

# FINANCIACIÓN AUTONÓMICA Y GASTO SANITARIO PÚBLICO EN ESPAÑA

Guillem LÓPEZ i CASASNOVAS (\*)

## INTRODUCCIÓN

EN la actualidad, el gasto sanitario, y el autonómico en particular, está sometido a una doble pinza: por un lado, se ha impuesto la pinza macroeconómica de limitación al crecimiento de la financiación pública del gasto sanitario en razón de la crisis experimentada por las finanzas públicas. Ésta se deja sentir con especial dureza en un sector que en apenas en ninguna etapa pretérita parece haber crecido por debajo del PIB nominal. Su elasticidad renta, superior a la unidad, y la presión de una sociedad cada vez más «medicalizada», que espera que el sistema sanitario tenga capacidad resolutoria de los distintos problemas de salud, hacen que dicha pinza aflore sin ambigüedades ante el empuje de las nuevas tecnologías y la aparición de nuevas enfermedades.

Por otro lado, parece haberse impuesto al gasto sanitario público la pinza de la financiación autonómica, del financiador regional, quien, en un contexto de falta de corresponsabilidad financiera y, hasta el presente, nulo ejercicio de potestad tributaria efectiva, no parece afrontar en toda su dimensión el control de la evolución de las prestaciones sanitarias. Éste es el caso, pese a que tanto el gobierno central como el autonómico valoran, al parecer enormemente, los éxitos de las políticas sanitarias, que lleguen a convertirse, incluso, en emblemáticas de sus acciones de gobierno. Bien es cierto que no les ha resultado difícil a los

gobiernos autonómicos aducir en su favor las limitaciones impuestas por la territorialización de la financiación estatal (capitativa media) recibida para sus servicios sanitarios, y los escasos márgenes de que han dispuesto hasta hace bien poco para ejercer la potestad tributaria. Sin embargo, las sospechas de que ello ha servido como pretexto para no abordar las reformas pendientes en el sistema sanitario tampoco parece que se puedan ignorar.

Al análisis de los extremos comentados en esta introducción se dedica el siguiente artículo.

## I. LAS CLAVES DE LOS PROBLEMAS DE LA FINANCIACIÓN SANITARIA PÚBLICA

No descubrimos nada nuevo si afirmamos que el sistema sanitario público atraviesa por una situación financiera muy compleja. Tres son las razones fundamentales. La primera de ellas tiene que ver con la limitación impuesta sobre el crecimiento de las finanzas públicas; la segunda, con la excesiva politización de las cuestiones relativas a las reformas sanitarias, y finalmente, la tercera, con la no siempre positiva valoración política que suele recibir la factura fiscal por el modo en que se gestionan los recursos sanitarios.

Replantear el gasto sanitario equivale hoy a reconducir su ritmo de crecimiento. El no poder crecer a ritmos muy superiores al propio crecimiento del PIB nomi-

nal afectará sin duda al *statu quo* vivido (crecimiento de la prestación sanitaria media en términos reales, creación de empleo y políticas de salarios), y obligará a que las políticas tengan que ser mucho más selectivas, lo que necesitará de una regulación apropiada.

¿Tiene la financiación del gasto sanitario público cabida sin problemas dentro de las previsiones macroeconómicas de crecimiento del PIB? ¿Qué garantías existen de que, regularizada la insuficiencia histórica en la base de la financiación sanitaria pública, los problemas financieros no se cronifiquen y no sea posible de nuevo reconducir el crecimiento del gasto sanitario?

De la descomposición del gasto sanitario registrado, en las dos últimas décadas, en los factores implícitos a su crecimiento: 1) precios, entendidos como costes unitarios de los servicios, y 2) cantidades —separando aquí a) el componente demográfico (evolución de la población y envejecimiento relativo) de b) la prestación sanitaria real media, según la intensidad y la calidad del servicio sanitario— cabe destacar lo siguiente:

Siendo los precios, en buena medida, endógenos en la sanidad pública (salarios de los profesionales) y las variaciones demográficas predecibles, se trata de comprobar hasta qué punto la evolución de la utilización media esperada podrá tener cabida en la financiación que permita el crecimiento del PIB nominal. Entre los años 1980 y 1993, todo apunta (véase Barea y Fuentes, 1997) a que la prestación sanitaria media habría crecido a una tasa anual acumulativa en torno al 2 por 100 en términos reales. Sin embargo, un trabajo también reciente de la Dirección General de Planificación Económica del Mi-

nisterio de Economía, aplicando una metodología similar a la utilizada en el caso anterior, deriva, para el período entre 1986 y 1992, un crecimiento medio en la prestación sanitaria real nada menos que del 7,7 por 100 (véase Blanco y de Bustos, 1996).

Rehechas las estimaciones para el período conjunto 1980-1995 (véase López y Casado, 1998), y aun neutralizando por las ya hoy nulas variaciones en la cobertura sanitaria —situada prácticamente en el 100 por 100 de la población—, la cifra se situaría en 2,82. En efecto, la evolución registrada por el gasto sanitario público en el pasado reciente parece venir marcada por dos etapas distintas en cuanto a cuál haya sido la importancia relativa de cada uno de los

factores considerados determinantes de aquella evolución.

Un primer período, que comprende aproximadamente la primera mitad de los ochenta, en que fue el comportamiento de los precios sanitarios el que en mayor medida determinó la evolución del gasto sanitario público; y un segundo, que va de 1987 a 1995, en que el factor determinante de la evolución del gasto ha pasado a ser la prestación real media (su tasa anual acumulativa es del 5,96 por 100). En este punto, la incógnita que surge de modo natural es anticipar cuál pueda ser el comportamiento más probable de dicho factor en el futuro. Para ello, constatemos que la frontera tecnológica se mueve en sanidad de modo acelerado (los fármacos combinados

en el tratamiento del SIDA como nuevo reto), envejece la población, aumenta la esperanza de vida y se aspira a mejoras en la calidad con la que ésta se vive (haciéndose borrosa, en este extremo, la separación entre el gasto sanitario y el gasto social).

Antes de cerrar esta primera reflexión, vale la pena dejar constancia, sin embargo, de cuatro aspectos diferentes que pueden condicionar la evolución apuntada. En primer lugar, la metodología comentada (propuesta por la OCDE para descomponer la evolución del gasto sanitario) adolece de varios problemas. El primero es fruto del excesivo grado de agregación con que se plantea el análisis, por lo que resulta imposible determinar en qué medida un aumento de la

CUADRO N.º 1

**DESCOMPOSICIÓN DE LA EVOLUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO SANITARIO EN SUS FACTORES DETERMINANTES**  
(Variaciones interanuales. 1980-1995)

AÑOS	Gasto sanitario público	Tasas de cobertura sanitaria: porcentaje de población protegida	Factor demográfico ( $P_1 + 2,27 P_2 + 3,93 P_3$ )	Índice de precios sanitarios	Prestación sanitaria real media por persona
1980	—	—	—	—	—
1981	13,62	0,72	1,33	14,59	-2,86
1982	18,81	1,07	1,41	12,47	3,06
1983	23,22	1,30	0,88	14,16	5,62
1984	5,29	4,78	0,78	9,96	-9,32
1985	7,74	5,12	0,86	8,62	-6,44
1986	10,74	1,16	0,68	7,85	0,81
1987	12,60	0,08	0,73	5,98	5,36
1988	24,86	0,35	0,78	5,16	17,06
1989	14,00	-0,18	0,67	4,97	8,07
1990	18,78	1,95	0,62	5,41	9,86
1991	13,03	1,56	0,72	6,67	3,59
1992	9,28	0,00	0,67	9,56	-0,92
1993	8,00	0,00	0,66	2,49	4,69
1994	11,18	0,00	0,65	4,66	5,54
1995	7,21	0,00	0,68	4,92	1,49
Tasa anual acumulativa 1980-86 (porcentaje)	13,07	2,34	0,99	11,25	-1,66
Tasa anual acumulativa 1987-95 (porcentaje)	13,16	0,49	0,68	5,46	6,05
Tasa anual acumulativa 1980-95 (porcentaje)	13,08	1,20	0,81	7,77	2,85

Fuente: López y Casado (1998).

prestación real media responde a innovaciones tecnológicas o a cambios organizativos, temas ambos que afectan a su pronóstico. Además, existen dudas acerca de la validez de las hipótesis en las que se basa el cómputo del factor precios relativos de la sanidad pública y de su posible evolución.

En cualquier caso, lo que aquí queremos destacar es que la evolución de la prestación sanitaria media se mueve en sanidad por impulsos tecnológicos en cierta medida exógenos a las autoridades sanitarias (las capacidades de tratamiento se expanden, aunque no siempre con *ratios* de coste-efectividad validados), pero también de la respuesta «política» a las expectativas de los ciudadanos, en sociedades cada vez más medicalizadas, que aspiran a que la sanidad cuide y cure casi todo.

En segundo lugar, reformar el sistema sanitario, sus estructuras organizativas o sus instrumentos de financiación, no puede ser considerado un sustitutivo de las necesarias mejoras de gestión. Es decir, no cabe el pretexto de buscar en las reformas de lo «macro» un sustitutivo para las reformas de lo micro.

¿Qué sabemos de los éxitos del pasado en aumentar la eficiencia en la prestación de los servicios, buscando la introducción de una mayor sensibilidad del proveedor a los intereses colectivos? ¿Se ha producido una mayor rendición de cuentas a los ciudadanos de los ingresos públicos utilizados, etc., que nos permita pensar que en la realidad actual se conseguiría, por la vía de la mejora de la gestión, lo que no se ha conseguido mejorar en otras circunstancias?

Un tercer aspecto relacionado con el control potencial del gasto

sanitario tiene que ver con la elevada politización con la que se viven todas las propuestas de reforma sanitaria. El sistema sanitario español ha sido y continúa siendo campo importante de batalla política. No sé si es inevitable que sea así, ni pretendo aquí analizar sus causas, porque me basta la complicidad del lector sobre su constatación. Ésta es la razón por la que cualquier propuesta de cambio choca con dificultades añadidas. A las complejidades propias de fundamentar correctamente el análisis en términos de objetivos e instrumentos (¿son las medidas adecuadas para los fines anunciados?), se añade la búsqueda partidista de determinadas rentas electorales, sea cual sea el partido en el poder, lo que contamina el proceso de elaboración de opciones.

Los efectos de los cambios potenciales son visualizados con cierta facilidad por todos los ciudadanos, y la esquizofrenia entre consumidor potencial, o usuario de los servicios, y ciudadano contribuyente es elevada. Ello explica que, a menudo, las posibles reformas postuladas en el sistema sanitario no superen el estado de las simples propuestas con escaso desarrollo en el plano práctico.

Nótese, en este sentido, que la mayoría de tratamientos de los problemas sanitarios observados puede tener contraindicaciones. El temor, fundado, a algunas de éstas no puede ser pretexto continuado, sin embargo, para la inacción. En efecto, cualquier cambio conlleva incertidumbres. El grado de dicotomización y de posible fractura de cohesión social es uno de ellos. Así, de modo similar a la diferencia que introduce el sistema de pensiones de tres niveles (el básico, el contributivo y el voluntario), algunas reformas pueden generar cierta

dualización sanitaria (entre la sanidad universal y la asistencia complementaria), en particular, en el caso de que se opte por dos proveedores (el general y la beneficencia), en vez de un sólo dispositivo financiado, para los que carecen de medios, por el sector público. Sin embargo, replantear la situación, concentrar el componente redistributivo en igual o mayor medida tan sólo en los colectivos prioritarios tiene un gran atractivo de equidad que bien puede valer algunos riesgos.

Finalmente, en cuarto lugar, se ha generado en ciertos sectores el convencimiento de que los recursos públicos puestos a disposición del sistema sanitario se gestionan sistemáticamente de manera deficiente. En este sentido, la acción de gobierno en materia de política sanitaria contiene rasgos disléxicos. Por un lado, se acostumbra a presentar las consecuciones sanitarias como grandes éxitos de la política: mejora en la utilización de los servicios sanitarios con independencia de la condición social y financiera de los ciudadanos, aumento de la equidad territorial de acceso, oferta sanitaria de prestación tecnológica innovadora, etc. Pero, por otro lado, parece que los gobiernos se muestran reacios a afrontar el coste que el incremento en las prestaciones sanitarias medias provoca, identificando mayor gasto con derroche, sin que a ello sigan políticas de evaluación efectiva de la eficiencia relativa con la que se suministran los servicios.

## II. EL MARCO AUTONÓMICO Y EL CONTROL DEL GASTO SANITARIO

El incremento en la prestación sanitaria media registrada en los últimos años en España es coe-

tánea al menos —si no directamente causada— a la descentralización sanitaria: diversidad no sólo en razón del contenido de algunas prestaciones sanitarias, sino también de su utilización por parte de la población (debida a diferencias en acceso a servicios o a su implantación territorial). Conviene, pues, interrogarse acerca de la influencia de la descentralización sanitaria, dados sus actuales mecanismos de financiación y coordinación en el crecimiento del gasto sanitario. A dicho fenómeno se pueden asociar aspectos relativos a procesos de «ilusión fiscal», o de emulación de prestaciones con falta de corresponsabilización en el gasto por parte de sus gestores que, en su conjunto, pueden ayudar a comprender la evolución registrada.

La tesis que deseamos mantener aquí es que la «devolución» de responsabilidades fiscales (en financiación y en gasto, sin raquitismos) a las comunidades autónomas puede ser un buen antídoto para el control futuro del gasto sanitario y, en particular, de los diferenciales de utilización (evolución en la prestación media). Con el nuevo sistema de financiación autonómica, que abre definitivamente vías para la corresponsabilidad fiscal, pueden introducirse, quizá, los mecanismos necesarios para el autocontrol del gasto que aseguren una efectiva sostenibilidad de la financiación de la sanidad pública en el próximo futuro.

Dos son para ello las alternativas posibles. Una opción consiste en integrar la financiación sanitaria en la financiación autonómica general. El criterio capitativo se fundamentaría en la compensación potencial que se generase entre diferentes gastos en servicios universales, de modo que la falta de ajustes, pongamos por caso, por estructura de

mográfica más ancianos en gasto sanitario se correspondiera con la relativa al gasto educativo menos niños. Este es un tema que requiere más análisis al hoy disponible, pero que tiene un obvio atractivo de sencillez y transparencia.

Una segunda opción pasa por mejorar la descentralización del gasto sanitario aportando aquellos criterios singulares para su fundamentación comunes en el sistema comparado. En el caso británico: edad, necesidad sanitaria relativa y costes diferenciales de provisión de servicios. Sobre dicho cálculo cabría convertir «suficiencia de gasto» en «capacidad de financiación», abriendo un nuevo espacio de corresponsabilidad fiscal, ya sea sobre el tramo autonómico del impuesto sobre la renta de las personas físicas o, preferentemente, sobre una cesta de impuestos que incluyera una mayor diversidad de fuentes fiscales.

Esta segunda opción exigiría el reconocimiento de unos niveles de suficiencia financiera (elemento crucial para el «cierre» del modelo de financiación autonómica) a partir del cómputo de los elementos que subyacen a los diferenciales legítimos de gasto. De ahí la necesidad de considerar inicialmente determinados ajustes sobre el criterio poblacional.

En efecto, en caso de corregir la asignación inicial sobre la base de la capitación corregida, procede un primer ajuste técnico sobre la base de variables para las que existe un claro referente de coste real. Para ello puede mencionarse un ajuste por desplazados, el reconocimiento en el año base de la estructura docente y de investigación, dadas las externalidades que éstas suponen para el conjunto del Sistema Nacional de la Salud, el envejecimiento relativo de la población

y el efecto debido al diferencial de los costes unitarios sobre el territorio.

Dicho ajuste se debería diferenciar de un segundo tipo de ajuste relativo a la nivelación de infraestructuras sanitarias, esto es, de corrección de desequilibrios de oferta, utilización o estándares sanitarios, cuyo acceso vendría limitado en función de que se superaran determinados estándares. Su reparto en este caso se basaría en las variables tradicionalmente relacionadas con las necesidades sanitarias, tales como las pautas de morbimortalidad, factores sociales de privación, etc., aun reconociendo que el conocimiento de los efectos que producen los recursos asignados a dichas fuentes de desigualdad hoy continúan siendo poco conocidos. La aplicación de dichos fondos debería, por lo demás, ser «monitoreada» (al tratarse de subvenciones específicas, condicionadas a gasto redistributivo, y no generales «en bloque») por el conjunto de las comunidades del Estado desde los organismos de coordinación territorial que se estimasen oportunos.

Para el primero de los ajustes comentados, como veíamos, cuatro correcciones técnicas (esto es, objetivables en el sistema comparado y con soporte empírico para su cómputo) podrían considerarse respecto de la capitación, en juego de suma cero, a efectos de dotar de suficiencia al propio proceso de descentralización sanitaria:

1) ajuste por el saldo de enfermos desplazados, no por facturación externa, hoy aún ineficaz, sino consolidando sus importes internamente, de modo previo a las transferencias;

2) costes adicionales de centros de docencia e investiga-

ción, en la medida en que el dispositivo previo a la transferencia incluya un vector de oferta, como es el caso en realidad, de composición distinta a la media;

3) diferencias en recursos asignados (al estilo de la *Purchasing Power Parity* de la Eurostat o del *Market Forces Factor* o *London Weighting component* del caso inglés) en términos de capacidad de compra a igual financiación. (Éste es un tema que, dadas su complejidad y aristas distintas de controversia, se desarrolla en mayor medida en el texto adjunto);

4) pirámide demográfica, utilizando los pesos a dichos efectos elaborados por la OCDE (en su propuesta reciente de sustitución del factor multiplicador medio 3, por uno más sensible a la composición de la cohorte de los mayores de 65 años) u otros pa-

rámetros distintos contruidos de manera más específica. Un criterio podría consistir en el cálculo del diferencial entre la utilización de los servicios que se corresponderían en la comunidad autónoma a partir de su estructura demográfica, en caso de producirse una frecuentación media (la del Estado para dicha pirámide), siendo dicha demanda «contestada» con la oferta media (estatal) de equipamientos, financiada ésta al coste medio del Estado.

Si la pirámide fuera la media, la frecuentación la media y el coste de la composición de oferta el medio, dicha cifra equivaldría al gasto medio. Diferencias en lo primero generarán, sin embargo, diferencias en lo último. La identificación de lo que *es versus lo que podría ser* (interpretado por algunos autores como de

«exceso de demanda») marcaría el margen de actuación redistributiva (como derecho a acceder a los fondos niveladores). Veamos cada uno de ellos en la aplicación efectuada en este trabajo:

### Demografía

En una primera instancia, dicho ajuste se definiría, como comentamos, en términos de gasto esperado por parte de la comunidad si, dada su estructura demográfica, su población utilizara los servicios sanitarios (especializados, primarios, prescripción farmacéutica) al nivel medio del Estado para cada grupo de edad y tipo de servicio y, en respuesta, los dispositivos sanitarios ofertasen los servicios correspondientes al coste medio estatal. Nótese que ello sustrae el debate de un polémico parámetro de

CUADRO N.º 2

**GASTO SANITARIO PER CÁPITA POR GRUPOS DE EDAD  
(0-64 = 100)**

	Año	65-74	65 +	75 +
Finlandia.....	1990	281	395	552
Francia.....	1991	220	296	373
Alemania.....	1994	234	268	317
Holanda.....	1994	—	442	—
Portugal.....	1991	140	169	214
Suecia.....	1990	230	283	343
Reino Unido.....	1993/94	254	388	559
UE MEDIA 7.....		227	320	393
Australia.....	1989/90	277	404	598
Canadá.....	1993	—	475	—
Japón.....	1993	309	479	573
Nueva Zelanda.....	1994/95	233	388	616
Suiza.....	1991	255	400	570
EE.UU.....	1987	314	417	522
OCDE MEDIA 13.....		250	370	476

*Notas:*

Francia: 60-69, 60+ y 70+.

Japón: 65-69, 65+ y 70+.

Reino Unido: sólo Inglaterra.

Fuente: OECD Health Data 1996.

utilización por encima de la media de la población más envejecida, a partir de prácticas y oferta institucional de otros países, o de la discusión de si se ha de tratar de un ajuste lineal o por tramos (valor de 3 para todo el grupo de mayores de 65 años), tal como se ha venido utilizando hasta el presente.

El cuadro n.º 2 y los gráficos 1 y 2 ofrecen evidencia del impacto de la demografía por grupos de edad a partir de observaciones de distintos países.

#### Desplazados

Dicho ajuste, a la vista de la información hoy disponible, permite la siguiente diferenciación:

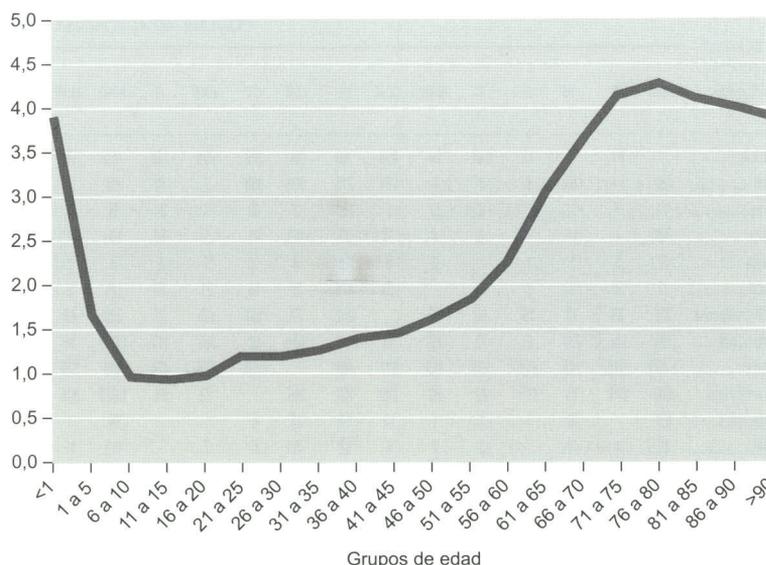
— Asistencia hospitalaria: saldo entre pacientes «exportados» e «importados», según casuística (15 procesos internamiento, 16 para cirugía ambulatoria, 5 tipos de extracciones, 4 tipos de trasplantes), a partir del conjunto mínimo básico de datos de altas hospitalarias (CMBD) y ponderación sobre la base de costes estatales medios a partir de las unidades ponderadas de asistencia (UPA).

— Asistencia primaria: nacionales/extranjeros, imputando los gastos totales respectivos según porcentajes de utilización aproximada por pernoctaciones.

#### Estructura docente

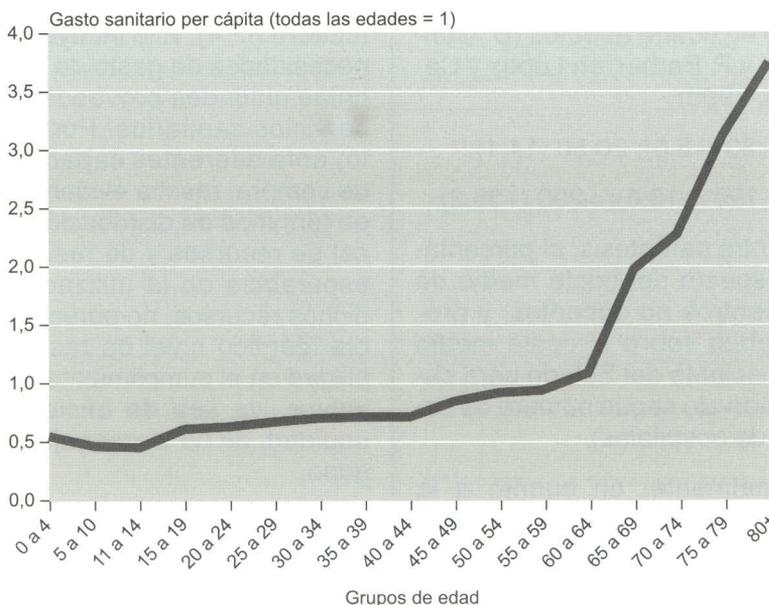
La no coincidencia entre financiación sanitaria y costes para los centros responsables de dicha formación hace recomendable una estimación estadística paramétrica de los costes adicionales que suponen para las estructuras docentes (número de médicos internos residentes), ajustando por tamaño del centro (camas) y casuística (grupos de

**GRÁFICO 1  
ÍNDICE DE LOS COSTES SANITARIOS SEGÚN  
GRUPOS DE EDAD**



Fuente: General Insurance Company of the Czech Republic, *The Insurance Plan of the General Health Insurance Company of the Czech Republic for 1995.*

**GRÁFICO 2  
GASTO SANITARIO POR GRUPOS DE EDAD  
EN TRECE PAÍSES DE LA OCDE**



CUADRO N.º 3

HOSPITALIZACIÓN FUERA DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE RESIDENCIA  
(Período: año 1994)

COMUNIDAD AUTÓNOMA. DESTINO	COMUNIDAD AUTÓNOMA. PROCEDENCIA																			Total	Porcentaje S/Altas CP válido	Porcentaje Altas CP válido	Porcentaje Altas reales	Altas reales	
	AND	AR	AS	B	C	CAN	CLM	CL	CAT	CV	EXT	G	MAD	MUR	NAV	PV	LR	CE	ME						EXTR.
Andalucía.....		91	16	15	192	24	895	190	230	205	294	113	453	78	19	99	12	146	121	8.004	11.197	3.119	64,5	78,9	556.274
Aragón.....	29		10	5	7	4	124	215	193	362	7	12	89	7	31	36	285		1		1.417	3.424	41,3	81,9	100.077
Asturias.....	17	7			2	21	7	181	1	42	1	24	69	2	13	12					399	0.531	86,7	92,4	86.652
Baleares.....	48	4	13		6	4	11	17	141	41	5	10	100	10	2	40	2				454	1.195	86,6	91,0	43.857
Canarias.....	17	3	1	1		2	8	16	4	18	2	6	8	2						133	229	0.590	51,0	56,1	76.056
Cantabria.....	17	33	189	6	21		10	875	22	18	21	70	141	2	9	314	215				1.963	7.288	65,5	66,2	41.101
Castilla-La Mancha.....	211	29	13	15	66	36		207	77	157	125	52	979	88	11	53	14	1	2		2.136	2.131	80,4	86,6	124.684
Castilla y León.....	131	124	234	2	15	67	63		131	92	387	117	1.021	35	21	570	87	45	74	14	3.230	1.896	87,1	91,1	195.615
Cataluña.....	1.403	2.935	143	942	363	113	277	499		1.579	194	474	445	378	130	504	105	21	12	125	10.642	1.837	95,3	97,4	607.838
Com. Valenciana.....	299	201	75	117	22	22	792	201	383		32	54	1.027	305	50	214	43	4	4	516	4.361	1.904	84,0	85,0	272.577
Extremadura.....	76		10	1	1	1	12	13	17	6			86	1	3	46					273	0.587	54,6	72,9	85.151
Galicia.....	16	4	49		3	7	6	62	5	5	7		112	15	1	34	9				335	0.277	69,1	86,6	174.718
Madrid.....	772	158	173	37	446	73	5.070	2.570	82	193	919	553		387	32	409	126	25	14	29	12.068	5.560	64,1	71,7	338.716
Murcia.....	56		23	1	5		122	108	42	57	8	9	54		18	36	15				554	1.260	68,5	80,3	64.190
Navarra.....																								[39,7]	[46.405]
País Vasco.....	57	32	23	5	9	932	17	1.265	75	22	15	50	106	4	906		170	1		155	3.844	2.421	95,9	95,9	165.555
La Rioja.....	10	18	4	1	1	7	8	75	29	10	10	10	24	5	166	474					852	4.804	84,4	84,4	21.024
Ceuta.....	264				4				2	1	1	1	21			2					296	100,00	4,0	95,5	7.347
Melilla.....	15																				15	100,00	0,3	91,7	4.987
TOTAL.....	3.438	3.639	976	1.148	1.163	1.313	7.422	6.494	1.434	2.808	2.028	1.555	4.735	1.319	1.412	2.849	1.085	243	228	8.976	54.265	2,4	75,1	84,16	3.012.824

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo (mimeo).

diagnóstico relacionados, GDR). De ésta se deriva un ajuste basado en cuatro estratos (B. González y P. Barber, en López y Casado, 1998)

<20 (+3,6); 20-50 (14,1);

50-199 (+18,6); >200 (+35,2)

(Entre paréntesis, el porcentaje respecto del coste medio de los centros no docentes, y proyectados sobre el coste medio por paciente del Estado para cada intervalo según número de camas de hospitales).

Finalmente, en cuanto a la construcción de un *indicador geográfico de coste relativo de los servicios*, existe evidencia suficiente para identificar que la capacidad adquisitiva de una pese-

ta no resulta idéntica en distintas zonas de la geografía española (cuadro n.º 4). Ello influye en las necesidades de gasto de las distintas unidades proveedoras de servicios sanitarios. Por lo tanto, ante diferentes capacidades de compra, resulta evidente que, en términos de distribución vertical de recursos y de resultados esperables de la utilización de dichos recursos, no parece exigible idéntico nivel de responsabilidad en el cumplimiento de objetivos, ya sea de eficiencia o equidad, de no mediar ajuste alguno.

En el campo de las comparaciones internacionales, el EUROSTAT, a través del «índice de poder adquisitivo», realiza un ajuste similar. El objetivo del

EUROSTAT es comparar los valores reales de consumo e inversión entre países, y el índice utilizado aproxima la tasa a la cual debe convertirse una moneda en otra para poder comprar un conjunto parecido de bienes y servicios (1). Sin embargo, parece existir evidencia, o al menos intuición suficiente, de que dichas variaciones existen también dentro de un mismo país (2).

Puede también argumentarse que dicho ajuste no procede en aquellos casos en que los precios se definen a nivel general estatal (como, por ejemplo, las retribuciones de los empleados). Sin embargo, retribución y coste unitario no resultan iguales si existe otro tipo de compensaciones implícitas o en especie.

CUADRO N.º 4

ÍNDICE REGIONAL DE PARIDAD DE PODER ADQUISITIVO. GENERAL (\*)

	1990	1991	1992	1993	1994
Andalucía.....	98,3	98,1	98,0	97,6	97,6
Aragón.....	97,3	97,8	97,9	97,4	97,1
Asturias.....	99,8	100,5	100,6	100,9	101,4
Baleares.....	105,6	104,7	104,0	104,0	104,3
Canarias.....	98,3	97,1	96,6	97,3	98,3
Cantabria.....	100,2	99,8	100,2	99,5	99,1
Castilla y León.....	97,6	97,3	97,0	96,7	96,5
Castilla-La Mancha.....	93,8	93,4	93,3	93,2	93,2
Cataluña.....	103,5	104,2	105,0	105,6	105,4
Comunidad Valenciana.....	100,4	100,5	100,5	100,0	99,6
Extremadura.....	90,3	89,6	89,7	89,7	90,1
Galicia.....	99,1	99,0	98,5	98,7	99,0
Madrid.....	102,1	101,9	102,0	102,0	101,9
Murcia.....	97,0	97,5	97,1	96,4	96,4
Navarra.....	108,5	109,1	108,9	109,4	110,3
País Vasco.....	104,9	104,5	103,8	103,9	104,1
La Rioja.....	98,6	98,1	97,9	102,0	98,4
MEDIA NACIONAL.....	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
VARIANZA.....	19,15	20,68	20,60	22,23	22,75

(\*) El término general se emplea por comprender la cesta en cuyo coste se evalúan bienes y servicios de todos los sectores de actividad.

Fuente: Institut d'Estadística de Catalunya.

### Operativa de los ajustes comentados

El resultado de los cálculos comentados en el epígrafe anterior se ofrece a modo de resumen en el cuadro n.º 5.

### III. EL RECIENTE ACUERDO SOBRE EL NUEVO SISTEMA DE FINANCIACIÓN AUTONÓMICA DE LA SANIDAD

En efecto, como es conocido, el Consejo de Política Fiscal y Financiera, en su reunión del 27 de noviembre de 1997, aprobó un presupuesto para 1998 de 3.837,8 millardos de pesetas, con un aumento de 315 millardos (un 9 por 100) por encima del gasto presupuestado para 1997 al objeto de acordar un nuevo sistema

de financiación autonómico de la sanidad. La cifra anterior se consolidaría para los años siguientes (hasta el año 2001), aumentando al ritmo del crecimiento del PIB nominal, y con el compromiso en el año 2000 de un incremento adicional de 25 millardos para las comunidades autónomas.

En cuanto a financiación complementaria instrumentada, de los 315 millardos, 200 se valoró puedan proceder de dotaciones presupuestarias adicionales, 75 de los excedentes previstos en recaudación y 40 de la lucha contra el fraude en incapacidad laboral. Se estimó además una reducción del gasto farmacéutico de 65 millardos a partir de una reducción selectiva de los precios de los medicamentos entre un 3 y un 6 por 100, y de la exclusión de un número indeterminado de medicamentos de la lista de financiación pública. Este ahorro

no implicaría recursos añadidos al sistema, pero sí la posibilidad de destinar parte del gasto en farmacia a otros fines.

En este extremo, la financiación adicional que se ha instrumentado se nos antoja muy arriesgada. En primer lugar, se deriva en parte de la recaudación producida en una fase álgida del ciclo presupuestario, que se consolida para el futuro, en ausencia de reforma microeconómica alguna en cuanto a los destinatarios de dicha financiación. En otras palabras, se utilizan en cierto modo recursos «extraordinarios» para hacer frente a gastos recurrentes sin proceso previo de reconversión por parte de los gestores del gasto. En segundo lugar, se abandonan fuentes de financiación alternativas (las 100 pesetas por prescripción, el copago hotelero o farmacéutico para pensionistas), pese a que

CUADRO N.º 5

**CÓMPUTO CONJUNTO DE AJUSTES**  
(Variación sobre valores actuales)

CC.AA.	Demografía	Desplazados	Docente	Ajuste total s/financiación actual (Porcentaje)
Andalucía .....	-7,27	+0,47	+0,80	-6,0
Cataluña.....	+1,63	+0,76	+1,11	+3,5
Canarias.....	-10,91	+0,95	+1,14	-9,0
Madrid .....	-3,21	+0,86	+1,35	-1,0
Galicia .....	+5,99	-0,38	+0,87	+6,5
Comunidad Valenciana .....	-0,69	+0,10	+0,59	0,0

los costes sociales de dichas medidas el gobierno los haya padecido en gran parte ya (el desgaste político de las propuestas y de los desmentidos son síntoma de lo anterior). En tercer y último lugar, la rebaja en los precios de los medicamentos queda pendiente de negociación, de modo que los ahorros derivados de la exclusión de determinados medicamentos resultan inciertos a la vista de lo acontecido en el pasado ante medidas similares y la dificultad de controlar los medicamentos sustitutivos (y más caros) que continúan en la lista de la seguridad social.

Las cifras de gasto presupuestado (y su crecimiento respecto del año anterior) en las que se inserta el Acuerdo se recogen en el cuadro n.º 6.

Además, la experiencia registrada en el pasado de desviacio-

nes en porcentaje entre presupuesto aprobado inicialmente y liquidado (contabilizando en éste las operaciones de saneamiento, en un caso, e imputándolas a un ejercicio concreto cuando ello resulta posible, en otro), obliga a una reflexión adicional que se concreta en el epígrafe siguiente.

**Algunos puntos de análisis**

1. La cifra correspondiente al acuerdo para el presupuesto de 1998 sólo se justifica si asumimos que se consolidó efectivamente el ajuste definitivo entre financiación y gasto sanitario en 1994 con las medidas de exclusión de medicamentos de la financiación pública. De otro modo, la cifra presupuestada supone de hecho un simple incremento del 3,74 por 100, cifra que se

sitúa por debajo del crecimiento estimado en el PIB nominal. En todo este primer supuesto, para derivar lo anterior, hemos tomado la liquidación de 1993 y un aumento al ritmo del PIB nominal sobre dicha cifra. Cualquier desviación que se hubiera podido producir en el gasto por encima del crecimiento del PIB nominal reduciría aún más el porcentaje de aumento en la cifra comentada respecto de lo que pueda representar como aproximación al gasto real.

2. En caso de haber crecido el gasto liquidado de 1993 (algo que quizás pueda cuestionarse dada la difícil anualización de los saneamientos anteriores) al ritmo medio del gasto sanitario público del período entre 1990 y 1995, estimado en un 7 por 100, la cifra aprobada para 1998 resultaría insuficiente aun en el caso supuesto de que se hubieran efectivamente producido las medidas de ajuste mencionadas (ahorro de 1994 que se consolidó aumentando también al ritmo de crecimiento del PIB nominal).

3. En definitiva, para que la cifra finalmente aprobada para 1998 fuese ajustada a la realidad proyectada (al 7 por 100 de crecimiento supuesto), la inercia de dicho aumento se debiera de

CUADRO N.º 6

**GASTO PRESUPUESTADO Y SU INCREMENTO SOBRE AL AÑO ANTERIOR**

AÑO	Millones de pesetas	Porcentaje
1996 .....	3.484.068	8,1
1997 .....	3.561.450	2,2
1998 .....	3.837.800	10,7

## CÁLCULOS PRESUPUESTARIOS DEL NUEVO SISTEMA DE FINANCIACIÓN AUTONÓMICA

Presupuesto inicial 1997 (3.520 mm) «depurado» (a la vista del crecimiento del PIB nominal efectivo) (3.521,7) + crecimiento previsto en el PIB nominal para 1998 (escenario macroeconómico)

= Base fondo general

- + «Crédito para la mejora del sistema (+25.000 m)
- + Incremento de garantía de cobertura sanitaria (+10.000 m)
- + «Ahorros ILT» (+40.000 m)

3.769,4 mm = fondo general

+ Fondos adicionales

- De «modulación» para evitar pérdidas por los cambios censales ( $\geq 0,25$  por 100) de lo que correspondería de la participación capitativa en el fondo general. +20.444,4 m
- Aportación en concepto de docencia y desplazados en asistencia hospitalaria +52.918,4 m  
(de ellos 5.000 m fuera de distribución = INSALUD)
- Derivado de la racionalización farmacéutica +65.000 m

Incremento total sobre Presupuesto de 1997 = 315.000 m

### Fuentes de financiación del gasto adicional

$\Delta$  PIB nominal previsto (PIB real  $\uparrow$  3,2 por 100)

+  $\Delta$  elasticidad recaudatoria (si  $> 1$ )

+ Redistribución partidas públicas (Seguridad Social) ahorros para el Instituto Nacional de la Seguridad Social por Incapacidad Transitoria

40.000 m si INSS ahorra 57.000 m

- Un 10 por 100 en todo caso por implantación de medidas de inspección «convenidas»
- Objetivo de reducción 13 por 100 en media sobre cifras de octubre (jun-dic 1997, reducción ya del 13 por 100)
- Sobre un gasto de ILT parcial 300 sobre 500 mm (no incluye «colaboradoras» ni autónomos)
- Objetivos específicos por comunidad (Cataluña, 13,72 por 100)
- Participación capitativa en función de la proporción conseguida por cada comunidad

+ Redistribución interna en gasto sanitario por ahorros farmacéuticos (65.000 m)

Márgenes de beneficios + ahorros en genéricos (39.000 m)

Ahorros vía exclusión adicional de medicamentos (26.000 m)

(De momento, con la lista propuesta, se está barajando 10.000 m —sobre un coste total de 17.000 m—)

### Resultado:

\* Gasto que consolidará, «sin duda»

(Para el año 2000, 25.000 adicionales comprometidos)

### Dudas

Y la financiación ¿resultará consolidable?

- Crecimiento PIB extraordinario (?)
- Elasticidad recaudatoria afectada por reformas futuras (?)

\* Gasto no aflorado respecto de los niveles presupuestarios actuales (?)

- Sobre gasto real (liquidado) 1993 (?)
- Considerando, o no, consolidados los ahorros de las medidas de racionalización de 1994 (sin repunte) (?)
- Supuesto cumplido el crecimiento según PIB nominal efectivo o según la evolución del crecimiento medio 1986-93 (= 7 por 100) (?)

\* Generación de ingresos adicionales para sanear el endeudamiento existente (?)

aplicar sobre la cifra presupuestada (y no la liquidada) de 1993 y ser efectivos (consolidados en el tiempo) los ahorros provocados por el ajuste en el gasto farmacéutico.

Nótese que la necesidad de estimar el gasto real en lugar de tomar cifras presupuestadas, incluso de datos liquidados, se debe a la existencia de déficit ocultos, tal como se comentó más arriba. No es el menor de dichos déficit encubiertos la paralización de inversiones en algunos hospitales del INSALUD, las demoras en el pago de cotizaciones sociales de determinados hospitales concertados, en Cataluña en particular (estimados en la actualidad como deuda acumulada en torno a los 70 millardos de pesetas). Asimismo, se estiman entre 100 y 200 millardos las cifras adeudadas por sanidad a los laboratorios farmacéuticos y resto de proveedores sanitarios. En ambos casos, los retrasos en el pago superan los 350 días, incumplándose de manera flagrante la regulación contractual del Estado (Ley 13 de 1995).

En resumen, resulta difícil considerar el Acuerdo recientemente alcanzado como técnicamente bien fundado y políticamente robusto. No es difícil pensar que la polémica, tanto por *a*) la cuantía de gasto reconocido (deudas no afloradas, niveles de insuficiencia autonómica observados, inefectabilidad de la transferencia sanitaria en favor de la Comunidad Autónoma de Madrid, etc.) como por *b*) sus mecanismos de financiación (toda ella continúa pivotando sobre una presión fiscal supuestamente «congelada» y sobre posibles ahorros de gestión de difícil concreción, habiéndose abandonado cualquier entrada de financiación complementaria), así como por *c*) los parámetros de distribución territorial finalmente aceptados (au-

sencia de ajuste demográfico, de compensaciones por nivelación de servicios más explícitas, arbitrariedad de determinados ajustes relativos a la compensación por enfermos desplazados), no va a disminuir en un próximo futuro.

Ello nos lleva a concretar, de manera tentativa, la siguiente propuesta de ordenación para orientar la reformulación de la financiación sanitaria:

1. Creación en el seno del Consejo Interterritorial de Salud de una comisión de expertos, consensuados por las distintas partes que lo componen, no como representantes políticos o de diversos ámbitos territoriales, sino del mundo social, científico y profesional. Su misión consistiría, a la vez que en realizar un seguimiento de la evolución del gasto sanitario y emitir propuestas que favorezcan la toma en consideración de determinadas reformas microeconómicas del sistema sanitario, en intentar, de este modo, despolitizar en la medida necesaria las propuestas de reforma sanitaria. La elaboración de informes sobre el estado y evolución del sistema sanitario español en sus aspectos de gasto (prestaciones) y financiación (fuentes), de un modo más continuado y recurrente, pueden suponer más ventajas efectivas que los *big bangs* de propuestas de reforma sanitaria (tipo trabajos de subcomisiones específicas o informes externos muy de vez en cuando).

2. Reconducción de la financiación de la sanidad al marco general de la financiación autonómica, a través de una apertura de espacio fiscal (respecto de los impuestos especiales, algunos tramos de la imposición sobre valor añadido o una cesta de combinación de fuentes) que garantice una corresponsabilidad fiscal real para el control, desde

las propias comunidades autónomas, de la evolución del gasto sanitario y de las prestaciones sanitarias. A esta última reflexión le dedicaremos la parte final al presente texto.

#### **IV. A MODO DE CONCLUSIÓN: EL FUTURO DE LA FINANCIACIÓN AUTONÓMICA DE LA SANIDAD**

Para resolver la disyuntiva comentada de exigencia, por un lado, de autonomía en la política sanitaria que permita la correspondencia deseable entre el gasto sanitario y las necesidades comunitarias, y de reclamo, por otro, de suficiencia financiera para sufragar cualquier gasto en que se haya incurrido, son básicamente dos las vías posibles de reforma de la financiación autonómica de la sanidad: la que se basa en el mantenimiento y «refinado» de las fórmulas de territorialización del gasto y la denominada línea de ingreso o de «espacio fiscal».

La primera alternativa (línea de gasto) supone la transferencia de una subvención cerrada en favor de los entes regionales, a partir del gasto estimado por el gobierno central para satisfacer las necesidades sanitarias y, por tanto, de una determinada manera de entender la política sanitaria. Bajo esta aproximación, y a diferencia de lo experimentado hasta ahora en España, la territorialización del gasto requiere estimaciones complejas, la articulación de distintos fondos y el establecimiento de cautelas que controlen el destino del gasto en favor de los factores determinantes de la desigualdad sanitaria que con la financiación se pretenden corregir.

La segunda alternativa, denominada de «espacio fiscal», capacita a las comunidades autónomas para sustituir o complementar la financiación central del gasto sanitario, con una solución autonómica que incorpore su capacidad tributaria propia. La garantía de la autonomía y sustentabilidad que ello implica en el ejercicio de las competencias por el lado del ingreso evita, como mínimo, el depender de las prácticas presupuestarias y financieras de la Administración central, devolviendo la capacidad de decisión sobre políticas de gasto a los parlamentos autonómicos. Se trata, como comentamos al principio de este trabajo, de sustituir la transferencia central por una cifra de financiación equivalente, a derivar del ejercicio de la autonomía tributaria, sobre un tramo preestablecido de recursos fiscales. Dicha capacidad recaudatoria, inicialmente equivalente al importe de la subvención, se podría reflejar en un tramo, libre o acotado, del tipo impositivo, o en forma de recargo sobre la cuota, ya sea en relación a un tributo o a una cesta de ellos. Se trataría con ello, en definitiva, de corresponsabilizar suficientemente a las comunidades en sus políticas de gasto. Los recursos derivados podrían ser incluso, si se desea, nominalmente singularizados (impuestos afectados) en su destino para la financiación del gasto sanitario y/o otros gastos sociales, favoreciendo, de este modo, su racionalización.

El objetivo de la política sanitaria se interpreta desde esta óptica, por parte del Estado, como de garantía de mínimos, sacrificando el uniformismo de las prestaciones sanitarias en atención a una mayor diversidad, expresión de las preferencias territoriales en la financiación de los servicios sanitarios. Al mismo tiempo, obliga a redefinir con ma-

yor claridad los recursos a disposición de los fondos que inciden en la redistribución territorial, interpretados, a su vez, en relación con la solidaridad que expresen no sólo dichos recursos, sino en el global del saldo fiscal (ingresos y gastos) de cada comunidad.

En conclusión, la «devolución» real de responsabilidades fiscales (en financiación y en gasto, sin reservas) a las comunidades autónomas incentiva el control del gasto sanitario y, en particular, de los diferenciales de utilización observados, ante aumentos potenciales en la prestación sanitaria en general.

Con el nuevo sistema de financiación autonómica recientemente aprobado, que abre definitivamente vías para la corresponsabilidad fiscal, la integración de la financiación sanitaria en la financiación general puede introducir también, como veíamos, los mecanismos necesarios para el autocontrol del gasto que ayuden a una efectiva sostenibilidad de la financiación de la sanidad pública en el futuro.

#### NOTAS

(\*) Texto preparado para el II Encuentro de la Asociación de Economía Pública, Madrid, diciembre, 1997. Buena parte del texto se ha beneficiado de trabajos anteriores, sobre el tema, de Beatriz González y Patricia Barber, Ana Rico, Jaume Puig y Carlos Murillo, aunque, por supuesto, no son ellos responsables del tratamiento del tema aquí realizado.

Deseo agradecer la asistencia a la investigación de David Casado, del Centre de Recerca en Economia i Salut de la Universidad Pompeu Fabra, y los comentarios de Laura Pellisé e Isabel Truyol a una primera versión de este texto. Asimismo, deseo dejar constancia del apoyo económico de la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación, proyecto PB 94-0848, y del Ministerio de Sanidad y Consumo.

(1) Así, por ejemplo, para los gastos de salud (EUROSTAT, 1980), 376\$ en España equivalen a 511\$ en la CEE, con una equivalencia del 74 por 100. Para 1984, en términos de PIB por habitante, el cociente del porcentaje del producto real vs. nominal español

respecto al total de la CEE era del 1,625. Esto es, el 40 por 100 en términos nominales, el 65 por 100 en términos reales.

(2) Como ha señalado BENNET (1980), en la medida en que las causas de dichas variaciones fuesen de carácter externo al servicio, como sería el caso si existiese un diferencial de costes de localización debidos a transporte, vivienda o coste de vida en general, los derivados del incentivo necesario para hacer posible la movilidad de factores productivos sobre el territorio, aquellos que se produzcan debido a las herencias del pasado (*sunk costs*) —que imponen costes ciertos e ineludibles sobre las decisiones de hoy—, o el extracoste resultante de factores técnicos (ambientales, marginalidad, o incluso acceso a determinadas economías de escala).

#### BIBLIOGRAFÍA

- BAREA, J., y col. (1992), *Análisis económico de los gastos públicos en Sanidad y previsión de los recursos necesarios a medio plazo*, Instituto de Estudios Fiscales.
- (1993), *Normalización de la estadística del gasto sanitario en España*, Universidad Autónoma de Madrid, diciembre.
- BAREA, J., y FUENTES QUINTANA, E. (1997), «El déficit público de la democracia española», *PAPELES DE ECONOMÍA ESPAÑOLA*, número 68, Madrid.
- BENNET, R. (1980), *The geography of public finance*, Londres, Methuen.
- (1988), «Distribution of benefits from government services horizontal equity», *Public Finance*, n.º 1.
- BLANCO, A., y DE BUSTOS, A. (1996), «El gasto sanitario público en España: Diez años de Sistema Nacional de Salud. Un método de análisis basado en la Contabilidad Nacional y previsiones hasta el año 2000», D. G. de Planificación, M.º de Economía y Hacienda, *Documento de trabajo*, n.º 96003.
- BRAZIER, R. (1994), «Allowing for London market forces: the case of the NHS», *Public Money*, septiembre 1987.
- COURCHENE, T. J. (1986), «Imposición sobre la renta e igualación de recursos: perspectivas canadienses», en *Seminario sobre la corresponsabilidad fiscal y nivelación de recursos*, Institut d'Estudis Autonòmics, *Quaderns de Treball*, n.º 46, Generalitat de Catalunya.
- CULYER, A. J. (1988), «Health care expenditures in Canada: Myth and reality; past and future», *Canadian Tax Journal*, n.º 82, Canadian Tax Foundation.
- CULYER, A. J.; WISEMAN, J.; DRUMMOND, M., y WEST, P. (1978), «What accounts for the higher costs of the teaching hospitals?», en *Social and Economic Administration*, volumen 12, 1, primavera.
- DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY (1976), *Resources allocation working party*, DHSS, Londres.
- (1994), *Revenue resource allocation. Weighted capitation formula*, NHS Executive.

GETZEN, T. E. (1992), «Population aging and the growth of health expenditures», *Journal of Gerontology*, n.º 47, págs. 98-104.

IBERN, P. (1995), «El envejecimiento y su impacto económico: algunas claves para una mejor comprensión», *Revista de Gerontología*, n.º 5, págs. 172-176.

LÓPEZ i CASASNOVAS, G., y otros (1993), *Estudio para la reforma de la financiación autonómica de la sanidad*, Generalitat de Catalunya.

LÓPEZ i CASASNOVAS, G., e IBERN, P. (1995), «Algunas consideraciones básicas para comprender la evolución de las cifras del gasto sanitario», *Hacienda Pública Española*, n.º 134, págs. 133-144.

LÓPEZ i CASASNOVAS, G., y CASADO, D. (1998), «La financiación de la sanidad pública española: aspectos macroeconómicos e incidencia en la descentralización fiscal», *Presupuesto y Gasto Público*, Ministerio de Economía y Hacienda (de próxima publicación).

MCLARTY, R. A. (1986), «Responsabilidad fiscal, participación en ingresos e igualdad», en *Seminario sobre la corresponsabilidad fiscal y nivelación de recursos*, Institut d'Estudis Autònoms, *Quaderns de Treball*, n.º 46, Generalitat de Catalunya.

MONASTERIO, C. (1996), «El proceso de descentralización del sector público. Del Estado centralista a la España de las Autonomías», ponencia presentada al Encuentro de la *Asociación de Economía Regional*, Pamplona, mimeo.

MATTEWS, R. (1996), «Federal State fiscal arrangements in Australia», *Reprint Series*, n.º 4579, The Australian National University, pág. 22.

NESTMAN, L. J. (1996), «Federal and provincial roles in canadian health care budgets», en *Fixing Health Budgets: Experience from Europe and North America*, editado por F. W. Schwartz y otros, Wiley.

OATES, W. (1985), «Searching for Leviathan: An empirical study», *American Economic Review*, septiembre.

OCDE (1987), *Financing and delivering health care*, París.

— (1995), *Ecosanté*, Health Data File.

PERRY, J. H. (1989), «A Fiscal History of Canada. The postwar years», *Canadian Tax Journal*, n.º 88, Canadian Tax Foundation.

SCHIEBER, G. J., y POUILLIER, J. P. (1989), «Overview of international comparisons of health care expenditures», *Health Care Financing Review*, Annual Supplement, páginas 1-7.

SMEE, C. H. (1996), «Setting regional allocations and national budgets in the UK», en *Fixing Health Budgets: Experience from Europe and North America*, editado por F. W. Schwartz y otros, Wiley.

SOLÉ VILANOVA, J. (1990), «El finançament de les províncies del Canadà: Un exemple d'autonomia tributària», *Nota d'Economia*, número 37, Conselleria d'Economia i Finances, Generalitat de Catalunya.

## Resumen

La evolución de la prestación sanitaria media parece moverse a impulsos de dos grandes factores: los tecnológicos, en gran medida exógenos a las autoridades sanitarias, y los políticos, o endógenos en respuesta a las expectativas y preferencias sociales sobre las posibilidades de la medicina en las sociedades occidentales. Como resultado, las capacidades de tratamiento sanitario se expanden, de la mano de la presión ciudadana, en sociedades cada vez más medicalizadas y en las que la industria sanitaria tiene un gran peso mediático.

En España, el incremento en la prestación sanitaria media registrada en los últimos años aparece como coetánea a la descentralización sanitaria. Así, existe diversidad no sólo en razón del contenido de algunas prestaciones sanitarias, sino también de su utilización por parte de la población. Nos interrogaremos en este trabajo acerca de la influencia de la descentralización sanitaria como inductor del crecimiento del gasto sanitario. A dicho fenómeno se asociarán aspectos relativos a procesos de «ilusión fiscal», o de emulación de políticas con falta de corresponsabilización en el gasto por parte de sus gestores.

La tesis que deseamos mantener es que la «devolución» de responsabilidades fiscales a las comunidades autónomas puede ser un buen antídoto para el control del gasto sanitario y, en particular, de los diferenciales de utilización.

Con el nuevo sistema de financiación autonómica, la integración de la financiación sanitaria en la general permite introducir los mecanismos necesarios para el autocontrol del gasto que aseguren una efectiva sostenibilidad de la financiación de la sanidad pública en el próximo futuro.

*Palabras clave:* financiación pública, prestaciones sanitarias, gasto autonómico en España.

## Abstract

Technological and social factors are beyond the increasing share of health expenditure on GDP. This implies that a mix of exogenous and endogenous factors influence health care delivery. Professional aims and social expectations on the production possibility frontier of health, on cure and care treatments, make for a rather difficult control of public health expenditure in OECD countries if reforms are not undertaken in the near future.

In Spain, the rise in public health expenditure seems to go hand by hand, with an important decentralization power of health care delivery to Regional Authorities. Whether this is just a coetaneous or a relevant explanatory factor is examined in this paper. The lack of fiscal accountability and some «fiscal illusion» aspects may undoubtedly influence, overall, public expenditure. But the absence of a rational distribution formula of regional health expenditure at the national level is an important factor too.

The argument of the paper focusses on the need of «devolution» of full responsibilities on health expenditure to the Spanish Autonomous Communities. A «fiscal room» process is proposed as a result of some technical adjustments on a capitative finance basis. Cross-boundary flows of patients, age structure of the population, teaching and research «externalities» and a geographical price adjustment are computed. This estimation is compared to the results of the new political agreement (November 97) on regional health expenditure. Some «caveats» are commented on the lack of technical robustness and political sustainability of the system for the future.

*Key words:* public financing, health expenditure, regional expenditure in Spain.

*JEL classification:* H51, I18, H11.