

---

# Financiación territorial de la sanidad pública en España. Estudio de su evolución en las últimas décadas (1981-2001)

Juan Carlos Gamazo Chillón\*  
María Luisa Albillos Fernández\*\*  
José Manuel González Fernández\*\*\*

---

\*PTUN de la Universidad de Valladolid, Departamento de Economía Aplicada y Derecho Financiero y Tributario

\*\*Universidad de Valladolid, Departamento de Economía Aplicada y Derecho Financiero y Tributario

\*\*\*Director Médico del Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid

## Resumen

Dos son las notas que han caracterizado la evolución del servicio de sanidad durante las últimas décadas en nuestro país. Por un lado, el incremento de la prestación sanitaria media registrada en los últimos veinte años y, por otro, un proceso de descentralización sanitaria iniciado con la Constitución de 1978. En este sentido, la Constitución Española, y la aplicación de los principios en ella recogidos, ha determinado un proceso gradual de descentralización de las competencias asumidas inicialmente por la Administración Central y sus órganos gestores, de las prestaciones sanitarias. Hasta el presente, sólo siete CC.AA. han asumido competencias plenas en esta materia: Andalucía (1984), Canarias (1994), Cataluña (1981), Galicia (1991), Navarra (1991), País Vasco (1987) y Valencia (1987). Estas CC.AA. gestionan la sanidad a través de sus respectivos Servicios Regionales de Salud (SRS), mientras el INSALUD (INSALUD-Gestión Directa), por su parte, mantiene la gestión sanitaria en las 10 regiones restantes. No obstante, el proceso descentralizador descrito se extenderá al resto de las regiones españolas en los próximos años. Por este motivo creemos que resulta relevante un estudio de la financiación del gasto sanitario público y de las consecuencias que el traspaso de competencias sanitarias tendrá previsiblemente para el sector público regional. En concreto, proponemos analizar los diferentes modelos de financiación autonómica de la sanidad en nuestro país. Prestando mayor atención al último de ellos, y todavía vigente, dadas las novedades que el mismo incorpora con relación a los anteriores.

**Palabras clave:** sanidad, financiación, gasto autonómico en sanidad.

## Abstract

There are two features which characterize the evolution of the public health service during the last decades in our country. On the one hand, the rise in the mean health service recorded in the last twenty years and, in the other, a process of health decentralization already started with the Constitution of 1978. In this sense, the Spanish Constitution and the implementation of its principles, has meant a gradual process of decentralization of the responsibilities taken on before by the Central Government) and its management Agencies of Health Service. Nowadays, only seven regional government have assumed full responsibilities in this field: Andalucía (1984), Canarias (1994), Cataluña (1981), Galicia (1991), Navarra (1991), País Vasco (1987) and Valencia (1987). These regional government manage the public health through theirs Regional Health Services (Servicios Regionales de Salud SRS), meanwhile the INSALUD (INSALUD-Direct

*management) keep up the health management in the remaining 10 Spanish regions. Nevertheless, the decentralization process related will be extended over to all the Spanish regions in the future. So we think that the study of the financing of the public health expenditure and the consequences that the transfer of the health responsibilities should mean for the regional public sector are important. In this particular instance, we outline to analyze the different models of regional financing of health services in our country, paying special attention to the last one, still in force, because of the new features it introduces in relation to the former.*

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

## Introducción

Dos son las notas que han caracterizado la evolución del servicio de sanidad durante las últimas décadas en nuestro país. Por un lado, el incremento de la prestación sanitaria media registrada en los últimos veinte años y, por otro, un proceso de descentralización sanitaria iniciado con la Constitución de 1978<sup>(1)</sup>.

Centrándonos en la primera de esas notas, el incremento del gasto en sanidad, y desde una perspectiva internacional, debemos destacar que si bien a principios de los años 80 la importancia cuantitativa del gasto en España, en comparación con el conjunto de países de la Unión Europea, era moderada (con un porcentaje del 4,5 del PIB en 1980 para nuestro país), a finales de los años 90 España se sitúa entre los países de la Unión

con un gasto público en servicios sanitarios con mayor peso sobre el PIB (6,1% en 1997), lo que supone un aumento de 30 puntos porcentuales durante ese período, y ello a pesar del incremento generalizado en la mayoría de los países occidentales del gasto sanitario durante ese período. La explicación de ese acercamiento no estriba, por tanto, en una reducción en el gasto sanitario de los países de la Unión, sino en un mayor ritmo de crecimiento del gasto sanitario en España en relación con el conjunto de la Unión Europea.

Sin detenernos en su análisis, si nos gustaría al menos señalar las principales razones esgrimidas por los expertos para explicar esa tendencia creciente del gasto en sanidad de los países desarrollados. Estas son: el envejecimiento progresivo de la población, la extensión de la cobertura sanitaria hacia la universalización, cambios en la morbilidad con la proliferación de enfermedades crónicas, un aumento en los precios de los servicios y bienes sanitarios, la creciente tec-

<sup>(1)</sup> Incluso no ha faltado algún autor que ha llegado a sugerir que la primera de esas notas es consecuencia de la segunda (López Casasnovas, 1998). Nosotros, sin llegar tan lejos, sí apreciamos una posible correlación, al menos temporal, entre el crecimiento del gasto sanitario y la descentralización territorial de las competencias en sanidad <sup>(1)</sup>.

nificación de los procedimientos sanitarios, y la existencia de una elasticidad renta significativamente superior a la unidad en los servicios sanitarios.

Si analizamos la evolución del gasto sanitario desde una perspectiva puramente interna, cabe señalar que el gasto sanitario, público y privado, en España en 1995 representaba el 7,6% del PIB (frente al 5,7% del PIB en 1985). Ese porcentaje se descompone de la siguiente manera: al gasto sanitario privado corresponde el 1,6% del PIB (el 1,1% del PIB en 1985) y el 6% restante al gasto sanitario público (4,6% del PIB en 1985). Del gasto sanitario público, destaca el efectuado por el INSALUD (gestión directa y transferido) que, en 1995, supuso un 5,12% del PIB (4% del PIB en 1985). La diferencia entre el gasto público total, 6% del PIB, y el gasto del INSALUD, 5,12% del PIB, se explica por el gasto de otras administraciones públicas<sup>(2)</sup>.

El gasto público en sanidad tiene también una importancia cuantitativa considerable en los presupuestos de las Comunidades Autónomas (CC.AA. a partir de ahora). Según datos disponibles para el ejercicio presupuestario de 1998, la mayor partida de gasto regional es la correspondiente al gasto en sanidad. Así, el por-

centaje que la sanidad representaba sobre el total de gastos en dicho año superó el 25% del total del gasto público, por encima del 19% destinado al gasto en educación. En términos absolutos, las CC.AA. asignaron a cuestiones de sanidad más de 2,5 billones de pesetas de los 10,5 billones de pesetas de su total de gastos. Así, y de acuerdo con los Presupuestos Generales del Estado, el INSALUD tiene asignados 4,37 billones de pesetas para el año 2000, de los cuales casi 2,7 billones de pesetas se gestionarán por las siete CC.AA. con competencias transferidas en sanidad (el 61,5% de los recursos asignados a este organismo). Resultando ser el gasto sanitario público la partida de gasto más importante para cada una de esas CC.AA. con la gestión transferida en sanidad<sup>(3)</sup>.

La segunda característica de la prestación sanitaria española en las últimas décadas ha sido el proceso de descentralización autonómica que lleva aparejada la transferencia de competencias en sanidad<sup>(4)</sup>. El tema de la financiación sanitaria autonómica es uno de los más debatidos

---

<sup>(2)</sup> Datos obtenidos del trabajo de Alonso y Herce (1998)<sup>(2)</sup>.

---

<sup>(3)</sup> Ver en este punto el trabajo de Urbanos y Utrilla (2000)<sup>(3)</sup>.

<sup>(4)</sup> En concreto, el artículo 149.1.17 de la carta magna (Constitución Española de 1978) establece que el Estado tiene competencia exclusiva sobre la legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de que la ejecución de sus servicios pueda ser transferida a las Comunidades Autónomas.

dentro del proceso de descentralización que se ha vivido, y se vive, en nuestro país. Una de las razones fundamentales es cuestión de dimensión: la financiación sanitaria autonómica representa en torno al 36% del total de la aportación de la hacienda central a las haciendas autonómicas que han recibido ya las competencias en sanidad. Junto a este motivo cuantitativo podríamos citar otros cualitativos: los criterios de distribución entre las CC.AA. de los recursos destinados a financiar los servicios sanitarios; las CC.AA. han defendido la idea de una insuficiente financiación, lo que ha originado continuas desviaciones presupuestarias; falta de un marco normativo estable aplicable a la financiación de esta materia; etc.

La Constitución Española de 1978, y la aplicación de los principios en ella recogidos, ha supuesto un proceso gradual de descentralización de las competencias de la Administración Central y sus órganos gestores en el campo de las prestaciones sanitarias. Una característica del proceso de transferencias en esta materia ha sido la heterogeneidad, pues hasta el momento sólo siete CC.AA. han asumido competencias plenas en esta materia: Andalucía (1984), Canarias (1994), Cataluña (1981)<sup>(5)</sup>,

Galicia (1991), Navarra (1991), País Vasco (1987) y Valencia (1987)<sup>(6)</sup>. Estas CC.AA. gestionan la sanidad a través de sus respectivos Servicios Regionales de Salud (SRS), mientras el INSALUD mantiene la gestión sanitaria en las 10 regiones restantes. Por lo que este organismo realiza funciones de coordinación, en el caso de las primeras, y funciones de gestión directa, en las segundas.

No obstante, el proceso descentralizador descrito en el párrafo anterior se extenderá al resto de las regiones españolas en los próximos años. Por este motivo creemos que resulta relevante un estudio de la financiación del gasto público en sanidad y de las consecuencias que el traspaso de competencias sanitarias tendrá previsiblemente para el sector público regional. En concreto, proponemos analizar los diferentes modelos de financiación autonómica de la sanidad en nuestro país. Prestando mayor atención al último de ellos, y todavía vigente, dadas las novedades que el mismo incorpora con relación a los anteriores.

El presente trabajo lo hemos estructurado de la siguiente forma. En una prime-

<sup>(5)</sup> El primer traspaso de servicios del INSALUD tuvo lugar en 1981 a favor de la Comunidad Autónoma (C.A. a partir de ahora) de Cataluña.

<sup>(6)</sup> Esas siete CC.AA. que han asumido las competencias de sanidad representa, aproximadamente, el 60% del volumen sanitario y afectan a una proporción parecida de la población española.

ra sección (SECCIÓN 2) destacamos cual ha sido la evolución en nuestro país de la financiación territorializada del gasto sanitario. Diferenciamos tres períodos en concreto: 1981 a 1993; 1994 a 1997; y 1998 a 2001. Dada la importancia de este último período dedicamos una sección entera a su estudio (SECCIÓN 3), destacando los principales rasgos diferenciales de este modelo con relación a los vigentes en años previos. Concluimos este trabajo con un apartado (SECCIÓN 4) donde recogemos las principales ideas recogidas en este trabajo.

### **Evolución de la financiación territorializada del gasto sanitario**

En la presente sección pasamos revista a los distintos sistemas de financiación que se han aplicado en nuestro país desde 1981, año en el que se inicia el proceso transferencial de los servicios del INSALUD a las CC.AA. No debemos olvidar el hecho de que la financiación territorial del gasto en sanidad ha sido un tema continuamente debatido y, como consecuencia de ese debate, un tema sujeto a continuas reformas. Prueba de estas reformas son las tres etapas que diferenciamos a continuación y que responden a otros tantos modelos de financiación.

1º. Una primera etapa abarcaría desde el año 1981 a 1993. En este primer mode-

lo el coste efectivo<sup>(7)</sup> de los servicios sanitarios fue utilizado como valor de referencia para determinar la cuantía de recursos financieros que necesitaban aquellas CC.AA. que habían asumido las competencias en esta materia. Si bien esto era, a priori, la norma general, se estableció un período transitorio de 10 años durante el cual el criterio de reparto a utilizar debería cambiar de ser el coste efectivo de los servicios a basarse en una financiación en función de la población protegida.

En el cuadro I recogemos el proceso transferencial que se produjo en esta etapa. En la primera columna recogemos las Comunidades Autónomas que recibieron las transferencias en materia de sanidad. La segunda columna nos muestra cómo esas CC.AA. a quienes se

---

<sup>(7)</sup> El "coste efectivo" de los servicios transferidos pretende recoger el coste total histórico de cada servicio y, por tanto, debe cubrir los costes directos, indirectos y la inversión de reposición de los servicios asumidos por cada Autonomía. A esta suma habría que restarle las tasas cobradas por los servicios transferidos.

- Costes directos: la suma de gastos de personal y de funcionamiento relativos a tareas que deben realizarse para la prestación de un servicio o producción de un bien.
- Costes indirectos: la suma de gastos de personal y de funcionamiento necesarios para realizar funciones de apoyo, dirección y coordinación del servicio transferido.
- Gastos de inversión: gastos destinados a mantener el stock de capital público transferido en las mismas condiciones de funcionamiento en que dicho servicio era prestado por la Administración Central.

transfirió las competencias en sanidad se corresponden con las CC.AA. que accedieron a su autonomía, bien por el artículo 151 de la Constitución Española, bien aquellas que accediendo por el artículo 143 se asimilaron a las primeras al aplicárselas la delegación de competencias estatales prevista en el artículo 150.2 (Comunidad Valenciana y Canaria). En la tercera, cuarta y quinta columna aparecen, respectivamente, las fechas de aprobación de los Estatutos de Autonomía, las fechas en que fueron reformados y las fechas de las leyes orgánicas de delegación de competencias. La columna que más nos interesa destacar es la sexta, pues en ella enumeramos los criterios aplicados al reparto de los fondos financieros destinados a la sanidad en esta etapa. En esta columna destacamos que:

- En el País Vasco el criterio aplicado desde la transferencia de sanidad en 1988 hasta 1994 fue el del coste efectivo de los servicios transferidos (CEST a partir de ahora).
- En Cataluña se aplicó el criterio del CEST en el período comprendido entre 1981 y 1984, y a partir de ese año un paulatino acercamiento al criterio de población protegida.
- En Galicia en el primer año del ejercicio de transferencias se aplicó el criterio del CEST y después un progresivo acercamiento al de población protegida.
- En Valencia desde el traspaso del INSALUD hasta 1994 el criterio utilizado fue el CEST.
- Canarias recibe las transferencias de sanidad en 1994 y el criterio utiliza-

CC.AA.	Vía de acceso	Aprobación E.A.	Reforma E.A.	L.O.150.2	Criterio Aplicado	Traspaso INSALUD
País Vasco	Rápida, 151	18-12-79			CEST	06-11-87
Cataluña	Rápida, 151	18-12-79			81-84 CEST, 85-94 PP	08-07-81
Galicia	Rápida, 151	06-04-81			91 CEST, 92-94 PP	28-12-90
Andalucía	Rápida, 151	30-12-81			84-86 CEST, 86-94 PP	22-02-84
Valencia	Lenta, 143	01-07-82	24-03-94	10-08-82	88-93 CEST	27-11-87
Canarias	Lenta, 143	10-08-82	30-12-96	10-08-82	94 CEST	11-23-94
Navarra	Especial LO	10-08-83			91-94 CEST	28-12-90

LO: Ley Orgánica. EA: Estatuto de Autonomías. CEST: coste efectivo de los servicios transferidos.

PP: población protegida. Fuente: Fernández-Miranda (2000) y elaboración propia<sup>(4)</sup>.

**Cuadro 1.** Evolución histórica de las transferencias sanitarias 1981-1994.

do para determinar el montante de recursos financieros asignado fue el del CEST.

- Navarra desde que recibe el traspaso del INSALUD hasta 1994 el criterio utilizado para cuantificar los recursos financieros a asignar a esta región fue el de CEST.

Esta falta de homogeneidad que se observa en los criterios utilizados para determinar la cantidad de recursos a asignar a cada CC.AA. se refleja también en las apreciables diferencias en el reparto de dichos recursos entre las CC.AA. y en la dispar evolución de esta participación de las CC.AA. en los presupuestos del INSALUD (Cuadro 2).

Otro inconveniente, aparte de la heterogeneidad de situaciones que efectivamente generó este modelo, es que el mismo no garantizaba los principios de sufi-

ciencia y equidad<sup>(8)</sup> que, en último extremo, deberían ser los inspiradores de la financiación sanitaria en este período. Por lo que se refiere a la suficiencia financiera, este sistema originó constantes desfases entre las cantidades presupuestadas destinadas a la prestación de servicios sanitarios y las realmente gastadas, insuficiencia a la que se tenía que hacer frente con modificaciones presupuestarias año tras año. Las principales consecuencias de esta indisciplina presupuestaria son: pérdida del poder de control de la institución presupuestaria sobre el gasto y, lo que a nuestro

<sup>(8)</sup> Siguiendo a Cabasés (1998) podemos interpretar el principio de equidad en el sentido de que todos los ciudadanos deben tener las mismas oportunidades para alcanzar iguales niveles de salud, y el principio de suficiencia como aquel cuyo objetivo es permitir el acceso a los servicios sanitarios garantizados e igualar los recursos iniciales en términos relativos, de tal forma que todas las CC.AA. estén en la misma situación de partida (5).

CC.AA.	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Cataluña	16,30	16,25	16,20	16,15	16,10	16,05	16,00	15,95	15,90	15,85
Andalucía	17,47	17,47	17,51	17,55	17,59	17,63	17,67	17,71	17,72	17,72
Valencia	-	-	-	-	9,62	10,18	10,18	10,18	10,18	10,18
País Vasco	-	-	-	-	5,72	5,72	5,72	5,72	5,72	5,72
Galicia	-	-	-	-	-	-	-	6,04	6,15	6,27
Navarra	-	-	-	-	-	-	-	1,18	1,18	1,18

Fuente: Truyoll (1999) y elaboración propia<sup>(6)</sup>.

**Cuadro 2.** Evolución de los porcentajes de participación en los recursos sanitarios, 1998. (Millones de pesetas).

entender es más importante, el sistema de presupuestación de la sanidad se convierte en algo irreal, sin ninguna practicidad. Consecuencia de esta indisciplina presupuestaria fue la generación de endeudamiento que motivó distintos planes de saneamiento (uno de 167 mil millones de pesetas en 1988, otro de 561 mil millones en 1991, un tercero de 145 mil millones en 1992 y en 1993 otro plan de saneamiento por 141 mil millones de pesetas).

2º. Con el propósito de superar los problemas del anterior sistema de financiación se revisó el mismo por el Consejo de Política Fiscal y Financiera<sup>(9)</sup> y el 21 de septiembre de 1994 se aprobó un nuevo modelo de financiación de la asistencia sanitaria para el período 1994-1997. Este nuevo modelo establecía como criterio de reparto el porcentaje de población protegida (población de derecho de cada región para el año 1991 menos aquellos colectivos protegidos por las entidades de mutualismo administrativo: MUFACE, ISFAS, MUGEJU), criterio este previsto en el artículo 82 de la Ley General de Sanidad (LGS) de 1986. De acuerdo con dicho artículo, el criterio de población protegida será el aplicado para

financiar los servicios de asistencia sanitaria. Esta aplicación de un criterio distinto al previsto en la Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas, LOFCA, (el coste efectivo), ha sido criticado por distintos autores al entender éstos que lo dispuesto en esta norma, ley orgánica por la que se regula la coordinación financiera entre administraciones, se deja de aplicar en favor de lo dispuesto por una ley ordinaria cuyo objetivo esencial es regular el sistema de salud nacional<sup>(10)</sup>.

A pesar de lo señalado en el párrafo anterior, sí que hubo alguna excepción a la utilización de la población protegida como criterio de reparto de los fondos financieros. Concretamente, en la distribución de los recursos del fondo de compensación por pacientes desplazados de otras CC.AA. no se concretó con exactitud el criterio utilizado para su reparto. Lo que sí se conoce es la dotación destinada a ese fondo: 10 mil millones de pesetas para 1995; 15 mil millones para 1996 y 16 mil millones para 1997, pero no los criterios que se utilizaron para repartir esas cantidades.

Otros puntos esenciales de este acuerdo son los siguientes:

---

<sup>(9)</sup> El Consejo de Política Fiscal y Financiera (CPFF) es un órgano de coordinación financiera entre el Estado y las CC.AA., creado por la Ley Orgánica 8/1980, de financiación de las CC.AA. (LOFCA)<sup>(7)</sup>.

---

<sup>(10)</sup> Opinión esta sostenida, entre otros, por Montero y Suárez (1998)<sup>(8)</sup>.

1) Se parte de un gasto inicial en sanidad para el ejercicio presupuestario de 1994 de 3,11 billones de pesetas, un 13,7% más de lo que inicialmente se presupuestó en asistencia sanitaria. Con ello se pretendía paliar el problema de la insuficiencia financiera crónica de la etapa anterior.

2) Para resolver la evolución temporal de la financiación sanitaria este sistema determinó la vinculación del aumento en el gasto de los servicios sanitarios a la tasa de variación del PIB nominal. Las tasas de crecimiento que se aplicaron durante este período fueron del 5,1% (1994); 6,4% (1995); 7,5% (1996); y 6% (1997).

3) Se intentó incorporar al sistema mayor disciplina fiscal para salvar así uno de los principales problemas del anterior período. Con ese propósito se impidió la posibilidad de aprobar créditos ampliables para hacer frente a las insuficiencias presupuestarias, pues de existir tales insuficiencias sería necesario acudir a los créditos extraordinarios, sometida esta modificación presupuestaria al procedimiento establecido en el artículo 64 del TRLGP (Texto Refundido de la Ley General Presupuestaria), de acuerdo con el cual se exige al Gobierno la remisión de un proyecto de ley a las Cortes Generales, previo dictamen del Consejo de Estado.

Una valoración muy general de este nuevo modelo permite reconocer un tenue avance con respecto a la situación anterior, en la medida que introdujo una cierta estabilidad financiera para las CC.AA. que tenían asumidas competencias en sanidad, pero sin embargo no fue capaz de corregir los desequilibrios interterritoriales instaurados en los años anteriores.

3º. La tercera, y de momento última, etapa que analizamos es la comprendida entre los años 1998-2001, ambos incluidos. El Consejo de Política Fiscal y Financiera, por acuerdo del 27 de noviembre de 1997<sup>(11)</sup>, adoptó un nuevo modelo de financiación territorial del gasto sanitario. Dada la importancia y las novedades introducidas por este modelo, creemos que el mismo se hace acreedor de un estudio individualizado, por lo que la siguiente sección está exclusivamente dedicada al análisis de este mecanismo de financiación del gasto sanitario territorializado.

---

<sup>(11)</sup> Aunque hablamos de un sólo acuerdo en realidad son seis acuerdos diferentes los que se adoptaron por el CPFF en la fecha señalada. El primero, y al que debe su nombre, es el relativo a la financiación del servicio de sanidad para el cuatrienio 1998-2001. El segundo y el tercero se ocupan del control del gasto destinado a las prestaciones por incapacidad laboral transitoria. El cuarto recoge medidas para mejorar la gestión en los servicios sanitarios. El quinto garantiza una financiación mínima para todas las CC.AA. El sexto y último, establece el sistema de financiación sanitaria de las comunidades forales (País Vasco y Navarra).

## **Modelo de financiación sanitaria para el cuatrienio 1998-2001**

Este nuevo modelo ha intentado garantizar la viabilidad financiera de la prestación sanitaria insuflando un cuantioso volumen de recursos a la financiación de la sanidad. No en vano, uno de los principios básicos del nuevo modelo es la suficiencia financiera del Sistema Nacional de la Salud. La asistencia sanitaria recibió un trato preferencial en el primer ejercicio presupuestario en el que se recogió este modelo de financiación, 1998. Concretamente a esta partida se destinaron casi 4 billones de pesetas, lo que supuso un incremento del 11% con respecto al ejercicio precedente. Por tanto, un primer efecto del nuevo modelo de financiación de la asistencia sanitaria ha sido una apuesta decidida por la consolidación del sistema público de salud. La composición de esos casi 4 billones de pesetas del ejercicio presupuestario de 1998 destinados a gastos sanitarios se diseñó de la siguiente manera:

1) Como cuantía de referencia se toma la recogida en la Ley General de Presupuestos Generales del Estado para el ejercicio de 1998: 3,719 billones de pesetas.

2) Se estima un volumen adicional de 40 mil millones de pesetas en concepto de ahorro como consecuencia del con-

trol de gasto en las prestaciones por incapacidad laboral transitoria.

3) Otra partida adicional de 10 mil millones de pesetas para garantizar la viabilidad financiera de la cobertura sanitaria.

La suma de estas tres partidas componen el Fondo General, según denominación del Consejo de Política Fiscal y Financiera (CPFF), con un montante de 3,769 billones de pesetas. El criterio de distribución territorial de este Fondo General es el de la población protegida.

4) Un Fondo de Modulación Financiera, con una cuantía de 20,5 mil millones de pesetas, destinado a evitar una reducción en la financiación de las CC.AA. con respecto a la situación previa debido al descenso en la población, garantizando que ninguna C.A. perdería más de un 0,25% de su financiación en relación a los recursos que tenían asignados en el proyecto de presupuestos de 1998.

5) Creación de un Fondo de Docencia, Investigación y Desplazados con un volumen cercano a los 50 mil millones de pesetas. La distribución territorial de este fondo se hará de acuerdo con los siguientes criterios: saldo de pacientes atendidos por cada C.A. (diferencia entre pacientes "importados" y pacientes "exportados"), número de médicos internos residentes (MIR), etc.

6) La cuantía total de gasto sanitario

público prevista para el ejercicio 1998 fue de 3,837 billones de pesetas. Asimismo, en el acuerdo de 1997 del CPFF se previó una cuantía adicional de 65 mil millones de pesetas por el hipotético ahorro en el gasto sanitario debido a mejoras en la gestión de los servicios sanitarios (el criterio de distribución de esta partida sería la población protegida).

7) A partir del año 2000 se sumará una partida de 25 mil millones de pesetas que se asignará a las CC.AA. en función de las mejoras que cada una de ellas introduzca en la prestación de los servicios sanitarios.

La cuantía de esos fondos, detallada lí-

neas arriba, es la prevista para el primer año de ese acuerdo (1998). Para años posteriores, y de acuerdo con el principio de suficiencia dinámica, esa cuantía evolucionaría en función del PIB nominal a coste de factores. La realidad nos ha mostrado, sin embargo, como el gasto sanitario público ha crecido durante los últimos años en un porcentaje mayor que el PIB nominal.

En el Cuadro 3 recogemos el volumen y la distribución de los recursos sanitarios de 1998 entre las distintas CC.AA. con competencias en sanidad y el INSALUD Gestión Directa. En este cuadro es posible apreciar una de las novedades de este

	FONDO GENERAL (FG)				FONDO ESPECÍFICO (FE)				TOTAL FONDOS	
	Control ILT	%	Total FG	%	Modulación financiera	%	Desplazados y Docencia	%		%
Cataluña	6.299,8	15,75	593.665	15,75	7.454,6	36,46	23.373,2	48,78	624.493	16,27
Galicia	2.765,0	6,91	260.559	6,91	3.716,9	18,18	1.566,0	3,27	265.843	3,93
Andalucía	7.228,3	18,07	681.160	18,07	0,0	0,00	13.334,2	25,74	693.495	18,07
Valencia	7.090,2	10,23	385.440	10,23	0,0	0,00	3.314,1	6,92	388.755	10,13
Canarias	1.626,9	4,07	153.310	4,07	0,0	0,00	1.099,7	2,29	154.410	4,02
País Vasco	2.178,2	5,45	205.263	5,45	2.98,0	14,66	538,5	1,12	208.800	5,44
Navarra	537,7	1,34	50.669	1,34	830,5	4,06	138,1	0,29	51.638	1,35
Insalud GT	24.726,2	61,82	2.330.069	61,82	15.000,0	73,37	42.363,8	88,41	2.387.433	62,21
Insalud GD	15.273,8	38,18	1.439.362	38,18	5.444,5	26,63	5.554,6	11,59	1.450.326	37,79
Total	40.000,0	100,00	3.769.396	100,00	20.444,4	100,00	47.918,4	100,00	3.837.759	100,00

Fuente: Sánchez y Gómez (1999) y elaboración propia <sup>(9)</sup>.

**Cuadro 3.** Volumen y distribución territorial de los recursos sanitarios, 1998. (Millones de pesetas).

modelo de financiación: su articulación a través de diferentes fondos. Así, diferenciamos entre un Fondo General, que recoge los recursos destinados a la cobertura de prestaciones sanitarias con carácter general y los recursos que se esperan obtener por el mejor control sobre la incapacidad laboral transitoria, y un Fondo Especifico destinado a cubrir atenciones específicas y compuesto a su vez por dos fondos diferentes: el fondo de modulación financiera y el fondo de asistencia hospitalaria (explicados anteriormente).

Una segunda novedad de este modelo es que prevé que los ahorros que se alcanzan en la prestación sanitaria reviertan en el mismo sistema sanitario, para reducir así el déficit público generado en años anteriores por la prestación de este servicio. Como señalamos en el punto 6 líneas arriba, la estimación de ahorro por adecuación del consumo de medicamentos a las necesidades reales de la población se valoró inicialmente en 65 mil millones de pesetas. A su vez, en el punto 2 aludíamos a una estimación de ahorro de 40 mil millones de pesetas por la aplicación de medidas dirigidas al control del gasto por incapacidad laboral transitoria.

Al igual que en la etapa anterior, se ha considerado el criterio de población protegida como criterio determinante

para la distribución de los recursos públicos destinados a financiar la prestación de servicios sanitarios. De acuerdo con este criterio, se prevé distribuir algo más del 98% del total de recursos públicos con que se cuenta. Sin embargo, y a diferencia del anterior modelo, para cuantificar la población protegida se ha entendido razonable acudir a los datos recogidos en el Padrón de 1996, publicado por el INE, en lugar de acudir a las cifras del Censo de 1991, y se han actualizado también los datos sobre personas protegidas por entidades de mutualismo administrativo (MUFACE; MUGEJU, etc.), para cuantificar la población protegida por el Sistema Nacional de Salud. Obviamente, esta actualización de los datos ha conllevado cambios de distinto signo para la financiación de las distintas CC.AA. Algunas de ellas se han visto beneficiadas: Andalucía, Canarias y Valencia; mientras que otras se han visto perjudicadas como consecuencia de esa actualización: Cataluña, Galicia e Insalud Gestión Directa (ver Cuadro 4).

Sin embargo, existen excepciones a la aplicación del criterio capitativo como criterio de distribución de los recursos. Así, en el reparto del Fondo de Modulación Financiera, al que hacíamos referencia líneas arriba, no se aplica en puri-

dad el criterio de población protegida. El criterio de distribución de este fondo es garantizar que ninguna C.A. que haya reducido en términos relativos su población (Cataluña, Galicia e Insalud Gestión Directa) pueda perder más del 0,25% de los recursos asignados a cada administración gestora por los Presupuestos Generales del Estado. En 1998 se destinaron a este fondo 20,5 mil millones de pesetas.

Existe otra excepción a la aplicación del criterio de población protegida, como es el utilizado para la distribución de recursos destinados a la docencia e investigación médica y a los pacientes des-

plazados de otras regiones: el Fondo de Asistencia Hospitalaria<sup>(12)</sup>. En el presupuesto de 1998 la cuantía destinada a estos fines era de 48 mil millones de pesetas. Con estos recursos se intenta compensar a aquellas CC.AA. que reciben más pacientes de otros territorios. A pesar de que el reparto de los recursos de este fondo no es muy claro, a la luz de la experiencia sabemos que la "mayor porción del pastel" se la llevaron Cataluña y, en menor medida, Andalucía.

<sup>(12)</sup> No obstante, hemos de reconocer que esta excepción también se recogía en el modelo de financiación sanitaria de 1994-1997.

	1991				1996				Diferencia
	Pbl. Dho	Mutualid.	Pbl. Prot.	%	Pbl. Dho	Mutualid.	Pbl. Prot.	%	96-91
Cataluña	6.059.494	206.297	5.853.197	15,99	6.090.040	185.576	5.904.464	15,75	-0,24
Galicia	2.731.669	159.785	2.571.884	7,03	2.742.622	151.153	2.591.469	6,91	-0,12
Andalucía	6.940.522	451.909	6.488.613	17,72	7.234.746	460.198	6.774.675	18,07	0,35
Valencia	3.857.234	183.488	3.673.746	10,03	1.009.329	175.823	3.833.506	10,22	0,19
Canarias	1.493.784	81.011	1.412.773	3,89	1.606.534	81.742	1.524.792	4,07	0,17
País Vasco	2.104.041	75.514	2.028.527	5,54	2.098.055	56.548	2.041.507	5,44	-0,09
Navarra	519.277	17.156	502.121	1,37	520.574	16.629	503.945	1,34	-0,02
Insalud GT	23.706.021	1.175.160	22.530.861	61,57	24.302.027	1.127.669	23.174.358	61,81	0,24
Insalud GD	15.166.247	1.085.613	14.080.634	38,42	15.367.367	1.052.142	14.315.225	38,18	-0,24
Total	38.872.268	2.260.733	36.611.495	100,00	39.669.394	2.179.811	37.489.583	100,00	0,00

Fuente: Consejo de Política Fiscal y Financiera (1997) y elaboración propia <sup>(4)</sup>.

**Cuadro 4.** Determinación y Evolución de la población protegida 1991-1996.

Podemos afirmar por tanto, que junto al criterio general de población protegida, que se aplica al 98,1% de los fondos totales de financiación de la sanidad, existen otros dos criterios de distribución de los recursos complementarios, aunque son prácticamente residuales.

A la hora de valorar este modelo algún autor ha destacado que con el acuerdo del CPFF de 1997 sobre financiación sanitaria se abandona la utilización exclusiva del criterio de población protegida para la distribución de los recursos destinados a la sanidad, ya que establece un fondo finalista (destinado a compensar las pérdidas de población entre el censo de 1991 y el padrón de 1996, y restaurar posibles desequilibrios territoriales debidos a costes de investigación, docencia y atención a desplazados), sin detallar claramente los criterios para distribuir dicho fondo<sup>(13)</sup>. Se abandona, por tanto, un criterio transparente de reparto y la financiación sanitaria queda más vulnerable a posibles presiones políticas que puedan ejercer las distintas CC.AA. Este hecho, en último extremo, puede estar poniendo en peligro un mismo nivel de servicios sanitarios para todos los ciudadanos espa-

ñoles con independencia de la región en la que residen<sup>(14)</sup>.

Otra crítica que se ha hecho al nuevo acuerdo adoptado por el CPFF en 1997 para la financiación autonómica de la sanidad, es que no incorpora una mayor corresponsabilidad fiscal de aquellas CC.AA. con competencias transferidas en sanidad frente al acuerdo anterior. En este acuerdo no se da un traslado efectivo de los riesgos de la hacienda central a las haciendas autonómicas.

Una tercera crítica achacable al modelo es que el criterio distributivo ha sido fundamentalmente el de la población protegida no ajustada, criterio que también se recoge en la Ley General de Sanidad, sin considerar otros elementos de ajuste como pudieran ser la dispersión geográfica y la estructura de edades. Quizá sería aconsejable la incorporación de alguna variable sobre el estado de salud de la población<sup>(15)</sup>, ya que la utilización tan sólo de variables demográficas para corregir la distribución per cápita de la financiación de la sanidad puede introducir importantes sesgos a favor de determinadas regiones y en detrimento de otras,

---

<sup>(13)</sup> Ver, por ejemplo, Monasterio y Suárez (1998), páginas 74 y 75<sup>(8)</sup>.

---

<sup>(14)</sup> Opinión que los lectores pueden ver más desarrollada en Cabasés (1998) páginas 18 y siguientes<sup>(9)</sup>.

<sup>(15)</sup> Son muchos los trabajos en los que se destaca la relación positiva entre la morbilidad y la cuantía de gastos sanitarios, ver por ejemplo Laasman (1993)<sup>(10)</sup>.

recomendándose en consecuencia la toma en consideración de factores socioeconómicos y sanitarios junto a los demográficos.

Finalmente, otra cuestión criticable de este modelo es la consideración del saldo de desplazados como criterio redistributivo, índice éste que debe utilizarse con mucho cuidado, porque tiende a favorecer a aquellas CC.AA. con mayor nivel de renta.

## **Conclusiones**

Los principales retos a los que se enfrenta la evolución del gasto sanitario público son fundamentalmente dos: el volumen del mismo y la asignación territorial de esa cuantía a las CC.AA. que configuran el Estado español. En relación con el primero de esos retos, hemos señalado como el gasto sanitario público en nuestro país ha pasado de representar el 4,6% del PIB en 1985 a suponer el 6% diez años después. Incremento que no parece que se haya detenido, más bien los datos de los últimos años parecen indicarnos todo lo contrario: el gasto público necesario para atender las necesidades sanitarias de los españoles aumenta con el transcurso del tiempo. Para mostrar la relevancia del segundo reto mencionado, el diseño de los mecanismos adecuados para proceder a la asignación territorial

de los gastos sanitarios, basta con señalar tan sólo un dato: el porcentaje de gasto que las CC.AA. destinan a la prestación de servicios sanitarios es superior al 25% del total de gasto público autonómico, el gasto en sanidad representa la mayor partida de gasto regional.

El tema de la financiación territorial del gasto en sanidad ha estado sometido a un continuo debate y, como consecuencia de lo cual, sujeto a múltiples reformas. En el presente trabajo hemos diferenciado tres etapas que responden a otros tantos modelos de financiación. Una primera etapa, 1981-1993, en la que a priori el coste efectivo de los servicios sanitarios fue utilizado como valor de referencia para determinar la cuantía de recursos financieros que necesitaban las CC.AA. que hubiesen asumido las competencias en esta materia. En una segunda etapa, 1994-1997, se optó por la población protegida (población de derecho menos población protegida por entidades de seguro libre) como criterio para asignar los recursos financieros a aquellas CC.AA. con competencias en sanidad. La tercera etapa, y última de momento, es la que abarca los años 1998-2001. Una de las peculiaridades de este nuevo modelo de financiación territorial del gasto sanitario es su articulación a través de distintos fondos: un Fondo ge-

neral en el que se recogen los recursos destinados a la cobertura de prestaciones sanitarias con carácter general y los recursos que se esperan obtener por el mejor control sobre la incapacidad laboral transitoria, estos recursos se distribuyen entre las CC.AA. en función de la población protegida; y un Fondo Específico, destinado a atender necesidades concretas, cuyo criterio de distribución no es el mismo que en el caso anterior.

Dado que 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 modelo estable y libre, en la medida de lo posible, de toda presión política. Creemos que una vez completadas las transferencias de sanidad a todas las CC.AA., no existe 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.

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. López G. (1998) "Financiación autonómica y gasto sanitario público en España", *Papeles de Economía Española*, nº 76, págs.: 2-14.
2. Alonso J, Herce JA. (1998) "El gasto sanitario en España: evolución reciente y perspectivas", *Textos Express 98-01*, FE-DEA.
3. Urbanos RM, 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.
4. Consejo de Política Fiscal y Financiera, (1997) "Financiación de los servicios de sanidad en el período 1998-2001", Madrid.
5. Cabasés JM. (1998) "La financiación autonómica. Bases para una propuesta", *Papeles de Economía Española*, nº 76, págs.: 67-77.
6. Truyoll I. (1999) "La financiación de las Comunidades Autónomas: presente y futuro", *Revista de Administración Sanitaria*, vol. III, nº 12, págs.: 81-93.
7. Consejo de Política Fiscal y Financiera, (1997) "Financiación de los servicios de sanidad en el periodo 1998-2001", Madrid.
8. Monasterio C, Suárez J. (1998) "Manual de Hacienda Pública autonómica y local", Ariel Economía, Barcelona.
9. Sánchez J, Gómez JS. (1998) "La financiación territorial de la sanidad: especial referencia a España", *Papeles de Economía Española*, nº 76, págs.: 19-49.
10. Laasman JM. (1993) "Despense de santé: une analyse empirique des déséquilibres régionaux", *Cahiers Economiques de Bruxelles*, nº 94.

