
El gasto sanitario y su financiación. El caso del servicio cántabro de salud

David Cantarero Prieto

Departamento de Economía. Universidad de Cantabria

Resumen

El objetivo principal es realizar un análisis global comparado de la situación y evolución esperada del crecimiento del gasto sanitario en Cantabria en función de su integración en el sistema actual de financiación regional general. Los resultados muestran importantes cambios entre la situación real en Cantabria antes y después de producirse la transferencia. Se aporta suficiente evidencia empírica acerca de cómo el sistema actual de financiación puede proporcionar a Cantabria mayores recursos basados en la articulación de mecanismos adecuados de corresponsabilidad fiscal, que no han empezado a desarrollarse efectivamente hasta el segundo año de aplicación del modelo (2003).

Clasificación JEL: I1, H71, H51, H72.

Palabras clave: Descentralización, gasto y financiación sanitaria, sistema nacional de salud.

Summary

The main objective is to carry out a compared global analysis of the situation and prospective evolution of the health care expense growth in Cantabria in function of its integration in the general regional financing model. The results show important changes among the real situation in Cantabria after health transfer. It is provided enough empirical evidence about how the financing model can provide to Cantabria greater resources based on the articulation of appropriate mechanisms of fiscal accountability that it have not begun to be developed until the second year of application of the model (2003).

JEL classification: I1, H71, H51, H72.

Key words: Decentralisation, health care expenditure and financing, national health system.

Nota: Una parte del trabajo procede de la revisión de algunos de los resultados obtenidos en la tesis doctoral del autor "Análisis del gasto sanitario autonómico y su financiación: Especial referencia al caso de la Comunidad de Cantabria". Agradezco la ayuda concedida por el Instituto de Estudios Fiscales (IEF) para su elaboración, así como a todos aquellos que han enriquecido este trabajo con sus valiosos comentarios a versiones previas del mismo.

Introducción

En este trabajo se pretende hacer una referencia a la situación actual de la sanidad cántabra desde el punto de vista económico. Para ello se realiza una breve des-

cripción del sector sanitario regional comparado con el resto del Estado español, analizando tanto su gasto como su financiación a partir de los resultados del ejercicio de simulación dinámica del nuevo marco de financiación autonómica establecido por la Ley 21/2001, de 27 de diciembre.

Análisis demográfico e indicadores sanitarios en la Comunidad de Cantabria

El objetivo de todo sistema sanitario consiste en responder a las necesidades y demandas de atención sanitaria de la población protegida, siendo el estudio de las características demográficas y sanitarias el punto de partida del proceso de planificación de los medios asistenciales (tabla I). Así, un elemento común para la Unión Europea (UE), del cual Cantabria participa plenamente, es el proceso de progresivo envejecimiento de la población, con claras implicaciones de tipo sociosanitario que alertan sobre el incremento del gasto sanitario.

La estructura de la asistencia sanitaria en la Comunidad de Cantabria

En primer lugar, es necesario señalar que la región ha venido dependiendo del

INSALUD hasta el año 2002 en lo referente a la gestión de recursos sanitarios. Dicha estructura se ha modificado recientemente por dos motivos:

1. Dada la condicionalidad de la asunción del nuevo modelo de financiación autonómica para así recibir la transferencia sanitaria, ésta se estableció en base al RD 1472/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma (CCAA) de Cantabria de las funciones y servicios del INSALUD. La valoración financiera final en el año base de 1999 fue de 399,67 millones de euros, habiéndose incluido aparte 3,18 millones de euros de 1999 por “ahorro en incapacidad temporal”, por lo que el coste total se cifraba en 402,86 millones de euros. Asimismo, Cantabria obtuvo también, en el momento de la firma de la transferencia, el compromiso del Gobierno Central (fuera del RD de traspaso sanitario) de aportar los más de 205,8 millones de euros que suponía el desarrollo del Plan Director de Obras del Hospital Universitario de Marqués de Valdecilla (2003-2007), justificado por el punto cuatro de la Disposición adicional segunda de su Estatuto de Autonomía.

2. La reforma del Estatuto de Autonomía para Cantabria operada por la Ley Orgánica 11/1998, de 30 de diciembre, supuso la ampliación del marco compe-

Concepto	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Población de derecho (habitantes)	527.437	527.137	527.137	528.478	528.478	535.131
< 15 años (en %)	14,62	13,95	13,30	12,70	12,70	11,99
15-65 años (en %)	67,74	68,42	68,60	68,49	68,49	68,92
> 65 años (en %)	17,47	17,63	18,10	18,81	18,81	19,09
PIB per capita a precios mdo (euros)	10.527,77	10.909,53	11.430,74	12.041,44	12.810,70	13.005,42
PIB per capita s/media nacional = 100	92,88	92,11	92,81	94,39	97,42	96,93
Tasa de desempleo (%)	23,69	20,44	16,57	14,76	13,98	8,89
Índice Gini NUT I (PHOGUE) s=0	0,3822	0,3684	0,3602	n.d.	n.d.	n.d.
Tasa de natalidad (por 1.000 habitantes)	7,33	7,41	7,29	7,63	8,22	8,00
Índice sintético de fecundidad	0,95	0,98	0,96	0,96	0,96	0,96
Tasa de mortalidad (por 1.000 habitantes)	9,86	9,67	9,82	10,22	10,10	9,85
Tasa mortalidad infantil (por 1.000 nacidos)	4,92	3,59	3,13	1,99	2,07	1,65
Esperanza de vida en años (varones)	74,25	74,25	75,26	75,26	75,26	75,26
Esperanza de vida en años (mujeres)	82,20	82,20	83,13	83,13	83,13	83,13
Gasto sanitario público Insalud / PIB (%)	5,1	4,97	4,89	4,97	5,76	6,1
Gasto personal / total (%)	51,56	51,53	50,19	48,86	47,83	46,39
Gasto farmacia / total (%)	21,10	21,73	22,61	23,13	22,29	22,05
Gasto inversiones / total (%)	2,48	1,86	2,81	4,00	5,43	7,32
Gasto sanitario per capita (euros)	583,99	631,06	671,70	693,16	738,43	793,75
Áreas de salud	4	4	4	4	4	4
Zonas de salud	37	37	42	42	42	42
Nº hospitales públicos-privados	11	10	10	10	10	10
Nº camas funcionantes sector público	1.580	1.506	1.642	1.367	1.193	1.193
Camas hospitalarias (1.000 habitantes)	4,31	4,24	4,19	4,20	4,20	4,20

Fuente: Elaboración a partir de Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales Gobierno de Cantabria, Contabilidad Regional de España, Cantarero, Pascual y Sarabia (2003), INE, Ministerio de Sanidad y Consumo e INSALUD.

Tabla 1. Indicadores demográficos, socioeconómicos y sanitarios de Cantabria

tencial sanitario que, junto con la asunción de la transferencia en dicha materia y la Ley de Cantabria 7/2001, de 19 de diciembre, de Ordenación Farmacéutica de

Cantabria (LOFCAN), ha sido completamente recientemente con la Ley de Cantabria 10/2001, de 28 de diciembre, de Creación del Servicio Cántabro de Salud

Concepto	1992			1996			1999		
	Cantabria	Insalud G.D.	Insalud G.T.	Cantabria	Insalud G.D.	Insalud G.T.	Cantabria G.D.	Insalud G.T.	Insalud
GSP (millones €)	256,0	7.575,5	9.455,2	294,1	8.167,2	12.865,2	351,1	9.295,6	15.588,1
PIB (millones €)	4.825,8	169.104,6	213.648,0	5.943,5	195.991,9	289.639,6	7.057,2	227.390,6	329.832,6
GSP/PIB	5,3	4,48	4,42	4,95	4,17	4,44	4,97	4,09	4,72
GSP <i>per capita</i> (€)	508	538	420	557	580	571	693	649	659

Fuente: Elaboración propia en base a INSALUD, INSALUD-Cantabria, Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria y Contabilidad Regional de España.

Tabla 2. El gasto sanitario público del INSALUD (GSP) comparado

(SCS), como elemento fundamental en la ordenación sanitaria en la región.

Con este panorama, el objetivo de este apartado consiste en describir el conjunto de recursos asistenciales regionales, ya que la oferta pública y su estructura jerárquica, funcional y distribución territorial son el resultado del proceso de planificación sanitaria mediante el cual se evalúan las necesidades, se estiman en un horizonte temporal y se determinan los parámetros a partir de los cuales se establece la red asistencial pública.

La estimación de las necesidades y gasto sanitario público en la Comunidad de Cantabria

En primer lugar, el interés y la utilidad de esta aproximación al gasto sanitario y sus necesidades queda patente tanto

desde la perspectiva académico-científica, como desde el punto de vista social y político, debido a la falta de estudios académicos específicos sobre el tema en la Comunidad cántabra y al deseo de que constituya una aportación al conocimiento de la economía sanitaria en la región tras la asunción de las competencias en el año 2002.

Así, la tabla 2 presenta las cifras que acreditaban la enorme importancia del INSALUD en la región. De esta manera, el gasto sanitario público (GSP) *per capita* del INSALUD para Cantabria ha aumentado situándose en 1999 en unos 693 euros, por encima de la media del INSALUD-gestión directa (649 euros) y de gestión transferida (659 euros), lo que indica la buena posición de la región. Por otro lado, el gasto sanitario total del INSALUD en la región también ha aumen-

tado y suponía en 1999 unos 351,1 millones de euros (4,97 % del PIB), de los que el Hospital de Valdecilla supone casi la mitad. Se observa así que el gasto del INSALUD en Cantabria sobre el PIB en 1999 es superior al de los dos territorios INSALUD en términos nominales, si bien en gestión transferida crece en mayor cuantía que en el resto, lo que serviría para anticipar que, si Cantabria sigue la misma tendencia, su gasto público sanitario crecerá en mayor proporción.

En definitiva, dado que el reto que en estos momentos tiene el Sistema Nacional de Salud es la factibilidad de asumir el crecimiento del gasto sanitario futuro, desde esta perspectiva, la evolución del gasto sanitario en Cantabria dependerá básicamente de 4 factores, teniendo el primero de ellos un carácter automático o exógeno y los tres restantes un carácter discrecional:

I. Factores exógenos (no controlables con medidas de intervención):

a) La evolución demográfica: en el sentido que los cambios que se produzcan en el tamaño y estructura de la población afectarán al número de beneficiarios del servicio y a las variaciones en el gasto sanitario. En Cantabria se espera hasta 2005 (previsiones demográficas del Instituto Nacional de Estadística [INE]) una ligera disminución de la población,

acompañada de un crecimiento relativo del grupo de personas mayores de 65 años, que se prevé se sitúen en un 16,56 % de la población en 2005 frente al 13,86 % de 1990, así como el aumento de la población mayor de 79 años para ese mismo período. Por lo tanto, es de esperar que el envejecimiento de la población se traducirá en un mayor gasto sanitario, no sólo porque la salud se vaya deteriorando a medida que la persona envejece, sino también porque el gasto sanitario se concentra en los últimos años de vida.

2. Factores discrecionales o endógenos (controlables con medidas de intervención):

a) La tasa de cobertura de la asistencia sanitaria pública: así, en Cantabria la población asistida respecto a la de derecho ha ido aumentando en los últimos años hasta alcanzar casi toda la población, lo que muestra el esfuerzo realizado en cumplir la Ley General de Sanidad (LGS) de 1986, si bien en el futuro no caben modificaciones, ya que la asistencia sanitaria es universal.

b) La prestación real media: variable indicativa de la prestación que obtiene cada beneficiario en términos reales, es decir, una vez eliminado el efecto inflacionista. En Cantabria ha sido uno de los factores explicativos del crecimiento del gasto en sanidad y cabe esperar que en el

futuro siga ejerciendo un fuerte peso, ya que la consideración de la salud como bien preferente genera incrementos en la demanda, que se traducen en una mayor utilización de los servicios sanitarios, así como en la mayor calidad que se exige en la provisión de los mismos.

c) Los precios de la prestación sanitaria pública: permiten apreciar el crecimiento del gasto sanitario motivado por la inflación. Este es un factor que incide sobre el crecimiento del gasto sanitario, ya que en Cantabria en los últimos años se ha producido un incremento importante de la tecnología de elevado coste aplicada al sector sanitario y de las enfermedades crónicas y degenerativas, ejerciendo así una presión considerable sobre los costes.

Así, cabe preguntarse si estos aspectos en cada CCAA alterarán de forma significativa su nivel de necesidades de gasto sanitario futuro. Esta cuestión puede ser relevante para el caso del actual sistema de financiación autonómica, dado que parece que la asignación de recursos del año base se mantendrá constante por un período de tiempo indefinido. Para evaluar las posibles inequidades que podrían generarse en el reparto de financiación sanitaria como consecuencia de alteraciones estrictamente en la estructura demográfica regional, se estiman las necesidades regionales desde el año

1999 hasta 2005 a partir de las proyecciones de población del INE.

Los porcentajes resultantes respecto a la media se muestran en la tabla 3. Así, entre las regiones que aumentarán previsiblemente su necesidad de gasto sanitario relativa se encontrarían desde Canarias (desde 88,08 a 96,77) hasta la Comunidad Valenciana (desde 98,93 a 100,51). El resto de CCAA, por el contrario, sufrirían descensos en sus necesidades relativas como desde Aragón (desde 110,75 a 105,42) hasta Cantabria (desde 104,70 hasta 102,16). Por tanto, y desde esta perspectiva, es de esperar que al considerarse períodos de tiempo más largos se alterarían aún más las proporciones de gasto que las distintas regiones deberían destinar para atender sus necesidades de gasto sanitario.

Modelo actual de financiación autonómica sanitaria y Ley de Cohesión y Calidad: impacto sobre la Comunidad de Cantabria

En el caso de Cantabria, al tratarse de una región donde el gasto en sanidad cobra especial relevancia presupuestaria y la financiación proviene, en un importante porcentaje, de sus ingresos impositivos, la determinación de su financiación a medio plazo en función del modelo ac-

Concepto	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Cataluña	101,1800	101,1901	101,1901	101,1698	101,1496	101,1192	101,0788
Galicia	107,4100	106,9696	106,5399	106,0995	105,6592	105,2295	104,7999
Andalucía	94,1100	93,9500	93,8653	93,8182	93,7806	93,7712	93,7806
Asturias	109,3600	108,4085	107,5118	106,6478	105,7839	104,9527	104,1325
Cantabria	104,7000	104,1450	103,6634	103,2342	102,8363	102,4908	102,1662
La Rioja	106,1100	105,8871	105,6537	105,4202	105,1868	104,9534	104,7517
Murcia	94,3600	94,7185	95,0771	95,4262	95,7848	96,1339	96,4831
Comunidad Valenciana	98,9300	99,2663	99,5532	99,8203	100,0676	100,2952	100,5128
Aragón	110,7500	109,7089	108,7786	107,8815	107,0288	106,2092	105,4229
Castilla-La Mancha	107,0300	106,4199	105,9061	105,4352	105,0071	104,6004	104,2258
Canarias	88,0800	89,7975	91,3125	92,7658	94,1575	95,4963	96,7734
Extremadura	103,7300	103,0453	102,4437	101,8939	101,3857	100,8981	100,4521
Baleares	96,7600	98,0082	99,1306	100,2143	101,2593	102,2947	103,2913
Madrid	95,2500	95,8786	96,4215	96,9168	97,3836	97,8217	98,2218
Castilla y León	112,0800	111,0264	110,0625	109,1435	108,2468	107,3950	106,5768
Total CCAA	100,0000	100,0000	100,0000	100,0000	100,0000	100,0000	100,0000

Fuente: Elaboración propia en base a Cantarero (2003) y a proyecciones de población intercensales del INE.

Tabla 3. Evolución de las necesidades de gasto sanitario relativas por regiones españolas en el periodo 1999-2005 (en %)

tual resultará especialmente útil para contrastar y medir el margen financiero disponible para articular una política regional y sanitaria acorde con sus necesidades, siendo, el que se ha mencionado, el propósito en este epígrafe.

Fuentes de información y definición de variables

Actualmente además de las estadísticas de recaudación tributaria de años pa-

sados (Agencia Estatal de Administración Tributaria) se dispone de la información de los Informes de Financiación de las CCAA elaborados por el Ministerio de Hacienda, y de la Base de Datos del Sector Público (BADESPE) del Instituto de Estudios Fiscales. Asimismo, se pueden elaborar proyecciones dinámicas tomando como base las previsiones contenidas en la liquidación de 2002, los Presupuestos Generales del Estado (PGE) (incluido

2004) y las contenidas en la Actualización del Programa de Estabilidad del Reino de España (2003-2007) en cuanto al comportamiento de las principales variables del modelo: “Cesta de tributos” los ITE relevantes para la financiación y el “Fondo de Suficiencia”. Estas estimaciones se completan con la aplicación propia de técnicas de predicción económica.

Metodología

El análisis empírico realizado permite comparar los resultados obtenidos y analizar así los efectos diferenciales en términos de suficiencia financiera (estática y dinámica) que proporciona el modelo actual de financiación regional considerando la situación de competencias sanitarias y sociales generalizadas para todas las CCAA de régimen común, según Ley 21/2001, de 27 de Diciembre de 2001, a fin de atisbar cuáles pueden ser sus efectos en el futuro.

Criterios objetivos de imputación territorial de los impuestos descentralizados

En este caso se ha realizado un análisis empírico de la incidencia territorial de los impuestos, con especial referencia a los que gravan el consumo en España, dado que es aquí donde existe el problema de determinar los índices de consu-

mo certificados por el INE para el cálculo del reparto de impuestos en el modelo (Cantarero, 2002a y b y 2003). Con ello se trataría de conocer la forma en que la carga asociada a esos tributos se distribuye entre las distintas CCAA que configuran el Estado español. En esta investigación se ha optado por un enfoque práctico dados los problemas en la utilización de algunas de las técnicas empleadas en la literatura económica.

Métodos de predicción económica y aplicación práctica

Asimismo, se pueden elaborar proyecciones dinámicas, para estimar los efectos del modelo actual de financiación general y sanitaria, tomando como base las previsiones del Proyecto de PGE para 2004 y la Actualización del Programa de Estabilidad del Reino de España (2003-2007) en cuanto a las magnitudes económicas relevantes, así como el comportamiento de la “cesta de tributos” y los ITE. Dichas estimaciones son complementadas mediante la aplicación de la metodología utilizada para realizar las predicciones de recaudación de los diferentes impuestos, donde se ha optado por el análisis de series temporales para cada CCAA, por lo que sólo se utiliza el pasado de la propia variable para formular las predicciones. El motivo principal

por el cual se ha optado por dicha metodología es la disposición para la mayoría de impuestos considerados de un suficiente número de observaciones, además de proporcionar predicciones fiables a corto plazo, siendo esto lo que precisamente se necesita para el ejercicio empírico.

El sistema actual de financiación sanitaria y su evolución dinámica aplicado a Cantabria

El objetivo del modelo aquí planteado es analizar el caso de la Comunidad de Cantabria, dada la previsible evolución de los impuestos cedidos y compartidos, vinculados con el nuevo sistema de financiación autonómica y sanitaria aplicable desde el pasado 1 de enero de 2002. A este respecto el cálculo de la financiación pasaría, en primer lugar, por calcular las necesidades de gasto objetivo a garantizar. Como se puede observar esto supone, según nuestras propias estimaciones, que de la Restricción Inicial global nacional en 1999 (51.537,84 millones de euros) la traslación para el caso de Cantabria, en base a la Disposición Final Segunda 2. de la Ley 21/2001, representaría en dicho año base unos 791,35 millones de euros que, una vez se estiman las necesidades de financiación globales (53.829,97 millones de euros), le otorga-

ría unos 907,79 millones de euros, de las cuales las competencias comunes son las de mayor importancia (491,79 millones de euros), seguidas por las relativas a sanidad (402,86 millones de euros) y las de servicios sociales (13,13 millones de euros). El aumento global de recursos ascendería así en todas las regiones a 2.284,05 millones de euros, lo que supone un crecimiento del 4,43 % respecto a la restricción inicial y obteniendo Cantabria una ganancias relativas del 14,71 % (tabla 4).

También se han realizado los cálculos correspondientes a las necesidades financieras de las CCAA, incluyendo la denominada "garantía de mínimos" para aquellas con competencias durante 1999 que podrían perder financiación. A este respecto el nuevo modelo de financiación provoca la coexistencia de dos formas alternativas de financiación para las CCAA que ya tenían asumidas las transferencias (Urbanos y Utrilla, 2002a y b). Así, mientras unas quedan financiadas a su coste histórico o efectivo (Andalucía y Cataluña), provocando la aplicación de la garantía de mínimos, el resto de CCAA se financiarían según las nuevas variables de necesidad introducidas en el modelo (tabla 5).

Por otro lado, la asunción del nuevo modelo general de financiación para Can-

Concepto	Millones de pesetas	Millones de euros
Necesidades de financiación homogeneizadas (1 + 2 + 3)	141.971,0	853,2
Competencias comunes (homogeneizaciones y coste efectivo)	81.826,97	491,7
Competencias en sanidad	67.030,3	402,8
Competencias en servicios sociales	2.184,6	13,1
Total necesidades de financiación	151.043,4	907,7
Tributos y tasas cedidas con criterio normativo	13.860,8	83,3
Impuesto sobre la renta de las personas físicas	23.888,9	143,5
Impuesto sobre el valor añadido	25.688,8	154,3
Impuestos Especiales e Impuesto Minorista de Hidrocarburos	19.980,2	120,0
Fondo de Suficiencia	67.095,4	403,2
Fondo Programa de Ahorro en Incapacidad Temporal	530,3	3,1
Total recursos financieros	151.043,4	907,7

La conversión a euros de la columna en pesetas se debe a la utilización de datos fuente. Se estiman los efectos económicos de acuerdos de aceptación del nuevo sistema de financiación, de fijación del valor inicial del fondo de suficiencia, de modificación del régimen de cesión de tributos del Estado a la CCAA de Cantabria, de fijación del alcance y condiciones de la cesión de tributos del Estado a la CCAA de Cantabria y de la declaración de la efectividad de la cesión de tributos sobre el juego con efectos 1 de enero de 2002.

Fuente: Elaboración propia a partir de diversas fuentes presupuestarias y Cantarero (2003).

Tabla 4. Recursos financieros estimados del sistema actual de financiación de las CCAA de régimen común en el año base 1999. Comunidad Autónoma de Cantabria

tabria muestra cómo su componente principal (ITE regional) tiene una clara evolución positiva ya en el año 2003 (1,3265), por encima del índice de necesidades de financiación global (1,2741), de la previsión del PIB (1,2893) y de la propia evolución del Fondo de Suficiencia en base al ITE nacional (1,2715), si bien este último no aumentaría mucho debido al efecto de la reforma del IRPF (tablas 6 y 7).

Asimismo, en la tabla 8 se da cuenta del funcionamiento del nuevo modelo de

financiación autonómica en Cantabria, así como de la financiación sanitaria real en 1999, en base al modelo 1998-2001 y la que resultaría en ese mismo año de la aplicación del modelo 1998-2001, pero según las variables de reparto del nuevo modelo (población protegida, población mayor de 65 años e insularidad), según la metodología expuesta en Cantarero (2003). Ya que el ITE regional de Cantabria y del resto de CCAA es superior a las garantías del sistema (ITE nacional o

Concepto	Restricción inicial Bloque Competencias en sanidad	Bloque sanidad variables reparto	Necesidad financiación Competencias en sanidad	Diferencia respecto a restricción inicial	Diferencia en %	Diferencia en % s/diferencia total	Bloque sanidad variables reparto	Acuerdos traspaso sanitario Art. 143 CE	Diferencia reparto nuevo modelo y traspasos	Criterios sanidad nuevo (media = 100)	Criterios sanidad nuevo (en % total)	% sanidad (% cada CCAA)
Cataluña	4001,69	3902,32	4001,69	0	0	0	0	0	0	99,59	16,92	46,18
Galicia	1703,44	1752,46	1752,12	48,68	2,78	56,20	0	0	0	103,97	7,59	41,69
Andalucía	4418,07	4278,02	4418,07	0	0	0	0	0	0	96,01	18,55	42,96
Asturias	749,83	710,82	750,60	0,77	0,10	1,02	710,82	750,60	39,78	105,42	3,11	46,05
Cantabria	357,07	334,06	402,86	45,80	11,36	39,33	334,06	402,86	68,81	102,10	1,46	44,38
La Rioja	156,63	167,83	204,41	47,79	23,37	86,82	167,83	204,41	36,59	102,82	0,73	44,36
Murcia	673,13	657,16	680,74	7,61	1,11	14,71	657,16	680,74	23,58	96,31	2,87	44,06
Comunidad Valencia	2494,97	2499,57	2500,38	5,41	0,21	3,19	0	0	0	98,72	10,84	46,14
Aragón	796,03	769,19	816,85	20,82	2,54	32,57	769,19	816,85	47,67	106,33	3,36	42,97
Castilla-La Mancha	1027,84	1096,15	1104,39	76,56	6,93	49,45	1096,15	1104,39	8,25	103,90	4,79	41,69
Canarias	990,96	1037,35	1037,84	46,88	4,51	38,04	0	0	0	100,67	4,50	42,15
Extremadura	676,00	662,95	698,35	22,35	3,20	19,98	662,95	698,35	35,40	102,47	2,90	39,26
Baleares	434,08	515,74	521,75	87,67	16,80	59,98	515,74	521,75	6,01	101,81	2,25	47,49
Madrid	3017,02	2998,70	3019,63	2,61	0,08	0,43	2998,70	3019,63	20,93	96,75	13,09	44,04
Castilla y León	1527,11	1610,75	1624,04	96,93	5,96	100,00	1610,75	1624,04	13,29	107,48	7,04	40,98
CCAA art. 143 CE	9414,74											
	13469,72	9852,14	408,91	4,15	29,01	9523,35	9823,65	300,30	102,54	58,40	43,18	
CCAA art. 151 CE	13609,14	9523,35	13710,11	100,97	0,73	12,55	0	0	0	99,79	41,60	44,18
Total	23023,88	22993,07	23533,75	509,88	2,17	22,32	9523,35	9823,65	300,30	100,00	100,00	43,72

Fuente: Elaboración propia a partir de Cantarero (2003), Memorias y liquidaciones presupuestarias del INSALUD, Agencia Estatal para la Administración Tributaria y Consejo de Política Fiscal y Financiera.

Tabla 5. Estructura del nuevo sistema de financiación autonómica (competencias en sanidad): restricción inicial y necesidades de financiación en 1999 (millones de euros corrientes)

Concepto	1999	2002	2003	2004	2005	2006
Clásicos tributos cedidos y tasas regional	1,0000	1,3146	1,2187	1,2963	1,5576	1,8715
Clásicos tributos cedidos y tasas nacional	1,0000	1,3863	1,5023	1,5951	1,6946	1,8003
33 % Cuota líquida IRPF regional	1,0000	1,2752	1,4055	1,4899	1,5793	1,6741
33 % Cuota líquida IRPF nacional	1,0000	1,3491	1,4869	1,5761	1,6707	1,7709
35 % IVA regional	1,0000	1,1765	1,2748	1,3411	1,4251	1,5147
35 % IVA nacional	1,0000	1,1767	1,2749	1,3412	1,4253	1,5147
40 % Alcohol-p. intermedios regional	1,0000	1,1963	1,2771	1,3371	1,3995	1,4648
40 % Alcohol-p. intermedios nacional	1,0000	1,1962	1,2774	1,3383	1,3990	1,4624
40 % Cerveza regional	1,0000	1,1809	1,2476	1,3047	1,3333	1,3625
40 % Cerveza nacional	1,0000	1,1851	1,2447	1,3041	1,3327	1,3620
40 % Tabaco regional	1,0000	1,2762	1,3800	1,4734	1,5667	1,6659
40 % Tabaco nacional	1,0000	1,2762	1,3803	1,4738	1,5672	1,6665
40 % Hidrocarburos regional	1,0000	1,0576	1,0958	1,1303	1,1647	1,2001
40 % Hidrocarburos nacional	1,0000	1,0576	1,0959	1,1303	1,1647	1,2001
100 % I.s/ medios transporte regional	1,0000	1,0465	1,1697	1,2615	1,3607	1,4677
100 % I.s/ medios transporte nacional	1,0000	1,0465	1,1692	1,2611	1,3602	1,4671
I.vtas minor hidrocarburos regional	1,0000	1,2146	1,3156	1,4250	1,5427	1,6701
I.vtas minor hidrocarburos nacional	1,0000	1,2147	1,3155	1,4247	1,5429	1,6709
100 % electricidad regional	1,0000	1,1442	1,2046	1,2290	1,2542	1,2799
100 % electricidad nacional	1,0000	1,1448	1,2051	1,2297	1,2547	1,2802
ITE regional	1,0000	1,1960	1,2972	1,3675	1,4466	1,5303
ITE regional medio	1,0000	1,2229	1,3279	1,4007	1,4826	1,5693
ITE nacional	1,0000	1,2410	1,2715	1,3405	1,4186	1,5012

Fuente: Elaboración propia a partir de INE y la información expuesta anteriormente.

Tabla 6. Evolución de los índices regionales (Cantabria) y nacionales 1999-2006

PIB en 2002-2004) y como es el índice de referencia adecuado para calcular la parte de financiación sanitaria (al dictar el crecimiento de la cesta de impuestos), junto con el ITE nacional, se han tenido

en cuenta ambos índices en la estimación. Así, se observa como desde una restricción inicial sanitaria del sistema integrado en 1999 para Cantabria de unos 357,07 millones de euros y unas necesi-

Concepto	Total 1999	Total 2002	Total 2003	Total 2004	Total 2005	Total 2006
Cataluña	4001,69	4966,5	5.254,23	5543,12	5.894,90	6.269,00
Galicia	1752,13	2174,74	2.300,37	2425,09	2.569,14	2.721,74
Andalucía	4418,07	5485,48	5.800,92	6125,21	6.476,89	6.848,76
Asturias	750,6	931,65	985,53	1038,5	1.100,31	1.165,79
Cantabria	402,87	499,96	528,96	556,52	590,68	626,93
La Rioja	204,42	253,68	268,38	282,93	299,63	317,31
Murcia	680,74	844,86	893,65	945,81	997,82	1.052,69
Comunidad Valenciana	2500,38	3103,47	3.282,98	3463,49	3.666,56	3.881,53
Aragón	816,86	1013,88	1.072,44	1132,48	1.197,67	1.266,61
Castilla-La Mancha	1104,4	1370,66	1.460,78	1529,03	1.619,04	1.714,35
Canarias	1037,84	1288,06	1.362,57	1437,62	1.521,28	1.609,81
Extremadura	698,35	866,72	916,87	967,28	1.023,64	1.083,28
Baleares	521,75	647,55	685	722,18	764,89	810,12
Madrid	3019,63	3747,66	3.964,48	4194,17	4.426,81	4.672,35
Castilla y León	1624,04	2015,76	2.132,34	2251,41	2.380,69	2.517,39
Total CCAA	23533,75	29210,64	30.909,50	32614,88	34.529,95	36.557,47

Fuente: *Elaboración propia.*

Tabla 7. Estructura de la financiación sanitaria en nuevo sistema de financiación autonómica con integración de la sanidad: año base y período 2002-2006 (millones de euros corrientes)

dades de financiación de 402,86, éstas últimas podrían llegar a aumentar, como mínimo, en el caso de la sanidad hasta los 528,96 millones de euros en 2003 (índice de evolución del 1,3130), los 556,52 millones de euros en 2004 (índice de evolución del 1,3814), los 590,68 millones de euros en 2005 (índice de evolución del 1,4662) y los 626,93 millones de euros en 2006 (índice de evolución de 1,5561). Así, según dichas proyecciones dinámicas

propias, el crecimiento de la financiación sanitaria para los próximos años se mantendría en lo que respecta a Cantabria y su Servicio Regional de Salud, tanto por encima de las necesidades de financiación globales como del PIB.

Conclusiones

Tras el primer año de gestión de las competencias sanitarias en Cantabria es

Concepto	1999	2002	2003	2004	2005	2006
Necesidades financiación regional	907,79	1 109,95	1 156,39	1 220,25	1 306,58	1 370,59
Necesidades financiación nacional	5 3821,89	6 6917,38	7 1210,94	7 5197,81	7 9628,81	8 4320,90
Competencias sanidad regional	402,86	499,95	528,96	556,52	590,68	626,93
Competencias sanidad en % necesidades de financiación	44,38	45,04	45,73	45,61	45,21	45,74
Índice competencias sanidad regional	1,0000	1,2410	1,3130	1,3814	1,4662	1,5561
Crecimiento población regional	1,0000	1,0066	1,0085	1,0103	1,0119	1,0135
Crecimiento población nacional	1,0000	1,0248	1,0313	1,0372	1,0426	1,0480
ITE regional s/sanidad	103,77	100,01	102,52	102,73	102,38	102,03
ITE regional medio s/sanidad	121,91	120,11	123,25	123,22	123,18	123,14
Cesta de impuestos regional s/sanidad	124,45	121,91	121,72	122,13	124,35	126,61
Cesta de impuestos nacional s/sanidad	149,33	150,74	154,62	154,78	154,86	154,94
Fondo de suficiencia regional s/sanidad	100,88	100,09	96,93	97,13	96,85	96,57
Fondo de suficiencia nacional s/sanidad	79,36	78,34	75,75	75,78	75,75	75,72
Diferencias regionales con modelo finalista	45,80	64,81	68,58	70,82	78,26	86,48
Diferencias regionales con modelo finalista (%)	11,37	12,96	12,96	12,72	13,25	13,80
Diferencias nacionales con modelo finalista	509,87	1 152,39	1 223,88	1 296,55	1 489,11	1 710,27
Diferencias nacionales con modelo finalista (%)	2,16	3,94	3,96	3,97	4,31	4,68
Diferencias regionales con modelo finalista variables nuevas	68,59	92,59	97,96	101,82	110,97	120,94
Diferencias regionales con modelo finalista variables nuevas (%)	17,02	18,52	18,52	18,29	18,78	19,28
Diferencias nacionales con modelo finalista variables nuevas	509,87	1 152,39	1 223,88	1 296,55	1 489,11	1 710,27
Diferencias nacionales con modelo finalista variables nuevas (%)	2,16	3,94	3,96	3,97	4,31	4,68

Fuente: *Elaboración propia.***Tabla 8.** Cantabria en sistema de financiación sanitaria 1999-2006 (millones de euros corrientes)

necesario recalcar la consecución de una aceptable transferencia en términos financieros si se compara con lo obtenido por el resto de regiones, a pesar de los

condicionantes previos a la negociación (condicionalidad de la asunción del nuevo modelo de financiación autonómica para así recibir la transferencia sanitaria,

discrecionalidad política y falta de transparencia).

En todo este contexto los resultados empíricos obtenidos en este trabajo, a rasgos generales, muestran importantes cambios entre la situación real en Cantabria antes de producirse la transferencia y la posterior, dada la previsible y continua-

da dependencia de la región de transferencias estatales (fondo de suficiencia).

Esto hace que el modelo actual de financiación pueda proporcionar a Cantabria mayores recursos basados en la articulación de mecanismos de corresponsabilidad fiscal que no han empezado a desarrollarse efectivamente hasta 2003.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cantarero D. (2002a): Descentralización, transferencias y nueva financiación del sistema sanitario español. Actas de las XXII Jornadas de Economía de la Salud. Pamplona: 29-31 de Mayo de 2002.
2. Descentralización del gasto sanitario e implicaciones de su integración en el nuevo modelo de financiación autonómica. En: Salinas J. (dir.). El nuevo modelo de financiación autonómica (2002). Instituto de Estudios Fiscales. 2002b. p. 111-61.
3. Análisis del gasto sanitario autonómico y su nueva financiación en España. Investigaciones, N.º 8/03. Madrid: Instituto de Estudios Fiscales. (2003) (en prensa).
4. Urbanos R, Utrilla A. Implicaciones del nuevo sistema de financiación sanitaria sobre la equidad y la suficiencia. Vigo: Actas del IX Encuentro de Economía Pública, 7 y 8 de febrero 2002a.
5. La financiación de los servicios sanitarios: Distribución de fondos por CCAA y criterios de asignación entre niveles asistenciales. En: Salinas, J. (dir.): El nuevo modelo de financiación autonómica (2002). Madrid: Instituto Estudios Fiscales. 2002b. p. 161-202.

