

La financiación sanitaria en el periodo 2002-2006

Spanish system of health regional financing in period 2002-2006

Julián García Cabello
Junta de Andalucía

PALABRAS CLAVE: Financiación autonómica, Financiación sanitaria

KEY WORDS: Regional financing, Health regional financing

Clasificación JEL: H71, H77

RESUMEN

El objetivo del trabajo consiste en obtener y analizar los resultados del modelo de FS tanto en el año base como en el periodo 2002-2006, desde la perspectiva de su adecuación a los principios de suficiencia, equidad y autonomía financiera, respondiendo entre otras a las siguientes cuestiones:

- ¿Qué incrementos de recursos y que financiación por habitante han obtenido las CCAA tanto en el año base como en la evolución del sistema?
- ¿Está proporcionado suficientes recursos para cubrir la evolución de las necesidades y del gasto?
- ¿Ha mejorado la suficiencia y la equidad respecto del modelo anterior de FS?
- Es excesivo el nivel del gasto sanitario y el ritmo de su crecimiento? ¿De persistir esa dinámica podrá financiarse sin dificultades?
- ¿Qué conclusiones podemos obtener de cara a la reforma del SFA?

En cuanto a la metodología, partiendo de los datos oficiales publicados hemos obtenido la financiación resultante del modelo, la población (protegida y equivalente), y el gasto sanitario de todas las CC.AA. En base a esos datos se han calculado también los indicadores necesarios para el análisis. Asimismo se estudia la aplicación de las garantías, las obligaciones de gasto mínimo, y los efectos del Acuerdo de FS de septiembre de 2005.

Como conclusión general podemos señalar que el modelo de FSA actual ha mejorado la suficiencia del mismo y la autonomía financiera de las CC.AA.. Pero no la equidad, debido fundamentalmente al crecimiento de la población, a la ausencia de mecanismos de actualización de las necesidades y recursos en el SFA, y a la ineficacia de las asignaciones de nivelación .

De cara a la próxima reforma del SFA, en el ámbito de la FSA sería preciso incrementar su montante actual, como mínimo consolidado todos los recursos que aporta el Acuerdo de 2005, modificar los criterios de reparto por otros que midan mejor las necesidades, mejorar la suficiencia dinámica ajustando con más eficacia los recursos a la evolución de aquellas, mantener la garantía del crecimiento con el PIB, y establecer unas asignaciones de nivelación más operativas.

ABSTRACT

The purpose of this report is to obtain and to analyze the Health Financing Model (HFM), both in the reference year and on 2002-2006 period, with the perspective of its adjustment to the sufficiency, financial autonomy and equity principles, trying to answer among others the following questions:

- What increases of resources and that financing by inhabitant have obtained the CCAA in the year base and on the evolution of the system?
- Are proportionate sufficient resources to cover the evolution with the necessities and the cost?
- Have the sufficiency and equity improved regarding the old model?
- Are the level of the sanitary cost and the rate of its growth excessive? to persist that dynamics, it will be able to finance without difficulties?
- Which conclusions can we reach with a view to the reform del HFM?

Concerning methodology, based on the published official data, we have obtained the resulting financing of the model, the population (protected and equivalent), and the sanitary cost of all the CC.AA. Based to those data have also calculated the necessary indicators for the analysis. Also it is studied the application of the guarantees, the obligations of minimum cost, and the effects in the Agreement of FS of September of 2005. As general conclusion, we can indicate that the present model of HFM has improved the sufficiency of the same one and the financial autonomy of the CC.AA. But not equity, due fundamentally to the growth of the population, the absence of mechanisms of update of the needs and resources in the HFM, and to the inefficiency of the allocations of leveling.

With a view to the next reform of the HFM, in the field of the HFM it would be precise to increase its present post, at least consolidating all the resources that the Agreement of 2005 contributes, to modify the distribution criteria by others that measure better the necessities, to improve the dynamic sufficiency fitting with more effectiveness the resources to the evolution of those, to maintain the guarantee of the growth with the GIP, and to establish more operative allocations of leveling.

1. INTRODUCCIÓN

La Ley General de Sanidad (LEGSA) constituyó en 1986 el Sistema Nacional de Salud (SNS) que comprende todos los servicios sanitarios públicos, y que en la actualidad está gestionado fundamentalmente por las Comunidades Autónomas. Las competencias sanitarias de las CC.AA. corresponden esencialmente a los servicios transferidos de la Seguridad Social. Hasta 2001 sólo siete Comunidades tenían atribuidas estas competencias (entre ellas las dos forales) gestionándose el resto de los servicios sanitarios de la Seguridad Social de forma centralizada por el Insalud. Al final de ese ejercicio, las diez Comunidades que estaban en el ámbito de Insalud Gestión Directa (IGD) recibieron el traspaso de sus servicios.

Entre 1994 y 2001 los servicios de Insalud y los de las CC.AA. que disponían de los servicios traspasados del mismo (CC.AA.-IT), se financiaban con un modelo independiente basado en la población protegida como variable de distribución y en el PIB como criterio de evolución.

En el año 2001 finalizaba la vigencia de los modelos de financiación autonómica y sanitaria. Esta circunstancia, junto con la generalización del traspaso de los servicios sanitarios de la Seguridad Social a todas las Comunidades, se aprovechó para negociarlos conjuntamente, resultando finalmente un nuevo sistema de financiación autonómica (SFA en adelante) para las CC.AA. de régimen común que integra en el mismo además de la financiación de las competencias comunes, la sanitaria, así como la correspondiente a los servicios sociales de la Seguridad Social. Este nuevo modelo vigente desde 2002 fue acordado por el Consejo de Política Fiscal y Financiera el 27 de julio de 2001 y quedó regulado mediante la Ley 21/2001, de 27 de diciembre.

Este acuerdo elimina, pues, la independencia de la financiación sanitaria, y ya no puede hablarse propiamente de un sistema de financiación sanitaria, sino más bien de un subsistema o de la financiación sanitaria (FSA en adelante) dentro del modelo de financiación autonómica.

A pesar de ello, entendemos que la problemática la FSA requiere un tratamiento diferenciado por varios motivos:

- La Sanidad es uno de los pilares del Estado del Bienestar. Asimismo la Sanidad es la función que más peso tiene en el gasto de las Comunidades, llegando en 2006 al 33,4%. Y dentro de los bloques del SFA, el de la asistencia sanitaria supuso el 42,5% de la financiación definitiva en el año base.
- Hasta el año 2001, los servicios sanitarios de Insalud se financiaron en base a un modelo específico, como hemos señalado.
- Para los servicios sanitarios de la Seguridad Social, el nuevo modelo ha establecido varias características propias, que examinamos más adelante.
- A pesar de la importancia de la Sanidad pública dentro de nuestro modelo de Estado, la financiación sanitaria siempre ha adolecido de problemas de suficiencia. El nuevo sistema no ha estado exento de estos defectos, y en 2005 se acordó una apreciable inyección de recursos para el Sistema.

El objetivo del trabajo consiste en obtener y analizar los resultados del modelo de FS tanto en el año base como en el periodo 2002-2006, desde la perspectiva de su adecuación a los principios de suficiencia, equidad y autonomía financiera, respondiendo entre otras a las siguientes cuestiones:

- ¿Qué incrementos de recursos y que financiación por habitante han obtenido las CCAA tanto en el año base como en la evolución del sistema?
- ¿Está proporcionado suficientes recursos para cubrir la evolución de las necesidades y del gasto?
- ¿Ha mejorado la suficiencia y la equidad respecto del modelo anterior de FS?
- Es excesivo el nivel del gasto sanitario y el ritmo de su crecimiento? ¿De persistir esa dinámica podrá financiarse sin dificultades?
- ¿Qué conclusiones podemos obtener de cara a la reforma del SFA?

En cuanto a la metodología, partiendo de los datos oficiales publicados hemos obtenido la financiación resultante del modelo, la población (protegida y equivalente), y el gasto sanitario de todas las CC.AA. En base a esos datos se han calculado también los indicadores necesarios para el análisis. Asimismo se estudia la aplicación de las garantías, las obligaciones de gasto mínimo, y los efectos del Acuerdo de FS de septiembre de 2005.

2. ESPECIFICIDADES DE LA FINANCIACION SANITARIA EN EL SFA

Las notas específicas relativas a la FSA dentro del SFA son las siguientes: En primer lugar la necesidad de financiación de los mismos se calcula de forma separada y se reparte con variables propias; en segundo lugar aparecen varios fondos específicos (unos establecidos en el modelo y otros creados en 2005) así como garantías de financiación mínima; en tercer término se fijan unas condiciones para la evolución del gasto de los servicios sanitarios, y por último también se establecen unas asignaciones de nivelación especiales para ellos.

Necesidades de financiación

El Sistema diferencia tres bloques competenciales: competencias comunes, gestión de los servicios sanitarios de la Seguridad Social y gestión de los servicios sociales de la Seguridad Social.

Para el bloque sanitario, las necesidades de financiación de cada Comunidad Autónoma en el año base 1999, se obtienen aplicando unos criterios de distribución a la masa homogénea de financiación resultante de la suma de las liquidaciones presupuestarias que el Sistema de financiación de Insalud proporcionó tanto a la Gestión Directa como a las CC.AA. con la gestión transferida.

El Fondo General cuyo importe coincide con la masa de financiación se distribuye con los siguientes criterios:

- Población protegida de 1999 ponderada con el 75%.
- Población de derecho mayor de 65 años con una importancia del 24,5%.
- Insularidad con un peso del 0,5%.

Estas dos últimas variables son nuevas respecto al sistema anterior basado en la población protegida exclusivamente.

Garantías de mínimos en el año base

Al igual que en los otros dos bloques, en el sanitario también se garantiza que la financiación asignada al fondo general sea al menos igual a la que percibían anteriormente y que constituye su restricción. Para las Comunidades Autónomas que han recibido la transferencia de Insalud en 2001 se les garantiza además que su necesidad de financiación incorporará el coste efectivo si es mayor que la resultante del reparto. A diferencia de modelos y trasposos anteriores, no se estableció un sistema de ajuste en 10 años desde el coste de los trasposos hacia el criterio de reparto, como se había aplicado hasta entonces según lo establecido en el artículo 82 de la LEGSA, que fue modificado para ello.

Fondos específicos.

Se establecen dos fondos específicos para la Sanidad que no forman parte de las necesidades de financiación:

- 1 Fondo de ahorro en Incapacidad Temporal (Fondo IT). Su importe se establece en 240,40 millones de euros (M€), que se actualizará según se determine en las Leyes de Presupuestos Generales del Estado, permaneciendo como criterio de reparto la población protegida.
- 2 Fondo de Cohesión Sanitaria (FCS). Tiene como finalidad garantizar la igualdad de acceso a los servicios sanitarios públicos en todo el territorio español, y la atención a ciudadanos desplazados procedentes de países de la Unión Europea o de otros con los que exista convenio. La distribución se realizará de acuerdo a su regulación específica.

En virtud del Acuerdo de septiembre de 2005 sobre Financiación Sanitaria, se han creado tres nuevos fondos para compensar otros tantos costes adicionales que soportan las Comunidades: asistencia sanitaria a residentes extranjeros, atención en caso de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, y otro más por insularidad. Al mismo tiempo se han establecido unas aportaciones adicionales en los Presupuestos Generales del Estado (P.P.G.G.EE.) para 2006 y 2007, que se han mantenido en 2008 y 2009.

Garantías de financiación respecto de los servicios sanitarios.

Además de las garantías de mínimos para determinar las necesidades de financiación, el sistema recoge estas otras:

- La percepción en el año 2002, como mínimo, de la financiación obtenida en 2001 para las Comunidades Autónomas con la gestión de Insalud transferido antes de esa fecha.
- La aplicación del índice de evolución del PIBpm durante los tres primeros años. El Acuerdo de Sanidad mencionado ha extendido la garantía de sanidad a 2005 y 2006, aunque con un tope en su cuantía.

Asignaciones de nivelación.

La Ley regula en su artículo 67 las asignaciones de nivelación para los servicios públicos de educación y sanidad.

Para el caso de Sanidad quedaría afectado el nivel de prestación del servicio cuando la población protegida ponderada por la edad en los servicios sanitarios de una Comunidad se incremente en un año en más de tres puntos respecto al incremento porcentual medio nacional. Para el caso de la Comunidad de Castilla y León el límite se reduce al 1%.

Si se da esta circunstancia, se analizará por el Estado y la Comunidad afectada las causas de la misma y los recursos totales de la Comunidad, con el fin de determinar una compensación si procede. Estas asignaciones son aplicables exclusivamente a las desviaciones que se produzcan a partir del 1 de enero de 2002 (D.A. 1^ª).

Obligaciones de gasto

La ley 21/2001 recoge dos obligaciones para las CC.AA.:

- Las Comunidades Autónomas (art. 7.3) deberán destinar cada año a la financiación de estos servicios (excluida la parte correspondiente del Fondo I.T.) el valor de las necesidades calculadas para los mismos en 1999, incrementado en el ITEn acumulado. A tal fin quedan vinculados todos los recursos del sistema de financiación.
- Con independencia de lo anterior, para el año 2002 y 2003 las Comunidades Autónomas deberán destinar (según la D.T. 6^a y 7^a, esta última añadida en la ley 53/2002) a la financiación de aquellos, como mínimo, el importe de los impuestos indirectos cedidos en 2001 más la parte del Fondo de Suficiencia (FS) que corresponda a los servicios sanitarios de la Seguridad Social. Esto suponía afectar inicialmente determinados recursos a la financiación sanitaria.

Con la salvedad de los medios específicos mencionados, el Fondo General se financia con todos los recursos del SFA, es decir con los tributos cedidos de las CC.AA. y con el Fondo de Suficiencia.

3. RECURSOS DEL MODELO EN EL AÑO BASE Y EN EL PERIODO 2002-2006

Antes de presentar los resultados de la FSA debemos señalar en primer lugar que los datos de financiación de este apartado se refieren al Fondo General, y que los mismos están homogeneizados, en el sentido de que las competencias de las CC.AA. son homogéneas bien entre Comunidades (que denominaremos "competencias homogéneas entre CC.AA. a 1 de enero del ejercicio i"), bien para cada Comunidad entre los diferentes ejercicios aun siendo heterogéneas entre aquellas (en este caso lo designaremos por "competencias homogéneas a 1 de enero del ejercicio i").

1. Resultados en el año base 1999

Incrementos de financiación

La aplicación del modelo en el año base conforme a los datos publicados en 2005 por la Administración General del Estado (AGE) se recoge en el Cuadro 1, donde resaltan las siguientes notas:

- No hubo aportación adicional al fondo general como en competencias comunes, aunque la financiación aumentó en 24,95 M€ al efectuarse el reparto por variables incluyendo en la restricción al País Vasco, Navarra y las ciudades de Ceuta y Melilla.

- La distribución de la masa de financiación por las nuevas variables implicaba que nueve Comunidades ganaban y seis perdían. La compensación para que ninguna obtuviera menos recursos que los que ya percibía se elevó a 359,44 M€.
- Se produjo un aportación financiera adicional al garantizarse el coste efectivo de los traspasos de Insalud Gestión Directa efectuados en 2001, cuando este fuera superior a la financiación derivada de aplicar variables y statu quo, que afectó a cinco Comunidades. El importe fue de 143,77 M .

El incremento final sobre la restricción ascendió a 528,16 M , un 2,31% más que la misma. Esta mejora de la FSA podemos estimarla moderada si la comparamos con la de 1998 que se elevó a 861,6 M o con la de competencias comunes del vigente SFA cuyo incremento fue de 4,35%, máxime si consideramos que parte del aumento responde al coste de los traspasos. Al no existir aportación inicial al fondo, hubo Comunidades que no incrementaron sus recursos, mientras que otras lo hicieron bastante hasta un máximo de 29,57%. Este aumento benefició proporcionalmente más a las CC.AA. incluidas en el ámbito de IGD frente a las Comunidades que ya tenían el Insalud transferido, ya que las primeras aumentaron su financiación en 4,66% y las segundas tan sólo un 0,70%.

CUADRO 1
AÑO BASE 1999. ASISTENCIA SANITARIA. FINANCIACION RESULTANTE DE LA APLICACIÓN DEL MODELO EN EL FONDO GENERAL. (MILES DE EUROS)

CC.AA	Restricción inicial	Incremento por variables	Incremento por variables %	Statu quo	Incremento por traspasos	Total Financiación
Andalucía	4.402.479	-166.416	-3,78	166.416	0	4.402.479
Aragón	788.757	-20.531	-2,60	20.531	21.035	809.793
Asturias	725.752	-15.279	-2,11	15.279	18.252	744.005
Baleares	427.336	89.474	20,94	0	0	516.810
Canarias	982.830	51.574	5,25	0	0	1.034.404
Cantabria	360.612	-27.571	-7,65	27.571	39.066	399.678
Castilla y León	1.516.034	93.375	6,16	0	0	1.609.409
Castilla-La Mancha	1.006.700	87.397	8,68	0	0	1.094.097
Cataluña	3.975.886	-111.088	-2,79	111.088	0	3.975.886
Com. Valenciana	2.475.035	431	0,02	0	0	2.475.466
Extremadura	656.233	5.740	0,87	0	30.051	692.023
Galicia	1.692.804	42.862	2,53	0	0	1.735.666
Madrid	2.986.787	2.611	0,09	0	0	2.989.398
Murcia	674.073	-18.554	-2,75	18.554	0	674.072
Rioja (La)	156.535	10.925	6,98	0	35.370	202.830
Total CC.AA.	22.827.853	24.951	0,11	359.440	143.774	23.356.018

Fuente: Ministerio de Economía y Hacienda. Elaboración propia.
Competencias homogéneas entre CC.AA.

Los factores que condicionaron las diferencias entre la restricción inicial y la financiación definitiva, son los siguientes: actualización de la población protegida, mantenimiento del statu quo del gasto, garantía del coste de los traspasos, ausencia de aportación financiera inicial y modificación de las variables de reparto.

Una de las causas más importantes fue el cambio en las variables de distribución. Al contrario que en modelos de financiación sanitaria anteriores la población se ajustó por la edad, y de forma considerable, para efectuar el reparto. Esta modificación tal como se hizo puede ser discutible por varias razones.

En primer lugar, porque existen estudios y evidencias (véase por ejemplo, la Encuesta Nacional de Salud, donde queda patente la peor salud y mayor frecuentación de los servicios sanitarios por parte del segmento de población con menor status económico) que señalan que si bien la edad influye en las necesidades de gasto también inciden otros factores, como el nivel de salud, las condiciones socioeconómicas, el nivel educacional, la población desplazada temporalmente, etc. que no se tuvieron en cuenta.

Puesto que las necesidades de gasto dependen de diversos factores, distintas investigaciones apuntan que la población protegida es una variable más representativa de las necesidades que la población ponderada sólo por el consumo de los mayores. Al respecto podemos señalar que el gasto sanitario de las Comunidades entre 1999 y 2001 estaba menos disperso (y más correlacionado) respecto a la población protegida que respecto a la misma ajustada por la edad. Esto puede observarse en el Cuadro 2 confeccionada con datos del Informe del Gasto Sanitario emitido en 2005 y 2007 que luego comentaremos (IGTGS). Asimismo se puede notar que es a raíz de la aplicación del nuevo modelo en 2002 que pondera la edad, cuando la situación se está invirtiendo.

CUADRO 2
EVOLUCION DE LOS COEFICIENTES DE VARIACION (EN PORCENTAJES) DEL GASTO POR
POBLACION PROTEGIDA Y DE LA MISMA PONDERADA POR LA EDAD

CC.AA	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Población protegida	6,09	6,34	7,04	6,71	8,17	8,53	7,61
Pobl. protegida ajustada por edad (2 tramos)	7,25	7,30	6,58	5,99	6,75	7,12	6,71
Pobl. protegida ajustada por edad (7 tramos)	7,99	8,11	7,14	6,69	7,13	7,36	7,22

Fuente: Informe GTGS 2007. Elaboración propia

En segundo lugar, el ajuste demográfico en sanidad tuvo un doble carácter asimétrico. Por un lado , se ponderó a la población mayor, pero no a la población infantil cuyo consumo superior de recursos sanitarios también está contrastado. Por otro, respecto al conjunto del SFA, por cuanto en las competencias comunes que incluyen la educación cuya población usuaria es la de menos de 25 años casi en su totalidad, sin embargo no se aplicó tal ajuste.

El otro motivo clave, como señalamos antes, fue el coste de los traspasos cuyos efectos no sólo se hicieron notar en el año base. Al contrario que en las anteriores transferencias de Insalud, en las efectuadas en 2001 no se estableció ninguna transición hacia el criterio de necesidad , por lo que el valor de aquellas por encima de las necesidades, quedó consolidado.

Financiación por población

Para valorar la equidad en la distribución utilizaremos los indicadores de financiación por población protegida y financiación por población equivalente. La población protegida es el indicador más utilizado y el que media las necesidades en los modelos anteriores a 2002. Asimismo, es el criterio de reparto del 75% de la financiación del Fondo General y del Fondo IT. No obstante, también hemos calculado el indicador de financiación por población equivalente. En este caso, la población equivalente sería la unidad de reparto que proporcione unos porcentajes de financiación en cada Comunidad idénticos a la distribución real practicada exclusivamente mediante variables, es decir sin fondos especiales ni garantías. Este indicador sería el reflejo exacto del reparto acordado, sin ajustes.

La financiación total por población protegida y por población equivalente en el año base, se recoge en el Cuadro 3 donde también se compara con la restricción inicial o financiación previa. La financiación por población protegida para el conjunto de Comunidades ascendió a 657 euros. La Comunidad con financiación menor fue Madrid con 622 € y la que más obtuvo fue La Rioja con 804 €, un 29,3% más. El índice porcentual osciló entre

94,6 y 122,3. El grado de dispersión medido por el coeficiente de variación fue de 8,2%. En relación a la restricción por población, la financiación definitiva aumentó la dispersión.

La financiación por población equivalente tuvo menor recorrido y menor dispersión que la anterior lógicamente, aun manteniendo valores significativos. El paso del reparto en la restricción a la financiación del modelo aunque redujo la diferencia entre el máximo y el mínimo, sin embargo aumentó también la dispersión.

CUADRO 3
COMPARACION FINANCIACION SANITARIA POR POBLACION PROTEGIDA Y POBLACION PROTEGIDA EQUIVALENTE EN EL AÑO BASE 1999 (EUROS)

CC.AA	FINANCIACION POR POBLACION PROTEGIDA				INDICES % FINANCIACION POR POBLACION PROTEGIDA EQUIVALENTE	
	Restricción 1999	Índice	1999	Índice	Restricción 1999	1999
Andalucía	641	99,8	641	97,6	104,0	101,6
Canarias	619	96,3	651	99,0	95,7	98,4
Cataluña	659	102,5	659	100,2	102,9	100,6
Com. Valenciana	635	98,8	635	96,5	100,0	97,8
Galicia	653	101,7	670	101,9	97,6	97,9
Total CC.AA. -IT	645	100,4	649	98,8	101,5	99,9
Aragón	703	109,4	721	109,7	102,8	103,2
Asturias	692	107,7	709	107,9	102,3	102,5
Baleares	544	84,7	658	100,1	83,1	98,2
Cantabria	712	110,8	789	120,0	108,4	117,4
Castilla y León	652	101,4	692	105,2	94,3	97,9
Castilla-La Mancha	615	95,7	669	101,7	92,1	97,8
Extremadura	653	101,6	689	104,7	99,2	102,3
Madrid	622	96,7	622	94,6	99,9	97,8
Murcia	637	99,0	637	96,8	102,9	100,5
Rioja (La)	621	96,6	804	122,3	93,6	118,5
Total Insalud GD	639	99,5	669	101,8	97,9	100,2
Total CC.AA.	643	100,0	657	100,0	100,0	100,0
Máximo	712	110,8	804	122,3	108,4	118,5
Mínimo	544	84,7	622	94,6	83,07	97,8
Max/Min %	30,8	30,8	29,3	29,3	30,5	21,2
Coef. Variación %	6,4	6,4	8,2	8,2	6,2	6,7

Fuente: Ministerio de Economía y Hacienda, M^e Sanidad e INE. Elaboración propia.

Notas: Competencias homogéneas entre CC.AA. a 01-01-2002

Con independencia del indicador que utilizemos, observamos que Rioja, Cantabria, Baleares y las dos Castillas mejoran posiciones y que en general pierden las Comunidades más pobladas. También podemos notar en la tabla que el conjunto de las Comunidades incluidas en el Insalud GD elevan su índice por encima de 100, y que las que ya lo tenían traspasado antes de 2001 (CC.AA.-IT) siguen un camino inverso.

Por otro lado, al cambiar de financiación por población protegida a equivalente, apreciamos que alguna Comunidad pasa de estar por debajo de la media a posicionarse por encima y viceversa. Esto es consecuencia lógica del diferente porcentaje de financiación que otorga cada variable, y que por tanto permite lecturas distintas de la situación de cada Comunidad.

También debe reiterarse que aunque el objetivo inicial del nuevo modelo es la igualación de la financiación por población equivalente en función de las variables y ponderaciones acordadas esto no se logra. El sistema parte de una desigualdad en la restricción inicial por población equivalente cuya razón estriba en la introducción de nuevas variables o la actualización de las que se mantienen, además de por las diferencias en costes existentes en las CC.AA. de Salud GD. Pero la aplicación de las garantías de mínimos, incluidas las de los costes de los trasposos impiden ese resultado. Esta situación puede considerarse razonable y casi necesaria para llegar a un acuerdo cuando hay revisiones del modelo, pero es más discutible que esas diferencias se consoliden y no se eliminen progresivamente, como ocurre en este SFA, sobre todo cuando este no contempla una revisión periódica de las necesidades y recursos.

Finalmente, respecto de la financiación por población equivalente, podríamos haber confeccionado un indicador de población ajustada no solo por la edad, sino también por otras variables de salud y socioeconómicas, que sin embargo no se realizó para no hacer más complejo el análisis. En los casos en que se ha elaborado esta clase de índices (v.g. véase Rico A. y Rubio P., 1996) las necesidades de las Comunidades se modifican sustancialmente, y por tanto la financiación por población ajustada resultante sería bien distinta.

2. Resultados en el periodo 2002-2006

El análisis de la evolución de la financiación sanitaria dentro del SFA requiere definir previamente que se entiende por ella. Aunque en el año base es fácil identificar el importe correspondiente a la asistencia sanitaria, en la evolución del sistema esto no es posible puesto que los recursos del modelo financian todas las competencias. No obstante, al establecerse una garantía para el crecimiento de la financiación sanitaria se supone implícitamente la existencia no de unas fuentes, pero sí de un montante destinado a la financiación de estos servicios.

Efectivamente, la aplicación de la garantía sanitaria se efectúa considerando la FSA como un porcentaje de los recursos de las Comunidades, calculados en términos de recaudación normativa y sin computar las cifras derivadas del uso de la capacidad normativa tributaria. Ese porcentaje viene dado por el peso de las necesidades de la financiación sanitaria sobre las necesidades totales de cada Comunidad en el año base. Al mismo tiempo, el importe de la de la garantía de crecimiento vinculada al PIBpm también debe de ser considerado como recurso sanitario.

En el Cuadro 4 se recoge la evolución de la financiación sanitaria en el período 1999-2006. Lo primero que apreciamos es que el porcentaje de incremento en 2002, 2003, 2004 y 2005 en muchas Comunidades ha sido igual al PIBpm aplicado en la garantía: 23,13% , 31,84%, 41,43% y 52,93% respectivamente para cada uno de aquellos ejercicios. Esto es consecuencia de que el crecimiento de los recursos en esas Comunidades ha sido inferior al del PIB y ha sido necesario aplicar la garantía. En segundo término, el incremento global de la financiación incluida la cifra de la garantía, ha sido superior al del PIB, obviamente por cuanto algunas Comunidades han crecido por encima del mismo, mientras que en las restantes, como se ha especificado, el aumento final es igual. Finalmente, y como consecuencia de lo expuesto, la dispersión en el crecimiento de los recursos ha sido mucho menor que en la financiación autonómica global de las Comunidades. No obstante, en 2005 y 2006, se ha producido una mejora de la recaudación en muchas CC.AA., y esto ha supuesto mayor dispersión que en los ejercicios anteriores.

CUADRO 4
FINANCIACION SANIDAD INCLUIDA GARANTIA PIB

CC.AA	1999	2006	02/99 %	03/99 %	04/99 %	05/99 %	06/99 %	03/02 %	04/03 %	05/04 %	06/05 %	TAM 02-06
Andalucía	4.402.479	7.743.651	23,13	32,00	41,43	56,91	75,89	7,20	7,15	10,95	12,09	9,35
Aragón	809.738	1.409.268	23,13	31,89	41,60	54,34	74,03	7,12	7,36	9,00	12,75	9,06
Asturias	744.005	1.234.950	23,13	31,84	41,43	52,93	65,99	7,08	7,27	8,13	8,54	7,76
Baleares	516.810	856.308	23,13	31,84	41,43	52,93	65,69	7,07	7,27	8,13	8,34	7,71
Canarias	1.034.404	1.784.329	23,17	31,84	41,43	53,29	72,50	7,04	7,27	8,38	12,53	8,81
Cantabria	399.678	697.689	23,20	32,06	41,43	56,68	74,56	7,19	7,10	10,78	11,41	9,12
Castilla y León	1.609.409	2.714.967	23,13	31,84	41,43	52,93	68,69	7,07	7,27	8,13	10,30	8,20
Castilla-La Mancha	1.094.097	1.939.020	23,13	31,84	41,43	57,44	77,23	7,07	7,27	11,32	12,57	9,56
Cataluña	3.975.886	6.925.390	23,13	31,84	41,43	55,62	74,18	7,08	7,27	10,04	11,93	9,08
Com. Valenciana	2.475.467	4.408.956	23,13	32,40	41,43	58,89	78,11	7,53	6,82	12,35	12,09	9,70
Extremadura	692.023	1.176.484	23,13	31,84	41,43	52,93	70,01	7,07	7,27	8,13	11,17	8,41
Galicia	1.735.666	2.926.241	23,13	31,84	41,43	52,93	68,59	7,08	7,27	8,13	10,24	8,18
Madrid	2.989.398	5.489.876	26,72	35,22	44,65	62,30	83,64	6,71	6,97	12,20	13,15	9,76
Murcia	674.072	1.229.766	23,96	33,30	42,83	60,85	82,44	7,53	7,15	12,62	13,42	10,18
Riña (La)	202.830	353.783	23,13	31,84	41,43	54,17	74,42	7,08	7,27	9,01	13,14	9,12
Total CC.AA.	23.356.019	40.890.679	23,62	32,41	41,89	56,55	75,08	7,11	7,16	10,33	11,83	9,11
Máximo			26,72	35,22	44,65	62,30	83,64	7,53	7,36	12,62	13,42	10,18
Mínimo			23,13	31,84	41,43	52,93	65,69	6,71	6,82	8,13	8,34	7,71
Max/Min %			16,53	10,63	7,76	17,70	27,33	12,17	7,97	55,15	60,86	32,10
Coef. Variación %			3,98	2,94	2,10	5,56	7,28	2,74	2,00	17,64	13,76	8,35
PIBpm aplicado en el cálculo de la garantía			23,13	31,84	41,43	52,93	65,68	7,07	7,27	8,13	8,34	7,70

Fuente: Ministerio de Economía y Hacienda. Elaboración propia.

Notas: Competencias homogéneas a01-01-2002 // Financiación Sanidad = Recursos asignados a Sanidad según metodología de cálculo de la garantía sanitaria de crecimiento con el PIB, más el importe de esa garantía

Los importes de las garantías, han sido de 208,8 M€, 224,1 M€ y 592,8 M€ en 2002, 2003 y 2004. Estas cantidades aumentan el 0,7%, 0,7% y 1,8% en esos mismos años la cuantía de la FSA previa a la aplicación de aquella. Por Comunidades, esos porcentajes han llegado hasta el 5,6%, lo que significa que para alguna de ellas esta fuente ha sido muy importante como complemento de sus recursos, como se aprecia en el Cuadro 5. En 2005 y 2006 sin embargo la cuantía de la garantía se ha reducido a 143,2 y 14 M€ respectivamente, dada la notable expansión de los recursos en la mayoría de las CC.AA.

CUADRO 5
EVOLUCION GARANTIA DE CRECIMIENTO MINIMO DE LA FINANCIACION SANITARIA CON EL PIB

CC.AA.	Garantía 2002	% Gar. s/ FS	Garantía 2003	% Gar. s/ FS	Garantía 2004	% Gar. s/ FS	Garantía 2005	% Gar. s/ FS	Garantía 2006	% Gar. s/ FS
Andalucía	19.811	0,37	0	0,00	64.816	1,05	0	0,00	0	0,00
Aragón	10.770	1,09	11.880	1,10	30.417	2,67	0	0,00	0	0,00
Asturias	14.434	1,60	22.831	2,38	55.305	5,55	35.993	3,27	0	0,00
Baleares	24.290	3,97	23.033	3,50	38.701	5,59	25.938	3,39	14.013	1,66
Canarias	0	0,00	5.576	0,41	53.144	3,77	0	0,00	0	0,00
Cantabria	0	0,00	0	0,00	7.483	1,34	0	0,00	0	0,00
Castilla y León	40.074	2,06	49.997	2,41	99.331	4,56	39.906	1,65	0	0,00
Cast.-La Mancha	7.440	0,56	1.884	0,13	17.261	1,13	0	0,00	0	0,00
Cataluña	35.385	0,73	35.775	0,69	73.099	1,32	0	0,00	0	0,00
Com. Valenciana	1.980	0,07	0	0,00	155	0,00	0	0,00	0	0,00
Extremadura	12.595	1,50	16.118	1,80	40.638	4,33	8.620	0,82	0	0,00
Galicia	36.796	1,75	53.950	1,04	107.107	4,56	32.730	1,25	0	0,00
Madrid	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Murcia	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Rioja (La)	5.253	2,15	3.038	1,15	5.380	1,91	0	0,00	0	0,00
Total CC.AA.	208.829	0,73	224.083	0,73	592.836	1,82	143.186	0,39	14.013	0,03

Fuente: Ministerio de Economía y Hacienda. Elaboración propia.

Nota: % Gar. s/ FS : porcentaje del importe de la garantía del PIB sobre la Financiación Sanitaria calculada para aplicar aquella.

En relación con el modelo de financiación sanitaria anterior (que tenía como índice de evolución el PIB) y considerando el conjunto de las Comunidades, el sistema actual está proporcionando más recursos, si bien es cierto, que por un lado si no tuviéramos en cuenta la garantía (que es transitoria hasta 2004, aunque se ha prorrogado) esto no sería así por lo menos en el periodo 2002-2004, como podemos notar en el Cuadro 6. Téngase en cuenta además que el PIB aplicado ha sido inferior al resultante de la última actualización, con base en el año 2000, llegando en el año 2004 esa diferencia en el índice acumulado a casi 5 puntos.

Sin embargo, en el año 2005 y en 2006 el crecimiento de los recursos, debido fundamentalmente al incremento del índice ITen que se aplica a la evolución de los Tributos cedidos tradicionales (TCT) y al Fondo de Suficiencia, ha sido muy superior al del PIB.

Con independencia de lo expuesto, el argumento definitivo que confirma las ventajas del sistema vigente respecto del anterior reside en la recaudación real, cuya consideración estriba en el hecho de que la FS ya no es finalista, disponiendo las CC.AA. de todos sus recursos para cubrir el gasto sanitario). Mientras el escenario de la recaudación normativa de las CC.AA. (donde los TCT se calculan con una regla de evolución) muestra un

crecimiento de los ingresos reducido, en el caso de la recaudación real como se observa en la línea tercera de la tabla, el incremento ha sido superior al crecimiento de la economía. Esos mayores recursos han permitido realizar aportaciones a los servicios sanitarios por encima de la financiación sanitaria y del gasto mínimo obligatorio como veremos, y facilitar el crecimiento del gasto sanitario de las CC.AA. a un ritmo superior al del PIB.

CUADRO 6
COMPARACION TASAS INCREMENTO FINANCIACION SANIDAD SIN GARANTIA PIB, EVOLUCIÓN DEL PIBPM Y FINANCIACION REAL DE LAS CCAA

	02/99	03/99	04/99	05/99	06/99	03/02	04/03	05/04	06/05
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Financiación sanit. total sin garantía del PIB	22,72	31,45	39,35	55,94	75,02	7,11	6,01	11,90	12,23
PIBpm aplicado en el cálculo de la garantía	23,13	31,84	41,43	52,93	65,68	7,07	7,27	8,13	8,34
Financiación total real de las CCAA	25,40	37,58	50,81	70,44	91,87	9,71	9,61	13,02	12,57

Fuente: Ministerio de Economía y Hacienda. Elaboración propia.

Nota: Competencias homogéneas a 01-01-2006

3. Financiación por población.

Uno de los rasgos distintivos del periodo 1999-2006, y que continua en la actualidad, ha sido el importante crecimiento de la población de derecho que para el ámbito de las Comunidades de régimen común ha pasado de 37,4 millones de habitantes en 1999 a 41,8 en 2006 que supone un incremento del 11,7%, lo cual ha sido debido fundamentalmente al fenómeno de la inmigración. La población protegida ha evolucionado de forma paralela, aunque con diferencias debidas al crecimiento de los colectivos que se detraen de aquella para calcularla que pueden en algún caso presentar irregularidades. Efectivamente, la población protegida por la asistencia sanitaria de la Seguridad Social ha crecido en el período 1999-2006 un 12,25%, según se muestra en la tabla 7.

Conforme al modelo de financiación, el otro indicador que mide las necesidades de financiación de forma dinámica es la población mayor de 65 años. Entre 1999 y 2006 ha aumentado un 11,09%. Sin embargo el crecimiento no ha sido homogéneo. Hasta 2002 el ritmo ha sido bastante superior al de la población protegida, llegando la tasa acumulada del total de CC.AA. a 6,34%, pero a partir de 2003 sin embargo lo hace a una velocidad menor.

A nivel de Comunidades como puede observarse en el Cuadro 7, el crecimiento de ambas magnitudes y de la población protegida equivalente ha sido bastante heterogéneo. En el caso de la población protegida la tasa acumulada 1999-2006 ha oscilado entre -0,44% y 23,05%, de Asturias y Baleares respectivamente. La población de 65 años y más, también ha tenido grandes variaciones: mientras en Aragón crecía en ese mismo periodo un 3,04%, en Canarias lo hacía un 26,84%. Es destacable que las Comunidades menos envejecidas son las que han tenido unas tasas más elevadas. Finalmente para el caso de la población equivalente resultante de la evolución de ambas magnitudes (junto con el factor insularidad, de carácter fijo), la oscilación consecuentemente también ha sido amplia, siendo Canarias la que más ha aumentado su demanda poblacional y Asturias las que menos, con incrementos de 20,86% y 0,93% respectivamente.

CUADRO 7
EVOLUCIÓN 1999-2006 DE LAS NECESIDADES EN LA FINANCIACIÓN SANITARIA

CC-AA	POBLACION PROTEGIDA				POBLACION 65 AÑOS Y MÁS				POBLACION EQUIVALENTE			
	2002/1999 %	2006/2002 %	2006/1999 %	2002/1999 %	2006/2002 %	2006/1999 %	2002/1999 %	2006/2002 %	2006/1999 %	2006/2002 %	2006/1999 %	
Andalucía	2,02	7,49	9,66	6,82	5,51	12,71	2,52	7,86	10,58			
Aragón	1,43	5,81	7,33	3,35	-0,30	3,04	1,29	5,03	6,38			
Asturias	-1,02	0,58	-0,44	3,66	-0,38	3,26	-0,37	1,30	0,93			
Balears	11,94	9,93	23,05	6,13	5,72	12,20	9,76	9,73	20,44			
Canarias	10,42	8,86	20,21	13,48	11,78	26,84	9,93	9,95	20,86			
Cantabria	2,55	5,16	7,83	4,67	1,99	6,76	2,46	5,25	7,84			
Castilla y León	-0,75	2,35	1,59	4,34	0,23	4,57	0,06	2,76	2,82			
Castilla-La Mancha	3,14	9,21	12,64	4,20	2,14	6,43	2,76	8,23	11,22			
Cataluña	4,83	10,16	15,49	5,57	4,03	9,82	4,41	9,54	14,37			
Com. Valenciana	6,16	11,83	18,72	8,02	8,46	17,16	6,00	11,92	18,64			
Extremadura	-0,29	1,73	1,44	4,87	0,28	5,17	0,44	2,28	2,73			
Galicia	-0,26	1,70	1,44	6,60	2,56	9,33	0,96	2,97	3,96			
Madrid	6,17	10,50	17,31	7,76	7,00	15,31	5,96	10,54	17,13			
Murcia	8,13	12,97	22,15	7,47	8,20	16,28	7,43	12,74	21,12			
Rioja (La)	6,25	9,54	16,39	8,01	1,75	9,91	6,04	8,38	14,93			
Total CC.AA.	3,86	8,08	12,25	6,94	4,47	11,09	3,86	8,08	12,25			
Máximo	11,94	12,97	23,05	13,48	11,78	26,84	9,93	12,74	21,12			
Mínimo	-1,02	0,58	-0,44	3,35	-0,38	3,04	-0,37	1,30	0,93			
Coef. Variación %	100,99	56,09	69,82	40,16	94,37	60,81	85,61	51,13	62,00			

Fuente: Ministerio de Economía y Hacienda, I^o Sanidad e I^o NE. Elaboración propia

En el Cuadro 8 se recoge la evolución de la financiación por población y por población equivalente respectivamente entre el año base y 2006. Observamos, en primer lugar (en la sexta columna del cuadro) que la financiación por población protegida ha aumentado entre 1999 y 2006 un 56% (cifra que dobla el IPC), pero con bastante oscilación entre CC.AA.. Las causas de esta distinta evolución residen fundamentalmente en un crecimiento mucho más heterogéneo en las necesidades que en los recursos.

En segundo lugar, que la dispersión ha sido creciente en los índices porcentuales de ambos indicadores, resultando una diferencia entre los valores máximos y mínimos por encima del 40%, en 2006 (que se reduciría si excluyéramos a Canarias y Baleares que tienen una casuística peculiar). Y finalmente que la financiación por población protegida está algo más dispersa.

No obstante, en un escenario de recaudación real, las conclusiones serían distintas: el incremento en la financiación habría sido más importante como se ha comentado y los recursos por habitante tendrían mucha menos dispersión, como ocurre al obtener los indicadores de financiación real de las CC.AA por población, para todas las competencias autonómicas, puesto que en general, las Comunidades con mayor dinámica demográfica también han tenido mejor evolución de los recursos reales.

CUADRO 8
EVOLUCION 1999-2006 DE LA FINANCIACION SANITARIA POR POBLACION PROTEGIDA Y EQUIVALENTE

CC.AA	FINANCIACION POR POBLACION PROTEGIDA					INDICES FINANC. POR POBL. EQUIVALENTE	
	1999	Indice %	2006	Indice %	Increment. % 2006/1999	1999	2006
Andalucía	641	97,6	1.033	100,8	61,1	101,6	104,1
Aragón	721	109,7	1.194	116,4	65,5	103,2	110,4
Asturias	709	107,9	1.154	112,5	62,6	102,5	105,4
Baleares	658	100,1	883	86,1	34,1	98,2	86,3
Canarias	651	99,0	935	91,2	43,6	98,4	90,2
Cantabria	789	120,0	1.277	124,6	61,9	117,4	121,8
Castilla y León	692	105,2	1.151	112,2	66,3	97,9	103,1
Castilla-La Mancha	669	101,7	1.036	101,0	55,0	97,8	98,5
Cataluña	659	100,2	994	96,9	50,8	100,6	98,2
Com. Valenciana	635	96,5	952	92,9	50,0	97,8	94,1
Extremadura	689	104,7	1.152	112,4	67,4	102,3	108,4
Galicia	670	101,9	1.113	108,5	66,2	97,9	101,7
Madrid	622	94,6	974	95,0	56,5	97,8	98,3
Murcia	637	96,8	947	92,4	48,8	100,5	96,8
Rioja (La)	804	122,3	1.203	117,3	49,5	118,5	115,1
Total CC.AA.	657	100,0	1.026	100,0	56,0	100,0	100,0
Máximo	804	122,3	1.277	124,6	67,4	118,5	121,8
Mínimo	622	94,6	883	86,1	34,1	97,8	86,3
Max/Min %	29,3	29,3	44,7	44,7	97,4	21,2	41,2
Coef. Variación %	8,21	8,21	11,59	11,59	17,36	6,70	9,30

Fuente: Ministerio de Economía y Hacienda, M^e Sanidad e INE. Elaboración propia.

Notas: Competencias homogéneas entre CC.AA. a 01-01-2002 // Financiación Sanidad = Recursos asignados a Sanidad según cálculos de la garantía sanitaria , más el importe de esa garantía. Datos en euros

A la vista de esa evolución de la población, con las implicaciones que conlleva en la demanda y utilización de los servicios públicos (no solo los sanitarios) que prestan las Comunidades, las más afectadas reclamaron a la Administración General del Estado en 2004 que se estudiara esta problemática, conforme a lo establecido en el artículo 4.1) a) de la Ley 21/2001. Se constituyó un Grupo de trabajo denominado de Población que en julio de 2005 emitió un informe.

La conclusión más importante fue que, a pesar del notable incremento poblacional que se había producido y del deterioro de la financiación per cápita de las Comunidades que más crecimiento demográfico habían tenido, las Comunidades habían percibido recursos en 2002 y 2003, por encima de las necesidades financieras (para todas las competencias) derivadas del aumento de la población y precios, salvo en los casos de Canarias y Baleares que tenían un cierto desfase, si bien estos resultados fueron discutidos por muchas Comunidades.

Asimismo, tampoco se dieron las circunstancias para aplicar el procedimiento de las asignaciones de nivelación contemplado en el art. 67 de la Ley 21/2001, según la evolución de la población protegida.

El cálculo de las necesidades y de los recursos para el periodo 2004-2006, que hemos estimado con la misma sistemática expuesta del I. Población, no genera resultados distintos a los mostrados anteriormente. Al contrario, los excedentes positivos se generalizan a todas las CC.AA. y se amplían, dado el crecimiento real de los recursos entre 2003 y 2006, y la evolución de la población, IPC e ITEn.

Las Comunidades con mayor incremento de la población sin embargo y a pesar de los recursos adicionales obtenidos a partir de 2005 derivados del Acuerdo de Sanidad, han persistido en sus quejas, centrando el problema en la inmigración, logrando que en la III Conferencia de Presidentes Autonómicos celebrada en diciembre de 2006, se acordara crear otro Grupo de Trabajo para analizar los ingresos y gastos derivados de la inmigración. Sin embargo este Grupo no ha podido llegar a conclusiones definitivas sobre esta cuestión, debido fundamentalmente a que el modelo constitucional de Hacienda Pública y el principio de autonomía financiera de las CC.AA. que rige tanto para los ingresos como para los gastos, impiden establecer compartimentos estancos de grupos poblacionales concretos, por lo que salvo para una parte de los ingresos y de los gastos, no es posible identificar directamente los imputables a la inmigración.

4. GARANTÍAS EN LA FINANCIACIÓN SANITARIA Y OBLIGACIONES DE GASTO

La garantía establecida en la D.T 2ª.1 de la Ley 21/2001 referida a la financiación en 2002 respecto a 2001, para las cinco Comunidades con Insalud transferido a esta fecha no llegó a aplicarse, al percibir todas en 2002 una financiación superior a la definitiva de 2001.

En cambio, la garantía de un crecimiento mínimo igual a la evolución del PIB recogido en el número 2 de esa misma D.T., sí ha debido de aplicarse en los cinco años en que se ha efectuado liquidación y a gran número de Comunidades, como se vio en la tabla 5.

En relación a las condiciones impuestas a la evolución del gasto, lo primero que debemos señalar es que no se han definido o no se han publicado los criterios concretos para su cálculo. Por un lado, no se ha determinado el concepto de gasto que debe tomarse como término comparativo, y por otro tampoco llegó a especificarse la "parte correspondiente" del FS en las DD.TT. 6ª y 7ª. No obstante, con los datos disponibles referentes al gasto sanitario calculado según la metodología de la Estadística del Gasto sanitario (EGS), prácticamente todas las Comunidades habrían cumplido aquellas, con independencia del criterio que utilizemos para obtener la financiación.

En primer lugar, la condición de respetar la financiación del año base (excluido el Fondo de Incapacidad Temporal) evolucionada con el ITEn se habría verificado. El gasto ha sido bastante superior a la cifra que se deriva de esa regla en casi todas las CC.AA. El gasto total de las Comunidades fue un 11,6% más elevado en 2002, en 2004 llegó al 24,3% y en 2006 ha sido el 18,53%. La facilidad de cumplimiento de esta obligación se deriva de tres hechos. El primero, que el gasto sanitario de las CC.AA. tomado como referente es superior al de la asistencia sanitaria de Seguridad Social transferida: ya en 1999 superaba un 7,8% a la FSA. El segundo hecho se refiere a la financiación: por un lado las necesidades de financiación no contemplan los recursos de los fondos de IT y Cohesión, ingresos afectados, ni la garantía sanitaria, y por otro que el índice ITEn ha sido inferior al crecimiento

de la financiación total de las Comunidades salvo casos aislados. Finalmente, y como causa fundamental, que la dinámica del gasto ha sido muy superior al ITEn, e incluso a la de la propia financiación.

En segundo término, la obligación establecida en las DD.TT. 6ª y 7ª también estimamos que se habría experimentado. Si por la "parte que corresponda" del FS entendemos el importe que completa los recursos impositivos recogidos en esas disposiciones, hasta llegar a la necesidad de financiación definitiva en el año base, y si la evolución de esa parte se calcula con el ITEn como sería lógico, entonces se habría verificado la condición. Ello es debido a que salvo en el caso de la C. de Madrid, los recursos afectados han crecido por debajo del ITEn en casi todas las CC.AA., y arriba vimos que la regla se cumplió cuando este era el índice de evolución. En el supuesto de la Comunidad aludida también el gasto superaría el límite fijado. Entre 2004 y 2006, aunque esta comparación ya no sería preceptiva, porque la condición no ha sido prorrogada, hemos constatado que se mantendría la misma situación a pesar del importante crecimiento de los recursos que ha tenido lugar en 2005 y 2006. Véase el Cuadro 9 y la Figura 1.

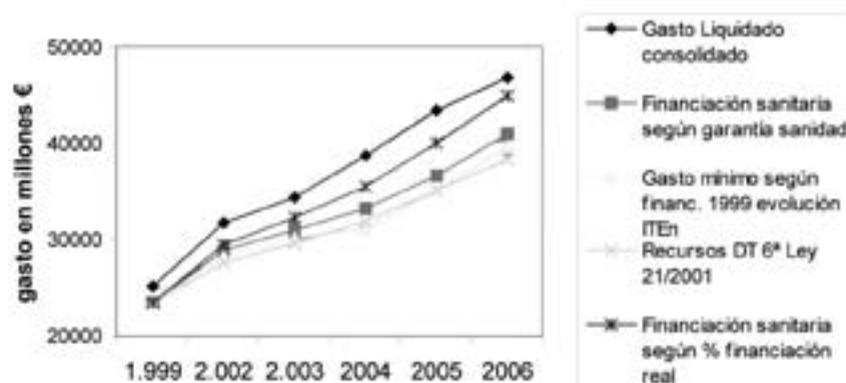
CUADRO 9
EVOLUCION DEL GASTO SANITARIO Y DE LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN LA LEY 21/2001
(INCREMENTOS ACUMULADOS DESDE 1999)

CC.AA	02/99 %	03/99 %	04/99 %	05/99 %	06/99 %
Gasto Liquidado consolidado	25,6	36,4	53,6	71,9	86,1
Financiación sanitaria según garantía sanidad	23,6	32,5	42,0	56,8	75,4
Gasto mínimo según financ. 1999 evolución ITEn	21,3	29,5	33,3	50,5	69,4
Recursos DT 6ª Ley 21/2001	17,8	27,2	36,5	50,5	64,3
Financiación sanitaria según % financiación real	25,8	38,1	51,6	71,2	92,6

Fuente: Ministerio de Economía y Hacienda y Mº Sanidad. Elaboración propia.

Notas: Gasto 1999-2005: obligaciones liquidadas. 2006 : avance del gasto real

FIGURA 1
EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO Y DE LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN LA LEY 21/2001



5. EL GASTO SANITARIO DE LAS CC.AA.

Uno de los principales problemas que tienen las CC.AA. y el SFA, no reside en los ingresos sino en el gasto. La notable evolución del gasto sanitario en los primeros años del periodo provocó la creación de un Grupo de Trabajo de análisis del mismo (GTGS 2005) a instancias de la 1.ª Conferencia de Presidentes Autonómicos celebrada en 2004, y posteriormente la adopción de una serie de medidas para mejorar la financiación sanitaria y para obtener un mayor control y eficiencia en la gestión del mismo, con el objetivo último de favorecer la sostenibilidad del SNS.

El citado Grupo estudió pormenorizadamente la evolución del gasto en el periodo 1999-2003 emitiendo un informe en julio de 2005. Algunas de las conclusiones que podemos extraer de los datos del mismo (para el ámbito de todas las Comunidades, incluidas las forales) son las siguientes:

- El gasto sanitario real de las CC.AA. se elevó en 2003 a 38.490 M€, un 41,07% más que en 1999 . Este crecimiento supone casi 10 puntos por encima del incremento del PIB (base 1995), por lo que ha pasado de representar el 4,8% del mismo al 5,2%.
- En ese mismo periodo, el gasto desplazado acumulado en el SNS pasó de 2.817 M€ a 6.036 M€, siendo en los últimos ejercicios cuando más se incrementó.
- Los componentes principales del gasto han tenido la siguiente tasa anual media (TAM) en el periodo: consumo intermedio (11,8%), farmacia (9,7%) y gasto de personal (7,2%), siendo un 9% la del gasto total. Respecto del primer capítulo, la farmacia hospitalaria es el componente más dinámico y dentro de esta la prestada a pacientes externos. En el gasto por recetas de farmacia, más que el gasto medio por receta que ha tenido un incremento moderado, han incidido el aumento del n.º de recetas por persona, el incremento de la población y la reducción del porcentaje medio de aportación.
- La evolución del gasto por Comunidades no ha sido homogénea, fluctuando la TAM entre el 7,0% y el 14,6%, con un coeficiente de variación del 19,3%.
- El gasto por población protegida ha tenido una TAM de 7,3%, bastante superior al IPC que fue de 3,3%. Por CC.AA. osciló entre 4,5% y 10,4%.
- El índice del gasto por población protegida en 2003 variaba entre 90,6% y el 114,3%.

El informe del GTGS de 2007 confirma para el periodo 2004-2005 las tendencias mostradas hasta 2003 con algunos matices. Podemos destacar los siguientes aspectos :

- La TAM 04-05 del gasto total real de las CC.AA. fue de 8,75%, un punto superior a la del PIB, con lo que aquel aumentó su participación en esta magnitud en una décima a final de 2005. No obstante, la tendencia se ha moderado si tenemos en cuenta que en 2003 había crecido un 11,5% respecto a 2002,
- Por componentes del gasto, la TAM de ese mismo periodo ha sido la siguiente: consumo intermedio (10,9%), farmacia (6,6%) y gasto de personal (8,5%). En el gasto por recetas de farmacia, el descenso del incremento se debe a las políticas aplicadas que están reduciendo tanto el gasto medio por receta , como el número de recetas por persona, aunque este en menor proporción, tendencia que se ha mantenido en 2006 y 2007. Finalmente, en cuanto a los gastos de personal, con los datos ofrecidos por el informe, en general se observa que tanto el crecimiento del número de efectivos como el aumento de retribuciones medias han incidido en el ritmo del gasto total de personal entre 2000 y 2004, destacando el primer factor en 2002 y las mejoras salariales en el último trienio del periodo anterior.
- Por Comunidades, la evolución del gasto ha fluctuado entre el 6,6% y el 15,5%, elevando el grado de dispersión.
- La TAM 04-05 del gasto por población protegida ha sido de 6,9%. Por CC.AA. varía entre 5,0% y 13,2%.

- Finalmente el índice del gasto por habitante protegido oscila en 2005 entre 93,5% y el 122,0%, aunque se reduce la dispersión respecto del año inicial del estudio y del dato de 2003. Ni en el primer informe ni en el presentado en 2007 se profundizó en las diferencias del gasto por población desde la perspectiva de la financiación sanitaria por población o de la eficiencia en la gestión del gasto, elementos que a nuestro entender han incidido en aquellas.

El problema del gasto sanitario no estriba sólo en su situación a 2003 o 2005, y en la evolución desde 1999 a esos años, sino principalmente por la configuración de una tendencia de crecimiento por encima de la economía española (tendencia que se mantendría en los ejercicios más recientes a tenor de los datos de presupuestos iniciales de 2006, 2007 y 2008) que a medio o largo plazo podría afectar a su sostenibilidad. No obstante, conviene resaltar también por un lado, que el gasto ha seguido hasta ahora una dinámica similar a la de la financiación real de las Comunidades y, por tanto, no ha ganado peso relativo en el gasto total de las mismas según datos del IGTGS II, y por otro que en España la proporción de gasto sanitario público respecto del PIB, era todavía el 85% de la media de la UE-15 en 2005 (según datos de la OCDE). En el escenario de crisis que tenemos desde finales de 2008, con la consiguiente repercusión en los ingresos de las CC.AA., va seguir siendo fundamental establecer un crecimiento asumible del gasto.

6. EL ACUERDO DE MEJORA DE LA FINANCIACIÓN SANITARIA DE 2005.

Tomando conciencia de la problemática del gasto sanitario y de su financiación, la II Conferencia de Presidentes Autonómicos adoptó una serie de acuerdos que se plasmaron en las medidas aprobadas por el CPFF de 13 de septiembre de 2005. Por un lado, se establecían una serie de medidas financieras cuyos recursos procedían en su mayor parte de la Administración General del Estado (AGE). Estas medidas suponían, según la previsión inicial, mejorar los recursos que reciben las CCAA en 1.127 millones de euros en 2006 y de 1.727 millones en 2007. Adicionalmente, cada año, recibirían, con dos años de antelación, la liquidación del Sistema de Financiación, ya a partir de 2005, lo que supone 1.366 millones anualmente cada año hasta 2007. Finalmente, se aumentaría la capacidad normativa en los impuestos sobre Determinados Medios de Transporte, sobre las Ventas Minoristas de Hidrocarburos y sobre la Electricidad. La financiación anual prevista por la aplicación de esta capacidad tributaria se estimó en 1.838 millones de euros al año. Por otro lado, las Comunidades Autónomas se comprometían a adoptar determinadas medidas de racionalización del gasto sanitario.

Las medidas financieras concretas (excepto las relativas a anticipos y capacidad normativa) y los criterios de reparto de cada uno de los fondos, se señalan a continuación.

- Aportación adicional mediante transferencia a las CC.AA. de 500 millones de euros en 2006 y de 600 millones en 2007 que se repartirán siguiendo los criterios establecidos en la Ley 21/2001: población protegida, población mayor de 65 años e insularidad, actualizando los datos a 2004.
- Otro fondo por insularidad para Baleares y Canarias con una dotación de 55 millones de euros.
- Mantenimiento de la garantía sanitaria de crecimiento al ritmo del PIB que se distribuirá con el mismo criterio que en 2004, con el límite de 500 millones de euros anuales.
- Un fondo estimado en 200 millones para compensar la asistencia a residentes extranjeros y que se repartirá en función de los documentos E-21 que acredite cada comunidad autónoma.
- Otro fondo de 100 millones de euros para compensar la atención por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales no cubierta por las Mutuas. En 2006 se ha desarrollado el procedimiento, y para este año la compensación puede ser inferior a la estimada.
- 50 millones de euros para un Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud gestionado directamente por el MSC, y para el INGESA, que en principio no suponía transferencia de recursos para las CC.AA.
- Un aumento de 45 millones adicionales destinados al Fondo de Cohesión Sanitaria, desde 2006, ampliando los supuestos que actualmente cubre este fondo.

- Por último, se incrementan con una previsión de ingresos para las Comunidades de 227 millones los impuestos indirectos sobre el alcohol y el tabaco y se repartirán según los criterios de la Ley 21/2001.

Con relación a las medidas de racionalización del gasto sanitario podemos destacar estas:

- Implantar criterios racionales en la gestión de compras, en particular, la centralización de compras de los productos sanitarios de uso hospitalario en cada ámbito territorial.
- Asegurar la calidad y el uso racional de los medicamentos.
- Establecer mecanismos que promuevan la demanda responsable de los servicios sanitarios, que eviten la utilización inadecuada y estimulen estilos de vida saludable.
- Acceso a la mejor evidencia científica disponible en relación con el uso racional de las tecnologías diagnósticas y terapéuticas.
- Consolidar los mecanismos de incentivos a los profesionales sanitarios.

Al Grupo de trabajo de análisis del gasto sanitario se le encomendó el seguimiento y desarrollo de los acuerdos, además de continuar con el estudio del gasto como se ha comentado. Según el informe del GTGS 2007 las medidas financieras del Acuerdo de Sanidad se han ejecutado prácticamente en su totalidad como se muestra en el Cuadro 10, si bien se han dado algunas diferencias respecto de las previsiones iniciales:

- La compensación por ASRE ha sido superior a la previsión, elevándose a 260,1 M€ en 2006 y a 255,8 M€ en 2007.
- El fondo para AA.TT. y EE.PP. , por el contrario, ha sido muy inferior.
- A través del Plan de Calidad se han proporcionado a las CC.AA. recursos, por importe de 16,9 M€ en 2006 y 12,2 M€ en 2007 (hasta junio).
- La garantía del PIB, no ha llegado en 2005 al límite establecido, por la favorable evolución de los recursos de las CC.AA.
- El Real Decreto-Ley 12/2005 que regula entre otras cuestiones, la posibilidad de solicitar anticipos a cuenta de las liquidaciones del SFA, estableció que el importe máximo de los mismos sería del 2% en 2005, y del 4% en 2006 y 2007. Los importes pedidos en 2006 y 2007 han superado las cuantías previstas inicialmente (estimadas al 2%) ascendiendo a 2.248,6 M€ en el primer año y a 3.220,2 M€ en 2007.
- El incremento de la capacidad normativa sobre determinados tributos se ha posibilitado para el IVMH y el IDMT, pero para el de Electricidad se está pendiente de autorización de la UE, al estar sometido a la normativa de armonización fiscal.

El efecto de las medidas financieras sobre la financiación y el gasto sanitario puede considerarse bastante positivo a tenor de los resultados que mostramos a continuación para el total de las CC.AA.:

- El importe total de las medidas en 2006 (excluidos anticipos y garantía sanitaria) ascendió a 1.153,8 M€ que supone un 2,9% de la financiación sanitaria estimada para ese ejercicio (si se tomara como referencia 2007 el aumento sería de 3,3%), incremento superior al resultado de la aplicación del modelo en el año base, que como vimos fue del 2,3%, si bien es cierto que parte de la aportación no sería consolidable teóricamente a partir de 2008.
- Asimismo han debido de mejorar la equidad de la FSA, al distribuirse en gran parte en proporción a la población equivalente actualizada y a los costes soportados.

CUADRO 10
EJECUCION MEDIDAS FINANCIERAS DEL ACUERDO DE SANIDAD (MILES DE EUROS)

	Anticipos solicitados	Dotación PGE	Insular.	FCS	ASRE	AA.TT. Y EE.PP.
2005	1.090.700					
2006	2.248.589	500.000	55.000	99.033	260.066	320
2007	3.220.147	600.000	55.000	79.214	255.821	459

	Plan Calidad	Incrom. I. Alcohol y Tabaco, y efecto en IVA y F.S.	Garantía PIB	Total	Total sin anticipos
2005				1.090.700	
2006	16.946	222.429		3.402.383	1.153.794
2007	12.251	222.429	143.186	4.588.507	1.368.360

Fuente: IGTGS 2007. Elaboración propia

- El incremento del presupuesto inicial en 2006 fue de 11,2% respecto de 2005 y el gasto real aumentó un 9,3%. El gasto liquidado, sin embargo, sólo subió un 7,6%, como consecuencia de la variación del gasto desplazado.
- El gasto desplazado se redujo en 862,7 M€ en 2005 y 285 M€ en 2006, para el ámbito de las CC.AA. de régimen común.
- La diferencia entre el presupuesto inicial y el liquidado que en 2005 se había elevado a 2.849,5 M€, se redujo a 1.493,4 M€ en 2006.

Antes de acabar este apartado, conviene señalar que aquellas medidas financieras que fueron establecidas hasta 2007 se han prorrogado a 2008. Así, se mantiene el régimen de anticipos, la dotación en los PP.GG.EE. y la garantía sanitaria.

Finalmente, en cuanto a las medidas de racionalización del gasto sanitario, según los datos del informe 2007, todas las CC.AA. han adoptado acciones al respecto, si bien algunas de ellas han tenido iniciativas en todas las áreas, mientras que en otras no se ha trabajado en todos los ejes definidos. También se ha dado el caso de que para alguna Comunidad y para algunas medidas, ya se venían aplicando desde años atrás. En cuanto a resultados obtenidos, los datos han sido escasos por el poco tiempo transcurrido, salvo en gestión de compras y uso racional del medicamento, que pueden considerarse positivos.

7. EL GASTO DESPLAZADO

Según los datos del informe del GTGS 2007 el importe del gasto desplazado de las CC.AA. a 31 de diciembre de 2003 se elevó 6.060 M. No obstante, a finales de 2005 se redujo a 5.574,0 M. Las medidas acordadas en la II Conferencia de Presidentes Autonómicos, y específicamente la aplicación de los anticipos de la liquidación de la financiación, supondrán sin duda una mejora de la situación financiera de las CC.AA., pero con bastante probabilidad no implicarán un saneamiento de aquella situación.

El origen de la deuda sanitaria viene de muy atrás. La financiación sanitaria desde el inicio de los tras-pasos de Insalud y sobre todo hasta la aprobación del modelo de 2004-2007, ha adolecido de problemas de suficiencia, corregidos mediante varias operaciones de saneamiento. No obstante este proceso, por diferentes

factores, perjudicó más a las CC.AA.-IT que al propio Insalud GD, y dentro de aquellas las que obtuvieron el traspaso antes se vieron afectadas con más intensidad. Al contrario que en el modelo 1994-1997 y que en periodos anteriores, en el modelo de financiación sanitaria 1998-2001 y en el SFA de 2002 no se efectuó ninguna operación de saneamiento general.

8. LOS FONDOS ESPECIFICOS

En la ley 21/2001 se establecen dos fondos específicos para la Sanidad : el de IT y el FCS. En virtud del Acuerdo de Sanidad de 2005 se han creado tres nuevos fondos para compensar la ASRE, los AA.TT. y EE.PP. y otro más para insularidad. Aunque el importe de los mismos respecto del fondo general es reducido, su importancia real es apreciable dada la finalidad que persiguen o el efecto que tienen sobre alguna Comunidad.

1) El Fondo de Incapacidad Temporal

Este fondo específico de ahorro en Incapacidad Temporal creado en el modelo de 1997 y mantenido en el SFA vigente es el de mayor cuantía. En 2008 ha ascendido a 316,2 M para todas las CC.AA.. Con el SFA actual ha perdido parte de su importancia cuantitativa por varios motivos. En primer lugar se dotó con 240,40 millones de euros, de los cuales 224 correspondían a las CC.AA. de régimen común, lo que suponía una reducción del 6% respecto a la liquidación de 1999. En segundo lugar su evolución, bastante por debajo del PIB, ha sido inferior a la del período anterior que tenía como referencia ese indicador: entre 1999 y 2008 ha aumentado un 33%, un tercio del crecimiento del PIB. Finalmente en los convenios suscritos para 2002-2004 los objetivos fueron excesivamente ambiciosos, por lo que las CC.AA. percibieron sólo una parte reducida. No obstante, a partir de 2004 han mejorado notablemente las condiciones para su percepción y se han añadido otras partidas adicionales. Los resultados obtenidos en términos de ahorro de gasto por IT han sido importantes, pero variables en el tiempo y por CC.AA.

2) El Fondo de Cohesión Sanitaria

El Fondo de Cohesión Sanitaria se crea por la Ley 21/2001 con el objetivo de financiar a las Comunidades Autónomas (CCAA) la actividad sanitaria que realicen para garantizar la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria públicos en todo el territorio español y la atención a ciudadanos desplazados procedentes de países de la Unión Europea o de países con los que España tenga suscrito Convenios de Asistencia Sanitaria recíproca.

El Real Decreto 1247/2002 reguló inicialmente la gestión de este fondo. Las actividades cuyo coste se compensaban y los criterios para ello fueron :

1. Prestaciones sanitarias especializadas realizadas por las CCAA a pacientes residentes en otras CC.AA., cuyo desplazamiento haya sido solicitado por la Comunidad Autónoma de origen y en coordinación con la por los procesos establecidos en anexo al R. Decreto. Asimismo se resarca la asistencia a ciudadanos de provincias limítrofes para los procesos especificados en la norma.

Los procesos hospitalarios y técnicas realizados se cuantifican por el que coste que figura en los Anexos del R.D. que se actualizaría anualmente. Para los procesos hospitalarios la compensación era del 40% del coste, mientras que en las técnicas se elevaba al 80%. El saldo neto de los costes ocasionados en la Comunidad por pacientes atendidos de otras CC.AA., y de los originados en otras Comunidades de pacientes residentes en aquellas, cuando era positivo constituía el importe de la compensación.

2. Asistencia sanitaria prestada a ciudadanos desplazados en estancia temporal en España, procedentes de otros países de la Unión Europea o de Estados con los que España tenga suscrito Convenio bilateral en materia de Seguridad Social.

En este caso, cuando el saldo neto global del Estado sea positivo, este se distribuirá entre las CC.AA. en proporción a la facturación que presente cada Comunidad, ante la Seguridad Social.

La nueva regulación del Fondo efectuada en el Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, presenta varias novedades:

- Se actualizan los anexos de asistencia especializada a desplazados españoles, agrupando los procesos en dos, uno para hospitalización y otro para ambulatorios.
- Se incorpora, conforme a lo establecido en la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del SNS, como prestación compensable la efectuada en centros y unidades de referencia del SNS, cuando sean pacientes derivados de otras CC.AA. o de otras islas (para el caso de Baleares y Canarias), aunque en 2006 todavía no había centros designados como tales.

CUADRO 11
DISTRIBUCION DEL FONDO DE COHESION SANITARIA 2006 (EUROS)

CC.AA	Desplazados españoles	% s/ total	Desplazados extranjeros	% s/ total	Total Fondo	% s/ total
Andalucía	1.228.687	1,63	395.301	1,66	1.623.988	1,64
Aragón	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Asturias	0	0,00	10.329	0,04	10.329	0,01
Baleares	0	0,00	3.103.111	13,04	3.103.111	3,13
Canarias	0	0,00	9.221.021	38,75	9.221.021	9,31
Cantabria	6.425.147	8,54	179.528	0,75	6.604.675	6,67
Castilla y León	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Castilla-La Mancha	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Cataluña	13.126.451	17,45	0	0,00	13.126.451	13,25
Com. Valenciana	1.547.727	2,06	7.010.948	29,46	8.558.675	8,64
Extremadura	0	0,00	422.155	1,77	422.155	0,43
Galicia	0	0,00	1.761.342	7,40	1.761.342	1,78
Madrid	52.911.179	70,32	0	0,00	52.911.179	53,43
Murcia	0	0,00	1.690.538	7,10	1.690.538	1,71
Rioja (La)	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total CC.AA.	75.239.191	100,00	23.794.273	100,00	99.033.464	100,00

Fuente: Ministerio Sanidad y Consumo. Elaboración propia

- Aumento del porcentaje compensable de los costes, que pasa a ser del 80% en todos los procesos.
- El reparto para la compensación a las Comunidades Autónomas por la asistencia sanitaria prestada a desplazados a España en estancia temporal se hará de forma proporcional al saldo neto de facturación de cada Comunidad Autónoma y solamente entre aquellas en las que este saldo sea positivo.

El importe del Fondo de Cohesión en 2006 se ha elevado a 99,03 M€, incrementando la cifra del año anterior en 48,14 M€. La distribución del mismo para ese año se recoge en la tabla 11. Por los criterios aplicados, el reparto está muy concentrado, sobre todo en el apartado de desplazados nacionales. En este, la C. de Madrid percibe el 70,3% y Cataluña el 17,4%. En el subfondo de desplazados extranjeros entre la C. Valenciana, Canarias y Baleares obtienen el 81,2%.

Con la regulación actual, se atienden algunas de las propuestas realizadas por las CC.AA.. No obstante, subsisten algún punto criticable:

- A pesar de la amplia finalidad para la que se había creado este fondo en la Ley 21/2001, el desarrollo tiene un objeto muy limitado. El fondo olvida las desigualdades derivadas de los estados de salud y circunstancias socioeconómicas, que provocan diferentes necesidades.
- Respecto a la atención sanitaria a desplazados, el sistema propuesto no abarca todos los supuestos de desplazados, es decir, que ha excluido la asistencia hospitalaria no programada, las consultas (primaria y especializada), las urgencias, la farmacia etc., por lo que aquellas CC.AA. que tienen costes por estos supuestos no los verán cubiertos, ya que tampoco existe un sistema de compensación entre CC.AA.

3) *Compensación por asistencia sanitaria a residentes extranjeros*

Esta medida del Acuerdo de Sanidad se reguló en Ley de PP.GG.EE de 2006 estableciéndose que el INSS transferiría a las Comunidades el saldo neto positivo obtenido en el ejercicio inmediato anterior y resultante de la diferencia, en el ámbito nacional, entre el importe recaudado en concepto de cuotas globales por la cobertura de la asistencia sanitaria a beneficiarios residentes en España y el importe abonado a otros Estados por asegurados en España que residan en territorio de otro Estado. Dicho saldo se reparte entre CC.AA. en función del número de meses de residencia efectiva en el año de cómputo de los asegurados con cobertura sanitaria derivada del certificado E-121 oportuno. La compensación por ASRE ha sido de 260,1 M en 2006 y de 255,8 M en 2007. En el Cuadro 12 se recoge la distribución de la compensación efectuada en 2007.

4) *Compensación por Atención en Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales*

Esta medida también se reguló en la Ley de PP.GG.EE. de 2006. Contempla el pago de las prestaciones sanitarias, farmacéuticas y recuperadoras derivadas de contingencias profesionales a los afiliados por cobertura por dichas contingencias en el Instituto Nacional de la Seguridad Social y en el Instituto Social de la Marina, a las Comunidades Autónomas. El sistema establecido depende de la facturación remitida al INSS por los Servicios Públicos de Salud de las Comunidades Autónomas y del número de facturas e importes que sean aceptados como válidos por la citada Entidad. Este procedimiento, distinto del reparto del crédito en función del número de afiliados existente en cada Comunidad está generando de momento unos resultados inferiores a los previstos.

5) *Compensación por insularidad*

La aportación a Baleares y Canarias por insularidad se realiza teniendo en cuenta el incremento de la población experimentado entre 1999 y 2003, el aumento de financiación experimentado entre 1999 y 2002, y la población protegida en 2003. Esta dotación se ha distribuido en 2006 y 2007 entre ambas Comunidades de conformidad con las cuantías acordadas por el CPFF. El resultado de dicho reparto es una asignación del 52,24% de los recursos a Canarias y un 47,76% para Baleares, lo que se traduce en 28,7 millones de euros para la primera y 26,3 millones para la segunda.

CUADRO 12
DISTRIBUCIÓN SALDO NETO 2006 POR ASISTENCIA SANITARIA INTERNACIONAL (CUOTA GLOBAL) (MILES DE EUROS)

Comunidad Autónoma	Nº Cuotas	Porcentaje	Distribución Saldo neto
AGE	22.041	1,47	3.823,9
Andalucía	380.078	25,40	65.940,2
Aragón	7.647	0,51	1.326,7
Asturias	18.252	1,22	3.166,6
Baleares	49.002	3,27	8.501,4
Canarias	79.090	5,28	13.721,4
Cantabria	8.235	0,55	1.428,7
Castilla y León	36.907	2,47	6.403,0
Castilla-La Mancha	12.563	0,84	2.179,6
Cataluña	78.213	5,23	13.569,3
Com. Valenciana	562.685	37,60	97.620,8
Extremadura	16.358	1,09	2.838,0
Galicia	120.278	8,04	20.867,2
Madrid	35.723	2,39	6.197,6
Murcia	68.189	4,56	11.830,2
Rioja (La)	1.327	0,09	230,2
Total	1.496.588	100,00	259.644,7

Fuente: MTAS. Elaboración propia.

Nota: Abonado en 2007

9. PARTICIPACIÓN DE ANDALUCÍA EN LA FINANCIACION SANITARIA

En el caso de Andalucía, la disminución del porcentaje de población protegida en 1999 respecto de 1996 y la introducción de las otras variables, suponía una reducción en el porcentaje de reparto en relación al modelo 1998-2001, que pasaba de 19,45% a 18,55%. No obstante, la aplicación de la garantía de mínimos, implicó que no perdiera recursos, logrando finalmente un 18,85% de la FSA en el año base.

En el 2002, primer año de vigencia del modelo, obtuvo una financiación por población protegida de 774 €, que representaban el 98,9% de la media, mientras que en términos de población equivalente el índice era de 102,5%. En los ejercicios siguientes esos índices fueron elevándose hasta 100,8% y 104,1% respectivamente, en 2006, como efecto por un lado de un incremento de los recursos superior a la media de las CC.AA. y, por otro, de un aumento de la población ligeramente inferior a la tasa nacional.

El Acuerdo de Sanidad de 2005 que, en parte incorpora las propuestas realizadas por la C.A. de Andalucía, ha supuesto al igual para todas las CC.AA. una apreciable mejora de los recursos. Concretamente en 2006 obtuvo 512,3 M€ en concepto de anticipo a cuenta de la liquidación y 213,8 M€ por el resto de medidas. Este último importe representa el 18,5% del total nacional, porcentaje que es superior al de la población equivalente de 2005.

10. CONCLUSIONES

Del estudio realizado podemos resumir los siguientes resultados:

- El SFA vigente integra la financiación sanitaria con la del resto de competencias autonómicas. Este hecho ha propiciado un aumento de la autonomía financiera y la corresponsabilidad fiscal de las Comunidades, al sustituir las transferencias finalistas provenientes del Insalud por recursos tributarios (con cesión de capacidad normativa en algunos) y por el Fondo de Suficiencia que no tiene carácter condicionado. Esto implica también mayor flexibilidad para priorizar los programas de gasto de las CC.AA.
- En el año base mejora la suficiencia estática de la FSA que se incrementa un 2,3% respecto de la restricción. Pero este aumento es muy heterogéneo entre CCAA, debido a los ajustes de población por la edad y a los traspasos.
- La FSA al basarse en la igualdad de recursos para las mismas necesidades y al medirse estas fundamentalmente por la población contiene un grado de equidad importante. No obstante, la financiación por población aumenta su dispersión en el año base respecto de la restricción.
- La incorporación de la población de 65 años y más, con el peso otorgado, y sin valorar otros criterios, puede considerarse un ajuste parcial y algo desproporcionado, máxime cuando no se actuó simétricamente en el gasto educativo.
- Asimismo, los costes admitidos en los traspasos de 2001, consolidables y realizados en varios casos por un valor superior a las liquidaciones de la financiación de Insalud, distorsionan la financiación en el año base y en la dinámica del sistema.
- El Informe del GTGS ha puesto de manifiesto que a 31 de diciembre de 2001, el déficit de sanidad era importante en algunas Comunidades con el Insalud transferido antes de esa fecha. Esta situación había sido motivada no sólo por la gestión propia de cada Comunidad, sino que se basaba más bien en los efectos acumulativos de la financiación otorgada a las mismas. Sin embargo, esta situación no fue corregida, por lo que la entrada en el nuevo Sistema se hizo en diferentes condiciones respecto al nivel de gasto desplazado.
- En el período 2002-2005 la FSA ha crecido por debajo del PIB, excepto en este último año. En consecuencia a muchas CCAA se les ha aplicado la garantía de crecimiento con el PIB. El incremento de la FSA por CC.AA. incluyendo el importe de esa garantía, ha sido bastante homogéneo.
- El sistema estrictamente (entendiendo como FSA sólo la derivada de los cálculos de la garantía del PIB, sin incluir esta) ha proporcionado hasta 2004 en conjunto menos recursos que el modelo precedente, situación agravada por el mayor dinamismo de las necesidades. Aunque, la percepción cambia si computamos también la garantía del PIB. Y sobre todo, si consideramos que la financiación total real de las CCAA crece más que el PIB, a partir de 2003. Asimismo en 2005 se ha modificado la tendencia, y la FSA se incrementa a mas velocidad que el PIB.
- La población ha crecido en el periodo 1999-2005 mucho y de forma heterogénea entre Comunidades. Este hecho, junto con la relativa homogeneidad de la FSA, ha provocado un crecimiento de la financiación por población protegida y equivalente bastante disperso entre aquellas, agrandándose las diferencias iniciales. En un escenario que contemplara los recursos reales de las CC.AA., el grado de equidad sería mayor.
- Las desigualdad en la financiación por población pueden estar provocando por un lado, dificultades para mantener el nivel medio en la prestación de los servicios en alguna Comunidad, y por otro, tensiones en el crecimiento del gasto derivadas de la competencia para proporcionar más y mejores servicios a la población, por cuanto las CC.AA. con más holgura presionan al alza los presupuestos de las restantes.
- La FSA ha sido superior, en general, al gasto mínimo obligatorio pero ha sido inferior al gasto real. Por tanto, las CCAA han debido aportar recursos adicionales para financiar esta magnitud, que ha crecido en todos los años a mayor ritmo que el PIB. A pesar de ello, el importante crecimiento de los recursos reales ha impedido el desplazamiento de otros gastos autonómicos.

- Las medidas financieras del Acuerdo de Sanidad han incrementado la suficiencia del sistema, la liquidez de las CC.AA. y reducido la desigualdad. Estos efectos junto con la moderación del gasto y los mayores recursos que está proporcionando el SFA desde 2005, han mejorado notablemente el panorama de las FSA en los últimos años.

Como conclusión general podemos señalar que el modelo de FSA actual ha mejorado la suficiencia del mismo y la autonomía financiera de las CC.AA.. Pero no la equidad, debido fundamentalmente al crecimiento de la población, a la ausencia de mecanismos de actualización de las necesidades y recursos en el SFA, y a la ineficacia de las asignaciones de nivelación .

De cara a la próxima reforma del SFA, en el ámbito de la FSA sería preciso incrementar su montante actual, como mínimo consolidado todos los recursos que aporta el Acuerdo de 2005, modificar los criterios de reparto por otros que midan mejor las necesidades, mejorar la suficiencia dinámica ajustando con más eficacia los recursos a la evolución de aquellas, mantener la garantía del crecimiento con el PIB, y establecer unas asignaciones de nivelación más operativas.

Estas recomendaciones pueden ser válidas , con matices, para un nuevo SFA que eliminara los bloques competenciales. En este supuesto sería conveniente mantener además , respetando la autonomía financiera de las CCAA, un gasto mínimo en Salud, con el fin de no distorsionar la igualdad de acceso a las prestaciones y servicios sanitarios.

BIBLIOGRAFÍA

- BLANCO, A. (2005) "El análisis del gasto sanitario en el ámbito de la Conferencia de Presidentes: El GT del Gasto sanitario. RAS 3 (4).
- BLANCO, A. (2006) "El coste de la muerte en las proyecciones de gasto sanitario público en España y la UE para el periodo 2004-2050" XXVI Jornadas de Economía de la Salud. AES 2006.
- CANTARERO, D y FERNÁNDEZ GÓMEZ, N. (2007). "Cestas impositivas y reforma de la financiación autonómica". XIV Encuentro de Economía pública. Santander
- GARCÍA CABELLO, J. (2003). "La nueva financiación de los servicios sanitarios de las Comunidades Autónomas y su incidencia en el presupuesto de Andalucía". El debate sobre el sistema de financiación autonómica. Jornadas de Estudio XX Aniversario Estatuto de Autonomía. Parlamento de Andalucía. Editorial Comares, 2003.
- GARCÍA CABELLO, J. (2003). "La Financiación sanitaria en el nuevo sistema de financiación autonómica". XXIII Jornadas de Economía de la Salud. Cádiz. AES 2003.
- GARCÍA CABELLO, J. (2007). "La Financiación autonómica y sanitaria. Análisis de los resultados del modelo y de las alternativas de reforma". XIV Jornadas de Estudios Andaluces, Málaga.
- GARCÍA CABELLO, J. (2008). "La Financiación de los servicios sanitarios de las CC.AA. . Análisis de los resultados del modelo vigente desde 2002". Revista Alcabala número 36.
- GARCÍA CABELLO, J. (2008). "El Sistema de financiación autonómica: aplicación en el año base y en el periodo 2002-2005". Revista Alcabala número 36.
- HARO, DE J. (2007) . "El estatuto andaluz y la reforma de la financiación autonómica". Seminario del IAE, CSIC. Barcelona 2007
- LASARTE, J. y otros (2002). Informe sobre la reforma del sistema de financiación autonómica. Comisión para el estudio y propuesta de un nuevo sistema de financiación de las comunidades autónomas aplicable a partir de 2002. IEF
- LÓPEZ I CASASNOVAS G. (1999). "La capitación en la financiación territorial de los servicios públicos transferidos: El caso de la sanidad y de la educación". Ministerio de sanidad y Consumo
- MARTÍN MARTÍN, MONTERO, CABASÉS HITA, JIMÉNEZ AGUILERA. "El Nuevo modelo de financiación autonómica de la sanidad". Informe SESPAS 2002.
- MARTÍN JJ; LÓPEZ DEL AMO, MP; CANO GARCÍA MD (2006). "Determinantes del crecimiento del gasto sanitario". XXVI Jornadas de Economía de la Salud. AES 2006.
- MINISTERIO DE ECONOMÍA Y HACIENDA (2004, 2005, 2006,2007 y 2008); Financiación de las Comunidades Autónomas correspondiente al ejercicio 2002, 2003, 2004, 2005 y 2006.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2005 y 2007). Informes del Grupo de Trabajo de Gasto Sanitario.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. Encuesta Nacional de Salud 1997, 2001 y 2003.
- MONTERO GRANADOS, R.; MARTÍN JJ; JIMÉNEZ AGUILERA, JD (2006). "Estimación de un índice de necesidad sanitaria regional en España mediante modelos de regresión de recuento con filtro". XIII Encuentro de Economía pública. Almería
- REY DEL CASTILLO, J y REY P. (2006). La financiación sanitaria autonómica: un problema sin resolver. Documento de trabajo 100/2006. Fundación Alternativas
- RICO, A y RUBIO, P (1996). "Necesidades sanitarias y redistribución regional de recursos en España". Mimeo
- RICO, RAMOS, BORRELL. "Distribución de la renta, pobreza y esperanza de vida en España". Informe SESPAS 2002.
- SÁNCHEZ MALDONADO J.; MOLINA, C. (2005). "Las propuestas actuales de reforma de la asistencia sanitaria". en Cabasés, J. (coord.), Análisis y valoración del impacto del nuevo modelo de financiación autonómica en el subsistema sanitario, Madrid-Bilbao, Fundación BBVA, 2006 .
- SÁNCHEZ MALDONADO J.; MOLINA, C. (2005). "Evaluación de los criterios de asignación de los recursos sanitarios. Elaboración de un índice sintético de necesidad sanitaria relativa" en Cabasés, J. (coord.), Análisis y valoración del impacto del nuevo modelo de financiación autonómica en el subsistema sanitario, Madrid-Bilbao, Fundación BBVA, 2006
- SÁNCHEZ MALDONADO J.; ORDÓÑEZ, C.; MOLINA, C. (2006). "La reforma de la financiación autonómica: un escenario de reparto de los recursos basado en las necesidades de gasto". XIII Jornadas de estudios andaluces. RER, Málaga 2006.

- SEVILLA SEGURA, J. V. (2005), "Financiación autonómica: Problemas y propuestas", Madrid, Fundación Alternativas-ExLibris Ediciones.
- UTRILLA, A.; GARCÍA DÍAZ, MA; HERRERO, A. (2006). "La liquidación del sistema de financiación autonómico en 2004 y el sistema de entregas a cuenta". Doc. 26/06. IEF.
- UTRILLA, A. (2006), "Modelo de financiación autonómica del sistema sanitario y escenarios de evolución dinámica", en Cabasés, J. (coord.), Análisis y valoración del impacto del nuevo modelo de financiación autonómica en el subsistema sanitario, Madrid-Bilbao, Fundación BBVA, 2006.