

Descentralización y financiación sanitaria en España: consideraciones para su reforma

Este trabajo analiza la experiencia del modelo actual de financiación sanitaria en España desde una perspectiva comparada. En este marco, se estudian tanto los avances conseguidos en términos de mayor corresponsabilidad fiscal al haber integrado la sanidad en la financiación autonómica general como el diseño de mecanismos de garantías. Asimismo, a continuación se hace un balance de los retos pendientes bajo este sistema actual y de sus posibles vías de mejora. Por último, tras algunos comentarios y observaciones, se cierra el trabajo con un apartado de consideraciones finales.

Lan honek osasuna finantzatzeko Espainian gaur egun dagoen eredua dela-eta izandako esperientzia aztertu nahi du, ikuspegi konparatuarekin. Alor horretan, aztertuko dira bai erantzukizun fiskal handiagoari dagokionez osasuna autonomien finantziario orokorrean sartzearen ondorioz lortu diren aurrerapenak, bai eta bermerako mekanismoen diseinua ere. Horrekin batera, eta jarraian, egungo sistemak aurre egin behar diren erronken zein horiek hobetzeko izan daitezkeen bideen balantzea egiten da. Azkenik, zenbait iruzkin eta ohar egin ondoren, azken iritzi batzuk jasotzen dituen atal bat dago, lanari amaiera ematen diona.

The experience of the health care financing model in Spain from a compared perspective is analyzed in this paper. In this framework, we study the advances in terms of fiscal accountability when health care has been integrated in the general autonomous communities financing model and the design of guarantees. A balance of the pending challenges and its possible improvement is also made. Lastly, after some comments and observations, we close the paper with a section of final considerations.

ÍNDICE

1. Introducción
 2. La financiación sanitaria en la experiencia comparada
 3. El modelo actual de financiación de la sanidad
 4. Las líneas de reforma del sistema de financiación sanitaria
 5. Conclusiones
- Anexos
Referencias bibliográficas

Palabras clave: descentralización sanitaria, financiación pública, coordinación, equidad, políticas sanitarias

N.º de clasificación JEL: H51, I18

1. INTRODUCCIÓN

Hasta la fecha se han venido produciendo diversas reformas tanto en la financiación autonómica general mediante quinquenios como en la sanitaria mediante revisiones cuatrianuales (Ruiz-Huerta y Granado, 2003). En este sentido, se ha aprobado tras una ardua negociación un sistema de financiación general cuya vigencia comenzó el 1 de enero del 2002. Este nuevo sistema integra la financiación de las competencias sanitarias y fue ratificado por la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, en las Cortes Generales. Dicho sistema ha introducido un ajuste necesario al criterio per cápita simple, mediante la aplicación de otras variables: básicamente la población mayor de 65 años e insularidad,

además de otros ajustes menores basados en asignaciones de nivelación y fondos de pacientes desplazados. Esto supone un claro avance hacia los modelos de funcionamiento de asignación de recursos sanitarios del resto de países desarrollados aunque aún queda lejos de lo que sucede en otros países de nuestro entorno donde existen diversos grados de refinamiento de estos modelos de capitación, por ejemplo, introduciendo diferentes categorías individuales según la edad y el sexo (Urbanos, 2001; Banting y Corbett, 2002).

En este trabajo se aborda el estudio de la experiencia del modelo actual de financiación sanitaria en el Estado español. Para ello, en primer lugar se describe brevemente la experiencia comparada en otros países de características similares al español. En segundo lugar, se analizan los avances conseguidos por el modelo actual al haber integrado la sanidad en la

* El autor agradece las sugerencias recibidas del editor y de dos evaluadores anónimos.

financiación autonómica general. Asimismo, a continuación se hace un balance de los retos pendientes bajo este sistema actual y sus posibles vías de mejora en la línea de la experiencia comparada. Por último, tras algunos comentarios y observaciones, se cierra el trabajo con un apartado de consideraciones finales.

2. LA FINANCIACIÓN SANITARIA EN LA EXPERIENCIA COMPARADA

En líneas generales, cualquier proceso de descentralización conlleva por sí mismo un reparto de recursos escasos, por lo que actualmente no parece probable que ningún proceso de este tipo pueda beneficiarse de un contexto en el que el gasto sanitario no tenga ya algún tipo de limitación. Como resultado, parece claro que los conflictos surgidos por el reparto de la financiación sanitaria sean uno de los posibles escenarios comunes a todos los procesos de descentralización. Así, recientemente se han puesto en marcha diversas reformas dentro del ámbito europeo¹ referente a la financiación de la asistencia sanitaria dirigidas a que el paciente asuma una mayor parte del coste de dicha asistencia y así frenar el crecimiento del gasto sanitario.

Resulta en este caso interesante contrastar la teoría con la práctica, efectuando una revisión comparada de los modelos existentes en los principales países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), dado que en la mayoría de sus países miembros se han producido importantes logros, tanto en la universalización del cuidado de la salud

y la cobertura médica como en la mejora del estado de salud de sus ciudadanos.

2.1. Una perspectiva general de los sistemas sanitarios en la OCDE

En general, según el último informe disponible (OECD Health Data 2005), la evolución demográfica en la OCDE muestra una clara tendencia al envejecimiento (Anexo. Cuadro A.1). La población mayor de 65 años en porcentaje sobre el total de la población ha pasado del 7,05% en 1960 al 14,35% en 2003, resultando la Unión Europea² (UE) especialmente afectada

² En la UE todos los países disponen básicamente de uno de estos dos sistemas sanitarios:

a) *Sistemas de Seguro Sanitario Social (SS)*, o de corte *bismarkiano* (ya que fueron inspirados en la legislación social alemana de 1883) o sistemas profesionales. Están basados en una afiliación obligatoria general donde el Estado especifica las prestaciones incluidas, y el suministro de servicios se reserva a fondos de aseguramiento con una autonomía y autorregulación relativamente alta por parte de los proveedores. Se financian por cotizaciones de empresarios y empleados, mediante un fondo de seguros, sin ánimo de lucro, no gubernamentales y la propiedad de los medios de producción, así como la provisión de los cuidados de salud, es pública y privada. Han adoptado este sistema en Europa países como Austria, Bélgica, Francia, Alemania, Holanda y Luxemburgo.

b) *Sistemas Nacionales de Salud (SNS)*, inspirados en el Informe Beveridge de 1942, que formalizó la organización adoptada por Suecia en la década de 1930, cuyo fundamento es un acceso y cobertura prácticamente universal (libre acceso de todos los ciudadanos), con financiación impositiva (mediante presupuestos estatales), un racionamiento implícito (existe una participación en el pago por parte de los pacientes), una provisión directamente regulada y profesionales (asalariados o de pago capitativo) empleados por el Estado, reconociendo para el sector privado un papel alternativo o residual y siendo las orientaciones ideológicas que sustentan la acción de los diferentes gobiernos las que definen en última instancia el grado de intervención pública. Los países que han adoptado este sistema son Dinamarca, Finlandia, Irlanda, Suecia y Reino Unido después de la II Guerra Mundial mientras que Grecia, Italia, Portugal y España lo hicieron en los ochenta.

¹ En particular, en países como Alemania y Francia (Urbanos, 2004).

(15,93% en 2003) y particularmente sus Sistemas Nacionales de Salud (SNS con un 15,96% en 2003). Además, la OCDE estima que el consumo realizado por el grupo de personas mayores de 65 años es superior al resto³, pudiendo producirse un efecto desplazamiento (*crowding-out*) sobre el resto de gastos públicos.

Como resultado, la asistencia sanitaria es uno de los sectores económicos más importantes en la OCDE (Anexo. Cuadros A.2 y A.3). En concreto, en dichos países el porcentaje de gasto sanitario sobre el PIB se ha estabilizado desde principios de la década de los noventa y los Estados Unidos sigue siendo, tras su primacía en la década de los noventa y con distancia sobre los demás, el país con mayor gasto en asistencia sanitaria en porcentaje del PIB del mundo (15% del PIB y 5.635 \$ *per cápita* en términos de Paridades de Poder de Compra, PPC, en el año 2003). Asimismo, todos los países de la OCDE combinan la financiación pública y privada de la sanidad de un modo diferente, si bien en la mayoría de ellos el sector público provee la mayoría de la financiación (excepto en Estados Unidos y Corea). Dicho gasto en el año 2003 oscila entre porcentajes que van desde el 5,6% (Corea) y el 15% del PIB (Estados Unidos), fundamentada su divergencia en las especificidades de sus propios sistemas privados.

A la vista de los datos ofrecidos, los sistemas de Seguridad Social en la UE tienen

³ Los estudios que han analizado la información contenida en bases de datos sanitarios individuales muestran que la mayor parte del gasto sanitario realizado por una persona se concentra en los meses que preceden a su propia muerte, lo que confirma que «no es la edad cronológica *per se* de los individuos sino sus estados de salud lo que hace que el gasto sanitario pueda aumentar o disminuir» (Lubitz y Riley, 1995; Zweifel *et al.*, 1999).

un mayor nivel de gasto sanitario frente a los Sistemas Nacionales de Salud tanto si lo medimos en porcentaje sobre el PIB (9,05% en 2003 frente a 8,47%) como en términos per cápita ajustado por EE.UU. \$ Paridades de Poder de Compra (2.862 en 2003 frente a 2.221). Precisamente, en 2003 Alemania es el país europeo con mayor gasto sanitario en porcentaje del PIB (11,10%) y Luxemburgo el de mayor gasto sanitario per cápita (3.190 EEUU \$).

Es importante tener en cuenta que el gasto sanitario constituye en la actualidad uno de los más importantes gastos del Estado del Bienestar en Europa, tanto por su volumen como por su reiterada tendencia al alza, algo preocupante dado que las fórmulas para su contención no suelen ser muy populares.

2.2. Descentralización y financiación sanitaria mediante fórmulas de reparto capitativas

En la actualidad pueden utilizarse una gran diversidad de métodos para distribuir un presupuesto sanitario (por ejemplo, negociaciones bilaterales o extrapolación de niveles históricos de gasto), si bien dada su arbitrariedad y la posible aparición de ineficiencias e inequidades, los enfoques académicos se han fijado más en una forma de distribuir el presupuesto denominada *capitación* o *ajuste al riesgo sobre la base de la población* (Newhouse, 1998). Dicha *capitación* puede definirse como la cantidad de financiación de servicios de salud asignada para la atención de una persona de ciertas características para un determinado período de tiempo y un servicio en cuestión, sujeto a una restricción presupuesta-

ria global. Por ello, a pesar de que las deficiencias de información condicionan el modo en que se efectúan los *ajustes por riesgo* en los esquemas capitativos, éstos continúan siendo preferibles debido a razones de equidad y eficiencia (Sheldon y Smith, 2000).

En cuanto al caso español y en calidad de SNS, el modelo de financiación autonómica actual que integra a la financiación de las competencias sanitarias (Ley 21/2001, de 27 de diciembre) ya ha introducido un ajuste por «necesidad» al criterio per cápita simple sobre la base de otras variables, básicamente la población mayor de 65 años e insularidad, además de otros ajustes menores sobre la base de asignaciones de nivelación y fondos de pacientes desplazados, siendo un paso adelante hacia los modelos de funcionamiento de asignación de recursos sanitarios del resto de países desarrollados aunque lejano respecto a otros modelos comparados. Precisamente, las últimas reformas en países como Italia, Suecia, Reino Unido o Irlanda han incrementado la cesión de responsabilidades a las autoridades regionales o locales para así aumentar la eficiencia en la gestión de la asistencia sanitaria (Urbanos, 2004).

La fórmula británica RAWP (*Resource Allocation Working Party*) desarrollada desde mediados de los años setenta y que relaciona la distribución de recursos a las regiones con la necesidad de su población, constituye en este contexto el mejor ejemplo de los sistemas de financiación que combina los enfoques *matricial*⁴ y el

⁴ Según este enfoque, algunas de las variables de necesidad sirven para crear un conjunto de celdas en las que cada entrada es el coste anual esperado de un ciudadano según sus características (edad, sexo, etc.).

basado en un *índice*⁵ y que utilizan datos agregados para establecer la capitación y así lograr la equidad⁶. En este sentido, el Gobierno laborista elegido en Mayo de 1997 se comprometió a reducir las crecientes y persistentes desigualdades en salud en el país. Una Comisión independiente presidida por Sir Donald Acheson recomendó en el informe *Saving lives: our healthier nation* (1999) que se incluyera en la agenda política la mejora de la salud de los ciudadanos y en especial de los que están peor, reduciendo así las «desigualdades evitables en salud» (Hauck *et al.*, 2002).

Lo cierto es que los reformadores resolvieron su problema inicial traspasando el problema de la aplicación del informe anteriormente señalado a los distritos, mediante un sistema de ajuste caputivo, que vino a continuar la tradición de la fórmula RAWP, y cuyo algoritmo sigue siendo objeto de sucesivas revisiones y ajustes (López I Casanovas, 2001). Esta es la verdadera base del *Money Follow Patients* (dinero sigue a paciente): la financiación se traslada a un nivel inferior (a los distritos) según la población, y corresponde al «comprador» cubrir las necesidades de sus habitantes sin pedir más

⁵ En este planteamiento, se combina medidas agregadas de las características de un grupo poblacional para así poder aproximar las necesidades de gasto agregadas.

⁶ En todo caso, en este mismo país se ha comenzado a considerar la incorporación de un criterio de equidad alternativo al mecanismo de capitación, que consiste en «contribuir a la reducción de las desigualdades en salud evitables» (pasar de la equidad horizontal a la vertical) (Hauck *et al.*, 2002). Es decir, una vez que se han identificado los grupos desfavorecidos y sus áreas de residencia, la asignación de los recursos debe responder a la composición por grupos en cada área. Otros países que utilizan métodos similares son Finlandia, Bélgica e Italia.

dinero, ni gastar más de lo que le asigna el sistema (si gasta más sabe que le restará recursos del siguiente año). Como elementos cambiantes figuran los (GP)-*Fund Holding*, o grupo de médicos generales que gestionan por delegación fondos del SNS británico correspondiente a una serie delimitada de servicios, y los *Hospital Trust / Community Health Services Trust* como centros de titularidad pública con estatuto de autogobierno.

Es necesario precisar que la situación española tanto política como de estructura federal en términos económicos es muy diferente a la de la RAWP para Inglaterra, ya que en este país, a diferencia de las regiones españolas como *entidades políticas*, las regiones sanitarias operativas para dicha fórmula son *herramientas* de planificación sanitaria que no tienen por sí mismas parlamentos ni circunscripciones políticas.

De todos modos y dado que el empleo de datos agregados provoca el problema de la *falacia ecológica*⁷, varios países han desarrollado métodos de asignación de los fondos sanitarios basados en el empleo de datos individuales para así poder superarlo (Rice y Smith, 1999, 2001 y 2002; Cantarero, 2003; Herrero y Utrilla, 2003). Así, además del criterio *per cápita* simple, en algunos países se ajusta exclusivamente mediante el criterio de la edad (Francia) o combinando edad y sexo (Alemania). El sistema más sofisticado es el de Suecia (en concreto, en el condado de Estocolmo), donde las capitaciones en atención hospitalaria se calculan en una

matriz en la que se incluye el sexo, la edad, la situación familiar, la categoría ocupacional y la situación con respecto a la tenencia de vivienda, utilizando para ello una base de registros individuales muy detallada (Diderichsen *et al.*, 1997). En el cuadro n.º 1 se muestra un resumen final de los sistemas utilizados en diferentes países en cuanto a financiación de tipo capitativo⁸ basada en las variables que determinan el consumo sanitario de los individuos (variable proxy de la necesidad).

También se muestran los diferentes mecanismos de financiación. A modo de ejemplo, Italia cuenta con un Fondo Sanitario Nacional para garantizar recursos anualmente por parte del gobierno central y en dónde las últimas reformas llevadas a cabo en febrero de 2000 determinaron que fuera financiado con los recursos del Impuesto sobre el Valor Añadido; España cuenta con un sistema similar aunque con una cesta de impuestos y un Fondo de Suficiencia que financian no solamente la sanidad; la sanidad sueca se financia básicamente con impuestos (fundamentalmente los aplicados sobre la renta) y subvenciones, que son utilizadas por el gobierno central para actuar sobre ciertas políticas.

En cualquier caso, la experiencia comparada lleva a concluir que en las fórmulas de reparto se ha producido un progreso considerable en el desarrollo de los esquemas capitativos, tanto por la mejora de las fuentes de información utilizadas en la elaboración de las fórmulas de reparto

⁷ El problema se produce por la identificación de factores que a nivel agregado se muestran como determinantes del gasto, pero no se corresponden con factores de necesidad en el ámbito individual.

⁸ Tan solo Austria, Irlanda, Grecia y Luxemburgo de entre los países de la UE-15 no han establecido mecanismos de financiación basados en la capitación.

Cuadro n.º 1

Experiencia comparada de sistemas de necesidades de gasto y financiación sanitaria seleccionados en la Unión Europea mediante fórmulas de reparto capitativas

Pais	Características	Sistema	Unidades	Variables de reparto
ALEMANIA (SS)	Financiación por contribuciones sociales. Mecanismo específico.	Fondos aseguradores federales y también regionales (1997).	16 Länder y unos 314 Fondos de Enfermedad obligatorios.	Edad y Sexo. Renta.
ESPAÑA (SNS)	Financiación impositiva. Mecanismo de reparto de recursos mixto.	Fórmula capitativa compuesta en el sistema general (a partir del año 2002). (Cesta de impuestos y Fondo de Suficiencia).	17 Autoridades regionales sanitarias.	Población, Edad e insularidad. Variaciones en población, Docencia e investigación médica / Desplazados.
FINLANDIA (SNS)	Financiación impositiva. Reparto no específico.	Sistema de subsidio estatal (1996).	452 municipios.	Edad, Discapacidad, Archipiélagos y Distancia geográfica. Renta.
FRANCIA (SS)	Financiación por contribuciones sociales. Mecanismo de reparto de recursos específico.	Sistema básicamente de contribuciones sociales que combina recursos privados e impuestos (1999).	26 Regiones. 18 fondos de seguro estatutarios.	Edad.
HOLANDA (SS)	Financiación por contribuciones sociales. Mecanismo de reparto de recursos específico.	Básicamente Fondo Central asegurador de ajuste al riesgo por enfermedad (1998).	26 fondos de enfermedad.	Edad, Sexo, Bienestar, Discapacidad y Urbanización. Ajustes retrospectivos y Renta.
ITALIA (SNS)	Financiación impositiva. Mecanismo de reparto de recursos específico.	Mecanismo de asignación de recursos capitativo ajustado regional (1998). Fondo Sanitario Nacional (2001). IVA.	21 Gobiernos regionales.	Edad, Sexo y Mortalidad. Esquerma compensador.
NORUEGA (SNS)	Financiación impositiva. Mecanismo de reparto de recursos no específico.	Sistema de financiación de los Gobiernos Locales (1998)	19 condados y 453 municipios.	Edad, Sexo, Densidad, Mortalidad, Ancianos que viven solos, Distancias de viaje y Estado civil. Renta
RENO UNIDO (SNS)	Financiación impositiva. Mecanismo de reparto de recursos no específico.	Formula de capitación compuesta (según necesidades sanitarias) de asignación de recursos. RAWP: (NHS, Executive, 1997).	500 grupos de Atención Primaria y 100 Autoridades sanitarias.	Edad, Mortalidad, Morbilidad, Desempleo, Ancianos solos, Etnicidad y Nivel Socioeconómico (Inglaterra). Diferencias en variables de reparto para los casos de Escocia (SHARE), Gales y Norte de Irlanda. Variaciones en los costes.
SUECIA (SNS)	Financiación impositiva. Mecanismo de reparto de recursos no específico.	Formula de asignación de recursos. Consejo del Condado de Estocolmo (1997).	21 Consejos de Condado. 289 municipios. 9 Autoridades regionales.	Edad, Ingresos, cohabitación y estado civil, Situación de desempleo, etnicidad, tipo de vivienda y diagnóstico previo de pacientes.

Nota: La fórmula SHARE en Escocia plantea como objetivo la igualdad de oportunidades para asegurar el acceso, si bien está sujeta a varias interpretaciones. En el caso sueco la cohabitación se utiliza para medir el tamaño del hogar (si el individuo vive o no solo como proxy de estado civil) y el diagnóstico previo de pacientes es una proxy de utilización sanitaria.

Fuente: Elaboración propia a partir de Urbanos (2001 y 2004), Banting y Corbett (2002), Cantarero (2003), Herrero y Urrila (2003), Molina (2004) y European Observatory on Health Care Systems.

como por los avances metodológicos relacionados con su diseño. Es importante señalar que el elemento común en todos los países que utilizan mecanismos de tipo capitativo es la consideración de la edad como la variable más importante en la asignación de recursos.

3. EL MODELO ACTUAL DE FINANCIACIÓN DE LA SANIDAD

Un claro reflejo de las virtudes del sistema actual de financiación general ha sido la generalización del traspaso de la sanidad a las regiones. Muchas comunidades autónomas (en adelante CC.AA.) ya alertaron que las cantidades que iban a percibir por la transferencia sanitaria iban a ser insuficientes para cubrir sus propias necesidades regionales, aunque finalmente aceptaron dicha transferencia para no quedar así fuera del sistema de financiación autonómica, negociado y aprobado conjuntamente por todas las CC.AA. En este sentido, el 27 de Diciembre de 2001 se aprobaron los Decretos de traspasos de las competencias sanitarias⁹ del Estado a las diez CC.AA. que aún quedaban pendientes de recibirlas en ese momento, con lo cual finaliza uno de los procesos transferenciales de mayor entidad financiera junto con el de la educación. No obstante, los problemas presupuestarios se han venido produciendo después de 2002 como resultado de un cada vez mayor desfase entre el crecimiento de ingresos y gastos autonómicos.

⁹ RD 1471-1480/2001, de 27 de Diciembre, sobre traspaso a las Comunidades Autónomas de Aragón, Asturias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Extremadura, Illes Balears, La Rioja, Madrid y Murcia de las funciones y servicios del INSALUD.

El modelo de financiación finalmente acordado en julio de 2001 tiene como principales novedades: el aumento de la corresponsabilidad fiscal, la integración de los distintos sistemas hasta ahora existentes (competencias comunes, en sanidad y en servicios sociales) y la desaparición de las garantías financieras que operaban en el sistema anterior. Del mismo modo, el nuevo modelo cambió el criterio de reparto de la restricción inicial, basándose ahora en la población protegida (ponderación del 75%) ajustada por la población mayor de 65 años (ponderación del 24,5%) y la insularidad (ponderación del 0,5%). Así, los recursos autonómicos pasan a depender en cada región de la proporción y evolución de las transferencias recibidas del Estado (*Fondo de Suficiencia*) y de la propia evolución de los tributos cedidos y compartidos (*Cesta de impuestos*). Es de esperar que la evolución diferenciada de los recursos generará diferentes grados de suficiencia financiera regionales debido a la propia composición de sus ingresos, lo cual evidentemente afectará a sus políticas de gasto y a sus correspondientes márgenes de maniobra presupuestarios.

El modelo de financiación sanitaria determina que las CC.AA. deberán destinar a la sanidad como mínimo una cantidad igual a la resultante de incrementar la financiación inicial con el ITE (principales Ingresos Tributarios del Estado) nacional, además de que en la Ley 21/2001, de 27 de Diciembre, se establece un mecanismo transitorio de garantía financiera dinámica por el cual durante los tres primeros años de funcionamiento del nuevo sistema (2002-2004) el Estado garantizará a las CC.AA. que el índice de evolución de los recursos asignados para sanidad sea

el de la evolución del PIB nominal a precios de mercado (Disposición transitoria segunda de la Ley 21/2001, de 27 de diciembre). Dicho aspecto es importante en sanidad ya que su índice de evolución de los recursos era hasta el año 2002 el PIB, por lo que puede pensarse que esta garantía financiera es una reminiscencia de los Acuerdos de Financiación sanitaria anteriores de los cuatrienios 1994-1997 y 1998-2001. Del mismo modo, el modelo introduce dos fondos de tipo específico: el fondo Programa de Ahorro en Incapacidad Temporal, distribuido según la población protegida, y el Fondo de Cohesión Sanitaria, para garantizar la igualdad de acceso a los servicios sanitarios públicos en todo el país.

En términos de suficiencia financiera estática, este modelo permitía un margen financiero que cubría relativamente las necesidades de gasto entendidas como tales en la restricción inicial del año base. Así, para los dos primeros ejercicios liquidados del modelo referidos a 2002 y 2003 (cuadro 2), la financiación sanitaria ha pasado de los 23.374,31 millones de euros en 1999 hasta los 28.662,91 en 2002 (734,67 euros *per cápita*) con un índice de crecimiento importante (1,2263) por encima del ITE nacional (1,2129). Las garantías aplicadas en este año suponen un porcentaje relativamente más alto de la financiación sanitaria de cada comunidad autónoma en Galicia (1,76%), Asturias (1,60%), La Rioja (2,15%), Aragón (1,10%), Extremadura (1,50%), Baleares (3,97%) y Castilla y León (2,06%). En total el montante de las garantías sanitarias ha ascendido en 2002 a 208,90 millones de euros (0,73% del total de la financiación sanitaria) afectando a todas las CC.AA. excepto Cantabria, Murcia, Canarias y Madrid.

En 2003 el crecimiento del ITE nacional acumulado (1,2951) vuelve a ser por segundo año consecutivo inferior al PIB (1,3184). En este caso, las garantías han tenido que ser de nuevo aplicadas en 224,08 millones de euros (0,73% del total de la financiación sanitaria) afectando a todas las CC.AA. excepto a las anteriormente mencionadas (Andalucía, Cantabria, Murcia, Comunidad Valenciana y Madrid) en donde su crecimiento de financiación sanitaria ha sido superior a la evolución del PIB nominal a precios de mercado. Precisamente, las CC.AA. en las que se ha aplicado una mayor garantía en términos relativos son Galicia (2,41%), Asturias (2,38%), La Rioja (1,15%), Aragón (1,10%), Extremadura (1,80%), Baleares (3,50%) y Castilla y León (2,41%) con bajos índices de crecimiento en el período 1999-2003.

Los problemas aflorados de suficiencia financiera del modelo derivan de su poca flexibilidad en estos últimos años para adaptarse al crecimiento poblacional elevado y su desigual distribución regional. Este incremento poblacional ha generado mayores necesidades de gasto (educativas y sanitarias) que en su caso no habían sido previstas en la restricción inicial del sistema estimada en el año base 1999, lo cual ha generado importantes tensiones en la financiación autonómica.

Dada esta situación, y a la espera de un acuerdo sobre el nuevo modelo de financiación autonómica general, en la I Conferencia de Presidentes Autonómicos del 28 de Octubre de 2004 se constituyeron dos grupos de trabajo Gobierno central-CC.AA. con los objetivos de estudiar y analizar el gasto sanitario y su financiación, y los efectos de la evolución de la población en el sistema. De acuerdo a

Cuadro n.º 2
Financiación sanitaria en el modelo actual, 1999-2003
 (millones de euros)

CC.AA.	1999	1999 per cápita (€)	2002	2002 per cápita (€)	Garantía 2002	Garantía % s/fina sanidad	2003	2003 per cápita (€)	Garantía 2003	Garantía % s/fina sanidad	Índice 99/02	Índice 99/03
Andalucía	4.402,48	602,66	5.401,17	722,23	19,61	0,36	5.811,06	763,92	0	0	1,2268	1,32
Aragón	826,85	696,68	986,30	810,09	10,80	1,10	1.078,24	876,55	11,88	1,1	1,1928	1,304
Asturias	744	686,15	901,63	839,53	14,46	1,60	958,06	890,90	22,83	2,38	1,2119	1,2877
Baleares	516,81	628,86	612,06	667,48	24,29	3,97	658,33	694,91	23,03	3,5	1,1843	1,2738
Canarias	1034,4	618,41	1.274,10	691,04	0	0	1.358,18	716,77	5,57	0,41	1,2317	1,313
Cantabria	399,68	756,29	492,41	908,04	0	0	527,81	960,20	0	0	1,232	1,3206
Castilla León	1.609,41	646,85	1.941,60	782,79	40,07	2,06	2.071,85	832,86	49,99	2,41	1,2064	1,2873
C. La Mancha	1.094,09	633,81	1.339,77	751,82	7,39	0,55	1.440,57	793,36	1,88	0,13	1,2246	1,3167
Cataluña	3.975,88	640,49	4.860,03	746,96	35,48	0,73	5.206,03	776,54	35,77	0,69	1,2224	1,3094
C. Valenciana	2.475,47	608,75	3.045,97	703,99	2,08	0,07	3.277,49	733,07	0	0	1,2305	1,324
Extremadura	692,02	644,59	839,51	782,36	12,58	1,50	896,24	834,56	16,12	1,8	1,2131	1,2951
Galicia	1.735,67	635,70	2.100,25	767,25	36,87	1,76	2.234,35	812,17	53,95	2,41	1,2101	1,2873
Madrid	2.990,63	581,23	3.788,04	685,35	0	0	4.043,99	707,12	0	0	1,2666	1,3522
Murcia	674,07	595,93	835,60	681,01	0	0	898,51	707,92	0	0	1,2396	1,333
La Rioja	202,83	764,88	244,49	868,17	5,26	2,15	264,37	919,90	3,04	1,15	1,2054	1,3034
Total	23.374,31	624,43	28.662,91	734,67	208,90	0,73	30.725,12	770,38	224,08	0,73	1,2263	1,3145
ITE nacional											1,2129	1,2951
PIB											1,2313	1,3184

Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Hacienda (2004 y 2005).

este análisis y a las conclusiones de dichos grupos de trabajo, el Gobierno central se comprometió a mejorar transitoriamente la financiación de las CC.AA. y, en concreto, la de la evolución del gasto en sanidad, respetando los elementos básicos del Sistema de financiación establecido en la Ley 21/2001, y con el objetivo de que a medio plazo se revisaría y reformaría en su caso el modelo actual de financiación autonómica general.

Con estos antecedentes, el Consejo de Política Fiscal y Financiera aprobó el 13 de Septiembre de 2005 por amplia mayo-

ría (CC.AA. gobernadas por el PSOE y partidos afines, Navarra y Canarias) las medidas de mejora de la financiación sanitaria presentadas por el Gobierno y previamente consensuadas en la II Conferencia de Presidentes autonómicos de 10 de Septiembre de 2005 (Ministerio de Economía y Hacienda, 2005). Estas mejoras de los recursos que recibirán las CC.AA. para financiar su sanidad entre 2006 y 2007 se prevé que supongan unos 4.359,8 millones de euros adicionales a los ya proporcionados por el sistema actual, lo que comparado con la financiación total que obtuvieron en 2003 (último ejer-

cicio liquidado hasta la fecha), supondría un incremento del 6,5% de los ingresos alcanzados (cuadro n.º 3). La distribución de estos recursos en términos generales es de 1.677 millones de euros con cargo a los Presupuestos Generales del Estado en 2006, 1.365,8 millones de euros de anticipos en 2005 y otros 1.365,8 millones de eu-

ros en 2006. Además, este aumento de recursos que hace el Estado, podría incrementarse si las CC.AA. hacen uso de su capacidad normativa.

Lógicamente, este análisis de la financiación se debería completar con el estudio de la evolución del gasto sanitario y

Cuadro n.º 3
**Fondos para la financiación sanitaria que las CC.AA.
van a recibir en los próximos meses. España**
(millones de euros corrientes)

CC.AA.	(1) Partida presupuestaria 2006	(2) Insularidad 2006	(3) Anticipos a cuenta 2005	(4) Anticipos a cuenta 2006	(5) INGESA 2006	Total 2006	Total 2005 y 2006
Andalucía	91,1		274,7	274,7		365,8	640,5
Aragón	16,2		46,6	46,6		62,8	109,4
Asturias	14,5		41,2	41,2		55,7	96,9
Baleares	12,0	26,3	30,7	30,7		69,0	99,7
Canarias	24,0	28,7	66,2	66,2		118,9	185,1
Cantabria	7,1		23,5	23,5		30,6	54,1
Castilla y León	33,0		100,2	100,2		133,2	233,4
C. La Mancha	23,7		69,8	69,8		93,5	163,3
Cataluña	85,8		214,2	214,2		300,0	514,2
C. Valenciana	56,1		131,7	131,7		187,8	319,5
Extremadura	13,6		47,5	47,5		61,1	108,6
Galicia	36,1		109,6	109,6		145,7	255,3
Madrid	68,0		157,4	157,4		225,4	382,8
Murcia	15,2		40,0	40,0		55,2	95,2
La Rioja	3,7		12,3	12,3		16,0	28,3
Ceuta			0,2	0,2	0,6303	0,8	1,0
Melilla			0,2	0,2	0,5697	0,8	1,0
Total	500,0	55,0	1.365,8	1.365,8	1,2	1.922,0	3.287,8

Nota: INGESA: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (sustituye al antiguo Insalud).

Fondos adicionales del Acuerdo con distribución en 2006 entre CC.AA. en función de resultados:

a) Fondo de Cohesión Sanitaria: 45,0 millones de euros.

b) Fondo de Garantía Sanitaria: 500,0 millones de euros.

c) Asistencia a residentes extranjeros: 200,0 millones de euros.

d) Accidentes laborales no cubiertos por mutuas: 100,0 millones de euros.

e) Incremento en impuesto alcohol y tabaco: 227,0 millones de euros.

Total (1) + (2) + (3) + (4) + (5) + (a) + (b) + (c) + (d) + (e): 4359,8 millones de euros.

Fuente: Elaborado a partir de Ministerio de Economía y Hacienda (2005).

su posible déficit. Así, el déficit sanitario puede entenderse como la diferencia entre el volumen de recursos disponibles para la prestación de servicios sanitarios y el gasto efectivamente realizado. Por ello, la estimación de dicho déficit es un ejercicio complejo, tanto desde la perspectiva del gasto como desde la de los ingresos. La razón es que el modelo de financiación autonómica vigente ha hecho que la sanidad dejara de financiarse de forma específica, de ahí que el volumen de ingresos para esta partida sea el resultado de la voluntad política y el ejercicio de la autonomía en el gasto de cada comunidad autónoma. Por ello, el análisis del déficit en sanidad únicamente puede ser evaluado por el lado del gasto efectivamente realizado y las tensiones registradas en los últimos años, y muy especialmente, desde 1999, año base de aplicación de las variables de reparto de la restricción inicial destinado a satisfacer las necesidades de gasto sanitario de cada comunidad autónoma (bloque de sanidad).

Otra de las dificultades al intentar estimar el déficit en sanidad es la escasa información sanitaria disponible en nuestro país (Borraz y Pou, 2005; Gimeno y Tamayo, 2005). Como se ha comentado anteriormente, el Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario Público¹⁰ dirigido por la Intervención General de la Administración del Estado (IGAE) al elaborar su informe pudo constatar la fragmentación de la información del sistema de salud en las diferentes CC.AA. y las distintas fórmulas

de gestión adoptadas por algunas de ellas, que creaban grandes dificultades tanto en el acceso efectivo a dicha información como en su comparabilidad para poder extraer conclusiones válidas a nivel general.

Con estos condicionantes previos (sistema no específico de financiación y heterogeneidad en la información sobre el gasto sanitario), las dudas parecen obvias al intentar estimar un posible déficit en la sanidad. En cambio, una prueba de que los recursos no llegan a cubrir las necesidades reales, es la existencia de un volumen importante de deuda¹¹, debida en parte al gasto farmacéutico, estimada en unos 6.036 millones de euros pendientes de contabilizar a finales del ejercicio 2003. De esta deuda, destacan especialmente los importes registrados en Cataluña (2.175 millones de euros), Andalucía (1.558 millones de euros) y la Comunidad Valenciana (1.111 millones de euros). En este Informe de Gasto Sanitario (cuadro n.º 4), el importe del total de gasto consolidado (todas las Administraciones públicas) real ha sido de 42.626 millones de euros, generando una deuda extrapresupuestaria de 1.680 millones de euros para dicho ejercicio, muy por encima de los casi 68 millones de euros de 1999 y de los valores de 2000, 2001 y 2002 (463, 439 y 597 millones de euros respectivamente).

En cuanto al PIB, el gasto sanitario público llevado a cabo por todas las Administraciones públicas en 2003 ha pasado a ser del 5,72% frente al 5,42% de 1999 y 2000 y el 5,43% de 2001. Puede observarse como en el año 2002 pasa a ser del 5,48%,

¹⁰ Constituido por el Acuerdo alcanzado en la Conferencia de Presidentes celebrada el 28 de Octubre de 2004. Se ha encargado de elaborar «un estudio de la situación del gasto sanitario en el SNS, desde una perspectiva contable, pero también de composición y origen del gasto, de eficacia y eficiencia».

¹¹ La cuantificación de estos gastos devengados y no contabilizados ha sido llevada a cabo por dicho Grupo de Trabajo.

Cuadro n.º 4
Evolución del gasto sanitario público. España
 (millones de euros corrientes)

Año	1999	2000	2001	2002	2003
Gasto total consolidado	42.626	38.295	35.499	33.092	30.635
% sobre el PIB	5,42	5,42	5,43	5,48	5,72
% sobre gasto de las AAPP	13,48	13,57	13,72	13,72	14,45
% sobre renta bruta disponible de los hogares	8,28	8,36	8,50	8,57	n.d.
% Var. Interanual Sector CC.AA.	n.d.	8,55	7,12	8,83	11,57

Fuente: Elaborado a partir del Informe del Grupo de Trabajo sobre Gasto Sanitario (2005).

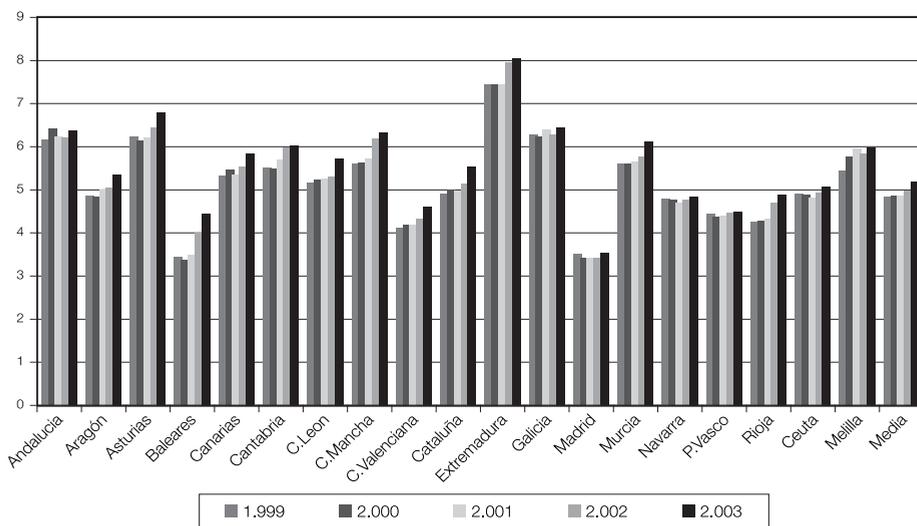
creciendo en casi tres décimas respecto a los valores de años anteriores dado que fue el momento en el que todas las CC.AA. pasaron a disponer de la gestión de competencias sanitarias. Además, el crecimiento interanual de la partida correspondiente a las CC.AA. ha sido de 11,57% en 1999-2003 repuntando así por encima del crecimiento del PIB nominal. Con relación al PIB, el gasto sanitario de las Comunidades y Ciudades Autónomas representa un 5,19% en el año 2003. La Comunidad que presenta mayor porcentaje es Extremadura con un 7,91% y la que registra el menor es Madrid con un 3,56%. Se sitúan por encima de la media: Andalucía, Aragón, Asturias, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Murcia y Melilla. Por debajo de la media se encuentran: Baleares, Cataluña, Madrid, Navarra, País Vasco y la Rioja y Ceuta (gráfico n.º 1).

En cuanto a la distribución autonómica del gasto en España (cuadro n.º 5), el gasto por persona protegida en 2003 ha sido de 954 euros. El valor mínimo se ha

alcanzado en Madrid con 870 euros y el máximo fue de 1089 euros en Navarra. El coeficiente de variación ha sido en ese año del 6,23%, lo que nos indica que desde el año 2000 la dispersión del gasto sanitario por persona protegida ha crecido, aunque aún lejos de los valores de 1992-1994 motivados por problemas de deuda sanitaria. En cualquier caso, el crecimiento entre 1999-2003 del gasto sanitario *per cápita* ha mantenido un crecimiento medio del 7,27%.

Especialmente en los últimos años y con el ejercicio de la autonomía del gasto desde 2002 por parte de todas las CC.AA. se han obtenido diferentes resultados en términos de gasto sanitario *per cápita* a nivel regional. Esto se traduce en divergencias en los niveles de calidad del servicio prestado en las CC.AA. Así, el incremento del gasto regional se deduce de intentar superar una posición de partida de desventaja por parte de cada comunidad autónoma cuando ha asumido las competencias sanitarias. Estas diferencias están referidas tanto a los recursos huma-

Gráfico n.º 1
Gasto público en sanidad sobre PIB regional
 (1999-2003)



Fuente: Elaborado a partir del Informe del Grupo de Trabajo sobre Gasto Sanitario (2005).

nos como a los medios diagnósticos y a las infraestructuras de primaria y especializada. Al no haberse producido una evaluación precisa de las necesidades de cada Comunidad Autónoma en el momento de valoración de los traspasos sanitarios, se ha consolidado una situación de déficit importante en algunos territorios. Por tanto, uno de los grandes temas pendientes sigue siendo el de garantizar un estándar mínimo de calidad sanitaria para cualquier ciudadano español con independencia del territorio en el que éste resida, entendido como igualdad de oportunidades siendo consideradas como aceptables las desigualdades derivadas del ejercicio de la libertad de elección, básicamente la oferta adicional sobre los

servicios sanitarios que fueran previamente definidos como exigibles por todos (catálogo de prestaciones)¹².

4. LAS LÍNEAS DE REFORMA DEL SISTEMA DE FINANCIACIÓN SANITARIA

En este último apartado se realiza una valoración crítica del reciente modelo de financiación sanitaria y su aplicación

¹² A esto debería añadirse los nuevos retos planteados en la financiación del gasto del sistema ante la creciente inmigración, o el hecho de que sea ya frecuente que personas de la tercera edad procedentes de otros países se aprovechen de las ventajas del modelo español.

Cuadro n.º 5
Gasto per cápita en sanidad liquidado y territorializado
 (euros corrientes)

Concepto	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Andalucía	449	503	527	543	567	583	618	680	766	791	837	903
Aragón	529	521	559	569	622	628	684	776	824	899	955	1.069
Asturias	521	535	564	576	613	612	664	757	810	872	946	1.061
Baleares	427	420	460	470	506	526	552	614	637	677	800	908
Canarias	479	498	520	550	579	587	613	770	820	840	910	1.000
Cantabria	508	528	562	576	584	631	672	773	833	921	1014	1.073
Castilla y León	467	464	500	513	548	565	611	726	787	840	898	1.029
Castilla La Mancha	433	447	487	501	557	560	588	675	721	774	879	936
Cataluña	455	487	525	547	576	591	642	722	777	817	869	958
C. Valenciana	462	497	536	540	573	585	616	689	750	790	846	934
Extremadura	470	487	504	526	581	588	630	725	786	826	969	1.026
Galicia	402	437	479	511	566	585	623	754	797	864	902	980
Madrid	528	522	590	570	598	598	633	725	752	788	815	870
Murcia	441	450	466	504	576	589	606	709	768	806	861	951
Navarra	420	424	437	483	542	570	615	878	933	961	1014	1.089
País Vasco	459	467	513	539	576	589	613	791	836	894	957	1.028
La Rioja	444	451	501	515	514	549	585	720	791	834	910	994
Total	465	488	526	540	574	587	624	721	776	818	874	954
Desv. Típica.	38,87	37,25	42,28	32,91	27,42	25,33	31,85	41,82	39,11	45,64	50,43	59,43
Coef. Variación (%)	8,36	7,63	8,04	6,09	4,78	4,32	5,10	5,80	5,04	5,58	5,77	6,23

Nota: El gasto liquidado por el INSALUD-Gestión Directa comienza a ser cada vez más fiel al gasto real desde 1993 ya que contempla la periodificación de la deuda.

Fuente: Elaborado a partir de INE e INSALUD y Ministerio de Sanidad y Consumo.

práctica hasta el momento presente para exponer algunas de las vías de reforma de cara al futuro.

En primer lugar, la *Suficiencia Financiera* (Estática y Dinámica) del sistema puede verse afectada por el crecimiento generalizado del gasto sanitario que aumenta en mayor proporción que la renta, tal y como puede observarse en todos los países de la OCDE (OCDE Health Data 2005) y en

particular en España. La descentralización puede afectar a la suficiencia financiera de modo negativo como consecuencia de la pérdida de economías de escala con el consiguiente incremento en los costos de administración. El resultado neto en bienestar depende de la medida en que tanto las ganancias de aproximar los presupuestos subcentrales a las preferencias en ese mismo nivel como de ampliar un mayor rango de elección disponible para los

consumidores puedan contrarrestar los gastos adicionales de administración.

Así, puede afirmarse que de acuerdo con el escenario anteriormente planteado, la suficiencia del sistema podría considerarse globalmente garantizada en el medio plazo, si bien la ausencia de ajustes posteriores en el modelo puede llevar a algunas CC.AA. a presentar problemas en la sostenibilidad de sus finanzas en el futuro y a la disminución del margen disponible de su gasto discrecional (Cantarero, 2003; López i Casanovas, 2003; Rey, 2003; Tamayo, 2003a y b; Molina, 2004).

Como experiencia previa hasta el momento, el sistema actual de financiación autonómica parece haber provocado que los gobiernos autonómicos decidieran apostar por un fuerte incremento de los fondos para sanidad en 2002 motivado por los compromisos adquiridos (efecto apalancamiento) en gastos de personal así como el fuerte incremento del gasto farmacéutico, si bien las CC.AA. han optado por una mayor cautela presupuestaria en 2003, 2004 y 2005, aunque de nuevo con un crecimiento del gasto sanitario por encima del PIB. Concretamente en los gastos de personal se consumieron buena parte tanto de los recursos adicionales obtenidos por la comunidad autónoma con motivo de la negociación política del modelo para esa partida, como de la negociación del traspaso o de la reorientación presupuestaria de créditos no comprometidos pero incluidos en el Decreto de Traspasos o de las inversiones.

Otro aspecto muy valorado por los ciudadanos es el que se refiere a la *equidad* (entendida de manera general como la garantía de la igualdad de acceso a las prestaciones sanitarias en todo el te-

rritorio nacional). En este sentido, la dinámica del modelo de financiación general con cesión de tributos, competencias recaudatorias («Línea ingreso») y fondos de solidaridad supone un mayor poder disgregatorio del SNS en el medio plazo en el sentido de haberse incrementado la dispersión en los gastos sanitarios capitativos por comunidad autónoma bien por el desglose de las cifras que hasta 2002 eran «encubiertas» dentro del antiguo Insalud-Gestión Directa o por las compensaciones «ad-hoc» de la negociación transferencial. Dado esto, las diferencias desde ese año en gasto sanitario capitativo pueden proceder ahora de diferencias en financiación por: mayor esfuerzo fiscal, mayor priorización de dicho gasto en la comunidad autónoma o mayor margen por una mejor eficiencia en el gasto. En este último caso, el enfoque adecuado sigue siendo el abordaje de las realidades causantes de las diferencias personales en salud, así como de combatirlas desde dentro de las CC.AA. y desde fuera de los dispositivos asistenciales sanitarios convencionales. La cuestión está en analizar si se volverá a acudir al Estado mediante los sistemas compensatorios diseñados a tal efecto para cubrir el déficit de nivelación y mantener la igualdad en todos los servicios públicos del Estado.

Existen también dificultades para contar con un notable sistema de información tal y como se ha revelado en las conclusiones del reciente Informe del Grupo de Trabajo sobre el Gasto Sanitario, ausencia de mecanismos de control eficaces y eficientes, duplicación ineficiente de servicios al no aprovecharse las economías de escala de no efectuarse acuerdos de cooperación entre CC.AA., problemas de

coordinación ante la falta de un sistema de sanciones en caso de incumplimiento y las dificultades relacionadas con la puesta en práctica del principio de la lealtad institucional. Las Administraciones públicas deberán así afrontar el problema y establecer prioridades tanto en las prestaciones y servicios de los hospitales como en la parte de los medicamentos que correrán a cargo del erario público por lo que un tercer elemento de discusión se refiere a la *eficiencia* (evitar despilfarros y lograr los mejores resultados con los recursos disponibles).

Por la parte de los ingresos, la financiación de la sanidad pública española se fundamenta en gran medida ahora en una cesta de impuestos (tanto directos como indirectos, existiendo cierto margen de maniobra en ellos) y en una transferencia central (Fondo de Suficiencia). Antes de utilizar fórmulas de copago descentralizado que afectasen a prestaciones básicas y a la equidad dada la información asimétrica entre el demandante del servicio (paciente) y el oferente (profesional sanitario) nos parece conveniente las siguientes actuaciones: continuar en la senda del establecimiento de impuestos específicos afectados a la financiación sanitaria en la línea italiana del impuesto sobre el consumo, así como las propuestas canadienses relativas a la financiación de un Fondo de Acciones Sanitarias que cumpliría en el sistema español tareas similares a las de la transferencia canadiense (*Canadian Health and Social Transfer*) permitiendo sufragar: políticas de «cohesión» en sentido amplio para planes integrales de salud y el cumplimiento del principio de lealtad institucional y la creación de un Fondo de Reserva para el sistema sanitario a semejanza del de las pensiones.

5. CONCLUSIONES

A modo de recapitulación, las principales conclusiones que se derivan de este trabajo pueden resumirse de la siguiente forma:

1. Se confirma que hasta el momento y dado el notable crecimiento de los gastos sanitarios, lo deseable sería establecer en España un sistema que conjugase principios como la suficiencia financiera, autonomía y equidad mediante una adecuada medición de las necesidades de gasto sanitario (donde la variable común es la edad) y articule mecanismos de nivelación que garanticen ciertos niveles mínimos de atención sanitaria. Propuestas detalladas como la RAWP británica serían difícilmente trasladables aquí dado que, a diferencia de ese país, las regiones sanitarias españolas son entidades políticas independientes, por lo que sería mejor establecer capitaciones con datos individuales como en el caso sueco para áreas de salud y posibilitar que en la fórmula para las regiones se utilice únicamente bien a la población o bien se introduzca una mayor desagregación de esta variable por grupos de edad tal y como planteaba el Grupo de Trabajo sobre Gasto en Sanidad.

2. El interrogante que se plantea desde el 1 de enero de 2002 es si efectivamente el modelo actual de financiación autonómica, que ha supuesto también la integración de las competencias sanitarias y la consiguiente desaparición del INSALUD, va a suponer no sólo el cierre del reparto competencial y de las fuentes de incertidumbre anteriores, sino también siendo optimistas el final de los comportamientos estratégicos de reivindicación de recursos financieros por parte de las regiones,

tan arraigados en el pasado y consistentes en la consecución de ventajas comparativas mediante la percepción de transferencias de la Administración central (*mercadeo político*). Lo que ahora se conoce es que el Acuerdo de mejora de la financiación sanitaria alcanzado el pasado Septiembre de 2005 no resuelve el problema de fondo, pues en el mejor de los casos se alcanzaría un equilibrio de ingresos y gastos sanitarios en 2006 pero el desfase arrastrado seguiría sin cubrirse y lo que es peor se reproduciría a los pocos años si no se hace frente a los problemas estructurales de la sanidad española con una especie de gran Pacto político que recoja a todas las Administraciones (central, autonómica y local) similar al de Tole-

do para las pensiones. Dicho Pacto debería ser planteado en el medio plazo aún teniendo en cuenta las numerosas dificultades para su aplicación.

3. En lo que respecta a la integración de las competencias sanitarias en la próxima reforma del modelo de financiación autonómica, no tiene mucho sentido proponer una alternativa radical al modelo actual que implicase un nuevo reparto de los recursos disponibles a partir del *statu quo*, sino que es de esperar que se planteen cambios puntuales relativos a la actualización e incorporación de nuevas variables que recojan las necesidades de gasto así como la redefinición del Fondo de Suficiencia.

ANEXO

Cuadro A.1
Población mayor de 65 años OCDE y Unión Europea. Periodo 1960-2003
(en % sobre el total de población)

Concepto	1960	1970	1980	1985	1990	1995	2000	2001	2002	2003
Australia	8,5	8,3	9,6	10,3	11,1	11,9	12,4	12,5	12,7	12,8
Austria	12,2	14,1	15,4	14,2	14,9	15,1	15,4	15,5	15,5	15,6
Bélgica	12,0	13,4	14,3	13,8	14,9	15,9	16,8	16,9	17,0	17,0
Canadá	7,5	7,9	9,4	10,3	11,3	12,0	12,5	12,6	12,7	12,8
R.Checa	n.d.	n.d.	13,5	11,8	12,5	13,2	13,8	13,9	13,9	14,0
Dinamarca	10,6	12,3	14,4	15,1	15,6	15,2	14,8	14,8	14,8	14,9
Finlandia	7,3	9,1	12,0	12,5	13,4	14,2	14,9	15,1	15,2	15,2
Francia	11,6	12,9	13,9	12,9	14,0	15,2	16,1	16,2	16,3	16,3
Alemania	15,1	17,6	19,8	18,5	18,7	15,5	16,4	16,9	17,3	17,4
Grecia	8,1	11,1	13,1	13,2	13,8	15,6	17,4	17,8	18,1	18,1
Hungría	9,0	11,5	13,4	12,4	13,4	14,2	15,1	15,2	15,3	15,4
Islandia	n.d.	8,8	10,1	10,4	10,6	11,2	11,7	11,6	11,8	11,8
Irlanda	11,1	11,1	10,7	10,9	11,4	11,4	11,2	11,2	11,1	11,1
Italia	9,3	10,9	13,1	13,1	14,9	16,6	18,1	18,4	18,6	18,7
Japón	5,7	7,1	9,1	10,3	12,1	14,6	17,4	17,8	18,4	18,4
Corea	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	7,2	7,6	7,9	7,9
Luxemburgo	n.d.	n.d.	13,7	13,4	13,4	14,1	14,2	14,0	13,9	13,9
México	n.d.	n.d.	3,8	3,8	4,0	4,4	4,9	5,1	5,2	5,3
Holanda	9,0	10,2	11,5	12,1	12,8	13,2	13,6	13,6	13,7	13,8
Nueva Zelanda	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	11,5	11,7	11,9	11,9	12,0
Noruega	11,0	12,9	14,8	15,7	16,3	15,9	15,2	15,0	14,9	14,9
Polonia	6,0	8,4	10,1	9,4	10,1	11,1	12,2	12,4	12,6	12,6
Portugal	7,9	9,4	11,3	11,9	13,4	14,7	16,3	16,5	16,6	16,7
R. Eslovaquia	6,9	9,1	10,5	9,4	10,3	10,9	11,4	11,4	11,5	11,5
España	n.d.	9,6	11,0	12,0	13,6	15,3	17,0	16,9	16,9	17,0
Suecia	11,7	13,7	16,3	17,2	17,8	17,5	17,3	17,2	17,2	17,2
Suiza	10,2	11,4	13,8	14,1	14,6	14,7	15,3	15,4	15,5	15,5
Reino Unido	11,7	12,8	14,9	15,2	15,7	15,8	15,8	15,9	15,9	16,0
Estados Unidos	9,2	9,8	11,3	11,9	12,5	12,7	12,4	12,4	12,3	12,3
Media UE-15 SS	11,98	13,64	14,77	14,15	14,78	14,83	15,42	15,52	15,62	15,66
Media UE-15 SNS	9,71	11,11	12,98	13,46	14,40	15,14	15,87	15,98	16,04	15,96
Media UE-15	10,58	12,01	13,69	13,73	14,55	15,02	15,69	15,79	15,87	15,93
Mediana UE-15	11,10	11,70	13,70	13,20	14,00	15,20	16,10	16,20	16,30	15,20
D.T. UE-15	2,18	2,31	2,39	2,05	1,88	1,43	1,76	1,85	1,93	3,15
C.V. UE-15	0,21	0,19	0,17	0,15	0,13	0,10	0,11	0,12	0,12	0,19
Media OCDE	7,05	8,78	11,16	11,19	11,90	12,79	13,62	13,72	13,82	14,35
Mediana OCDE	9,25	11,00	13,10	12,40	13,40	14,40	14,90	15,00	14,90	14,90
D.T. OCDE	2,33	2,43	2,99	2,84	2,83	2,59	3,04	3,05	3,08	3,08
C.V. OCDE	0,33	0,28	0,27	0,25	0,24	0,20	0,22	0,22	0,22	0,21

Fuente: Elaboración propia a partir de OECD Health Data (2005). n.d.: no disponible.

Cuadro A.2

Gasto sanitario per cápita en la OCDE y Unión Europea. Periodo 1960-2003
 (en paridades de poder de compra EEUU \$)

Concepto	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2001	2002	2003
Australia	94	136	188	464	691	1.004	1.307	1.745	2.404	2.521	2.699	2.699
Austria	77	107	191	424	764	919	1.338	1.870	2.184	2.195	2.280	2.280
Bélgica	n.d.	n.d.	149	346	637	960	1.345	1.820	2.279	2.424	2.607	2.827
Canadá	123	177	294	484	783	1.264	1.737	2.051	2.503	2.710	2.845	3.003
R.Checa	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	555	873	962	1.063	1.187	1.298
Dinamarca	n.d.	n.d.	395	590	955	1.290	1.567	1.848	2.382	2.556	2.655	2.763
Finlandia	63	107	192	358	592	968	1.422	1.433	1.718	1.857	2.013	2.118
Francia	70	118	210	397	711	1.118	1.568	2.033	2.456	2.617	2.762	2.903
Alemania	n.d.	n.d.	270	571	965	1.390	1.748	2.276	2.671	2.784	2.916	2.996
Grecia	n.d.	n.d.	160	n.d.	487	707	840	1.253	1.617	1.756	1.854	2.011
Hungría	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	586	676	857	975	1.115	1.115
Islandia	57	94	165	351	708	1.135	1.614	1.858	2.625	2.742	2.948	3.115
Irlanda	43	61	117	276	518	662	793	1.216	1.804	2.089	2.386	2.386
Italia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1.195	1.391	1.535	2.049	2.154	2.248	2.258
Japón	30	72	149	298	580	867	1.115	1.538	1.971	2.092	2.139	2.139
Corea	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	164	193	377	538	771	932	975	1.074
Luxemburgo	n.d.	n.d.	163	339	643	925	1.547	2.059	2.722	2.940	3.190	3.190
México	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	293	382	499	545	559	583
Holanda	n.d.	n.d.	330	460	757	987	1.438	1.826	2.259	2.520	2.775	2.976
Nueva Zelanda	n.d.	n.d.	211	416	506	643	995	1.247	1.605	1.701	1.850	1.886
Noruega	49	78	142	321	667	953	1.396	1.897	2.784	3.287	3.616	3.807
Polonia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	296	417	587	646	677	677
Portugal	n.d.	n.d.	51	168	295	422	670	1.079	1.594	1.693	1.758	1.797
R. Eslovaquia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	543	597	641	716	777
España	16	42	96	214	365	498	875	1.198	1.525	1.618	1.728	1.835
Suecia	n.d.	n.d.	309	526	936	1.260	1.579	1.738	2.273	2.403	2.594	2.594
Suiza	166	199	352	631	1.033	1.478	2.033	2.579	3.182	3.362	3.649	3.781
Turquía	n.d.	n.d.	n.d.	45	75	73	166	185	452	452	452	452
Reino Unido	84	110	164	301	482	710	986	1.374	1.833	2.032	2.231	2.231
Estados Unidos	144	203	347	586	1.055	1.759	2.738	3.654	4.539	4.888	5.287	5.635
Media UE SS	73,5	112,5	218,8	422,8	746,1	1.049,8	1.497,3	1.980,7	2.428,5	2.580,0	2.755,0	2.682,0
Media UE SNS	51,5	80,0	185,5	347,5	578,7	856,8	1.124,8	1.408,2	1.866,1	2.017,5	2.163,0	2.221,4
Media UE	58,8	90,8	199,8	382,3	650,5	934,0	1.273,8	1.637,2	2.091,0	2.242,5	2.399,8	2.477,6
Mediana UE	66,5	107,0	177,5	358,0	640,0	960,0	1.391,0	1.738,0	2.184,0	2.195,0	2.386,0	2.386,0
D.T. UE	25,2	31,3	95,5	130,1	212,1	289,8	344,6	365,6	390,9	406,1	437,9	447,4
C.V. UE	0,43	0,34	0,48	0,34	0,33	0,31	0,27	0,22	0,19	0,18	0,18	0,18
Media OCDE	72,5	107,4	202,3	405,7	697,3	1.010,1	1.177,5	1.491,3	1.923,4	2.073,1	2.223,7	2.306,8
Mediana OCDE	70,0	107,0	189,5	377,5	655,0	960,0	1.338,0	1.536,5	2.010,0	2.123,0	2.264,0	2.269,0
D.T. OCDE	44,1	50,9	91,8	146,2	256,1	391,9	583,5	736,6	910,0	975,0	1.054,1	1.108,0
C.V. CDE	0,61	0,47	0,45	0,36	0,37	0,39	0,50	0,49	0,47	0,47	0,47	0,48

Fuente: Elaboración propia a partir de OECD Health Data (2005). n.d.: no disponible.

Cuadro A.3
Gasto sanitario en la OCDE y Unión Europea. Periodo 1960-2003
(% PIB)

Concepto	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2001	2002	2003
Australia	4,10	4,30	4,60	7,10	7,00	7,40	7,80	8,30	9,00	9,10	9,30	9,30
Austria	4,30	4,60	5,10	6,90	7,40	6,40	7,00	8,00	7,60	7,50	7,60	7,60
Bélgica	n.d.	n.d.	4,00	5,80	6,40	7,20	7,40	8,40	8,70	8,80	9,10	9,60
Canadá	5,40	5,90	7,00	7,10	7,10	8,20	9,00	9,20	8,90	9,40	9,60	9,90
R.Checa	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	4,70	6,90	6,60	6,90	7,20	7,50
Dinamarca	n.d.	n.d.	8,00	8,90	9,10	8,70	8,50	8,20	8,40	8,60	8,80	9,00
Finlandia	3,80	4,80	5,60	6,30	6,40	7,20	7,80	7,50	6,70	6,90	7,20	7,40
Francia	3,80	4,70	5,40	6,50	7,10	8,20	8,60	9,50	9,30	9,40	9,70	10,10
Alemania	n.d.	n.d.	6,20	8,60	8,70	9,00	8,50	10,60	10,60	10,80	10,90	11,10
Grecia	n.d.	n.d.	6,10	n.d.	6,60	7,40	7,40	9,60	9,90	10,20	9,80	9,90
Hungría	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	7,10	7,50	7,10	7,40	7,80	7,80
Islandia	3,00	3,50	4,70	5,70	6,20	7,30	8,00	8,40	9,30	9,30	10,00	10,50
Irlanda	3,70	4,00	5,10	7,40	8,40	7,60	6,10	6,80	6,30	6,90	7,30	7,30
Italia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	7,70	7,90	7,30	8,10	8,20	8,40	8,40
Japón	3,00	4,40	4,50	5,60	6,50	6,70	5,90	6,80	7,60	7,80	7,90	7,90
Corea	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	4,20	4,10	4,50	4,20	4,70	5,40	5,30	5,60
Luxemburgo	n.d.	n.d.	3,60	4,90	5,90	5,90	6,10	6,40	5,50	5,90	6,10	6,10
México	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	4,80	5,60	5,60	6,00	6,00	6,20
Holanda	n.d.	n.d.	6,90	7,10	7,50	7,40	8,00	8,40	8,30	8,70	9,30	9,80
Nueva Zelanda	n.d.	n.d.	5,10	6,60	5,90	5,20	6,90	7,20	7,80	7,90	8,20	8,10
Noruega	2,90	3,40	4,40	5,90	7,00	6,60	7,70	7,90	7,70	8,90	9,90	10,30
Polonia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	4,90	5,60	5,70	6,00	6,00	6,00
Portugal	n.d.	n.d.	2,60	5,40	5,60	6,00	6,20	8,20	9,20	9,40	9,30	9,60
R.Eslovaquia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	5,8	5,50	5,60	5,70	5,90
España	1,50	2,50	3,60	4,70	5,40	5,50	6,70	7,60	7,40	7,50	7,60	7,70
Suecia	n.d.	n.d.	6,90	7,60	9,10	8,70	8,40	8,10	8,40	8,80	9,20	9,20
Suiza	4,90	4,60	5,50	7,00	7,40	7,80	8,30	9,70	10,40	10,90	11,10	11,50
Turquía	n.d.	n.d.	n.d.	3,00	3,30	2,20	3,60	3,40	6,60	6,60	6,60	6,60
Reino Unido	3,90	4,10	4,50	5,50	5,60	5,90	6,00	7,00	7,30	7,50	7,70	7,70
Estados Unidos	5,00	5,50	6,90	7,80	8,70	10,00	11,90	13,30	13,10	13,80	14,60	15,00
Media UE-15 SS	4,05	4,65	5,20	6,63	7,17	7,35	7,60	8,55	8,33	8,52	8,78	9,05
Media UE-15 SNS	3,23	3,85	5,30	6,54	7,03	7,19	7,22	7,81	7,97	8,22	8,37	8,47
Media UE-15	3,50	4,12	5,26	6,58	7,09	7,25	7,37	8,11	8,11	8,34	8,53	8,70
Mediana UE-15	3,80	4,35	5,25	6,50	6,85	7,40	7,40	8,10	8,30	8,60	8,80	9,00
D.T. UE-15	1,00	0,86	1,50	1,33	1,32	1,12	0,97	1,12	1,36	1,33	1,26	1,36
C.V. UE-15	0,29	0,21	0,29	0,20	0,19	0,15	0,13	0,14	0,17	0,16	0,15	0,16
Media OCDE	3,79	4,33	5,29	6,15	6,50	6,70	7,09	7,52	7,91	8,20	8,44	8,62
Mediana OCDE	3,80	4,40	5,10	6,55	6,80	7,30	7,40	7,90	7,75	8,05	8,30	8,25
D.T. OCDE	1,04	0,89	1,33	1,34	1,45	1,64	1,69	1,89	1,81	1,83	1,94	2,03
C.V. OCDE	0,27	0,20	0,25	0,22	0,22	0,25	0,24	0,25	0,23	0,22	0,23	0,24

Fuente: Elaboración propia a partir de OECD Health Data (2005). n.d.: no disponible.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACHESON, D. (1998): *Independent Inquiry into Inequalities in Health*. HMSO, London.
- BANTING, K.G. y CORBETT, S. (2002): *Health Policy and Federalism. A Comparative perspective on multi-level governance*. McGill-Queen's University Press, Kingston.
- BORRAZ, S. y POU, V. (2005): «Razones para una reforma de la financiación del gasto sanitario». *Cuadernos de Información Económica*, Núm. 188, Septiembre-Octubre 2005, pp. 51-61.
- CANTARERO, D. (2003): «Análisis del gasto sanitario autonómico y su nueva financiación en España». *Investigaciones*, n.º 8/03, Instituto de Estudios Fiscales, Madrid.
- DEPARTMENT OF HEALTH (1999): *Saving Lives: Our Healthier Nation*. The Stationery Office, London.
- DIDERICHSEN, F., VARDE, E. y WHITEHEAD, M. (1997): «Resource allocation to health authorities: the quest for an equitable formula in Britain and Sweden». *British Medical Journal*, 315, 875-878.
- GIMENO, J.A. y TAMAYO, P. (2005): «La sostenibilidad financiera del sistema público de salud». En REPULLO, J.R. y OTEO, L.A. (2005): *Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible*, Ariel Sociedad Económica, Barcelona.
- HAUCK, K., SHAW, R. y SMITH, P.C. (2002): «Reducing avoidable inequalities in health: a new criterion for setting health care capitation payments». *Health Economics*, vol. 11, n.º 8, 667-677.
- HERRERO, A. y UTRILLA, A. (2003): «La financiación de la sanidad en un contexto descentralizado». Jornada *Nuevos instrumentos de integración y cooperación sanitaria*, Asociación de Economía de la Salud, Madrid.
- IGAE-MINISTERIO DE ECONOMÍA Y HACIENDA (2005): «Informe del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario».
- LOPEZ I CASASNOVAS, G. (2001): «La sanidad catalana. Financiación y gasto en el marco de las sociedades desarrolladas». *Colección Els llibres dels Fulls Economics*, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya.
- LOPEZ I CASASNOVAS, G. (2003): *Reflexiones acerca de la nueva financiación autonómica de la sanidad*. Mimeo.
- LUBITZ, J.D. y RILEY, G.F. (1995): «Population aging and the growth of health expenditures». *Journal of Gerontology and Social Sciences*, Supl. 47, S98-S104.
- MINISTERIO DE ECONOMÍA Y HACIENDA (2004 y 2005): *Financiación de las Comunidades Autónomas por los impuestos cedidos, Fondo de Suficiencia y Garantías de financiación de los servicios de asistencia sanitaria en el año 2002 y 2003 y liquidación definitiva de dicho ejercicio*, Julio 2004 y 2005.
- MOLINA, C. (2004): «Análisis del proceso de descentralización de la asistencia sanitaria a las Comunidades Autónomas de régimen común: Implicaciones del nuevo modelo de financiación autonómica». *Investigaciones*, N.º 6/04, Instituto de Estudios Fiscales, Madrid.
- NEWHOUSE, J.P. (1998): «Risk adjustment: where are we now?». *Inquiry*, 35, 122-131.
- OECD (2005): OECD Health Data 2005.
- REY, J. (2003): «Una propuesta alternativa para la coordinación del Sistema Nacional de Salud español». *Documentos de Trabajo 9/2003, Fundación Alternativas*.
- RICE, N. y SMITH, P.C. (1999): *Approaches to capitation and risk adjustment in health care: an international survey*. Centre for Health Economics, University of York.
- RICE, N. y SMITH, P.C. (2001): «Capitation and risk adjustment in health care financing: An international progress report», *The Milbank Quarterly*, Vol. 79, No. 1, 81-113.
- RICE, N. y SMITH, P.C. (2002): «Strategic resource allocation and funding decisions». En MOSSIALOS, E., DIXON, A., FIGUERAS, J. y KUTZIN, J. (eds.), *Funding health care: options for Europe*, European Observatory on Health Care Systems Series, 250-271.
- RUIZ-HUERTA, J. y GRANADO, O. (2003): «La sanidad en el nuevo modelo de financiación autonómica». *Documentos de Trabajo 31/2003 de la Fundación Alternativas*, Madrid.
- SHELDON, T.A. y SMITH, P.C. (2000): «Equity in the allocation of health care resources». *Health Economics*, 9, 571-574.
- TAMAYO, P.A. (2003): «Descentralización sanitaria y asignación de recursos en España: un análisis desde la perspectiva de la equidad». *Información Comercial Española*, n.º 804, Monográfico de Economía de la Salud, M.º de Economía, Madrid.
- TAMAYO, P.A. (2003): «La compensación por desplazados en la financiación de la sanidad

- descentralizada: valoración del nuevo Fondo de Cohesión Sanitaria». *Cuadernos de Información Económica*, n.º 173, Marzo/Abril 2003, Madrid.
- URBANOS, R. (2001): «La financiación sanitaria en los países de nuestro entorno». *Revista de Administración Sanitaria*, V (18), pp. 95-106.
- URBANOS, R. (2004): «Tendencias internacionales en la financiación del gasto sanitario». *Papeles de Trabajo del Instituto de Estudios Fiscales*, N.º 19/04, Madrid.
- ZWEIFEL, P., ELDER, S. y MEIERS, M. (1999): «Aging of population and health care expenditure: a red herring?». *Health Economics*, 8, 485-496.