00	102,10	109,72	102,81
Murcia	100,91	100,00	90,29	79,52	96,31
Com. Valencia	100,34	100,00	101,00	98,93	98,72
Aragón	109,00	100,00	97,25	113,34	106,33
Castilla-La Mancha	97,65	100,00	106,15	89,08	103,90
Canarias	101,49	100,00	101,48	75,66	100,67
Extremadura	101,76	100,00	105,60	87,49	102,47
Baleares	88,68	100,00	102,63	111,85	101,81
Madrid	104,85	100,00	87,41	102,84	96,75
Castilla-León	96,08	100,00	106,97	108,81	107,48
TOTAL	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Elaborado en base a la información expuesta anteriormente. Para relativizar sobre la base de la población se hace a partir de INE e INSALUD tomando como denominador la población protegida del censo de 1991.

5. A modo de conclusión

Puede afirmarse que la financiación del gasto sanitario autonómico sigue constituyendo un problema difícil de resolver en un contexto como el que tenemos en la actualidad de recursos limitados. No obstante, la aproximación que hemos realizado aquí a dicha cuestión nos ha proporcionado las siguientes conclusiones:

1. En cuanto a la trayectoria histórica de los sistemas de financiación autonómica y los específicos para la sanidad puede decirse que, frente al caso de los pri-

meros en donde solamente a partir de 1997 se empieza a apostar por la «*Línea de Autonomía en el Ingreso o Espacio Fiscal*», los segundos han venido abogando hasta el año 2001 por la opción «*Línea Gasto*», lo que ha planteado a la financiación sanitaria problemas respecto al cumplimiento de los principios de suficiencia, autonomía, eficiencia y corresponsabilidad fiscal.

2. El estudio realizado sobre las necesidades de gasto sanitario autonómico indica que el componente demográfico es quizás el factor de ajuste más importante, pero que, en cualquier caso, es necesario aproximar las diferencias existentes entre regiones no sólo según la demanda sino también la oferta y los costes. De todos modos, es interesante señalar la sensibilidad de los resultados obtenidos en este tipo de trabajos de investigación debido principalmente a las variaciones metodológicas y al período de estudio utilizado.
3. A principios del año 2001 se planteaban las alternativas a las que debía acomodarse la futura reforma del sistema de financiación autonómico de la sanidad que consistían básicamente en su mantenimiento como un sistema específico similar al actual («*modelo continuista*»), su integración en el modelo general («*modelo integrado*») o incluso una combinación de lo mejor de ambos sistemas («*modelo mixto*»). El nuevo sistema aprobado el pasado 27 de julio de 2001 por el CPFF y ratificado por Ley en el Congreso de los Diputados el 20 de diciembre de ese mismo año supone una clara apuesta por esta tercera vía ya que no existe una integración total sin condiciones.
4. Si bien aún es pronto para realizar consideraciones definitivas acerca de los efectos reales de la integración de la sanidad en el nuevo esquema general de financiación puede decirse que, en caso de haberse puesto en marcha en el ejercicio 1999, éste hubiese supuesto una mayor dotación financiera para la sanidad autonómicas desde la perspectiva de la suficiencia, autonomía y corresponsabilidad fiscal. De todos modos, en cuanto a cuestiones pendientes, es decir, lo que pueda suceder a partir del 2002 pensamos que, a pesar de lo que se avanza y se plantea aquí, es necesario ser extremadamente cautelosos ante los resultados de las próximas liquidaciones presupuestarias a fin de poder pronunciarse si efectivamente este modelo supondrá el cierre definitivo de la financiación autonómica toda vez que se introducen mayores riesgos en cuanto a la evolución dinámica de las fuentes de financiación con la novedad de que ahora las garantías son menores que en el sistema anterior.

Bibliografía

- Agencia Estatal de la Administración Tributaria (2001): *Impuestos Especiales. Estudio relativo a 1999*. AEAT, Madrid.
- Aznar, A. y López Laborda, J. (1994): «Una metodología para la determinación de las necesidades de gasto de las Comunidades Autónomas», *Instituto de Estudios Fiscales, Papeles de Trabajo* 11.
- Bosch, A. y Escribano, C. (1988a): «Las necesidades de gasto de las Comunidades Autónomas», en *Cinco Estudios sobre la financiación autonómica*, Instituto de Estudios Fiscales, pp. 209-269.
- Bosch, A. y Escribano, C. (1988b): «Regional allocation of public funds: an evaluation index», *Environment and Planning C. Government and Policy*, 20:1323-1333.

- Buenaventura, R. y García, F. (2001): «Un nuevo y ¿definitivo? modelo de financiación autonómica», *Nota de Análisis autonómico*, Consultores Adm. Públicas, núm. 80, Madrid.
- Cabiedes, L. (2000): «La financiación del sistema sanitario», *Libro Blanco de los Servicios Sanitarios Asturianos*, pp. 59-120.
- Cantarero, D. (2001): «La descentralización de la sanidad pública en España: El gasto estimado y sus necesidades por regiones», *VIII Encuentro de Economía Pública*, 8 y 9 de febrero de 2001, Cáceres.
- Cantarero, D. (2002): «Descentralización, transferencias y nueva financiación del sistema sanitario español», *Actas de XII Jornadas de Economía de la Salud*, 29 al 31 de mayo, Pamplona, pp. 65-87.
- Carmona, G. et al. (1992): «Metodología para un nuevo modelo de financiación sanitario. Simulación y resultados», *Actas de las XI Jornadas de Economía de la Salud*, pp. 451-467, Valencia.
- Castells, A. y Solé, A. (2000): «Cuantificación de las necesidades de gasto de las Comunidades Autónomas. Metodología y aplicación práctica», *Instituto de Estudios Fiscales*, Madrid.
- Consejo de Política Fiscal y Financiera (2001): *Sistema de financiación de las CC.AA. de régimen común*. 27 julio, Madrid.
- González-Páramo, J.M. (coord.) (2001): *Bases para un sistema estable de financiación autonómica*. Fundación BBVA, Madrid.
- INSALUD (varios años): *Memoria*. INSALUD, Madrid.
- Ley 7/2001, de 27 de diciembre, de modificación de la Ley Orgánica 8/1980, de 22 de septiembre, de financiación de las Comunidades Autónomas (LOFCA) (BOE 31-12-2001).
- Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía (BOE 31-12-2001).
- Ley 22/2001, de 27 de diciembre, reguladora de los Fondos de Compensación Interterritorial (BOE 31-12-2001).
- López i Casanovas, G. (1999): *La capitación en la financiación territorial de los servicios públicos transferidos: El caso de la sanidad y la educación*. Ministerio de Sanidad, Madrid.
- Ministerio de Economía (2001): *Actualización del Programa de Estabilidad (2001-2005)*. Madrid.
- Ministerio de Hacienda (2001a): *Financiación de las CC.AA. por tarifa autonómica del IRPF, participación en los ingresos del Estado y fondo de garantía en 1999 y liquidación definitiva*. Madrid.
- Ministerio de Hacienda (2001b): *Presentación del Proyecto de PGE 2002*. Madrid.
- Rice, N. y Smith, P. (1999): «Approaches to capitation and risk adjustment in health care: an international survey», *Centre for Health Economics*, University of York.
- Rico, A. y Rubio, P. (1996): «Necesidades sanitarias y redistribución regional de recursos en España», *mimeo*.
- Smith, P. (1999): «Capitated finance and health care needs. Possibilities and limitations», *XIX Jornadas de Economía de la Salud*, 2, 3 y 4 de junio de 1999, Zaragoza.
- Urbanos, R. y Utrilla de la Hoz, A. (2000): «Incidencia del traspaso de competencias sanitarias en los recursos autonómicos: una simulación de escenarios alternativos de financiación», *Papeles de Economía Española*, núm. 83, pp. 184-206, Madrid.
- Utrilla de la Hoz, A. (2001): «El funcionamiento de los sistemas de garantía en el modelo de financiación autonómica», *Papeles de Trabajo del IEF*, núm. 23, Madrid.