

IDAD

ACTUAL

02 2005

+ x = € - //

+ x = € - //

**Cómo entender el debate
de la Financiación
Autonómica**



Centro de Estudios Andaluces
CONSEJERÍA DE LA PRESIDENCIA



Centro de Estudios Andaluces
CONSEJERÍA DE LA PRESIDENCIA

IDAD

EL CENTRO DE ESTUDIOS ANDALUCES ES UNA ENTIDAD DE CARÁCTER CIENTÍFICO Y CULTURAL, SIN ÁNIMO DE LUCRO, ADSCRITA A LA CONSEJERÍA DE LA PRESIDENCIA DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA.

EL OBJETIVO ESENCIAL DE ESTA INSTITUCIÓN ES FOMENTAR CUANTITATIVA Y CUALITATIVAMENTE UNA LÍNEA DE ESTUDIOS E INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS QUE CONTRIBUYAN A UN MÁS PRECISO Y DETALLADO CONOCIMIENTO DE ANDALUCÍA, Y DIFUNDIR SUS RESULTADOS A TRAVÉS DE VARIAS LÍNEAS ESTRATÉGICAS.

EL CENTRO DE ESTUDIOS ANDALUCES DESEA GENERAR UN MARCO ESTABLE DE RELACIONES CON LA COMUNIDAD CIENTÍFICA E INTELLECTUAL Y CON MOVIMIENTOS CULTURALES EN ANDALUCÍA DESDE EL QUE CREAR VERDADEROS CANALES DE COMUNICACIÓN PARA DAR COBERTURA A LAS INQUIETUDES INTELLECTUALES Y CULTURALES.

LAS OPINIONES PUBLICADAS POR LOS AUTORES EN ESTA COLECCIÓN SON DE SU EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD.

© 2005. Centro de Estudios Andaluces
Bailén 50, 41001 Sevilla.
Tel.: 955 055 210. Fax: 955 055 211
www.centrodeestudiosandaluces.es

Depósito Legal: SE-1688-05

Ejemplar Gratuito. Prohibida su venta.



Autonomía y redistribución en el sistema de Financiación Autonómica

DIEGO MARTÍNEZ LÓPEZ *.
CENTRO DE ESTUDIOS ANDALUCES Y UNIVERSIDAD PABLO DE OLAVIDE.

La previsible reforma de la Constitución Española así como la de varios Estatutos de Autonomía conducirá probablemente a modificar el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas vigente desde el pasado año 2002. En este contexto, la estrategia más adecuada debiera ser conocer los resultados del vigente sistema para, sobre la base de los mismos, estar en mejores condiciones de reformarlo. El actual modelo adolece de limitaciones técnicas y de inspiración que lo hacen perfectible (Monasterio, 2002) pero no es menos cierto que supuso un notable avance respecto al anterior esquema, sobre todo en términos de corresponsabilidad fiscal y ámbito de aplicación (generalizado a todas las CCAA de régimen común). Uno de los aspectos más controvertidos de todo sistema de relaciones intergubernamentales es el equilibrio entre la autonomía financiera de las haciendas subcentrales para establecer su nivel de ingresos y el cumplimiento de unas condiciones mínimas de solidaridad a favor de las regiones con menor capacidad fiscal. Los beneficios de la autonomía financiera son de sobra conocidos, no solo en la implicación de los gobiernos regionales en la recaudación de impuestos (corresponsabilidad fiscal que reduce la laxitud presupuestaria y mejora la eficiencia de los procesos de elección pública), sino que también coadyuvan a reforzar el concepto de descentralización fiscal, pues decidir sobre ingresos significa decidir sobre gastos. El aspecto más desfavorable de la autonomía financiera surge, sin embargo, al implicar más recursos para las jurisdicciones más prósperas -con bases imponibles más elevadas-, deteriorando así la solidaridad interterritorial. Por ello, en la mayoría de los sistemas federales, se instrumentan transferencias horizontales y/o verticales a favor de las regiones más pobres a fin de corregir este desequilibrio en las fuentes de ingresos.

Este artículo tan solo pretende describir alguno de los resultados que el actual modelo de financiación autonómica ha tenido en términos de autonomía financiera y solidaridad interterritorial. Para ello, se emplean los datos publicados por la Dirección General de Financiación Territorial (2004) sobre la liquidación del sistema en el año 2002, los únicos disponibles hasta el momento. Dado que el objetivo es realizar una evaluación somera de las condiciones iniciales del modelo, se emplean datos de impuestos calculados con criterio normativo y sin ejercicio de la capacidad normativa por parte de los gobiernos regionales, circunstancia ésta que, por otra parte, no modificaría cualitativamente los resultados dado el limitado uso que de ella se hizo durante 2002.

Esta foto fija del escenario de partida tiene importancia en sí misma no solo por valorar la disyuntiva entre autonomía y solidaridad, sino que tendrá trascendencia en la evolución de los ingresos futuros de las CCAA. Así, por ejemplo, si el peso de la recaudación por IRPF es considerable para una hacienda autonómica, ello la hará más sensible a las reformas fiscales de la imposición sobre la renta puestas en marcha por el gobierno central o a la evolución de las rentas del trabajo a lo largo del ciclo económico. Por el contrario, si un gobierno regional recibe buena parte de sus recursos del Fondo de Suficiencia es de esperar una menor variabilidad en sus ingresos, en la medida en que éste se actualiza cada año según la tasa de variación de una cesta de impuestos más amplia y menos sensible al ciclo económico.

* Agradezco la asistencia de investigación prestada por Carmen García

Algunos Resultados

Una primera aproximación pasa por conocer qué porcentaje de los ingresos totales de las haciendas autonómicas procede de cada una de las fuentes de financiación que el modelo de 2002 reconoce a las CCAA. La tabla 1 ofrece información al respecto para las principales partidas de ingresos: tributos cedidos y tasas, tramos autonómicos del IRPF, IVA e impuestos especiales y Fondo de Suficiencia.

Tabla 1

Principales ingresos de las CCAA en porcentaje. 2002

COMUNIDAD AUTÓNOMA	TRIBUTOS CEDIDOS Y TASAS	IRPF (TARIFA AUTON.)	IVA	II.EE.	FONDO DE SUFICIENCIA
CATALUÑA	16,04	29,64	22,13	11,62	16,99
GALICIA	8,33	14,45	16,29	8,65	49,48
ANDALUCÍA	8,97	13,53	17,17	9,20	48,61
ASTURIAS	10,87	19,44	19,56	8,98	38,33
CANTABRIA	9,07	17,62	17,61	9,51	43,89
LA RIOJA	10,39	18,88	16,73	9,45	41,28
MURCIA	8,30	15,81	18,86	12,84	40,80
VALENCIA	15,01	20,86	21,27	12,22	27,25
ARAGÓN	13,13	21,28	18,69	11,14	32,65
CAST.-LA MANCHA	7,15	12,31	14,85	12,04	51,00
CANARIAS	10,96	16,34	0,00	1,39	71,31
EXTREMADURA	5,52	9,17	12,84	7,60	62,67
BALEARES	13,87	26,95	49,15	17,29	-12,83
MADRID	21,48	41,08	25,68	10,55	-3,73
CASTILLA Y LEÓN	9,48	15,63	16,49	10,45	44,62
TOTAL (%)	12,54	21,53	19,12	10,17	33,47

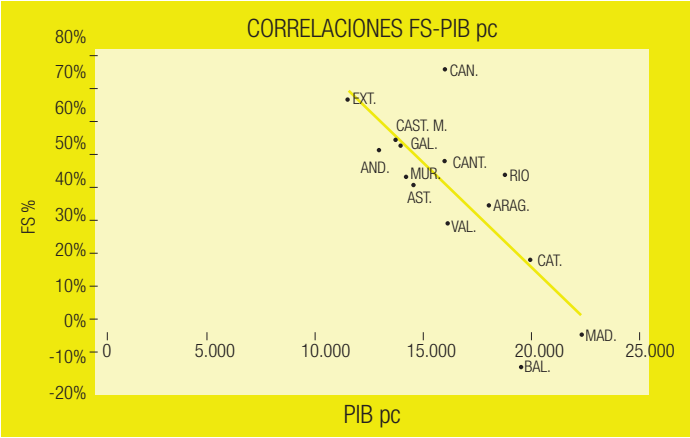
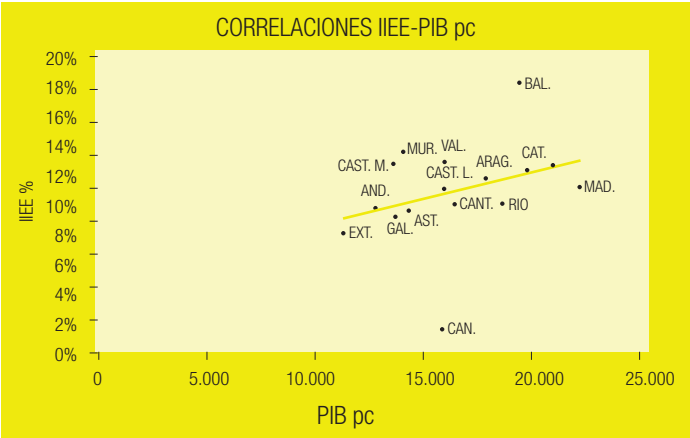
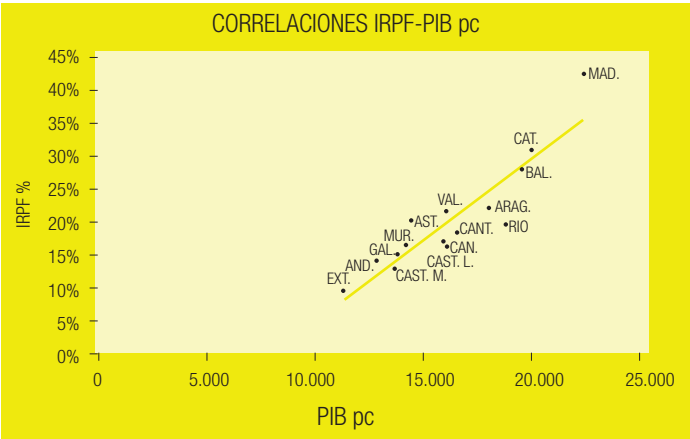
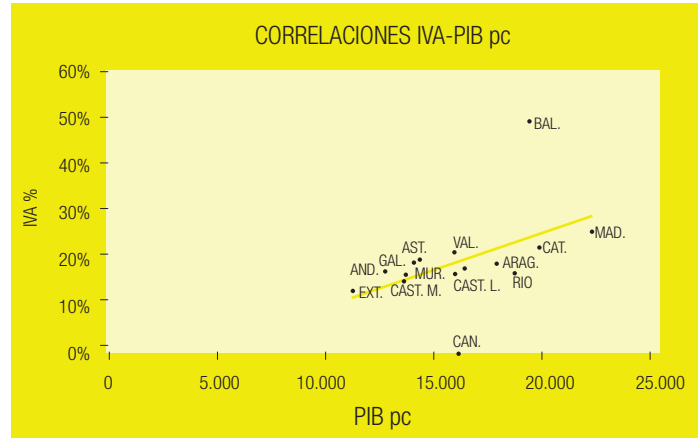
Nota: Cada fila no suma exactamente 100 pues se han omitido otros ingresos marginales de las CCAA fuente: DGFT (2004).

Los resultados que se desprenden del mismo son inmediatos. Madrid, Baleares y Cataluña son las Comunidades en las que el peso de la recaudación impositiva propia o territorializada en forma de participación es más alto. En el extremo opuesto se encuentran regiones como Canarias, Extremadura y Andalucía donde la principal partida de ingresos procede del Fondo de Suficiencia. Esta situación pone de manifiesto el dilema entre autonomía financiera (elevada para aquellas regiones ricas en que una parte sustancial de sus ingresos procede de impuestos sobre los que tiene capacidad normativa) y solidaridad interterritorial (ilustrada por un notable peso relativo de las transferencias verticales en las regiones más pobres).

Desde una perspectiva similar puede analizarse la relación entre la estructura de ingresos de los gobiernos autonómicos y su nivel de renta per cápita. En efecto, el gráfico 1 ilustra las nubes de puntos correspondientes a los pares de valores de porcentaje sobre ingresos totales y renta per cápita. En el caso de los recursos procedentes del IRPF se aprecia una clara correlación positiva entre nivel de renta e importancia relativa de esta fuente de ingresos, abonando la disyuntiva entre autonomía financiera y solidaridad interterritorial¹. Las Comunidades más ricas son las que disfrutan de una mayor autonomía en esta fuente de recursos. Aunque no se informa de ello, algo similar ocurre con la correlación entre el peso relativo de tributos cedidos y tasas por un lado y la renta per cápita por otro ².

Gráfico 1

Correlaciones entre porcentajes de ingresos de las CCAA y renta per cápita. 2002



Lo contrario sucede con el Fondo de Suficiencia, que presenta un fuerte componente redistributivo a tenor de la pendiente negativa de la recta ajustada a la nube de puntos. Con un coeficiente de correlación de -0,76, es en las Comunidades de menor renta donde el Fondo de Suficiencia representa una proporción mayor de sus ingresos. Ello no obvia, sin embargo, que existan dos casos dignos de ser mencionados: Canarias y Baleares. La primera región, ilustra una situación en la que, dado su nivel de renta per cápita, se detecta una excepcionalmente elevada participación del Fondo de Suficiencia en los ingresos autonómicos, teniendo en cuenta la tónica general redistributiva que se aprecia en el resto de los casos. Lo contrario podría afirmarse de Baleares que, con una renta per cápita similar a la de Cataluña, se ve afectada por un Fondo de Suficiencia negativo (aporta recursos al sistema), que en el caso catalán no solo es positivo sino que supone el 17% de los recursos totales a disposición de la Generalidad.

El dilema entre autonomía financiera y solidaridad entre regiones a través del sistema de financiación autonómica se mantiene, aunque con menor intensidad, para otros impuestos como los especiales y el IVA. El gráfico así lo atestigua y los respectivos coeficientes de correlación son 0,31 y 0,47. En ambos casos aparecen los archipiélagos como observaciones atípicas, lo que en el caso de Canarias estaría justificado por su peculiar régimen de imposición indirecta. De otro lado, este hecho cuestiona el que sobre la base de la mayor propensión media a consumir de las regiones más pobres sea de esperar una ventaja relativa de éstas a la hora de recaudar impuestos indirectos sobre el consumo. Más bien al contrario, las Comunidades más prósperas son las que recaudan más en términos absolutos y porcentuales por estas vías. Y esta situación se replica cuando consideramos magnitudes per cápita³. Precisamente en términos de financiación per cápita encauzamos ahora nuestra discusión. La tabla 2 ilustra los recursos per cápita que las quince CCAA de régimen común reciben de sus principales fuentes de ingresos. Al menos dos comentarios pueden esbozarse. El primero alude a la notable disparidad en las cifras de financiación per cápita entre las regiones; así, la Comunidad que más recursos per cápita obtiene (Cantabria) supera en un 40 por ciento a la que menos (Baleares). El segundo comentario se refiere a que no se aprecia un patrón claro en la distribución territorial de estas magnitudes. Regiones de dispar renta per cápita (Cantabria y Extremadura) cuentan con una similar dotación financiera per cápita, y tampoco parece que el sistema de financiación tenga en cuenta las posibles economías o deseconomías de escala generadas por el volumen de población o su densidad a la hora de considerar los costes de provisión de los servicios transferidos.

1. No solo el coeficiente de correlación entre ambas variables supera el 0,9 sino que el ajuste es razonablemente bueno.
2. El coeficiente de correlación es de 0,86 en este caso.

3. Por ejemplo, el coeficiente de correlación entre el porcentaje que supone el IVA per cápita en el total de ingresos por habitante de las CCAA y el PIB per cápita es de 0,48.

Tabla 2

Principales ingresos per cápita de las CCAA en euros. 2002

COMUNIDAD AUTÓNOMA	TRIBUTOS CEDIDOS Y TASAS	IRPF (TARIFA AUTON.)	IVA	II.EE.	FONDO DE SUFICIENCIA	TOTAL
CATALUÑA	277,8	513,3	383,3	201,1	294,2	1731,5
GALICIA	158,4	274,9	310,1	164,6	941,5	1902,9
ANDALUCÍA	155,2	234,0	297,0	159,2	841,0	1730,1
ASTURIAS	203,1	363,4	365,6	167,7	716,3	1868,8
CANTABRIA	186,3	362,2	362,0	195,4	901,9	2055,2
LA RIOJA	206,9	376,0	333,2	188,2	822,0	1991,1
MURCIA	128,4	244,4	291,6	198,5	630,8	1546,1
VALENCIA	235,3	326,9	333,3	191,4	427,0	1567,1
ARAGÓN	249,9	405,0	355,7	212,1	621,3	1902,9
CAST.-LA MANCHA	130,9	225,3	266,3	220,3	933,6	1830,5
CANARIAS	190,0	283,2	0,0	24,1	1235,9	1733,1
EXTREMADURA	112,3	186,8	261,4	154,7	1276,2	2036,4
BALEARES	203,7	395,8	721,8	253,9	-188,4	1468,6
MADRID	337,1	644,8	403,1	165,6	-58,6	1569,7
CASTILLA Y LEÓN	184,4	303,9	320,7	203,3	867,6	1944,7
TOTAL (%)	217,1	372,9	331,1	176,2	579,7	1732,1

Nota: Las cantidades de las 5 primeras columnas no suman por filas la cantidad total pues se han despreciado otros ingresos marginales de las ccaa fuente: DGFT (2004) e INE (2005).

Un último apunte que podría esbozarse versa acerca del carácter redistributivo del modelo de financiación autonómica en su conjunto. Un simple coeficiente de correlación entre el volumen de financiación per cápita y el PIB per cápita por Comunidades nos proporciona una sencilla aproximación a este punto. El valor arrojado por este estadístico es de -0,35, esto es, la financiación territorial favorece débilmente a las regiones menos prósperas, lo que supone una ligera redistribución en términos per cápita. No obstante, esta impresión debe matizarse aún más si cabe, pues la dispersión existente entre los pares de valores es relativamente elevada⁴, lo que conlleva situaciones como las anteriormente descritas para Cantabria o Extremadura, o para Madrid y Murcia (casi idéntica financiación per cápita pero amplias diferencias en renta per cápita) o Valencia y Castilla-León (con similares niveles de PIB per cápita pero moderadas diferencias en recursos por habitante).

Conclusiones y cuestiones abiertas

La reforma del modelo de financiación autonómica parece un proceso ineludible en esta legislatura. Por ello conviene conocer con cierta precisión los resultados que se derivan del actual sistema vigente y con la única limitación de su disponibilidad estadística⁵. Como no debiera de ser de otra forma, ello permitiría diseñar las líneas de reforma del modelo no solo como un simple desiderátum lanzado al futuro sino con pleno conocimiento de la situación presente.

Este trabajo ha pretendido llevar a cabo un breve análisis descriptivo de algunos resultados del modelo de financiación autonómica en su primer año de aplicación (2002) y según los criterios de reparto inicialmente pactados. En particular, se ha prestado especial atención a la posible existencia de un dilema entre autonomía financiera y solidaridad interterritorial. Como se sabrá, los avances en la autonomía de las haciendas regionales para que éstas puedan ajustar sus ingresos (sobre todo a través de impuestos con capacidad normativa) suelen beneficiar más a las regiones prósperas, de tal forma que la brecha entre las necesidades de gasto y la capacidad fiscal de una jurisdicción se cubre con transferencias desde el nivel de gobierno central.

El modelo de financiación de 2002 no supone una excepción en este sentido. Son las Comunidades más ricas las que obtienen un mayor porcentaje de sus recursos de fuentes tributarias propias y sobre las que tienen competencias normativas compartidas. Ello es especialmente evidente en el caso del IRPF y de las tasas y tributos cedidos, mientras que para impuestos sobre el consumo la relación es más débil. En este punto conviene dejar claro que la mayor propensión al consumo de las regiones más pobres no supone una prima de recaudación adicional para éstas, con la consiguiente ganancia de autonomía financiera. El Fondo de Suficiencia, por su parte, sí parece seguir un marcado patrón redistributivo a favor de las regiones de menor PIB per cápita, aunque en cualquier caso se detectan algunos agravios comparativos sobre los que convendría reflexionar. Finalmente, en términos de financiación per cápita, este trabajo pone de manifiesto la existencia de notables diferencias entre

las Comunidades, sin una relación aparente con los costes de congestión o economías de escala que se pueden presentar en muchos servicios transferidos al ligarlos con el volumen de población; por su parte, las cifras regionales de financiación per cápita sí mantienen una débil correlación negativa con el nivel de renta por habitante, marcando un cierto tono redistributivo para el sistema en su conjunto.

A la vista de lo anterior varias cuestiones se pueden apuntar con vistas al futuro proceso de reforma de la financiación autonómica. En primer lugar, dada la relevancia de las desigualdades regionales en capacidad fiscal y autonomía financiera, sería interesante estudiar el diseño de un sistema de nivelación explícito lo más sencillo posible, que garantice un nivel mínimo de solidaridad, evite inconsistencias como las anteriormente apuntadas para el Fondo de Suficiencia e incluya el esfuerzo fiscal como una variable clave en su determinación. En segundo lugar, convendría aclarar qué condicionantes han de influir en la magnitud de recursos per cápita a disposición de cada hacienda autonómica. Si bien una parte de los mismos vendría dada por decisiones fiscales tomadas por los propios gobiernos regionales, no es comprensible que las garantías normativas del sistema, tanto en su definición para el año base (como ocurre con el actual) como en la evolución del mismo, respondan a criterios difíciles de dilucidar (¿congestión en la cobertura de servicios públicos? ¿renta per cápita?). En tercer lugar, y como una reflexión más amplia, los reformadores del sistema deberían tener presente que las relaciones intergubernamentales y la redistribución son dos dimensiones de la toma de decisiones públicas que, aunque estrechamente relacionados en algunos aspectos, merecen un tratamiento singular. La financiación territorial debe proporcionar los recursos necesarios a las haciendas subcentrales para que éstas provean el gasto público a que sus competencias les obligan; y ello debe hacerse sobre la base de su capacidad y esfuerzo fiscal por un lado, y de transferencias solidarias ante posibles insuficiencias de sus bases imponibles por otra. La redistribución, por su parte, apela a la dimensión personal del ciudadano, no directamente al territorio sobre el que se asienta, y puede fluir por cauces más eficaces que los usados en el marco de las relaciones financieras intergubernamentales. Si bien en los párrafos anteriores la vinculación entre redistribución y financiación territorial parece estrecha, no debe malinterpretarse como una invitación a su obligada coexistencia dentro del modelo de financiación que se discute, sino como un aspecto más (y quizás no el más relevante) a tener en cuenta. Con otras palabras, la financiación de las CCAA lleva implícitos muchos criterios normativos sobre solidaridad interpersonal que deben, como mínimo, hacerse explícitos y en la medida de lo posible aislarse de la financiación territorial. Y sin duda, estas anotaciones no resultan tan fáciles de llevarlas a la práctica como parecen.

4. Aunque no se informa de ello, el grado de ajuste de la nube de puntos a una posible recta de regresión no supera el 0,12.

5. Aprovecho la oportunidad para denunciar las carencias de información estadística que en los últimos años venimos padeciendo los investigadores en este terreno, tanto en términos de disponibilidad en un horizonte de tiempo razonable como en homogeneidad y síntesis metodológicas de los datos.

Bibliografía

DIRECCIÓN GENERAL DE FINANCIACIÓN TERRITORIAL (2004):
Documento sobre financiación autonómica en el año 2002,
Ministerio de Economía y Hacienda, Madrid. Disponible en:
http://dgft.minhac.es/descargas/liquidacion_definitiva_2002_2.html

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2005):
Contabilidad Regional de España, Base 1995.
disponible en http://www.ine.es/inebase/menu4_eco.htm.

MONASTERIO, C. (2002):
El sistema de financiación autonómica 2002, en Salinas, J.: El nuevo modelo
de financiación autonómica (2002), Instituto de Estudios Fiscales, Madrid.



Las propuestas actuales de reforma en la Asistencia Sanitaria

JOSÉ SÁNCHEZ MALDONADO.
CARMEN MOLINA GARRIDO.
DEPARTAMENTO DE ECONOMÍA APLICADA. (HACIENDA PÚBLICA)
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA.

que afectan a la organización actual de la sanidad en nuestro país, para pasar, a continuación, a las medidas propuestas en el ámbito de la gestión sanitaria. En tercer lugar, y con un nivel más de detalle, repasaremos las principales propuestas de reformas centradas en el ámbito de la financiación sanitaria. El artículo finaliza con las principales conclusiones obtenidas.

El modelo actual de financiación de la Asistencia Sanitaria

En nuestro país, hace poco más de tres años se aprobó un sistema de financiación autonómica que incluía la sanidad pública, firmándose además los traspasos del antiguo Insalud a las diez Comunidades Autónomas (CCAA) que aún no disponían de la gestión de estos servicios. La filosofía de este sistema era crear un marco estable y sostenible: las CCAA tenían definidas sus fuentes de ingresos y contaban con cierta capacidad de obtención de fondos, vía mayor efectividad recaudatoria, así como incrementando algunos impuestos; y fundamentalmente tenían una gran libertad para organizar sus políticas de gasto, no existiendo condicionamientos ni afectación de fondos, salvo un compromiso de mantener una cantidad mínima garantizada para los servicios sanitarios públicos. Sin embargo, la valoración del actual sistema de financiación de la asistencia sanitaria parece reflejar que los recursos transferidos a las CCAA resultan insuficientes, reclamando algunas CCAA la urgencia y necesidad de abordar el déficit presupuestario en sanidad¹. Los argumentos de las CCAA para calificar los recursos disponibles como insuficientes son, entre otros, el incremento experimentado por la población protegida, tanto como consecuencia del fenómeno migratorio, como por las diferencias en la base de cálculo empleada en 2001 como criterio de suficiencia estática. Además resultan insuficientes los recursos destinados para la atención a pacientes desplazados, se han incluido nuevas prestaciones, y la tasa de crecimiento del gasto farmacéutico parece no moderarse. En esta situación, se plantea la necesidad de buscar fórmulas para solucionar el desequilibrio financiero que empieza a consolidarse de forma notoria en algunas CCAA. El objetivo de este artículo, y ante la situación descrita, es repasar de forma resumida las principales medidas de reforma propuestas en distintos ámbitos del debate de la financiación sanitaria. En primer lugar, realizaremos una descripción del actual modelo de financiación sanitaria, identificando las deficiencias principales que presenta. En segundo lugar, y ya centrados en las reformas propuestas en el debate sanitario, repasaremos aquellas medidas

La financiación de las CCAA se realiza a partir de dos sistemas diferenciados, por una parte el sistema de financiación de las CCAA de régimen foral, y de otra parte el sistema empleado para la financiación de las CCAA de régimen común y ciudades con estatuto de autonomía. En el momento actual, y tras cumplirse tres años de aplicación del actual modelo de financiación para las CCAA de régimen común, se ha abierto el debate en torno a la idoneidad del mismo. El anterior modelo de financiación sanitaria, cuya vigencia temporal comprendió el periodo 1998-2001, se cimentó en torno a las transferencias finalistas, que las CCAA que tenían traspasada la competencia, recibían de la Tesorería General de la Seguridad Social para la financiación de la asistencia sanitaria. Esta transferencia finalista estaba basada en el criterio de la población protegida. La inestabilidad de este modelo originó, en su momento, un largo y esclarecedor debate, centrándose el mismo, fundamentalmente, en la idoneidad de una financiación a través de transferencias finalistas basadas en la población, o la integración de la financiación de la asistencia sanitaria en el modelo general de financiación de las CCAA, aprovechando además el traspaso de la asistencia sanitaria a las CCAA que aún no tenían esta competencia. El diseño del nuevo modelo incorporó, de hecho, dos novedades fundamentales: la denominada cesta de impuestos, como forma de obtención de recursos para financiar los servicios, en un intento de avanzar en materia de corresponsabilidad fiscal, y la incorporación de la financiación de la asistencia sanitaria y de los servicios sociales de la Seguridad Social, a la financiación de carácter general.

1. En este sentido, y siguiendo a Gimeno y Tamayo (2004), podemos afirmar que el montante de la deuda sanitaria ha quedado cifrado en más de 4.500 millones de '80.

De esta forma el nuevo modelo trató de ofrecer una respuesta coherente a las necesidades financieras de las CCAA, plasmándose esta respuesta a través de lo que se ha denominado “fórmulas de corresponsabilidad fiscal”, que pretendían desplazar sobre las CCAA la responsabilidad de obtener sus propios ingresos, introduciendo así una restricción a sus demandas de recursos, con la idea de dotar de cierta estabilidad al sistema.

Sin embargo, pasados tres años de la aplicación del modelo, han surgido disfunciones importantes en cuanto a la necesidad de financiación y el coste real de los servicios sanitarios. Se resalta, de forma insistente, que los recursos dedicados a la asistencia sanitaria son insuficientes, identificándose algunos aspectos que podrían ser la causa de esta circunstancia:

A. En primer lugar hay que destacar un déficit de recursos dedicados a la asistencia sanitaria pública en relación con nuestra riqueza (% PIB). En la mayor parte de las comparaciones internacionales, se pone de manifiesto una diferencia en torno a un punto diferencial del PIB menos en relación a la media de los países de la UE. El gasto público en salud, en nuestro país pasó, del 5,92 por ciento del PIB en 1996 al 5,47 por ciento en 2003.

B. Insuficiencia en el origen y excesiva dispersión en la financiación per cápita. El modelo partió de una baja restricción inicial, por la limitación de gastos e inversiones a los que se vio sometido el sistema entre los años 1996-1999. Asimismo, hay que destacar una excesiva dispersión de la financiación per cápita. Del Cuadro 1 se desprende que hay treinta y cuatro puntos de diferencia entre las CCAA con mayor y menor financiación per cápita.

Los estudios realizados por Urbanos (2005), demuestran que esta dispersión, lejos de reducirse, se incrementa con la dinámica del modelo.

Cuadro 1

Necesidad de Financiación en términos de Homogeneidad Competencial

AÑO BASE 1999	MILL. DE €	POBLACIÓN	€/ HAB.	% S/MEDIA
ANDALUCÍA	10.256	7.305.117	1.404	99
ARAGÓN	1.900	1.186.849	1.601	112
ASTURIAS	1.645	1.084.314	1.517	106
BALEARES	1.097	821.820	1.335	94
CANARIAS	2.467	1.672.689	1.475	103
CANTABRIA	853	528.478	1.614	113
C. LEÓN	3.963	2.488.062	1.593	112
C. MANCHA	2.668	1.726.199	1.546	108
CATALUÑA	8.665	6.207.533	1.396	98
C. VALENCIANA	5.414	4.066.474	1.331	94
EXTREMADURA	1.789	1.073.574	1.666	117
GALICIA	4.196	2.730.337	1.537	108
MADRID	6.431	5.145.325	1.250	88
MURCIA	1.537	1.131.128	1.359	95
LA RIOJA	460	265.178	1.735	122
CCAA RÉG. COM.	53.341	37.433.077	1.425	100

Fuente: Comisiones de Transferencia.

- C. Incremento significativo de la población. Este es uno de los factores más preocupantes en la dinámica del sistema. Tomando datos del año 2004 se aprecia que, desde 1999, año de referencia en el modelo, la población de las CCAA de régimen común se ha incrementado en un 7,8 por ciento. (Cuadro 2).
- D. Importante incremento del envejecimiento de la población.
- E. Incremento de la dotación tecnológica. Diversos estudios demuestran que es, precisamente, la introducción permanente de nuevas tecnologías, una de las causas más importantes del crecimiento del gasto sanitario, y que esta causa podría llegar a explicar hasta el 70 por ciento del incremento experimentado en los últimos años.
- F. Disposición de una estructura asistencial infradotada de forma histórica, tanto en equipamiento como en personal.

Cuadro 2

Evolución de la Población

POBLACIÓN CCAA	1999	2004	% VARIAC.
ANDALUCÍA	7.305.117	7.687.518	5,23
ARAGÓN	1.186.849	1.249.584	5,29
ASTURIAS	1.084.314	1.073.761	-0,97
BALEARES	821.820	955.045	16,21
CANARIAS	1.672.689	1.915.540	14,52
CANTABRIA	528.478	554.784	4,98
C. LEÓN	2.488.062	2.493.918	0,24
C. MANCHA	1.726.199	1.848.881	7,11
CATALUÑA	6.207.533	6.813.319	9,76
C. VALENCIANA	4.066.474	4.543.304	11,73
EXTREMADURA	1.073.574	1.075.286	0,16
GALICIA	2.730.337	2.750.985	0,76
MADRID	5.145.325	5.804.829	12,82
MURCIA	1.131.128	1.294.694	14,46
LA RIOJA	265.178	293.553	10,70
CCAA RÉG. COM.	37.433.077	40.355.001	7,80

Fuente: INE.

Ante la situación descrita, y frente a la disyuntiva de introducir un nuevo modelo o realizar modificaciones en el mismo, la opinión generalizada es que, de acuerdo con los principios que inspiraron el actual modelo de financiación, estabilidad, generalidad, suficiencia, autonomía y solidaridad, es el de estabilidad el que adquiere una importancia significativa. La elaboración de un nuevo modelo podría no conseguir el consenso que se precisa en este tipo de decisiones, y por otra parte, generaría una inseguridad considerable, desde el punto de vista de evolución de los recursos.

La opción más aconsejable, en este sentido, sería introducir modificaciones en los distintos ámbitos de la asistencia sanitaria para la mejora del sistema. En los apartados siguientes estudiaremos con mayor nivel de detalle las diferentes reformas propuestas.

Reformas de carácter organizativo

Las reformas de carácter organizativo se centran en tres aspectos, y tienen como objetivo lograr una más clara y mejor organización de la asistencia sanitaria. En primer lugar, las mejoras se centran en una reorganización de las partidas de gasto sanitario. Como señalan Ruiz-Huerta y Granados (2003), en los Presupuestos Generales del Estado existen numerosas partidas de gasto que son gestionadas por instituciones externas al sector sanitario, y que deberían ser administradas por el Estado, bien a través del Ministerio de Sanidad o bien a través de las CCAA. Esto permitiría conocer y contabilizar mejor los recursos destinados a la sanidad, y lograr, de esta forma, una asignación más eficiente de los mismos.

En este sentido, la propuesta es la siguiente: traspasar a las CCAA la gestión de la asistencia sanitaria en instituciones penitenciarias y los recursos sanitarios vinculados a redes sociales para colectivos específicos; gestionar las transferencias finalistas del Estado a las CCAA en función de Planes Nacionales, así como los fondos con los que el Estado colabora para el mantenimiento de las instituciones sanitarias dependientes de las Corporaciones Locales; y finalmente, integrar todos los traspasos sanitarios a favor de las CCAA en el bloque de competencias sanitarias.

En segundo lugar, y en el ámbito organizativo, estos autores destacan la necesidad de delimitar las cuotas de poder y de decisión del Estado y de las CCAA, en base al principio de lealtad institucional. En base a este principio, las relaciones entre las Administraciones Públicas deben pasar por la aplicación de acuerdos razonables en un doble sentido. Las CCAA deberían renunciar a solicitar la colaboración financiera del Estado en aspectos exclusivos de su competencia, mientras que el Estado legislador debería renunciar a imponer, sin acuerdo o sin cofinanciación, nuevas obligaciones de gasto a las CCAA. Por último, creemos que resultaría muy conveniente un intercambio adecuado de información entre las Administraciones e interlocutores sociales, ya que la información es una pieza clave para articular un sistema sanitario descentralizado que funcione con criterios de coherencia. En este sentido, sería recomendable implantar un sistema de información que permitiera, de forma ágil y transparente, conocer resultados en términos de eficacia y eficiencia, para el análisis y comparación entre el conjunto de CCAA.

Reformas en la gestión de la Asistencia Sanitaria

Las principales medidas propuestas dentro del ámbito de la gestión de la asistencia sanitaria giran en torno a la implantación de herramientas gerenciales más acordes con la realidad y las necesidades actuales. En este sentido, se considera conveniente llevar a cabo una reorientación del modelo asistencial, mejorando su calidad e integrando, en el mismo, la política de salud pública. Éste sería, además, un cauce efectivo para implantar acciones de carácter preventivo que incidieran en una disminución real del gasto. Sería conveniente invertir en salud, previniendo, más que recuperando. Asimismo, y desde un punto de vista gerencial, sería adecuado, en la medida de lo posible, poner en marcha una readaptación de la estructura asistencial hacia las necesidades reales de la población, con la intención de hacer más eficaces y eficientes los servicios. Para ello resultaría beneficioso establecer un catálogo de prestaciones mínimas para todo el Sistema Nacional de Salud. Estas prestaciones, mínimas e iguales en todo el territorio nacional, deberían estar garantizadas mediante los fondos del sistema de financiación, con impuestos iguales y presión fiscal normativa igualitaria en cualquier territorio de España. El objetivo de esta medida sería buscar un “mínimo común denominador” al que el grado actual de desarrollo de los servicios y de las técnicas y procedimientos fuese capaz de dar respuesta, del que podrían resultar localmente algunas situaciones de déficit o exceso de oferta de servicios, y en el que tendrían que delimitarse, también, los servicios de referencia de ámbito superior al de una Comunidad Autónoma. Esta medida permitiría una mejor separación de responsabilidades entre la Administración Central y las CCAA, evitando que sean la práctica profesional y la presión social, los mecanismos a partir de los cuales se concreten las prestaciones del sistema, al margen de las decisiones de los poderes públicos y sin ninguna evaluación de su efecto en términos de coste o efectividad. En cuanto a la política de recursos humanos, sería aconsejable implementar una política armonizada para el conjunto de CCAA. Esta política debería ser adoptada en el seno del Consejo Interterritorial, y

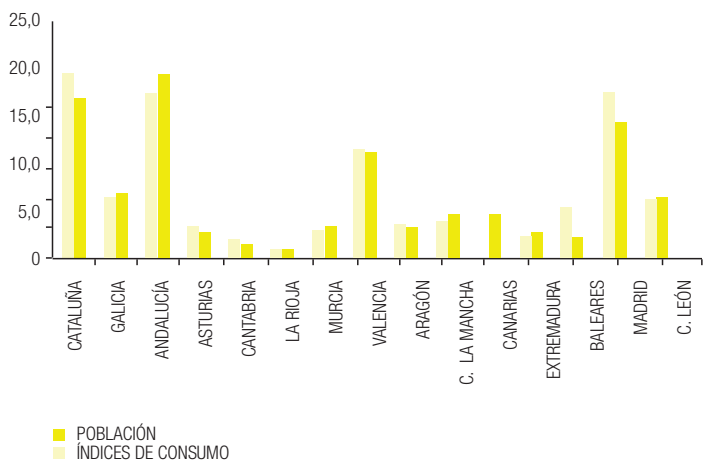
con el mayor consenso posible. El objetivo sería conseguir que existiera un volumen de profesionales cualificados, en distintas especialidades, suficiente para evitar que su escasez determinara competencias entre las distintas CCAA, competencias que se resuelven a través de incrementos en las retribuciones, especialmente en las complementarias y variables. En este sentido, se entienden necesarios algunos cambios normativos que permitan a los poderes públicos tener una efectiva capacidad de actuación en este ámbito, contrarrestando, por causas de interés público, el protagonismo que actualmente tienen los propios profesionales sanitarios en la planificación y ordenación de las profesiones sanitarias, y simplificando, al mismo tiempo, el entramado institucional de foros, comisiones y consejos actualmente existente. Por último, y en relación con la política farmacéutica, destacar la conveniencia del desarrollo de un Plan Estratégico, que permita una gestión más eficiente de estos recursos en los diferentes aspectos que inciden en el mismo, desde la autorización hasta la dispensación del producto. Habría que prestar una especial atención al uso racional de los medicamentos, ya que con ello se puede aumentar la efectividad del gasto y minimizar el riesgo asociado a un consumo inadecuado. En referencia a los sistemas de distribución y dispensación de medicamentos, debe buscarse un marco estable de relación con la distribución y las farmacias, valorando, en este entorno, la posibilidad de modificar los actuales sistemas de retribución, proporcionales al importe del gasto, por otros métodos que reflejen los volúmenes de actividad realizada y su eficaz contribución a la efectiva disponibilidad y al uso racional de los medicamentos. Finalmente, resultaría conveniente impulsar la implantación efectiva de la receta electrónica en todas las CCAA, asegurando su conexión y/o compatibilidad en todo el territorio nacional, puesto que se trata de un instrumento especialmente útil para los pacientes, puede contribuir a la descongestión burocrática de los Centros de Salud y, sobre todo, puede servir como herramienta a partir de la cual es posible el análisis riguroso de todos los elementos determinantes de la evolución del gasto en medicamentos. Todas estas medidas en el ámbito farmacéutico resultan especialmente importantes, puesto que la tasa de crecimiento del gasto farmacéutico parece no moderarse. Los gastos de farmacia, tanto por recetas médicas como de consumo hospitalario son, dentro del conjunto de los servicios sanitarios, los que presentan una mayor tasa de crecimiento, que en todos los ejercicios recientes ha sido superior a la de crecimiento de la financiación sanitaria o del PIB. En consecuencia, contener esta dinámica de evolución se convierte en una pieza clave para la sostenibilidad financiera del Sistema Nacional de Salud.

Reformas en la financiación de la Asistencia Sanitaria

Las reformas en el ámbito de la financiación de la asistencia sanitaria, más numerosas, se centran en dos grupos de medidas. En primer lugar, aparecen propuestas relativas a una reorganización o reasignación de los recursos existentes. Esta alternativa supone el mantenimiento del nivel de los fondos públicos y, consecuentemente, no supone un incremento de la presión fiscal. Ésta es su principal ventaja, junto con la inmediatez, puesto que su puesta en marcha puede ser automática a partir de la aprobación de los nuevos presupuestos. Dentro de este grupo de medidas hay que considerar, en primer lugar, la posibilidad de reducir los créditos asignados a otras partidas de gasto y aumentar los relativos a la sanidad en la misma cuantía. Sin embargo, como señalan Gimeno y Tamayo (2004), buena parte de los gastos públicos son absolutamente rígidos y no es posible llevar a cabo una reducción significativa de los mismos. Además resultaría más que probable que los departamentos o funciones afectados por la reducción presentaran las lógicas objeciones pudiéndose resentir, asimismo, la calidad de los servicios correspondientes. Asimismo, también podría plantearse la posibilidad de llevar a cabo una reasignación de los recursos mediante la utilización del superávit aparente del sistema de Seguridad Social. Sin embargo, este paso puede suponer un retroceso en el proceso de consolidación de un Sistema Nacional de Salud definitivamente independiente del sistema de cotización históricamente superado. En segundo lugar, aparecen un conjunto de propuestas destinadas a incrementar los recursos para la financiación de la asistencia sanitaria. Inicialmente podemos destacar las propuestas relativas a una modificación al alza en relación con los actuales porcentajes de cesión de determinados impuestos a las CCAA. En este sentido, destacamos que al incrementar el porcentaje de cesión de la cesta de impuestos a las CCAA, favorecería, mayormente, a las CCAA con mayor capacidad de generación de recursos, manteniéndose para el resto, una fuerte dependencia de los recursos procedentes del Fondo de Suficiencia. Esta medida implicaría, asimismo, una reducción de los recursos del Estado para ejercer la función de redistribución que tiene asignada.

En la Figura IV aparecen reflejados los porcentajes de consumo representativos en el IVA para cada una de las CCAA, que es el criterio empleado para el reparto de los recursos en este impuesto, así como los porcentajes representativos de la población para cada una de las CCAA, todo ello referido al año 2002. Podemos destacar cómo Cataluña, Baleares y Madrid tienen un porcentaje representativo de su consumo en IVA superior, en más de 2,5 puntos porcentuales, al porcentaje representativo de la población, principal indicador de las necesidades sanitarias².

Figura IV
Porcentajes de Consumo IVA.
Porcentajes Población. Año 2002



Fuente: Elaboración Propia

2. Para un análisis detallado de la repercusión de cambios en los porcentajes de cesión para la financiación de las CCAA véase Molina y Sánchez (2005).

En segundo lugar, podemos destacar la opción de instrumentar realmente las asignaciones de nivelación. Este tipo de recurso debería entrar en juego cuando en una CCAA, bien por la peor evolución de los ingresos, o bien por la evolución más acelerada de sus necesidades, existiera una diferencia significativa entre ambas magnitudes en un período fijado. De esta forma, las asignaciones de nivelación recuperarían el sentido de la LOFCA de compensar un desequilibrio en la financiación de servicios públicos, ocasionado, bien por el crecimiento mayor de las necesidades de gasto, bien por el crecimiento menor de los ingresos.

En tercer lugar, resulta necesario destacar aquellas medidas destinadas a incrementar la autonomía financiera y la corresponsabilidad fiscal de las CCAA para la financiación de la sanidad. Dentro de este grupo se encuentra la propuesta realizada por el Ministro de Economía y Hacienda. Solbes ha afirmado que una de las propuestas es que las autonomías puedan “imponer recargos” o “crear impuestos” para la sanidad. La intención no sería aumentar la parte de los impuestos indirectos que va a las CCAA, sino que estas recarguen el impuesto ya preexistente y se queden con este sobrecargo. Otra opción, en este sentido, es la propuesta por Gimeno y Tamayo (2004). Consiste en la introducción de un impuesto en fase minorista con un tipo inicial del 3-4 por ciento acompañado de una reducción del IVA general de 2-3 puntos. Estas cifras permitirían una aproximación entre las revisiones salariales y el descenso del IVA, de forma que se favoreciera la estabilidad de precios en fases previas a la minorista, y se redujeran los efectos negativos que podrían producirse al trasladar al consumidor una menor presión fiscal, con el consiguiente impacto inflacionista. Cada CCAA podría incrementar el tipo del impuesto autonómico, dentro de los márgenes que se fijaran. Según estos autores, el punto de diferencia adicional entre el nuevo tipo y la reducción general, aportaría automáticamente fondos adicionales para el sistema sanitario. Probablemente, el efecto inicial fuera reducido, bien porque se perdiera ese punto en los costes de gestión y puesta en marcha, así como por las dificultades de control de las bases efectivas en una fase tradicionalmente muy opaca al fisco. Sin embargo, esta solución implicaría la ventaja adicional de que el nivel de gasto, y de presión tributaria correspondiente, estarían ya en manos de cada Administración. Carecería de sentido cualquier reivindicación de nuevos fondos generales cuando las CCAA dispusiesen de mecanismos a su alcance para conseguirlos cuando lo considerasen conveniente. Asimismo, se puede plantear la opción de incrementar de la capacidad normativa de las CCAA en materias concretas con problemas especiales de salud. Nos referimos a la posibilidad de incrementar la capacidad normativa de las CCAA en los impuestos especiales cedidos, particularmente en el Impuesto sobre Labores del Tabaco, diferenciando dos tramos: uno, armonizado, de competencia normativa exclusivamente estatal, y otro que reconocería

cierta capacidad normativa a las CCAA para poder establecer recargos. El incremento de la recaudación en este proceder podría dirigirse, en su parte autonómica, a la mejora de recursos del sistema sanitario; mientras que en el tramo estatal los recursos permitirían la creación de un Fondo destinado a financiar la responsabilidad del Estado en materia sanitaria. En cualquier caso, las soluciones propuestas hasta ahora parecen ir ligadas a la revisión en profundidad del sistema de ingresos autonómicos, resultando, probablemente imprescindible, un pequeño incremento de la presión fiscal. En cuarto lugar, destacan las medidas relativas al endeudamiento y a la introducción del copago. Respecto al endeudamiento, se estima que este recurso podría utilizarse para financiar determinadas inversiones. Sin embargo, esta solución resulta muy discutible para cubrir gastos corrientes, que parecen ser los que están provocando el déficit de financiación, y sólo podría aceptarse de forma excepcional y mediante cantidades muy controladas. Otra opción que se contempla es la del copago, es decir, la introducción de una fórmula de pago por parte de los usuarios del sistema. La introducción de un sistema óptimo de copago implicaría arbitrar alguna fórmula progresiva que garantizara una escasa incidencia proporcional en el presupuesto de cada persona y la exclusión de aquellos servicios en los que la percepción del usuario infravalorara los beneficios derivados del servicio. Esta medida implicaría, asimismo, asumir un coste político significativo.

Conclusiones

El objetivo de este artículo ha sido repasar, con cierto nivel de detalle, algunas reformas propuestas en tres ámbitos de la asistencia sanitaria. La justificación de este interés radica en las deficiencias mostradas por el nuevo modelo de financiación autonómica y sanitaria. Estas deficiencias se centran en una insuficiencia clara en el origen del modelo, y por un incremento significativo de la población, que ha crecido más de un siete por ciento en el período comprendido entre 1999 y 2004³.

La opinión generalizada en el debate sanitario es la de introducir algunas modificaciones en distintos aspectos relacionados con la asistencia sanitaria, más que una sustitución completa del modelo de financiación autonómica. En primer lugar, se detallan las propuestas relativas a la organización de la asistencia sanitaria. Reorganizar las partidas de gasto de la asistencia sanitaria, cumplir el principio de lealtad institucional, y mejorar el nivel de información, para llevar a cabo un análisis más racional y eficiente de la asistencia sanitaria, son las principales propuestas en este ámbito.

En segundo lugar, se detallan un conjunto de medidas referidas a la gestión de la asistencia sanitaria. Las mismas tienen como objetivo implantar herramientas gerenciales más acordes con la realidad y las necesidades actuales, destacando, sobre todo, la necesidad de llevar a cabo una política farmacéutica que logre moderar el gasto en este sector.

En tercer lugar, se detallan distintas alternativas relativas a la financiación de la asistencia sanitaria, distinguiéndose dos grupos de medidas: las que suponen una mera reasignación de recursos y las que implican recursos de nueva creación para las CCAA. Destacan, en la actualidad, las propuestas relativas a una alteración de los porcentajes de cesión impositiva. En este sentido, hay que hacer notar que incrementar el porcentaje de cesión de determinados impuestos favorecería a las CCAA con mayor capacidad de generación de recursos. Otra opción sería instrumentar realmente las asignaciones de nivelación, en aquellas situaciones en las que el crecimiento de las necesidades de gasto o la disminución de los recursos lo justificara. Asimismo destacan las propuestas relativas a un incremento real en la autonomía y la corresponsabilidad fiscal de las CCAA, ejerciendo este nivel de gobierno sus competencias normativas fundamentalmente a través de la imposición de recargos. Por último, las opciones propuestas son la del endeudamiento y el copago, que resultan, desde el punto de vista del debate sanitario, más discutibles.

Bibliografía

GIMENO, J.A. Y TAMAYO, P.A. (2004): “La suficiencia financiera del sistema público de salud”. Foro por la mejora del SNS. Por un nuevo contrato social en el sistema Nacional de Salud. Madrid.

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y HACIENDA (2004): “Documento de la financiación autonómica en 2002”. Madrid.

MOLINA, C. (2004): “Análisis del proceso de descentralización de la asistencia sanitaria a las CCAA de régimen común: implicaciones del nuevo modelo de financiación autonómica”. Investigaciones 6/04. Instituto de Estudios Fiscales. Madrid.

MOLINA, C. Y SÁNCHEZ, J. (2005): “Las propuestas actuales de reforma en la financiación sanitaria”. Documento para el Grupo de Trabajo del proyecto FBBVA. Madrid.

RUÍZ-HUERTA, J. Y GRANADOS, O. (2003): “La sanidad en el nuevo modelo de financiación autonómica”. Fundación alternativas. Documento de trabajo 31/2003. Madrid.

URBANOS, R.M. (2005): “La financiación de la sanidad en España para las Comunidades Autónomas de régimen común: resultados del actual modelo y consideraciones para su reforma”. Documento para el Grupo de Trabajo del Proyecto FBVVA. Madrid.

URBANOS, R.M. Y UTRILLA, A. (2001): “El nuevo sistema de financiación sanitaria y sus implicaciones económicas en las CCAA”. Revista de Administración Sanitaria, vol. V, nº 20, octubre/diciembre 2001.

3. El incremento poblacional constituye una insuficiencia del modelo por la rigidez del mismo, al no incorporar mecanismos de corrección de las variables utilizadas para la determinación de las necesidades de financiación.

