

"La Financiación Sanitaria Territorializada: Líneas de Reforma y Propuesta de un Modelo Integrador"

Gamazo Chillón, Juan Carlos (gamazo@der.uva.es) Universidad de Valladolid

Gayubo Pérez, Pablo (gayubo@der.uva.es) Universidad de Valladolid

Albillos Fernández, M^a Luisa. Universidad de Valladolid

González Hernández, José Manuel. Hospital Universitario Río Hortega (Valladolid)

Sañudo García, Soledad. Hospital Universitario Río Hortega (Valladolid)

Palabras Clave: financiación sanitaria, autonomía, solidaridad, corresponsabilidad, suficiencia.

RESUMEN

La literatura ha venido discutiendo dos alternativas en la financiación sanitaria territorializada, las denominadas “línea gasto” y “línea ingreso”. En la primera, la autonomía financiera de ingresos es nula, dado que todos los recursos provienen de la Hacienda Central y la autonomía de gastos es limitada, pues la Administración central determina el volumen global de recursos, aunque los criterios de reparto son pactados (acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera), y además los recursos tienen carácter condicionado, revistiendo la forma de subvenciones finalistas. En cambio, en la segunda alternativa cobra mucha mayor importancia la instrumentación autónoma de recursos financieros. Esta propuesta de financiación otorgaría a las Comunidades Autónomas un mayor margen para diseñar sus propias políticas de gasto y, lo que es más importante, permitiría la integración de la financiación autonómica sanitaria en la financiación autonómica general.

En este trabajo proponemos un modelo alternativo para la financiación sanitaria territorializada, que creemos es en cierta medida integrador de esas dos opciones, en cuanto el mismo incorpora más autonomía y corresponsabilidad fiscal y sin poner en peligro la suficiencia y la equidad. Un modelo, en suma, que sea armónico con los principios señalados previamente y en el que apostamos por un sistema de distribución territorial de los recursos financieros basado en el criterio caputivo ajustado.

"La Financiación Sanitaria Territorializada: Líneas de Reforma y Propuesta de un Modelo Integrador"

Gamazo Chillón, Juan Carlos
Gayubo Pérez, Pablo
Albillos Fernández, María Luisa
Sañudo García, Soledad
González Hernández, José Manuel

I. INTRODUCCIÓN.

Hoy en día continúa abierto el debate sobre la financiación de la sanidad. Tal debate además se ha animado por el convencimiento de la necesidad de reformar el sistema de financiación actual de la sanidad pública. Varias razones hacen inexcusable tal reforma.

En primer lugar, se da la circunstancia de que el actual Sistema de Financiación de los Servicios de Sanidad, aprobado por el Consejo de Política Fiscal y Financiera el 27 de noviembre de 1997, tiene un plazo de vigencia determinado, cubriendo el periodo 1998-2001.

En segundo lugar, conviene recordar que este acuerdo no fue unánime, ya que las CC.AA. de Castilla – La Mancha y Extremadura votaron en contra. No parece probable pues que exista voluntad de prorrogarlo sin más, máxime cuando han cambiado sustancialmente las bases y circunstancias sobre las que se construyó.

En tercer lugar, su aplicación ha revelado disfunciones y siguen sin resolverse problemas que cuestionan su validez. La reforma permitirá reducir o eliminar aquellas y buscar soluciones a los retos planteados. El criterio de equidad utilizado, de repartir los recursos en función de la población protegida, parece respetuoso con las reglas fijadas en la Ley General de Sanidad, pero no lo es totalmente. Esta Ley fija como objetivos de las políticas públicas sanitarias el logro de la igualdad de acceso a los servicios sanitarios y la orientación hacia la corrección de las desigualdades sanitarias (art. 3 y 12). Para lograrlo la asignación debería hacerse teniendo en cuenta “tanto la población a atender ... como las inversiones sanitarias a realizar para corregir las desigualdades territoriales sanitarias” (art. 81). En el Modelo no se han introducido instrumentos

para corregir posibles diferencias de dotaciones de capital público sanitario, ni siquiera se ha avanzado en la determinación de las mismas. En cambio, sí se han aplicado otros fondos específicos (para garantizar la estabilidad financiera ante los efectos de la evolución poblacional y para compensar costes internos generadores de efectos externos: atención a enfermos desplazados y gastos de financiación sanitaria especializada) con criterios de reparto no suficientemente objetivados. Además, estas asignaciones específicas están reconociendo la existencia de algunas necesidades singulares que ajustan la medida común con la variable capitativa simple. ¿Por qué no se han tenido en cuenta otras necesidades singulares derivadas de situaciones demográficas y sociales particulares, cuya consideración hubiera permitido acercarse más al objetivo de la “igualdad efectiva” que fija el artículo 3 de la Ley General de Sanidad?

Por otra parte, aunque el modelo ha intentado garantizar la suficiencia dinámica, haciendo evolucionar los recursos al ritmo de crecimiento del PIB nominal, deberían verse realmente los gastos realizados para comprobar si se ha respetado ese límite razonable de evolución, aunque tal vez no posible.

Lo que ciertamente supone un gravísimo defecto del actual modelo es su falta de autonomía financiera y de corresponsabilidad fiscal. Los recursos vienen del INSALUD totalmente determinados y condicionados en su utilización. Los gestores autonómicos no integran realmente el coste de prestación del servicio. Las insuficiencias siempre se producen por culpa de la Hacienda central que no transfiere bastantes recursos ...

Además de la posibilidad que habilita la reforma para introducir mejoras y solucionar o paliar alguno de los problemas expuestos, conviene recordar que en el año 2001 se van a producir dos circunstancias que invitan también a profundizar en la reforma de la sanidad. Por una parte, está totalmente decidido el modelo de traspaso de las competencias sanitarias a las diez CC.AA. que aún no las han asumido, con lo que el INSALUD dejará de tener competencias de gestión y deberá centrarse en las que le corresponden específicamente según la Ley General de Sanidad (Coordinación y Alta Inspección). Por otra, el Modelo de Financiación Autonómica General, basado en la LOFCA, también va a ser revisado al acabar el período de vigencia del actual modelo aprobado en 1996.

La conclusión es evidente: es un suceso cierto que el Modelo de financiación sanitaria va a ser reformado y, si se quiere lograr el éxito en dicha reforma, deberán tenerse en cuenta las circunstancias señaladas y los problemas apuntados.

Se han venido exponiendo dos alternativas de reforma de la financiación sanitaria territorializada, las denominadas “línea de gasto” y “línea de ingreso”. Ambas tienen que ver con una distinta materialización del principio de autonomía que establece la Constitución para los entes regionales. En la primera, la autonomía financiera de ingresos es nula, dado que todos los recursos provienen de la Hacienda central y la autonomía de gastos es limitada, pues la Administración central determina el volumen global de recursos, aunque los criterios de reparto son pactados (Acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera), y además los recursos tienen carácter condicionado, revistiendo la forma de subvenciones finalistas. Un modelo basado en esta alternativa centra todo su interés en la forma de determinar el “cuánto” de cada agente gestor, fijando las reglas de asignación de los recursos. La forma en que dichos agentes consigan tales ingresos, el “cómo” se instrumenta el volumen de financiación, pasa a un plano secundario, ya que la totalidad de los ingresos se consiguen a través de la única vía de las transferencias condicionadas. En cambio, en la segunda alternativa cobra mucha mayor importancia la instrumentación autonómica de los recursos financieros.

Analizamos a continuación ambas opciones con mayor detenimiento, aunque ya adelantamos que nuestra tesis es que los dos enfoques no son excluyentes, sino complementarios, pues son igualmente importantes el “cuánto” de la asignación (estimación de una envolvente financiera de necesidades de gasto) y el “cómo” se instrumenta la misma (diversas fuentes de recursos financieros para cubrir la necesidad sanitaria), con el fin de conseguir un equilibrio armónico de los principios de suficiencia solidaria y de autonomía y corresponsabilidad fiscal.

II. MODELO DE “LÍNEA DE GASTO” O “DESCENTRALIZACIÓN DEL GASTO”.

Esta alternativa básicamente consiste en cuantificar el gasto que cada C.A. requiere para hacer frente a sus necesidades en sanidad y transferirla los recursos correspondientes. Con esta

alternativa, la territorialización del gasto se financia por medio de subvenciones condicionadas del gobierno central a los autonómicos, estimándose la cuantía de esa transferencia a partir de la cuantificación del gasto considerado como necesario para la prestación del servicio transferido.

Este modelo centra su atención en la determinación del volumen de recursos que debe asignarse a cada ente gestor de la sanidad y, por tanto, el problema principal se concreta en elegir el criterio distributivo a aplicar. Los principales criterios que se podrían utilizar para la distribución de los recursos de acuerdo con esta primera alternativa de financiación territorializada de los servicios sanitarios serían los siguientes:

a) La mera negociación política entre la hacienda central y las haciendas subcentrales. Una cierta negociación política siempre va a ser necesaria en un sistema institucional como el español con múltiples niveles de gobierno cuya autonomía se reconoce constitucionalmente. Recordemos que el artículo 13 de la LOFCA, al diseñar la Participación en los ingresos del Estado de las CC.AA., establece que la misma “se negociará” ponderando diversas variables. Lo que resulta peligroso para la coherencia y estabilidad del sistema es una negociación política bilateral entre la Administración Central y cada Comunidad Autónoma porque se corre el riesgo de que las CC.AA. con más poder político se queden con un trozo más grande del pastel y, por lo tanto, se incrementen los posibles desequilibrios territoriales previamente existentes. La propia LOFCA ha creado un órgano para facilitar la negociación: el Consejo de Política Fiscal y Financiera. Lo importante es que tal negociación parta del estudio y valoración de los diversos criterios de asignación que se formulen.

b) Según un segundo criterio, la distribución de los recursos se haría de acuerdo con el coste efectivo de la prestación de los servicios sanitarios. Este criterio del coste efectivo sería el mismo que se ha utilizado con carácter general para realizar el traspaso de servicios a las CC.AA.. No debemos olvidar que los servicios públicos preexistían al Estado Autónomico y que la descentralización que éste exige en el momento de partida debía centrarse básicamente en la cesión a las CC.AA. de lo ya existente. Por otra parte, éste es el criterio que se ha utilizado para realizar los traspasos a las Comunidades Autónomas y, aunque posteriormente haya sido arrinconado al aprobarse otros, no debe nunca olvidarse su carácter de elemento de referencia permanente, aunque sólo sea de mínimos. Los diversos modelos de financiación aprobados y aplicados en los

quinquenios 1987-1991, 1992-1996 y 1997-2001, siempre han incluido la restricción de que ninguna comunidad podía quedar con un nivel de recursos inferior al logrado anteriormente. Un inconveniente en la aplicación de este criterio es que consolida las desigualdades ya existentes entre las diferentes regiones.

c) El tercer criterio defiende la distribución de los recursos en función del porcentaje de la población de una determinada C.A. respecto al total nacional. Es el criterio conocido como capitativo simple o per cápita. La variable población es utilizada en todos los sistemas fiscales como criterio básico de distribución de fondos de nivelación para cubrir la suficiencia financiera de las haciendas territoriales. Implícito está el hecho de que el gasto público, en definitiva, está destinado a satisfacer necesidades de las personas. En el caso de la sanidad la correlación directa del gasto con la persona es evidente. De hecho es el criterio adoptado por la Ley General de Sanidad (LGS) de 1986, en su artículo 82. Es obvio aceptar el papel relevante que debe desempeñar la población en la distribución de los recursos para atender las necesidades sanitarias. Pero, ¿debe ser la única variable de reparto?

Contestar a esta cuestión exige plantearse con carácter previo cuáles son los objetivos de la sanidad pública. En el artículo 3.2 de la LGS se señala que el mismo es asegurar el acceso a las prestaciones sanitarias en condiciones de “igualdad efectiva”. ¿Este objetivo se logra mejor igualando la financiación per cápita o buscando una mayor aproximación a través de la utilización de variables complementarias que ajusten la variable básica de la población? Contemplar estos indicadores de necesidades especiales implica formular otro criterio de distribución que exponemos seguidamente.

d) El último criterio que señalamos es el capitativo compuesto, según el cual el reparto igualitario per cápita debería ser corregido en función de las distintas necesidades de los ciudadanos de las diferentes Comunidades. La toma en consideración de estas necesidades especiales, que permiten ajustar la medida de la necesidad general revelada por la población, se podría hacer con la incorporación de ciertas variables, como por ejemplo: costes efectivos de la prestación sanitaria en las distintas CC.AA., evolución temporal de la estructura y dimensión de la población de cada región, etc. También en este criterio capitativo compuesto se podría añadir alguna ponderación para

compensar posibles desequilibrios territoriales, aunque tal vez convenga articular una financiación específica para atender este objetivo. Así, se podrían tener en cuenta factores demográficos, económicos o cualesquier otros con incidencia en el consumo de bienes y servicios sanitarios. Obviamente, la consideración de estos factores produciría un reparto de los recursos para la financiación de las necesidades sanitarias muy distinta a la resultante de aplicar el criterio del coste efectivo (o histórico) de los servicios o a la resultante de aplicar el criterio capitativo simple. Un buen ejemplo de la aplicación de esta modalidad de reparto lo constituye el sistema inglés, conocido por sus iniciales RAWP (Resource Allocation Working Party), que hace depender el sistema capitativo normal de factores tales como: la estructura socioeconómica, la estructura demográfica, las necesidades sanitarias locales y la diferencia en costes de servicios sanitarios entre las distintas zonas del país.

Como cabe imaginar, la elección de uno de esos criterios en detrimento de los otros origina consecuencias no desdeñables en cuanto a la situación relativa de la financiación sanitaria de cada C.A. en relación con el resto.

A nuestro juicio, un sistema de financiación territorializada de los servicios sanitarios basado exclusivamente en el método del presupuesto histórico (coste efectivo), no permitiría abordar la corrección de las desigualdades existentes en la dotación inicial de los servicios, ni las diferencias en el gasto per cápita, ni tendría en cuenta los cambios en la estructura social (envejecimiento), ni la morbilidad, ni los movimientos poblacionales. Para salvar esta dificultad, los legisladores en la Ley General de Sanidad adoptaron el criterio capitativo de la población protegida. Con este criterio se perseguía también incorporar sencillez al sistema. Pero si se quiere garantizar la consecución del principio de equidad, entendido éste como la atención a la población de acuerdo con sus necesidades, parece evidente la existencia de importantes diferencias entre las CC.AA. en cuanto a la estructura demográfica, nivel de riqueza, coste de los servicios suministrados, saldo de desplazados, etc. Estas circunstancias obligan a modular el criterio de la población protegida con la consideración de otras variables si se pretende que la distribución de los recursos sanitarios se realice de acuerdo con el principio de equidad explicitado en la propia Ley General de Sanidad. Una posible solución sería tomar diversas variables de ajuste que, intentando medir mejor la necesidad especial, modulan el criterio capitativo simple en la financiación sanitaria. Entre esas variables de

ajuste cabe citar: la estructura demográfica, el saldo de desplazados, el nivel de riqueza, diversos aspectos geográficos, las infraestructuras sanitarias, etc.

III. MODELO DE “LÍNEA DE INGRESO” O “ESPACIO FISCAL”.

Esta segunda alternativa de financiación territorializada de la sanidad propone un sistema de financiación autonómica de los servicios sanitarios basado en la aportación de recursos propios de las CC.AA. Esta propuesta de financiación otorgaría a las CC.AA. un mayor margen para diseñar sus propias políticas de gasto y, lo que es más importante, permitiría la integración de la financiación autonómica sanitaria en el financiación autonómica general, lo cual parecería lógico una vez se hayan completado las transferencias de competencias en materia de sanidad a todas las CC.AA. y cuando las cotizaciones sociales han dejado de ser la fuente de financiación del sistema sanitario español.

Esta segunda línea de reforma abandona la vía de financiación por transferencias finalistas condicionadas de la Administración Central y se basa en último extremo en la autonomía, tanto política como financiera, de las CC.AA. Los mecanismos a través de los cuales se podría materializar esta vía son, entre otros: cesión de nuevos tributos, conversión de tributos cedidos en propios de cada C.A., establecimiento de un espacio fiscal propio, etc¹. Esta última propuesta presenta la ventaja de garantizar la autonomía con que deben contar las CC.AA., ya que las permitiría diseñar sus propias políticas en la prestación sanitaria y, además, enlaza con la probable evolución del sistema de financiación autonómica general (cesión parcial del IRPF, previsible cesión de impuestos especiales y del IVA minorista)². Sin embargo, esta alternativa únicamente tendría sentido en una situación en la que la financiación de la sanidad autonómica se integrara en el sistema general de financiación autonómica, no en caso contrario.

Dado que, como ya vimos en epígrafes anteriores, el actual modelo de financiación territorial de la sanidad en España finaliza su vigencia en el año 2001, año en el que también concluye el sistema general de financiación autonómica, esta coincidencia temporal quizás sea una buena oportunidad para integrar la financiación sanitaria en la autonómica y conseguir a la vez un

¹ Si se desea profundizar en estos temas se recomienda la lectura de López et al. (1999).

modelo estable y libre, en la medida de lo posible, de toda presión política. Una vez completadas las transferencias de sanidad a todas las CC.AA., no creemos que exista argumento alguno que pueda justificar un tratamiento diferenciado de la financiación territorial de los servicios sanitarios frente al resto de servicios transferidos. Junto con la mayoría de la literatura, estimamos que la integración de la financiación sanitaria en la financiación autonómica general será prácticamente inevitable una vez todas las CC.AA. reciban las transferencias de los servicios sanitarios y desaparezcan totalmente las cotizaciones como fuente de financiación de la sanidad pública. En ese nuevo marco, la alternativa de financiación territorializada de los servicios sanitarios a utilizar irá más en la "línea ingreso" o "espacio fiscal", pero deberá integrar de forma equilibrada los principios constitucionales exigidos para lograr una adecuada financiación descentralizada: autonomía, solidaridad y coordinación.

Este enfoque centrado únicamente en la materialización de un espacio fiscal resulta parcial y, por ello, las propuestas que sólo se basen en él acabarán siendo insatisfactorias. Intentarán ciertamente solucionar algunos problemas actualmente existentes, en el ámbito de la carencia de suficiente autonomía y de la falta de corresponsabilidad fiscal, pero olvidarán las cuestiones de suficiencia y de equidad que igualmente demanda el modelo.

Los sucesivos sistemas de financiación de la sanidad aplicados se han caracterizado por seguir la vía de descentralización del gasto, primero estimando su volumen con los criterios del coste efectivo de los servicios transferidos y, a partir de la Ley General de Sanidad, en los modelos de los años 1994-97 y 1998-2001, con el criterio de la población protegida. Siempre la instrumentación de este montante o "cuánto" se ha hecho mediante transferencias de carácter finalista del INSALUD. Esta forma de financiación tenía una lógica histórica que no debe olvidarse. La sanidad seguía el modelo de seguridad social, es decir, la financiación de los gastos sanitarios, lo mismo que la de las pensiones, se basaba en las cotizaciones sociales abonadas por las empresas y los trabajadores. La Constitución reserva al Estado en el art. 149.1.17ª la competencia exclusiva sobre la legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social, y se consideraba que la Sanidad se cubría con la caja única de tal sistema, caja que no resulta descentralizable. Pero la evolución del sistema sanitario español hacia el modelo de "sistema nacional de salud", financiado

² Ventajas estas que destaca el profesor Monasterio (1997).

prácticamente en su totalidad con impuestos, permite plantear opciones de financiación de la sanidad autonómica que no eran elegibles anteriormente.

Los modelos utilizados han garantizado la financiación hasta los límites en ellos fijados, pero su instrumentación única con subvenciones finalistas ha atentado contra un principio básico del Estado Autonómico: realmente las CC.AA. no han dispuesto de autonomía financiera para atender esta competencia fundamental para el bienestar de sus ciudadanos que es la sanidad. Los parlamentos autonómicos deben contar con capacidad real de decisión sobre la política de gasto sanitario. Salvaguardando una igualdad real de oportunidades de recibir asistencia sanitaria, debe considerarse aceptable en un sistema descentralizado un cierto nivel de desigualdad, justificado tanto por las diferencias de eficiencia en la gestión, como por las ofertas adicionales apoyadas en mayor esfuerzo fiscal en respuesta a preferencias especiales de los ciudadanos de cada circunscripción.

Además, financiar todo el gasto sanitario con transferencias centrales provoca una gran ilusión fiscal en los gestores y en los propios ciudadanos que reciben las prestaciones sanitarias. La consecuencia perversa es la falta de corresponsabilidad fiscal.

En consecuencia, es evidente que hay que introducir en el modelo de financiación más autonomía y más corresponsabilidad fiscal. Pero ello debe hacerse sin poner en peligro la suficiencia y la equidad, pues es básico no olvidar las importantes diferencias de capacidad fiscal existentes entre las CC.AA.. Es este factor el que queda obscurecido en el enfoque denominado “vía ingresos”. No olvidemos que, como señala Mathews, la instrumentación de perecuaciones horizontales (modelos de nivelación) constituye un elemento esencial del Federalismo fiscal. Con la igualación de la capacidad fiscal se logra mantener las ventajas de la descentralización y evitar sus inconvenientes, ya que cada gobierno subcentral puede decidir la provisión de bienes y servicios que desean sus ciudadanos con las mismas posibilidades que los restantes gobiernos del mismo nivel, al no estar condicionados por las diferencias en sus capacidades impositivas o por los costes de provisión de los servicios³.

³ Mathews (1986), pág. 76.

IV. PROPUESTA DE UN MODELO ALTERNATIVO DE FINANCIACIÓN SANITARIA.

Para comprender nuestra argumentación conviene que introduzcamos en el problema de la financiación tres aspectos distintos aunque complementarios. Existe un problema de determinación de un cierto “cuánto” o volumen de recursos que deberían conseguir las CC.AA., otro problema consiste en “cómo” instrumentar o en cómo conseguir tales recursos, lo que puede lograrse de forma menos o más autónoma y, por último, existe un problema dinámico, el de la evolución temporal de tales recursos de modo que se vayan acomodando a unas necesidades también evolutivas, en parte por motivos meramente de actualización de la unidad de medida monetaria y en parte por las exigencias de una creciente demanda.

El “cuánto” o volumen que debe alcanzar la financiación de suficiencia para atender los servicios sanitarios va a depender en primer lugar de una cierta masa global crítica definida por las preferencias políticas de la sociedad. Existe ya una cierta base de partida que constituye el montante de recursos destinados a la sanidad pública y que presenta claros signos de rigidez a la baja y, por el contrario, una elasticidad-renta positiva. En el futuro, parece lógico pensar que este montante global va a guardar una relación directa, levemente creciente en el tiempo, con la evolución del PIB. Pero el enfoque del “cuánto” no solo se centra en el montante global sino también en la determinación de los volúmenes de financiación que deberían conseguir cada uno de los agentes gestores para efectuar las prestaciones sanitarias. Entramos con ello en los problemas de distribución del “cuánto” global. Queremos resaltar que el “cuánto” global influye como límite máximo o cota superior condicionando la distribución y por tanto el resultado de los “cuántos” individuales. Pero también es lógico aceptar que, estimados éstos en función de consideraciones de necesidad sanitaria, los mismos tensionan al alza la determinación del volumen global de recursos del sistema.

Para la asignación de los “cuántos” particulares se pueden utilizar cualesquiera de los criterios enunciados anteriormente al analizar la alternativa “vía gasto”: negociación política, coste histórico, reparto capitativo simple o reparto capitativo ajustado en virtud de consideraciones de especial necesidad o de diferencias de coste. El resultado final va a depender en definitiva de los acuerdos políticos que se logren en el seno del Consejo de Política Fiscal y Financiera. Las

alternativas fuertes son el mero reparto capitativo y el que introduce más variables de ajuste y de aproximación de la estimación de la suficiencia.

El criterio capitativo puro presenta la ventaja de la sencillez y la transparencia, elimina también los incentivos de introducción de ajustes “ad hoc” para lograr resultados interesados, pero supone una aproximación imperfecta a la estimación de las necesidades sanitarias. Asignar recursos de modo que se iguale la financiación per cápita ya introduce un potente componente solidario de nivelación. Pero la variable población solo constituye un “proxy” para estimar las necesidades sanitarias. Se puede lograr una aproximación mayor introduciendo otras variables complementarias tales como las ya analizadas (envejecimiento, dispersión, nivel de riqueza, costes especiales....), con lo que la distribución se vería mejorada, juzgada por su mayor adecuación a la consecución de los objetivos elegidos de política sanitaria.

Un enfoque similar aparece en el Libro Blanco sobre financiación general de las CC.AA.⁴, en el que al calcular los recursos que debe garantizar el Sistema de financiación se exponen las alternativas de igualar **el gasto por habitante** o **el gasto por usuario** (cuando no coinciden en los servicios públicos el número de habitantes y el número de usuarios) o **el gasto por usuario equivalente** (cuando no todos los usuarios consumen iguales cantidades de servicio para alcanzar el mismo nivel de prestación, como tenemos en el caso que nos ocupa, de la sanidad, con las personas de más edad, que para conservar la salud demandan más prestaciones sanitarias).

Resulta muy interesante ver por qué solución se decantan los autores del Libro Blanco. Para ellos, en el caso de la sanidad procede garantizar una capacidad de gasto igual por “usuario equivalente”. El caso indiscutible de esta diferencia de posición de un usuario respecto a los servicios (se refieren a que no todos los usuarios consumen iguales cantidades de servicio) es el de la sanidad, en la que la situación de los ancianos es diferenciable del resto⁵. Los usuarios equivalentes se calcularían como:

$$UE = U + \beta A$$

Siendo,

⁴ Ver Monasterio et al. (1995), pág. 73 y siguientes.

⁵ Monasterio et al. (1995), pág. 78.

- U el nº de usuarios de la sanidad (que en el colectivo cubierto por la Ley General de Sanidad sería la “población protegida”),
- A el nº de ancianos, y
- β el coeficiente que mide la mayor intensidad de atención que necesita dicho colectivo (según una estimación hecha por la OCDE tomando datos de ocho países europeos, el gasto sanitario por persona mayor de 65 años es 3,3 veces superior).

Por nuestra parte apostamos también claramente por esta última alternativa de distribución, la basada en el criterio capitativo ajustado, en particular tomando en consideración los usuarios equivalentes, aceptando que tales ajustes deben basarse en condiciones objetivas y no en simples preferencias o intereses de los agentes negociadores.

Es el momento de considerar el “cómo” de la financiación sanitaria. Cualquiera que sea el acuerdo logrado, el “cuánto” asignado está definido a nivel de referencia, como a continuación vamos a explicar. Pero en un modelo de descentralización política tan importante como el “cuánto” resulta el “cómo”⁶. La forma en que se consiguen los recursos en un sistema federal deviene fundamental para valorar la bondad del sistema y la posibilidad de lograr objetivos básicos del modelo: la autonomía financiera y la corresponsabilidad fiscal.

Estos objetivos no se pueden alcanzar instrumentando la financiación sanitaria como hasta ahora, con transferencias condicionadas recibidas de la Administración Central (distribución del Presupuesto del INSALUD). Además, en un próximo futuro, cuando se hayan culminado los procesos de transferencia de los servicios del INSALUD a todas las CC.AA., no resulta viable un modelo de reparto presupuestario como el que se viene practicando. Por tanto, las CC.AA. deben tener capacidad fiscal propia, tal como postula la “vía de ingreso”. ¿Pero qué capacidad fiscal pueden desarrollar las CC.AA.?

La posibilidad de crear tributos propios la tienen reconocida ciertamente las CC.AA., pero no nos engañemos, esta vía está vedada como elemento fundamental de la financiación sanitaria

⁶ García, A.; Gayubo, P. y Salinas, J. (1999), pág. 71.

(salvo en un componente marginal o adicional, de cubrir mayores preferencias sociales no atendidas actualmente) porque:

- El campo libre de los hechos impositivos a disposición de las CC.AA. es reducidísimo (casi todo lo que se podía gravar, ya estaba gravado por el Estado Central o por los Ayuntamientos, antes de que nacieran las CC.AA.).
- Los servicios sanitarios ya se están financiando actualmente con los impuestos que pagan los ciudadanos, por lo que es imposible pensar en crear figuras nuevas, salvo que se vean acompañadas de la simultánea desaparición o reducción de otras actualmente existentes.

La única solución posible debemos buscarla en una cierta “devolución” o reparto de capacidad fiscal, actualmente en manos de la Hacienda Central y que debe pasar a las CC.AA..

Esta “devolución” ¿deberá ser específica para financiar la sanidad, o ha llegado el momento de considerar este servicio con los restantes asumidos por las CC.AA. y contemplar en su integridad el problema de la financiación autonómica? La primera opción se podrá estimar, incluso hasta podría defenderse en una situación coyuntural como la actual en que no es probable que las 10 CC.AA. que actualmente no tienen asumidas las competencias de atención sanitaria las consigan en el año 2001. Pero esta solución introduciría un factor de inestabilidad en el sistema de financiación y parece conveniente intentar la integración total de la financiación de la sanidad en un único sistema de financiación autonómica, arbitrando algún mecanismo transitorio. Además, conviene señalar que tal integración resulta imprescindible si se quiere aumentar, como todos aceptan, la capacidad fiscal que actualmente tienen cedida las CC.AA. según el modelo de financiación general del quinquenio 1997-2001.

Establecido el “cuánto” y el “cómo” del Modelo, veamos cuál es su evolución dinámica. La Participación en los Ingresos Generales del Estado de cada Comunidad (PIGi) en los diversos años del quinquenio será la que resulte de aplicar el porcentaje correspondiente a los Ingresos del Estado Ajustados Estructuralmente (ITAE). Los restantes instrumentos (tributos cedidos, TC, participación territorializada en el IRPF, P_{IRPF} , y tramo autonómico del IRPF, T_{IRPFi}) en cambio habrán tenido la evolución temporal que haya resultado de su recaudación efectiva (aunque conviene no olvidar que

el modelo introducía tres garantías de evolución de los recursos “devueltos”, una de las cuales, la llamada “garantía IRPF”, asigna un límite mínimo en la evolución de los recursos obtenidos por IRPF, P_{IRPFi} y T_{IRPFi} , igual al incremento del PIB nominal).

Este Modelo general de financiación está vigente también hasta finales de 2001 y su reforma resulta inevitable. Entre los muchos factores que podríamos señalar para fundamentar tal proposición, vamos a escoger sólo los siguientes:

- Todas las CC.AA. en el 2002 tendrán ya el mismo nivel competencial, habiendo asumido durante el quinquenio los servicios de educación (y próximamente los sanitarios). Este hecho rompe totalmente el modelo de referencia de nivelación aprobado en 1992 basado en el distinto peso de las variables según se tratase de CCAA del artículo 151 o del artículo 143 y exige pactar una nueva fórmula de determinación de la “envolvente de necesidad” o del “cuánto de suficiencia” a asignar a cada una de las Comunidades. Esta nueva fórmula supondrá una nueva cristalización o ponderación de las variables del artículo 13 de la LOFCA.
- Tres CC.AA., Andalucía, Castilla-La Mancha y Extremadura, se opusieron en su día al Modelo general de financiación y siguen presentando recursos de inconstitucionalidad contra el mismo cada vez que se aprueba una nueva Ley de Presupuestos Generales del Estado. En el futuro, podrían existir más Comunidades extra-sistema. Es imprescindible buscar un consenso general.
- El Modelo ha presentado desequilibrios en su evolución temporal, básicamente por el comportamiento recaudatorio del IRPF, que han obligado a la aplicación de la garantía de suficiencia señalada, lo que hace cuestionar por una parte el verdadero grado de corresponsabilidad del sistema y, por otra, ha despertado las señales de alarma de la Hacienda central que actúa como ente asegurador y de algunas Haciendas autonómicas que contemplan con preocupación las divergencias dinámicas producidas .
- Sigue siendo necesario aumentar el grado de autonomía financiera y de corresponsabilidad fiscal de las CC.AA..
- La financiación específica sanitaria plantea un reto que debe afrontarse conjuntamente con los restantes de la financiación autonómica.

En la situación actual existen ya algunas CC.AA., como Cataluña y Madrid, para las que aumentar la capacidad fiscal “devuelta”, mediante el incremento de la cesión del IRPF y de cesiones parciales y participaciones territorializadas de impuestos especiales y del IVA, supone superar el “cuánto” de suficiencia actualmente establecido (montante estimado de sus necesidades de gasto) y sería necesario arbitrar PIG negativas o cupos a favor de la Hacienda Central. La única forma de encajar el modelo y que en el mismo se aumente la autonomía financiera y la corresponsabilidad fiscal, está en incluir las competencias sanitarias en el montante global general. Lo cual, por otra parte, por cuanto venimos señalando, resulta muy conveniente como solución general. Además, el modelo LOFCA es en esta etapa plenamente aplicable, dado que la financiación sanitaria se realiza ya totalmente con fuentes tributarias.

Esta **integración de la Financiación Sanitaria en el Modelo de Financiación General** exige:

1º Determinar el “cuánto” global y particular de cada C.A.. Para estimar dicho montante global como mínimo habrá que tener en cuenta los recursos definitivos que resultan de los actuales sistemas separados, general y sanitario. La asignación particular a cada Comunidad exige negociar la elección y ponderación de un conjunto de variables que permitan estimar las necesidades de gasto de las CC.AA.. Esta determinación solo servirá para instrumentar la PIG que seguirá desempeñando el papel básico de nivelación en el sistema. Para tal determinación podrían hacerse tal vez dos ponderaciones, manteniendo en una el ajuste a las necesidades generales (ya incluida la competencia de educación) y dejando la otra para estimar las necesidades de gasto sanitario⁷.

Tal posibilidad podría además justificarse por el gran peso que tiene la competencia de sanidad y por las particularidades interpretativas que habría que introducir en el artículo 13 de la LOFCA para que se ajuste a las reglas distributivas de la Ley General de Sanidad. Pero no es

⁷ Una diferenciación de variables y de ponderaciones de las mismas ya se aplicó en el Modelo de financiación general del quinquenio 1987-91, en el que se distinguían los bloques de competencias comunes y de competencias de educación.

imprescindible dicha diferenciación, porque siempre podría buscarse una combinación de variables única que se acepte como “proxy” de la necesidad de gasto autonómico:

- Estimaciones diferenciadas de los “cuántos”:

- $\varphi(Z_i)_{\text{COMPETENCIAS GENERALES}}$

Siendo $\varphi(Z_i)$ = cierta ponderación de las variables población, superficie, densidad, riqueza relativa, esfuerzo fiscal⁸, etc. Lógicamente la variable población tendrá un peso fundamental como indicador de necesidades generales, pero resultará ajustada con las restantes variables que manifiestan necesidades especiales.

- $\varphi(S_i)_{\text{COMPETENCIAS SANITARIAS}}$,

Siendo $\varphi(S_i)$ = cierta ponderación de la variable población, ajustada por factores de envejecimiento, saldo de desplazados, coste de docencia, densidad poblacional, nivel de riqueza...

A cada Comunidad se le asignarán los montantes resultantes de $\varphi(Z_i)$ y de $\varphi(S_i)$ como “Financiación básica de suficiencia” (FB) de referencia:

$$\text{FB suficiencia} = \varphi(Z_i) + \varphi(S_i)$$

- Si por el contrario, la estimación de los “cuántos” es única, habrá que buscar una combinación de variables y ponderaciones $\varphi(X_i)$ que sirva para estimar en su totalidad tal bloque de suficiencia

$$\text{FB suficiencia} = \varphi(X_i)$$

2º Concretar la forma de instrumentación, el “cómo” de la financiación autonómica. Parece claro que el modelo debe avanzar hacia una mayor autonomía y corresponsabilidad fiscal, mediante la “devolución” de mayor capacidad fiscal a las CC.AA..

¿Cómo lograr esta devolución adicional de capacidad fiscal? Se vienen formulando diversas alternativas que coinciden en centrar la cesión en el IRPF, los Impuestos Especiales y el IVA.

- Actualmente el IRPF cedido puede estimarse en el 30% (considerando la desaparición de la P_{IRPF} y su transformación en T_{IRPF} , pactada para el año 2001 y aún no producida). Se habla de que el porcentaje cedido en dicho impuesto directo puede llegar al 40% o incluso al 50%. Esta solución debería meditar en la medida en que puede verse tal vez excesivamente mermada la capacidad estabilizadora de la política fiscal del Estado y sobre todo si la evolución de la recaudación territorializada sigue mostrando las profundas diferencias que han aparecido estos años. (Por ejemplo el IRPF tarifa estatal ha crecido de 1996 a 1998 de forma muy desigual en las diversas regiones españolas: Los mayores crecimientos se han producido en Canarias (16,18%), Baleares (14,36%), Madrid (12,08%), Cantabria (11,80%), Cataluña (10,76%), etc., frente a incrementos mínimos en Aragón (6,75%), Galicia (6,34%), Asturias (5,46%) y Castilla y León (3,91%), salvadas financieramente estas últimas Comunidades gracias a la aplicación de las garantías del sistema.
- La cesión del IVA minorista sería en teoría más conveniente por la neutralidad, estabilidad y elasticidad de este recurso, pero técnicamente resulta de muy difícil materialización. La única instrumentación posible es articulando una participación territorializada sobre el consumo general gravado con este impuesto o sobre algunos consumos como los de energía, gas, combustibles, agua, seguros, etc., para los que puede resultar fácil identificar tal asignación consuntiva.
- En el caso de los Impuestos Especiales la instrumentación parece posible también si se limita a una participación territorializada en función de los consumos específicos. Una cesión total y más con capacidad normativa como algunos piden plantearía serios problemas de reparto equitativo de impuestos dado que la mayor parte de tales figuras tributarias se devengan en la fase de fabricación mientras que el contribuyente final resulta ser el consumidor. La única figura en que se puede producir sin problemas técnicos una cesión a las CC.AA. es el Impuesto Especial de Matriculación. La cesión de

⁸ En el Modelo el esfuerzo fiscal debería ser el realmente manifestado a través de modificaciones normativas o de esfuerzos reales de gestión y no como hasta ahora en que lo único que muestra es la distinta capacidad fiscal entre CC.AA. y sirve para reducir la progresividad del sistema fiscal.

los restantes sería posible si normativamente se configuran como impuestos en fase minorista.

Con este escenario, que parece ya prácticamente diseñado y aceptado por los principales grupos políticos, podemos preguntarnos en qué aumenta la corresponsabilidad fiscal de las CC.AA.. La respuesta es que en poco si se apoya en participaciones territorializadas y no en la cesión de nuevas figuras tributarias, con capacidad normativa. Se logrará ciertamente una mayor territorialización de ingresos y la evolución de la financiación autonómica obedecerá cada vez en mayor medida a las causas que explican la recaudación en cada Comunidad. Estas se han buscado únicamente en la mayor o menor eficacia en la gestión, pero es evidente que la recaudación obedece también a la evolución de la capacidad fiscal de cada C.A. (ya hemos apuntado lo ocurrido con el IRPF entre 1996 y 1998, cuya gestión podemos suponer aproximadamente uniforme en todo el territorio nacional).

Por tanto, las CC.AA. que tengan una menor capacidad fiscal dinámica arriesgan perder recursos financieros y el nivel de prestación de servicios disminuirá con respecto a la media. Por este motivo tal vez debería mantenerse en el nuevo sistema algún tipo de garantía de suficiencia que, sin compensar en su totalidad las desviaciones como ocurre ahora, lo hiciese si las mismas superan cierto porcentaje (podría ser un modelo análogo al denominado de “modulación financiera” que se aplica actualmente en el modelo de financiación sanitaria para evitar los efectos negativos excesivos derivados de la pérdida de población).

3º Instrumentar la nivelación horizontal, entendida ésta como la igualación de las capacidades fiscales para que todas las CC.AA. puedan prestar un nivel similar de servicios públicos, a través de la PIG.

La articulación de los fondos de nivelación prevista en artículo 15 de la LOFCA, frente a lo que manifiestan muchos políticos y estudiosos de la financiación autonómica, sólo puede servir para con carácter excepcional (en el sentido de que no se logre el objetivo con el instrumento ordinario de la PIG) garantizar un cierto nivel de provisión de servicios públicos. En muchas propuestas parciales parece desaparecer la PIG, cuyo papel pasaría a ser desempeñado por estas

asignaciones de nivelación del artículo 15. Se trata de una propuesta que debe ser rechazada radicalmente⁹.

En resumen, el Modelo futuro presentaría la siguiente formulación

$$\varphi(X_i) = \text{CUÁNTO} = \text{CÓMO} \\ \varphi(X_i) = \text{TC}_i + \text{T}_{\text{IRPFI}} + \text{P}(\text{C})_{\text{IESP}} + \text{P}(\text{C})_{\text{IVA minorista}} + \text{PIG}$$

de donde podría estimarse la PIG y el Porcentaje de forma similar a como ahora se hace.

$$\text{PPIE}_{i \text{ 2002-t}} = \frac{\varphi(X_i)_{\text{BASEi}} - [\text{TC}_i^N + \text{T}_{\text{IRPFI}} + \text{P}(\text{C})_{\text{IESPi}} + \text{P}(\text{C})_{\text{IVAi}}]_{\text{BASE}}}{\text{ITAE}_{\text{BASE}}}$$

Dentro de los Tributos Cedidos estaría posiblemente el Impuesto de Matriculación, como nueva figura tributaria autonómica y el resto podría revestir, por los motivos que hemos apuntado, la forma de Participaciones Territorializadas (P) o de tributos cedidos (C) si se modifica su configuración. Lógicamente el Modelo se cierra con la Participación en los Ingresos del Estado, que desempeña funciones de nivelación, cubriendo la solidaridad de suficiencia. Precisamente para comprobar que dicha fórmula tan sólo desempeña un papel de referencia para articular este instrumento de nivelación, en la fórmula los valores a minorar por la capacidad fiscal “devuelta” se estiman en cifras normadas o reales del año base, como se hace actualmente.

Si en 1 de enero de 2002 alguna de las CC.AA. no tiene aún asumidas las competencias sanitarias, no se plantearía ningún problema para realizar la integración futura de esta financiación específica en el Sistema General propuesto, ya que:

1º.- El Modelo, como ahora se hace con P_{IRPFI} , permitiría instrumentar las nuevas Participaciones en los Impuestos especiales y en el IVA (P_{IESPi} y P_{IVAi}) con porcentajes inferiores mientras no se asuman tales competencias.

⁹ Esta es la tesis principal defendida por García et al. (1999), en especial en el Capítulo IV.

2º.- En todo caso, el mecanismo del porcentaje de la PIG, tal como prevé el artículo 13 de la LOFCA, permite su variación y adaptación temporal para adecuarse a un nivel de suficiencia más elevado, tal como resultaría al incorporar el gasto estimado para los servicios sanitarios transferidos.

V. CONCLUSIONES.

El debate sobre la financiación territorial de la sanidad no está ni mucho menos cerrado, y prueba de ello es que dentro de la literatura han surgido básicamente dos alternativas de reforma en la financiación sanitaria territorializada. De acuerdo con la primera de ellas, conocida como línea de gasto o descentralización del gasto, la territorialización del gasto se financia por medio de subvenciones condicionadas del Gobierno Central a los Autonómicos, estimándose la cuantía de esa transferencia a partir de la cuantificación del gasto considerado como necesario para la prestación del servicio transferido. Mientras que la segunda alternativa de reforma, denominada línea ingreso o espacio fiscal, abandona la vía de las transferencias finalistas condicionadas de la Administración Central a las CC.AA. y propone un sistema de financiación autonómico de los servicios sanitarios basado en el desarrollo de la propia capacidad fiscal de las CC.AA.

Respecto a esas dos alternativas de reforma, los autores de este trabajo exploramos una tercera vía, considerando igualmente necesario cuantificar adecuadamente el volumen de recursos del que deben disponer las CC.AA. para atender los servicios sanitarios y la forma en que deben conseguirse tales ingresos, que debe apoyarse en la lógica de la alternativa segunda, línea de ingreso o espacio fiscal propio. La instrumentación de la financiación con mecanismos de capacidad fiscal propia (devuelta por el Estado) otorgaría a las CC.AA. una mayor autonomía para diseñar sus políticas de prestación de los servicios sanitarios y para decidir sobre la evolución del gasto público regional en servicios sanitarios. Además esta línea de ingreso permitiría la integración de la financiación autonómica sanitaria en el financiación autonómica general, inclusión esta que creemos inevitable una vez todas las CC.AA. reciban las transferencias de los servicios sanitarios y desaparezcan totalmente las cotizaciones como fuente de financiación de la sanidad pública y el presupuesto del INSALUD que ha servido hasta el momento como montante de reparto para financiar los servicios sanitarios. Pero, para que un modelo basado en la autonomía financiera y en la corresponsabilidad no haga peligrar la suficiencia y la solidaridad, es imprescindible que en el

mismo se incluya una estimación de necesidades de gasto, o envolvente financiera de suficiencia, que para la parte no cubierta con la capacidad fiscal propia "devuelta" cuente con mecanismos de nivelación garantizados por el Estado a través de la vía ordinaria de la PIG y, excepcionalmente, a través de las asignaciones previstas en el artículo 15 de la LOFCA.

Un problema también crucial para la financiación de la sanidad (integrada ya en la financiación general autonómica), es el que quede garantizada la evolución futura de la misma. Si la instrumentación se realiza, como en la actualidad, vía transferencias de la hacienda central, resulta más fácil implementar dicha garantía. En el futuro, la misma va a depender de la evolución recaudatoria de las propias fuentes tributarias. Simplificadamente se ha venido admitiendo la hipótesis de que la evolución de la capacidad fiscal está uniformemente distribuida por todas las CC.AA., con lo que las diferencias recaudatorias sólo obedecen a la mejor o peor gestión tributaria. Tal hipótesis consideramos es errónea y, por tanto, parece necesario articular alguna garantía que, sin eliminar los componentes de corresponsabilidad fiscal que introduciría el nuevo modelo de financiación, cubra posibles caídas recaudatorias acercando la recaudación de todas las CC.AA. al incremento medio.

VI. BIBLIOGRAFÍA.

Cabasés, J.M., (1998) "La financiación autonómica. Bases para una propuesta", Papeles de Economía Española, nº 76, págs.: 67-77.

Consejo de Política Fiscal y Financiera, (1997) "Financiación de los servicios de sanidad en el período 1998-2001", Madrid.

Fernández-Miranda, E., (2000) "Transferencias sanitarias: descentralizar y vertebrar", PricewaterhouseCoopers, Madrid.

García, A.; et Al., (1999) "La nivelación de los servicios públicos en el modelo de financiación autonómica", Universidad de Valladolid, Valladolid.

López, G., (1991) "La financiación autonómica de la sanidad: entre lo divino y lo humano", Papeles de Economía Española, nº 48, págs.: 254-255.

López, G., (1998) "Financiación autonómica y gasto sanitario público en España", Papeles de Economía Española, nº 76, págs.: 2-14.

- López, G.; et Al.,** (1999) "El sistema sanitario español: informe de una década", Fundación BBV, Bilbao.
- Mathews, J.,** (1986) "Sistemas comparados de federalismo fiscal: Australia, Canadá y Estados Unidos" en Ruiz-Huerta y Muñoz (eds.) Estado Federal - Estado Regional: la financiación de las Comunidades Autónomas" Diputación de Salamanca.
- Monasterio, C,** (1997) "Algunas reflexiones relativas al futuro de la descentralización sanitaria", mimeo.
- Monasterio, C; et Alía,** (1995) "Informe sobre el actual sistema de financiación autonómica y sus problemas (Libro Blanco de la financiación autonómica)", Instituto de Estudios Fiscales, Madrid.
- Sánchez, J.; Gómez, J.S.,** (1998) "La financiación territorial de la sanidad: especial referencia a España", Papeles de Economía Española, nº 76, págs.: 19-49.
- Truyoll, I.,** (1999) "La financiación de las Comunidades Autónomas: presente y futuro", Revista de Administración Sanitaria, vol. III, nº 12, págs.: 81-93.
- Urbanos, R.M.; Utrilla A.,** (2000) "Incidencia del traspaso de competencias sanitarias en los recursos autonómicos, una simulación de escenarios alternativos de financiación", Papeles de Economía Española, nº 83, págs.: 184-206.