
Insuficiencia financiera y gasto sanitario en España

David Cantarero Prieto

*Departamento de Economía. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales.
Universidad de Cantabria*

Resumen

La aprobación de un nuevo modelo de financiación autonómica y la publicación de las liquidaciones en sus dos primeros años de vigencia (2002 y 2003) ha puesto de manifiesto la insuficiencia en la financiación sanitaria para muchas regiones, lo cual ha sido el motivo principal del reciente pacto para su mejora alcanzado en septiembre de 2005. En este artículo se analiza el sistema de financiación territorial de competencias sanitarias, así como el gasto en esta partida y la definición de su posible déficit para mostrar las diferencias existentes entre regiones. Finalmente, tras algunos comentarios y observaciones, se cierra el trabajo con un apartado de resultados y consideraciones finales.

Palabras clave: sanidad, financiación autonómica, gasto sanitario, corresponsabilidad fiscal.

Summary

Approval of a new regional community financing model and publication of the results in its first two years (2002 and 2003) has shown the inadequacy of health care financing for many regions (this being the main reason for the recent agreement to improve it reached in September 2005). In this paper, health care financing, expenditure and the definition of budget deficit are analysed in order to show differences among regions. Finally, after some comments and observations, the paper is concluded with a section on results and final considerations.

Key words: care, regional community financing, health care expenditure, fiscal accountability.

Introducción

El pasado 2002 entró en vigor el actual sistema de financiación autonómica con el objetivo de integrar la financiación de todas las competencias, incluida la sanidad, y crear un marco estable y sostenible para todas las Comunidades Autó-

nomas (CCAA). No obstante, los problemas presupuestarios se han venido reproduciendo en los últimos meses como resultado de un cada vez mayor desfase entre el crecimiento de los ingresos y gastos autonómicos, circunstancia esta última que resulta especialmente importante en el caso de la sanidad.

Estos problemas de insuficiencia del gasto sanitario han tenido su reflejo en la aplicación de las garantías de asistencia sanitaria a la mayoría de CCAA en las dos liquidaciones conocidas hasta el momento del modelo de financiación, correspondientes a los años 2002 (208,90 millones de euros; 0,73% del total de la financiación sanitaria, afectando a todas las CCAA excepto Cantabria, Murcia, Canarias y Madrid) y 2003 (224,08 millones de euros; 0,73% del total de la financiación sanitaria, afectando a todas las CCAA excepto a Andalucía, Cantabria, Murcia, Comunidad Valenciana y Madrid). La aplicación de dichas garantías se ha hecho en virtud de la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, en donde se establece un mecanismo transitorio de garantía financiera dinámica, por el cual durante los tres primeros años de funcionamiento del nuevo sistema (2002-2004) el Estado garantizará a las CCAA que el índice de evolución de los recursos asignados para sanidad sea el de la evolución del producto interior bruto (PIB) nominal a precios de mercado (disposición transitoria segunda, de la Ley 21/2001, de 27 de diciembre). Dicho aspecto es importante en sanidad, ya que su índice de evolución de los recursos era hasta el año 2002 el PIB, por lo que puede pensarse que esta garantía financiera es una reminiscencia

de los Acuerdos de Financiación sanitaria anteriores de los cuatrienios 1994-1997 y 1998-2001.

En el presente artículo se realiza un repaso al último modelo acordado para financiar la competencia sanitaria, así como la situación actual del gasto en sanidad regional. El objetivo principal es analizar uno de los elementos más importantes presentes en el actual debate sobre la financiación autonómica, como es el relativo a la sanidad.

Financiación de la sanidad en el proceso de descentralización español

El modelo de financiación, finalmente acordado en julio de 2001, tiene como principales novedades, al aumento de la corresponsabilidad fiscal, la integración de los distintos sistemas hasta ahora existentes (competencias comunes en sanidad y en servicios sociales) y la desaparición de las garantías financieras que operaban en el sistema anterior. Del mismo modo, el nuevo modelo cambió el criterio de reparto de la restricción inicial, basándose ahora en la población protegida (ponderación del 75%) ajustada por la población mayor de 65 años (ponderación del 24,5%) y la insularidad (ponderación del 0,5%). Así, los recursos

autonómicos pasan a depender en cada región de la proporción y evolución de las transferencias recibidas del Estado (“fondo de suficiencia”) y de la propia evolución de los tributos cedidos y compartidos (“cesta de impuestos”). Es de esperar que la evolución diferenciada de los recursos generará diferentes grados de suficiencia financiera regionales por la propia composición de sus ingresos, lo cual evidentemente afectará sus políticas de gasto y sus correspondientes márgenes de maniobra presupuestarios. Además, en diciembre de 2001 se culminó el proceso de descentralización sanitaria al traspasarse la competencia de la gestión de dicho tipo de gasto a las 10 CCAA que todavía no la gestionaban.

El modelo de financiación sanitaria determina que las CCAA deberán destinar a la sanidad, como mínimo, una cantidad igual a la resultante de incrementar la financiación inicial con el ITE Nacional (Ingresos Tributarios del Estado, es decir, la parte de impuestos sobre la Renta de las Personas Físicas, Impuesto sobre el Valor Añadido e Impuestos Especiales que no ha sido cedida a las Comunidades Autónomas, además de que las garantías de financiación sanitaria aplicables en el modelo pueden entenderse en este caso de dos modos a partir del año 2002:

1. Para que aquellas CCAA del antiguo INSALUD-gestión transferida no perdiesen con el cambio del sistema, no siendo de aplicación en este caso dada la positiva evolución de la financiación sanitaria.

2. Igualmente, en la Ley 21/2001, de 27 de diciembre se establece un mecanismo transitorio de garantía financiera dinámica por el cual, durante los tres primeros años de funcionamiento del nuevo sistema (2002-2004), el Estado garantizará a las CCAA que el índice de evolución de los recursos asignados para sanidad sea el de la evolución del PIB nominal a precios de mercado (disposición transitoria segunda de la Ley 21/2001, de 27 de diciembre). Dicho aspecto es importante en sanidad, ya que su índice de evolución de los recursos era hasta el año 2002 el PIB, por lo que puede pensarse que esta garantía financiera es una reminiscencia de los acuerdos de financiación sanitaria anteriores de los cuatrienios 1994-1997 y 1998-2001.

Del mismo modo, el modelo introduce dos fondos de tipo específico: el fondo “programa de ahorro en incapacidad temporal”, distribuido según la población protegida, y el fondo de cohesión sanitaria, para garantizar la igualdad de acceso a los servicios sanitarios públicos en todo el país.

En términos de suficiencia financiera estática, este modelo permitía un margen

Comunidad Autónoma	1999	2002	Garantía 2002	Garantía % s/fina sanidad	2003	Garantía 2003	Garantía % s/fina sanidad	Índice 99/02	Índice 99/03
Andalucía	4.402,48	5.401,17	19,61	0,36	5.811,06	0,00	0,00	1,2268	1,3200
Aragón	826,85	986,3	10,80	1,10	1.078,24	11,88	1,10	1,1928	1,3040
Asturias	744	901,63	14,46	1,60	958,06	22,83	2,38	1,2119	1,2877
Baleares	516,81	612,06	24,29	3,97	658,33	23,03	3,50	1,1843	1,2738
Canarias	1.034,4	1.274,1	0,00	0,00	1.358,18	5,57	0,41	1,2317	1,3130
Cantabria	399,68	492,41	0,00	0,00	527,81	0,00	0,00	1,2320	1,3206
Castilla León	1.609,41	1.941,6	40,07	2,06	2.071,85	49,99	2,41	1,2064	1,2873
Castilla-La Mancha	1.094,09	1.339,77	7,39	0,55	1.440,57	1,88	0,13	1,2246	1,3167
Cataluña	3.975,88	4.860,03	35,48	0,73	5.206,03	35,77	0,69	1,2224	1,3094
Comunidad Valenciana	2.475,47	3.045,97	2,08	0,07	3.277,49	0,00	0,00	1,2305	1,3240
Extremadura	692,02	839,51	12,58	1,50	896,24	16,12	1,80	1,2131	1,2951
Galicia	1.735,67	2.100,25	36,87	1,76	2.234,35	53,95	2,41	1,2101	1,2873
Madrid	2.990,63	3.788,04	0,00	0,00	4.043,99	0,00	0,00	1,2666	1,3522
Murcia	674,07	835,6	0,00	0,00	898,51	0,00	0,00	1,2396	1,3330
La Rioja	202,83	244,49	5,26	2,15	264,37	3,04	1,15	1,2054	1,3034
Total	23.374,31	28.662,91	208,90	0,73	30.725,12	224,08	0,73	1,2263	1,3145
ITE nacional								1,2129	1,2951
PIB								1,2313	1,3184

Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Hacienda (2004 y 2005).

Tabla 1. Financiación sanitaria en el modelo actual (1999-2003). Millones de euros

financiero que cubría relativamente las necesidades de gasto entendidas como tales en la restricción inicial del año base¹. Así, para los dos primeros ejercicios liquidados del modelo referidos a 2002 y 2003 (tabla 1), la financiación sanitaria ha pasado de los 23.374,31 en 1999 hasta los 28.662,91 millones de euros en 2002, con un índice de crecimiento importante (1,2263) por encima del ITE nacional

(1,2129). Las garantías aplicadas en el primer año del funcionamiento del sistema suponen un porcentaje relativamente más alto de la financiación sanitaria de cada CCAA en Galicia (1,76%), Asturias (1,60%), La Rioja (2,15%), Aragón (1,10%), Extremadura (1,50%), Baleares (3,97%) y Castilla y León (2,06%). En total, el montante de las garantías sanitarias ha ascendido en 2002 a 208,90 millones

Comunidad Autónoma	1999	2002	2003	Absoluta 99/03	% 99/03	Absoluta 02-03	% 02/03	Extranjeros 2003	% extranjeros s/2003
Andalucía	7.305.117	7.478.432	7.606.848	301.731	4,1	128.416	1,7	285.620	3,8
Aragón	1.186.849	1.217.514	1.230.090	43.241	3,6	12.576	1,0	62.340	5,1
Asturias	1.084.314	1.073.971	1.075.381	-8.933	-0,8	1.410	0,1	20.341	1,9
Baleares	821.820	916.968	947.361	125.541	15,3	30.393	3,3	126.631	13,4
Canarias	1.672.689	1.843.755	1.894.868	222.179	13,3	51.113	2,8	179.698	9,5
Cantabria	528.478	542.275	549.690	21.212	4,0	7.415	1,4	13.724	2,5
Castilla León	2.488.062	2.480.369	2.487.646	-416	0,0	7.277	0,3	59.819	2,4
Castilla-La Mancha	1.726.199	1.782.038	1.815.781	89.582	5,2	33.743	1,9	71.013	3,9
Cataluña	6.207.533	6.506.440	6.704.146	496.613	8,0	197.706	3,0	544.670	8,1
C.Valenciana	4.066.474	4.326.708	4.470.885	404.411	9,9	144.177	3,3	415.015	9,3
Extremadura	1.073.574	1.073.050	1.073.904	330	0,0	854	0,1	17.950	1,7
Galicia	2.730.337	2.737.370	2.751.094	20.757	0,8	13.724	0,5	53.888	2,0
Madrid	5.145.325	5.527.152	5.718.942	573.617	11,1	191.790	3,5	589.400	10,3
Murcia	1.131.128	1.226.993	1.269.230	138.102	12,2	42.237	3,4	113.973	9,0
Navarra	538.009	569.628	578.210	40.201	7,5	8.582	1,5	38.925	6,7
País Vasco	2.100.441	2.108.281	2.112.204	11.763	0,6	3.923	0,2	49.262	2,3
La Rioja	265.178	281.614	287.390	22.212	8,4	5.776	2,1	20.791	7,2
Total	40.202.160	41.837.894	42.717.064	251.4904	6,3	879.120	2,1	2.672.596	6,3

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y elaboración propia.

Tabla 2. Evolución de la población oficial

de euros (0,73% del total de la financiación sanitaria) afectando a todas las CCAA excepto Cantabria, Murcia, Canarias y Madrid.

En 2003 el crecimiento del ITE nacional acumulado (1,2951) vuelve a ser por segundo año consecutivo inferior al PIB (1,3184), si bien en la actualidad únicamente se utiliza el PIB nominal como garantía de crecimiento de la financiación

sanitaria, y sólo para los años 2002, 2003 y 2004. En este caso, las garantías han tenido que ser de nuevo aplicadas en 224,08 millones de euros (0,73% del total de la financiación sanitaria) afectando a todas las CCAA excepto las anteriormente mencionadas (Andalucía, Cantabria, Murcia, Comunidad Valenciana y Madrid) en donde su crecimiento de financiación sanitaria ha sido superior a

CCAA	1999	% s/total	2000	% s/total	TVI 00/99	2001	% s/total	TVI 01/00	2002	% s/total	TVI 02/01	2003	% s/total	TVI 03/02	TAM 99/03
Andalucía	6.830.285	17,98	6.862.013	17,93	0,46	6.931.651	17,82	1,01	7.001.587	17,67	1,01	7.127.957	17,6	1,8	1,07
Aragón	1.108.096	2,92	1.110.880	2,9	0,25	1.120.590	2,88	0,87	1.138.477	2,87	1,6	1.152.409	2,85	1,22	0,99
Asturias	1.047.945	2,76	1.040.341	2,72	-0,73	1.038.965	2,67	-0,13	1.037.966	2,62	-0,1	1.039.473	2,57	0,15	-0,2
Baleares	784.636	2,07	807.868	2,11	2,96	840.490	2,16	4,04	879.096	2,22	4,59	909.616	2,25	3,47	3,76
Canarias	1.588.055	4,18	1.629.975	4,26	2,64	1.692.825	4,35	3,86	1.753.923	4,43	3,61	1.803.383	4,45	2,82	3,23
Cantabria	505.702	1,33	508.477	1,33	0,55	514.853	1,32	1,25	519.385	1,31	0,88	526.783	1,3	1,42	1,03
Castilla y León	2.316.792	6,1	2.307.639	6,03	-0,4	2.306.748	5,93	-0,04	2.308.410	5,83	0,07	2.316.723	5,72	0,36	0
Castilla-La Mancha	1.634.162	4,3	1.642.563	4,29	0,51	1.662.521	4,27	1,22	1.688.006	4,26	1,53	1.720.935	4,25	1,95	1,3
Cataluña	6.021.109	15,85	6.079.705	15,88	0,97	6.179.951	15,88	1,65	6.325.613	15,97	2,36	6.522.999	16,11	3,12	2,02
C.Valenciana	3.884.525	10,23	3.938.806	10,29	1,4	4.019.327	10,33	2,04	4.140.459	10,45	3,01	4.283.038	10,58	3,44	2,47
Extremadura	1.004.837	2,65	999.343	2,61	-0,55	1.002.907	2,58	0,36	1.002.061	2,53	-0,08	1.002.666	2,48	0,06	-0,05
Galicia	2.574.293	6,78	2.577.402	6,73	0,12	2.580.447	6,63	0,12	2.584.625	6,52	0,16	2.598.943	6,42	0,55	0,24
Madrid	4.709.391	12,4	4.775.061	12,47	1,39	4.947.132	12,72	3,6	5.101.101	12,88	3,11	5.295.677	13,08	3,81	2,98
Murcia	1.049.676	2,76	1.067.336	2,79	1,68	1.108.461	2,85	3,85	1.145.055	2,89	3,3	1.187.034	2,93	3,67	3,12
Navarra	521.377	1,37	527.455	1,38	1,17	539.748	1,39	2,33	553.228	1,4	2,5	562.126	1,39	1,61	1,9
País Vasco	2.045.932	5,39	2.045.579	5,34	-0,02	2.048.512	5,27	0,14	2.056.240	5,19	0,38	2.061.361	5,09	0,25	0,19
La Rioja	252.220	0,66	250.821	0,66	-0,55	256.815	0,66	2,39	267.933	0,68	4,33	273.645	0,68	2,13	2,06
Ceuta	58.354	0,15	58.898	0,15	0,93	59.588	0,15	1,17	60.506	0,15	1,54	59.184	0,15	-2,18	0,35
Melilla	43.050	0,11	51.335	0,13	19,25	53.874	0,14	4,95	54.605	0,14	1,36	53.799	0,13	-1,48	5,73
Total	37.980.437	100	38.281.497	100	0,79	38.905.395	100	1,63	39.618.276	100	1,83	40.497.751	100	2,22	1,62

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo y elaboración propia

Tabla 3. TAM (Tasa anual de crecimiento)

la evolución del PIB nominal a precios de mercado. Precisamente, las CCAA en las que se ha aplicado una mayor garantía en términos relativos son Galicia (2,41%), Asturias (2,38%), La Rioja (1,15%), Aragón (1,10%), Extremadura (1,80%), Baleares (3,50%) y Castilla y León (2,41%) con bajos índices de crecimiento en el período 1999-2003, debiendo éstas priorizar el gasto sanitario frente a otras competencias asumidas.

Los problemas de suficiencia financiera del modelo vienen de su poca flexibilidad en estos últimos años para adaptarse al crecimiento poblacional elevado y su desigual distribución a nivel regional. Este incremento poblacional ha generado mayores necesidades de gasto (educativas y sanitarias) que en su caso no habían sido previstas en la restricción inicial del sistema, estimada en el año base 1999, lo cual ha generado importantes tensiones en la financiación autonómica.

Así, desde 1999, año base en el actual sistema de financiación, y hasta 2003, según la tabla 2 la población oficial española se ha incrementado en más de 2,5 millones de personas, con un aumento del 6,3%. En algunas CCAA como Baleares (15,3%), Canarias (13,3%), Murcia (12,2%) o Madrid (11,1%) ese aumento ha sido espectacular. Este crecimiento de la población ha sido especialmente

significativo entre 2002 y 2003, con incrementos, especialmente en el último año, superiores al 3% en Madrid (3,5%), Murcia (3,4%), Baleares (3,3%) y la Comunidad Valenciana (3,3%). Por contra, otras CCAA como Asturias, Castilla y León, Extremadura y el País Vasco apenas han aumentado su población en estos últimos años.

Esta tendencia alcista de la población oficial se ha traducido también en los datos de población protegida. Así, como puede observarse en las tablas 2 y 3, mientras en el trienio 1996-1999 la población protegida se había incrementado en un 1,7% a nivel nacional, en 2002-2003 el aumento ha sido del 2,22% siendo especialmente visible en algunas CCAA tales como Baleares (3,47%), Canarias (2,82%), Cataluña (3,12%), Comunidad Valenciana (3,44%), Madrid (3,81%) y Murcia (3,67%). Precisamente, la magnitud del cambio demográfico producido en algunas CCAA ha obligado a revisar las proyecciones demográficas realizadas por el Instituto Nacional de Estadística.

En definitiva, si el análisis del sistema actual de financiación ha puesto de manifiesto las ganancias en términos de suficiencia financiera respecto al modelo anterior, la evolución del gasto sanitario en los últimos años y las tendencias demográficas actuales y previsibles en el medio

plazo apuntan hacia un crecimiento mayor de las necesidades sanitarias, especialmente en algunas zonas. Evidentemente, aunque existe una cierta conexión entre la evolución de la población y la riqueza regional y de ésta con la capacidad tributaria, el crecimiento de la última no resulta inmediato, pudiéndose generar desajustes entre la evolución de las necesidades regionales de prestaciones sanitarias aproximadas a través de la población y los recursos del sistema de financiación autonómico.

Dada la situación anteriormente descrita, y a la espera de un acuerdo sobre el nuevo modelo de financiación autonómica general, en la I Conferencia de Presidentes Autonómicos del pasado 28 de octubre de 2004 se constituyeron dos grupos de trabajo Gobierno Central-CCAA con los objetivos de estudiar y analizar el gasto sanitario y su financiación y los efectos de la evolución de la población en el sistema. En función de este análisis y conclusiones de dichos grupos de trabajo, el Gobierno Central se comprometió a mejorar transitoriamente la financiación de las CCAA y, en concreto, la de la evolución del gasto en sanidad, respetando los elementos básicos del sistema de financiación establecido en la Ley 21/2001, y con el objetivo de que a medio plazo se revisaría y re-

formaría en su caso el modelo actual de financiación autonómica general.

Con estos antecedentes, el consejo de política fiscal y financiera aprobó el pasado 13 de septiembre de 2005 por amplia mayoría (CCAA gobernadas por el PSOE y partidos afines, Navarra y Canarias) las medidas de mejora de la financiación sanitaria presentadas por el Gobierno y previamente consensuadas en la II Conferencia de Presidentes Autonómicos de 10 de septiembre de 2005 (Ministerio de Economía y Hacienda, 2005). Estas mejoras de los recursos que pasan a recibir las CCAA para financiar su sanidad entre 2006 y 2007 se prevé que supongan unos 4.359,8 millones de euros adicionales a los ya proporcionados por el sistema actual, lo que comparado con la financiación total que obtuvieron en 2003 (último ejercicio liquidado hasta la fecha), supondría un incremento del 6,5% de los ingresos alcanzados (tabla 4). La distribución de estos recursos en términos generales es de 1.677 millones de euros, con cargo a los Presupuestos Generales del Estado en 2006, 1.365,8 millones de euros de anticipos en 2005 y otros 1.365,8 millones de euros en 2006. Además, este aumento de recursos que hace el Estado podría incrementarse si las CCAA hacen uso de su capacidad normativa.

Comunidad	(1) Partida presupuestaria 2006	(2) Insularidad 2006	(3) Anticipos a cuenta 2005	(4) Anticipos a cuenta 2006	(5) INGESA 2006	Total 2006	Total 2005 y 2006
Andalucía	91,1		274,7	274,7		365,8	640,5
Aragón	16,2		46,6	46,6		62,8	109,4
Asturias	14,5		41,2	41,2		55,7	96,9
Baleares	12,0	26,3	30,7	30,7		69,0	99,7
Canarias	24,0	28,7	66,2	66,2		118,9	185,1
Cantabria	7,1		23,5	23,5		30,6	54,1
Castilla León	33,0		100,2	100,2		133,2	233,4
Castilla-La Mancha	23,7		69,8	69,8		93,5	163,3
Cataluña	85,8		214,2	214,2		300,0	514,2
Comunidad Valenciana	56,1		131,7	131,7		187,8	319,5
Extremadura	13,6		47,5	47,5		61,1	108,6
Galicia	36,1		109,6	109,6		145,7	255,3
Madrid	68,0		157,4	157,4		225,4	382,8
Murcia	15,2		40,0	40,0		55,2	95,2
La Rioja	3,7		12,3	12,3		16,0	28,3
Ceuta			0,2	0,2	0,6303	0,8	1,0
Melilla			0,2	0,2	0,5697	0,8	1,0
Total	500,0	55,0	1.365,8	1.365,8	1,2	1.922,0	3.287,8

Nota: Fondos adicionales del Acuerdo con distribución en 2006 entre CCAA en función de resultados:

a) Fondo de cohesión sanitaria: 45,0 millones de euros.

b) Fondo de garantía sanitaria: 500,0 millones de euros.

c) Asistencia a residentes extranjeros: 200,0 millones de euros.

d) Accidentes laborales no cubiertos por mutuas: 100,0 millones de euros.

e) Incremento en impuesto alcohol y tabaco: 227,0 millones de euros.

Total (1) + (2) + (3) + (4) + (5) + (a) + (b) + (c) + (d) + (e): 4.359,8 millones de euros.

Fuente: Elaborado a partir de Ministerio de Economía y Hacienda (2005).

Tabla 4. Fondos para la financiación sanitaria que las Comunidades Autónomas van a recibir en próximos meses (millones de euros corrientes). España

Estudio de la evolución del gasto sanitario

El déficit sanitario puede entenderse como la diferencia entre el volumen de recursos disponibles para la prestación de servicios sanitarios y el gasto efectivamente realizado. Por ello, la estimación de dicho déficit es un ejercicio complejo, tanto desde la perspectiva del gasto como desde la de los ingresos. La razón es que el modelo de financiación autonómica vigente ha hecho que la sanidad dejara de financiarse de forma específica, de ahí que el volumen de ingresos para esta partida sea el resultado de la voluntad y autonomía en el gasto de cada CCAA. Por ello, el análisis del déficit en sanidad únicamente puede ser evaluado por el lado del gasto efectivamente realizado y las tensiones registradas en los últimos años, y muy especialmente, desde 1999, año base de aplicación de las variables de reparto de la restricción inicial destinado a satisfacer las necesidades de gasto sanitario de cada CCAA (bloque de sanidad).

Otra de las dificultades al intentar estimar el déficit en sanidad es la escasa información sanitaria disponible en nuestro país^{2,3}. El Grupo de trabajo de análisis del gasto sanitario público, dirigido por la Intervención General de la Administración

del Estado (IGAE) al elaborar su informe en 2005 pudo constatar la fragmentación de la información del sistema de salud en las diferentes CCAA y las distintas fórmulas de gestión adoptadas por algunas de ellas, lo que planteaba grandes dificultades en el acceso efectivo a dicha información, además de su comparación para poder extraer conclusiones válidas a nivel general.

Con estos condicionantes previos, las dudas parecen obvias al intentar estimar un posible déficit en la sanidad. En cambio, muestra de que los recursos no llegan a cubrir las necesidades reales, es la existencia de un volumen importante de deuda, debida en parte al gasto farmacéutico, estimada en unos 6.036 millones de euros pendientes de contabilizar a finales del ejercicio de 2003. De esta deuda destacan especialmente los importes registrados en Cataluña (2.175 millones de euros), Andalucía (1.558 millones de euros) y la Comunidad Valenciana (1.111 millones de euros).

En este informe de gasto sanitario (tabla 5), el importe del total de gasto consolidado (todas las Administraciones Públicas) real ha sido de unos 42.626 millones de euros, generando una deuda extrapresupuestaria de unos 1.680 millones de euros para dicho ejercicio, muy por encima de los aproximada-

Año	1999	2000	2001	2002	2003
Gasto total consolidado	42.626,47	38.295,36	35.499,47	33.092,18	30.635,61
% Sobre el PIB	5,42	5,42	5,43	5,48	5,72
% Sobre gasto de las Administraciones Públicas	13,48	13,57	13,72	13,72	14,45
% Sobre renta bruta disponible de los hogares	8,28	8,36	8,50	8,57	
% Variación interanual sector CCAA		8,55	7,12	8,83	11,57

Fuente: Elaborado a partir de Informe del Grupo de Trabajo sobre Gasto Sanitario (2005).

Tabla 5. Evolución del gasto sanitario público (millones de euros corrientes). España

mente 68 millones de euros de 1999 y de los valores de 2000, 2001 y 2002 (463, 439 y 597 millones de euros respectivamente).

En cuanto al PIB, el gasto sanitario público llevado a cabo por todas las Administraciones Públicas en 2003 ha pasado a ser del 5,72% frente al 5,42% de 1999 y 2000 y el 5,43% de 2001. Puede observarse cómo en el año 2002 pasa a ser del 5,48%, creciendo en casi tres décimas respecto a los valores de años anteriores, dado que es cuando en ese momento todas las CCAA pasaron a disponer de la gestión de competencias sanitarias. Además, el crecimiento interanual de la partida correspondiente a las CCAA ha sido de 11,57% en 1999-2003 repuntando así por encima del crecimiento del PIB nominal. Con relación al PIB, el gasto sanitario de las Comunidades y Ciudades Autónomas representa un 5,19% en el año 2003. La comunidad con mayor por-

centaje presenta un 7,91% (Extremadura) y la que registra el menor un 3,56% (Madrid). Se sitúan por encima de la media Andalucía, Aragón, Asturias, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Murcia y Melilla. Por debajo de la media se encuentran Baleares, Cataluña, Madrid, Navarra, País Vasco, la Rioja y Ceuta (fig. 1).

No obstante, el crecimiento del gasto en sanidad no es algo únicamente característico de nuestro país si se examina la experiencia comparada⁴. Así, se comparten muchos de los motivos que explicarían el crecimiento del gasto, aunque en el caso concreto de nuestro país habría que añadir también los posibles efectos derivados de la asunción de competencias sanitarias por todas las CCAA del artículo 143 de la Constitución en el año 2002 (tabla 6). En cuanto a la distribución autonómica del gasto en

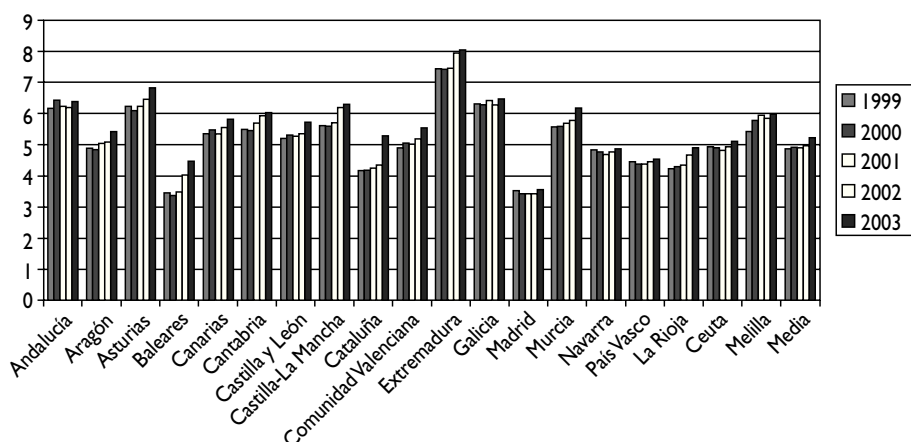


Figura 1. Gasto público en sanidad sobre producto interior bruto regional (1999-2003). Fuente: Elaborado a partir de Informe del Grupo de Trabajo sobre Gasto Sanitario (2005).

Concepto	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Andalucía	449	503	527	543	567	583	618	680	766	791	837	903
Aragón	529	521	559	569	622	628	684	776	824	899	955	1.069
Asturias	521	535	564	576	613	612	664	757	810	872	946	1.061
Baleares	427	420	460	470	506	526	552	614	637	677	800	908
Canarias	479	498	520	550	579	587	613	770	820	840	910	1.000
Cantabria	508	528	562	576	584	631	672	773	833	921	1.014	1.073
Castilla y León	467	464	500	513	548	565	611	726	787	840	898	1.029
Castilla-La Mancha	433	447	487	501	557	560	588	675	721	774	879	936
Cataluña	455	487	525	547	576	591	642	722	777	817	869	958
C.Valenciana	462	497	536	540	573	585	616	689	750	790	846	934
Extremadura	470	487	504	526	581	588	630	725	786	826	969	1.026
Galicia	402	437	479	511	566	585	623	754	797	864	902	980
Madrid	528	522	590	570	598	598	633	725	752	788	815	870
Murcia	441	450	466	504	576	589	606	709	768	806	861	951
Navarra	420	424	437	483	542	570	615	878	933	961	1.014	1.089
País Vasco	459	467	513	539	576	589	613	791	836	894	957	1.028
La Rioja	444	451	501	515	514	549	585	720	791	834	910	994
Total	465	488	526	540	574	587	624	721	776	818	874	954
Desviación típica	38,87	37,25	42,28	32,91	27,42	25,33	31,85	41,82	39,11	45,64	50,43	59,43
Coefficiente de variación (%)	8,36	7,63	8,04	6,09	4,78	4,32	5,10	5,80	5,04	5,58	5,77	6,23

Nota: El gasto líquido por el INSALUD-Gestión Directa comienza a ser cada vez más fiel al gasto real desde 1993 ya que contempla la periodificación de la deuda.

Fuente: Elaborado a partir de Informe de INE e INSALUD y Ministerio de Sanidad y Consumo.

Tabla 6. Gasto per cápita en sanidad liquidado y territorializado (euros corrientes). España

España, el gasto por persona protegida en 2003 ha sido de 954 euros. El valor mínimo se ha alcanzado en Madrid con 870 euros y el máximo fue de 1.089 euros en Navarra. El coeficiente de variación ha sido en ese año del 6,23%, lo que nos indica que desde el año 2000 la dispersión del gasto sanitario por persona protegida ha crecido, aunque aún lejos de los valores de 1992-1994, motivados por problemas de deuda sanitaria. En cualquier caso, el crecimiento entre 1999-2003 del gasto sanitario per cápita ha mantenido un crecimiento medio del 7,27%.

Por otro lado, una forma de explicar el origen del crecimiento del gasto sanitario público consiste en descomponer dicho crecimiento en los siguientes factores que lo determinan: el demográfico (gasto por persona protegida y su envejecimiento), el incremento de la cobertura poblacional, los precios implícitos en el gasto sanitario público y la prestación real media por persona.

Aunque, de acuerdo con la evidencia empírica disponible, son los precios y la prestación real media por persona los que tienen mayor peso como factores explicativos del crecimiento, el factor demográfico ha cobrado especial relevancia en España en la actualidad debido a la evolución que ha registrado la población

protegida en nuestro país desde el año 2000. Lógicamente, los incrementos de la cobertura poblacional son ya escasos, al ser de facto nuestro sistema sanitario un Sistema Nacional de Salud.

Los factores explicativos de dichas divergencias, en cuanto al nivel y evolución del gasto, obedecen a lo siguiente:

I. El factor demográfico, que puede dividirse, a su vez, en dos elementos: el derivado de los aumentos en el nivel de población, y el que se refiere al cambio en la estructura de edades.

Según las cifras mostradas anteriormente en la tabla 3, el crecimiento de la población protegida de alguna CCAA ha llegado a rondar el límite del 3%, por encima del crecimiento medio nacional, lo que a propuesta de la CCAA de referencia hubiese permitido activar las asignaciones de nivelación para los servicios públicos básicos (sanidad y educación), tal y como se establecía en la Constitución y en la propia reforma de la LOFCA en 2001. Al tomarse como referencia el incremento poblacional en términos relativos, y no absolutos, y dada la distribución de población actual en el conjunto del Estado, ninguna CCAA ha cumplido este requisito. Las asignaciones de nivelación, en consecuencia, parecen estar diseñadas para dar respuesta a shocks demográficos puntuales en

el tiempo y en el espacio que rara vez tienen lugar.

Lógicamente, esto plantea la necesidad de actualizar las variables de reparto del actual modelo de financiación autonómica (en especial, la población protegida) que habían sido consideradas en el año base 1999 pero que, al no aplicarse hasta el año 2001, no estaban recogiendo el desfase producido en ese período.

Al margen de los efectos derivados de los aumentos de la población protegida, es preciso tener en cuenta que su progresivo envejecimiento también presiona al alza sobre el gasto, dado que no todos los sujetos efectúan un gasto sanitario “equivalente”. Esto implica que las necesidades de gasto sanitario a nivel regional deberían corregirse en función de su estructura poblacional, incluso no sólo considerando el hecho de que la población mayor consume más servicios sanitarios que el ciudadano medio, sino también que esto sucede para la población infantil. Así, en el seno del Grupo de trabajo sobre gasto sanitario se proponía la estimación de necesidades de gasto en términos de “usuarios equivalentes”, y mientras un sujeto de edad entre 45 y 54 años gasta en términos hospitalarios un 0,840 de la media, una persona mayor de 75 años hace un consumo de 3,116 veces la media de gasto hospitalario per cápita.

Lo mismo sucede para una persona menor de 4 años al hacer un consumo de 1,190 veces la media de gasto hospitalario per cápita. Estas diferencias son incluso mayores para el caso del gasto farmacéutico, donde los sujetos de edades entre 65 y 74 años y los mayores de 75 años consumen 3,210 y 4,300 veces la media del gasto farmacéutico per cápita.

El fenómeno del envejecimiento de la población no es lógicamente algo pasajero, y no es una enfermedad. Sin embargo, y ante la inexistencia hasta 2007 para la gran mayoría de la población de un sistema de atención a la dependencia, es frecuente que se desplace al sistema sanitario —y en particular al hospitalario— la atención a problemas que no necesitan estrictamente una prestación sanitaria, sino social o, en todo caso, sociosanitaria. Si se observan las proyecciones elaboradas por el Instituto Nacional de Estadística, cabe destacar que la población de 65 o más años prácticamente duplicará su peso relativo sobre el total de población, al pasar del 16,80% en el año 2005 al 30,85% en el año 2050. Obviamente, el aumento de gasto sanitario que se produzca como consecuencia de las alteraciones demográficas, puede considerarse como exógeno, en el sentido de que no se encuentra influido por las decisiones de política sanitaria de las CCAA.

2. Los precios sanitarios y la prestación real media por persona en las CCAA. Estos elementos relacionados con el gasto sanitario público se verán impulsados por distintas partidas, entre las que destacan los siguientes:

- Gastos de personal. Por lo que respecta a los sueldos y salarios, se registran notables diferencias entre CCAA, de forma que las que habían asumido los traspasos antes de 2002 presentan, en general, un mayor nivel de remuneraciones⁵. La generalización de los traspasos ha hecho que se produzcan aumentos importantes de los gastos de personal en un intento de equiparación entre CCAA.

- Gasto en medicamentos y productos sanitarios. En este caso, la presión de los precios de los nuevos medicamentos y material terapéutico será la que haga crecer el gasto. El consumo hospitalario está adquiriendo una especial importancia, además de variar en todas las CCAA debido a las diferencias en la gestión de compras de este tipo de productos, recomendándose desde el grupo de trabajo centralizar las compras en cada ámbito territorial.

- Consumo intermedio (gasto en bienes y servicios para producir servicios sanitarios públicos). A destacar el impacto de las nuevas tecnologías, que

implican incrementos de costes importantes por subidas en los precios y por permitir la extensión de las prestaciones a colectivos más amplios.

Además, el final del proceso de descentralización sanitaria en 2001 pudiera tener efectos derivados de la pérdida de capacidad de negociación con los proveedores de algunos Servicios de Salud Regionales de las CCAA más “pequeñas” (en términos de volumen de población y de gasto), lo que supone coste de producción más elevado.

- Gasto en inversiones y capital. Mantener el número de centros de Atención Primaria y hospitales, así como incorporar nuevos equipamientos médicos, transporte sanitario, tecnologías de la información, etc., requerirá mayores aumentos en el gasto total.

En definitiva, los factores que determinan el gasto sanitario son múltiples y variados, y su efecto sobre el gasto actual y futuro de cada CCAA difícil de cuantificar. Además, en lo referido a las causas de crecimiento del gasto, la competencia entre CCAA puede tender a impulsarlo al alza, tal y como predice la teoría del federalismo fiscal, al mezclarse aquí la imitación de medidas y procesos de innovación de otras CCAA, que en general resultan finalmente más costosos. Si no se frena la espiral de oferta de nuevas

prestaciones el aumento generalizado de las remuneraciones, etc., en el medio plazo volverán a detectarse insuficiencias financieras importantes. En todo caso, también debe reforzarse en este ámbito el papel cooperativo a desarrollar por las CCAA en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

No obstante, sigue pendiente definir el estándar de calidad que deba garantizarse a cualquier ciudadano español a través de indicadores que vayan más allá del gasto medio por persona protegida. Para esto deberá no sólo elaborarse una cartera básica de servicios para todo el Sistema Nacional de Salud, sino también una cartera complementaria, siendo esta última competencia de cada CCAA.

Conclusiones

En los últimos años se ha producido un desfase entre la evolución de los recursos autonómicos y la dinámica del gasto en sanidad. Los recursos procedentes de los diferentes acuerdos de financiación se han mostrado hasta la fecha insuficientes para poder atender las crecientes necesidades de gasto sanitario.

Tras la finalización del traspaso de la sanidad a las CCAA, éstas han pasado a gestionar gran parte del conjunto de gasto sanitario observándose cómo las par-

tidas de mayor peso son las de personal, seguidas de las de transferencias corrientes (básicamente, gasto en recetas médicas) y la compra de bienes y servicios. Esto hace que el margen de maniobra presupuestario de las CCAA en sus presupuestos sanitarios sea escaso si quieren emprender políticas de contención del gasto. Parece entonces lógico que, junto a la necesidad de incrementar los recursos financieros destinados a sanidad, se introduzcan medidas de racionalización del gasto sanitario autonómico, tal y como ha propuesto recientemente el grupo de trabajo de análisis del gasto sanitario.

Dado que las CCAA siguen precisando de recursos financieros para la sanidad, éstos no deberían proceder únicamente del ejercicio de sus capacidad normativa en los tributos de su competencia, ya que tendría sentido para mejorar el nivel de prestación, pero no para mantener una situación de partida que podría ser deficitaria. Así, se debería incorporar al cálculo de las necesidades de gasto algo que no está contemplado en el modelo actual, y que es una cartera de servicios común, para definir así un nivel estándar de prestación sanitaria.

Además, el acuerdo de mejora de la financiación sanitaria alcanzado el pasado septiembre de 2005 no resuelve el pro-

blema de fondo, pues en el mejor de los casos se alcanzaría un equilibrio de ingresos y gastos sanitarios en 2006, pero el desfase seguiría sin cubrirse y se reproduciría a los pocos años si no se hace frente a los problemas estructurales de la sanidad española con una especie

de gran pacto político que englobe todas las administraciones (central, autonómica y local) similar al de Toledo para las pensiones. Dicho pacto debería ser planteado en el medio plazo, aun teniendo en cuenta las numerosas dificultades para su aplicación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Economía y Hacienda. Financiación de las CCAA por los impuestos cedidos, Fondo de Suficiencia y Garantías de financiación de los servicios de asistencia sanitaria en el año 2002 y 2003 y liquidación definitiva de dicho ejercicio, Julio 2004 y 2005.
2. Borraz S, Pou V. Razones para una reforma de la financiación del gasto sanitario. Cuadernos de Información Económica. 2005;188:51-61.
3. IGAE-Ministerio de Economía y Hacienda Informe del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario. 2005.
4. Cantarero D. Análisis del gasto sanitario autonómico y su nueva financiación en España. Madrid: Instituto de Estudios Fiscales. Investigaciones; 2003(8).
5. Gordo JL. El sistema retributivo del SNS y su perspectiva de futuro. Rev Admin Sanit. 2002;6: 39-66.

