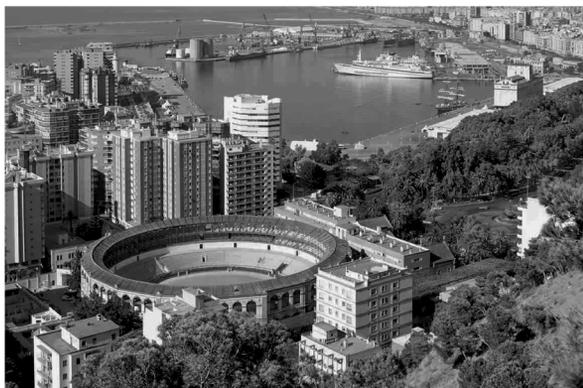


REVISTA DE ESTUDIOS REGIONALES

I.S.S.N.: 0213-7585

2ª EPOCA Enero-Abril 2007



78

MONOGRÁFICO XIV Jornadas de Estudios Andaluces Modelos de financiación autonómica y financiación de los servicios básicos: Educación, Sanidad y Servicios Sociales

Ponencias

Santiago Lago Peñas. La autonomía tributaria de las Comunidades Autónomas de régimen común: Perspectivas de futuro

Guillem López Casasnovas. La descentralización fiscal en España en la disyuntiva de la nueva financiación autonómica. Algunas reflexiones generales y específicas al caso de la sanidad

Juan de Dios Jiménez Aguilera. La distribución territorial de los recursos sanitarios: Algunas propuestas

José Sánchez Maldonado, Carmina Ordóñez de Haro y Carmen Molina Garrido. La reforma de la financiación autonómica: Un escenario de reparto de los recursos basado en las necesidades de gasto

Alfonso Utrilla de la Hoz. La financiación de los Servicios Sociales en las Comunidades Autónomas

Juan Hernández Armenteros. La financiación de las universidades públicas presenciales. Análisis por Comunidades Autónomas del período 1996 a 2004

Luis Ángel Hierro Recio, Pedro Atienza Montero y David Patiño Rodríguez. La financiación autonómica de régimen general. Nivelación y corresponsabilidad fiscal desde una perspectiva comparada

J. Salvador Gómez Sala y José Sánchez Maldonado. Seguridad Social y Comunidades Autónomas

Jesús Sánchez Fernández. Financiación autonómica y población

Comunicaciones

La descentralización fiscal en España en la disyuntiva de la nueva financiación autonómica. Algunas reflexiones generales y específicas al caso de la sanidad

Guillem López Casanovas¹
Universidad Pompeu Fabra

PALABRAS CLAVE: Descentralización fiscal; Políticas sanitarias regionales en España; Desigualdades territoriales internas y externas y Perspectivas de la equidad.

KEY WORDS: Fiscal decentralisation; Spanish regional health policies; Between and within regional disparities and Equity perspectives.

Clasificación JEL: H51, H53, I10, J11

RESUMEN

Ubicada ya definitivamente la financiación sanitaria en el conjunto de la financiación autonómica (donde se han de producir los balances y compensaciones intersectoriales respetuosos con la autonomía de las CC.AA.), entra en vía muerta la visión 'gestora' del ejercicio competencial de la autonomía, que se expresaba en la pretensión de fundamentar desde una perspectiva central una asignación de recursos según criterios supuestamente normativos de "necesidad sanitaria", para dejarlos en su ejecución a manos de las CC.AA.

La distribución territorial parametrizada entre comunidades se ha mostrado infactible (desde el propio concepto de 'necesidad' a su materialización en variables aproximables empíricamente, operables en sus ponderaciones estándar, y agregables en un índice.), poco rigurosa (qué fondos distribuyen y con qué condicionamientos.) y, sobre todo, contraria a la propia descentralización fiscal.

Se ha abierto así hoy una nueva agenda más centrada, por un lado, en la financiación global del gasto social (el grueso de las competencias autonómicas), con compensaciones implícitas, inergias e interrelaciones entre partidas priorizadas en los gobiernos de cada Comunidad y, por otro, en cómo se asignan intra-comunitariamente cuales sean los recursos disponibles, a la vista de los objetivos de los parlamentos con competencias en la materia, la oferta instalada y las prácticas clínicas observadas.

ABSTRACT

Once central finance of regional health care has been definitively integrated on the whole regional finance, a new perspective is open to health care decentralisation. Regional Parliaments get a definitive say on the day to day of health care management and finance, and the need of intersectorial balances and local spending and fiscal priorities start to dominate the autonomous political agenda. The former approach, based on much of central 'spending power' seems finally

1 Agradezco la colaboración de Iván Planas y Gabriel Ferragut, investigadores del CRES-UPF.

dead and the aim to define centrally parameterised 'regional needs' is not anymore at the central core of the political debate.

Now it is time for health policies to adequate initially centrally defined finance with regional final expenditure by raising own taxes, improve regional health expenditure and promote better prevention policies, since no more revenues can be raised by claiming regional spending overruns. The equity debate is then limited to the central plafond (here with population changes and migration representing still further refinements to be made) and the 'within' disparities in health should be the main concern on internal regional policies. This makes for a substantial change, according to the author's perspective, that requires accommodating the research agenda to this new situation for the near future.

1. INTRODUCCION Y PERSPECTIVA GENERAL

La evolución futura del Estado autonómico español, sin duda vendrá muy marcada en los próximos años por el despliegue concreto que puedan tener los nuevos estatutos ya aprobados (Comunidad Valenciana, Cataluña, ...) o en vías de discusión y aprobación (Andalucía, Galicia y Baleares, entre otras). El Estatuto catalán, como ha pasado históricamente, ha marcado la pauta tanto para el conjunto de CC.AA. históricas –exceptuando el País Vasco y Navarra, que continúan 'blindadas' con su régimen de concierto foral-, como para la CC.AA. de nuevo cuño, sobrevenidas al 'café para todos' imperante.

Remarquemos antes de comentar los rasgos fundamentales de los textos aprobados, la pobreza de los *iters* estatutarios vividos: La escasa relevancia tenida por los acuerdos de comisiones, estudios técnicos y trabajos de los mismos parlamentos autonómicos, al verse supeditados finalmente, y de manera descarnada, a los trabajos ahora sí decisivos de ponencias parlamentarias, pactos bilaterales partidistas y conjugación de intereses 'nacionales' en el Congreso de los Diputados español. No puede sorprender entonces el poco entusiasmo que entre unos y otros ha generado el resultado del proceso, expresado finalmente en una participación menor a la deseada en sus votaciones ciudadanas.

En fin, la precariedad con la que se ha vivido la elaboración y aprobación estatutaria (trabajos inútiles, promesas incompletas, ilusiones defraudadas) ha generado importantes daños 'colaterales' sobre las propias instituciones autonómicas (que los partidos habrán de asumir en su integridad), que no se han disipado por el momento ante el mantenimiento de las incertidumbres que dominan hoy el desarrollo de la nueva financiación estatutaria. En este sentido, se pueden considerar como grandes temas pendientes para concluir sobre cuál pueda ser la evolución de la financiación autonómica, hoy como ayer, los derivados de la escasa concreción: 1- de la prevalencia normativa que puedan tener los articulados estatutarios sobre la que es y debe ser nueva ley de financiación de las CC.AA. (LOFCA), 2- la elevada ambigüedad interpretativa que permite el contenido concreto de algunas de

sus disposiciones, como las relativas a la denominada 'cláusula de ordinalidad' allí donde éstas se han introducido (Cataluña y en cierta medida en Baleares, y por extensión –vía 'cláusula Camps'–, en la Comunidad Valenciana), 3- la controvertida constitucionalidad de la exigencia de unos mínimos de inversión estatal directa en algunos de los territorios autonómicos para los próximos años, así como su cómputo (el papel del FCI, y el mismo concepto de infraestructuras y transferencias de capital), 4- la concreción que reciban los mecanismos de nivelación y los límites en la redistribución solidaria, a fin y efectos de reducir la discrecionalidad que tiene hoy día esta materia: los estatutos fijan ciertamente algunas variables, pero éstas se deberán tener en cuenta previsiblemente en confluencia con otras (desde los distintos estatutos) que pueden neutralizar sus efectos inicialmente esperados. Todos estos extremos, que supuestamente deberían otorgar salvaguarda efectiva contra los flujos redistributivos estatales actuales, que generan los déficits fiscales territoriales, están en el aire. Finalmente, 5- la acción de negociación puntual que se reserva el Estado con plena discrecionalidad fuera del marco estatutario (infraestructuras aeroportuarias básicamente) en las diferentes coyunturas electorales, genera subyugación partidista al ejercicio competencial respectivo.

Todo ello genera una gran dificultad a la hora de juzgar los avances en el desarrollo autonómico que puedan suponer los nuevos estatutos, y pone de evidencia que, contrariamente a lo que algunos proclaman, se ha avanzado muy poco hacia el gran pacto federal (concreción de reglas) que había de dar estabilidad futura al Estado autonómico. Ni asimetría, ni marcos jurisdiccionales claros en competencias ni en financiación. La incertidumbre continúa, con los peligros que los nuevos conflictos abiertos se resuelvan sistemáticamente por un Tribunal Constitucional de poca probada tendencia federalizante. Ello puede evidenciar, por lo demás, el poco valor jurídico que acaben teniendo los nuevos estatutos aprobados, especialmente de aquellos que han buscado pasar esta vez de los principios al detalle competencial sin cambio en el texto constitucional o en la voluntad del Tribunal que los debe interpretar, al ser más fácilmente impugnables.

Reconocido lo anterior, los aspectos más destacados que configuran el nuevo contexto en materia concreta de financiación autonómica son los siguientes:

El detalle en la definición de las competencias no se corresponde con la falta de especificación de los contenidos de la nueva financiación

En efecto, contrariamente a lo que se observa para el caso de los marcos competenciales, en temas de financiación la concreción de los puntos que tenían que dar contenido preciso a la nueva financiación estatutaria, está en buena medida ausente. Para algunos, dicha precisión habría puesto en evidencia el conflicto: mejor

así rehuirlo ahora para no perjudicar la coyuntura política, y confiar a ojos cerrados en el futuro, con la lógica del ‘gobierno amigo’, un desarrollo interpretativo ‘favorable’ (convirtiéndose por lo demás en una buena coartada electoral cara al despliegue estatutario). Para otros, habiendo sufrido los recortes y pasados los cepillos descarnadamente sobre lo prometido y afirmado en clave electoral autonómica interna, se esperarían situaciones políticas mejores para tomar quizás fuerza de los fracasos sufridos, siendo la ambigüedad un mal menor para esconder el fracaso propio.

Desde la visión optimista podría aún esperarse hoy como remiendo de la situación vivida a) el desarrollo de una política decidida a favor de una mayor delegación estatal de competencias en lo relativo a importantes infraestructuras, por la vía del 150.2 de la Constitución y así no para todas las CC.AA.; todo ello en beneficio de la apertura de una cierta asimetría en el proceso autonómico, aunque al coste de ver como el Estado preserva el derecho a la advocación de la concesión de aquellas competencias y mantiene una discrecionalidad de escaso porte federal; b) de manera similar, se podría conseguir aquella asimetría por la vía de un compromiso pactado de desarrollar algunas previsiones (de implantación de innovaciones fiscales, tales como la Agencia tributaria i la cesión de la fase minorista del IVA, básicamente) a dos velocidades, no negando sino retardando en el tiempo los ejercicios competenciales, y evitando que, por reducción al absurdo técnico, la imposibilidad de generalización de competencias en un momento dado a todas las CC.AA. impidiera que se extendieran a algunas de ellas en concreto; finalmente, c) podríamos esperar –ciertamente, después de una buena dosis de optimismo- un acuerdo de financiación a través de un nuevo pacto ‘de Estado’, en el inicio de una nueva legislatura que precisara un sistema de nivelación financiera de pautado y así menos discrecional; por ejemplo, sobre valores mínimo- básicos de necesidad de gasto -y no de cuantías medias-, y en concreto, fijando cuál es el grado de solidaridad territorial aceptable –quizás la misma que refleje la legislación personal sobre la renta- , con qué mecanismos debe operar la nivelación, por cuanto tiempo y con qué evaluación debe contar.

Contrapuesta a la visión optimista quizás ahondar en la pesimista: Añadir aquí la confusión que se mantiene entre mayor corresponsabilidad fiscal y aumentos simples de los porcentajes de participación, y la idea que sale ahora reforzada de que la solidaridad empieza sólo una vez acabada la igualación en la financiación capitativa. Ello condenaría definitivamente a las CC.AA. de mayor capacidad fiscal a quedarse por debajo, sistemáticamente, de los niveles de financiación media, sea cual sea su capacidad recaudatoria (a diferencia de lo que sucede en los países federales). Finalmente, en lo que se refiere a la cuestión de los flujos fiscales territoriales, según el parecer incluso del propio Consejo Consultivo catalán, éstos suponen unos mecanismos cuya definición es competencia exclusiva y excluyente del Estado. Si

ello es así, es lógico que éste no haya querido llevarlos a la negociación bilateral con las CC.AA. históricas (exceptuadas de nuevo las forales), sino enmarcarlos de manera multilateral para diluirlos en un compromiso general, siendo la coartada de nuevo el negar a unos lo que no se puede generalizar a todos.

En lo que se refiere a la mejora de la corresponsabilidad fiscal, es necesario identificar que ésta no se asocia a una mayor territorialización de recaudaciones estatales sobre parámetros definidos centralmente, ni en la gestión recaudatoria concreta, sino a los márgenes de autonomía tributaria de que se dispone en la relación fiscal entre el ciudadano y su jurisdicción fiscal territorial. De nuevo, en este terreno, los avances son escasos (el IVA en la fase minorista queda pendiente de desarrollo, y ya se verá el 'limbo' jurídico en el que puede quedar la Agencia tributaria propia de la Comunidad), lo que convierte en un asunto crucial el modo en el que el INE compute los porcentajes concretos de participación en la imposición indirecta vía peso del consumo (final, interior...).

Los 'daños colaterales' del proceso estatutario

Más allá de las cuestiones ya comentadas, vale la pena considerar el daño institucional generado durante el proceso estatutario. Si bien es cierto que los escasos avances en materia de financiación, se contraponen a juicio de algunos a los logros competenciales en algunas materias, no deja de ser remarcable el elevado nivel de frustración de expectativas entre las mejoras financieras suscitadas por los diferentes proyectos y los redactados finales. Los textos surgidos de los parlamentos autonómicos no parece que vengan teniendo otro valor que el de una especie de auto declaración (ingenua?) que han hecho los parlamentarios sobre los temas que debían –aceptadamente– marcar la discusión posterior en el parlamento español. Seguro que se han ponderado para ello los condicionamientos de la representatividad de los diferentes partidos (con reivindicaciones inversamente proporcionales a ésta), el grado de vinculación de los mismos partidos autonómicos con sus homónimos centrales, y las coincidencias coetáneas del poder territorial con el estatal. Todo ello es desafortunado ya que resta rigor y valor político al mismo proceso de aprobación de los estatutos en sede parlamentaria autonómica, de manera que algunos descontaron ya de entrada como algunos aspectos introducidos serían rebajados, de manera que hincharon las propuestas oportunamente, las transaccionaron o las mantuvieron hasta el final, valorando en cada caso el grado de dificultad en el que colocarían al partido con quien rivalizaban electoralmente y de acuerdo con las correlaciones políticas en clave española. De manera que, en su conjunto, los proyectos iniciales se han convertido en una especie de declaración, *desideratum* virtual, carta a los reyes que se ha elevado desde la Comunidad a los 'poderes

del Estado' para ser potencialmente tomada en consideración, aún sabiendo –y aceptando- quiénes son efectivamente 'los reyes'².

Destacar finalmente que, además de las coordenadas anteriores, generales para el conjunto de estatutos, se ha producido una elevada diversidad de los compromisos del Estado con las Comunidades en materia de financiación. Así, a) el estatuto balear no cuantifica en los textos los parámetros de participación en los impuestos –a diferencia del estatuto catalán que sí los determina. Merece la pena decir que aunque de entrada esto podría parecer grave, sin agencia tributaria y a la espera de los parámetros que la LOFCA establezca, la asignación resulta tentativa, ya que no se devengan de entrada, derechos de recaudación territorial alguna; b) tampoco el estatuto balear blinda mínimamente, con una cláusula de ordinalidad expresa, la financiación central en términos reales en la Comunidad, de acuerdo con las aportaciones realizadas (según renta relativa). El estatuto catalán lo intenta hacer pero con poca fortuna en lo que se refiere a su redactado aprobado, de manera que tampoco se puede considerar acertado: qué se considerarán inversiones, sobre qué base, cómo operará el mantenimiento del ranking de rentas (primarias, disponibles, en términos reales o nominales, con y sin ajustes diferenciales de precios, etc...; c) en cambio, en el proyecto de estatuto balear se intentan concretar los principios que deben regir las obligaciones del Estado hacia la comunidad (con una cifra concreta!), a diferencia del estatuto valenciano que lo deja todo a discreción del propio Estado. En todo caso, aquí de nuevo la discusión es la ya comentada de la jerarquía normativa: hasta qué punto un estatuto puede limitar una competencia que el Estado reconoce como suya a partir de la lectura de texto y jurisprudencia constitucional: por ejemplo, en la redacción del apartado segundo del artículo 130 del estatuto Balear cuando dice de manera un tanto oscura que *'se deberá justificar (?) de manera objetiva (?) la eventual aplicación de reglas de modulación que tengan como finalidad restringir el alcance de los resultados obtenidos en el cálculo de necesidad de gasto real (...) y en ningún caso podrá suponer reducciones superiores a la media de las reglas de modulación aplicadas dentro del conjunto de las CC.AA. de régimen común (?)'*; d) finalmente, en el estatuto balear se traspasa probablemente el límite de lo que es razonable al fijar en un texto normativo, una

- 2 Esta es la tónica de formalidad seguida por algún texto como por ejemplo, en el proyecto balear, cuando se proclama desde el artículo 1 el carácter de nacionalidad histórica pero se sabe que ésta no se acompaña de ningún reconocimiento jurisdiccional de potestades propias para su hacienda; o el de Cataluña, con la fórmula finalmente aprobada de que 'ellos dicen que son una nación, pero esto a mi no me afecta'. O con el hecho que el redactado otorga a la Comunidad un conjunto determinado de derechos, competencias y ámbitos de funcionamiento propios y jurisdiccionales ... por lo que, se proclama después, la necesidad de una financiación suficiente, sin que existan garantías constitucionales ni poderes fiscales prevalentes en la relación entre la Comunidad y sus ciudadanos.

cifra única en términos absolutos, a diferencia del de Cataluña o Andalucía, que establece un %) del que se considera el déficit acumulado, para un período fijado de 10 años (transitorio en el catalán, a diferencia del andaluz, que establece que en términos poblacionales, pero permanente). Ya se verá qué acontece con todas estas disposiciones a la hora de comprometer las responsabilidades inversoras del Estado en los presupuestos de cada año y a futuro (nótese: compromisos no en la capacidad de financiación para hacer frente a sus inversiones desde las propias CC.AA.), a la vista de la opinión que en estas materias ha sustentado el tribunal constitucional español.

Lejos todavía del federalismo fiscal

En resumen, todas las incertidumbres anteriores muestran como se mantiene una elevada dependencia financiera de nuestras CC.AA. respecto de las decisiones del Estado, distanciándose de lo que sería esperable aconteciera en un verdadero Estado de corte federal: reglas frente a discreción. Pero como el español no es efectivamente un Estado federal, ni lleva el camino de serlo –he aquí el reconocimiento de la realidad dada la constitución vigente-, no puede sorprender la situación descrita.

En esquemas de federalismo fiscal, ciertamente que los impuestos los pagan los ciudadanos, pero lo hacen en dos jurisdicciones distintas, la central y la territorial, con capacidades tributarias originarias (las definidas en el pacto) y no derivadas de un régimen ad hoc de transferencias (participaciones en recaudaciones) resultantes de un poder fiscal unitario. El acuerdo federal tiene contenido bilateral por definición; la generalización, si procede a más partes, es posterior. No se supedita lo primero a lo segundo. Se sabe de antemano con qué recursos se cuenta y cómo actuarán los mecanismos redistributivos (puede que incluso se hayan definido y aceptado en cámara legislativa conjunta) y no por el ejecutivo por su cuenta, aisladamente, o a través del consejo de política fiscal y financiera o similar, del que el Estado tiene mayoría absoluta. Por todo ello hemos de aceptar que más allá de cifras agregadas de gasto gestionado sobre la geografía, la articulación de los diferentes títulos de financiación continúa la tendencia del modelo anterior, más próximo al de la territorialización de transferencias que a un reparto efectivo de fuentes y recursos tributarios que se pueda considerar federal.

El camino a recorrer: Las vías de mejora

Las vías concretas de cambio para una financiación que siga un camino federal deberían incorporar las siguientes bases:

1- Como hemos dicho, el federalismo parte del reconocimiento de la existencia de más de una jurisdicción en la relación fiscal de los ciudadanos con su administra-

ción representativa: los ciudadanos pagan impuestos pero lo hacen a más de una jurisdicción (y en cada jurisdicción, un parlamento, unas competencias propias, una hacienda autónoma) ya sea directamente o a través de un agente recaudador común (aquí 'quien hace' no es importante si está claro el 'qué' y 'para qué' se hace). No son haciendas de transferencias (no son recursos graciables, ni condicionables, ni discrecionales en su asignación) y no dependen de la arbitrariedad de un gobierno central más o menos 'próximo'.

2- La especificación de los esquemas de nivelación está en el núcleo del respeto entre los poderes fiscales, dentro de esquemas de federalismo cooperativo: Quien más capacidad financiera tiene, más recursos cede para nutrir los fondos de redistribución horizontal, pero no lo cede todo, reteniendo al menos un porcentaje determinado de su mayor capacidad. Alternativamente el Estado puede igualar a las Comunidades con menos capacidad fiscal para hacer frente a sus necesidades de gasto, a partir de los fondos propios centrales, al tiempo que las Comunidades con capacidad por encima de la media no ven reducida su capacidad de financiación propia.

3- El componente fiscal del federalismo es indisociable del institucional (representación legitimada en los órganos del Estado –no administración central). En el federalismo no se trata tan sólo de asignar recursos, sino del mismo despliegue político de los poderes públicos sobre el territorio.

4- Si uno considera, alternativamente, que la solidaridad tiene por naturaleza un componente más personal, común entre todos los territorios, que de naturaleza territorial, la redistribución básica debería ser quizás la que marca el impuesto personal sobre la renta, de manera que la redistribución no debería ir más allá de la que fijara la diferencia entre el peso de la renta de la Comunidad y su participación en la recaudación de renta fiscal.

5- La definición de los instrumentos operativos del sistema de financiación constituye un punto pivotal: los márgenes entre el peso de renta y el peso de población puede, si se quiere, ser objeto de cesión 'horizontal' (entre CC.AA. beneficiarias y contribuyentes), pero a través de un fondo de ayuda al desarrollo regional, y como tal, definido de común acuerdo, para períodos concretos, a evaluar regularmente, no consolidable en el gasto de las CC.AA. receptoras, concretándose a través de subvenciones condicionadas al destino (reequilibrio territorial, desarrollo regional y reductor de la desigualdad personal interna de la renta) y compensatorias (tipo fondos europeos). El límite del proceso nivelatorio no puede ser nunca la igualación, ya que con ello desaparecen completamente los incentivos a la recaudación y a la buena gestión del gasto.

6- La solidaridad no está en cuestión: pero debe tener unos límites y se debe inspirar en unos principios objetivos. La solidaridad tiene un componente de nivelación (acceso a servicios públicos esenciales con igualdad personal –a igual esfuerzo fiscal) y otro de redistribución territorial (a favor del crecimiento económico general, y

básicamente privado). Los dos son redistributivos ya que nivelan rentas reales de los ciudadanos de las CC.AA. (no igualan!). No tiene fundamento de hacienda pública pensar que la redistribución es lo que 'ha de venir después' de que cada comunidad tiene garantizada una participación básica idéntica en la financiación (por ejemplo según el peso de la población): la igualación de la financiación cuando la capacidad financiera es desigual, es también una forma de nivelación redistributiva.

7- Los principios que rigen la nivelación deben ser objetivables (como por ejemplo pretende el principio de ordinalidad) frente a la arbitrariedad política y la ineficiencia económica. Además, sin evaluación del impacto sobre la distribución personal interna de la renta de las CC.AA. beneficiarias, la solidaridad entre las comunidades pierde su razón de ser. En este sentido, los espacios de redistribución personal, incluso en la Constitución vigente, no son exclusivos de la administración central. Los gobiernos autonómicos deben hacer efectivo que la solidaridad pueda empezar por sus propios ciudadanos.

8- No todos los analizados son problemas de recursos: la calidad de la autonomía, los márgenes de libertad en el ejercicio competencial, son cuestiones de suma importancia. En la práctica, de todas las decisiones en manos de un gobierno, las más relevantes son aquellas que se reflejan en actuaciones públicas que por causa de determinados objetivos sociales, modifican las condiciones iniciales de los agentes partícipes; es decir, actuaciones, por ejemplo, que generan consecuencias económicas e implican un cambio significativo en las condiciones sociales de los individuos, empresas o instituciones afectadas. La calidad de la capacidad de gobierno puede valorarse igualmente según el grado de dependencia o tutela existente por parte de la hacienda supra-gubernamental en los procesos de elaboración de la decisión infra-gubernamental. Esta se puede referir tanto a la toma en consideración de la actuación (iniciativa a emprenderla) como en los aspectos relativos a su ejecución concreta.

9- Por ello, la autonomía se puede contemplar (i) desde la capacidad potencial de decidir o (ii) desde el ejercicio real que se pueda hacer de estas capacidades, remarcando que sólo este segundo aspecto quedaría recogido en las cifras presupuestarias, y de modo muy insuficiente el primero. A dichos efectos, uno puede considerar a) el peso de la tributación autonómica o el grado de autonomía de los gobiernos territoriales en el diseño de los impuestos que sirven para determinar la capacidad del gasto autonómico, y/o b) los márgenes existentes para la obtención de recursos propios, dada la confluencia de potestades tributarias, ya sea en la base imponible, tipos -con o sin limitaciones-, y en determinados impuestos.

10- ¿Qué papel puede alcanzar un sector público moderno que vea su financiación desvinculada del crecimiento económico, en particular cuando este gasto sea clave para retroalimentar dicho crecimiento?; ¿podemos encontrar un mejor equilibrio entre la financiación redistributiva hacia otras Comunidades (para el gasto básico, nivelador de servicios públicos personales) y el gasto 'productivo'?

propio, requerido por un territorio para sí mismo (de desarrollo, de generación de actividad estratégica de futuro ...)?; ¿tiene sentido priorizar, como hace el Estado, la solidaridad territorial por encima de la generación interna de renta dentro de un territorio? ¿qué va primero?; en este sentido, ¿es la delimitación competencial actual Estado/CC.AA., en gasto redistributivo y en mecanismos de financiación la mejor asignación de recursos públicos posible para asegurar el futuro de nuestra competitividad? ¿con qué márgenes financieros se cuenta desde una Comunidad Autónoma para financiar políticas propias de crecimiento económico, de calidad de vida y mejor protección social ...?

En resumen, la financiación autonómica requiere hoy cambios importantes: el sistema de nivelación se expresa en la actualidad a través de múltiples formas (fondos de suficiencia, modulaciones, garantías de mínimos, garantía de crecimiento, ...) sin transparencia ni evaluación; con efectos recurrentes en el tiempo, escasa correspondencia entre renta relativa y financiación autonómica, etc., mientras el sistema de concierto, defendido igualmente por dos grandes partidos estatales, quedan fuera de cuestión con una indudable injusticia relativa.

Reconocido lo anterior, si en algún campo se expresa con nitidez el conflicto entre uniformidad y descentralización, entre respeto a la autonomía y preocupación por la desigualdad, entre los aspectos territoriales y personales en el acceso a los servicios públicos, éste es el caso de la sanidad. A dicho ámbito se dedica la sección siguiente, manteniendo la perspectiva federalizante en la definición (financiación y gasto) de la política pública, y de la sanitaria en particular.

2. EL CASO DE LA SANIDAD

Con la integración, a mi entender adecuada, de la financiación sanitaria en el conjunto de la financiación autonómica (donde se han de producir los balances y compensaciones intersectoriales respetuosos con la autonomía de las CC.AA.) se ha abierto una nueva perspectiva para la descentralización sanitaria en el Estado autonómico que sin duda ha de afectar al análisis. Entra así en vía muerta la visión 'gestora' del ejercicio competencial de la autonomía, que se expresaba en la pretensión de fundamentar desde una perspectiva central una asignación de recursos según criterios supuestamente normativos de "necesidad sanitaria", para dejarlos en su ejecución a manos de las CC.AA.. Dicha búsqueda de la objetividad de una distribución territorial parametrizada entre comunidades se ha mostrado infactible (desde el propio concepto de 'necesidad' a su materialización en variables aproximables empíricamente, operables en sus ponderaciones estándar, y agregables en un índice.), poco rigurosa (qué fondos distribuyen y con qué condicionamientos...) y, sobre todo, contraria a la propia descentralización fiscal (González y Barber,

2006). A la vez, en la práctica, esta pretensión ha chocado con criterios políticos desvirtuadores, restricciones implícitas del tipo que, pese a la 'objetivación' aparente, en el proceso 'alguien no pierda y alguien gane', atendiendo al color político de los gobiernos respectivos, o con su viabilidad financiera a la vista de las limitaciones presupuestarias de rigidez en el control del gasto.

Dicha aproximación ha tocado pues techo, abriéndose hoy una nueva agenda más centrada, como veremos, por un lado, en la financiación global del gasto social (el grueso de las competencias autonómicas), con compensaciones implícitas, sinergias e interrelaciones entre partidas priorizadas en los gobiernos de cada Comunidad y, por otro, en cómo se asignan intra-comunitariamente cuales sean los recursos disponibles, a la vista de los objetivos de los parlamentos con competencias en la materia, la oferta instalada y las prácticas clínicas observadas. Desarrollaremos a continuación cada uno de dichos aspectos.

La integración de la financiación sanitaria en las competencias comunes de las CC.AA³.

Como es sabido, desde enero del 2002 la financiación sanitaria se ha integrado, aunque con especificidades, en el conjunto de la financiación autonómica. Se entra pues en la lógica de que así se interrelaciona mejor la competencia en gasto sanitario con otras funciones igualmente transferidas a las CC.AA. (las educativas, las sociales, las sociosanitarias), con las que guarda obvias complementariedades. Algunas de las supuestas compensaciones consistirían, por ejemplo, que en lo que requiere 'de más' por envejecimiento demográfico en sanidad, en principio, se ha de requerir 'de menos' en gasto educativo, o lo que se acomete desde lo sanitario no ha de comprometer más recursos en lo social, y viceversa, etc. Dicho proceso de convergencia común hacia el criterio poblacional como referente predominante de financiación, por lo demás facilita un acompañamiento explícito de los sistemas de nivelación territorial de recursos que se deseen –ya horizontales y/o verticales⁴, con o sin poder condicionante de la financiación de las nuevas capacidades de gasto otorgadas hacia objetivos previamente establecidos.

Así mismo, la integración de la financiación sanitaria se puede claramente realizar en coherencia con los condicionamientos que se acuerden: mínimos iniciales de recursos a destinar a dicha función de gasto, crecimientos de financiación que

3 Parte de los contenidos que siguen fueron objeto de una ponencia para el XXV Congreso de Economía de la Salud. AES, Barcelona, Julio 2005, con el título 'Descentralización sanitaria de segunda generación'.

4 Horizontales: se 'achatan' doblemente los diferenciales de financiación ya que lo que se resta a los que estaban inicialmente por encima del criterio predeterminado se destina a los que se sitúan por debajo. Verticales: a partir de los recursos de los que dispone el Estado, se transfiere financiación a los que se sitúan por debajo de la media, sin afectar los recursos de los que se sitúan por encima.

sigan una predeterminada pauta, etc. Pero en todo caso, respetando las decisiones incondicionadas propias al ejercicio de dichas competencias (apertura de 'techos' más allá de los 'suelos' definidos, con destinos mucho más cercanos a la realidad sanitarias que se deseen intervenir), que legitimarían diferencias resultantes de idénticas posibilidades de elección. Y es que si no fuese así, y se cerrase a criterio uniforme la financiación disponible, en cuantía y en destino, cabría reformular la lógica de la transferencia en primer lugar, a la vista de los teoremas más fundamentales de la descentralización fiscal.

Finalmente dicha integración y transferencia efectiva de la capacidad de intervención a la esfera de las CC.AA. para el conjunto del gasto social, se puede acompañar igualmente de todas aquellas posibilidades de coordinación y de explotación de sinergias en las que el interés de todas y cada una de las comunidades se refuerza en el conjunto⁵. Y todo ello en un contexto de celo por parte de algunas comunidades en proteger sus competencias, de otro modo fácilmente maleadas por legislaciones 'básicas' con posterioridad a los traspasos de la Administración Central, que acaban determinando la 'calidad' del ejercicio de la autonomía de gasto, más allá de las cifras aparentes. Desde esta óptica, y para algunos, incluso la fijación de mínimos condicionantes en la gestión del gasto debiera de evitarse, reforzando en su lugar la transparencia de los procesos de asignación en los parlamentos respectivos, y remitiendo sus resultados a la responsabilidad fiscal y al rendimiento de cuentas ('accountability').

El fracaso de la utilización de criterios de distribución centralizada de recursos

El nuevo contexto comentado ha hecho que deviniera obsoleta en nuestro país una determinada visión de la descentralización de los recursos sanitarios de la que la 'fórmula RAWP' de los años setenta en Inglaterra ('*The Resource Allocation Working Party*'), de determinación de necesidad sanitaria, ha sido paradigma. En efecto la RAWP inglesa ha representado el último y más consistente esfuerzo para

5 En otros trabajos hemos desarrollado los distintos conceptos de coordinación posible. Recordar aquí que la coordinación autonómica cuando las competencias han sido efectivamente transferidas, exige el establecimiento de procedimientos formales previos de discusión, anterior a la toma individual de decisiones en ejercicio de las propias competencias, y no a través de condicionamientos jerárquicos 'ex ante' impuestos por una de las partes, ni ajustando modulaciones 'ex post' para 'regresionar a la media' decisiones legítimamente adoptadas. El funcionamiento de la Organización Española de Trasplantes se presenta como paradigma de lo que debe ser dicha coordinación autonómica, en la que el interés de las partes mejora el interés conjunto, mientras que determinadas imposiciones derivada de la Ley estatal para la Cohesión y Calidad de Sistema Nacional de Salud, que entró en vigor con posterioridad a la generalización a todas las CC.AA. de las competencias sanitarias, con financiación integrada a la financiación autonómica general, se suele citar como mecanismo de coordinación más deficiente.

territorializar recursos basada en la necesidad social- sanitaria (morbi/mortalidad, exclusión social, privación, ...). Vale la pena aclarar sin embargo que la RAWP fue sobre todo un mecanismo intra-territorial (territorio inglés) de distribución de recursos, y no interterritorial (Escocia tenía su propia fórmula, Gales e Irlanda se financiaban diferenciadamente dentro del Reino Unido).

La RAWP afectaba a regiones sanitarias que eran artificios de planificación sanitaria, sin parlamentos políticos que las representasen, no coincidiendo ni tan siquiera con las circunscripciones electorales, sin responsabilidad fiscal alguna, y con techos de población no condicionados por la historia y comúnmente superiores a los 2 millones de habitantes. Rasgos todos ellos muy diferentes a los que se encuentran en las realidades del Estado autonómico español.

En el caso inglés, tan seguido por muchos investigadores, parece que se haga tabla rasa de las restricciones político-constitucionales españolas necesarias para su comparación: Inglaterra es básicamente un Estado unitario (no así Gran Bretaña o el Reino Unido para Irlanda del Norte, País de Gales o Escocia)⁶. En cambio, las regiones inglesas son poco más que entes desconcentrados no políticos.

En cualquier caso, la pretensión de resolver desde el Estado 'el problema de la regionalización de los recursos sanitarios' de manera específica, mediante supuestos criterios objetivos, 'parametrizados según necesidad sociosanitaria plantea problemas técnicos de muy difícil resolución en el marco de una descentralización fiscal efectiva como la que nos ocupa, entrando su potencial emulación en vía muerta al contradecir los condicionantes político institucionales de partida.

Entre los problemas técnicos irresolubles comentados destaquemos: el acuerdo en la concreción de qué criterios utilizamos (justificación teórica), cómo los definimos, cómo los calibramos en su rango mínimo/máximo, cómo los ponderamos en su conjunción con otros factores igualmente relevantes y de diferente escala numérica, cómo se pautan para evitar que el reparto prospectivo ('normativo') cuestione la suficiencia financiera (gasto positivamente comprometido y sin discrecionalidad para los gestores regionales) sin que dicho ajuste lo convierta en retrospectivo, y de este modo ineficiente como puro instrumento de reembolso de costes.

Pero es que, además, la determinación parametrizada de los indicadores de necesidad sanitaria deviene muy compleja cuando, como en el caso que nos ocupa los vínculos entre necesidad, consumo efectivo, utilización 'normada' y a coste unitario eficiente está muy condicionada por la oferta asistencial (oferta induce demanda, como es bien conocido en este ámbito de análisis). Pese a los intentos de estandarizar ajustando utilización observada por una supuesta frecuentación sanitaria

6 Todos ellos con parlamentos políticos y competencias fiscales, para los que no se observa fórmula de territorialización de recursos alguno entre si más allá de los criterios políticos generales.

óptima, a la vista de la caracterización social, de estado de salud autopercebido, de índices de morbilidad codificados, de mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable, como variables de estandarización, estamos lejos de poder concluir que se ha encontrado una vía satisfactoria de resolución, de delimitación de lo objetivo y de lo subjetivo en las consignaciones presupuestarias. El peso de los condicionantes de acceso tampoco tiene una interpretación clara en términos de salud: así la ruralidad (dispersión?) versus las áreas metropolitanas (hacinamiento?) para los que el binomio 'grado de acceso' a los servicios versus estados de salud, estilos de vida 'estrés', y hábitos alimentarios, entre otros factores, marca efectos de dudoso signo apriorístico.

Finalmente, la distribución territorializada bajo criterio central, sobre la base de índices explícitos de necesidad sociosanitaria, choca con la retroalimentación de sus efectos en la financiación, resultante de su corrección interna (ahora sí) de los problemas de salud (mejora de índices sociosanitarios) reduciendo la participación de dicha comunidad en el conjunto de las CC.AA. Por lo demás, para CC.AA. de elevado tamaño, la falacia ecológica por la agregación que representa en sus valores medios, la consideración territorial resulta muy relevante para mejor fundamentar las políticas de salud.

La interpretación de las desigualdades de gasto entre CC.AA. en el nuevo contexto.

Como consecuencia de la nueva situación (integración, compensaciones, límites mínimos sin fijación de máximos...) pierden significación los indicadores sintéticos de gasto, o en todo caso resultan mucho más difícilmente vinculables a los datos agregados de salud poblacional. En efecto, las diferencias que hoy ya se pueden observar (y que en el futuro previsiblemente generarán una interpretación incluso más compleja) en cifras de gasto sanitario público per cápita no son traducibles en la clave de 'inequidad' al uso. Primero, por la muy distinta evolución de la población entre CC.AA. que ha hecho variar ratios de gasto sin modificaciones sustantivas de financiación. Tampoco está clara la extrapolación de estas variaciones a valores poblacionales medios (los costes fijos se comparten dentro de determinados umbrales) y la superación de éstos es muy desigual sobre el territorio (zonas urbanas, costeras...). Segundo, porque la entrada muy desigual de emigrantes por CC.AA. es probable que aumente la varianza en los estados de salud, no por la especificidad de las condiciones de salud en cuanto a emigrantes sino por su genérica vinculación (como la población autóctona) a su situación socio laboral. Es de esperar que en esta coyuntura (aumento de las diferencias en ratios de gasto y previsiblemente en desigualdades en renta y salud) el sentido común evite que de ello se prescriba un

‘cierre de frontera’¹⁷ o una igualación de resultados desde una regresión financiera a unos valores medios uniformes.

En cualquier caso, a partir del nuevo sistema diseñado, las diferencias entre gasto y financiación se han de ver desde una óptica diferente. En primer lugar, la financiación inicial se mantuvo vinculada al coste efectivo de las CC.AA. (financiación afecta a 1 de enero del 2002) según liquidación del ejercicio 1999, de modo que aquí no puede existir aporte alguno a la desigualdad financiera, al tratarse de gasto anteriormente gestionado por la administración Central (Insalud). A partir de este referente, la interpretación en diferencias de gasto (no diferencias en financiación central) debe ser diverso cuando a) dichas diferencias responden a la reasignación que se hace desde una Comunidad Autónoma según criterios de priorización propios, dentro de la envolvente de financiación autonómica general, y que hace que el gasto sanitario (en detrimento de otras partidas) se incremente por encima de lo financiado inicialmente; b) las diferencias son el resultado de una mayor eficiencia en la utilización global de los recursos disponibles, por costes unitarios inferiores o por menores procesos de infra y sobre-utilización de las prestaciones existentes; c) son resultado de la financiación adicional complementaria procedente del ejercicio de la propia responsabilidad fiscal aún manteniéndose niveles inferiores de eficiencia en los servicios, d) cuando el mayor gasto refleja una oferta de servicios por encima del catálogo de prestaciones básicas definidas para el conjunto del Estado, financiadas por copagos o tasas públicas, aún siendo todas ellas suministradas de modo eficiente.

En todos estos supuestos la interpretación de las diferencias en dichos ratios de gasto per cápita como ‘inequidad’, o con mayor precisión, desigualdades intolerables, a corregir con mecanismos de nivelación concretos, amén de injusto, resultaría claramente ineficiente y perverso por contrapuesto a la teoría de la descentralización con responsabilidad fiscal.

Se ofrecen a continuación algunos datos que muestran la dificultad de ser interpretados de modo aislado, fuera de las anteriores consideraciones.

- 7 Es bien sabido que los países que más crecen en renta son mayormente desiguales en la medida que despiertan un mayor interés migratorio y las políticas de frontera de los países de acogida no se cierran completamente, particularmente en contextos de mercados de trabajo flexibles. Que más trabajadores pobres entren en sus economías aumenta inevitablemente el peso de la desigualdad en renta por concentración de éstos en decilas de renta bajas. Es probable que ello afecte a los niveles medios en los estados de salud de estos países (no tanto por ser inmigrantes como por su gradiente social), aunque individualmente para ellos sean previsiblemente mejores que en caso de haber permanecido en sus países de origen. Ambos factores se esconden equívocamente cuando se compara países con un peso de la inmigración importante (por ejemplo, Estados Unidos) y algunos con una incidencia de ésta mucho menor (países comunistas con fronteras cerradas o algunos países nórdicos muy restrictivos al proteger para sus propios ciudadanos las prestaciones de su estado de bienestar).

Muestra de análisis cuantitativos

Se realiza a continuación una especie de paseo aleatorio de cuadros y gráficos adaptados desde diversas fuentes, a efectos de remarcar las múltiples aristas de interpretación de las cifras de financiación y gasto, desde su presupuestación hasta su liquidación, contabilizando o no la deuda (implícita o explícita), periodificada o no por los años en los que se ha generado, con cifras relativas a la población (de derecho, beneficiaria, de hecho), ajustada por grupos etarios, desglosando sus partidas entre funciones asistenciales, sus componentes precio (coste unitario) y cantidad-calidad de los servicios, integradas las cifras de financiación y gasto en el global autonómico, etc.

CUADRO 1
LA RESTRICCIÓN INICIAL DEL SISTEMA.
(Millones de €, 2002)

	C. Comunes	Sanidad	S.Sociales	Restricción Inicial
Andalucía	5.590,06	4.418,07	107,19	10.115,32
Aragón	1.002,95	796,03	37,91	1.836,89
Asturias	778,82	74,83	25,21	1.553,86
Baleares	502,24	434,08	16,13	952,45
Canarias	1.327,46	990,96	20,32	2.338,74
Cantabria	420,75	357,07	13,53	791,35
C.León	2.251,13	1.527,11	87,25	3.865,49
C.Mancha	1.419,18	1.027,84	47,35	2.494,37
Cataluña	4.297,50	4.001,69	109,66	8.408,85
C.Valenciana	2.690,02	2.494,97	64,58	5.249,57
Extremadura	963,22	676,00	27,44	1.666,66
Galicia	2.346,33	1.703,44	65,76	4.115,53
Madrid	3.146,81	3.017,02	86,09	6.249,92
Murcia	800,21	673,13	19,76	1.493,10
La Rioja	237,89	156,63	11,23	405,75
TOTAL	27.774,57	23.023,87	739,41	51.537,85

Fuente: IGSP-SNS.

La restricción inicial del sistema nos da la financiación central (no el gasto final) en concepto de mínimo vinculado (no máximo), y su uso resulta de la mejor de las cifras para cada CA que recibía inicialmente las transferencias entre gasto efectivo y el distribuido por fórmula. Dicha opción fue clave para el acuerdo político del 2001, aunque discriminatorio con las CC.AA. que habían recibido la transferencia con anterioridad y ha acabado tergiversando la regla de equidad en la distribución al que supuestamente se sometía el conjunto de la financiación autonómica, con rankings en financiación per cápita muy controvertidos.

CUADRO 2
**ÍNDICES DE LA FINANCIACIÓN INICIAL POR HABITANTE
 MEDIA BASE 100 (2002)**

	SANIDAD (negociada)	SANIDAD (liquidada)
Andalucía	96	99
Aragón	109	111
Asturias	110	113
Baleares	101	93
Canarias	99	93
Cantabria	121	122
C.- La Mancha	102	102
C. y León	104	110
Cataluña	103	99
Extremadura	103	109
Galicia	102	106
Madrid	93	94
Murcia	96	92
La Rioja	123	120
C. Valenciana	98	94
Total	100	100

Fuente: Urbanos (2003).

En el otro lado de la balanza, sin cuestionar aquí la validez de los datos, nos encontramos con unas determinadas cifras, ahora sí, **de gasto liquidado per cápita**. (El desfase temporal se debe a las tardanzas en las liquidaciones).

CUADRO 3
GASTO SANITARIO PÚBLICO PER CÁPITA
(EUROS 2004 Y 2003)

	2004	2003
Andalucía	943,1	888,3
Aragón	1.054,2	1.053,3
Asturias	1.062,9	987,2
Baleares	786,6	807,2
Canarias	990,9	923,8
Cantabria	1.134,5	1.107,0
Castilla y León	1.044,0	966,6
Castilla-La Mancha	1.039,5	983,9
Cataluña	885,0	905,8
C. Valenciana	895,4	814,5
Extremadura	1.065,6	1.000,5
Galicia	983,5	923,2
Madrid	881,9	923,8
Murcia	973,2	942,1
Navarra	1.151,3	1.110,8
País Vasco	1.042,1	978,5
La Rioja	1.227,5	1.121,4

Fuente: IGSP-SNS.

Para una comparativa anual, en financiación, cabría por supuesto considerar las cifras finalmente liquidadas (como gasto del Estado) y no las inicialmente presupuestadas o negociadas.

En ambos casos el referente ha sido el gasto según población.

En todos los casos anteriores, tanto en financiación como en gasto, hemos utilizado la variable en términos capitativos. Aquí en realidad, la referencia ha de ser la población beneficiaria, habida cuenta que los funcionarios mutualistas que optan por el aseguramiento sanitario privado (en preferencia heterogénea entre CC.AA. y con opción de elección distinta) introduce un sesgo dispar entre CC.AA, respecto de la población de derecho, en los porcentajes que a continuación se pueden observar.

CUADRO 4
GASTO (MEDIA BASE 100)
¿SEGÚN POBLACIÓN TOTAL DE DERECHO O BENEFICIARIA?
ÍNDICE EUROS POR PERSONA CRITERIO POBLACIÓN PROTEGIDA

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	
Andalucía	98,99
Aragón	99,64
Asturias	101,90
Baleares	100,69
Canarias	100,06
Cantabria	100,98
C. León	98,49
C. Mancha	99,89
Cataluña	102,42
C. Valenciana	101,06
Extremadura	98,63
Galicia	100,01
Madrid	98,39
Murcia	98,65
La Rioja	100,20

Fuente: Sánchez Maldonado, 2005. Centra. Sevilla.

En cualquier caso, podría argumentarse a favor del uso de la población ajustada por edad. En efecto, la utilización de la población en la que ponderamos de modo indistinto su composición por edades, no está sin embargo exenta de controversias, tanto por la conocida incidencia diferencial de la edad (la proximidad a la muerte) en el gasto, como por el hecho mismo que la financiación sí tiene en cuenta dicha composición (junto al factor de la insularidad), aunque lo haga con el corte brusco de tan sólo de 'mayores de 65 años'. De nuevo, la composición porcentual difiere, por lo que necesariamente ha de diferir la financiación por cápita resultante entre CC.AA.

CUADRO 5
POBLACIÓN SEGMENTADA POR DOS GRANDES GRUPOS DE EDAD

VARIABLES DISTRIBUTIVAS BLOQUE COMPETENCIAS SANITARIAS			
	Población Protegida	Población mayor 65 años	Insularidad
Andalucía	6.863.259	1.040.072	
Aragón	1.122.385	253.808	
Asturias	1.048.637	229.061	
Baleares	785.338	123.451	521,10
Canarias	1.588.391	194.256	1.779,34
Cantabria	506.490	99.416	
C.León	2.325.743	545.374	
C.Mancha	1.636.551	341.180	
Cataluña	6.033.883	1.070.370	
C.Valenciana	3.900.139	666.753	
Extremadura	1.004.955	198.551	
Galicia	2.591.446	543.783	
Madrid	4.804.756	754.587	
Murcia	1.059.008	162.580	
La Rioja	252.177	51.319	

Fuente: IGSP-SNS.

El análisis anterior permite tanto una visión estática (ya contemplada, para la comparación relativa entre CC.AA.), como dinámica (tasas de crecimiento poblacional por grupos de edad) que previsiblemente incide en el gasto a partir de las composiciones de los grupos etarios. Ello contrasta con las previsiones de financiación central, al requerir el Estado para su revisión, crecimientos diferenciales en tres puntos de una Comunidad respecto de la media estatal. Y ello según variación de la población total y no por grupos de edad (aún aceptando como decíamos que es la composición y no sólo el valor absoluto lo que afecta el crecimiento del gasto).

CUADRO 6
**VALORACIÓN DE LOS CAMBIOS POBLACIONALES POR DISTINTOS
 GRUPOS ETARIOS**

	Tasa de crecimiento de la población protegida equivalente (7 grupos de edad)				TAM
	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	1999-2003
TOTAL	1,079%	2,202%	1,934%	2,259%	1,869%
Andalucía	0,522%	2,104%	1,373%	2,105%	1,526%
Aragón	0,584%	1,239%	1,388%	1,033%	1,061%
Asturias	-0,082%	0,844%	0,719%	0,700%	0,545%
Baleares	2,490%	3,744%	4,031%	3,302%	3,392%
Canarias	2,755%	4,767%	3,813%	3,339%	3,668%
Cantabria	1,103%	1,779%	1,174%	1,806%	1,465%
Castilla y León	0,313%	0,900%	0,526%	0,674%	0,604%
Castilla-La Mancha	0,186%	2,032%	1,293%	1,694%	1,301%
Cataluña	1,199%	1,964%	2,290%	2,793%	2,061%
Com. Valenciana	1,843%	2,607%	2,905%	3,535%	2,722%
Extremadura	-0,113%	1,178%	0,242%	0,323%	0,408%
Galicia	0,833%	1,104%	0,925%	1,037%	0,975%
Madrid	1,782%	3,643%	2,874%	3,530%	2,957%
Murcia	1,822%	3,475%	3,079%	3,471%	2,961%
Navarra	1,398%	2,351%	2,285%	1,579%	1,903%
País Vasco	0,844%	1,203%	1,232%	0,985%	1,066%
La Rioja	-0,194%	3,396%	3,732%	1,792%	2,181%
Ceuta	0,855%	1,912%	1,872%	-1,499%	0,785%
Melilla	16,233%	5,364%	2,085%	-0,923%	5,690%

Fuente: IGSP-SNS

Nótese, además la divergencia vista entre población de derecho (ponderada o no) y la beneficiaria en su evolución temporal. Y cómo la perspectiva cambia con la consideración del gasto (ahora sí, liquidado), no la financiación (al incluir en aquel no sólo la aportación financiera central sino también la resultante de la aportación del Comunidad a partir de los recursos propios), cuando existen deudas pendientes de sanidad, por parte de las CC.AA. Éstas, sin embargo, al acumularse pertenecen a más de un ejercicio, tergiversando de este modo la imputación temporal del gasto efectivamente realizado.

CUADRO 7
CONTABILIZACIÓN DE DEUDAS PENDIENTES -SANIDAD
DEUDA ACUMULADA A FIN DE EJERCICIO*
 En miles de euros

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Andalucía	1.086.077	975.389	1.178.710	1.303.220	1.357.858	1.558.273
Aragón	0	0	0	0	0	43.399
Asturias	0	0	0	35.211	66.606	128.979
Baleares	678	2.334	4.233	2.380	42.408	96.368
Canarias	28.145	58.924	45.734	53.594	48.625	184.937
Cantabria	0	0	0	20.748	19.110	33.271
Castilla y León	0	0	0	0	0	150.408
Castilla-La Mancha	0	0	0	0	0	71.119
Cataluña	1.234.950	1.341.047	1.444.787	1.530.882	1.769.734	2.175.896
Comunidad Valenciana	344.934	337.292	469.777	643.691	817.696	1.111.632
Extremadura	0	0	0	0	14.400	40.311
Galicia	62.832	102.318	128.396	168.220	93.811	218.061
Madrid	0	0	0	0	125.038	223.579
Murcia	0	0	0	0	0	0
Navarra	0	0	0	0	0	0
País Vasco	0	0	0	0	0	0
La Rioja	0	0	0	0	0	0
TOTAL	2.757.616	2.817.304	3.271.637	3.757.946	4.355.286	6.036.233

* La deuda acumulada de la CA de Andalucía incluye 790,8 millones de euros procedentes de ejercicios anteriores a 1999. Este importe corresponde a la deuda con la Seguridad Social, sujeta a moratoria, y a la operación de saneamiento contemplada en la Ley 11/99 de la CA. No afecta, por tanto, al análisis de evolución del gasto sanitario en el periodo analizado. Fuente: Grupo de Expertos para la Reforma de la Financiación Sanitaria. Madrid 2005.

Fuente: IGSP-SNS.

De modo adicional y completando la visión anterior, existe una deuda encubierta de mucho más difícil explicitación, en forma de financiación con cargo a proveedores, que soportan retrasos en los pagos de suministros sanitarios ya realizados, tanto en medicamentos (retrasos menores no bien conocidos aunque de cuantías elevadas), como en tecnología (cifras conocidas a partir de la patronal FENIN, en cuantías que a continuación se indican para el intervalo comprendido entre el 2002 y el 2005).

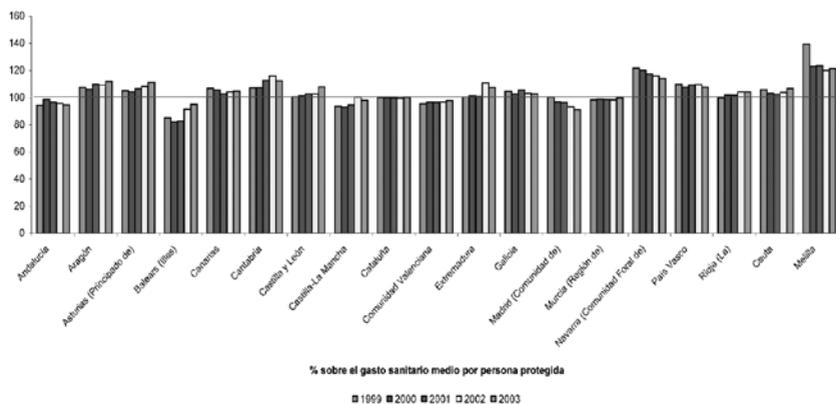
CUADRO 8
CONSIDERANDO LA DEUDA IMPLÍCITA POR RETRASOS
EN EL PAGO A ALGUNOS PROVEEDORES
MAGNITUD DE LA DEUDA DE LA SANIDAD PÚBLICA CON LA INDUSTRIA
DE TECNOLOGÍA SANITARIA (según FENIN, 2005)

	A 31 dic. 2002		A 31 dic. 2003		A 31 dic. 2004		A 31 ^a mayo 2005	
	Días	Deuda M€	Días	Deuda M€	Días	Deuda M€	Días	Deuda M€
Andalucía	445	446	370	450	410	510	460	635,5
Aragón	75	9	88	10,5	125	16		
Asturias	82	9,2	133	16	220	25		
Baleares	145	9	170	12	285	27	240	25,1
Canarias	390	105	305	86	470	130	205	68,5
Cantabria	58	4,5	65	4,6	135	10		
Castilla la Mancha	100	20,1	85	18	140	30		
Castilla León	90	31	140	50	240	95	225	94,3
Cataluña	170	84,1	177	92	115	65		
Extremadura	80	11,7	95	13,5	225	33		
Galicia	170	64,6	138	54	130	50		
La Rioja	118	2,4	110	2,2	120	2,5		
Navarra	70	6,2	65	5	70	6		
Madrid	122	93,2	95	75	130	115		
Murcia	80	13,3	90	14	180	27		
País Vasco	88	29	85	30,5	90	34		
Valencia	510	330,5	608	450	685	520	720	578,5
Ceuta/Melilla	62	1,3	60	1,15	30	0,5		
Total Administraciones Públicas	282	1369,6	302	1384,45	350	1696		

Fuente: IGSP-SNS.

Finalmente, la consideración de la deuda como específicamente sanitaria no es óbice para que a ésta no se deba de imputar en una alícuota a la deuda general, tal como se recoge a continuación, ahora ya sí explícita y en los mercados financieros).

FIGURA 1
**EVOLUCIÓN EN EL TIEMPO A PARTIR DE UN CRITERIO DETERMINADO:
 GASTO LIQUIDADO POR CC.AA.**



Fuente: IGSP-SNS.

Realizados los anteriores comentarios relativos a las diferencias entre financiación central y gasto autonómico en sanidad, la integración de la sanidad en el sistema general de financiación obliga a mantener como referente para las compensaciones y balances generales de las opciones de políticas de gasto territorial, el global de la financiación autonómica. Aquí el referente capitativo simple como aproximación a la equidad de acceso parece más adecuado, aunque podría discutirse alguna divergencia –por lo demás de difícil tratamiento estadístico–, entre la población de hecho y de derecho, al no ofrecer su diferencial un sesgo homogéneo entre CC.AA.

CUADRO 9
CON LA DEUDA AGREGADA DE LA C.A.
DEUDA ACUMULADA TOTAL POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS

	en millones de euros							evolución % en 2005	tasa anual 1996-2005
	1996	2000	2001	2002	2003	2004	2005		
Andalucía	5.432	6.894	7.113	7.110	7.113	7.417	7.352	-0,9%	3,4%
Aragón	733	935	934	1.084	1.107	1.135	1.153	1,6%	5,2%
Asturias	432	605	653	817	865	802	803	0,1%	7,1%
Baleares	265	369	370	466	605	990	1.536	55,2%	21,6%
Canarias	1.002	844	918	850	1.021	1.197	1.475	23,2%	4,4%
Cantabria	157	227	259	272	303	377	411	9,0%	11,3%
Castilla y León	883	1.086	1.260	1.344	1.424	1.451	1.789	23,3%	8,2%
Castilla-La Mancha	471	603	605	784	807	1.057	1.351	27,8%	12,4%
Cataluña	7.561	9.412	9.614	9.550	9.666	12.230	13.240	8,3%	6,4%
Com Valenciana	3.138	5.880	6.527	6.875	7.692	9.345	10.085	7,9%	13,9%
Extremadura	525	613	711	782	783	783	783	0,0%	4,5%
Galicia	2.334	3.019	3.090	3.130	3.157	3.265	3.381	3,6%	4,2%
La Rioja	121	140	156	148	164	195	190	-2,6%	5,1%
Madrid	3.321	4.728	5.958	6.279	6.191	8.976	10.090	12,4%	13,1%
Murcia	551	608	680	660	618	748	691	-7,6%	2,5%
Comunidades Autónomas	26.926	35.963	38.838	40.151	41.516	49.968	54.330	8,7%	8,1%
Régimen común									
Navarra	777	648	646	643	643	646	646	0,0%	-2,0%
País Vasco	2.044	1.734	1.243	984	1.084	1.303	1.140	-12,5%	-6,3%
Total	29.747	38.345	40.727	41.778	43.243	51.917	56.116	8,1%	7,3%

Fuente: Boletín estadístico del Banco de España

CUADRO 10
**RECURSOS FINANCIEROS TOTALES DE LA FINANCIACIÓN
 AUTONÓMICA (SANIDAD INTEGRADA)**
**Recursos totales vinculados a la financiación autonómica por habitante
 media base 100 (Liquidaciones 2002)**

	€/hab	INDICE
Andalucía	1679	100
Aragón	1903	113
Asturias	1869	111
Baleares	1436	86
Canarias	1648	98
Cantabria	1933	115
C.-La Mancha	1830	109
C.y León	1945	116
Cataluña	1681	97
Extremadura	2036	121
Galicia	1903	111
Madrid	1476	88
Murcia	1546	92
La Rioja	1991	119
C.Valenciana	1540	92
Total	1710	100

Fuente: Conselleria d'Economia i Finances de la Generalitat de Catalunya, 2005.

Como las fuentes de financiación tienen orígenes diferentes, la inclusión de los recursos procedentes de los Fondos europeos y del Fondo de Compensación Interterritorial parece que deberían estar presentes para tener una visión más global de cual es el referente financiero de cada Comunidad.

CUADRO 11
CON LA INCLUSIÓN DE RECURSOS INTERTERRITORIALES Y DE LA
UNIÓN EUROPEA SE OBTIENE UNA PERSPECTIVA COMPLEMENTARIA
DE INTERÉS

Recursos vinculados a la financiación autonómica por habitante Incluido
FCI y Fondos europeos Media base 100 (Liquidaciones 2002)

	€/hab	INDICE
Andalucía	1856	103
Aragón	1942	108
Asturias	2062	114
Baleares	1491	83
Canarias	1809	100
Cantabria	2151	119
C.-La Mancha	1998	111
C.y León	2104	117
Cataluña	1708	95
Extremadura	2236	124
Galicia	2072	115
Madrid	1503	83
Murcia	1709	95
La Rioja	2018	112
C.Valenciana	1642	91
Total	1804	100

Fuente: Conselleria d'Economia i Finances de la Generalitat de Catalunya, 2005.

CUADRO 12
DE LA FINANCIACIÓN A LA PRESUPUESTACIÓN DEL
GASTO AUTONÓMICO

Presupuesto de las Comunidades Autónomas en 2006	millones euros	% sobre todos presupuestos CC. AA.	% PIB ⁽¹⁾ propio
ANDALUCÍA	26.596,11	18,8%	20,56%
ARAGÓN	4.672,55	3,3%	16,59%
ASTURIAS	3.528,31	2,5%	17,78%
BALEARES	2.671,64	1,9%	12,26%
CANARIAS	6.057,82	4,3%	16,62%
CANTABRIA	1.985,54	1,4%	16,75%
CASTILLA Y LEÓN	8.939,38	6,3%	17,56%
CASTILLA-LA MANCHA	7.412,29	5,2%	23,91%
CATALUÑA	22.917,56	16,2%	13,55%
EXTREMADURA	4.449,93	3,1%	27,48%
GALICIA	9.425,89	6,7%	19,44%
MADRID (COMUNIDAD DE)	15.981,67	11,3%	10,06%
MURCIA (REGIÓN DE)	3.636,08	2,6%	15,80%
RIOJA (LA)	1.096,56	0,8%	16,21%
COMUNIDAD VALENCIANA	11.511,92	8,1%	12,94%
NAVARRA (C. FORAL DE)	3.346,36	2,4%	21,23%
PAÍS VASCO	7.310,91	5,2%	12,51%
Total Comunidades Autónomas	141.540,50		

(1) PIB regional en 2006 proyectado con los datos de 2004

Fuente. Observatorio de las CC.AA. IEF, 2006.

A la financiación general se puede contraponer entonces ya la presupuestación autonómica del gasto, dentro del cual el sanitario ocupará un lugar destacado, aunque no único, en lo que atañe a su priorización relativa respecto a otras partidas.

Al ser diversas las fuentes de financiación, y a la vista de la importancia del Fondo de Suficiencia del que es destinatario en cuantía destacada la sanidad autonómica, parece lógico prestar a su evolución una atención especial, así como a su reparto entre CC.AA..

CUADRO 13
**POLÍTICAS DEL ESTADO INCLUIDAS EN LOS PGE CON DOTACIONES
DIRIGIDAS A COMUNIDADES AUTÓNOMAS**

	2003	2004	2005	millones	% anual
Sistema de Financiación CC.AA. (Fondo de Suficiencia)	26.562,94	26.817,00	29.541,9	32.100,47	8,7%
Fomento de empleo	1.699,98	2.167,63	2.424,6	2.620,10	8,1%
Infraestructuras	623,16	638,01	598,2	690,35	15,4%
Otras prestaciones sociales	540,60	546,89	547,6	889,96	62,5%
Subvenciones al transporte	262,05	285,38	310,5	367,26	18,3%
Vivienda	225,05	199,88	248,2	276,61	11,5%
Sanidad	178,38	178,71	199,6	233,11	16,8%
Educación	126,81	79,53	76,9	245,53	219,5%
Comercio, turismo y pymes	78,13	61,90	72,0	61,09	-15,1%
Agricultura	63,88	94,11	76,7	69,50	-9,4%
Investigación	26,46	201,78	194,3	278,68	43,5%
Otros	108,00	424,00	422,6	610,36	44,4%
Total	30.495,44	31.694,82	34.713,00	38.443,02	10,7%

Fuente: Presupuestos Generales del Estado. IEF, 2006

CUADRO 14
FONDO DE SUFICIENCIA

	2003	2004	2005	2006	Evolución anual en 2006	
					Millones	%
Fondo de Suficiencia	23.854,01	25.206,23	26.963,74	29.272,20	2.308,5	8,56%
Andalucía	6.441,95	6.840,13	7.385,16	8.062,55	677,4	9,17%
Aragón	803,62	846,79	902,51	976,99	74,5	8,25%
Asturias	787,92	830,24	884,88	971,17	86,3	9,75%
Canarias	2.334,31	2.459,71	2.621,57	2.839,43	217,9	8,31%
Cantabria	503,89	530,96	565,90	612,60	46,7	8,25%
Castilla La Mancha	1.712,45	1.816,90	1.936,45	2.096,27	159,8	8,25%
Castilla León	2.232,82	2.352,77	2.511,20	2.718,45	207,3	8,25%
Cataluña	1.973,66	2.080,74	2.217,97	2.401,44	183,5	8,27%
Comunidad Valenciana	1.911,87	2.014,57	2.147,14	2.324,39	177,3	8,26%
Extremadura	1.402,64	1.478,42	1.575,70	1.705,75	130,1	8,25%
Galicia	2.650,10	2.792,46	2.976,22	3.221,86	245,6	8,25%
La Rioja	275,26	290,05	309,13	334,65	25,5	8,26%
Murcia	803,07	852,04	908,11	983,06	74,9	8,25%
Melilla	9,06	11,39	12,14	13,14	1,0	8,24%
Ceuta	11,39	9,06	9,66	10,45	0,8	8,18%
Liquidación definitiva ejercicios anteriores	689,92	452,10	1.365,35	1.113,38	-252,0	-18,45%

Fuente: Presupuestos Generales del Estado y Presupuestos de las Comunidades Autónomas IEF, 2006

Todo ello permite la presupuestación de un gasto global, por cápita, con diferencias, de entrada, entre CC.AA. y que en términos poblacionales hace que se lleven la peor parte aquellas CC.AA. que registran un índice negativo (de desviación de la media), en pauta redistributiva de muy difícil justificación.

CUADRO 15
PRESUPUESTOS COMUNIDADES AUTÓNOMAS 2006

	Gasto millones de euros	población padrón 2005	euros por habitante	posición	desvia- ción sobre media	desviación sobre media régimen común
Andalucía	26.596,11	7.849.799	3.388,13	10	1,8%	6,8%
Aragón	4.672,55	1.269.027	3.681,99	4	10,6%	16,0%
Asturias	3.528,31	1.076.635	3.277,16	11	-1,5%	3,3%
Baleares	2.671,64	983.131	2.717,48	15	-18,4%	-14,4%
Canarias	6.057,82	1.968.280	3.077,72	13	-7,5%	-3,0%
Cantabria	1.985,54	562.309	3.531,05	7	6,1%	11,3%
Castilla y León	8.939,38	2.510.849	3.560,30	6	7,0%	12,2%
Castilla-La Mancha	7.412,29	1.894.667	3.912,19	3	17,5%	23,3%
Cataluña	22.917,56	6.995.206	3.276,18	12	-1,6%	3,3%
Extremadura	4.449,93	1.083.879	4.105,56	2	23,3%	29,4%
Galicia	9.425,89	2.762.198	3.412,46	9	2,5%	7,5%
Madrid	15.981,67	5.964.143	2.679,63	16	-19,5%	-15,5%
Murcia	3.636,08	1.335.792	2.722,04	14	-18,2%	-14,2%
La Rioja	1.096,56	301.084	3.642,04	5	9,4%	14,8%
Valencia	11.511,92	4.692.449	2.453,29	17	-26,3%	-22,7%
Total Régimen Común	130.883,23	41.249.448	3.172,97		-4,7%	0,0%
País Vasco	7.310,70	2.124.846	3.440,58	8	3,4%	8,4%
Navarra	3.346,36	593.472	5.638,61	1	69,4%	77,7%
Total CC. AA.	146.356,00	43.967.766	3.328,71		0,0%	4,9%

Fuente: Elaboración propia a partir de los Presupuestos de las Comunidades Autónomas de 2006 y Padrón del Instituto Nacional de Estadística de 2005

Por último, aquella envoltante de gasto autonómico recibe una priorización funcional interna, a partir de los mínimos de gasto, vinculados a mínimos de financiación central, incrementados por las distintas posibilidades de optar por financiación complementaria tal como hemos comentado en el texto de la sección precedente. Dicha consideración (peso relativo respecto del gasto en educación, vivienda, etc, y de su evolución en el tiempo respecto de la media global) del gasto sanitario en el conjunto del gasto autonómico se puede observar en la clasificación funcional del presupuesto.

En su valoración a lo largo del tiempo de las funciones de gasto más sociales, los dos cuadros siguientes se incluyen a guisa de ejemplo.

De modo similar, para el año 2006, se ofrece tanto la estructura interna general de la presupuestación de gasto autonómico como la específica de la función 4, relativa a la producción de servicios de carácter social.

CUADRO 16
PRESUPUESTO FUNCIONAL DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS (2006)

millones de euros	Andalucía	Aragón	Asturias	Baleares	Canarias	Cantabria	Castilla y León	Castilla Mancha
0. Deuda Pública	1.177,71	139,113	136,6	105,425	141,102	86,484	66,119	91,283
1. Servicios de Carácter General	623,31	209,86	128,41	115,894	296,70	68,57	200,87	737,37
2. Protección Civil y Seguridad Ciudadana	89,11		26,412	10,092	26,846	9,398	13,64	14,695
3. Seguridad, Protección y Promoción Social	2.483,50	319,38	382,85	158,202	338,15	185,23	671,64	839,21
4. Prod. Bienes Públicos de Carácter Social	15.174,59	2.585,18	2.291,10	1.775,308	4.137,64	1.174,47	5.482,42	3.939,84
4.1 Sanidad	8.101,73	1530,112	1252,547	1026,234	2214,542	671,769	2819,868	2176,716
4.2 Educación	5.763,30	879,006	712,202	654,056	1542,275	423,796	1841,023	1468,92
4.3 Vivienda y Urbanismo	381,96	69,038	73,364		119,379	28,407	130,692	107,411
4.4 Bienestar Comunitario	512,86	28,43	114,35		144,055		522,16	71,804
4.5 Cultura	275,27	78,593	138,638		70,177	50,497	168,68	114,992
4.6 Otros Servicios Comunitarios y Sociales	139,47				47,207			
5. Producción Bienes Carácter Económico	2.131,09	483,12	313,68	214,668	490,03	366,71	975,03	486,47
6. Regulación Económica de Carácter General	257,57	317,46	116,13	32,939	112,74	23,75	27,18	38,07
7. Regulación Económ. de Sectores Productivos	3.088,24	685,80	274,40	153,861	191,53	162,02	1.524,25	1.322,68
9. Transferencias Ad Públicas	2.343,26	62,69		147,581	171,87		91,391	
Total Gastos	27.378,39	4.802,61	3.669,57	2.713,97	5.906,60	2.076,63	9.052,55	7.469,62

Fuente: IEF-Observatorio de las CC.AA. (2006).

CUADRO 17
PRESUPUESTO FUNCIONAL DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS (2006)

millones de euros	Cataluña	Extre- maclura	Galicia	Madrid	Murcia	Navarra	P. Vasco	La Rioja	Valencia	Total
0. Deuda Pública	1.122,95	113,118	514,86	492,55	48,71	34,49	229,10	27,48	466,43	4.993,53
1. Servicios de Carácter General	2.320,76	54,16	221,31	509,08	122,50	189,37	376,46	44,75	335,88	
2. Protección Civil y Seguridad Ciudadana	763,57	5,034	14,91	185,21	22,15	68,54	516,91	5,34	57,84	1.829,71
3. Seguridad, Protección y Promoción Social	1.565,86	542,95	672,64	1657,379	294,60	287,96	403,72	138,57	676,78	
4. Prod. Bienes Públicos de Carácter Social	12.978,82	2.451,78	5.898,81	11.365,45	2.577,38	1.550,05	5.085,84	722,00	8.565,33	87.756,01
4.1 Sanidad	7.751,49	1366,536	3.157,14	6.060,04	1.354,66	731,32	2.513,30	423,93	4.538,96	
4.2 Educación	4.702,46	814,736	2.001,36	4.263,39	1.015,49	508,63	1.993,22	205,28	3.027,78	
4.3 Vivienda y Urbanismo	154,96	109,554	228,37	596,10	31,21	217,16	189,18	18,02	162,00	
4.4 Bienestar Comunitario	35,32	55,659	182,46	150,45	123,19		85,94	46,46		
4.5 Cultura	299,29	86,866	209,21	295,47	52,84	92,95	189,77	28,31		
4.6 Otros Servicios Comunitarios y Sociales	35,31	28,425	120,27				114,42			
5. Producción Bienes Carácter Económico	1.981,29	466,61	713,21	1.678,62	212,97	285,08	538,95	106,59	676,16	12.120,27
6. Regulación Económ. de Carácter General	127,24	37,25	126,43	353,01	56,89	14,37	21,76	29,94	217,96	1.912,68
7. Regulac. Económ. de Sectores Productivos	351,61	730,83	929,14	174,99	317,11	297,54	353,40	23,72	605,92	11.187,03
9. Transferencias Ad Públicas	2.752,61		820,28	159,83	0,00	652,76	96,98			7.299,25
Total Gastos	23.964,71	4.401,72	9.911,59	16.576,13	3.654,30	3.380,16	7.623,12	1.098,39	11.602,30	145.282,35

Fuente: IEF-Observatorio de las CC.AA. (2006).

CUADRO 18
PRESUPUESTOS COMUNIDADES AUTÓNOMAS (2006) EVOLUCIÓN ANUAL NOMINAL

	Andalucía	Aragón	Asturias	Baleares	Canarias	Cantabria	Castilla y León	Castilla y Mancha
Prod. Bienes Públicos de Carácter Social	12,7%	13,2%	9,4%	10,0%	12,5%	1,7%	12,7%	13,8%
4.1 Sanidad	13,2%	14,8%	5,5%		17,5%	6,7%	8,6%	12,1%
4.2 Educación	11,0%	9,8%	6,1%		6,4%	9,5%	5,4%	14,0%
4.3 Vivienda y Urbanismo	13,1%	6,1%	26,7%		8,7%	2,9%	6,1%	58,4%
4.4 Bienestar Comunitario	19,7%	16,4%			8,4%	-100,0%	116,9%	18,0%
4.5 Cultura	28,7%	30,4%			24,0%	8,2%	6,8%	10,8%
4.6 Otros Servicios Comunitarios y Sociales	9,3%				9,8%			
Total Gastos	12,0%	13,8%	10,0%	4,9%	9,0%	11,7%	5,8%	10,3%

Fuente: IEF-Observatorio de las CC.AA. (2006).

CUADRO 19
PRESUPUESTOS COMUNIDADES AUTÓNOMAS (2006) EVOLUCIÓN ANUAL NOMINAL

	Cataluña	Extremadura	Galicia	Madrid	Murcia	Navarra	País Vasco	La Rioja	Valencia	Total
4. Prod. Bienes Públicos de Carácter Social	6,8%	7,5%	9,3%	9,1%	9,3%	29,0%	8,9%	16,2%	10,4%	10,4%
4.1 Sanidad	11,1%	10,7%	11,7%	9,9%	8,7%	8,6%	9,5%	18,5%	9,0%	13,5%
4.2 Educación	25,1%	5,2%	8,8%	8,4%	10,3%	10,4%	8,1%	11,5%	7,4%	13,3%
4.3 Vivienda y Urbanismo	-48,9%	12,2%	14,4%	4,8%	5,2%		17,1%	1,1%	-62,8%	
4.4 Bienestar Comunitario	-96,7%	-31,2%	-6,6%	11,4%			-1,8%	23,4%		
4.5 Cultura	24,8%	8,8%	-4,9%	12,8%		37,0%	10,4%	18,6%		
4.6 Otros Servicios Comunitarios y Sociales	23,1%	5,8%					3,9%			
Total Gastos	11,4%	6,6%	9,0%	9,8%	11,0%	7,2%	7,0%	12,0%	7,9%	9,8%

Fuente: IEF-Observatorio de las CC.AA. (2006).

CUADRO 20
ESTRUCTURA INTERNA DE LAS POLÍTICAS DE GASTO

	Andalucía	Aragón	Asturias	Baleares	Canarias	Cantabria	Castilla y León	Castilla Mancha
1. Servicios de Carácter General	2,3%	4,4%	3,5%	4,3%	5,0%	3,3%	2,2%	9,9%
2. Protección Civil y Seguridad Ciudadana	0,3%	0,0%	0,7%	0,4%	0,5%	0,5%	0,2%	0,2%
3. Seguridad, Protección y Promoción Social	9,1%	6,7%	10,4%	5,8%	5,7%	8,9%	7,4%	11,2%
4. Prod. Bienes Públicos de Carácter Social	55,4%	53,8%	62,4%	65,4%	70,1%	56,6%	60,6%	52,7%
4.1 Sanidad	29,6%	31,9%	34,1%	37,8%	37,5%	32,3%	31,1%	29,1%
4.2 Educación	21,1%	18,3%	19,4%	24,1%	26,1%	20,4%	20,3%	19,7%
4.3 Vivienda y Urbanismo	1,4%	1,4%	2,0%	0,0%	2,0%	1,4%	1,4%	1,4%
4.4 Bienestar Comunitario	1,9%	0,6%	3,1%	0,0%	2,4%	0,0%	5,8%	1,0%
4.5 Cultura	1,0%	1,6%	3,8%	0,0%	1,2%	2,4%	1,9%	1,5%
4.6 Otros Servicios Comunitarios y Sociales	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%
5. Producción Bienes Carácter Económico	7,8%	10,1%	8,5%	7,9%	8,3%	17,7%	10,8%	6,5%
6. Regulación Económ. de Carácter General	0,9%	6,6%	3,2%	1,2%	1,9%	1,1%	0,3%	0,5%
7. Regulac. Económ. de Sectores Productivos	11,3%	14,3%	7,5%	5,7%	3,2%	7,8%	16,8%	17,7%
9. Transferencias Ad Públicas	8,6%	1,3%	0,0%	5,4%	2,9%	0,0%	1,0%	0,0%
Total Gastos	100,0%	100,0%						

Fuente: IEF-Observatorio de las CC.AA. (2006).

CUADRO 21
ESTRUCTURA INTERNA DE LAS POLÍTICAS DE GASTO

	Cataluña	Extre- madura	Galicia	Madrid	Murcia	Navarra	Pais Vasco	La Rioja	Valencia	Total
0 . Deuda Pública	4,7%	2,6%	5,2%	3,0%	1,3%	1,0%	3,0%	2,5%	4,0%	3,4%
1 .Servicios de Carácter General	9,7%	1,2%	2,2%	3,1%	3,4%	5,6%	4,9%	4,1%	2,9%	0,0%
2 .Protección Civil y Seguridad Ciudadana	3,2%	0,1%	0,2%	1,1%	0,6%	2,0%	6,8%	0,5%	0,5%	1,3%
3 .Seguridad, Protección y Promoción Social	6,5%	12,3%	6,8%	10,0%	8,1%	8,5%	5,3%	12,6%	5,8%	8,0%
4 .Prod. Bienes Públicos de Carácter Social	54,2%	55,7%	59,5%	68,6%	70,5%	45,9%	66,7%	65,7%	73,8%	60,4%
4.1 Sanidad	32,3%	30,8%	31,9%	36,6%	37,1%	21,6%	33,0%	38,6%	39,1%	32,8%
4.2 Educación	19,6%	18,5%	20,2%	25,7%	27,8%	15,0%	26,1%	18,7%	26,1%	21,9%
4.3 Vivienda y Urbanismo	0,6%	2,5%	2,3%	3,6%	0,9%	6,4%	2,5%	1,6%	1,4%	0,0%
4.4 Bienestar Comunitario	0,1%	1,3%	1,8%	0,9%	3,4%	0,0%	1,1%	4,2%	0,0%	0,0%
4.5 Cultura	1,2%	2,0%	2,1%	1,8%	1,4%	2,7%	2,5%	2,6%	0,0%	0,0%
4.6 Otros Servicios Comunitarios y Sociales	0,1%	0,6%	1,2%	0,0%	0,0%	0,0%	1,5%	0,0%	0,0%	0,0%
5 . Producción Bienes Carácter Económico	8,3%	10,6%	7,2%	10,1%	5,8%	8,4%	7,1%	9,7%	5,8%	8,3%
6 .Regulación Económ. de Carácter General	0,5%	0,8%	1,3%	2,1%	1,6%	0,4%	0,3%	2,7%	1,9%	1,3%
7 .Regulac. Económ. de Sectores Productivos	1,5%	16,6%	9,4%	1,1%	8,7%	8,8%	4,6%	2,2%	5,2%	7,7%
9 .Transferencias Ad Públicas	11,5%	0,0%	8,3%	1,0%	0,0%	19,3%	1,3%	0,0%	0,0%	5,0%
Total Gastos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: IEF-Observatorio de las CC.AA. (2006).

Conviene adicionalmente remarcar que cualquier análisis debería buscar la forma concreta en que se ha materializado la opción anterior del gasto; así en especializada, atención primaria, prestación farmacéutica..., e incluso dentro de cada una de éstas, en sus componentes precio y cantidad, ya sea 'mayor' o 'mejor' el alcance de los servicios, ya sea por un 'mayor coste unitario', y sea éste debido a una 'mayor retribución de inputs' o a una 'mayor contratación de efectivos' (personal).

El caso de la atención primaria puede servir de ilustración en número de médicos y en el elemento retributivo correspondiente:

CUADRO 22
EVOLUCIÓN PRINCIPALES MAGNITUDES DE LA
ATENCIÓN PRIMARIA EN LAS CCAA
(Tasa Anual Media de Crecimiento 99/03 (%))

	Gasto en Atención Primaria. TAM 99/03	POBPROT	NUMERO DE MEDICOS
Total	8,40	1,62	5,74
Andalucía	10,05	1,07	11,07
Aragón	8,68	0,99	0,89
Asturias (Principado de)	7,33	-0,20	1,80
Baleares (Islas)	12,40	3,76	5,71
Canarias	11,95	3,23	9,90
Cantabria	10,87	1,03	1,01
Castilla y León	4,07	0,00	7,00
Castilla-La Mancha	3,14	1,30	14,32
Cataluña	10,38	2,02	3,83
Comunidad Valenciana	8,91	2,47	7,11
Extremadura	10,01	-0,05	1,39
Galicia	5,10	0,24	-1,08
Madrid (Comunidad de)	7,10	2,98	5,48
Murcia (Región de)	10,33	3,12	2,08
Navarra (Comunidad Foral de)	8,10	1,90	
País Vasco	6,00	0,19	0,96
Rioja (La)	11,28	2,06	
Ceuta	9,22	0,35	2,87
Melilla	10,52	5,73	2,11

Fuente: IGS-SNS

CUADRO 23
COSTE MEDIO DE LAS HOMOLOGACIONES SALARIALES POR LA
TRANSFERENCIA DE LA SANIDAD A LAS DIFERENTES CCAA A PARTIR
DEL AÑO 2002

	Incremento medio (euros)	Años
Aragón	3.173	3
Asturias	3.550	3
Baleares	4.197	3
Cantabria	3.600	3
Castilla-León	3.582	5
Castilla La Mancha	2.945	3
Extremadura	3.185	3
La Rioja	3.600	3
Madrid	3.700	3
Murcia	3.490	4

Fuente: Cálculos realizados por Baleares Ibsalut (2005)

Podríamos proseguir con el detalle del análisis alcanzando niveles mucho más micro, refiriéndonos a las variaciones en las condiciones de acceso, tipo de servicios y prestaciones complementarias, actuaciones sobre la prescripción farmacéutica, utilización inadecuada de recursos, coberturas vacunales, acciones preventivas, alternativas ambulatorias, continuidad asistencial, menor tiempo de acceso, mejor calidad hotelera. Etc.

Algunas consideraciones adicionales

Pese a lo señalado con anterioridad, es comprensible que la comparativa con indicadores sintéticos predomine sobre otros análisis multivariantes, por lo que nos entretendremos un poco más a continuación, en algunos comentarios de cautela.

El gasto sanitario capitativo, en su comparativa autonómica, suele ocupar un lugar destacado en las evaluaciones del gasto sanitario territorial. Como hemos enfatizado ya, la propia naturaleza del indicador de gasto poblacional es controvertible. Estamos hablando, al menos en el momento inicial, de financiación pública de gasto sanitario público, por población beneficiaria. Anotemos sin embargo que por la noción primera con la que se territorializó la sanidad (población beneficiaria, ponderada por los dos grandes grupos de edad – mayor/menor de 65 años, más el factor de corrección ‘insularidad’) fuerza a diferencias en el ratio que, por definición, no puede recoger una igualdad completa, al ser desigual la estructura demográfica de nuestras CC.AA.

CUADRO 24
REMUNERACIÓN DEL PERSONAL

	Porcentaje de variación interanual				TAM	TAM	TAM
	2000	2001	2002	2003	99/03	99/02	99/01
Andalucía	7,33	5,10	5,66	8,63	6,67	6,03	6,21
Aragón	6,94	10,78	5,11	13,60	9,06	7,58	8,85
Asturias (Principado de)	5,30	4,78	7,66	11,62	7,31	5,91	5,04
Baleares (Islas)	7,94	8,12	19,96	21,88	14,29	11,87	8,03
Canarias	7,82	7,04	10,66	8,23	8,43	8,49	7,43
Cantabria	7,43	8,30	7,27	12,87	8,94	7,66	7,86
Castilla y León	6,39	5,31	5,87	9,42	6,73	5,86	5,85
Castilla-La Mancha	6,91	5,82	8,72	11,08	8,11	7,14	6,36
Cataluña	9,84	3,83	5,91	13,51	8,21	6,50	6,79
Comunidad Valenciana	5,40	4,14	7,73	8,99	6,54	5,74	4,77
Extremadura	6,75	5,42	6,31	15,60	8,44	6,16	6,08
Galicia	5,19	6,79	5,68	5,18	5,71	5,89	5,99
Madrid (Comunidad de)	4,30	4,77	5,18	10,20	6,09	4,75	4,54
Murcia (Región de)	9,12	6,23	6,34	14,21	8,93	7,22	7,67
Navarra (Comunidad Foral de)	6,61	8,21	4,56	9,43	7,19	6,45	7,40
País Vasco	3,75	7,65	5,03	5,22	5,40	5,47	5,68
Rioja (La)	7,54	7,16	14,38	11,78	10,18	9,65	7,35
Ceuta	8,57	6,65	5,93	10,43	7,88	7,04	7,60
Melilla	8,46	9,01	1,61	10,10	7,24	6,31	8,73
GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CCAA	6,68	5,56	6,52	10,28	7,24	6,25	6,12

Fuente: IGSP-SNS.

Por lo demás, y en su análisis dinámico, la sensibilidad que pueda tener la variación de la población con el gasto no parece empíricamente validada. De hecho, la evolución desde 1999 al 2003, muestra un alejamiento de los valores medios especialmente en aquellas CC.AA. que más crecimiento poblacional han experimentado, con reducciones notables en dicho ratio –como es el caso de Madrid y Baleares. De modo paralelo, en lo que atañe a las CCAA en las que menor ha sido

su crecimiento relativo (caso de Asturias, Cantabria y Extremadura). Como resultado de la interpretación de la observación de que Extremadura cuenta con un gasto por cápita casi un 25% superior al de Madrid, lo que nos muestra es precisamente aquella inflexibilidad: ni hay “exceso” de financiación –superávit de tesorería– en el caso extremeño en razón a la pérdida de población, ni la comunidad de Madrid o Baleares, tras tres años de transferencias, está en bancarrota. Tal es la falta general de sensibilidad del sistema de financiación con la dinámica poblacional y en gasto en razón de su rigidez en el tiempo.

En efecto, la población inmigrada es un factor clave del crecimiento de muchas de estas CC.AA., pero en general, no todo aumento de población cubierta (así aconteció con la universalización según Ley General de Sanidad de 1986), añade gasto marginal por debajo del medio (al menos mientras las estructuras hospitalarias no cambien) -y aquí se sitúa el reto futuro de la Comunidad de Madrid cuando tenga que financiar los nueve nuevos hospitales hoy en construcción-, ni la pérdida de peso demográfico relativo ‘ahorra’ coste alguno (en un sector público funcionarizado y con cargas de trabajo identificables aún entre la población con calidad asistencial).

Al margen de los aspectos de financiación central del gasto sanitario autonómico, resta por comentar el papel de los recursos autonómicos propios en la financiación pública del gasto. En la medida en la que éstos se deriven de un cambio en la priorización del gasto o de una financiación autonómica adicional a partir de un incremento de la responsabilidad fiscal, no parece adecuado derivar de las diferencias finalmente registradas un indicio de falta de equidad del sistema sanitario público. Tampoco podría derivarse esta conclusión si incorporamos en la financiación del gasto total tanto los recursos públicos como privados (procedentes de copagos, precios privados o primas complementarias). Esto sería especialmente el caso si consideramos que las prestaciones públicas garantizadas responden a criterios de coste efectividad y que a lo que se accede con la cobertura complementaria privada o con el copago adicional guarda relación con componentes de utilidad subjetiva, comodidades hoteleras o prestaciones de coste efectividad o incluso efectividad dudosa (no dañina). Interpretar desviaciones en dichas cifras con criterios de equidad social equivaldría a reconocer la bondad de dichos consumos, convirtiéndose por tanto en un reclamo para la cobertura y financiación garantizada públicamente.

En resumen, en el nuevo contexto de financiación sanitaria integrada en las competencias comunes, todo apunta a la necesidad de análisis mucho más micro si se quiere evaluar el binomio recursos económicos – objetivos de salud, bajo las claves eficiencia y equidad.

3. REFLEXION FINAL: LA DESCENTRALIZACIÓN COMO FUERZA INNOVADORA

Contrariamente a quienes piensan que la descentralización es un proceso contrario a la globalización e internacionalización económica, R. Boadway contraponía ya en su día la idea de la descentralización como fuerza innovadora, ante la inercia del 'status quo', la dependencia de senda y la ineficiencia central.

Esta es la percepción al menos en nuestro caso si atendemos a los hechos observados y a la política pública española basada en la evidencia: La descentralización ha resultado ser un innegable factor de cambio. La lógica de esta valoración es que la descentralización ayuda a acercarnos a complicados problemas aparentemente irresolubles. A través de trocearlo en sus múltiples piezas, 'de-construyendo' sus ingredientes, resulta posible buscar la solución desde una racionalidad diferenciada, para re-construirlos después con una acción pública mejor direccionada. Este es particularmente el caso cuando el problema no se debe a la falta de recursos y a la pobre actividad realizada (la salida hacia delante suele ser aquí 'más de las dos cosas') como a la necesidad de afrontar nuevas cuestiones con diferentes capacidades y procesos, para los que la reingeniería y la formación resultan clave. El caso de la sanidad permite múltiples ejemplos. También la educación. Así, ante la provisión con producción pública directa y burocrática tradicional del Estado sobre el conjunto del territorio, la descentralización ha permitido experimentar con diferentes formas de concertación de servicios asistenciales. Dado que la prestación privada bajo responsabilidad pública no se inventa de un día para otro sobre la geografía, la descentralización hace posible que ello suceda de una manera gradual, experimental, en diferentes lugares. Contra una política estatal uniforme, la descentralización de responsabilidades se convierte así en una fuerza de experimentación, y en su caso de emulación de cambios. También en las políticas de contratación de personal, jornada de trabajo, enseñanza idiomática en los colegios, curricular en universidades, políticas de prescripción farmacéutica o de estrategias de reinserción laboral podemos encontrar ejemplos en nuestro Estado autonómico.

Muchos de estos cambios ponen de evidencia que hay más de una manera de servir objetivos públicos y que con un buen seguimiento y evaluación de las experiencias, uno puede aprender, si lo desea, de las mejores prácticas. Eso sí, con ello la diversidad deviene explícita, reconocible, toma carta de naturaleza política y es menos asistemática; esto es, dependiente tan sólo de circunstancias aleatorias, de la manera de hacer de maestros, profesionales sanitarios o trabajadores sociales. El hecho que sea explícita la hace más polémica, ya que un Estado organizado descentralizadamente permite que de ella se haga una lectura política; pero también más transparente y así más democrática.

Se aprende así, 'haciendo'. En la sanidad, lo que hemos constatado es que la actitud a veces recelosa de la administración central, ante la diversidad de los cambios en la política sanitaria ha resultado infundada. La práctica de visados en algunos medicamentos, implantada por algunas CC.AA., ha pasado de ser denunciada como inconstitucional, a ser generalizada en todo el sistema sanitario. De manera similar en las concesiones hospitalarias (el llamado 'modelo Alcira' o las iniciativas de 'partenariado' publico-privado en equipamientos), o de empresarialización de la atención primaria (Entidades Básicas Asociativas en Cataluña). No ha sido un problema en todos estos casos quién ha tenido la competencia, cuando lo que se quiere valorar es quien socialmente la ejerce mejor.

Tampoco ha servido la descentralización sanitaria, como algunos han aducido, para privatizar los servicios públicos. Al contrario, hasta el momento ha aumentado el gasto en su conjunto al ritmo en que se ha convergido en niveles relativos de gasto por cápita entre CC.AA. Cuando era el INSALUD quien gestionaba directamente los servicios sanitarios de las autonomías, la agregación interna que hacía de sus cifras de gasto escondía las diferencias (para los ciudadanos, en sus territorios) y simulaba un uniformismo inexistente. Cuando en enero del 2002 se generalizaron las transferencias a todas las CC.AA. el 'romper' el agregado INSALUD aparentó que se incrementaban las diferencias en la financiación territorial de la sanidad. Nada más lejos de la realidad; especialmente en el momento mismo de la transferencia, en el que predominó el coste efectivo en su financiación. Afloró, eso sí, lo que ya existía antes, fuera de fiscalización directa de sus ciudadanos y de los parlamentos autonómicos. Al cabo de un tiempo, tal como pasó con las CC.AA. que ya habían recibido las competencias anteriormente, las diferencias no sólo no han aumentado sino que han bajado, y a niveles de gasto público superiores. El espantajo de la ruptura de la cohesión estatal no lo puede provocar la diversidad de las prestaciones, si así se acepta socialmente, sino tal vez la falta de responsabilidad fiscal y la irresponsabilidad en la gestión de los recursos públicos. Y aquí las culpas no están claras. En cualquier caso, esta mayor racionalidad requiere una estructura de descentralización fiscal con transferencia de riesgos y responsabilidades financieras, contra la uniformidad proveedora de alguien que ejerce las competencias sin necesidad de justificar como, en cada caso concreto, las prestaciones se adecuan a las necesidades sociales de los diferentes territorios.

En definitiva la descentralización permite que pueda emerger una nueva fuerza de cambio, frente al estatismo uniformizador, escasamente innovador y poco eficiente a la hora de servir mejor lo que los ciudadanos reclaman hoy de un sector público moderno.

BIBLIOGRAFÍA

- CANTARERO D. La evolución de la financiación sanitaria en España, en *La financiación del gasto sanitario desde la perspectiva de la experiencia comparada*. Cabasés JM (ed.). Fundación BBVA. 2006.
- CASTELLS A. y SOLÉ OLLÉ A. "Cuantificación de las necesidades de gasto de las Comunidades Autónomas: metodología y aplicación práctica", Madrid Monografía: Instituto de Estudios Fiscales. 2005
- Consejo Económico y Social. Memoria sobre la situación socioeconómica y laboral. España 2005. Madrid: CES. 2006.
- EGUIDAZU F. El Estado de Bienestar y sus campeones. *Revista de Libros* 2006; 113: 24-28.
- Fundación Salud, Innovación y Sociedad y Fundación Fernando Abril Martorell. Desarrollo y sostenibilidad del sistema nacional de salud descentralizado. Análisis prospectivo Delphi. Madrid 2006.
- GIMENO JA, TAMAYO PA. La suficiencia financiera del sistema público de salud. Foro por la mejora del SNS. 2005. http://www.sanidad.ccoo.es/foro/foro_documentos.asp?confe=
- GONZÁLEZ B, BARBER P. Desigualdades territoriales en el SNS de España. Entre lo deseable, lo tolerable, y lo excesivo. Documento de Trabajo de la Fundación Alternativas, Madrid. 2006.
- Intervención General de la Administración del Estado (IGAE). Informe del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario Público. Accesible en: <http://documentacion.meh.es/doc/PortalVarios/FinanciacionTerritorial/Autonomica/IG-TGS2005.pdf>
- LAGO S. La autonomía financiera de las CCAA: perspectivas de futuro. Seminario CRES, Barcelona. 2006.
- LE GRAND J. Inequality, choice and public services. Cap. 12. En: Diamond P, Giddens A. *The new egalitarianism*. Cambridge: Polity Press. 2005.
- LÓPEZ CASASNOVAS G. Reflexiones acerca de la nueva financiación autonómica de la sanidad. *Revista de Estudios Regionales* 2003; 66: 107-113.
- LÓPEZ-CASASNOVAS G. Gasto sanitario en España: análisis de los factores determinantes del nivel de gasto sanitario en España y en el conjunto de los países de la OCDE. Cap. 2. En: Puig-Junoy J, López-Casasnovas, Ortún V. *¿Más recursos para la salud?* Barcelona: Masson. 2004. p. 43-92.
- LÓPEZ-CASASNOVAS G. Descentralización sanitaria de segunda generación. XXV Jornadas de Economía de la Salud, AES. Barcelona. 2005. p. 59-70.
- LÓPEZ-CASASNOVAS G. Is there a perfect financing system for health care? Some reflections from Spain. En: *Europe Blanche* XXII October 13-14. Paris. 2000. p. 23-32.

- MARTÍN JJ, SANCHEZ CAMPILLO J. Fondo de Igualdad del Sistema Nacional de Salud. En La financiación del gasto sanitario desde la perspectiva de la experiencia comparada. Cabasés JM (ed.). Fundación BBVA. 2006.
- ORTÚN V. De la evaluación a la gestión: acotar la brecha entre eficacia y efectividad. *Economiaz* 2005; 60(3), Vol. I: 58-75.
- ORTÚN V. Reforma de la sanidad. En: Muñoz S, García Delgado JL, González Seara L (dir.). *Las estructuras del bienestar. Propuestas de reforma y nuevos horizontes*. Civitas. 2002.
- PEIRÓ S, BERNAL-DELGADO E. ¿A qué incentivos responde la utilización hospitalaria en el Sistema Nacional de Salud? *Gac Sanit* 2006; 20 (Supl.1): 110-116.
- PUIG-JUNOY J. Sostenibilidad y fuentes de financiación del crecimiento del gasto sanitario público. Implicaciones para el Sistema Nacional de Salud. Cap. 7. En: Puig-Junoy J, López-Casasnovas, Ortún V. *¿Más recursos para la salud?* Barcelona: Masson. 2004. p. 207-235.
- PUIG-JUNOY J, Rovira J. Issues raised by the impact of tax reforms and regional devolution on health care financing in Spain, 1996-2002. *Environment and Planning C: Government and Policy* 22. p. 453-464. 2004.
- RICO A, INFANTE A. Demografía y sanidad en España, ¿qué podemos aprender de Europa? *Información Comercial Española* 2004; 815: 185-204.
- RUIZ-HUERTA J. Gasto sanitario público, ¿visto para sentencia? XXV Jornadas de Economía de la Salud, AES. Barcelona. 2005. p. 71-112.
- RUIZ-HUERTA J, GRANADO O. La sanidad en el nuevo modelo de financiación autonómica. Documento de Trabajo 31/2003. Fundación Alternativas.
- SÁNCHEZ MALDONADO J: "Análisis de la problemática del modelo de financiación autonómica como base para su reforma. Propuesta desde Andalucía". Mimeo. Junta de Andalucía 2006
- SÁNCHEZ MALDONADO J. y otros.: "Metodología para la elaboración de indicadores de asignación espacial del gasto sanitario". Instituto de Estadística de Andalucía. 1999.
- SÁNCHEZ MALDONADO J, CABASÉS JM. Análisis y valoración del sistema de financiación territorial sanitaria y su adaptación. En: Cabasés JM (ed.). *La financiación del gasto sanitario desde la perspectiva de la experiencia comparada*. Fundación BBVA. 2006.
- SÁNCHEZ MALDONADO J, ORDÓÑEZ C, MOLINA C. Las necesidades relativas de gasto de las CCAA. Elaboración de un indicador basado en la población. En: Cabasés JM (ed.). *La financiación del gasto sanitario desde la perspectiva de la experiencia comparada*. Fundación BBVA. 2006.
- URBANOS RM. El acuerdo de financiación sanitaria y su repercusión para el Sistema Nacional de Salud. *Presupuesto y Gasto Público* 2006; 42: 229-240.

UTRILLA A: “De la financiación de las competencias descentralizadas a la articulación de un sistema estable en un marco descentralizado” MIMEO, Instituto de Estudios Fiscales, 2005.