

RAZONES PARA UNA REFORMA DE LA FINANCIACIÓN DEL GASTO SANITARIO

Susana Borraz
Virginia Pou (*)

I. INTRODUCCIÓN

El modelo de financiación autonómica aprobado en julio de 2001 integró la financiación de todas las competencias, incluida la educación y la sanidad, lo que ha introducido tensiones en los presupuestos de las comunidades autónomas, ya que, apenas tres años después de su entrada en vigor, se ha puesto de manifiesto que los ingresos autonómicos crecen a un ritmo muy inferior al de los gastos en prácticamente todas las regiones, lo que resulta especialmente preocupante en el caso del gasto sanitario.

En cierto modo, esta insuficiencia en la financiación del gasto sanitario se manifestó en la necesidad de aplicación de la garantía de la asistencia sanitaria (1) a nueve de las quince comunidades autónomas de régimen común, en las dos liquidaciones del modelo de financiación correspondientes a los ejercicios 2002 y 2003 (2). De esta forma, la aplicación de esta garantía muestra que los recursos del sistema de financiación presentan una evolución desfavorable en cuanto a la dinámica del gasto sanitario.

Varias son las causas de esta insuficiencia financiera en relación a la dispar evolución de los ingresos y gastos en materia de sanidad, como el incremento de las necesidades de gasto sanitario derivado de la dinámica demográfica de las regiones españolas, o la procedente de la consolidación de los defectos del pasado. Se podría estar hablando, en este sentido, de un problema de insuficiencia estática, en tanto que ya en el año de partida podrían estar produciéndose algún tipo de desviaciones entre los ingresos y los gastos. Así, el traspaso de competencias se realizó conforme al método de cálculo basado en el coste efectivo, lo que ha tendido a perpetuar las diferencias históricas entre las regiones en los niveles de prestación de

los servicios y en la dotación de equipamientos previa al traspaso.

Igualmente, se observa un importante problema de insuficiencia dinámica, ya que la evolución del gasto destinado a cubrir la asistencia sanitaria depende de variables tales como la dinámica socio-demográfica o la estructura de la red sanitaria transferida, entre otros, que no tienen ninguna relación con la marcha de la actividad económica, aspecto que determina la evolución de los ingresos. Como consecuencia, se está generado un desequilibrio financiero para el cual no se contempla ningún mecanismo corrector en el actual sistema de financiación autonómica.

El presente artículo pretende realizar una aproximación a la situación del gasto sanitario desde un punto de vista territorial, y un repaso a la evolución de los modelos acordados para financiar la competencia sanitaria, con el objetivo de caracterizar el punto más polémico del actual debate sobre la financiación autonómica.

2. FINANCIACIÓN DE LA COMPETENCIA SANITARIA EN UN CONTEXTO DESCENTRALIZADO

La financiación del gasto sanitario ha estado marcada por el proceso de descentralización a las comunidades autónomas y por las distintas reformas legislativas que se han realizado a lo largo de los años. Así, hasta 1985, los servicios de la Seguridad Social (prestaciones económicas, asistencia sanitaria y servicios sociales) se financiaban de forma indistinta con los recursos procedentes de las cotizaciones sociales y del presupuesto del Estado.

La aprobación en 1986, de la Ley General de la Sanidad (3) marcó un punto de inflexión en la finan-

ciación de la competencia sanitaria, ya que no sólo establecía la cobertura universal de los servicios sanitarios, sino que se determinaba su financiación mediante impuestos. Como consecuencia, las cotizaciones sociales debían destinarse exclusivamente a financiar las prestaciones económicas contributivas, mientras que con la aportación del presupuesto del Estado, de carácter finalista, se financiaba la asistencia sanitaria realizada a través del INSALUD y el importe de los complementos a mínimos de las pensiones.

A estos cambios legislativos, se le añadía el proceso de descentralización territorial llevado a cabo desde comienzos de los ochenta, que dividió la gestión de la sanidad en dos bloques:

— Por un lado, siete comunidades que tenían transferida la gestión del INSALUD: Cataluña (que recibió la competencia sanitaria en 1981), Andalucía (en 1984), País Vasco y Comunidad Valenciana (en 1987), Galicia y Navarra (en 1990), y Canarias (en 1994).

— Por otro, el resto de comunidades que no tenían competencias sobre la sanidad y en las que el Estado gestionaba directamente el INSALUD.

En principio, la financiación de los servicios sanitarios traspasados a las comunidades autónomas, debía realizarse en base a la población protegida existente en cada territorio, tal y como establecía la Ley General de la Sanidad. No obstante, desde 1981 hasta 1993, el coste histórico de los servicios sanitarios constituía el punto de partida para determinar los recursos financieros a las comunidades autónomas que gestionaban dicha competencia; si bien, se articuló un período transitorio en que los porcentajes de reparto deberían adaptarse progresivamente al mencionado criterio de población protegida.

De esta forma, el importe de la transferencia estatal destinada a financiar la sanidad a cargo de las comunidades autónomas se determinaba anualmente en función de la liquidación del presupuesto del INSALUD a nivel estatal, asignando a cada comunidad el montante resultante de aplicar los coeficientes representativos de la población protegida.

El modelo presentaba algunas limitaciones destacables, como que la liquidación del INSALUD Gestión Directa fuera el referente del gasto del sistema cuando apenas abarcaba un 40 por 100 de la población protegida, lo que agrandó el desfase entre el marco referente del INSALUD estatal y la

cobertura de los servicios sanitarios con competencias transferidas. Asimismo, el período transitorio de adaptación de los coeficientes al tamaño de la población protegida de cada comunidad, dio lugar a claras diferencias en la determinación de la variable para cada región, con tantas salvedades a los principios generales que no se podía hablar de un modelo de financiación aplicable con carácter general a todas las comunidades.

Las insuficiencias que se derivaron de dicho modelo dio lugar, en 1994, a una modificación del sistema de financiación aplicable durante el período 1994-1997 que estableció un criterio de reparto basado en el porcentaje de población protegida, definida como la población de derecho de cada región recogida en el censo de marzo de 1991, pero depurando los colectivos protegidos por las entidades de seguro libre (4). La base de cálculo se determinó con el gasto efectivo del INSALUD en 1993 (deducidos los gastos del INSALUD Gestión Directa y los relativos a la gestión de los centros nacionales) incorporando una cláusula de suficiencia dinámica por la cual el gasto sanitario se incrementaría anualmente en base a la tasa de variación del PIB nominal. Por otra parte, se establecía un mayor control sobre el gasto sanitario, en tanto que los créditos del presupuesto del INSALUD perdieron su condición de ampliables, por lo que las posibles desviaciones entre el gasto presupuestado y el gasto real requerían la tramitación de un crédito extraordinario, obligando, por tanto, a la remisión por parte del Gobierno de un proyecto de ley a las Cortes Generales.

Sin embargo, la evolución del gasto sanitario (sobre todo el crecimiento descontrolado de algunas partidas como el farmacéutico) y la necesidad de corregir las deficiencias en la prestación de los servicios necesarios fueron alguna de las causas que hicieron necesario plantear una nueva revisión al sistema de financiación sanitario. De esta forma, en 1997 se acordó un modelo que supuso, en esencia, una prolongación del modelo anterior, aunque la base de cálculo estaba compuesta por dos subfondos: (i) uno dedicado a la cobertura de las prestaciones generales (que suponía más del 98 por 100 del total), que se distribuía conforme a la población protegida, actualizada al padrón de 1996; (ii) otro, de atenciones específicas destinado a compensar las pérdidas de población protegida de las comunidades entre los ejercicios 1991 y 1996 (5) y los gastos extraordinarios originados por docencia y asistencia hospitalaria a desplazados. Determinada la restricción inicial, el importe de las transferencias

condicionadas evolucionaba durante el período de vigencia del acuerdo según el índice de crecimiento del PIB nominal.

En este contexto, el ejercicio 2002 supuso un importante cambio de los modelos establecidos hasta entonces. Coincidiendo con la negociación de un nuevo sistema de financiación autonómica, se procedió a la culminación del proceso de descentralización, traspasando la competencia de la gestión sanitaria a las diez comunidades que todavía no la gestionaban (6). La mayor novedad introducida por el sistema actual es que integró la financiación de la sanidad y de los servicios sociales, de tal manera que las comunidades autónomas pueden financiar, con los recursos procedentes del modelo, el ejercicio de todas sus competencias. Asimismo, el nuevo modelo cambió el criterio de reparto de la restricción inicial, basándose en la población protegida ajustada a la población mayor de 65 años y la insularidad (7).

El modelo establece que las comunidades deberán destinar a financiar el gasto sanitario como mínimo una cantidad igual a la resultante de incrementar la financiación inicial con el ITE nacional, introduciendo, además, un mecanismo transitorio de garantía de la financiación de la sanidad, por el cual, durante los tres primeros años de vigencia del modelo, (2002, 2003 y 2004), los recursos destinados a financiar la competencia sanitaria crecerían como mínimo al mismo ritmo que el PIB nominal.

Finalmente, el modelo introduce dos fondos específicos: el fondo "Programa de ahorro en incapacidad temporal", que se distribuye conforme a la población protegida y el Fondo de Cohesión Sanitaria, destinado a garantizar la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria públicos en todo el territorio nacional.

En principio, en términos de suficiencia estática, el nuevo modelo presentaba un margen financiero importante, lo que permitiría cubrir con holgura las necesidades de gasto. Sin embargo, se ha mostrado poco flexible para adaptarse al notable crecimiento experimentado por la población nacional en los últimos años, cuyo comportamiento ha sido desigual entre regiones. Dicho incremento poblacional ha generado mayores necesidades de gasto (fundamentalmente sanitario y de educación) que no fueron contempladas en la restricción inicial del sistema calculada en 1999 (año base), lo que está generando tensiones de financiación en el ámbito autonómico.

Si a esto se le añade que el nuevo sistema no ha logrado corregir las diferencias de la financiación sanitaria en términos per capita, no resulta extraño que, apenas tres años después de la entrada en vigor del modelo, gran parte de los responsables autonómicos están reclamando una revisión del modelo que ataje los problemas derivados, fundamentalmente, de la insuficiencia en la financiación de la gestión sanitaria.

En este marco, y en tanto se llegue a un acuerdo sobre un nuevo modelo, el Gobierno central presentó en la Conferencia de Presidentes del pasado 10 de septiembre, una propuesta de financiación transitoria que mitigue las tensiones que la evolución del gasto sanitario esta generando en los presupuestos autonómicos.

En base a esta propuesta (8), las comunidades autónomas recibirán una transferencia adicional del Estado (por importe de 500 millones de euros en 2006 y 600 en 2007), que se repartirá de acuerdo a los criterios de reparto establecidos en el modelo y el rendimiento derivado del incremento de los tipos impositivos de los Impuestos Especiales sobre el Alcohol y Labores del Tabaco.

Por otro lado, el Estado compensará a las comunidades la asistencia a residentes extranjeros, la atención por accidentes de trabajo no cubiertos por las mutuas laborales y la condición de insularidad de Canarias y Baleares, e incrementará los recursos del Fondo de Cohesión Sanitaria.

Asimismo, las comunidades se verán beneficiadas de un importante flujo de tesorería, derivado de la mejora del sistema de entregas a cuenta; de tal manera que, transcurrido el primer semestre del ejercicio, las comunidades podrán solicitar un anticipo de tesorería a cuenta de la liquidación definitiva de los tributos cedidos y del Fondo de Suficiencia. Dicho anticipo podrá alcanzar hasta un 4 por 100 de la base de cálculo utilizada para la fijación inicial de las entregas a cuenta. No obstante, para el ejercicio 2005 se establece un importe máximo del 2 por 100.

Finalmente, el acuerdo contempla la prórroga de la garantía sanitaria que, recordemos, establece que los recursos para la financiación sanitaria crecerán al mismo ritmo que el PIB nominal nacional.

Todas estas medidas reportarán a las comunidades autónomas unos recursos adicionales, entre 2006 y 2007, de casi 4.400 millones de euros, lo

que comparado con la financiación total que obtuvieron en 2003 (último ejercicio liquidado), supondría un incremento del 6,5 por 100 de los ingresos alcanzados.

Finalmente, estas cantidades podrían verse incrementadas si las comunidades autónomas hicieran uso de la mayor capacidad normativa que se les concede sobre el Impuesto sobre Ventas Minoristas de Determinados Hidrocarburos y el Impuesto sobre la Electricidad.

3. ANÁLISIS DEL GASTO SANITARIO

Si definimos el déficit sanitario como la diferencia entre el volumen de recursos disponibles para la prestación de los servicios sanitarios y el gasto efectivamente realizado, la estimación de dicho déficit no deja de ser un ejercicio de difícil cálculo, tanto desde la perspectiva de los ingresos como del gasto. Es preciso recordar —como se ha explicado anteriormente— que el modelo de financiación autonómica vigente supuso, entre otras novedades, que la sanidad dejaba de financiarse de forma diferenciada, por lo que el volumen de ingresos destinados a este fin es el resultado de la voluntad política y el ejercicio de la autonomía de gasto de cada comunidad. En consecuencia, el análisis del déficit sanitario sólo puede ser evaluado por el lado del gasto efectivamente realizado y el tensionamiento que se viene observando en los últimos años, y muy especialmente, en el período que se inicia a partir de 1999, año base para la concreción de las variables de reparto del montante inicial destinado a satisfacer las necesidades de gasto sanitario de cada comunidad autónoma (el conocido Bloque Sanitario).

Existe una dificultad añadida a la estimación del déficit sanitario: la realidad del sistema de infor-

mación disponible. Como bien ha podido confirmar el Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario Público (9) —dirigido por la Intervención General de la Administración del Estado—, la fragmentación informativa del sistema en las distintas comunidades y las diferentes fórmulas de gestión adoptadas por algunas dificulta no sólo el acceso a dicha información, sino también su comparabilidad y pertinencia.

Con estas restricciones de partida —un sistema no finalista de financiación y la heterogeneidad de la información sobre el gasto sanitario— es lógico plantearse ciertas dudas sobre la estimación de dicho déficit. Sin embargo, un síntoma claro de que los recursos no alcanzan a satisfacer las necesidades reales, es la existencia de un volumen de deuda, derivada especialmente del gasto farmacéutico y que se estima en más de 6.000 millones de euros, pendientes de contabilizar a finales de 2003. Estos gastos devengados y no contabilizados han sido cuantificados, en gran medida gracias a las reuniones celebradas por el citado Grupo de Trabajo del Análisis del Gasto Sanitario Público.

A partir de los datos del Informe de Gasto Sanitario, el total de gasto consolidado —el efectivamente realizado por todas las Administraciones Públicas— ascendió a 42.626 millones de euros, lo que ha implicado la generación de una deuda extrapresupuestaria de 1.678 millones de euros para ese ejercicio, lo que supone un notable incremento con respecto a los 68 millones generados en 1999 y los aproximadamente 500 millones de euros en los que se ha mantenido esta diferencia entre el gasto real y el liquidado entre el período 2000-2002 (cuadro 1).

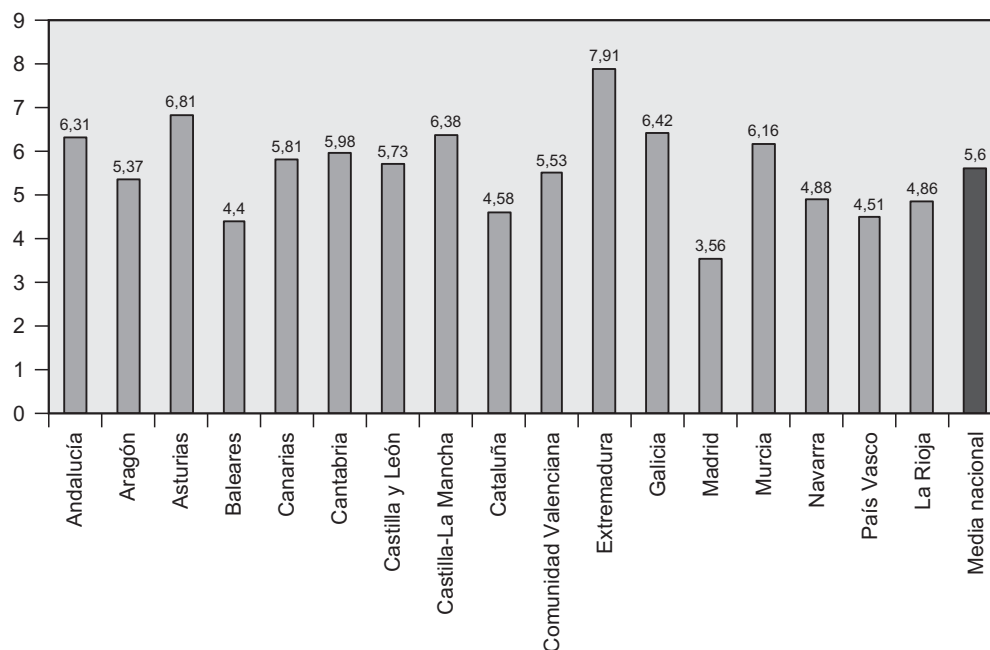
En términos de PIB, el gasto sanitario público en 2003 realizado por todas las administraciones se eleva al 5,7 por 100. Así, en el primer año en el

CUADRO 1
EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO

	1999	2000	2001	2002	2003
Liquidaciones (millones de euros).....	30.568	32.629	35.060	37.698	40.948
Gasto Real (millones de euros)	30.636	33.092	35.499	38.295	42.626
Porcentaje G. Liquidado sobre PIB.....	5,41	5,34	5,36	5,40	5,50
Porcentaje G. Real sobre PIB.....	5,42	5,42	5,43	5,48	5,72
Porcentaje variación interanual.....		6,74	7,45	7,52	8,62
Porcentaje sobre gasto de las AA.PP.	13,48	16,57	13,72	13,72	14,45

Fuente: Informe del Grupo de Trabajo sobre Gasto Sanitario.

GRÁFICO 1
GASTO PÚBLICO SANITARIO SOBRE PIB REGIONAL (2003)



Fuente: Informe sobre el Gasto Sanitario. Grupo de Trabajo IGAE.

que todas las comunidades ejercen de manera completa las competencias en esta materia se observa un incremento de casi tres décimas con respecto a valores más estables de los años anteriores, situados en torno al 5,4 por 100. Además, el incremento interanual correspondiente a dicho ejercicio se eleva hasta el 8,6 por 100, por encima del 7,1 por 100 experimentado por el crecimiento nominal del PIB para el mismo período. Hay que remontarse al año 2000 para verificar una diferencia comparable, de dos puntos porcentuales, entre ambas tasas de crecimiento. Por consiguiente, son los años 1999 y 2003 en los que el gasto sanitario repunta con mayor intensidad por encima del crecimiento del PIB nominal (gráfico 1).

En el contexto internacional, la OCDE viene alertando sobre el acusado crecimiento del gasto sanitario en la mayoría de los países miembros en los últimos cinco años. Este aumento, combinado con un ritmo de crecimiento más lento, sitúa la media del gasto total (10) en sanidad de la OCDE en el 8,6 por 100 del PIB en 2003, lejos del 7,8 por 100 de 1997. Esta tendencia contrasta con una evolución más contenida en el período 1992-1997. Si atendemos exclusivamente al gasto sanitario realizado por el sector público (cuadro 2), se observa

que la media de países sigue una senda creciente más acentuada —se alcanza un incremento medio de casi un punto porcentual con respecto a los valores de 1990— que la que la experimentada por España, que apenas llega al medio punto de incremento. Asimismo, los datos ponen de manifiesto que el *gap* entre el gasto público sanitario en España con respecto al resto de países de la OCDE se mantiene a pesar del repunte del gasto experimentado en el mismo período. El 5,48 por 100 de gasto público sanitario sobre PIB estimado por la OCDE para España en 2003 se queda medio punto por debajo de la media y a una considerable distancia del 8,6 por 100 de Alemania y del 7,8 por 100 de Francia.

Los rápidos avances en la tecnología médica, el crecimiento de la población y las mayores expectativas de los ciudadanos en lo concerniente a los servicios sanitarios son las principales razones argumentadas por la OCDE para justificar el crecimiento generalizado del gasto sanitario, y muy especialmente el del gasto farmacéutico, cuyo ritmo de crecimiento ha sido 1,3 veces superior al del gasto total para el período 1992-2002. En concreto, en algunos países de la OCDE el gasto en productos farmacéuticos llega a suponer el 37 por 100

CUADRO 2
GASTO PÚBLICO EN SALUD SOBRE PIB
(Porcentaje)

	1990	1995	2000	2001	2002	2003
Islandia	6,93	7,05	7,68	7,69	8,32	8,77
Alemania	6,48	8,53	8,33	8,47	8,57	8,68
Noruega	6,38	6,65	6,55	—	8,27	8,62
Suecia	7,55	7,01	7,13	7,47	7,85	7,85
Francia	6,59	7,25	7,05	7,13	7,38	7,71
Dinamarca.....	7,03	6,77	6,92	7,11	7,30	7,47
Canadá	6,71	6,57	6,27	6,59	6,69	6,95
República Checa.....	4,58	6,40	6,03	6,31	6,56	6,76
Suiza	4,35	5,22	5,78	6,22	6,43	6,73
Portugal	4,06	—	6,39	6,64	6,56	6,69
Estados Unidos	4,71	6,02	5,79	6,18	6,56	6,66
Japón	4,58	—	6,18	6,37	6,44	6,44
Reino Unido	5,02	5,87	5,91	6,23	6,42	6,42
Nueva Zelanda.....	5,69	5,56	6,08	6,04	6,39	6,37
Italia	6,25	5,25	5,95	6,22	6,33	6,31
Australia.....	5,23	5,54	6,17	6,17	6,28	6,28
Holanda.....	5,37	5,96	5,24	5,46	5,81	6,12
Finlandia.....	6,31	5,67	5,03	5,24	5,49	5,66
Irlanda.....	4,39	4,87	4,62	5,22	5,49	5,49
España	5,27	5,49	5,30	5,34	5,42	5,48
Hungría	—	6,30	5,02	5,11	5,48	5,46
Austria	5,15	5,67	5,29	5,14	5,31	5,31
República Eslovaca	0,00	5,32	4,92	5,00	5,08	5,21
Luxemburgo.....	5,68	—	4,93	5,30	5,21	5,21
Grecia.....	3,97	4,99	5,21	5,53	5,06	5,08
Polonia.....	4,49	4,08	3,99	4,31	4,34	4,34
Turquía.....	2,20	2,39	4,15	4,15	4,15	4,15
México	1,94	2,36	2,61	2,69	2,69	2,88
Corea	1,66	1,48	2,17	2,80	2,67	2,77
Bélgica	—	—	—	—	—	—
Media OCDE	4,95	5,55	5,61	5,79	6,02	6,13

Fuente: OCDE. Health Data 2005.

del gasto sanitario total. En España, las cifras aportadas por el Grupo de Trabajo ofrecen un dato de gasto farmacéutico público del 28,0 por 100 sobre el total en el ejercicio 2003, experimentándose un incremento de un punto por encima del valor de 1999. Por otra parte, la OCDE también apunta argumentos localistas que explican el aumento del gasto en países como Reino Unido y Canadá, en los que la fuerte contención del gasto sanitario realizada a lo largo de los noventa había deteriorado sustancialmente la calidad de sus sistemas sanitarios.

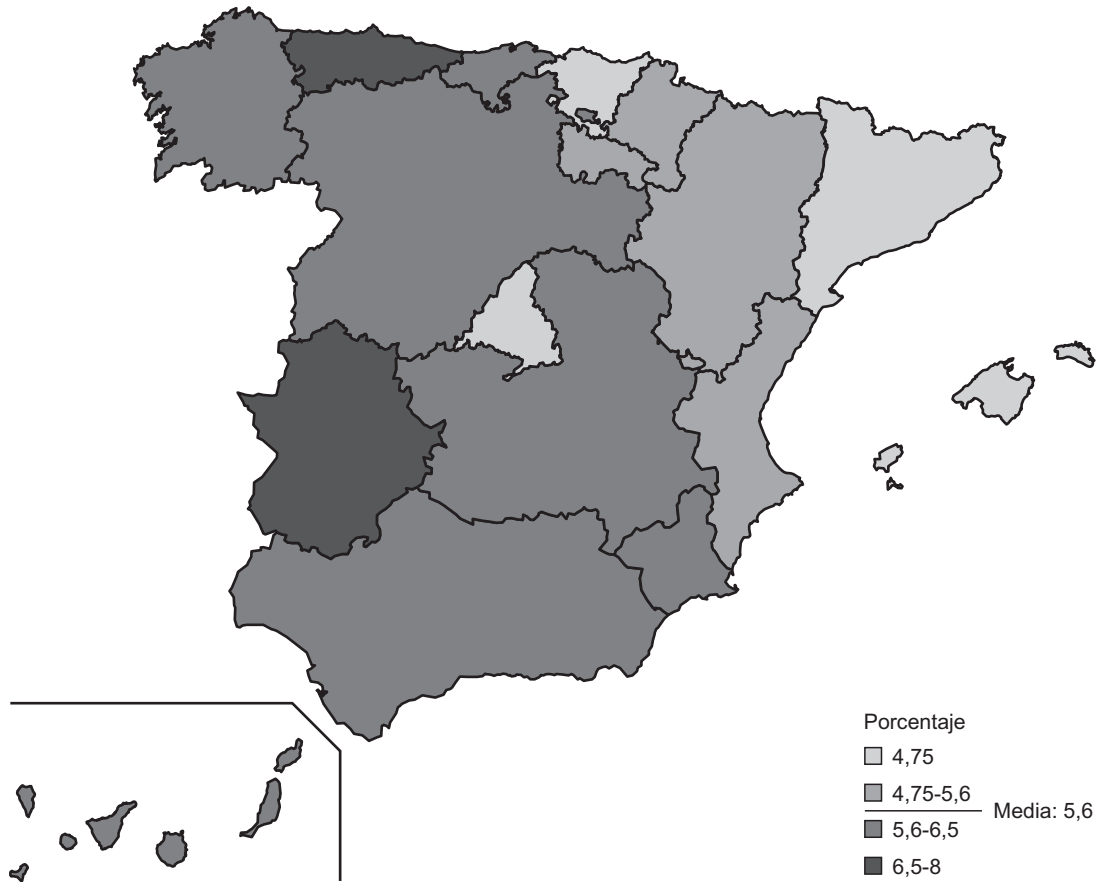
Por tanto, el crecimiento del gasto público sanitario en España no es un hecho aislado en el contexto internacional. Todo lo contrario, la intensidad del repunte del gasto sanitario en España se desdibuja atendiendo a las cifras observadas en el resto del países. No obstante, como analizamos a continuación, las razones que subyacen tras esta tendencia son similares. Sin embargo, en el caso español hay que sumar los posibles efectos deri-

vados de la asunción de las competencias en sanidad en 2002 por las comunidades autónomas del artículo 143 de la Constitución (gráfico 2 y 3).

El ejercicio de la autonomía del gasto ha provocado indudablemente diferentes resultados en la evolución del gasto sanitario en las distintas autonomías. Una reflexión inicial sobre las explicaciones de las divergencias observadas en el nivel de gasto sanitario autonómico y su evolución puede apuntar a razones de muy distinto calado, como de hecho se han venido justificando en los últimos meses desde distintos ámbitos:

1. *La necesidad de un mayor gasto derivado de una situación de partida desfavorable*, resultado de divergencias en los niveles de calidad del servicio sanitario prestado en las distintas comunidades. En estos casos, el incremento de gasto autonómico se explica por la necesidad de superar la posición inicial de desventaja.

GRÁFICO 2
PESO DEL GASTO PÚBLICO SANITARIO SOBRE PIB REGIONAL (2003)



El cuadro 3, elaborada a partir de la información que suministra periódicamente la Fundación BBVA-IVIE, sobre la valoración del *stock* de capital en España, refleja en términos de euros constantes con base 1990, la valoración monetaria de las infraestructuras y equipamiento sanitario por habitante en España desde 1982 a 2000. El valor máximo corresponde a la comunidad autónoma que, en 2000, ofrecía una mayor cuantía de su capital sanitario en euros constantes y el valor mínimo, a la

que presenta una menor cifra sobre el conjunto de comunidades autónomas. Se observa, que mientras la media nacional casi ha duplicado su importe, el valor máximo supone casi tres veces el valor mínimo en el último año disponible.

En este punto, surge, como corolario del actual debate sobre la financiación sanitaria, una de las grandes cuestiones pendientes que viene arrastrando el sistema: el estándar de calidad sanitaria que debe garantizarse a cualquier ciudadano con independencia del territorio en el que resida.

2. *La evolución de los factores demográficos y, en particular el crecimiento de la población derivado del fenómeno de la inmigración.*

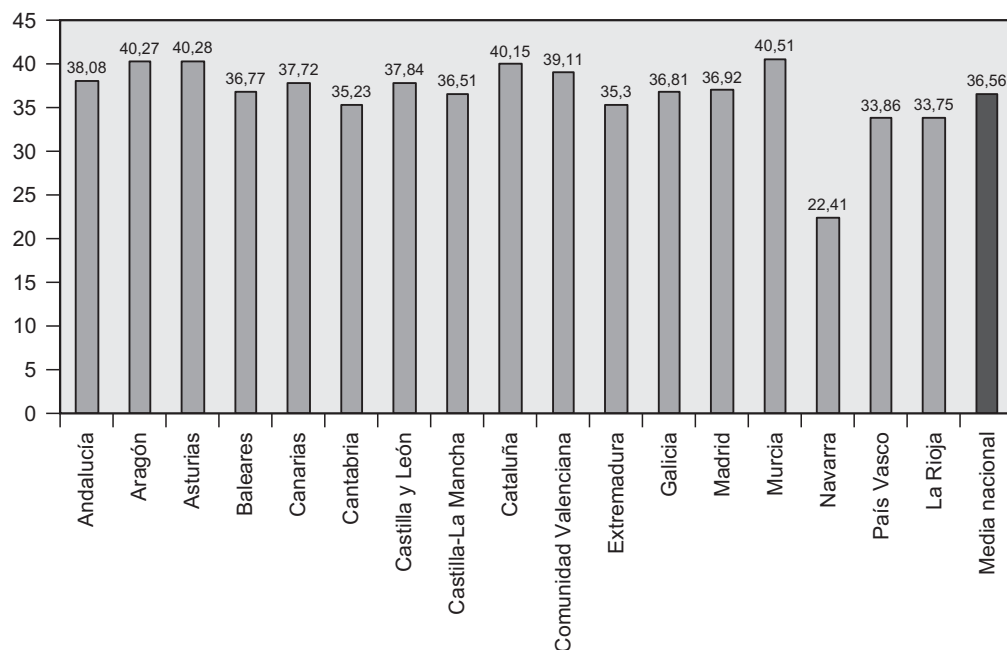
El crecimiento demográfico de alguna comunidad ha llegado a rondar el límite de los tres puntos porcentuales por encima del crecimiento medio nacional, lo que permite activar —a propuesta de

CUADRO 3
EVOLUCIÓN DEL *STOCK* DE CAPITAL SANITARIO POR HABITANTE
(EUROS. BASE 1990)

	1982	1991	1996	1999	2000
Valor máximo.....	193,57	314,39	346,37	375,47	388,62
Valor mínimo	79,10	111,90	129,08	125,92	123,51
España	111,35	170,16	189,27	206,63	213,12

Fuente: FBBVA-Ivie.

GRÁFICO 3
GASTO PÚBLICO SANITARIO SOBRE GASTO PÚBLICO TOTAL (2003)



Fuente: Informe sobre el Gasto Sanitario. Grupo de Trabajo IGAE.

la comunidad de referencia— las asignaciones de nivelación para los servicios públicos fundamentales (sanidad y educación), tal como esta previsto en la Constitución y en la LOFCA. Asimismo, se ha reivindicado, también, la necesidad de resolver una debilidad del actual sistema de financiación autonómica: la actualización de las variables de reparto del actual modelo de financiación —especialmente, población protegida— evaluadas en el año de referencia 1999 y que, al no aplicarse hasta 2001, no contempla el desfase experimentado en dicho período.

Si bien el crecimiento demográfico representa un factor determinante en el incremento del gasto, por significar un aumento directo del número de usuarios potenciales del sistema, hay que tener en cuenta que no todos los individuos efectúan un gasto sanitario equivalente. Así, las necesidades territoriales deberían ponderarse en función de su estructura poblacional, ya que está comprobado que la población mayor e infantil consume “más sanidad” que el ciudadano medio. Por este motivo, se propone —y ha sido también objeto de estudio en el seno del Grupo de Trabajo sobre Gasto Sanitario— la estimación de las necesidades de gasto en términos de “usuarios equivalentes”. Como se

verifica en la tabla adjunta, mientras un individuo de edad comprendida entre 45 y 54 años realiza un gasto hospitalario del 0,840 de la media, una persona mayor de 74 años realiza un consumo que supera en más de tres veces la media de gasto hospitalario per cápita (cuadro 4).

Esta claro que el progresivo envejecimiento de la población española tiene especial incidencia en determinados territorios. De hecho, los resultados ofrecidos en el Informe de Gasto Sanitario ponen

CUADRO 4
INDICES DE GASTO MEDIO SANITARIO PER CÁPITA
POR TRAMO DE EDAD

TRAMOS DE EDAD	HOSPITALARIO	FARMACIA	AMBULATORIO
0-4.....	1,19	0,209	1,449
5-14.....	0,261	0,153	0,752
15-44.....	0,515	0,247	0,739
45-54.....	0,84	0,689	1,118
55-64.....	1,341	1,391	1,205
65-74.....	2,195	3,21	1,567
Más 74.....	3,116	4,3	1,484

Fuente: Informe sobre Gasto Sanitario. Grupo de Trabajo. IGAE.

de relieve que la corrección de la población protegida en función de la estructura poblacional supondría un incremento relevante en la variable de reparto para las Comunidades de Castilla y León, Galicia, Cataluña, Asturias, País Vasco, Aragón y Castilla-La Mancha.

3. El ejercicio de la autonomía de gasto de las comunidades autónomas.

La cesión de las competencias en materia de sanidad supone que las comunidades disponen de autonomía no sólo en el nivel de gasto que desean destinar a la sanidad, sino también en la determinación del coste que están dispuestos a pagar por determinados factores de producción (remuneración del personal sanitario), y la cantidad y calidad del servicio que se marcan como objetivo.

En este sentido, el factor prestación real media por persona puede ser un indicativo de estas variaciones en el nivel de servicios sanitarios que la comunidad quiere prestar a sus ciudadanos. Los resultados del Grupo de Trabajo del Gasto Sanitario confirmaron un gasto sanitario público por persona protegida de 954 euros. Por encima de esta cifra, se encuentran Navarra (1.089 euros), Cantabria (1.073 euros), Aragón (1.069 euros), Asturias (1.061 euros) y en las posiciones más bajas, Baleares (908 euros), Andalucía (903 euros) y Madrid (870 euros).

No obstante, estos resultados no tienen porque corresponder directamente a mejoras en las prestaciones sino que pueden encontrar sus causas en otros factores que afectan a los costes de prestación de los servicios, como pueden ser la dispersión y las zonas de difícil acceso. Asimismo, no hay que olvidar que la concentración demográfica permite el aprovechamiento de las economías de escala en determinadas infraestructuras y servicios. Analizar en profundidad si un mayor gasto de prestación por persona revierte en mejoras de los servicios exige contar con indicadores de recursos disponibles en términos relativos (por habitante, por superficie) y del grado de accesibilidad a los mismos.

Otro de los factores que también han sido objeto de debate y que constituyen un componente importante del gasto sanitario total, es la remuneración del personal. En el ejercicio 2003, las retribuciones del personal sanitario suponían el 45,89 por 100 del gasto consolidado de las comunidades y ciudades autónomas, pero como se verifica en la

CUADRO 5
PESO DE LA REMUNERACIÓN DEL PERSONAL
SOBRE TOTAL GASTO SANITARIO

	1999	2003
Andalucía.....	50,61	47,26
Aragón.....	51,35	50,67
Asturias.....	48,91	46,65
Baleares.....	48,37	48,18
Canarias.....	45,46	42,66
Cantabria.....	49,14	47,87
Castilla y León.....	52,33	47,92
Castilla-La Mancha.....	48,03	44,88
Cataluña.....	47,17	44,99
Comunidad Valenciana.....	45,66	39,36
Extremadura.....	49,01	48,03
Galicia.....	44,34	42,19
Madrid.....	51,49	48,31
Murcia.....	46,66	43,31
Navarra.....	52,79	52,12
País Vasco.....	53,07	50,03
Rioja.....	51,17	50,33
Media nacional.....	49,15	46,75

Fuente: Informe sobre Gasto Sanitario. Grupo de Trabajo.

tabla 5, existen valores diferentes entre ellas. No obstante, el Grupo de Trabajo ha verificado una cierta pérdida de peso de este componente entre los años 1999 y 2003, lo que significa una ralentización de su incremento en comparación con el montante global destinado a sanidad (cuadro 5).

Por último, es conveniente —como ya se apuntó al analizar la problemática internacional— valorar la importancia que tiene sobre el total del gasto sanitario, el componente farmacéutico. Dentro de este gasto específico, el consumo hospitalario está adquiriendo especial relevancia y con bastante variabilidad en el conjunto de las comunidades autónomas. En este caso, la tasa de crecimiento medio anual se eleva al 15,08 por 100. La oscilación observada entre las distintas comunidades puede explicarse como consecuencia de diferencias significativas en la gestión de compras de estos productos por lo que se recomiendan, desde el Grupo de Trabajo, mecanismos de centralización de compras en cada ámbito territorial. Sin embargo, sigue siendo el gasto en recetas médicas el que se lleva la mayor parte de este consumo, representando un 23,38 por 100 del gasto total sanitario en 2003. Aunque, en 1999 se observó un crecimiento interanual del gasto en recetas más contenido que en los años anteriores (9,95 por 100), la mejora experimentada se ha deteriorado en el año 2003, con un incremento relativo del 12,15 por 100. Por tanto, las sucesivas medidas

adoptadas en el ámbito de la distribución, como la introducción de especialidades farmacéuticas genéricas, la reducción de márgenes y la aplicación de sistemas de precios de referencia, no han tenido los efectos esperados.

En conclusión, los esfuerzos realizados a través del Grupo de Trabajo sobre el Gasto Sanitario han supuesto un importante hito en la aportación de información sobre costes, nivel de gasto, recursos disponibles y resultados en salud para las distintas comunidades autónomas. Sin embargo, este proyecto ha puesto de manifiesto la debilidad del sistema de información y la necesidad de hacerlo comparable a través de ganancias en la homogeneidad de los datos y la implantación definitiva de una contabilidad analítica común en todos los Servicios Autonómicos de Salud. La principal cuestión pendiente, como se anticipaba anteriormente, seguirá siendo la determinación del estándar de calidad a garantizar a cualquier ciudadano español a través de indicadores que vayan más allá del gasto medio por persona protegida en cada servicio. En cierta medida, la propuesta del Grupo de Trabajo sobre la elaboración de una cartera de servicios básicos común a todo el Sistema Nacional de Salud, que será recogido a través de un Real Decreto de Cartera de Servicios, puede constituir un considerable avance en este sentido. Esta cartera básica se distinguirá de una cartera complementaria, que será competencia de cada comunidad autónoma.

4. CONCLUSIONES

Tal y como se exponía ya en la introducción, existe un importante desfase entre la evolución de los recursos de las comunidades autónomas y la dinámica del gasto sanitario. En este sentido, los recursos procedentes de los sucesivos modelos acordados para la financiación del gasto sanitario se han mostrado claramente insuficientes para atender las necesidades de gasto derivadas de la gestión de la competencia sanitaria.

Tras la culminación del traspaso de la sanidad a las comunidades autónomas, éstas han pasado a gestionar en torno al 90 por 100 del conjunto de gasto público sanitario, presentando, además, un crecimiento medio del gasto en el conjunto autonómico a lo largo del trienio 2001-2003 del 9,2 por 100, mientras, el crecimiento medio del PIB nominal en ese mismo período se ha situado en un 7,4 por 100.

No sólo eso, del análisis de la estructura del gasto sanitario se observa que las partidas de mayor peso son los de personal, seguido de las transferencias corrientes (fundamentalmente, gasto de recetas médicas) y la compra de bienes y servicios, lo que eleva notablemente la rigidez de los presupuestos de las comunidades autónomas, dejando poco margen de actuación para reducir la tensión del gasto sanitario.

Es por esto, por lo que adicionalmente a la necesidad de incrementar los recursos financieros, se hace necesario la introducción de importantes medidas de racionalización del gasto sanitario en al ámbito de las competencias autonómicas, tal y como se concluyó en el Grupo de Trabajo de análisis del gasto sanitario.

Resulta evidente que las comunidades autónomas necesitan recursos adicionales para mantener el nivel de prestación de los servicios sanitarios. Sin embargo, dichos recursos no deberían provenir únicamente del ejercicio de la capacidad normativa tributaria por parte de las administraciones autonómicas, ya que, a priori, un incremento de la presión fiscal debería servir únicamente para mejorar el nivel de prestación de los servicios sanitarios y no para mantener la situación de partida.

Así, los recursos cedidos por Estado, vinculados a la financiación de las competencias sanitarias, deberían ser suficientes para mantener un nivel mínimo, y común a todas las comunidades. Para ello, es necesario que en el cálculo de las necesidades de gasto se realice un esfuerzo, no contemplado en el modelo actual, de identificación de la cartera de servicios básicos común, que permita la definición de un nivel estándar en su prestación. De tal manera que el Estado garantizara únicamente la suficiencia de los recursos para atender el estándar establecido, mientras que las comunidades deberían hacer frente con sus propios recursos a los incrementos de gasto derivados de decisiones políticas propias, tales como mejorar la calidad de la prestación de los servicios comunes, atender a la cartera complementaria o incrementar los salarios a sus profesionales.

En este sentido, se hace necesario que se alcance un gran pacto de Estado que implique a todas las administraciones (gobierno central, comunidades autónomas y corporaciones locales), y contemple las dos vertientes del problema del déficit sanitario, esto es, proporcionar los recursos necesarios para garantizar la igualdad de acceso a los

servicios sanitarios e introducir en la gestión del servicio las medidas necesarias para la contención del crecimiento del gasto sanitario.

NOTAS

(*) Consultores de las Administraciones Públicas.

(1) La disposición transitoria segunda, de la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, establece que *durante los tres primeros años del Sistema de Financiación, el Estado garantiza a las comunidades autónomas que tengan asumida la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, que el índice de evolución de la financiación asignada a los mismo tendrá un índice de evolución del PIB nominal a precios de mercado.*

(2) Cataluña, Galicia, Asturias, La Rioja, Aragón, Castilla-La Mancha, Extremadura, Baleares y Castilla y León, recibieron importe de la garantía sanitaria en los dos ejercicios; a los que se une Andalucía que recibió únicamente en 2002 y Canarias en 2003.

(3) Ley 14/1986, de 25 de abril.

(4) Colectivos que no están adscritos directamente a los servicios prestados por el INSALUD, en virtud de los privilegios de que gozan algunos grupos de funcionarios de las administraciones públicas.

(5) Pérdidas que no superarían en ningún caso el 0,25 por 100 de los recursos asignados en el Proyecto de Ley de Presupuestos Generales del Estado para 1998.

(6) Aragón, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Extremadura, Asturias, Baleares, Cantabria, Madrid, Murcia y La Rioja.

(7) El peso de cada una de las variables de reparto correspondiente al bloque sanitario es de un 75 por 100 la población protegida, un 24,5 por 100 la población mayor de 65 años y un 0,5 por 100 la insularidad.

(8) Dos de las medidas propuestas —autorización de los anticipos de tesorería y la subida de los tipos impositivos de determinados impuestos especiales— han sido introducidas en el ordenamiento jurídico por el Real Decreto-Ley 12/2005, de 16 de septiembre, por el que se aprueban determinadas medidas urgentes en materia de financiación sanitaria.

(9) Este Grupo de Trabajo se constituyó como resultado del acuerdo alcanzado en la Conferencia de Presidentes celebrada el 28 de octubre del 2004. El encargo recibido por este Grupo era la elaboración de “un estudio de la situación del gasto sanitario en el Sistema Nacional de Salud, desde una perspectiva contable, pero también de composición y origen del gasto, de eficacia y eficiencia”.

(10) Gasto privado y público.

BIBLIOGRAFÍA

EZQUIAGA, I. y GARCÍA, F. (2001): “Finanzas autonómicas”, Consultores de las Administraciones Públicas, Madrid.

MITXELENA, C. (2002): “Financiación del sistema de Bienestar”, *Documento de Trabajo 02-16*, Unidad de Políticas Comparadas (CSIC).

UTRILLA, A. y LÓPEZ, R. M. (2005): “Financiación y gasto sanitario”, *Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2003*, Anexo III (pág. 209-255), Ministerio de Sanidad y Consumo.

ÁLVAREZ, V. (2005): “La construcción de la España plural: aportaciones desde Asturias”, *Ciclo de conferencias La España de todos*, Fundación Caixa Galicia, A Coruña, 19 de abril de 2005.

IGAE-Ministerio de Economía y Hacienda (2005): “Informe del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario”.

Ley 21/2001, de 27 de diciembre, que regula las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común y ciudades con estatuto de autonomía.