

CAPÍTULO 12

EL NUEVO MODELO DE FINANCIACIÓN AUTONÓMICA DE LA SANIDAD

José J. Martín Martín
Roberto Montero

Departamento de Economía Aplicada de la Universidad de Granada

Juan M. Cabasés Hita

Departamento de Economía, Universidad Pública de Navarra, Pamplona

Juan de Dios Jiménez Aguilera

Departamento de Economía Aplicada de la Universidad de Granada

1. Introducción

En el año 2001 finalizó el acuerdo de financiación sanitaria aprobado en el seno del Consejo de Política Fiscal y Financiera (CPFF) en 1997. En el año 2002 ha entrado en vigor el nuevo acuerdo de financiación autonómica aprobado por el CPFF el 27 de julio de 2001, en el que se integra por vez primera la financiación sanitaria en la financiación general, aunque con particularidades.

Además, ha terminado el proceso de transferencias de los servicios sanitarios del Insalud a las comunidades autónomas (CCAA) que se inició en 1981; está previsto hacer la transferencia generalizada a lo largo de 2002. Con las transferencias cambiará también el papel del Ministerio de Sanidad y Consumo, que deja de tener la responsabilidad de la gestión de los servicios del Insalud, para concentrarse en el papel de regulador del sistema, a la luz de los objetivos de equidad de la Ley General de Sanidad. Ello obligará a reforzar los mecanismos de coordinación general del sistema.

El acuerdo vigente desde 1998 vino a consolidar los criterios establecidos para el cuatrienio anterior, que establecían un referente de crecimiento al presupuesto sanitario público, el incremento cada año del PIB nominal y un criterio de distribución a las CCAA con Insalud transferido, la población protegida no ajustada, como base del reparto. En el acuerdo se incorporó, además, un segundo fondo que, aunque reducido en su cuantía, afectaba directamente a los criterios anteriores, al permitir crecimientos presupuestarios superiores al de referencia y alejarse del cri-

terio per cápita puro, al introducir una modulación financiera con el fin de impedir que las CCAA con descensos relativos de la población ajustasen su presupuesto a su nueva población protegida.

Este fondo incluía también asignaciones adicionales para algunas CCAA para el esfuerzo financiero extra por la formación de médicos especialistas y los desplazamientos de pacientes. Los cálculos para la estimación de estas asignaciones distaron mucho de ser objetivos. Sin embargo, fue probablemente la existencia de este segundo fondo lo que permitió lograr el consenso deseado que dio lugar al acuerdo.

El acuerdo citado no consiguió totalmente el pretendido control del crecimiento del gasto sanitario público, siendo en todos los años del período mayor al del PIB. Esto ilustra la tendencia inequívoca del gasto sanitario público a crecer por encima del crédito autorizado, aunque en España se mantenga en cifras razonables si se compara con otros países de nuestro entorno. El actual acuerdo de financiación, así como los nuevos acuerdos de traspaso de competencias, constituyen un nuevo intento de garantizar la suficiencia, la estabilidad y el control presupuestario.

En este trabajo se presentan algunas reflexiones en torno al cambio que se ha de producir como consecuencia del nuevo acuerdo de financiación autonómica y se presenta el nuevo sistema de financiación, en cuanto concierne a la sanidad. Al final, se hace una valoración del nuevo sistema, planteando algunas cuestiones para el debate.

2. Un nuevo modelo

En diciembre de 2001 concluyó, de forma simultánea, la vigencia de los tres grandes sistemas de financiación autonómica: el de competencias comunes, el de financiación de los servicios sanitarios y el de financiación de los servicios sociales, así como el sistema de financiación foral de las provincias vascas. Esta coincidencia propició la posibilidad de buscar uno integrado de financiación general. El sistema aprobado por el CPFF y publicado, con ligeras modificaciones, con rango de Ley,¹ avanza significativamente en este sentido y, aunque se mantienen tres submodelos diferenciados –uno para la financiación de las competencias comunes, otro para la financiación de la sanidad y otro para la financiación de los servicios sociales del IMSERSO, cada uno con distintas variables de distribución, diferentes reglas de evolución, etc.–, se cierra en un mecanismo común que pretende garantizar la

¹ Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las CCAA de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía.

suficiencia financiera.

2.1. Principios básicos del nuevo modelo

Los principios básicos sobre los que se articula el modelo son:

- a) Estabilidad, por cuanto el modelo, que entró en vigor en enero de 2002, se aprueba con carácter indefinido.
- b) Generalidad, ya que es integrador respecto a distintas herramientas financieras y debe aplicarse a todas las CCAA (sin perjuicio de lo dispuesto en los regímenes forales).
- c) Suficiencia, autonomía y solidaridad, en la medida en que:
 - hace referencia a la cobertura de las necesidades financieras para hacer frente a las responsabilidades de las CCAA; suficiencia tanto estática –es decir, en el momento inicial de aplicación del modelo en el año base– como dinámica, en su evolución temporal, de forma que ninguna CCAA pierda recursos respecto del anterior modelo;
 - se ceden nuevos tributos y se incrementa la autonomía normativa aumentando las potestades de decisión de las CCAA en materia fiscal; y
 - garantiza que las CCAA puedan prestar sus servicios en condiciones equivalentes, con independencia de su capacidad de obtención de recursos.
- d) Coordinación, pues se establecen los mecanismos de atribución de rendimientos de los diferentes tributos y de colaboración entre las diferentes administraciones para el correcto funcionamiento del sistema.
- e) Integración de todos los servicios públicos, en un único modelo que aglutine la financiación de competencias comunes, la financiación de la sanidad y la financiación de servicios sociales.²
- f) Participación en la Agencia Tributaria (AEAT) y en los Tribunales Económico-Administrativos (TEAR), ampliando la colaboración de las CCAA con la Administración Central en la gestión del sistema.

² Que eran sistemas de financiación independientes hasta ahora.

2.2. Las líneas básicas del nuevo sistema

El nuevo sistema tiene como líneas básicas las siguientes:

- Toma como año base el ejercicio de 1999.
- Integra la actual financiación de los tres bloques competenciales existentes: las competencias comunes, así como las correspondientes a la gestión de los servicios sanitarios de la Seguridad Social y de servicios sociales de la Seguridad Social.
- Establece la financiación del año base correspondiente a los tres bloques de servicios, que se toma como punto de partida o restricción inicial del sistema.
- Estima las necesidades totales de financiación, en términos de homogeneidad competencial, mediante la aplicación de las variables sociodemográficas y distributivas y de las ponderaciones y modulaciones financieras que se establecen. Un resultado de esta estimación es que todas las CCAA ven aumentados sus recursos para la financiación de los servicios asumidos o susceptibles de asumir.
- Financiación en el año base, resultado de la adición a la asignación señalada en el punto anterior, del valor de los servicios asumidos por las CCAA, que se han descontado a efectos del cálculo de la financiación homogénea.
- Establece los recursos que servirán para financiar las necesidades estimadas, que son de dos tipos, dentro y fuera del sistema. Los recursos dentro del sistema son: las tasas afectas a los servicios traspasados, los impuestos que ya habían sido cedidos anteriormente, los impuestos cedidos en este acuerdo y el Fondo de Suficiencia, que viene a sustituir a la Participación de Ingresos del Estado (PIE) y que sirve de mecanismo de cierre del sistema. Fuera del sistema se encuentran el Fondo de Compensación Interterritorial (FCI), que añade un nuevo elemento a su composición al permitir dotar fondos para gastos corrientes que generen las inversiones del propio FCI, y las asignaciones de nivelación, creadas para corregir situaciones especiales que puedan desequilibrar la prestación de servicios públicos fundamentales a un nivel adecuado.

En las líneas básicas se incluyen, además, dos de aplicación específica a la sanidad: el principio de afectación y la constitución de un fondo específico de cohesión sanitaria.

- a) Principio de afectación: «De todo el conjunto de recursos que reciben las CCAA estarán obligadas a dotar a sanidad, como mínimo, la cantidad que resulte de la aplicación de los índices de necesidad e incrementarla cada año en una cuantía igual a la que se incrementen los Ingresos Tributarios del Estado (ITE)». Se establece así obligatoriamente un presupuesto mínimo para sanidad en cada comunidad autónoma.
- b) Fondo específico para sanidad: «Se establece una reserva para el cumplimiento de ciertos fines. La necesidad de implantar o implementar determinadas políticas que coadyuven a lograr una mayor eficiencia en el gasto sanitario exige que una pequeña parte de la financiación del mismo sea gestionada directamente desde la Administración General del Estado».

El sistema de financiación parte del cálculo de la restricción inicial en el año base (1999), que es la suma de las restricciones iniciales de los tres bloques competenciales. Se calculan a continuación las necesidades homogéneas (al mismo nivel competencial) de financiación de cada comunidad autónoma en el año base según los criterios acordados para cada bloque. Se estiman los recursos financieros del sistema en el año base según la nueva estructura tributaria propuesta para las CCAA y los fondos complementarios que se acuerdan. Por último, se establecen los mecanismos de evolución temporal del sistema de financiación (suficiencia dinámica).

3. Resultados del nuevo modelo de financiación autonómica

El modelo ha de responder a cuatro cuestiones básicas: qué cantidad distribuir, cómo distribuirla, con qué recursos satisfacerla y mediante qué reglas de evolución dinámica actúa el sistema.

3.1. Qué cantidad distribuir

La restricción inicial para la asistencia sanitaria de la Seguridad Social es la suma de la financiación resultante de la liquidación definitiva del año 1999 para las CCAA con competencias asumidas y de la financiación resultante para las restantes CCAA integradas en Insalud-Gestión Directa.

Para obtener la cantidad que hay que transferir efectivamente en la fecha de entrada en vigor, enero de 2002, se actualizan dichas cantidades en los términos previstos en el acuerdo.³

Esta cantidad refleja los importes de la financiación que obtuvo cada CA en el ejercicio de 1999, como suma de los diversos fondos del modelo entonces vigente: fondo general, modulación financiera, docencia y desplazados.⁴

El volumen de financiación arroja la cifra de 22.651,40 millones de euros (M€), que será la restricción inicial del sistema y la cantidad que hay que distribuir entre los agentes del gasto sanitario público. Esta distribución se hará en función de las reglas del modelo entre las CCAA con competencias y las del Insalud-Gestión Directa, y los importes correspondientes deberán ser obligatoriamente empleados por las mismas en la función sanidad. Es decir, se consideran asignaciones vinculadas, con carácter de mínimas, al presupuesto sanitario.

3.2. Cómo distribuirla

Las necesidades financieras para el bloque de asistencia sanitaria prevén tres tipos de fondos:

- a) Fondo general, cuya masa homogénea de financiación se asigna de acuerdo con los siguientes criterios: población protegida (proporcional a su valor en 1999, con una ponderación del 75%); población mayor de 65 años (proporcionalmente a la misma en 1999, con ponderación del 24,5%); insularidad (0,5%).
- b) Garantía de mínimos, por la que el sistema garantiza que la financiación asignada a cada comunidad autónoma por el Fondo General sea, al menos, igual a la que cada una de ellas tiene asignada como masa homogénea de financiación en este bloque de competencias (ninguna CA percibirá menos recursos que los resultantes de aplicar el sistema vigente).

³ Se toma ese año por ser el último de que se disponen datos presupuestarios oficiales y definitivos. En el caso de los servicios sanitarios, sin embargo, la restricción inicial tomó la liquidación presupuestaria del año 2000 deflactándola a 1999.

⁴ No incluye la participación en los subfondos de lucha contra el fraude en Incapacidad Transitoria (IT) ni en el de la negociación con la industria farmacéutica. El primero se mantiene en el actual modelo como fondo separado (se cuantificará más adelante) y respecto al segundo no se hace mención alguna.

- c) Fondos Específicos, el Fondo «Programa de ahorro en incapacidad temporal» y el Fondo de Cohesión Sanitaria. El primero, dotado con 40.000 millones de ptas., financia la adopción de programas y medidas dirigidas al control del gasto relativo a la incapacidad temporal.

El Fondo de Cohesión Sanitaria tiene por objeto garantizar la igualdad de acceso a los servicios sanitarios públicos en todo el territorio español, independientemente de la CA de residencia, y será gestionado por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Con este fondo se trata de configurar un mecanismo de facturación de desplazados entre las diferentes CCAA, además de los procedentes de otros países de la UE u otros con convenios de reciprocidad. Se trata además de dotar al Ministerio de un fondo centralizado para facilitar un funcionamiento coherente y armónico del SNS, que garantice la equidad y la coordinación entre los diferentes servicios autonómicos de salud y fomente la cooperación.

Las necesidades totales de financiación en el año base son las que resultan de sumar las necesidades homogéneas según el procedimiento anterior, con el valor en el año base de las competencias no homogéneas.

En consecuencia, la participación de cada CA en la financiación del sistema sanitario será el resultado de una fórmula polinómica, en la que la financiación resultante estará en función del valor relativo de cada una de las variables (Tabla 1).

$$F_i = 0.75 P_i + 0.245 M_i + 0.005 I_i$$

Donde:

F_i = Participación de la CA en los fondos generales del sistema (restricción inicial).

P_i = Participación relativa de la CA en la población protegida total.

M_i = Participación relativa de la CA en la población mayor de 65 años total.

I_i = Participación relativa de la CA insular en distancia de su capital hasta Madrid.

La financiación se complementará con los otros dos fondos adicionales: el del programa de ahorro en incapacidad temporal y el destinado para la cohesión sanitaria. El fondo programa de ahorro en incapacidad temporal tiene una dotación de 40.008 millones de pesetas y se distribuirá, en principio, en función de la población protegida. Su finalidad es la compensación a las CCAA por los gastos derivados en la gestión y la lucha contra el fraude en la incapacidad temporal, que

⁵ Este fondo ya existía en el anterior modelo de financiación y su distribución estaba prevista se hiciese en función del esfuerzo relativo de cada CA. Dada la dificultad de encontrar una variable que reflejase correctamente este esfuerzo se ha optado, con algunos requisitos formales, por su distribución proporcional a la población protegida.

corren a cargo de la Seguridad Social.⁵ El fondo para la cohesión sanitaria ni está dotado presupuestariamente ni tampoco se define su distribución. En cualquier caso, su finalidad será doble: por un lado, compensar económicamente a aquellas CCAA que reciban pacientes desplazados desde otras, y, por otro lado, garantizar la igualdad de oportunidades y acceso al servicio público sanitario de todos los ciudadanos españoles, independientemente de su región de residencia.

Tabla 1
Cálculo de la necesidad financiera (% sobre el total nacional y M₁₂)

	PARTICIPACIÓN RELATIVA EN SANIDAD				Fondo IT
	Población protegida	Población >65	Insularidad	Ponderación total	
Andalucía	19,32	16,58	–	18,55	46,45
Aragón	3,16	4,05	–	3,36	7,60
Asturias	2,95	3,65	–	3,11	7,09
Baleares	2,21	1,97	22,65	2,25	5,31
Canarias	4,47	3,10	77,35	4,50	10,75
Cantabria	1,43	1,58	–	1,46	3,44
Castilla y León	6,55	8,69	–	7,04	15,75
Castilla-LM	4,61	5,44	–	4,79	11,08
Cataluña	16,99	17,06	–	16,92	40,84
Extremadura	2,83	3,16	–	2,90	6,80
Galicia	7,30	8,67	–	7,60	17,55
Madrid	13,53	12,03	–	13,09	32,53
Murcia	2,98	2,59	–	2,87	7,16
Rioja	0,71	0,82	–	0,73	1,71
Valencia	10,98	10,63	–	10,84	26,40
	100,02	100,02	100,00	100,02	240,45

Fuente: Modelo de financiación 2002. Elaboración propia.

La Tabla 2 recoge los cálculos correspondientes a las necesidades financieras de las CCAA estimadas por el modelo, incluyendo la denominada garantía de mínimos para aquellas con competencias durante 1999 que pierden financiación con el nuevo modelo. En el mismo se ha consignado la financiación que les correspondería a aquellas CCAA sin competencias en materia sanitaria, para cuando se produjese el traspaso de las mismas. No obstante, según el texto del acuerdo, si de las negociaciones del coste del servicio en el momento del traspaso, que acuerden las respectivas comisiones mixtas, se derivara un mayor coste del servicio, la financiación final será esta última cantidad. Dado que ya se han producido los acuerdos de traspaso en el último

punto de este documento hacemos una actualización con los datos definitivos.

Tabla 2

Cálculo de las necesidades de financiación. Modelo de Financiación 2002 (Me)

	Restricción inicial	Necesidad	Fondo IT	Garantía de mínimos	Financiación final
Andalucía	4.418,07	4.202,31	46,45	215,76	4.464,52
Aragón	–	761,60	7,60	–	769,19
Asturias	–	703,73	7,09	–	710,82
Baleares	–	510,43	5,31	–	515,74
Canarias	979,19	1.019,03	10,75	–	1.029,77
Cantabria	–	330,62	3,44	–	334,06
Castilla y León	–	1.595,01	15,75	–	1.610,75
Castilla-La Mancha	–	1.085,07	11,08	–	1.096,15
Cataluña	3.859,91	3.833,12	40,84	26,79	3.900,75
Extremadura	–	656,14	6,80	–	662,95
Galicia	1.675,99	1.721,32	17,55	–	1.738,87
Madrid	–	2.966,17	32,53	–	2.998,70
Murcia	–	649,99	7,16	–	657,16
Rioja	–	166,13	1,71	–	167,83
Valencia	2.450,59	2.455,27	26,40	–	2.481,66
Totales	22.651,40	22.655,91	240,45	242,56	23.138,92
INSALUD-GD	9.267,65	–	–	–	–

Fuente: Presupuestos y Liquidación de presupuestos de las CCAA y Ciudades Autónomas (varios ejercicios). Dirección General de Fondos Comunitarios.

3.3. Cómo satisfacerla

Una vez determinado el importe de la necesidad de gasto correspondiente a cada CA, se estudia la forma de transferirle la financiación necesaria. Para ello, el nuevo modelo, siguiendo criterios de ampliación de espacio fiscal, propone la cesión de nuevos tributos que se sumarán a los que actualmente ya están cedidos.⁶

Así, el modelo propone que la financiación de las necesidades de cada CA, en

⁶ Dado que deben realizarse cambios legislativos, algunos de los cuales ya se han iniciado con la modificación de la LOFCA y de varias Leyes ordinarias (BOE nº 303 de 31/12/01), pueden producirse retrasos en la cesión de algunos.

lugar de hacerse directamente en transferencias monetarias, vendrá constituido por la cesión de la recaudación de una cesta de impuestos, profundizando en un modelo de corresponsabilidad fiscal, en el que se transfieren impuestos con distinta capacidad recaudatoria.

El modelo final, para cada CA, será:

$$F_i = TC_i + FS_i$$

Donde:

F_i = Financiación final que se deriva de las necesidades de financiación del modelo, y que es la suma de las necesidades de financiación comunes, de las necesidades de financiación sanitarias y de las necesidades de financiación del Insero.

TC_i = Recaudación de Tributos ya cedidos en anteriores modelos de financiación de competencias comunes, a los que se añaden varios nuevos, que son: a) Antiguos: Impuesto sobre el Patrimonio, Impuesto sobre Transmisiones Patrimoniales y Actos Jurídicos Documentados, Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones, Impuesto sobre Determinados Medios de Transporte, Impuesto sobre el Juego y Tasas afectas a los servicios traspasados. Se cedió el 100 de su recaudación líquida y en su práctica totalidad son recaudados y gestionados por las distintas CCAA. b) Nuevos: 33% recaudación IRPF; 35% de la recaudación por IVA; 40% de la recaudación de los Impuestos Especiales sobre la cerveza, sobre productos intermedios y sobre alcoholes y bebidas derivadas, sobre hidrocarburos, sobre labores del tabaco y sobre electricidad; 100% de la recaudación del impuesto especial sobre determinados medios de transporte y sobre las Ventas Minoristas de Determinados Hidrocarburos.⁷

FS_i = Fondo de suficiencia. Es el mecanismo general de cierre de todo el sistema, que se calculará de forma conjunta con el resto de subsistemas de financiación y cubrirá la diferencia entre las necesidades de financiación de cada CA y su capacidad fiscal. Su signo podrá ser positivo (en el caso de defecto de capacidad fiscal) o negativo (en el caso de exceso de capacidad fiscal).⁸ Para su determinación no se tendrá en cuenta el Fondo por IT. La cuantía del fondo de suficiencia se revisará en caso de cesión de nuevos tributos o traspaso de nuevas competencias.

⁷ Es un nuevo tributo introducido por el modelo y cuyo hecho imponible es el consumo minorista de determinados hidrocarburos (gasolinas, gasóleo, fuelóleo y queroseno). Tiene dos tramos: estatal (que entró en vigor desde 1-1-2002) y autonómico (que entra en vigor por tramos durante dos años). Se cede el 100% de la recaudación por tramos estatal y autonómico y se distribuye siguiendo criterios generales de devengo.

⁸ La definición de este fondo puede tener gran relevancia. Su homólogo hasta ahora, la Participación en los Ingresos del Estado (PIE), casi siempre ha tenido un signo positivo, ya que, de forma general, sólo se ha procedido a la cesión de nuevos tributos mientras que el PIE mantuviese su signo. En el nuevo modelo no se plantea ninguna restricción a la cesión de tributos, por lo que es de esperar que surjan CCAA que, por diversas razones, tendrán un amplio exceso de recaudación por encima de sus necesidades de recursos y que deberán proceder a la devolución de este exceso.

3.4. Reglas de evolución dinámica

El sistema de financiación establece varios parámetros de evolución de algunos mecanismos, que son:

- ITE nacional, constituido por la recaudación estatal, excluida la susceptible de cesión, por IRPF, IVA y los impuestos especiales de fabricación sobre la cerveza, vino y bebidas fermentadas, sobre productos intermedios, sobre alcoholes y bebidas derivadas, sobre hidrocarburos y sobre labores del tabaco.
- ITE regional, constituido por la recaudación en el territorio de la CA, con criterio normativo, de los tributos contemplados en el apartado anterior, cedidos y susceptibles de cesión.
- PIB nominal a precios de mercado.

Como novedad respecto al anterior sistema de financiación, cabe destacar que se pasa de una referencia de evolución denominada ITAE (Ingresos Tributarios Ajustados Estructuralmente) que incluía, en general, a todos los ingresos tributarios menos las aportaciones a las comunidades europeas a un índice ITE⁹ que sólo incluye los tributos mencionados, excluyéndose a otros con gran potencial de crecimiento en los últimos años como las Cotizaciones Sociales o el Impuesto sobre Sociedades. Además, se ha modificado el índice PIB que sirve como base, pasando del PIB a coste de los factores al PIB a precios de mercado, que incluye los impuestos y subvenciones a la fabricación.

Los índices dinámicos afectarán a las siguientes partidas:¹⁰

- al fondo de suficiencia, que cuando sea positivo evolucionará en función del ITE nacional, mientras que cuando sea negativo evolucionará en función del ITE regional,¹¹ salvo en el caso de que el ITE_r sea superior al ITE_n, en cuyo caso evolucio-

⁹ El modelo no dice a qué corresponden dichas siglas.

¹⁰ Respecto al resto de elementos del modelo, tanto los tributos cedidos como las variables de reparto, no se establece ninguna regla de evolución, con la única salvedad contemplada en el modelo de financiación de competencias comunes, en el que se podrán incorporar los cambios en el censo de población.

¹¹ Que se reflejarán como créditos presupuestarios a favor de las correspondientes CCAA, en el primer caso, y como derechos presupuestarios a favor del Estado, en el segundo.

ará según este último;

- a las cantidades destinadas por cada CA a la gestión de los servicios sanitarios y sociales de la seguridad social, que deberán incrementarse anualmente, como mínimo, según el ITeN. Para garantizar esta dotación e incremento anual, se vinculan todos los recursos financieros que el sistema otorga a cada CA;
- finalmente, se garantiza que, durante los tres primeros años desde la puesta en vigor del modelo, los recursos destinados a la financiación del sistema sanitario crecerán, como mínimo, en función del PIB nominal.

A modo de ilustración, en la Tabla 3 se muestra la evolución de los dos índices principales que establece el modelo; el ITE nacional está calculado a partir de la recaudación real estatal de los tributos relacionados, se puede advertir su relativo paralelismo con el PIB real, aunque de tan corta serie de datos es imposible sacar alguna conclusión definitiva. El dato del ejercicio de 1997 constituye una excepción por cuanto en dicho año se produjo la reforma del impuesto y su cesión parcial a las CCAA que aceptaron el modelo LOFCA 1997-2001.¹²

Tabla 3
Variables dinámicas. Índices de incremento anual

	1996	1997	1998 (p)	1999 (p)	2000 (a)
ITEn	6,94	-2,11	6,98	7,10	-
PIBpm*	6,04	6,83	7,72	8,57	9,89

* PIB precios corrientes. (p) provisionales; (a) avance.

Fuente: INE. Elaboración propia.

Finalmente, el modelo también hace alusión a otros asuntos colaterales, aunque

¹² Todas menos las CCAA de Andalucía, Castilla-La Mancha y Extremadura.

¹³ El modelo hace alusión expresa (Art. 67 Ley 21/2001) a las asignaciones de nivelación del apartado 3 del artículo 15 LOFCA, definiendo que queda afectado el nivel de prestación del servicio público fundamental de sanidad cuando el incremento anual porcentual de la población protegida (ponderada en función de la edad) de la CA supere en 3 puntos a la media nacional. En el caso de CA cuya extensión superficial supere los 90.000 Km² (sólo es el caso de Castilla y León que tiene 94.000 Km², Andalucía que es la segunda CA en extensión sólo alcanza los 87.000 Km²), bastará con que la desviación supere el 1%. En el caso de la educación la variable escogida ha sido el número de alumnos.

no por ello menos importantes, como: fondos fuera del sistema,¹³ facultades normativas de los tributos cedidos, y colaboración y coordinación tributaria.

4. El coste de las transferencias

Como ya se ha expuesto, el nuevo modelo de financiación provoca la coexistencia de dos formas alternativas de financiación (véase Tabla 2) Mientras que unas CCAA quedan financiadas a su coste histórico (Andalucía y Cataluña), el resto de CCAA con competencias (Valencia, Galicia y Canarias), así como Insalud-Gestión Directa, se financiarían según las nuevas variables de necesidad introducidas.

La reanudación del proceso de transferencias de las CCAA del Insalud-Gestión Directa provoca una tercera cota de financiación para estas últimas, en función de las negociaciones de las respectivas comisiones mixtas, que siempre han aplicado unos criterios más favorables. Esta discriminación, previsiblemente ocasionará la reclamación de una mayor financiación por parte de aquellas CCAA peor financiadas, por lo menos hasta su equiparación con las que mejores resultados hayan obtenido en las negociaciones.

En otro lugar se ha calculado el coste que podría suponer afrontar el proceso de transferencias bajo dos hipótesis básicas (Montero 2001). La primera consiste en la premisa de que ningún agente está dispuesto a perder respecto a su financiación previa.¹⁴ La segunda, que se denominaba ajuste a máximos, implica que todas las CCAA quieren que su financiación en términos per cápita sea equiparable a la CA que disfrute de una financiación superior. Una vez que se ha producido los correspondientes acuerdos de traspaso de competencias, se procederá a actualizar aquellos datos.

La Tabla 4 recoge una comparación entre las necesidades financieras que se desprenden de la aplicación del nuevo modelo de financiación y las cantidades finalmente recogidas en los acuerdos de las comisiones mixtas.¹⁵ Si la diferencia es positiva, lo que sucede en todos los casos, significa que el acuerdo de traspaso reconoce una mayor necesidad financiera que el contemplado en el modelo de financiación.

Por tanto, el incremento del coste total del proceso de las transferencias de las competencias sanitarias alcanza los 307,24 Me, por aplicación del principio de

¹⁴ La garantía de mínimos que se establece en el nuevo modelo de financiación recoge esta hipótesis.

¹⁵ Excluyendo los importes del subfondo para la lucha contra el fraude en la IT.

«nadie pierde» en sus negociaciones de traspaso.

Tabla 4

Coste definitivo del proceso de transferencias (Me)

	FINANCIACIÓN SEGÚN:		DIFERENCIAS
	Modelo 2002	Acuerdo Traspaso	
Andalucía	4.418,07	–	–
Aragón	761,60	809,79	48,20
Asturias	703,73	744,00	40,28
Baleares	510,43	516,81	6,38
Canarias	1.019,03	–	–
Cantabria	330,62	399,68	69,06
Castilla y León	1.595,01	1.609,41	14,40
Castilla-LM	1.085,07	1.094,09	9,03
Cataluña	3.859,91	–	–
Extremadura	656,14	692,02	35,88
Galicia	1.721,32	–	–
Madrid	2.966,17	2.989,40	23,23
Murcia	649,99	674,07	24,08
Rioja	166,13	202,83	36,70
Valencia	2.455,27	–	–
Totales	22.898,47	3.866,30	307,24

Fuente: Tabla 3. Modelo de Financiación. Acuerdos de Traspaso. Elaboración propia.

No obstante, una segunda hipótesis supone que una distinta financiación de cada CA pueda provocar la exigencia de igualar la financiación de aquellas CCAA financiadas con un importe *per cápita* inferior. La Tabla 5 presenta los cálculos para este último escenario, con la financiación que correspondería a cada CA si pudiese alcanzar la de aquella con mayor financiación en términos *per cápita*. Estableciendo como criterio de una CA representativa el que no sea uniprovincial y que tenga una dimensión media mínima (más de 1.000.000 de habitantes); esta condición recae en la CA de Aragón, que goza de una financiación media de 721,49 €/habitante.

En la referida tabla se recoge la financiación que corresponde a cada CA, en virtud de la aplicación del nuevo modelo de financiación o de los respectivos decretos de traspaso de competencias, la financiación *per cápita* en función de la población protegida (padrón de 1999) y la financiación objetivo de cada CA si alcanzase la financiación de la CA representativa (Aragón). El coste de este

hipotético proceso de nivelación del coste *per cápita* asciende a la cantidad de 2.631,59 Me anuales.

Tabla 5**Coste del proceso de transferencias. Ajuste a máximos (Me)**

	Financiación definitiva	Población protegida	Financiación per cápita	Ajuste a máximos
Andalucía	4.418,07	41.249,02	643,73	4.951,79
Aragón	809,79	6.745,67	721,49	809,79
Asturias	744,00	6.302,44	709,49	756,58
Baleares	516,81	4.719,98	658,07	566,62
Canarias	1.019,03	9.546,42	641,55	1.146,01
Cantabria	399,68	3.044,07	789,12	399,68
Castilla y León	1.609,41	13.978,00	692,00	1.678,00
Castilla-LM	1.094,09	9.835,87	668,54	1.180,76
Cataluña	3.859,91	36.264,37	639,71	4.353,40
Extremadura	692,02	6.039,90	688,61	725,07
Galicia	1.721,32	15.574,90	664,23	1.869,71
Madrid	2.989,40	28.877,17	622,17	3.466,59
Murcia	674,07	6.364,77	636,51	764,07
Rioja	202,83	1.515,61	804,32	201,21
Valencia	2.455,27	23.440,31	629,53	2.813,92
TOTAL	23.053,21	213.498,48	648,96	25.684,81
Coste total				2.631,59

Fuente: Tabla 4. Elaboración propia.

5. Consideraciones finales

El nuevo modelo de financiación autonómica aprobado que integra la financiación sanitaria supone un notable avance respecto al modelo precedente. En primer lugar por el fuerte consenso político con el que ha sido aprobado y, en segundo lugar, por el esfuerzo de integración y sometimiento a un mismo conjunto de reglas de juego para los tres subsistemas de financiación autonómica anteriormente independientes. En forma más particularizada cabe señalar:

- Estabilidad y carácter indefinido. Dado que no se establece una fecha de prescripción pueden evitarse estrategias tanto en el ámbito estatal como en el

autonómico que presionen al alza el gasto, como ha venido siendo la pauta habitual históricamente.

- Incremento de recursos. La inclusión del fondo de «garantía de mínimos», unido a las distintas negociaciones de acuerdos de traspaso ha supuesto una importante inyección de recursos en el sistema, que asciende a la cantidad de 242,56 Me, por la garantía de mínimos, y de 307,24 Me, por los acuerdos de traspaso.
- Integración financiera. Aunque con ciertas limitaciones,¹⁶ el modelo consigue cerrar en un solo mecanismo de financiación los tres principales sistemas vigentes, profundizando en el concepto de espacio fiscal, lo que implica una profundización en los márgenes de autonomía y responsabilidad fiscal.

No obstante, el modelo presenta importantes incertidumbres y problemas metodológicos, cuya resolución adecuada puede ser crítica para el éxito y viabilidad a largo plazo del modelo. En particular:

- Indeterminación en la forma de evaluación, y su repercusión en la financiación, de las políticas fiscales de las CCAA con competencias tributarias. El modelo crea, en el seno de la Comisión Mixta, la Comisión de Evaluación Normativa, a la que no se le encomienda la evaluación económica ni se definen los principios de evaluación.
- Para el caso de CCAA con exceso de capacidad fiscal, no se concreta la forma de la devolución de los débitos del fondo de suficiencia a favor del Estado.
- No se justifica la aplicación de las variables utilizadas para el cálculo de los índices de necesidad,¹⁷ es decir, población protegida, mayor de 65 años o insularidad, ni la exclusión de otras.¹⁸ No se explican tampoco las razones de la ponderación adoptada respecto de las variables utilizadas. Los pesos que establece el modelo parecen arbitrarios. Dado el carácter de indefinido del modelo, esto

¹⁶ Permanecen tres subsistemas financieros con distintas garantías y evolución dinámica.

¹⁷ Aun cuando la LEGSA establece la población protegida como variable fundamental de distribución.

¹⁸ Los considerados como más relevantes en la literatura sobre la financiación autonómica son los ajustes por envejecimiento relativo de la población, ajustes socio-económicos y ajustes por nivel de educación. No existe ningún criterio que indique que algún índice sea prioritario o excluyente respecto del resto, por lo que no puede defenderse la adopción exclusiva de uno o varios de ellos. Otros índices de ajuste como dispersión, orografía, nivel relativo de precios, grado de concentración familiar, etc., también se aplican en países de nuestro entorno. A este respecto pueden consultarse los trabajos de Benach (1999), Carme Borrell (1999 a y b), Molina y Herce (2000), López Casasnovas (1998).

puede impedir la consideración de cualquier otro concepto normativo de necesidad.

- En la financiación sanitaria, a diferencia de la de competencias comunes, no se contempla ningún mecanismo de actualización de la variable población protegida.¹⁹
- En relación al fondo de cohesión sanitaria, para la compensación por enfermos desplazados entre CCAA, no se concreta ni su dotación ni sus normas de funcionamiento.
- Como se ha mostrado, persisten las diferencias de coste per cápita sanitario entre comunidades, lo que puede conllevar tensiones, sobre todo en contextos financieros y presupuestarios restrictivos.

Algunas de estas cuestiones deberán afrontarse en una ley de coordinación general del Sistema Nacional de Salud que constituirá probablemente el núcleo de la segunda parte de esta legislatura. El reto pendiente es conseguir un sistema sanitario que, respetando el principio de autonomía, garantice un nivel de acceso a los servicios sanitarios en condiciones de igualdad para cualquier ciudadano español.

Bibliografía

- Benach J, Yasui Y (1999). Geographical patterns of excess mortality in Spain explained by two indices of deprivation. *Journal of Epidemiology and Community Health*; 53 (7): 423 y ss.
- Borrell C, Pasarin MI (1999a). The study of social inequalities in health in Spain: Where are we? *Journal of Epidemiology and Community Health*; 53 (7): 388 y ss.
- Borrell C, Regidor E, Arias LC, Navaro P, Puigpinós R, Domínguez V, Plasencia A (1999b). Inequalities in mortality according to educational level in two large Southern European cities. *International Journal of Epidemiology*, 28: 58-63.
- Casado Marín D (2001). Los efectos del envejecimiento demográfico sobre el gasto sanitario: mitos y realidades. *Gaceta Sanitaria*; 15 (2): 154-165.
- Dirección General de Coordinación con las Haciendas Territoriales. *Liquidación de presupuestos de las comunidades y ciudades autónomas. Ejercicio 1996, 1997 y Presupuestos de las comunidades y ciudades autónomas. Ejercicio 1999*. Madrid: Ministerio de Economía y Hacienda.

¹⁹ 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.

Dirección General de Fondos Comunitarios y Financiación Territorial (2001). *Liquidación de presupuestos de las comunidades y ciudades autónomas. Ejercicio 1998 y Presupuestos de las comunidades y ciudades autónomas. Ejercicio 2000*. Madrid: Ministerio de Economía y Hacienda.

López i Casasnovas G (1998). Financiación autonómica y gasto sanitario público en España. *Papeles de Economía Española*; (76): 2-14.

López i Casasnovas G (1999). *La capitación en la financiación territorial de los servicios públicos transferidos: el caso de la sanidad y de la educación* Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Martín Martín JJ (1997). *Propuesta de financiación autonómica sanitaria para el período 1998-2007*. Mimeo. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.

Martín Martín JJ, Montero Granados R (2001). La financiación autonómica de la sanidad: dificultades del proceso de transferencias. *El Médico*; (770): 90-106.

Molina JA, Herce JA (2000). *Población y salud en España. Patrones por género, edad y nivel de renta*. Documento de trabajo Fedea 2000-21. Madrid.

Rico Gómez A (1998). La descentralización sanitaria en España: El camino recorrido y las tareas pendientes. *Papeles de Economía Española*; (76): 49-66.

Truyoll Wintrith I (1999). La financiación de las CCAA: presente y futuro. *Revista de Administración Sanitaria*; III (12): 649-661.

Urbanos Garrido R, et al. (2000). *Descentralización sanitaria y financiación autonómica: Incidencia en el período 1997-2000 y escenarios alternativos para el período 2002-2006*. Documentos de trabajo de la Biblioteca de Económicas y Empresariales. Madrid: Universidad Complutense.