

# **La financiación sanitaria autonómica: un problema sin resolver**

**Pedro Rey Biel  
Javier Rey del Castillo**

Documento de trabajo 100/2006



## **Pedro Rey Biel**

Licenciado en Ciencias Económicas (especialidad de Economía Cuantitativa), máster en Economía y Finanzas del Centro de Estudios Monetarios y Financieros (CEMFI), dependiente del Banco de España, doctor en Economía (PhD. in Economics) por el University College London (Reino Unido). Desde septiembre de 2005 es profesor visitante en el Departamento de Economía e Historia Económica de la Universidad Autónoma de Barcelona.

Ha publicado diversos trabajos en revistas tanto nacionales como internacionales. En el campo de Economía de la Salud, destacan sus trabajos *Why is there no AIDS Vaccine? A New Economic Explanation*, y *Globalización y Tecnologías Sanitarias* (coautor con J. Rey) en el libro *Globalización y Salud*, editado por la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública en 2005.

## **Javier Rey del Castillo**

Licenciado en Medicina y Cirugía, especialista en Cardiología, ha ejercido como tal en los Hospitales Clínico de Madrid y La Paz entre 1973 y 1983.

Como médico inspector de la Seguridad Social desde 1983, ha desempeñado diversos cargos en la Administración Central, entre ellos el de secretario del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) entre 1991 y 1996. Actualmente es secretario de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida, desde su constitución en 1997.

Ha desarrollado una amplia labor docente en diferentes universidades, institutos y escuelas de salud, y actividades de cooperación con países de América Latina.

Es autor de varios libros y numerosas publicaciones centradas principalmente en el análisis de la descentralización sanitaria en España y el funcionamiento de los sistemas sanitarios en países federales y descentralizados.

Ninguna parte ni la totalidad de este documento puede ser reproducida, grabada o transmitida en forma alguna ni por cualquier procedimiento, ya sea electrónico, mecánico, reprográfico, magnético o cualquier otro, sin autorización previa y por escrito de la Fundación Alternativas

© Fundación Alternativas

© Pedro Rey Biel y Javier Rey del Castillo

ISBN: 84-96653-23-4

Depósito Legal: M-36182-2006

## Contenido

<b>Resumen ejecutivo</b> .....	<b>5</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>7</b>
<b>1 Una perspectiva general</b> .....	<b>9</b>
1.1 Aspectos generales .....	9
1.2 Poder de gasto y financiación .....	10
1.3 Carácter prospectivo de la financiación y necesidades diferenciales .....	11
1.4 Copagos y control del gasto sanitario .....	11
1.5 Peculiaridades del sistema sanitario español y su financiación .....	12
1.6 Propuestas .....	14
<b>2 La organización y la financiación sanitarias en países federales y descentralizados</b> .....	<b>15</b>
2.1 Aspectos teóricos .....	15
A) Postulados teóricos principales del federalismo fiscal .....	16
B) Subvenciones, copagos y tasas .....	17
C) Economías de escala, garantías de calidad en la provisión de ciertos servicios sanitarios y organización de la atención .....	18
D) Sanidad como redistribución .....	19
2.2 Un análisis comparado .....	20
A) Aspectos generales .....	22
B) Aspectos financieros .....	26
<b>3 La organización y la financiación de los servicios sanitarios en España</b> .....	<b>38</b>
3.1 La organización de los servicios sanitarios españoles y su evolución .....	38
3.2 El sistema de financiación sanitaria actual .....	40
3.3 Una comparación del sistema de financiación sanitario español con el de otros países federales o descentralizados .....	45
A) Aspectos generales .....	46
B) Diferencias específicas del sistema de financiación español .....	52
<b>4 Conclusiones y propuestas</b> .....	<b>70</b>
<b>Índice de Tablas, Gráficos y Cuadros</b> .....	<b>75</b>
<b>Bibliografía</b> .....	<b>76</b>

### **Siglas y abreviaturas**

AGE	Administración General del Estado
CE	Constitución Española
CIS	Centro de Investigaciones Sociológicas
CISNS	Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
FADSP	Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública
IRPF	Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas
IVA	Impuesto sobre el Valor Añadido
NHS	National Health System
RAWP	Resource Allocation Working Party
SNS	Sistema Nacional de Salud

## La financiación sanitaria autonómica: un problema sin resolver

**Pedro Rey Biel**

Economista, profesor visitante de la UAB

**Javier Rey del Castillo**

Médico, ex secretario del CISNS

La coexistencia en un mismo país de una organización política federal o descentralizada y un sistema sanitario que garantice la protección sanitaria universal es una situación que sólo se da en ciertos países desarrollados.

Las características de los sistemas sanitarios de esos países obedecen a sus propias peculiaridades históricas y políticas, y al camino específico que han seguido para alcanzar esa situación.

Sin embargo, pese a que las características de esos países –como veremos en el trabajo– son muy diferentes (en tamaño, en población, en gasto sanitario, en servicios cubiertos u otras), se pueden establecer ciertos patrones comunes en la organización y la financiación de sus servicios sanitarios, mediante el análisis teórico (desde el ámbito del federalismo fiscal), así como recurriendo a la comparación entre esos mismos países. Esos patrones constituyen elementos indispensables para que los servicios sanitarios cumplan su doble papel: por una parte la cohesión social y territorial entre Estados federados, provincias, comunidades autónomas u otras denominaciones equivalentes en los países respectivos, y, por otra, el ejercicio descentralizado de su gestión.

El aspecto más destacable es que el gobierno “central” tiene siempre un papel activo en el mantenimiento de las condiciones universales y equitativas de la protección sanitaria. Además, ese papel se sustenta siempre en el ejercicio del “poder de gasto” (*spending power*) por parte del gobierno central, lo que propicia una participación directa y no condicionada de ese nivel de gobierno en la financiación de los servicios sanitarios “regionales”. Esto constituye la base imprescindible para su intervención en las políticas sanitarias comunes, y en el mantenimiento de las condiciones universales y equitativas de la protección.

Tales patrones se comparan a continuación con las características organizativas y de financiación de los servicios sanitarios españoles, cuya descentralización completa, paralela a la aprobación de un nuevo sistema financiero aplicable desde entonces, culminó en diciembre de 2002.

De la comparación se deduce la existencia de diferencias significativas entre los patrones comunes a los países descritos antes y las características organizativas y financieras actuales del sistema sanitario español. En éste, el papel del gobierno central ha quedado desdibujado por completo, en especial en el mantenimiento de la universalidad y la igualdad de la protección sanitaria, a la vez que, mediante mecanismos diferentes, ha desaparecido en la práctica su capacidad de intervención financiera. El sistema de financiación actual, que ha incluido la financiación sanitaria de manera indiferenciada en el sistema general autonómico de financiación, no permite la utilización del “poder de gasto” por parte del gobierno central. Las aportaciones que se han hecho al aumento de la financiación sanitaria (la más reciente con motivo de la última Conferencia de Presidentes Autonómicos) carecen de sustrato legal para dirigir su destino a esos fines, y resultan más bien una aportación inespecífica al aumento de la financiación, la capacidad económica, y en consecuencia el poder, de las comunidades autónomas.

En este trabajo se deduce de todo ello que la sostenibilidad financiera del sistema sanitario español, al servicio del mantenimiento de la universalidad y la equidad de la protección sanitaria, no requiere tanto el aporte de cantidades adicionales al sistema de destino no finalista, como una modificación del sistema de financiación autonómico en el que tengan cabida los patrones descritos en otros países de características y condiciones semejantes. Estas modificaciones deben tenerse en cuenta en una próxima revisión del sistema de financiación autonómica, que ya se está anunciando.

En el trabajo se formulan también diferentes propuestas que deberían incluirse en la modificación del sistema autonómico de financiación si se quiere que constituya, además de una fuente importante de ingresos de las comunidades autónomas, la base para el mantenimiento de la condiciones universales y equitativas de la protección sanitaria a toda la población española, sin diferencias sustanciales entre la residente en cada una de aquellas, y con la posibilidad de hacer efectivo el derecho en cualquier lugar del territorio español.

## Introducción

A lo largo de los últimos meses, la situación del Estado autonómico se ha visto sometida a movimientos importantes.

Diferentes comunidades autónomas, de manera destacada la vasca y la catalana, han promovido modificaciones profundas de sus Estatutos de Autonomía caracterizadas por el deseo de incrementar sus posibilidades de autogobierno, llegando incluso a poner en cuestión su forma de relación con el resto del Estado. Esos movimientos, rechazados en su tramitación en el caso vasco por el Congreso de los Diputados, y modificados sustancialmente a su paso por éste en el caso catalán, han desencadenado la reacción de otras comunidades autónomas, que han promovido también la modificación de sus Estatutos de Autonomía respectivos en el mismo sentido de ampliar el autogobierno. Algunas de esas comunidades autónomas, de manera expresa la valenciana, han hecho explícito su criterio de que cualquier ampliación de las capacidades de gobierno de las comunidades catalana y vasca no suponga el distanciamiento de las asumidas por cualquier otra, y en concreto por aquéllas que se han unido a las propuestas de modificación estatutaria.

Estos movimientos han situado en un punto central del debate la financiación autonómica, las balanzas fiscales y las diferencias existentes en los niveles de financiación *per cápita* de las distintas comunidades autónomas. En particular, la iniciativa catalana supone introducir una modificación de su sistema de financiación, por la vía de la modificación estatutaria, aunque también por la vía del sistema de financiación, para asemejarlo al sistema vasco, el llamado “cupo”.

Por último, la causa más común de los déficits en los que confiesan encontrarse las diferentes comunidades autónomas que demandan mayor financiación se atribuye a una financiación sanitaria insuficiente<sup>1</sup>.

De los problemas indicados, los de modificación de los Estatutos de Autonomía correspondientes, vinculados también a la posible reforma de la Constitución, siguen su propio curso, con las dificultades derivadas de la falta de acuerdo entre los dos partidos mayoritarios de ámbito estatal en éstas y otras cuestiones. Este desacuerdo ha alcanzado un es-

---

<sup>1</sup> Debe recordarse que la financiación sanitaria se integró en el sistema de financiación autonómica común a partir de enero de 2002.

pecial grado de distanciamiento desde las últimas elecciones que supusieron el cambio de partido en el gobierno de la nación.

El gobierno socialista se mostró decidido a introducir de manera inmediata modificaciones en el sistema de financiación autonómica aprobado en 2001, comenzando por “mejorar” la financiación sanitaria. Este objetivo se empezó a abordar en la Conferencia de Presidentes Autonómicos celebrada al inicio del mes de septiembre de 2004. Sin embargo, hasta el momento sólo se han alcanzado acuerdos provisionales consistentes en la aportación de cantidades adicionales por parte de la Administración General del Estado, dejando la puerta abierta al debate de modificaciones más profundas del sistema de financiación actualmente en vigor.

Las alusiones a la financiación sanitaria se sitúan en un ámbito en el que el objetivo prioritario parece ser proveer a las comunidades autónomas de una financiación que les permita satisfacer sus demandas de autogobierno. Por el contrario, en el proceso público de discusión no se ha conocido hasta ahora referencia alguna a la relación entre la financiación sanitaria y el mantenimiento de la protección sanitaria pública universal, a cuyo sostenimiento debería estar orientada de manera principal. En todo caso, la proximidad de la intervención prevista sobre la financiación sanitaria convierte esta materia en el mecanismo de actuación más importante sobre el sistema en el futuro más inmediato. Esto obliga a quienes somos firmes partidarios de mantener y mejorar la protección sanitaria universal en España a analizar las medidas que se propongan, y a formular, en su caso, propuestas sobre las materias financieras que contribuyan a garantizar la condición universal de dicha protección.

Para ello en el primer capítulo del trabajo se desarrolla una visión general del problema, incluidas las propuestas pertinentes en las materias respectivas, que permite una comprensión general de la situación sin entrar en detalles descriptivos ni citas bibliográficas.

En los siguientes capítulos se analizan en primer lugar las características organizativas y financieras de los servicios sanitarios en países con sistemas federales y descentralizados. Del análisis de sus características se deducen algunas reglas o principios generales que parecen constituir condiciones relevantes para la sostenibilidad financiera de la protección sanitaria universal en aquellos países en los que su gestión se encuentra descentralizada.

A continuación se analizan las características generales del sistema sanitario español, tanto desde el punto de vista organizativo como financiero, así como las analogías y diferencias de nuestros sistemas respectivos con otros países descentralizados.

Finalmente, de la comparación se deducen algunas propuestas para la modificación del sistema de financiación en vigor si se quiere que este sistema permita el mantenimiento de las condiciones de universalidad e igualdad de la protección sanitaria para todos los ciudadanos españoles y extranjeros con derecho a la atención.



# 1. Una perspectiva general

## 1.1 Aspectos generales

La coexistencia en un mismo país de una organización política federal o descentralizada y un sistema sanitario que garantice la protección sanitaria universal es una situación de extensión limitada, que sólo se da en ciertos países desarrollados.

Las características de los sistemas sanitarios de los países en los que se da esa situación obedecen en buena parte a sus propias peculiaridades históricas y políticas, y al camino específico que han seguido para alcanzarla. Sin embargo, tanto el análisis teórico, desde el ámbito del federalismo fiscal, como la comparación entre esos mismos países, permite establecer patrones comunes en la organización y la financiación de sus sistemas sanitarios.

En estos países lo habitual es que los gobiernos regionales o sus equivalentes (Estados federados; provincias como las canadienses; regiones como las italianas; países como en el Reino Unido) sean los responsables totales o parciales de la gestión de los servicios sanitarios. El gobierno federal o central, por su parte, tiene siempre un papel propio y activo en el mantenimiento de las condiciones universales y equitativas de la protección sanitaria.

Los derechos sanitarios de los ciudadanos, en condiciones de igualdad en cualquier territorio del mismo país, hacen de los servicios sanitarios un elemento principal de cohesión social y territorial.

En el campo sanitario las responsabilidades de cualquier nivel de gobierno no se dan nunca bajo condiciones de delimitación estricta de las competencias de cada uno. La atención sanitaria es siempre un campo de competencias solapadas, en el que es precisa la colaboración.

Tal colaboración supone el establecimiento de formas diferentes de coordinación política, sistemas de información y gestión de cada gobierno regional, e instrumentos de cooperación y economías de escala que favorezcan la posición del conjunto de los servicios regionales ante los proveedores de recursos sanitarios (principalmente la industria farmacéutica y de electromedicina). Éstos son la principal fuente de gasto en el sector sanitario y de su crecimiento progresivo, que ocupa una proporción creciente del PIB de cada país.

## 1.2 Poder de gasto y financiación

En Estados federales o descentralizados, el ejercicio del “poder de gasto” por parte del Estado, como participación del gobierno central o federal en la financiación de los servicios sanitarios, es la base de una política sanitaria estatal eficiente. Es garantía de la cooperación de las entidades regionales en el funcionamiento coordinado del sistema sanitario conjunto.

La financiación sanitaria tiene un doble papel. Constituye un monto sustancial (en ningún caso inferior al 30%) del presupuesto total de las administraciones regionales y, en consecuencia, es sustrato principal de su capacidad económica y su poder. Es también un vehículo principal de cohesión y mantenimiento de las condiciones de universalidad y equidad de la protección sanitaria. En todos estos países ambos roles se mantienen en equilibrio dinámico, sin que ninguno de ellos adquiera un predominio excluyente sobre el contrario.

Existen desigualdades entre las entidades regionales de estos países en cuanto a su capacidad fiscal. Tales diferencias obligan a establecer mecanismos de redistribución de los ingresos fiscales entre regiones, de manera que los ciudadanos de cada región puedan recibir beneficios y servicios comparables sin tener que soportar niveles impositivos diferentes. Las transferencias financieras entre regiones constituyen un instrumento crítico de la ciudadanía social.

Las transferencias desde los gobiernos centrales a los gobiernos regionales, sean en forma de transferencias monetarias o de impuestos con los que financiar esa parte de su gasto, tienen carácter finalista. Ese destino específico es congruente con el papel que los gobiernos centrales han desempeñado para promover el mantenimiento de la universalidad y equidad de la protección sanitaria. A su vez, aunque la parte de la financiación que corresponde a los gobiernos regionales no se suele basar principalmente en impuestos finalistas, la financiación sanitaria global de cada región constituye un programa presupuestario específico, que es objeto de seguimiento y control también por el gobierno central en correspondencia a su aportación.

La financiación sanitaria inespecífica, incluida en paquetes globales de financiación o “transferencias en bloque”, hace perder por completo al gobierno central la posibilidad de intervenir en la definición y orientación de las políticas sanitarias de los gobiernos regionales y hace también imposible una política sanitaria global para el conjunto de un Estado.

La distribución de la financiación sanitaria central entre entidades regionales se asienta normalmente en criterios poblacionales no corregidos, asumiendo que, cuanto mayor es el tamaño de la población, mayores y más homogéneas son las necesidades sanitarias. Un segundo criterio utilizado son las tendencias históricas de gasto. Por el contrario, los sistemas de distribución de recursos financieros, destinados a la sanidad basados en el cálculo de las “necesidades” sanitarias diferenciales de cada territorio no se dan en ningún país con un sistema sanitario del tipo de los servicios nacionales de salud en el que la descentralización sea de carácter político (“devolución”) o de constitución federal.

### 1.3 Carácter prospectivo de la financiación y necesidades diferenciales

En contra de algunas afirmaciones comunes, no es cierto que los sistemas de financiación sanitaria de estos países hayan pasado de regirse por criterios históricos de gasto, con el componente retrospectivo que ello conlleva, a formas prospectivas de financiación. El llamado carácter “prospectivo” que se está utilizando en la actualidad no está determinado por un cálculo previo de las supuestas “necesidades” sanitarias diferenciales entre regiones, sino por criterios meramente de presupuestación gestora.

En los sistemas sanitarios descentralizados que ofrecen protección universal, la igualdad en financiación sanitaria regional *per cápita* no es un objetivo en sí mismo. Esos sistemas se orientan de manera prioritaria hacia la corrección de otras formas de desigualdad sanitaria específica (sobre todo en términos de acceso a los servicios), y toleran desigualdades financieras relativas, que no son el objetivo a corregir. La aspiración a la igualdad en financiación sanitaria parece más bien una demanda política general de las entidades regionales para aumentar capacidad económica, al margen del gasto sanitario.

Las mayores diferencias en financiación sanitaria regional *per cápita* se dan en países sin descentralización política de la gestión; si existían antes de la descentralización, como en el RU, persisten tras ésta sin que la descentralización efectuada actúe como factor de corrección.

### 1.4 Copagos y control del gasto sanitario

Cuantos estudios se han llevado a cabo sobre el efecto de los copagos en la atención sanitaria revelan sus efectos negativos sobre la equidad en el acceso a los servicios sometidos a su aplicación. Esos efectos son consecuencia de que reducen tanto el consumo juzgado como “no necesario” con criterios profesionales como el “necesario”, afectando de manera más intensa a la población de menor capacidad económica. Pese a ello, todos los sistemas sanitarios mantienen alguna clase de copago, en especial en el pago de los medicamentos, para los que se establecen diversos criterios de excepción.

En todo caso, en los países federales o descentralizados, está vedada a los diferentes gobiernos regionales la imposición de copagos diferentes. Con ello se trata de evitar desigualdades territoriales. En algunos casos, como Canadá, se llegan a incluir cláusulas de penalización financiera para aquellos gobiernos que impongan copagos distintos a los previstos en el sistema general de financiación.

A pesar de la introducción de mecanismos financieros y no financieros de coordinación, los sistemas sanitarios de países federales o descentralizados tienen una capacidad menor del control del gasto sanitario que los países con sistemas centralizados.

Pese a ello, en estos mismos países se demuestra que, si determinadas prestaciones se excluyen de la garantía de cobertura universal (como ocurre en Canadá con la prestación farmacéutica), o se fomenta la relación directa entre los gobiernos regionales y los proveedores (como ocurre en Italia con la industria farmacéutica tras la descentralización), el gasto en esas áreas tiende a ser aún más elevado, y las desigualdades en precios y en gasto entre regiones tiende también a ser aún mayor.

## 1.5 Peculiaridades del sistema sanitario español y su financiación

Existen diferencias significativas entre los mecanismos de constitución y financiación de los servicios sanitarios en España y los que se dan en otros países descentralizados, a la hora de mantener la igualdad de prestaciones para todos los ciudadanos. Tales diferencias afectan a elementos sustanciales de ambos aspectos, que son determinantes para permitir la intervención de la Administración General del Estado (AGE) en las materias sanitarias, sin la cual no está asegurado el carácter universal y equitativo de la protección.

Desde un punto de vista general, las diferencias más significativas son las siguientes:

- En España el cumplimiento del doble papel característico de la financiación sanitaria consistente, de un lado, en justificar una aportación importante de recursos a la financiación de las comunidades autónomas y, de otro, en servir de base al mantenimiento de la protección sanitaria universal en condiciones de igualdad para todos los ciudadanos, está netamente sesgado a favor del primero. La subordinación de las leyes sanitarias (en particular la Ley de Cohesión) y del cierre de los traspasos sanitarios a las comunidades autónomas a las normas financieras es la mejor expresión de esa subordinación. Como ejemplo más reciente, la Conferencia de Presidentes Autonómicos de septiembre de 2005 acordó dotar de cantidades adicionales a la financiación autonómica justificando tal incremento por supuestas insuficiencias sanitarias. Sin embargo, no se introdujo ningún instrumento que garantizara su aplicación a estos fines.
- En España los servicios sanitarios no están planteados actualmente como un instrumento principal de cohesión social y territorial, sino, a través de su propia constitución y de su financiación, como un instrumento más al servicio de la identidad territorial. Es en ese contexto en el que cabe entender que la igualdad en financiación capitativa se haya planteado como un objetivo específico en nuestro país.
- La constitución de los servicios sanitarios, como un elemento más al servicio de la identidad y diferenciación territorial hace que las competencias sanitarias sean un campo propio y exclusivo de actuación de las comunidades autónomas, en el que las posibilidades de intervención del gobierno central son de hecho inoperantes.

- Como elemento característico de esta situación, la AGE ha renunciado a utilizar el “poder de gasto” como instrumento imprescindible de su intervención en el campo sanitario. La ausencia de capacidad discrecional de intervención en la financiación sanitaria es la mejor expresión de esta renuncia.

Desde el punto de vista financiero más estricto, las características son:

- En España se está proponiendo la introducción de limitaciones a las compensaciones entre comunidades autónomas, correctoras de las desigualdades fiscales existentes establecidas, para lograr una prestación semejante de servicios con esfuerzos fiscales similares.
- Otra diferencia significativa es la ausencia de una adscripción finalista de los fondos destinados a la financiación sanitaria. La financiación autonómica se hace “en bloque”, y su distribución es responsabilidad de cada comunidad autónoma.
- Por su parte, la distribución de “subvenciones” desde el ámbito de la AGE con fines específicos resultó bloqueada por sentencias del Tribunal Constitucional, que han impuesto hasta ahora una distribución de cualquier subvención que suponga intervenir en materias propias de las comunidades autónomas (lo que incluye todas las materias sanitarias conforme al criterio expuesto más arriba acerca de la distribución de competencias sanitarias), de acuerdo con los mismos criterios poblacionales con los que se distribuye la financiación general.
- La persistencia de regímenes de protección diferentes (funcionarios, militares, personal de la Administración de Justicia) financiados con aportaciones del Estado es otra expresión del escaso interés desde la AGE por un sistema específico de financiación.
- Existe también una diferencia sustancial en la base de cálculo de la financiación de cada comunidad autónoma por razones sanitarias, basada en nuestro país en el cálculo de las supuestas “necesidades” de cada una (con independencia del uso que quieran dar luego a tales fondos, que queda al arbitrio de cada comunidad autónoma). Tal sistema se basa a su vez en estimaciones estadísticas que carecen de adecuada justificación.
- Se ha planteado también de manera expresa la introducción de copagos o tasas diferentes por las distintas comunidades autónomas. Esto puede provocar desigualdades entre territorios, añadidas a aquéllas a las que se ha hecho alusión.
- La diversificación de prestaciones, de relaciones con los proveedores, de formas de gestión de los servicios sanitarios, o de extensión de la responsabilidad de la cobertura sanitaria personal entre diferentes comunidades autónomas contribuye al aumento poco eficiente del gasto sanitario en áreas como la gestión de las nuevas tecnologías (incluidos los medicamentos) o del personal. Estas tendencias podrían contrarrestarse con formas más adecuadas de coordinación de los servicios sanitarios. Entre ellas la constitución, bajo bases diferentes a las actuales, de sistemas adecuados de información.

## 1.6 Propuestas

En los próximos meses está prevista la modificación del actual sistema de financiación autonómica, incluida la sanitaria. Recuperar el papel de la financiación sanitaria, como instrumento de la igualdad y de la cohesión territorial y social requiere introducir modificaciones en el sistema financiero para acercar la financiación sanitaria española a la de otros países federales o descentralizados.

Entre esas modificaciones se proponen:

- Diferenciar en el gasto la financiación sanitaria de manera finalista, sin modificar las vías de obtención de los ingresos de manera conjunta en el sistema autonómico de financiación.
- Establecer una aportación finalista de periodicidad anual por parte de la AGE, eliminando, por el contrario, la posibilidad de aportaciones centrales discrecionales.
- Vincular dicha aportación al control por parte de la AGE del mantenimiento de ciertas condiciones del sistema sanitario, entre ellas la “portabilidad” de la protección y la contribución de las comunidades autónomas a los sistemas de información.
- Prever la posibilidad de un recargo finalista en el IRPF con destino a la financiación sanitaria, eliminando a su vez posibles copagos o tasas unilaterales de las comunidades autónomas.
- Establecer la “nivelación” de los servicios sanitarios, en términos de recursos disponibles, que permitan la igualdad en el acceso por parte de toda la población con derecho a la protección del Sistema Nacional de Salud (SNS), y no en términos de igualdad en financiación capitativa, y fijación de esos niveles por el Consejo Interterritorial.
- Separar en masas presupuestarias diferentes las destinadas a gasto corriente y a inversiones sanitarias; y orientar estas últimas conforme a criterios referidos de igualdad en el acceso.
- Establecer un sistema global de información sanitaria independiente del Ministerio de Sanidad, bajo una forma jurídica que permita incluir en su órgano de gobierno a las comunidades autónomas.
- Crear una central de compras del SNS, y modificar los sistemas de establecimiento de precios en los productos pagados por éste.

## 2. La organización y la financiación sanitarias en países federales y descentralizados

### 2.1 Aspectos teóricos

En este apartado repasamos las aportaciones del Federalismo fiscal en el ámbito de la Economía pública, y analizamos su aplicación al ámbito sanitario. De los dos términos que componen esta expresión, la referencia a lo “federal” incluye a cualquier sistema político que suponga una distribución vertical de la capacidad para tomar decisiones económicas públicas. Por su parte, el término “fiscal” se utiliza en su acepción más amplia, para referirse al conjunto de actividades con contenido económico desarrolladas por las Administraciones públicas (Giménez Montero, 2002). Por tanto, el término incluye tanto el estudio de los ingresos de los distintos niveles de responsabilidad política pública y su distribución entre ellos, como el de los gastos efectuados por cada uno.

Sin embargo, los trabajos en el campo del Federalismo fiscal, como ocurre en muchas otras áreas de la Economía pública, se han centrado más en la vertiente de los ingresos que en la de los gastos. Respecto a los ingresos, el foco se ha situado en el diseño de criterios de distribución de las diversas fuentes tributarias, con el objeto de garantizar la suficiencia de los diferentes niveles de gobierno dentro de un marco de corresponsabilidad que, además, resulte eficiente. Por el contrario, en lo que respecta a la vertiente del gasto público, las referencias teóricas, e incluso el análisis de procesos concretos, son mucho más escasas (Braña y Serna, 1997).

Esta falta de estudio se puede deber en parte a la escasa capacidad de aplicación de las teorías clásicas de Federalismo fiscal al ámbito de la organización y financiación de sistemas sanitarios con protección universal en países de estructura política federal o descentralizada. Algunos autores suelen afirmar que de los análisis teóricos no cabe deducir una forma de organización óptima para la gestión de los servicios sanitarios en países descentralizados más allá de algunos principios de carácter muy general (“no se deben descentralizar por completo las políticas estatales que se consideren básicas para combatir las fuentes de desigualdad”) (López Casanovas, 1999 y 2000; OMS, 2000).

Pese a esas limitaciones de partida, ofrecemos a continuación aquellas consideraciones que creemos que nos permiten deducir con mayor amplitud algunos criterios de posible aplicación del Federalismo fiscal al ámbito sanitario.

### A) Postulados teóricos principales del federalismo fiscal

a) El teorema básico del federalismo fiscal (Oates, 1972) argumenta que la ventaja principal para descentralizar la capacidad de decisión en el ámbito concreto de determinados servicios públicos es el mayor conocimiento por parte de los responsables locales de las necesidades específicas de cada ámbito, así como de las condiciones peculiares que determinan su provisión. Además, existe la posibilidad de un mayor control democrático de quienes adoptan las decisiones. Por último, la descentralización de los servicios estimularía también la competencia entre ellos, y fomentaría la innovación, mejorando la eficiencia del sistema correspondiente.

Estas supuestas ventajas de carácter teórico contrastan con la condición más general bajo la que se han constituido los servicios sanitarios que ofrecen una protección sanitaria universal, que es la de establecer posibilidades de acceso similares a un mismo paquete de servicios públicos a todos los ciudadanos de un país, con independencia de su territorio de residencia. Esta condición tiene sentido si se considera que las diferencias en necesidades y demandas de servicios entre territorios no alcanzan en general un nivel suficiente como para justificar diferencias sustanciales en la constitución de los servicios, que, por el contrario, sí se pueden beneficiar de una organización cooperativa.

Tal consideración se complementa con la valoración de que los cambios tecnológicos amplían la escala de producción eficiente de los bienes públicos, a la vez que actúan como elemento homogeneizador de la población de cada país (Braña y Serna, 1997), también desde el punto de vista de sus necesidades sanitarias primordiales.

Por el contrario, las experiencias de priorización de servicios sanitarios desde un nivel regional o local han puesto en cuestión la posibilidad de establecer prioridades diferentes por niveles subcentrales de gobierno, al menos en países que pretenden la protección sanitaria universal con una amplia extensión material de la cobertura. Así ocurrió en el Reino Unido, donde, a través de la “compra de servicios” por las autoridades sanitarias regionales, se excluyó de la atención a ciertos grupos de pacientes para facilitar la de otros considerados prioritarios sin ampliar el gasto. Esta decisión fue posteriormente revertida por los tribunales de justicia, quienes consideraron que las prioridades establecidas a nivel regional no podían sustentar una cobertura distinta de los mismos problemas sanitarios según el lugar en el que debiera producirse la atención (Ham, 1999).

b) Tampoco parece de aplicación a los servicios sanitarios otro de los modelos teóricos clásicos del Federalismo fiscal (Tiebout, 1956), conforme al cual sería posible conocer las preferencias ciudadanas por distintos niveles de cobertura y presión fiscal correspondiente atendiendo a la movilidad ciudadana, que “votaría con los pies”, dirigiéndose hacia aquellos territorios en los que el binomio cobertura-financiación resulte más adecuado a las preferencias de cada sujeto.



Partiendo de una determinada distribución de los recursos sanitarios, ni las diferencias regionales en la cobertura de determinados servicios sanitarios (incluidos o no en paquetes más generales de protección) o patologías crónicas, ni el ligero incremento de la presión fiscal que ello conllevaría, parecen poder actuar como principal estímulo para la movilidad interregional permanente, máxime teniendo en cuenta la baja movilidad laboral existente en nuestro país.

## **B) Subvenciones, copagos y tasas**

Los estudios sobre federalismo fiscal han aportado tres tipos de razones para justificar la necesidad de dar subvenciones desde el gobierno central, si se quiere garantizar la igualdad en la atención sanitaria entre territorios diferentes (Jiménez y Smith, 2005:7):

- Los desequilibrios en la capacidad de recaudación fiscal entre diversos territorios con similares niveles impositivos originan la necesidad de un cierto grado de redistribución para asegurar el acceso de todos los ciudadanos de un país a un nivel similar de servicios públicos.
- Los gobiernos subcentrales carecen de recursos suficientes como para hacer frente a los servicios sobre los que tienen competencias. Esto obliga a que el Estado apoye a los segundos mediante transferencias.
- Las externalidades características de algunas de las prestaciones sanitarias hacen que su cobertura se plantee de manera insuficiente por las autoridades territoriales de manera individual, lo que puede hacer necesaria la intervención financiera central para asegurar una provisión suficiente.

Aunque las tres razones mencionadas son relevantes, no se debe olvidar que el nivel absoluto y relativo de las subvenciones centrales para la financiación de la atención sanitaria gestionada por niveles subcentrales de gobierno tiene efectos sobre la eficiencia en el uso de los recursos sanitarios por quienes los gestionan: si la financiación sanitaria central es muy elevada, disminuye la presión para un uso eficiente de los recursos sanitarios por parte de los gestores subcentrales. Además, los niveles subcentrales pueden tener incentivos para elevar de forma artificial su nivel de gasto y así atraer mayores subvenciones centrales (efecto *flypaper*) (Jiménez y Smith, 2005; Levaggi y Smith, 2005), en especial si existe competencia entre jurisdicciones por atraer recursos (Barrow, 1986).

La misma ineficiencia en el gasto puede resultar del mantenimiento de un alto grado de responsabilidad por parte del gobierno central respecto de las deficiencias en los servicios que pudieran ser atribuidas a la actividad de niveles subcentrales de gobierno (Jiménez y Smith, 2005). A su vez, un alto nivel de autonomía financiera de las autoridades de nivel regional o local puede provocar un nivel ineficiente de provisión de los servicios, si

se establece la competencia entre aquéllas en términos de niveles impositivos y presión fiscal, y no en los de provisión (Levaggi y Smith, 2005).

En cuanto a los procedimientos de distribución de subvenciones centrales entre entidades subcentrales en competencia, Levaggi y Zanola (2003) sugieren que, de cara a mantener un nivel adecuado de provisión, resultan más efectivas las subvenciones dirigidas al mantenimiento de determinados servicios específicos que las subvenciones en bloque para un conjunto de servicios diferentes acompañadas de garantías de mantenimiento de una parte del presupuesto en esos servicios.

En un terreno diferente, un mecanismo al que acuden las autoridades de nivel regional o local para aumentar la financiación de la atención sanitaria es la imposición de copagos. Dado el claro efecto de los copagos sobre la equidad en el acceso, se hace también necesaria la intervención del gobierno central para asegurar que la provisión básica de servicios en territorios diferentes se mantenga en niveles similares y, en caso contrario, adoptar medidas correctoras (Jiménez y Smith, 2005).

### **C) Economías de escala, garantías de calidad en la provisión de ciertos servicios sanitarios y organización de la atención**

En cuanto a la organización y la gestión de los servicios sanitarios, la posible existencia de economías de escala puede justificar diferentes grados de intervención central en la distribución de los recursos sanitarios. Ejemplos de ello son los recursos hospitalarios y las tecnologías más complejas, pero también las externalidades (*spillovers*) provocadas por el control e inmunización de enfermedades transmisibles o la contaminación ambiental. En estos casos el mantenimiento de la eficiencia del sistema no se garantiza si la responsabilidad (*accountability*) de implantar determinados centros o servicios se plantea sólo a nivel local o regional (Jiménez y Smith, 2005), sin aprovechar las ventajas de coordinación de una escala mínima eficiente.

Otra de las ventajas de una intervención central o coordinada de los servicios sanitarios es la utilización del poder de compra de los productos sanitarios utilizados en la atención: un comprador único que actúe en nombre de todos los servicios subcentrales puede obtener contratos y precios más favorables de los proveedores sanitarios, que actúan en régimen cercano al monopolio.

La intervención central se justifica también en aquellos casos en los que no hay otra manera de asegurar que los servicios públicos prestados en todas las jurisdicciones subcentrales cubran determinadas actuaciones, que de otra forma podrían ser ignoradas o minusvaloradas por los gobiernos de nivel local o regional. Ejemplos característicos de este tipo de intervenciones en el campo sanitario son las dirigidas a la formación del personal sanitario o la investigación; ciertos campos de la salud pública, como la promoción de la salud, que sólo proporcionan beneficios a largo plazo y que pueden resultar afectados por

la movilidad de las personas; o los objetivos de equidad de carácter nacional. También el establecimiento de sistemas de información que permitan comparar los resultados de la gestión sanitaria de diferentes entidades subcentrales de forma objetiva. Por último, la actuación centralizada se justifica para establecer medidas que garanticen la posibilidad de que exista movilidad del personal en todo el territorio de un país, que es la mejor manera de garantizar la difusión del conocimiento en condiciones de igualdad.

Desde un punto de vista cualitativo diferente, estudios cada vez más numerosos ponen en relación la calidad de la atención con el volumen de población atendida. Este tipo de estudios se han desarrollado sobre todo en el campo de las intervenciones quirúrgicas, en especial las más complejas (Birkmeyer *et al.*, 2002 y 2003; Elixhauser *et al.*, 2003; Gowrisankaran *et al.*, 2004; Luft *et al.*, 1979; Nallamothu *et al.*, 2005; Urbach *et al.*, 2003; Urbach y Baxter, 2004a), pero no sólo en él (Thiemann *et al.*, 1999; Urbach, 2004b).

Las implicaciones de estos estudios para la configuración de los servicios sanitarios en países de organización descentralizada son amplias. La cantidad de población de las regiones en la mayoría de los países que tienen descentralizada la gestión sanitaria es muy variable. Proponer para regiones de tamaños distintos objetivos de cobertura autónoma de la atención sanitaria semejantes, como a veces se hace por razones políticas, no sólo resulta inadecuado teniendo en cuenta las economías de escala antes mencionadas, sino también si se quiere que exista una garantía de calidad de la atención prestada.

La única solución para este tipo de cuestiones es la cooperación entre entidades territoriales diferentes, que, como en el caso español, pueden obedecer a diferentes responsabilidades políticas. Esa necesidad de cooperar exige la adopción de criterios organizativos para los servicios sanitarios que excluyan la responsabilidad de éstos como una cuestión exclusiva de cada jurisdicción.

#### **D) Sanidad como redistribución**

Desde el punto de vista político se ha resaltado también el enfoque diferente que caracteriza a las políticas de redistribución personal, de las que forman parte los servicios públicos, incluidos los sanitarios, y las políticas que toman como objeto principal la distribución de los recursos con una perspectiva territorial. La primera tiene en cuenta ante todo las necesidades individuales: en el caso de los servicios sanitarios se trata de garantizar, a igual necesidad, el igual acceso a los recursos sanitarios con independencia del nivel de ingresos y, por supuesto, del lugar del territorio en el que habite cada uno. Las condiciones organizativas que se derivan de ese planteamiento resultan potencialmente contradictorias con los mecanismos de distribución territorial de los recursos que caracteriza a los servicios sanitarios en condiciones de descentralización de la gestión. En este caso el elemento principal no son las necesidades tomadas a nivel individual, sino el componente territorial de la cuestión, en el que la distribución financiera y de recursos sanitarios desempeña sólo un papel subordinado al servicio del logro de los mayores niveles de capaci-

dad económica territorial y de autonomía gestora. A cuál de esos dos papeles se le da prioridad en cada país resulta determinante para la organización y posterior funcionamiento de los servicios sanitarios (Bell y Hitchell, 2005).

También se ha señalado que el federalismo y la descentralización han tendido a limitar el desarrollo del Estado de Bienestar a lo largo del siglo XX. Entre las barreras que ha impuesto se encuentran la multiplicación de los niveles de decisión política y de posible veto al desarrollo de los servicios públicos, o el establecimiento de niveles de competencia entre gobiernos del mismo nivel por la atracción de capital privado. A igualdad de otras condiciones (entre ellas las laborales, de fortaleza de las organizaciones sindicales o de orientación política de los partidos dominantes en cada país), se ha observado que la dispersión de la capacidad de decisión política está correlacionada negativamente con el porcentaje de gasto público destinado a gasto social (Banting y Corbett, 2001:26-7).

El promedio de gasto público sanitario en países federales representa una proporción menor que en países no federales. Aunque la diferencia muestra tendencia a recortarse, esa reducción se interpreta como una consecuencia de la menor capacidad de controlar el ritmo de crecimiento del gasto (y, por tanto, al aumento proporcional de éste) por parte de los sistemas federales o descentralizados, en un momento en el que las políticas de control del gasto son un objetivo común (Banting y Corbett, 2001:27-9).

## 2.2 Un análisis comparado

De las limitaciones relativas de los análisis teóricos arriba expuestos se deriva la utilidad de recurrir también a los estudios comparados sobre la financiación de los servicios sanitarios en países de organización política federal o descentralizada que, a la vez, ofrecen protección sanitaria universal o casi universal a su población.

El espectro de estos países no es muy amplio y está formado sólo por países desarrollados, que son los que de manera más específica tienen constituidos servicios sanitarios como parte de su Estado de Bienestar. Entre éstos se encuentran Canadá, Alemania, los países nórdicos (cuya descentralización se caracteriza por haberse producido a entidades de nivel local, que no regional) y Australia.

Algunos países que ofrecían previamente protección sanitaria universal, o casi universal, han seguido en los últimos años procesos de descentralización, que han incluido la gestión de los servicios sanitarios. Entre ellos se encuentran, además de España (que es motivo de análisis independiente), Bélgica, Italia o el Reino Unido. Las características de todos esos países, algunas de ellas muy diferentes, se resumen en la Tabla 1.

**Tabla 1. Características de países federales o con descentralización de sus servicios sanitarios (2004)**

Países	Tipo de sistema sanitario	Sistema de financiación	Nº de regiones o Estados federales	Gasto sanitario per cápita (\$ PPC)	Gasto sanitario (% PIB)	Gasto sanitario público (% PIB)	Gasto sanitario privado (% PIB)	Población (miles)	PIB (millones \$ PPC)	PIB per cápita (\$ PPC)
Alemania	Seguridad Social	Cajas de seguro	16 Länder	2.996	11,1	8,6	2,4	82.534	2.310.344	27.094
Australia	Servicio Nacional de Salud	- Financiación federal: atención primaria y farmacia - Financiación por Estados: atención hospitalaria	6 Estados y 2 territorios	2.699	9,3	6,3	3	20.111	602.085	30.297
Belgica	Seguridad Social	Cajas de seguro	3 regiones	2.827	9,6	6,5 (2002)	2,6 (2002)	10.376	306.234	29.513
Canadá	Servicio Nacional de Salud	- Impuestos regionales propios y cedidos a regiones - Transferencias centrales - Fondo de Distribución Central vinculado a condiciones del sistema	10 provincias y 3 territorios	3.096	9,9	6,9	3	31.946	963.917	30.445
EE UU	Sistemas de protección para jubilados y pobres	- Medicare (ancianos): financiación federal - Medicaid (pobres): financiación estatal	51 Estados	5.635	15	6,6	8,3	290.810	10.951.300	37.658
Finlandia	Servicios sanitarios de base local	Sistema de financiación principal, impuestos locales	448 municipalidades (38% agrupadas para gestión sanitaria); 5 provincias creadas en 1997 intervienen en la gestión de las municipalidades de menor tamaño	2.118	7,4	5,7	1,7	5.220	159.720	28.455
Italia	Servicio Nacional de Salud	- Impuestos regionales propios y cedidos - Fondos de solidaridad	20 regiones	2.258	8,4	6,3	2,1	57.605	1.543.342	26.792
Reino Unido	Servicio Nacional de Salud	Vinculado a financiación regional (fórmula de Barnett)	4 países	2.231	7,7	6,4	1,3	59.554	1.776.230	29.826
Suecia	Servicio sanitario de base local	Vinculado a financiación local	20 condados y 1 municipalidad de nivel regional	2.594	9,2	7,9	1,4	8.958	272.760	28.881
España	Servicio Nacional de Salud	Vinculado a financiación autonómica	17 comunidades autónomas	1.835	7,7	5,5	2,2	41.874	1.000.347	23.889

Fuente: OCDE Health Data (2005) y elaboración propia

Por su parte, Estados Unidos, que tiene una organización federal, se diferencia del resto de los países desarrollados de manera característica por no ofrecer protección pública sanitaria a toda su población, sino sólo a grupos determinados de ella, como los ancianos (a través del programa Medicare) y los que se encuentran por debajo del nivel de pobreza (mediante los programas Medicaid y SCHIP, este último dirigido a niños). Esta forma peculiar y reducida de protección fomenta el recurso del resto de la población a seguros privados, vinculados en su mayoría al puesto de trabajo desempeñado. Este sistema deja sin protección sanitaria alguna a más de un 15% de la población (en la actualidad, más de 40 millones de personas), y la perspectiva es creciente. Pese a ello, el caso americano resulta también de utilidad para la comparación de la organización y la financiación de la parte pública de la protección con los servicios sanitarios de otros países federales o descentralizados.

## **A) Aspectos generales**

### **a) Doble papel de los servicios sanitarios**

Lo característico de los países en los que una organización federal o descentralizada acompaña a una extensión universal de la protección sanitaria es que la financiación de los servicios sanitarios desempeña un doble papel:

- por un lado, la financiación sanitaria constituye una parte sustancial de la financiación y el presupuesto de las entidades regionales o equivalentes, en una proporción en ningún caso inferior al 30%. La financiación sanitaria es, en consecuencia, un sustrato fundamental de poder y capacidad económica de los gobiernos regionales, cuya amplitud y volumen constituye por ello un objetivo en sí mismo;
- pero a la vez, la protección sanitaria universal, gestionada por entidades regionales, constituye un instrumento principal de cohesión social y territorial, de cuya garantía es responsable último el gobierno central o federal de cada Estado, y a cuyo mantenimiento contribuye mediante mecanismos a los que se alude a continuación.

Lo más característico de esta situación es que se mantiene un equilibrio dinámico entre ambos objetivos, que obliga a ajustes periódicos en los sistemas de financiación sanitaria correspondientes. Tales ajustes no suponen en ningún caso la desaparición de ninguno de los objetivos ni roles mencionados, que son explícitos en cuantas negociaciones se establecen para modificar la financiación. No suponen tampoco la subordinación de uno a otro, porque cualquiera de esas situaciones posibles supondría romper las condiciones por las que se crearon los servicios sanitarios y por las que se estableció la descentralización de su gestión.

En países como Canadá se han adoptado medidas estructurales para superar la posible contradicción entre ambos objetivos. A instancias de dos comisiones previas, una del Senado (Kirby, 2002) y otra presidida por el comisionado Roy Romanow (2002), la Conferencia de Presidentes de las provincias canadienses acordó en 2003 la creación de un

Consejo de Salud de Canadá. Se trata de un organismo dotado de independencia administrativa y presupuesto propio, encargado de observar la situación y el desarrollo del sistema sanitario público universal, de promover la responsabilidad y la transparencia del propio sistema, y de informar de todo ello a la población a través de un informe anual. El Consejo, que emitió su primer informe en enero de 2005 (Health Council of Canada, 2005), está formado por 28 miembros, designados por mitades entre los territorios canadienses y diferentes corporaciones profesionales y sindicales, y tiene capacidad para recabar información de todas las administraciones.

### **b) El papel de los servicios sanitarios como instrumento territorial y social de cohesión**

En muchos países federales y descentralizados el papel de los servicios sanitarios como instrumentos globales de cohesión social y de adhesión a la constitución misma de cada Estado es muy potente (France, 2001). En algunos de esos casos se ha sugerido que actúan como elemento disuasorio específico para las tendencias separadoras, en especial en situaciones en las que la protección sanitaria en otros países vecinos del propio entorno geográfico es menor.

Un ejemplo característico de esta situación es la posición de los independentistas de Quebec (Taylor, 1999a y b), quienes se refieren al mantenimiento de la protección sanitaria existente en Canadá como una razón específica para no separarse del resto de las provincias canadienses. Esta consideración de la protección sanitaria universal como un elemento característico de la ciudadanía canadiense es compartido por quienes mantienen posiciones federalistas para la organización del país (Dion, 2005), e incluso tiene manifestaciones ciudadanas espontáneas<sup>2</sup>.

Por otra parte, en el caso de Canadá se ha destacado también un efecto aparentemente paradójico: allí el gobierno federal no puede actuar en las materias sanitarias más que a través de las regiones, que son las que llevan a cabo la gestión de los servicios sanitarios. Pero, siendo así, el mantenimiento de un papel federal en el sostenimiento y la orientación de las políticas sanitarias comunes no reduce, sino que aumenta, el papel de los gobiernos regionales como gestores directos de los servicios en las vidas de los ciudadanos de sus territorios. Con ello, la cohesión global que se deriva de la intervención federal en los servicios sanitarios contribuye a aumentar, en vez de a reducir, los sentimientos de pertenencia territorial regional (Lazar, 2005).

El único Estado en el que los servicios sanitarios no desempeñan ese papel de cohesión es el Reino Unido. Los servicios sanitarios de los países que componen el Reino

---

<sup>2</sup> Pueden servir de ejemplo las manifestaciones de un grupo de ciudadanos canadienses incorporadas a la película *Bowling for Columbine* de Michael Moore (2001), en las que la existencia de protección sanitaria universal se ponía como ejemplo de los derechos derivados de la ciudadanía canadiense.

Unido eran ya independientes y sometidos a políticas de diferentes ministerios de un mismo gobierno antes de la descentralización: los servicios sanitarios de Inglaterra estaban dirigidos por el Departamento de Salud del Gobierno británico, mientras que los de Escocia, País de Gales e Irlanda del Norte lo eran por los departamentos ministeriales del mismo Gobierno británico encargados de cada uno de esos países. La cohesión relativa entre unos y otros, y las diferencias reales en su orientación y en su gestión, se mantenían aun en el ámbito de un mismo gobierno. Esa situación facilitó el proceso de devolución, sin que existieran problemas en la distribución de competencias entre los gobiernos, que ya estaban diferenciadas (Greer, 2004:196). A la vez ha facilitado la diversificación de las políticas sanitarias de cada uno de estos países observada tras los primeros años de evolución desde la descentralización (Álvarez Rosete *et al.*, 2005).

### **c) Responsabilidad compartida de la atención sanitaria y competencias solapadas**

En su origen la iniciativa de la extensión universal de la protección sanitaria siempre ha requerido de la intervención financiera del gobierno central o federal<sup>3</sup>. Además, ningún país descentralizado o federal confía el mantenimiento de la universalidad y la igualdad de la protección a la responsabilidad exclusiva de los gobiernos de nivel regional o equivalente (Banting y Corbett, 2002).

A su vez, en países que han sufrido procesos de descentralización, ésta ha tendido a ser menor y menos extensiva en el ámbito de la atención sanitaria que en otros sectores de intervención pública. La atención sanitaria parece mantener un nivel de sensibilidad política especial, que limita el efecto de las presiones políticas para la descentralización (Banting y Corbett, 2001:17).

Por su parte la distribución de competencias en las materias sanitarias entre niveles de gobierno a menudo se solapan. Cuando esto ocurre, es necesario establecer formas de colaboración entre las diferentes administraciones.

En ese marco de roles compartidos, el papel de las administraciones regionales se refiere habitualmente a la gestión de los servicios de su ámbito territorial. Por su parte, el gobierno central o federal puede llevar a cabo funciones diferentes, todas ellas encaminadas al mantenimiento de las condiciones universales y equitativas de la protección:

---

<sup>3</sup> De nuevo, un buen ejemplo es Canadá. Hasta 1966 la cobertura de la atención sanitaria era responsabilidad de las provincias canadienses, que la habían desarrollado con diferentes grados de extensión poblacional y cobertura material. En ese año, siguiendo las recomendaciones de una Comisión establecida al efecto, se promulgó la Medical Care Act, que convirtió la protección sanitaria en un programa universal, comprometiendo una aportación por parte del gobierno federal del 50% a su financiación.



- En algunos países el gobierno central o federal diseña y gestiona determinados programas de atención sanitaria. Es el caso de Medicare en Estados Unidos, o de los programas de atención primaria y farmacéutica en Australia.
- En otros casos el gobierno central establece principios generales, que los gobiernos regionales deben mantener en la provisión de la atención sanitaria de la que son responsables. Además de los países federales o descentralizados que disponen de sistemas sanitarios con cajas de seguro sanitarias, como Bélgica o Alemania, este tipo de instrumentos normativos se utiliza también en Estados Unidos en el programa Medicaid (cuyo desarrollo es responsabilidad de los Estados), y en la atención hospitalaria en Australia.
- Dentro de este último grupo cabría también incluir a Canadá, donde la Ley constitutiva del sistema de protección sanitaria universal, de 1966, estableció cinco principios básicos que deben mantener la provisión de los servicios sanitarios por los gobiernos regionales. Estas cinco condiciones generales, reforzadas en la Canada Health Act de 1984, se refieren a la universalidad, la amplitud material de la cobertura, la igualdad de acceso, la portabilidad o garantía personal del derecho a la atención en todo el territorio canadiense con independencia de la provincia de residencia, y la administración pública de los servicios sanitarios. Un ejemplo de su concreción es la prohibición de implantar copagos por las provincias canadienses, como garantía de la igualdad en el acceso. El control del mantenimiento de estas condiciones corresponde al gobierno federal, que utiliza, como instrumento de control más efectivo de su mantenimiento, la distribución condicionada de su parte correspondiente de financiación (Banting y Corbett, 2001:180).

#### **d) Intervención central basada en el “poder de gasto”**

La eficacia de cualquier forma de intervención en los servicios sanitarios depende de la existencia de un soporte financiero basado en el “poder de gasto” del Estado. Esa base financiera resulta más importante para mantener el funcionamiento cohesionado y la protección universal que una determinación pormenorizada de las competencias de unos y otros niveles de gobierno que especifique de manera precisa los límites respectivos de tal intervención. Esto, conforme a lo indicado en el apartado anterior, resulta difícil, si no imposible, en un ámbito de competencias solapadas.

Lo relevante, en todo caso, es que las aportaciones federales o centrales sean significativas y discrecionales (no arbitrarias) en su distribución por parte del gobierno, de forma que permitan traducir sus criterios en las actuaciones generales o específicas financiadas.

Una aportación financiera por parte del gobierno central o federal que reúna las características citadas de significación y discrecionalidad, al servicio de objetivos propios de política sanitaria, constituye la base imprescindible para la intervención de ese gobierno en el funcionamiento coordinado de los servicios sanitarios. A la inversa, no existen ejemplos del mantenimiento de servicios sanitarios descentralizados que ofrezcan una protección sanita-

ria universal en los que no se dé una u otra forma de intervención financiera central. La aportación central o federal establece las bases para el funcionamiento coordinado de los servicios sanitarios en el conjunto de éstos, no sólo en el ámbito específico en el que se produce la aportación. A la vez, contribuye al establecimiento y el mantenimiento de instrumentos, como los sistemas de información, que resultan imprescindibles para mantener el funcionamiento cohesionado de cualquier sistema sanitario descentralizado.

En Canadá, la utilización del “poder de gasto”, pese a algunas de las limitaciones con la que se ha ejercido<sup>4</sup>, constituye la única restricción a la divergencia de los servicios sanitarios gestionados por las provincias. La capacidad del gobierno federal para influir en las políticas sanitarias de las provincias deriva de su capacidad de ofrecer fondos adicionales en contrapartida al acuerdo entre provincias del establecimiento de objetivos comunes (Greer, 2004:218).

## **B) Aspectos financieros**

En este apartado se describen los mecanismos financieros más concretos que traducen al campo de la financiación los objetivos y criterios generales de actuación que se han descrito en el apartado anterior. Las características que se describen a continuación no deben, en consecuencia, ser consideradas como una forma arbitraria de establecer los mecanismos de financiación sanitaria en cada país, sino, por el contrario, como la forma efectiva de hacer posible el doble papel a que se ha aludido antes. La mejor expresión de que ése debe ser el enfoque con el que deben ser entendidos los mecanismos descritos a continuación es el grado de coincidencia en los patrones comunes que se proponen por parte de países que, si bien se asemejan en su situación actual (países federales o descentralizados que ofrecen protección sanitaria universal a su población), han llegado a ella a partir de características y procesos específicos propios.

Del estudio comparado de los sistemas de financiación de los países a los que se ha hecho referencia al principio de este apartado se deducen las características siguientes:

### **a) Necesidad de mecanismos de financiación sanitaria correctores de las desigualdades fiscales entre regiones**

En todos los países de organización federal o descentralizada con protección sanitaria universal, en los que ésta se gestiona a través de los gobiernos de nivel regional existen

---

<sup>4</sup> Por su volumen, las aportaciones finalistas globales (tanto las destinadas a cubrir las diferencias en capacidad recaudatoria de las provincias canadienses, como las dirigidas a los objetivos propios del gobierno federal) son uno de los factores más importantes en la determinación del gasto sanitario de aquéllas (Di Matteo y Di Matteo, 1998). La reducción progresiva de las aportaciones durante varios años provocó, además de la reducción de la capacidad del gobierno federal en los servicios sanitarios, la reducción del gasto sanitario de las provincias, y las demandas consiguientes de aumento de la financiación, a las que se ha dado respuesta en fechas más recientes, como se indica más adelante.

desigualdades en cuanto a capacidad fiscal entre las entidades correspondientes. Tales diferencias obligan a establecer mecanismos de redistribución de los ingresos fiscales, de manera que los ciudadanos de todas ellas puedan recibir beneficios y servicios comparables sin tener que soportar niveles impositivos diferentes. Las transferencias financieras entre regiones constituyen, en consecuencia, un instrumento crítico de la ciudadanía social (Watts, 1999:50).

Por otra parte, los impuestos característicos del nivel regional no generan ingresos suficientes para sostener el gasto sanitario, más aún con la tendencia creciente que lo caracteriza. Por esa razón ya se ha indicado que, en los países federales que se han planteado la extensión universal de la cobertura sanitaria, tal extensión sólo ha sido posible sobre la base de la aportación financiera central. Por su parte, en los países, como España o Italia, en los que la protección sanitaria universal ya existía antes de la descentralización política, el traspaso de la responsabilidad de la gestión de los servicios sanitarios a las regiones se ha debido acompañar de la financiación correspondiente.

En unos y otros casos, la distribución de recursos financieros federales o centrales entre regiones suele iniciarse mediante sistemas de transferencias desde el nivel central de gobierno, con una distribución proporcional conforme a criterios poblacionales establecidos en cada caso, acordes con las características de cada país. En una fase posterior de evolución se observa en general la tendencia a que la dotación de recursos económicos se haga efectiva a través de la cesión de impuestos (Rey, J., 1999b:58-61). Esta evolución suele acompañarse de una reducción en la homogeneidad de los servicios sanitarios, tanto en lo referente a la amplitud de la cobertura ofrecida en cada ámbito territorial, como en las condiciones de universalidad y financiación libre de cargas en el momento del uso de la prestación.

Por otra parte, las políticas centrales dirigidas a la racionalización y el control del gasto sanitario, en combinación con la descentralización de la gestión de la atención, crean en algunos países mayor desigualdad interregional, agravando así la tendencia a la divergencia regional que ya pudiera existir (Giannoni y Hitiris, 1999).

En el caso canadiense, donde se ha hecho patente una evolución como la descrita, acompañada de una reducción de la aportación federal a la financiación sanitaria, una Comisión del Senado (Kirby, 2002) propuso como medida alternativa complementaria la introducción de un impuesto específico central proporcional al nivel de renta, destinado a financiar y distribuir la innovación, considerada el factor principal responsable del incremento del gasto sanitario, bajo criterios uniformes<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> En la misma línea de reforzamiento de las características públicas del sistema sanitario canadiense como respuesta a los problemas para la cobertura sanitaria de su población, se puede ver también Romanow (2002).

## b) Financiación para la sanidad de carácter finalista

Hay países federales o descentralizados, como Bélgica o Alemania, que disponen de sistemas sanitarios administrados por cajas o fondos de Seguridad Social, entidades con formas de organización específica y participación laboral y empresarial, constituidas con frecuencia por ramas o sectores de producción, que no forman parte del sector público general. En estos casos, aunque la organización específica reproduce los niveles de organización política general, se mantiene independiente de ésta. Igualmente, la financiación de la atención sanitaria se mantiene por completo independiente del sistema de financiación regional.

Lo característico de estos países es que las cajas de Seguridad Social correspondientes suelen carecer de red sanitaria propia, por lo que para prestar la atención deben recurrir a centros públicos o privados, en muchos casos pertenecientes a entidades sin ánimo de lucro, en régimen de concierto con los mismos. Si se trata de centros públicos, en muchos casos éstos pertenecen a entidades regionales o locales, las cuales participan por esa vía en la financiación sanitaria. Pero el grueso de los presupuestos destinados a la atención sanitaria procede de las cajas, que contribuyen, además, mediante los conciertos correspondientes al gasto corriente de los centros concertados, sean de una u otra propiedad.

Por el contrario, en otros países como Canadá, Italia o el Reino Unido, la protección sanitaria universal se ofrece a través de Servicios Nacionales de Salud. En ellos la organización de los servicios está directamente vinculada a los distintos niveles de organización política. En estos casos, la participación proporcional del gasto sanitario en las administraciones de nivel regional alcanza proporciones muy elevadas, semejantes al promedio proporcional del gasto sanitario en el gasto de las comunidades autónomas españolas<sup>6</sup>.

Para su sostenimiento, las transferencias, ya sean monetarias o impositivas, desde los gobiernos centrales a los gobiernos de nivel regional, siempre condicionan su utilización a unos fines específicos<sup>7</sup>.

---

<sup>6</sup> En el caso de las provincias canadienses esa proporción se ha estimado en un promedio del 34% del gasto público regional (Banting y Corbett, 2001:193), una proporción similar a la estimada en el caso de las comunidades autónomas españolas. Sin embargo, en Canadá la protección sanitaria universal no incluye la cobertura del gasto en medicamentos, que las provincias canadienses proporcionan a sus poblaciones correspondientes con criterios variables.

<sup>7</sup> En algunos casos, como el de Canadá a través del Canada Health and Social Transfer, establecido en 1996, la finalidad sanitaria ha estado temporalmente unida a otros programas de asistencia y servicios sociales y educación postsecundaria (Giménez Montero, 2002:215-6; Health Canada). Esto supuso una pérdida relativa de especificidad con respecto a otros sistemas previos de financiación, en los que las transferencias iban dirigidas exclusivamente al sostenimiento de la atención sanitaria. Esta situación ha vuelto a cambiar a partir de 2004, volviendo a una transferencia sanitaria específica (Canadian Health Transfer),

Aunque la parte de la financiación que corresponde a los gobiernos regionales no se suele basar principalmente en impuestos finalistas, la financiación sanitaria global de cada región o nivel equivalente constituye un programa presupuestario específico, que es objeto de seguimiento y control también por el gobierno federal en correspondencia a su aportación. Esta situación se da en países como Australia (European Observatory on Health Care Systems, 2001), Canadá o Italia, país este último en el que desde 2001 se ha constituido un Fondo Regional de Solidaridad financiado con una parte fija del IVA.

**c) Mecanismos de financiación sanitaria no basados en las “necesidades” sanitarias regionales, con un importante componente histórico en su distribución**

La distribución de la financiación sanitaria central entre entidades regionales se asienta normalmente en criterios poblacionales no corregidos, que asumen que cuanto mayor es el tamaño de la población, mayores y más homogéneas son las necesidades sanitarias.

Los sistemas de distribución de recursos financieros destinados a la sanidad basados en cálculos de las “necesidades” sanitarias diferenciales de cada territorio no se dan en ningún país con un sistema sanitario en el que la descentralización sea de carácter político (“devolución”) o de constitución federal<sup>8</sup>.

El paradigma de los sistemas de financiación basados en el cálculo de las “necesidades” sanitarias es el llamado RAWP (siglas inglesas de Resource Allocation Working Party), diseñado para distribuir los fondos a las “regiones” de Inglaterra. Pero estas regiones son entidades de naturaleza no política y tamaño muy inferior al de las comunidades autónomas es-

con el fin de aumentar la transparencia de la contribución del gobierno federal a la financiación sanitaria y de mejorar la *accountability* de las distintas partes de ésta. A ese fondo se le ha añadido otra transferencia específica (Health Reform Transfer), destinada a apoyar las reformas en la atención primaria y domiciliaria y otras áreas por parte de las provincias canadienses. Está previsto que este fondo se integre en el Canada Health Transfer a partir de 2008.

Según Greer, “las dos décadas de tendencia a la financiación en bloque excluyeron al gobierno federal de las decisiones reales de gasto. Los recortes y las decisiones unilaterales (para reducir la aportación federal) disminuyeron la confianza federal-provincial y la capacidad del gobierno federal para cambiar las políticas provinciales... Las transferencias en bloque situaron al gobierno federal al margen de sus compromisos de gasto (con la aquiescencia de las provincias por la autonomía adquirida), pero en esa situación el gobierno federal redujo a niveles mínimos sus instrumentos disponibles con los que influir sobre las políticas (sanitarias) provinciales” (Greer, 2004:218).

<sup>8</sup> Una ponderación de las “necesidades” de las poblaciones cubiertas por cada caja sí se da en los sistemas descentralizados del tipo de Seguridad Social, como Bélgica, Alemania u Holanda. Los criterios de ponderación en estos casos han ido variando a lo largo del tiempo. Puede verse esa evolución en Saltman (2004:51).

pañolas, que se constituyeron en el NHS inglés para su propia gestión y que, además, carecen de equivalentes en otros servicios públicos de la misma localización territorial<sup>9</sup>.

El cuestionamiento de la utilización de criterios de necesidad para la distribución de la financiación de los servicios sanitarios en entidades de nivel regional (entendiendo este término en el sentido equivalente a nuestras comunidades autónomas) deriva también de otras dos clases de razones.

En primer lugar, en entidades territoriales de menor tamaño, en casos como el del RAWP citado, la valoración de las “necesidades” sanitarias no resulta de un cálculo sencillo, sino de una amplia información estadística relativa tanto a cuestiones epidemiológicas, como la morbilidad y la mortalidad por determinados grupos de enfermedades, al uso de los servicios sanitarios y, por último, al coste de los servicios de uno y otro carácter (RAWP, 1976; Rey, 1998a). Estas variables sirven para calcular ponderaciones diferentes de la población, que se utilizan para obtener la financiación que recibirá por cada “región”.

En el Reino Unido se ha demostrado una relación estadística significativa entre estas variables, pero no se debe suponer que ésta se cumple en otros sistemas sanitarios<sup>10</sup>.

Por tanto, para el cálculo de dichas ponderaciones, es necesaria una amplia información estadística que incluya también variables demográficas, relativa a los territorios que se analizan. En ningún caso, cuando dicha información no esté disponible, es razonable calcular coeficientes de ponderación que no se basen en datos objetivos de necesidades sanitarias, pues podrían dar lugar a sesgos o manipulaciones en su utilización.

---

<sup>9</sup> Por el contrario, para la distribución de la financiación sanitaria a Escocia, País de Gales e Irlanda del Norte, que serían el nivel equivalente de las comunidades autónomas españolas o las “provincias” canadienses, y a las que se ha dotado recientemente de autonomía política en su gestión, se sigue utilizando otro sistema, la fórmula de Barnett (Dixon *et al.*, 1999; HM Treasury 1999; House of Lords: Select Committee on the Constitution, 2002). Se trata de una fórmula de base poblacional, a cuyas características se alude en el Cuadro 1. Esa fórmula se aplica desde finales de los años setenta, muchos años antes de que se produjese el proceso de “devolución” a los países británicos citados en 1999. La transferencia de fondos a esas regiones es en bloque para el conjunto de las competencias que gestionan. Los parlamentos respectivos pueden destinar esos fondos a unos u otros programas dentro de ciertos límites.

<sup>10</sup> La introducción en el NHS inglés de nuevas formas de gestión a distintos niveles (*fundholders, trusts*) que compiten por la atracción de pacientes y contratos para su financiación han modificado sustancialmente las posibilidades de distribución presupuestaria basadas en cálculos de las “necesidades” sanitarias de las poblaciones correspondientes.

En la situación actual del NHS inglés, el cálculo de necesidades sanitarias se ha referido también al diseño de programas de actuación dirigidos a grupos de población determinados, de ubicación precisa y tamaño limitado, que se diferencian en alguna característica o situación peculiar de otros grupos cercanos de población (Cavanagh y Chadwick, 2005). En todo caso, la introducción de las nuevas formas de gestión de los servicios sanitarios ha supuesto la ampliación de las diferencias en las prácticas médicas entre las regiones inglesas (Dobson, 2005), basadas no sólo en las “necesidades” sanitarias de cada una, sino en las decisiones de las entidades gestoras de la atención sanitaria, orientadas por razones financieras (Coombs, 2005).

Una segunda causa para la ausencia de criterios de “necesidad” en la distribución de la financiación sanitaria en países descentralizados es el propio papel de los servicios sanitarios.

Desde un punto de vista general, desde McKweon (1979) se ha puesto repetidamente en cuestión el papel de la atención médica en la mejora de la salud de las poblaciones, en especial si los criterios de demostración se relacionan con los indicadores de morbilidad y mortalidad tradicionales. La utilización de algunos indicadores más refinados, como la mortalidad evitable o prematura, la esperanza de vida, o los años potenciales de vida activa perdidos, han permitido en fechas más recientes mejorar esa apreciación (Nolte, 2004). Incluso se ha llegado a la conclusión de que una mayor acumulación de determinados recursos sanitarios, de manera especial los recursos humanos, contribuye a mejorar las expectativas de vida de la población (Or, 2000 y 2001).

Sin embargo, a partir de Preston (1975) se ha demostrado también que el valor de la atención sanitaria para la mejora de la salud de las poblaciones tiene que ver con el grado de desarrollo económico de éstas (Puig-Junoy, 2003; Rey Biel y Rey del Castillo, 2005). La relación entre recursos empleados para mejorar el estado de salud (incluyendo entre ellos las tecnologías sanitarias, pero también las medidas de salud pública, la mejora de los hábitos de vida y otras) y los resultados obtenidos con esos recursos (mejora de la supervivencia y de la calidad de vida) depende del nivel de desarrollo del país en que se emplean.

Esa relación forma una curva de pendiente inicial inclinada (con pocos recursos se obtienen mejoras importantes en el estado de salud), que, por el contrario, se hace asintótica con la horizontal a partir de cierto nivel de recursos empleados (escasas mejoras en el estado global de salud por mucho que se aumenten los recursos). Los países ricos se mueven en esa parte plana de la curva, en la que el coste adicional de las innovaciones no añade casi ninguna mejora al estado de salud, mientras que en los países pobres ocurre lo contrario (aunque al no disponer de recursos, ni en niveles bajos, las posibilidades de mejorar el estado de salud a niveles aceptables son escasas).

Los países de gestión sanitaria descentralizada dotados de servicios públicos de salud, todos ellos países desarrollados, se mueven en la parte plana de esa curva. Otorgar un gran valor a las diferencias en salud que puedan existir entre territorios de un mismo país, y dotar de una repercusión financiera relevante a esas diferencias para la distribución de recursos, es una operación de éxito improbable. De hecho, no ha sido acometida por ningún país federal ni en el que se haya producido la “devolución” de los servicios sanitarios<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> En el caso del RAWP, el sistema prevé incluso mecanismos que limitan la variación interanual del gasto, aunque las variaciones, tanto en sentido positivo como negativo, que pudieran deducirse de la aplicación de los coeficientes ponderados calculados cada año fueran mayores. Por otra parte, el sistema RAWP establece mecanismos de cálculo distintos para los gastos corrientes y los de inversión.

Por todo ello, la determinación de las “necesidades” sanitarias de los territorios regionales no es la base del cálculo de su financiación. El sistema de financiación sanitaria británico es un buen ejemplo de que la distribución de la financiación sanitaria se rige en buena parte por criterios históricos de gasto. La fórmula de Barnett del Cuadro 1 muestra el importante peso que tienen las tendencias históricas de gasto, anteponiéndose incluso a las demandas de igualdad en financiación *per cápita*. Esto ocurre especialmente en las regiones dotadas tradicionalmente de un gasto *per cápita* más bajo, como en el Reino Unido es el caso de Inglaterra (Trench, 2001:8). El Cuadro también muestra que ni siquiera una tendencia a la convergencia en el gasto *per cápita* (reducida o inexistente, como se indica más adelante) es capaz de provocar cambios inmediatos en las fórmulas que determinan la distribución financiera, una vez completados los procesos de descentralización.

### **Cuadro 1. Financiación sanitaria de las regiones-naciones en el Reino Unido: la Fórmula de Barnett**

Esta fórmula, introducida a finales de los años setenta para financiar los servicios en Escocia, se extendió después para Gales e Irlanda del Norte. Se utilizaba, por tanto, antes de que esos países adquiriesen la condición de autonomía de la que disponen actualmente, en una situación en la que la gestión de sus servicios sanitarios se llevaba a cabo por los ministerios existentes para cada una de las “naciones” mencionadas, y no por el Departamento británico de Salud y Seguridad Social.

La fórmula establece la financiación sanitaria de esos países incluidos en el Reino Unido como una proporción del gasto sanitario central en relación con la población de cada territorio, sin otras correcciones, incrementando la dotación anual en función del crecimiento proyectado del gasto público en el mismo período. Supone, en consecuencia, una fórmula continuista, que no pone en cuestión los patrones históricos de distribución del presupuesto, ni siquiera después de que se haya producido un avance en la descentralización política de la responsabilidad sobre los servicios sanitarios.

Con esta fórmula Escocia venía recibiendo un 25% de financiación sanitaria *per cápita* más que Inglaterra, Gales un 18% más, e Irlanda del Norte un 5% (Dixon *et al.*, 2004).

Tales diferencias se arrastran desde que se comenzó a aplicar, y resultan de mantener las mismas diferencias que venían existiendo con una fórmula anterior, la de Goschen, diseñada en 1888 para separar las finanzas públicas del imperio británico de la financiación de los servicios provistos localmente, y sobre la base de una estimación aproximada de lo que cada una de las regiones-naciones mencionadas contribuía a los recursos del Estado. La fórmula de Goschen permaneció inalterada hasta 1956, en que se suspendió. Cuando a finales de los años setenta del siglo anterior se quiso implantar de nuevo un sistema de distribución regional de los recursos coincidiendo con una primera oleada de reformas en la línea de la “devolución” culminada veinte años más tarde, no fue posible elaborar unos criterios de “necesidad” de distintos servicios que resultasen acordados entre las partes, por lo que se recurrió a recuperar una proporción de distribución de los recursos similar a la que había existido previamente (Bell y Hitchell, 2005).

Por otra parte, la fórmula de Barnett no se ha modificado después del proceso de “devolución” (ni existen previsiones conocidas para hacerlo) (HM Treasury, 2004), a pesar de algunas opiniones en contrario (Walker, 2002; Greer, 2005). Se caracteriza por mantener los valores históricos de gasto, previendo un mismo aumento proporcional en la dotación presupuestaria añadida para las regiones que el que se produce en el presupuesto correspondiente de Inglaterra, además de tener en cuenta las variaciones respectivas en población (aunque las modificaciones correspondientes a esta última no se hacen con carácter anual).

Puesto que la población va aumentando en Inglaterra y disminuyendo en el resto de las regiones, el resultado de la fórmula por sí misma sería una lenta tendencia a la convergencia en el gasto entre una y las otras, más lenta aún dado que las variaciones sólo se producen en los incrementos del gasto, y no en las cifras básicas de éste. Sin embargo, la forma en la que se tienen en cuenta en la fórmula las variaciones en la población limita sus efectos con respecto a la reducción o el aumento real de ésta, por lo que la tendencia a la convergencia en el gasto *per cápita*, en cuyo cálculo la población actúa como denominador, se reduce aún más (Heald y McLeod, 2004). El efecto de los incrementos presupuestarios para las regiones dotadas históricamente de un nivel de financiación *per cápita* más alto es que, a medida que el incremento de la financiación global es mayor, el aumento es proporcionalmente más reducido para las regiones mejor dotadas previamente, lo que reduce las posibilidades de introducir reformas en la organización de sus servicios que conlleven aumento del gasto (Trench, 2001:8-9).



No es cierto tampoco que haya existido un cambio de tendencia y que con él los sistemas de financiación sanitaria hayan pasado de regirse por criterios de gasto históricos, y por ello retrospectivos, a formas prospectivas de financiación, que podrían contribuir a controlar mejor el gasto (Cantarero, 2005; Urbanos, 2005).

La utilización de criterios de necesidad para distribuir la financiación de manera prospectiva es, como se ha indicado anteriormente, menos propia de las entidades de nivel regional, y ocurre cada vez más en entidades de menor tamaño y nivel político inferior (Mossialos *et al.*, 2002:257-61).

La escasa introducción de formas prospectivas de financiación sólo ha ocurrido en las dos últimas décadas en sistemas de pagos a “proveedores” de cuidados sanitarios (tanto en el nivel primario de atención como en el hospitalario), como una manera de incentivar la eficiencia interna en su gestión y en el contexto de sistemas sanitarios que han optado por introducir mecanismos de “compra” de servicios (Langenbrunner *et al.*, 2005).

El carácter supuestamente “prospectivo” de los niveles regionales de gobierno se debe únicamente a la necesidad de establecer presupuestos generales de gasto. Sin embargo, esto no implica que el gasto sanitario no haya venido marcado y, por tanto, presupuestado por las tendencias pasadas de gasto.

#### **d) Diferencias regionales en financiación sanitaria capitativa**

La financiación sanitaria regional es en la mayoría de los países federales o descentralizados la suma resultante de aportaciones provenientes de impuestos regionales propios o cedidos y de las procedentes de fuentes federales o centrales, siempre existentes<sup>12</sup>. El resultado de esa suma de fuentes diversas de financiación es en la mayoría de esos países una financiación capitativa de los servicios sanitarios diferente para cada entidad subcentral, pese a que en algunos casos las aportaciones centrales tiendan a ser similares. Por ejemplo, en el caso canadiense se ha observado (Rey *et al.*, 1999a) una evolución temporal a la divergencia en el gasto público sanitario total entre entidades subcentrales (Tabla 2). Esta situación puede reflejar no sólo un gasto histórico distinto, sino también una distribución territorial diferente de los recursos sanitarios por razones de economías de escala, además de o en lugar de las históricas; o incluso un coste diferen-

---

<sup>12</sup> Ese origen múltiple de la financiación sanitaria refleja también en ocasiones el camino seguido para la universalización de la protección sanitaria: en Canadá, por ejemplo, hasta 1970 la protección sanitaria era responsabilidad de las provincias canadienses, que la ejercían con cargo a sus propios ingresos con diferentes grados de extensión material y personal. Como resultado de la Ley (Medical Care Act) de 1966, en 1970 el gobierno federal asumió la aportación del 50% de la financiación necesaria para extender con carácter universal un nivel homogéneo de protección a todos los ciudadanos canadienses. Con ello no cambió la gestión de la atención sanitaria, que sigue siendo responsabilidad directa de las provincias. Por su parte, el gobierno federal es responsable del mantenimiento de las condiciones generales de la protección sanitaria que se han citado antes.

**Tabla 2. Aportaciones territoriales a la financiación sanitaria en Canadá (1980-2004) (dólares constantes 1997 *per cápita*)**

	1980	1985	1990	1995	2000	2004
Newfoundland y Labrador	1.072,3	1.187,7	1.471,8	1.612,4	2.556,6	2.553,2
Prince Edward Island	1.049,6	1.389,2	1.504,9	1.508,7	1.693,4	2.189,1
Nova Scotia	1.058,5	1.268,6	1.547,0	1.411,7	1.826,5	2.188,6
New Brunswick	992,2	1.329,1	1.577,5	1.636,3	1.808,3	2.137,1
Quebec	1.359,5	1.540,3	1.648,6	1.695,6	1.758,0	1.930,8
Ontario	1.207,9	1.459,4	1.784,0	1.761,3	1.859,1	2.233,1
Manitoba	1.227,0	1.465,8	1.701,7	1.706,8	2.903,9	2.426,0
Saskatchewan	1.268,7	1.469,2	1.845,8	1.661,7	1.916,5	2.222,3
Alberta	1.412,7	1.718,0	1.914,7	1.547,7	1.911,3	2.237,0
British Columbia	1.481,2	1.653,8	1.885,4	1.976,1	2.077,8	2.313,3
Yukón	1.034,1	1.415,4	1.622,1	2.554,6	2.538,0	3.058,1
Territorios del Noroeste	1.421,6	1.778,4	3.886,0	3.361,7	3.661,5	4.232,5
Nunavut	–	–	–	–	5.511,6	7.434,8

Fuente: Canadian Institute for Health Information (2005)

te en la provisión de grados similares de cobertura sanitaria conforme a las características territoriales y de distribución de la población.

En general, en todo caso, la igualdad en financiación sanitaria no es un objetivo en sí mismo para los sistemas sanitarios descentralizados con protección universal<sup>13</sup>. Éstos se orientan de manera prioritaria hacia la corrección de otras formas de desigualdad sanitaria específica (sobre todo en términos de acceso a los servicios), y toleran desigualdades financieras relativas, que no son el objetivo a corregir.

La aspiración a la igualdad financiera parece ser más bien una demanda política de carácter general, vinculada a una financiación global adecuada, por parte de entidades políticas de nivel regional que han adquirido un nivel similar de responsabilidad en la gestión de diferentes competencias y servicios. Se ha observado también que la secuencia en la que tiene lugar la consecución de la atención sanitaria universal en un régimen político federal o descentralizado puede tener influencia sobre la prioridad final de uno u otro proceso y, en relación con ello, con la importancia otorgada a la convergencia en la financiación capitativa sanitaria entre regiones. Por ejemplo, en Canadá, donde no se ob-

<sup>13</sup> Mucho menos en países como los Estados Unidos, donde se observan diferencias entre Estados muy importantes en el gasto *per cápita* de los grupos de población protegidos, como los ancianos incluidos en Medicare. Algunos estudios referidos a ese caso concluyen que no puede deducirse que para un mismo paquete de prestaciones cubiertas, y descontado el efecto de los precios, la atención sanitaria sea mejor en los Estados cuyo gasto *per cápita* es mayor (Wennberg *et al.*, 2002; Fisher *et al.*, 2003; Gold, 2004).

serva una tendencia a la convergencia, la estructura federal del Estado precedió a la universalización de la atención, que no se concretó en objetivos financieros más precisos. Por el contrario, en países como España, donde existía una cobertura sanitaria casi general antes de la descentralización, el objetivo de una financiación capitativa regional similar, o al menos la tendencia a la convergencia en ese ámbito, se ha hecho muy patente desde la constitución de las comunidades autónomas, de manera más explícita en los últimos años (Rey *et al.*, 1999a).

En todo caso, las grandes diferencias entre regiones en financiación sanitaria *per cápita* sólo parecen posibles en países sin descentralización política. Por ejemplo, tal como se indica en el Cuadro 1, en el Reino Unido, antes de la reciente descentralización a Escocia, País de Gales e Irlanda del Norte, se observaban ya diferencias llamativas, que tienden a mitigarse sólo muy lentamente tras la descentralización.

#### e) Copagos y tasas

Los efectos teóricos potencialmente negativos de copagos y tasas sobre la equidad en el acceso a los servicios sanitarios han sido comentados en el apartado de consideraciones teóricas, y han sido también objeto de numerosos estudios sobre su aplicación real en diferentes países (Robinson, 2002; Puig-Junoy y Martín, 2005). Esa observación es el resultado de diferentes estudios, tanto sobre sus efectos en condiciones “naturales” como experimentales (el más conocido es el de la Rand Corporation), que indican que los copagos reducen la utilización tanto de los servicios sanitarios necesarios (efectivos, como las urgencias o las vacunaciones infantiles) como los innecesarios (poco o muy escasamente efectivos), con independencia de su nivel. Esta reducción del uso afecta de manera especial a los individuos de menor nivel de renta, con efectos redistributivos negativos potencialmente importantes. Pese a ello, la mayoría de los países tienen implantados diferentes copagos, con cuadros de excepciones igualmente distintos, en especial para la compra de productos farmacéuticos, si esta prestación está incluida en los servicios públicos correspondientes.

En países federales o descentralizados se considera que la implantación de copagos o tasas regionales diferentes contribuiría a introducir desigualdades territoriales en el acceso a los servicios sanitarios añadidas a las que pudieran existir desde el punto de vista social, que deben evitarse para no romper las condiciones de universalidad y equidad de la protección sanitaria. Por esa razón, en algunos de esos países, la implantación unilateral por parte de distintas regiones de los mismos condiciona la retirada de una parte de la financiación sanitaria central, precisamente la dirigida y vinculada en sentido inverso a garantizar las condiciones universales e igualitarias de la protección. Estas actuaciones dan lugar a conflictos de solución compleja, que en ocasiones ponen en cuestión el mantenimiento de tales condiciones igualitarias, normalmente a instancias de las regiones de mayor nivel de renta (Canadian Press, 2005; Banting y Corbett, 2001:21 y 180).

#### **f) Resultados financieros del funcionamiento coordinado de los servicios sanitarios y mecanismos de coordinación**

En cuanto a resultados financieros, los sistemas sanitarios de países federales o descentralizados tienen una capacidad de control del incremento del gasto sanitario menor que los países con sistemas centralizados (Banting y Corbett, 2001)<sup>14</sup>. Esto se está poniendo especialmente de manifiesto en los últimos años, en los que se han venido implantando medidas dirigidas al control de esas partidas en muchos países (Abel-Smith y Mossialos, 2004; Mossialos y LeGrand, 2001; Dixon *et al.*, 2004).

Esa menor capacidad de control del incremento del gasto sanitario se relaciona con la complejidad de los mecanismos que numerosas administraciones diferentes deben coordinar. Estos problemas de coordinación fomentan una tendencia al incremento del gasto que puede poner en peligro de manera más intensa el mantenimiento de la universalidad y la extensión de la protección.

Esta observación, como se ha comentado en los apartados teóricos, resulta contradictoria con algunos de los teoremas clásicos del federalismo fiscal, que postulan la mayor eficiencia del suministro descentralizado de un bien público como consecuencia de la posibilidad de una oferta de niveles diferentes del bien o servicio público en cada jurisdicción (Braña y Serna, 1997:33-6).

Pese a que la eficiencia en el control del gasto es menor en sistemas descentralizados, los mecanismos puestos en marcha para fomentar el funcionamiento coordinado de los servicios afectan, en todo caso, a tres ámbitos diferentes:

- En primer lugar, desde el punto de vista político, el mantenimiento de la protección sanitaria universal es un programa que merece atención preferente. Como tal, figura periódicamente en las agendas de los órganos que debaten las políticas generales en cada país con la participación de los gobiernos regionales (desde la Conferencia de Presidentes en Canadá al Bundesrat alemán). Además, en distintos países existen órganos específicos de coordinación que reúnen a los responsables sanitarios regionales entre sí, con presencia, o sin ella, de los responsables sanitarios federales o centrales (Rey

---

<sup>14</sup> El resultado de la existencia de los mecanismos financieros descritos y de los otros mecanismos de intervención que se describen a continuación es que, así como son poco eficaces en el control del gasto, los sistemas sanitarios existentes en países desarrollados federales o descentralizados garantizan la igualdad el acceso a los servicios sanitarios, que es el objetivo establecido como criterio principal de igualdad en la mayoría de los casos, en condiciones similares a las que se logran en países no descentralizados (Banting y Corbett, 2001). La eficacia en el logro de este objetivo tiene probablemente también relación con el grado de apoyo social del que disponen los sistemas sanitarios correspondientes, incluido el carácter universal de la protección y su extensión al menos a todo el territorio de cada país. Ello reduce a su vez las diferencias que pudieran existir entre los grupos políticos que llevan a cabo su gestión en territorios diversos.

del Castillo, 1998b). Sin embargo, el papel de tales órganos no suele ser de carácter decisorio o vinculante, ni sustituye la capacidad de decisión de cada uno de los niveles de gobierno conforme a la definición de sus propias competencias. Aún menor poder de decisión tienen estos órganos en los aspectos financieros, ni siquiera en la distribución de fondos centrales que deban repartirse entre las administraciones de otros niveles de gobierno. Cuando existen, desempeñan más bien un papel de acercamiento y cooperación entre las posiciones de las administraciones en las políticas que les son comunes o que pueden beneficiarse de una aproximación común.

- Todos los sistemas sanitarios descentralizados o federales disponen de sistemas de información para conocer y comparar la situación sanitaria (y de la financiación sanitaria) de las provincias o regiones de un mismo país. La constitución de estos sistemas no está necesariamente vinculada a la distribución política de la responsabilidad en las materias sanitarias, sino que en algunos casos se soporta en instituciones independientes de otro tipo (académicas, o institutos de investigación) en los que también en ocasiones se prevé una participación ciudadana específica<sup>15</sup>.
- El tercer nivel es la utilización de economías de escala para mantener la universalidad de la cobertura y la amplitud de la atención. Esto se traduce en algunos países (Saltman, 2005) en sistemas de evaluación tecnológica y de compras de carácter cooperativo que contribuyen a incrementar la capacidad de negociación de los responsables sanitarios regionales frente a los proveedores (las industrias farmacéutica y de tecnologías sanitarias). Éstos proveedores dominan actualmente los mercados sanitarios, a la vez que son también los causantes principales del incremento del gasto sanitario (Bodenheimer, 2005a y b; Di Matteo, 2005), y demuestran una tendencia creciente a la concentración (Frantz, 2004; Knable y Rapp, 2004; Pollack, 2005; Rapp, 2005).

Cuando determinadas prestaciones se excluyen de la cobertura universal garantizada (como ocurre con la prestación farmacéutica en Canadá), o la relación con los proveedores debe hacerse de manera directa por los responsables sanitarios regionales (como está empezando a ocurrir en Italia tras su descentralización), el gasto en estas áreas tiende a ser más alto, y las desigualdades en precios y en gasto entre regiones también tienden a ser mayor (Jommi, 2003; Lewis *et al.*, 2001).

---

<sup>15</sup> Como ejemplo de organismos de ese carácter puede verse el Instituto Canadiense de Información Sanitaria (CIHI), que reúne varias de las características citadas. Se puede acceder a él a través de la página [www.cihi.ca](http://www.cihi.ca).

### 3. La organización y la financiación de los servicios sanitarios en España

#### 3.1 La organización de los servicios sanitarios españoles y su evolución

La descripción de la organización de los servicios sanitarios españoles, y de su evolución en los últimos años, se puede resumir haciendo referencia a algunos aspectos muy concretos.

En primer lugar, el sistema sanitario actual reúne las características de un Servicio Nacional de Salud, aunque su gestión sea descentralizada y se lleve a cabo por las comunidades autónomas<sup>16</sup>; tiene una financiación pública basada en impuestos, ofrece cobertura universal a todos los ciudadanos por el hecho de serlo, y dispone de medios propios para prestar la atención. Tales características se han alcanzado a partir de la Constitución de 1978, partiendo de la base de un sistema preexistente de los llamados “de Seguridad Social” (financiado con cotizaciones sociales, que cubría a la población con vinculación laboral) que, a diferencia de otros sistemas del mismo tipo, tenía como peculiaridad el disponer de medios propios (los centros a los que todavía se alude como “de la Seguridad Social”). El paso de uno a otro tipo de sistema ha sido progresivo, y el proceso no se ha completado en todas sus facetas. Persisten grupos de población cubiertos bajo formas diferentes de protección (singularmente los funcionarios civiles, judiciales y militares), e incluso existen algunos grupos de ciudadanos, aunque reducidos, que no tienen definida la forma de hacer efectivo su derecho a la protección de la salud a través de los servicios públicos sanitarios (Freire *et al.*, 2003, Sevilla, F., 2005).

En segundo lugar, la evolución hacia la constitución de un Servicio Nacional de Salud (al que se alude como “Sistema” en función de las características descentralizadas de su gestión) se ha acompañado de manera simultánea de un profundo proceso de descentralización a las comunidades autónomas. De este último, desarrollado de manera “asimétrica” durante un plazo de tiempo muy prolongado, se destacan algunos rasgos específicos:

---

<sup>16</sup> Cataluña fue la primera comunidad autónoma que recibió el traspaso de la responsabilidad en asistencia sanitaria “de la Seguridad Social”, en 1981. Diez comunidades autónomas cerraron los traspasos en esa misma materia de forma simultánea en diciembre de 2001.

- Una distribución de competencias entre la AGE y las comunidades autónomas poco clara, en la que algunos (Tornos, 2001; Vaquer 2001; López-Casasnovas y Rico, 2003) sustentan el criterio de que, una vez traspasados los servicios como “gestión de servicios de la Seguridad Social”, la competencia asumida debe tratarse como propia del ámbito de la “sanidad”. Este criterio no es compartido por otros autores (Mercader, 2001; Rey del Castillo, 2001a), que consideran que la asistencia sanitaria se mantiene en el ámbito de la Seguridad Social, entendido éste, a la manera de Beveridge, de manera amplia, y no como una cobertura de carácter exclusivamente profesional. Las consecuencias en términos de la organización de los servicios y la intervención en ellos de las distintas administraciones, central y autonómicas, son muy distintas, sin que, sin embargo, se haya producido nunca un pronunciamiento constitucional ni un acuerdo político sobre esa cuestión<sup>17</sup>.
- Existe una marcada tendencia por parte de todas las administraciones, sea cual sea el color político de su gestión en cada momento del proceso, a aceptar una interpretación “exclusiva” del ejercicio de las competencias autonómicas en la gestión de la asistencia sanitaria. Frente a esas interpretaciones expansivas por parte de las comunidades autónomas, la Administración General del Estado ha mantenido una actitud de retraimiento en el ejercicio de sus competencias sanitarias, incluso de las establecidas de manera expresa legalmente. La situación de los sistemas de información, imprescindibles para el funcionamiento de un sistema descentralizado, cuya responsabilidad atribuyó al Ministerio de Sanidad la Ley General de Sanidad, es una manifestación característica de esa actitud.
- Resulta igualmente deficitario el desarrollo del concepto de “coordinación” en el sistema sanitario (Rey del Castillo, 2001a), y del papel a desarrollar en ese sentido por la AGE para mantener las condiciones de universalidad y equidad de la protección sanitaria, papel que no cabe delegar a las comunidades autónomas, ni al conjunto de éstas (Solozábal, 2006).

Por último, el desarrollo del proceso de descentralización política (“devolución”) a las comunidades autónomas ha potenciado y multiplicado la introducción de nuevas formas

---

<sup>17</sup> Un trabajo de Juan José Solozábal realizado para el Laboratorio de Alternativas de manera casi simultánea a éste (Solozábal, 2006) abre la perspectiva de las bases constitucionales para justificar la intervención de la Administración General del Estado en el campo de la protección sanitaria a títulos diferentes a los mencionados en el párrafo anterior. En el mismo trabajo se sugieren también vías posibles de intervención diferentes a las que se han venido utilizando hasta ahora, así como la posibilidad de modificar las normas legales en las que se ha traducido el ejercicio de la coordinación en materia sanitaria, dadas las deficiencias que parecen observarse en dicha regulación. En el trabajo se mencionan también como uno de los mecanismos principales posibles de intervención los llamados *grants in aid*, equivalentes a nuestras subvenciones, sobre las que también se hacen referencias más adelante en este trabajo como expresión del “poder de gasto” por parte del Estado, subrayando que es uno de los mecanismos de intervención más característicos de los países federales.

organizativas y de gestión de los servicios sanitarios que dificultan más aún la información y el funcionamiento coordinado de un sistema que basaba una buena parte de sus fortalezas organizativas en la coordinación de su gestión (Martín, 2003).

### 3.2 El sistema de financiación sanitaria actual

Una descripción pormenorizada del sistema de financiación sanitaria actual se ha hecho en otros trabajos previos (Rey del Castillo, 2002a). En todo caso, destacamos algunas de sus características más importantes a los efectos de este trabajo, así como las condiciones de su evolución:

- En primer lugar, se trata de un sistema de financiación integrado de manera indiferenciada en el sistema de financiación autonómica general, en el que no hay ingresos fiscales finalistas, ni adscripción del conjunto o parte de los fondos recibidos a ninguna finalidad concreta. Con el conjunto de los ingresos de cada comunidad autónoma se constituye un fondo común, de cuya distribución, salvo algunas garantías iniciales de adscripción de determinadas cantidades a ciertas finalidades, entre las que se cuenta la sanitaria, es responsable únicamente cada Administración autonómica. Incluso en esos casos de garantías teóricas de adscripción de cantidades “mínimas” a ciertos fines, no hay ningún mecanismo efectivo de control externo a cada comunidad autónoma, ni siquiera durante el período para el que se establecieron esas garantías nominales de dedicación.
- A esta situación se ha llegado desde un sistema de financiación finalista y diferenciado imperfecto, en el que los ingresos de origen contributivo basados en las aportaciones de trabajadores y empresarios fueron progresivamente sustituidos por aportaciones fiscales. El cierre de este proceso culminó en 1999, año en el que la totalidad de los fondos para la financiación sanitaria procedieron de fuentes fiscales.
- La sustitución de ese sistema finalista por un sistema indiferenciado de financiación actual tuvo lugar en diciembre de 2001, de manera simultánea con el cierre del proceso de descentralización de la asistencia sanitaria (de la Seguridad Social) a las diez comunidades autónomas antes citadas. En ese proceso las razones financieras y de incremento de la capacidad de gasto de las comunidades autónomas predominaron netamente sobre las razones sanitarias para la descentralización.
- La mejor prueba de la afirmación anterior es la disposición final segunda de la Ley 21/2001, que condicionó (probablemente de manera ilegal, aunque todavía no hay sentencia en el recurso interpuesto al respecto ante el Tribunal Constitucional) la aplicación del nuevo sistema de financiación a las comunidades autónomas que estaban pendientes de recibir los traspasos de la asistencia sanitaria a la aceptación de esos traspasos.



En los acuerdos de transferencia correspondientes, esas comunidades autónomas obtuvieron una valoración económica de los bienes y servicios traspasados algo superior (si bien de manera discrecional y distinta para cada una de ellas) a la que se deduciría de los coeficientes de financiación previstos en la Ley en la mayoría de los casos. La Tabla 3 muestra las diferencias entre las solicitudes de financiación sanitaria de cada comunidad autónoma, la oferta inicial hecha por el Gobierno y la financiación final obtenida por cada comunidad.

Los márgenes de aumento susceptibles de lograrse por la vía de la negociación sin esas condiciones podrían en todo caso considerarse marginales con respecto al monto global del traspaso en la totalidad de los casos.

La cláusula citada es, en sí misma, buena muestra del interés prioritario por parte del Gobierno central de aquel momento en aprobar el nuevo sistema de financiación. Por otra parte, la valoración de los escasos efectos económicos directos en términos de ahorro para las arcas estatales por la aceleración de los procesos de traspaso de la atención sanitaria pendientes, permite presumir que los ahorros mencionados no eran la razón para imponer la aceleración de esos traspasos. Tales ahorros resultaron compensados de hecho por la posibilidad de aumentar la valoración económica de los traspasos y por el aumento de la financiación general que supuso para todas las comunidades autónomas de régimen común la aplicación del nuevo sistema financiero.

La razón principal de la preferencia por la aprobación de un nuevo sistema de financiación autonómica hay que buscarla en el papel que juegan los servicios sanitarios en el gasto público de las comunidades autónomas una vez éstas asumen su gestión. La proporción del gasto sanitario en el total del gasto público de cada comunidad supuso, según las estimaciones más recientes, un promedio del 37,6% para cada comu-

**Tabla 3. Financiación sanitaria solicitada, ofertada y obtenida por comunidades autónomas en 2004 (millones de euros)**

	Solicitud inicial de la comunidad autónoma	Oferta inicial del gobierno	Cantidad obtenida
Aragón	961,62	931,43	989,67
Asturias	955,61	865,46	927,55
Baleares	631,06 (+ 162,27 en inversiones)	601,01	613,03
Cantabria	No indicó cifra	432,73	480,81
Castilla-La Mancha	1.346,27	1.286,17	1.388,34
Castilla y León	1.803,04	No indicó cifra	1.953,29
Extremadura	No indicó cifra	835,89	913,54
La Rioja	240,4	No indicó cifra	269,27
Madrid	3.005,06	No indicó cifra	3.726,28
Murcia	No indicó cifra	793,34	885,25

Fuente: Diario Médico, 27 de diciembre de 2004

nidad autónoma en el año 2003 (Grupo de Trabajo de Gasto Sanitario, 2005). Puesto que la finalidad del sistema de financiación autonómica es dotar a cada comunidad de fondos suficientes para afrontar los servicios que deben atender, el traspaso de los servicios sanitarios era condición indispensable para que se pudiera ceder a las comunidades autónomas el amplio paquete de impuestos que caracterizan al nuevo sistema financiero. Sin el traspaso de los servicios sanitarios, una cesión de impuestos tan amplia como la que tuvo lugar hubiera carecido de justificación.

A su vez, aceptar una situación de traspasos sanitarios diferente para distintas comunidades autónomas hubiera determinado la aplicación de sistemas de financiación diversos para cada uno de los grupos de comunidades autónomas constituidos conforme a los servicios traspasados a la responsabilidad de su gestión. Esto habría roto de nuevo la homogeneidad del sistema de financiación autonómica, que era otro de los objetivos prioritarios de su implantación.

- En el sistema indiferenciado de financiación actual los ingresos autonómicos están constituidos por una “cesta” de impuestos recaudados en su mayoría por la AGE y distribuidos también en su mayor parte (98%) mediante adelantos con arreglo a las previsiones recaudatorias correspondientes a cada Administración.
- Se estableció una garantía de porcentajes mínimos de ingresos autonómicos que debían utilizarse en gasto sanitario para un período, ya transcurrido, de tres años. A partir del final de ese período, en 2005, los ingresos, ya sin garantía sectorial alguna, pasarían a depender de la capacidad recaudatoria de los impuestos vinculados a la financiación autonómica general en cada territorio. Pese a la adscripción a su financiación, la mayoría de esos impuestos escapa a la capacidad real de intervención de las propias administraciones autonómicas, que carecen de capacidad normativa sobre la mayoría de ellos, así como de intervención en la propia recaudación. Esta situación pone en cuestión la existencia de mecanismos reales de “corresponsabilidad fiscal” (Sevilla Segura, 2005), que fue la razón principal por la que se justificó la implantación del nuevo sistema de financiación.
- El sistema de “corresponsabilidad fiscal” supone que los incrementos de gasto por parte de las comunidades autónomas que estén por encima de la financiación recibida acordada deban ser atendidos con cargo a su propia responsabilidad, bien sea por la mejora de la actividad recaudatoria con sus propios tributos, o por el establecimiento de recargos tributarios propios sobre los impuestos cedidos total o parcialmente.

El margen de incremento de los ingresos por la mejora de la capacidad recaudatoria de los tributos propios, en relación con el volumen de éstos, parece escaso, con independencia de que se hayan podido detectar actitudes distintas por parte de diferentes comunidades autónomas. Las mismas diferencias se han producido en las políticas fiscales de diversas comunidades autónomas, algunas de las cuales, en especial aquellas gobernadas por el Partido Popular, han aplicado o propuesto reducciones e incluso la su-

presión (caso del Impuesto de Sucesiones y Donaciones por la Comunidad de Madrid), de algunos de sus tributos. Es evidente que tales propuestas resultan poco coherentes con las demandas de mayor financiación que se dirigen de manera simultánea a la AGE en relación con supuestas insuficiencias financieras derivadas del sistema en vigor.

En todo caso, la cuestión principal que se plantea desde el punto de vista de la equidad, la corresponsabilidad fiscal y el incremento del gasto sanitario es la diferente capacidad recaudatoria de las comunidades autónomas de cada uno de los impuestos que forman parte del sistema de financiación.

Existen diferencias muy significativas entre los porcentajes poblacionales de cada una de las comunidades autónomas y la participación de la recaudación en cada una de ellas por IRPF, IVA e impuestos especiales (véanse Tabla 4 y Díaz Regañón, 2005), todos los cuales forman parte en distintas proporciones del sistema autonómico de financiación. Las diferencias son especialmente significativas en el caso de los impuestos especiales, en los que en 2003 la recaudación se concentró en una proporción superior al 90% entre Madrid (87,30%) y Cataluña (5,91%).

- El sistema de financiación actual contempla la existencia de dos fondos sanitarios específicos: el denominado “de cohesión sanitaria” y el de “incapacidad temporal”. La cuantía de esos fondos es escasa. Su dotación supone alrededor de un 1/1.000 del presupuesto global del Sistema Nacional de Salud para asistencia sanitaria. Por otra parte, y aunque el primero de ellos ha sido objeto de diferentes regulaciones, no hay posibilidad de realizar distribuciones discrecionales por parte de la AGE. Cada uno se debe distribuir con arreglo a coeficientes preestablecidos, sin posibilidad de estimar el cumplimiento de ninguna otra condición de cuyo mantenimiento fuera responsable la propia AGE. Ambas razones los hacen carecer de validez como instrumentos reales de cohesión, y para acreditar la intervención de la AGE en la asistencia sanitaria en las funciones que le serían propias, como la garantía de la universalidad y equidad de la protección.
- El actual sistema de financiación también incluye “asignaciones de nivelación” en la asistencia sanitaria (lo mismo que en Educación). Sin embargo, la aplicación de éstas no está prevista en relación con la existencia de diferencias en la distribución o dotación de los servicios sanitarios en territorios autonómicos distintos. Con arreglo a lo previsto en el artículo 67 de la Ley 21/2001 (que desarrolla lo previsto en el artículo tercero de la Ley Orgánica 7/2001), la puesta en marcha de un proceso de “nivelación” en el campo sanitario se plantea únicamente como consecuencia de desviaciones muy importantes (superiores al 3%) del crecimiento de la población de una comunidad autónoma con respecto a la media nacional. En la norma citada se prevé la puesta en marcha de lo que se define como un proceso de debate entre la AGE y la comunidad autónoma que se pudiera ver afectada por situaciones de crecimiento poblacional como el descrito. No obstante, no se establecen

**Tabla 4. A) Porcentaje de impuestos previstos y recaudados en comunidades autónomas de régimen común (2002)**

	Población	IRPF previsto	IRPF recaudado	IVA previsto	IVA recaudado	Impuestos especiales previstos	Impuestos especiales recaudados
Andalucía	19,2	12,1	8,78	17,2	6,11	17,7	1,76
Aragón	3,1	3,4	2,88	3,4	2,30	3,7	0,06
Asturias	2,8	2,7	2,12	3	1,62	2,4	0,65
Baleares	2,4	2,6	2,32	5,1	0,97	3,5	0,11
Canarias	4,7	3,6	2,93	0	0,02	0,3	0,38
Cantabria	1,4	1,4	2,58	1,5	1,24	1,5	0,26
Castilla-La Mancha	4,6	2,7	1,89	3,7	1,45	5,8	1,43
Castilla y León	6,4	5,2	3,75	6,2	2,77	7,5	0,32
Cataluña	16,7	23	23,76	19,3	25,44	18,8	6,84
Extremadura	2,8	1,3	0,99	2,2	0,41	2,5	0,02
Galicia	7,0	5,1	4,44	6,6	3,70	6,4	0,42
Madrid	14,2	24,5	33,27	17,2	44,68	13,4	85,71
Murcia	3,1	2,1	1,60	2,8	0,76	3,6	0,19
La Rioja	0,7	0,7	0,53	0,7	0,43	0,8	0,05
Valencia	11,1	9,7	8,18	11,2	8,10	12,1	1,78
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Tabla 4. B) Porcentaje de participación en los ingresos tributarios del Estado por comunidades autónomas en conceptos de IRPF, IVA e impuestos especiales (1999-2003)**

	IRPF recaudado					IVA recaudado					Impuestos especiales recaudados				
	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003
Andalucía	8,49	8,28	8,44	8,78	9,16	6,22	6,46	6,47	6,11	6,52	4,09	3,63	2,98	1,76	2,00
Aragón	2,83	2,90	2,83	2,88	2,74	2,76	2,26	2,32	2,30	2,20	0,36	0,33	0,31	0,06	0,03
Asturias	2,25	2,17	2,20	2,12	1,83	1,70	1,64	1,69	1,62	1,53	0,74	0,77	0,70	0,065	0,57
Baleares	2,14	2,27	2,31	2,32	2,25	1,42	1,30	1,09	0,97	1,05	0,42	0,43	0,31	0,11	0,09
Canarias	2,99	2,89	2,90	2,93	2,92	0,02	0,02	0,03	0,02	0,04	0,45	0,45	0,05	0,38	0,30
Cantabria	2,34	2,68	2,51	2,58	2,15	1,22	1,06	1,13	1,24	1,15	0,42	0,40	0,39	0,26	0,24
Castilla-La Mancha	1,83	1,72	1,78	1,89	1,89	1,39	1,44	1,47	1,45	1,52	0,85	1,56	1,37	1,43	1,13
Castilla y León	3,92	3,66	3,81	3,75	3,49	2,93	2,54	2,42	2,77	2,60	0,89	1,03	1,00	0,32	0,29
Cataluña	24,57	23,83	23,46	23,76	22,66	26,30	24,83	24,74	25,44	24,95	7,51	7,84	7,18	6,84	5,91
Extremadura	0,98	0,88	0,99	0,99	0,98	0,43	0,40	0,39	0,41	0,42	0,13	0,13	0,13	0,02	0,02
Galicia	4,21	4,21	4,19	4,44	4,05	3,79	3,67	3,56	3,70	3,93	0,73	0,69	0,72	0,42	0,39
Madrid	33,56	35,52	33,91	33,27	35,76	43,89	45,50	45,86	44,68	44,20	80,25	79,32	81,18	85,71	87,30
Murcia	1,38	1,41	1,53	1,60	1,56	0,55	0,54	0,62	0,76	0,92	0,45	0,42	0,41	0,19	0,17
La Rioja	0,56	0,57	0,52	0,53	0,54	0,43	0,40	0,39	0,43	0,40	0,13	0,13	0,10	0,05	0,05
Valencia	8,00	7,02	8,62	8,18	8,01	7,35	8,48	7,82	8,10	8,56	2,56	2,90	2,76	1,78	1,53
<b>Total</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de Díaz-Regañón (2005), Fundación BBVA (2006)

criterios precisos de dotación ni de constitución de tales fondos, ni se concretan tampoco los criterios con los que cabría distribuirlos en su caso. En la práctica, esta situación ha llevado a que hasta ahora esas asignaciones potenciales nunca se hayan aplicado.

- Destaca la coincidencia que se dio en la aprobación de la financiación entre los dos partidos nacionales mayoritarios, y también con algunos partidos que ejercen o han ejercido el gobierno en el ámbito autonómico.

Aunque la aplicación del Sistema exigió la promulgación de diferentes leyes en diciembre de 2001 modificando el sistema de financiación autonómica general (que no afecta a las comunidades autónomas forales), en julio del mismo año se había producido el acuerdo previo sobre el contenido de dichas normas en el Consejo de Política Fiscal y Financiera, el órgano que reúne a los responsables de todas las haciendas autonómicas con los de la AGE.

En cuanto a los acuerdos entre partidos, la iniciativa para modificar el modelo existente surgió del Partido Socialista, en aquel momento en la oposición. El acuerdo sobre las características del nuevo modelo se mantuvo hasta la última fase de la tramitación parlamentaria de las leyes correspondientes, y se extendió incluso hasta la votación favorable por el Partido Socialista de 60 de los 66 artículos de la Ley 21/2001, de modificación del sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común, en la primera vuelta del examen de esa norma por el Congreso.

Las diferencias entre partidos surgieron a raíz de la introducción por el Partido Popular, entonces en el Gobierno, de la disposición final segunda de la Ley 21/2001, a la que se ha hecho antes referencia, cuya constitucionalidad fue puesta formalmente en cuestión por el Partido Socialista, sin que hasta el momento haya un pronunciamiento jurisdiccional al efecto. Tal situación permite poner en duda los resultados que se podrían derivar, en su caso, de su anulación.

Otra cuestión que provocó la discrepancia fue la creación de un impuesto minorista sobre los hidrocarburos, a implantar en su caso de manera discrecional por las comunidades autónomas con el fin de recaudar fondos adicionales teóricamente dirigidos a la asistencia sanitaria, lo que se conoce como el “céntimo sanitario”. Cuatro comunidades autónomas (Asturias, Cataluña, Galicia y Madrid), con gobiernos de ambos partidos, han aplicado este impuesto en cuantías semejantes, aunque no idénticas. Otras (Valencia y Castilla-La Mancha) aprobaron en el mes de noviembre su aplicación a partir de enero de 2006; y otras cuatro (Andalucía, Aragón, Baleares y Castilla y León) están considerando la posibilidad de introducirlo.

Los desacuerdos finales mencionados, que tienen una repercusión real reducida sobre la situación financiera actual, no excluyen en todo caso el acuerdo fundamental entre los dos partidos con las líneas generales del sistema general de financiación en vigor, en especial en lo referido a sus aspectos esenciales.

### **3.3 Una comparación del sistema de financiación sanitario español con el de otros países federales o descentralizados**

Esta comparación se desarrolla siguiendo el orden con el que se han descrito las características de la organización y la financiación de los sistemas sanitarios mencionados, atendiendo en primer lugar a algunas de las características generales del sistema español y entrando a continuación en aspectos más específicos de su financiación.

#### **A) Aspectos generales**

##### **a) Subordinación del papel de los servicios sanitarios en España como instrumento relevante de cohesión social a su contribución (por otra parte necesaria) para la aplicación del nuevo sistema de financiación**

Considerada desde el punto de vista formal, esa subordinación se puso de manifiesto en primer lugar en el origen del sistema de financiación aprobado, mediante la introducción de la disposición final segunda de la Ley 21/2001, que ya se ha comentado.

Una segunda expresión legal de la misma subordinación es el hecho de que la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que debería regular los aspectos esenciales para determinar que el sistema sanitario contribuya a los fines a los que hace alusión su propio título no se desarrollase hasta casi dos años después de las leyes financieras. Esta Ley es igualmente dos años posterior a que se produjera el cierre de los traspasos en materia de asistencia sanitaria (de la Seguridad Social) a las diez comunidades autónomas que estaban pendientes de los mismos. Su texto no supone ninguna modificación de las leyes financieras, sino que son éstas, por el contrario, la referencia expresa de la Ley de cohesión en todos los aspectos que tienen relación con esas materias<sup>18</sup>. En consecuencia, la Ley no innova nada en cuanto a la organización del sistema sanitario y los instrumentos de coordinación compatibles con las leyes financieras. Esta consideración incluye la eliminación de responsabilidades financieras discrecionales en el sistema sanitario por parte de la AGE, así como la ya mencionada desaparición de cualquier referencia a los mecanismos financieros como instrumentos al servicio de la coordinación del propio sistema.

---

<sup>18</sup> Se puede ver, por ejemplo, la redacción del artículo 10 de la Ley de Cohesión, relativo a las prestaciones sanitarias, cuya cobertura es “responsabilidad financiera de las comunidades autónomas de conformidad con los acuerdos de transferencias y el actual sistema de financiación... Las comunidades autónomas deberán destinar a la financiación de dichas prestaciones los mínimos previstos en la Ley 21/2001, de 27 de diciembre. Los sistemas de garantías que prevé esta Ley son asimismo responsabilidad financiera de las comunidades autónomas”.

La tercera expresión, más reciente, de la subordinación de los aspectos relacionados con el funcionamiento cohesionado del sistema sanitario a su contribución a la financiación autonómica es el planteamiento, desarrollo y resultados de la Conferencia de Presidentes Autonómicos de septiembre de 2005. En ella, alegando supuestas insuficiencias financieras autonómicas derivadas del aumento de “necesidades” sanitarias no previstas en el sistema de financiación en vigor (principalmente achacadas al aumento de la población inmigrante), se acordó la dotación de una cantidad adicional y “por una sola vez” destinada a la financiación autonómica, sin garantías formales siquiera de que su destino fuera dirigido a los fines sanitarios que supuestamente justificaban su dotación (Rey del Castillo, 2006). La Tabla 5 muestra las aportaciones extraordinarias del Estado acordadas. Existen también dudas sobre la credibilidad de que este tipo de aportaciones extraordinarias sea realmente “único”, y no se vaya a recurrir a las mismas en el futuro, con los problemas de incentivos que ello conlleva.

No parece exagerado afirmar que en España no se ha cumplido el equilibrio entre los “dos papeles” a desarrollar de manera simultánea por los servicios sanitarios, que caracteriza en general a los países descentralizados o federales que ofrecen protección sanitaria a sus ciudadanos de manera universal.

**Tabla 5. Aportaciones extraordinarias del Estado acordadas en el Consejo de Política Social y Financiera, conforme a la propuesta de la Conferencia de Presidentes para cubrir el déficit sanitario**

Concepto	Cuantía (en millones de euros)
Transferencia directa a las comunidades autónomas	500,0
Plan de Calidad e Igualdad del SNS, a través del M <sup>o</sup> Sanidad (incluye mejoras en Ceuta y Melilla)	50,0
Fondo de Cohesión (dotación añadida a 50 millones de euros previstos)	45,0
Insularidad	55,0
Fondo presupuestario anual específico para el mantenimiento de la garantía sanitaria a partir de 2005, a pagar en 2007	500,0
Convenios de asistencia a residentes extranjeros	200,0
Atención de accidentes laborales no cubiertos por mutuas	100,0
Incremento de la imposición (indirecta) a los impuestos sobre alcohol y tabaco	227,0
<b>Total aportación directa estatal</b>	<b>1.677,0</b>
Anticipos a cuenta de impuestos cedidos y del Fondo de Suficiencia	1.365,4
<b>Total aportación estatal</b>	<b>3.042,4</b>
<b>Capacidad normativa de las comunidades autónomas</b>	
Existente	696,9
Nueva (aumento del “céntimo sanitario” y posibilidad de incrementar un 2% el impuesto de electricidad)	1.141,2
<b>Total posible aportación de las comunidades autónomas</b>	<b>1.838,1</b>
<b>Total medidas</b>	<b>4.880,5</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de prensa diaria

## **b) Renuncia al papel de los servicios sanitarios como instrumentos territoriales y sociales de cohesión**

Además de su subordinación a contribuir a la financiación autonómica, el papel que puede desempeñar la existencia de un régimen de protección sanitaria universal y común como instrumento de cohesión política general de un país no parece presente en el caso español. Por el contrario, la titularidad de la gestión de los servicios sanitarios parece haberse convertido en un instrumento más al servicio del reforzamiento de la identidad territorial, antes que en vehículo de la cohesión de la nación española. Esta posición ya se apuntaba antes de que cerrase el proceso de descentralización sanitaria (Moreno, 1997; Braña y Serna, 1997), incluso aunque en las pocas ocasiones en las que se ha investigado acerca del conocimiento que tienen los ciudadanos sobre quién tiene la responsabilidad de los servicios sanitarios, éstos han puesto de manifiesto grandes lagunas al respecto<sup>19</sup>.

Esta instrumentación no debería extrañar: fuera del ámbito de los servicios sanitarios, la puesta en cuestión de los instrumentos estatales de cohesión propios del Estado de Bienestar ha alcanzado incluso al sistema de pensiones<sup>20</sup>. Éste parece imposible de sostenerse al mismo nivel material y con igual distribución territorial si se transfiere la responsabilidad de su prestación a una administración de nivel regional, por mucho que éste se caracterice como representativo de una “nación”.

Esta utilización es un reflejo más del predominio del proceso de constitución territorial que afecta todavía a nuestro país, en el que la consolidación de la institucionalización autonómica, una novedad en el sistema político español, debe asentarse sobre un panorama en el que, según algunos estudios, sigue predominando (hasta en un 70% de la

---

<sup>19</sup> En un Barómetro sanitario de 1994, cuando todavía no se habían completado los traspasos sanitarios, se incluyó una pregunta relativa al conocimiento de los ciudadanos de distintas comunidades autónomas sobre la titularidad de los servicios sanitarios del territorio respectivo. En aquel momento, trece años después de haber recibido los traspasos, todavía un 39% de los ciudadanos de Cataluña desconocía quién era el responsable de esos servicios. En el caso de Andalucía, que recibió la gestión de los servicios tres años después de Cataluña, el porcentaje era del 32%. En Madrid, que tardó aún siete años en recibirlos, el porcentaje se elevaba al 42%. Datos más amplios del estudio pueden consultarse en Rey (1998b). Ningún Barómetro sanitario posterior de los realizados a partir de esa fecha por el CIS ha incluido preguntas sobre esta cuestión (Álvarez González y Ruiz Martínez, 2006). Por otra parte, las muestras de las encuestas sucesivas no eran de tamaño suficiente como para considerar significativos los resultados que se pudieran obtener en las distintas comunidades autónomas con respecto a ésta o cualquier otra cuestión. En todo caso, en el año 2003 sólo el 65% de la población española sabía que los servicios sanitarios habían sido traspasados a las comunidades autónomas (Rico, 2004).

<sup>20</sup> Se puede ver en este sentido la propuesta de modificación del Estatuto vasco promovida por el Partido Socialista de Euskadi como alternativa al llamado Plan Ibarretxe (Guenaga, 2004). En contra de lo que cabría esperar, y con independencia de las razones de oportunidad que le hubieran podido llevar a esa posición, en aquella ocasión fue el Partido Popular el que se opuso de manera más clara y expresa a esta posibilidad (Marcos, 2005a y b). Posteriormente, el Presidente del Gobierno adquirió ante el Secretario General de CC OO el compromiso de mantener la “caja única” en la materia citada (Aizpeolea, 2005).



población total del país, según valoraciones sucesivas) el sentimiento dual de identificación española y autonómica (Moreno, 1997). Sin embargo, tal predominio proporciona un escaso sentido federal al proceso de descentralización español, incluyendo el que afecta a los servicios públicos, que han sido el objeto principal de traspaso a las comunidades autónomas, y la base fundamental sobre la que se asienta su poder político y económico sobre el territorio propio.

**c) Responsabilidad de la atención sanitaria sesgada hacia las comunidades autónomas y tendencia a una interpretación “exclusiva” de las competencias sanitarias de éstas**

Las características de la elaboración y la redacción de la Ley de Cohesión e incluso el calendario de su aprobación, comentados antes, suponen que tanto su redacción explícita como su posible interpretación se subordinan también a la interpretación del contenido y la extensión de los traspasos que quieran darles las propias comunidades autónomas, a las que se efectuaron esos traspasos sin limitar en forma alguna la extensión de sus propias facultades en el ejercicio de las competencias recibidas. Esa interpretación, como se ha indicado, ha venido siendo extensiva, y limitadora, por el contrario, de cualquier facultad de intervención por parte de la AGE en las materias traspasadas a la gestión de aquéllas, en éste y otros campos, desde que se inició el proceso de descentralización posconstitucional<sup>21</sup>.

Promulgar una ley después de haber efectuado los traspasos sin delimitar y precisar su contenido supone también aceptar la restricción de la aplicabilidad de las disposiciones de la norma al ámbito de lo que quieran interpretar y aceptar las comunidades autónomas. No se impone ninguna posibilidad de control, salvo recurso al Tribunal Constitucional, una vía que no parece la más adecuada para garantizar el funcionamiento ordinario de las instituciones.

La definición confusa del rol de la AGE en las materias sanitarias ha determinado una pérdida progresiva de su papel en este campo. Una mejor definición de ese papel ha sido demandada incluso desde las propias comunidades autónomas (Ochoa, 2005; Sánchez

---

<sup>21</sup> Un buen ejemplo de esa actitud es la impugnación de los preceptos declarados “básicos” por la AGE en un número muy amplio de normas, que han sido objeto de numerosos recursos al Tribunal Constitucional. En fechas más recientes, en relación con la modificación de algunos Estatutos de Autonomía, como el de Cataluña, lo que se ha comenzado a poner en cuestión no es el contenido de los preceptos, sino el propio concepto y la existencia de legislación “básica” que, con el objeto de establecer unas mínimas bases homogéneas, podrían supuestamente limitar las facultades de autogobierno y autoorganización de las comunidades autónomas. Esa visión extensiva de la capacidad de intervención de la AGE, que resulta contradictoria con el análisis de la realidad, se ha logrado, sin embargo, extender desde posiciones cercanas a los partidos nacionalistas, en especial los catalanes, a algunos observadores de otros países que se han acercado a examinar el proceso de descentralización sanitario español (se puede ver, por ejemplo, Greer, 2004:209-10). Es obvio que en el caso de los servicios sanitarios, la imposibilidad de establecer unas condiciones mínimas comunes impediría mantener un servicio público universal con unos niveles similares de cobertura y prestación.

Franco, 2005). Algunas de ellas se ven incapaces de resolver, por sí mismas, los problemas de coordinación y cohesión necesarios para garantizar las condiciones universales, y esencialmente igualitarias, de la protección sanitaria de todos los ciudadanos españoles en todo el territorio español y en otros países, lo mismo que las de los ciudadanos de otros países cuando son atendidos en territorio español.

La indefinición afecta también al órgano de cooperación por excelencia entre administraciones sanitarias, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS). Éste fue creado por el artículo 47 de la Ley General de Sanidad, que le atribuyó “las funciones que le puedan ser confiadas para la coordinación de los servicios sanitarios”.

Cuando se constituyó, en 1987, un año después de la promulgación de la Ley, las competencias en materia de Salud Pública habían sido ya traspasadas a la totalidad de las comunidades autónomas, mientras que sólo Cataluña y Andalucía se habían hecho responsables de la gestión de la asistencia sanitaria.

En consecuencia, desde el inicio de su actividad, el Consejo vivió en una situación de desequilibrio competencial, al formar parte del mismo comunidades autónomas que tenían las transferencias sanitarias “completas”, mientras que otras sólo eran competentes en las materias de Salud Pública (incluida la planificación territorial de sus servicios sanitarios, con las contradicciones que ello generaba en relación con la gestión organizativa y financiera de la asistencia sanitaria por parte del Insalud dependiente de la AGE), pero carecían de competencias asumidas en asistencia sanitaria, el ámbito de la atención que, con diferencia, genera mayor actividad económica y gasto<sup>22</sup>.

En cuanto a las materias en las que todas las comunidades autónomas eran desde el principio competentes, a instancias de algunas de ellas, de manera singular y expresa Cataluña, en el funcionamiento del CISNS se primó la consideración de que la competencia “exclusiva” de las comunidades autónomas en Salud Pública impedía la adopción de acuerdos mayoritarios que pudieran imponerse en cada territorio, y contra su voluntad, al criterio de la comunidad autónoma correspondiente. El CISNS, conforme a su Reglamento de régimen interior, asumió en la práctica la eliminación de las votaciones, proponiendo como vía de acuerdo el consenso. La publicación posterior de la Ley 30/1992, de régimen jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, permitió incluir la posibilidad de adoptar “acuerdos de Conferencia Sectorial” (el CISNS es en la práctica la Conferencia Sectorial Sanitaria, aunque su origen sea la Ley General de Sanidad), abiertos a su suscripción de manera individual por cada una de las comunidades autónomas. En todo caso, no hay vía legal para que las decisiones o

---

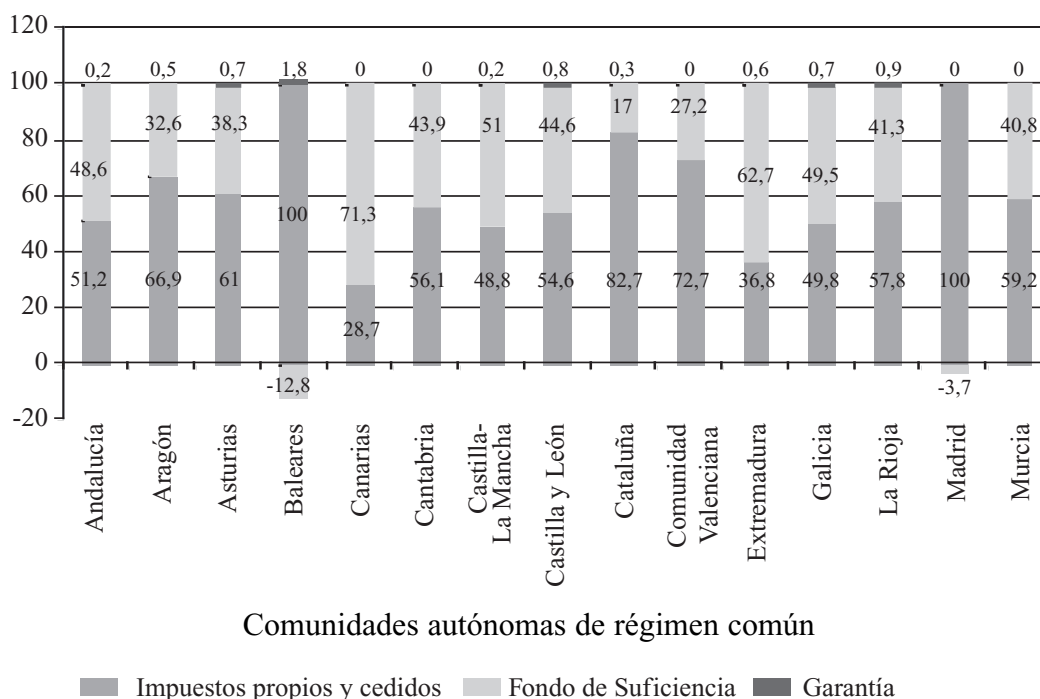
<sup>22</sup> La proporción entre los presupuestos destinados a las materias incluidas en el campo de la Salud Pública (o Sanidad e Higiene, en términos constitucionales) y los presupuestos de asistencia sanitaria es, tanto a nivel global como por comunidades autónomas, de alrededor de 1 a 100.

acuerdos de este órgano tengan carácter “ejecutivo”, ni en lo referente a la Salud Pública ni, por la extensión interpretativa realizada, en el campo de la asistencia sanitaria.

**d) Eliminación del uso del “poder de gasto” como base principal de la intervención del Estado en los servicios sanitarios**

Que la aportación de la AGE es necesaria para mantener en niveles similares la prestación de los servicios cuya gestión se ha traspasado a las comunidades autónomas no resulta discutible: las insuficiencias financieras de casi todas (menos Baleares y Madrid) para sostener con cargo a sus recursos fiscales propios y cedidos los niveles de financiación atribuidos a cada una, dieron lugar a la inclusión en el nuevo sistema de financiación autonómica del llamado Fondo de Suficiencia. En el primer año de su aplicación, 2002, la cantidad aportada por este Fondo a las comunidades autónomas osciló entre el 71,3% (Canarias) al -12,8% (Baleares, que con su propia recaudación territorial superó en ese porcentaje la financiación calculada), con un promedio del 33,5% de aportación a la financiación de cada comunidad autónoma (Utrilla, 2006). El Gráfico 1 muestra los resultados del sistema de financiación en 2002 en las comunidades autónomas de régimen común.

**Gráfico 1. Resultados del sistema de financiación en 2002 (porcentajes)**



Fuente: Utrilla, 2006

Sin embargo, la característica principal de este Fondo es que su evolución global, y la de su cuantía para cada comunidad autónoma, no depende de la insuficiencia real producida siquiera en relación con las necesidades de financiación calculadas, sino de la evolución de los ingresos tributarios del Estado no traspasados. Además de los problemas de insuficiencia real de la financiación autonómica que se puedan derivar de esa situación, no está prevista tampoco ninguna cláusula que condicione el libramiento de las cantidades así determinadas al mantenimiento de ninguna otra condición.

En cuanto a los restantes fondos estatales establecidos en el sistema de financiación autonómica con una justificación sanitaria, se han indicado ya antes razones semejantes que determinan que los mismos no aporten en realidad ninguna posibilidad de intervención discrecional por parte de la AGE al servicio de las condiciones generales del sistema sanitario.

De resultas de todo ello, la AGE española se encuentra privada de lo que en otros sistemas federales o descentralizados constituye la base de la intervención en sus sistemas sanitarios de las administraciones de nivel equivalente.

## **B) Diferencias específicas del sistema de financiación español**

### **a) Limitaciones a los mecanismos de financiación correctores de las desigualdades fiscales**

En la Tabla 4 se ponen de manifiesto las diferencias en capacidad fiscal por parte de las diferentes comunidades autónomas para unos mismos impuestos. La Tabla se divide en dos partes: la primera muestra las diferencias entre los ingresos previstos para cada comunidad autónoma por cada tipo de impuestos y los impuestos realmente recaudados en el año 2002. La segunda parte muestra cómo el nivel de recaudación real por comunidad autónoma para cada tipo de impuestos apenas ha variado durante un periodo de 5 años (1999-2003), por lo que es posible afirmar que las previsiones podrían haber sido mucho más ajustadas.

Con los impuestos propios y cedidos que forman parte en la actualidad del sistema de financiación autonómica se ha puesto también de manifiesto que las comunidades autónomas (con la excepción de Baleares y Madrid) no cubren los ingresos necesarios para hacer frente al gasto en la gestión de sus propias competencias (fundamentalmente servicios públicos, entre ellos de manera destacada los sanitarios). Esa situación es la que dio lugar a la constitución del Fondo de Suficiencia, en cuya distribución la AGE carece de cualquier capacidad de distribución discrecional.

Por otra parte, en la situación citada, los ingresos de la AGE suponen ya sólo el 19% de los del conjunto de las administraciones públicas españolas, excluida la Seguridad Social (Barbería, 2005). Esta proporción es claramente inferior a la que corresponde al gobierno central o federal en otros países de características semejantes. Esto ha llevado a algunos autores a

considerar que la descentralización que ha tenido lugar en España ha superado los niveles aconsejables, incluso antes de que se aplicara el último sistema de financiación (Braña y Serna, 1997). A pesar de ello, algunos movimientos muy recientes, como la tramitación del nuevo Estatuto de Cataluña, apuntan a que se pretende ampliar el volumen global y la distribución de los impuestos cedidos a las comunidades autónomas, en primer lugar a la catalana, mediante un sistema al que supuestamente se podrían luego añadir el resto de las comunidades autónomas de régimen común. Aunque los impuestos a ceder más ampliamente, así como su proporción, quedan a su definición y acuerdo posterior en el Consejo de Política Fiscal y Financiera, las cifras que se han barajado incluyen la cesión de hasta el 50% del IRPF y el de sociedades de cada territorio, así como una mayor proporción de los impuestos especiales, quedando, por el contrario, el IVA en fase no minorista como un impuesto exclusivamente estatal.

El argumento esgrimido para sustentar esa ampliación se basa en aumentar la corresponsabilidad fiscal y el poder de gasto de las comunidades autónomas, la primera de ellas permitiendo mayores márgenes de responsabilidad en la gestión de los impuestos, y la posibilidad de regular algunos tramos de los impuestos correspondientes por parte de las propias comunidades autónomas.

Sin embargo, un efecto muy probable de esa ampliación de la cesión impositiva sería que la mayoría de las comunidades autónomas de mayor nivel de renta resultasen autosuficientes en su capacidad de financiación, por lo que en esos casos resultaría innecesaria para ellas la utilización del Fondo de Suficiencia, del que, en esa situación, pasarían a convertirse de receptores en deudores.

Las propuestas formuladas desde el ámbito catalán, modificadas parcialmente en el Parlamento español, se completaban con la creación de una Agencia Tributaria catalana que gestionase la recaudación de todos los impuestos en su territorio, así como con el establecimiento de límites precisos a la contribución solidaria de aquella comunidad autónoma basados en diferentes métodos de cálculo. En este debate se invoca como una de las bases de cálculo las llamadas balanzas fiscales territoriales (Dizy, 2005), y que las compensaciones solidarias no puedan modificar la posición relativa en nivel de renta de cada comunidad autónoma, en relación con la situación previa al establecimiento de tales compensaciones.

De avanzarse en la línea indicada, el resultado sería que la financiación de las comunidades autónomas de más bajo nivel de renta, incluida la destinada a conseguir una prestación similar de los servicios sanitarios en todos los territorios, que seguiría precisando de aportaciones externas a su propia capacidad de recaudación, resultaría supeditada a condiciones financieras ajenas a la propia prestación de los servicios. Y que, de aceptarse un papel principal en la recaudación de todos los impuestos territoriales por parte de las agencias tributarias que se pudiesen crear por parte de las comunidades autónomas más ricas, se alcanzase una situación semejante a la de las comunidades autónomas forales, cuya contri-

bución a los servicios “comunes”, por la gestión que se ha llevado a cabo del “cupo” correspondiente, ha sido repetidamente motivo de conflicto.

A la vez, la AGE perdería aún más capacidad de intervenir para garantizar un mismo nivel de servicios (también los sanitarios) en todas las comunidades autónomas, para cuyo mantenimiento, como se ha indicado, el “poder de gasto” del Estado constituye un mecanismo principal de intervención.

### **b) Financiación de la sanidad sin ningún carácter finalista y sin utilizarla como instrumento principal e imprescindible al servicio de la coordinación**

Descrito el sistema de financiación en apartados anteriores, no parece precisa una justificación mucho más amplia de esta afirmación.

Sin embargo, además de con las características del sistema de financiación actual, la ausencia de aportaciones finalistas a la financiación sanitaria autonómica tiene también que ver con otras cuestiones:

- En primer lugar, con los criterios del Tribunal Constitucional en el ejercicio de las competencias sanitarias, y la distribución de subvenciones a las comunidades autónomas en estas materias.

Ya se ha dicho que en el ámbito de la asistencia sanitaria la distribución de competencias resulta poco clara. Sin embargo, en el campo de la Salud Pública no caben interpretaciones diferentes: conforme a lo dispuesto en el artículo 148.1.21 de la Constitución Española, la “Sanidad e Higiene” (significado referido a la Salud Pública indicado) es una competencia autonómica, en cuyo ámbito a la AGE sólo le corresponde el establecimiento de “bases” y la “coordinación general” (artículo 149.1.16 CE).

Siendo ésa la distribución competencial, la AGE estableció durante los primeros años de desarrollo autonómico programas de actuación de iniciativa central a desarrollar por cada una de las comunidades autónomas, que habían recibido ya en su totalidad las competencias en la materia citada, con subvenciones de la propia AGE. Estaba también prevista la distribución de esas subvenciones conforme a las valoraciones de las necesidades estimadas en cada caso con criterios establecidos a nivel central, y al compromiso adquirido en ellos para el desarrollo y aplicación de la propia iniciativa central. Descritos así los programas, vendrían a ser en una aplicación estricta del *spending power*, capaz de inducir programas homogeneizadores o compensadores de la situación sanitaria en lo referente a los programas específicos previstos.

Sin embargo, la distribución de las subvenciones llevada a cabo de esa manera fue recurrida ante el Tribunal Constitucional por las comunidades autónomas, algunas de las cuales, en especial aquéllas que se pudieran ver excluidas de las subvenciones que se pudieran establecer con carácter “compensador” de la distribución de patologías o problemas de salud determinados,

se veían afectadas por una distribución que no resultaba proporcional a su población, ni a la distribución de la financiación de los servicios de Salud Pública efectuada con anterioridad.

El Tribunal Constitucional, en la sentencia 13/1992, sentó el criterio de que los fondos, incluso en esos programas específicos establecidos desde el nivel central, debían ser distribuidos de manera automática conforme a los mismos criterios con los que se venían distribuyendo los fondos generales destinados a la Salud Pública, una competencia “exclusiva” de las comunidades autónomas, en general. Así se viene haciendo desde entonces con todas las subvenciones previstas en ese campo (y también en otros ajenos al campo sanitario, sobre los que se pronunció la misma sentencia). Pero tal situación constituye una ruptura de hecho de las posibilidades de intervención mediante el uso de la capacidad de distribuir una parte del gasto que caracteriza a los gobiernos federales o centrales de otros países.

- En segundo lugar, y desde un punto de vista conceptual, las razones que en el caso español han orientado la inclusión indiferenciada de la financiación sanitaria en el sistema de financiación autonómica vienen de lejos, y tienen relación con la insistencia con la que, desde el ámbito teórico de la Economía de la Salud y del académico de la Hacienda Pública, se ha venido planteando la cuestión de si la protección de la salud constituye o no un “bien preferente” que debe preservarse por encima de otros a cubrir con la financiación, y si, en consonancia con la respuesta a dar a esa cuestión, cabría o no justificar un sistema de financiación específico<sup>23</sup>. Mientras este sistema existió, suscitaba en todas las Haciendas, federal y autonómicas, toda clase de suspicacias, por considerar que limitaba su propio poder de distribuir el presupuesto.

Como se ha analizado en otros trabajos (Rey del Castillo, 2001b), los servicios sanitarios reúnen un conjunto de condiciones que los hacen distintos de cualquier otro ámbito de responsabilidad de la acción pública. La Tabla 6 muestra las características diferenciales de distintos tipos de servicios públicos. Someter a sectores tan diversos como los que se incluyen en la comparación adjunta, todos los cuales han seguido procesos de descentralización distintos, a un sistema de financiación único e indiferenciado supone, además de otros efectos, renunciar a mecanismos específicos de control de la evolución del gasto, que pueden ser los de mayor eficacia para cada sector, y a la vez diferentes e incluso contradictorios entre sí<sup>24</sup>. Esto resulta de especial importancia para el sector sanitario dado el ritmo de crecimiento de su gasto y las

---

<sup>23</sup> Una respuesta más reciente a esa cuestión es la de Sevilla (2005), que reitera que “no existe ninguna singularidad en la sanidad que justifique un sistema de financiación diferente del aplicable a los demás servicios públicos regionales”.

<sup>24</sup> Un ejemplo sería la introducción de mecanismos de competencia, útiles en unos casos y contraindicados en otros; o, en sentido contrario, la utilización de economías de escala, importantes y posibles en el caso de los servicios sanitarios, y de menor importancia y difícil aplicación en los servicios educativos, en los cuales los aspectos de coordinación principales parecen los referidos a los propios contenidos educativos en materias diversas.

razones del mismo, más relacionadas con la rápida evolución tecnológica que con el envejecimiento de las poblaciones (Krugman, 2006; OCDE, 2006), también en el caso español (Fuentes Quintana y Barea, 1996; Ahn *et al.*, 2003; Puig-Junoy, 2006).

Por otro lado, si se quieren mantener niveles similares de protección de carácter no “mínimo” en el sentido más estricto, la caracterización de los bienes públicos como más o menos “preferentes” no supone, como a veces se afirma desde ámbitos económicos, la posibilidad de dar prioridad a unos u otros conforme a las preferencias de las poblaciones correspondientes: no hay posibilidad real de compensar entre ellos ni de sustituir su ámbito personal de prestación, ni sus efectos en términos de redistribución personal y social y de solidaridad entre generaciones y clases sociales. Por sus propias características, y puesto que no puede presumirse sin más una relación inversa entre la necesidad de unos y otros y la edad de las poblaciones, es inadecuado, por ejemplo, prever en un sistema de financiación una compensación económica entre la mayor necesidad de servicios educativos en las poblaciones más jóvenes y una reducción equivalente de las necesidades de servicios sanitarios, o su alternativa a la inversa. Desde el punto de vista estadístico sería preciso valorar de manera precisa en qué grado el patrón de edades de distribución de la población supone el aumento o la reducción del gasto en cada uno de esos servicios, y ver hasta qué punto se produce o no, y en qué grado, alguna compensación.

**Tabla 6. Características diferenciales de distintos servicios públicos**

	Sector primario y secundario	Educación y servicios sociales	Política exterior, defensa y justicia	Sanidad
Naturaleza	Servicios públicos	Servicios públicos	Servicios públicos	Servicios públicos
Mecanismos de compensación	Inversión en infraestructuras	Inversión en infraestructuras	No	Equidad en acceso
Competencia	Adecuada	No existe	No existe	Inadecuada
Población afectada	Regional	Regional	Estado	Regional, desplazados
Gasto	Previsible	Previsible	Previsible	No previsible
Vinculación con cultura específica	No	Sí	No	No

Fuente: Elaboración propia



La protección ofrecida por distintos servicios de los que forman parte del Estado de Bienestar tienen objetos y sujetos distintos, y aunque se puede y se debe debatir cuáles de ellos resultan prioritarios en unas determinadas condiciones sociales (Esping-Andersen, 2000), no se puede deducir un cambio automático de su organización, provisión y niveles de protección como resultado del cambio demográfico que está teniendo lugar.

El debate no es, en consecuencia, si la sanidad es o no un “bien preferente”, sino cuál es la forma más adecuada desde el punto de vista financiero de contribuir al mantenimiento de la protección de un derecho que: 1) se deduce, pese a la falta de definición más reciente en el caso español, de la condición de ciudadanía estatal; 2) tiene a su vez descentralizada la gestión de los servicios establecidos para garantizar la efectividad del derecho; y 3) requiere, para el mantenimiento eficaz y eficiente de la protección del derecho para toda la población, la colaboración, mediante economías de escala y la “portabilidad” del derecho, entre entidades políticas descentralizadas diferentes. Además de las condiciones referidas al gasto a las que se ha hecho mención anteriormente, este conjunto de condiciones son específicas de los servicios sanitarios. Frente a ellas, sólo cabe constatar que la opción por un sistema indiferenciado de financiación sanitaria hecha en el sistema de financiación autonómica de 2001 es una opción que carece de precedentes comparativos en países de constitución política similar.

- En tercer lugar, es una característica peculiar española el que la definición de las políticas de financiación sanitaria se haga por parte del Consejo de Política Fiscal y Financiera, un órgano ajeno a las administraciones sanitarias. Por el contrario, en esa definición no participa el órgano “máximo” de cooperación sanitaria, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

De los órganos de coordinación citados, fue el Consejo de Política Fiscal y Financiera el que aprobó el nuevo sistema de financiación autonómica que supuso la integración de la financiación sanitaria en el sistema general de financiación, traducido luego en las leyes financieras comentadas. La Ley de Cohesión dio un paso más en el camino de la subordinación de los instrumentos sanitarios a los criterios financieros: el artículo 10 de la 16/2003 citada establece en su apartado 3 que “la inclusión de una nueva prestación en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud se acompañará de una memoria económica que contenga la valoración del impacto positivo o negativo que pueda suponer. Dicha memoria se elevará al Consejo de Política Fiscal y Financiera para su análisis...”.

La disposición citada supone la expresión más acabada de que la intervención de los organismos financieros de cada Administración no se limita a establecer los parámetros globales en los que se deben mover los presupuestos sanitarios, sino que intervienen directamente en la definición de las políticas de utilización y distribución interna de los mismos, para lo que carecen de cualquier cualificación.

A la vez, supone que los responsables sanitarios carezcan de márgenes de discrecionalidad y de incentivos para la introducción de medidas específicas para el control del gasto sanitario. Entre ellas, todas aquellas que puedan suponer el establecimiento de mecanismos de cooperación entre administraciones sanitarias, y el establecimiento de sistemas de información específicos adecuados que pudieran permitir el mejor conocimiento de las razones que provocan el crecimiento del gasto.

La decisión de convertir a los titulares financieros en los responsables únicos de la financiación sanitaria viene también de lejos: durante todo el período en el que la financiación sanitaria se mantuvo independiente del régimen autonómico general de financiación, el crecimiento del gasto sanitario fue superior al previsto cada año. Esto justificó, al menos formalmente, la desconfianza de los responsables económicos en la capacidad de los sanitarios para ejercer de manera eficaz el control del crecimiento de su gasto, e incluso de establecer mecanismos adecuados de información.

Pero, si esa posición puede justificarse de la manera señalada, es igualmente cierto que las medidas adoptadas sucesivamente para el control del gasto sanitario escaparon durante esa misma época en buena parte a las posibilidades de actuación de los responsables sanitarios.

- A lo largo del período señalado, los ministerios económicos propiciaron una presupuestación irreal, que llevó al manejo de tres cifras presupuestarias diferentes (el gasto “real”, el presupuesto inicial de cada año, siempre inferior al gasto real en el período anual precedente, y el liquidado, intermedio entre los otros dos) para el ámbito del Insalud no transferido, que era la referencia presupuestaria del sistema en su conjunto;
- Se produjo una distribución de las cantidades adicionales comprometidas en las sucesivas “operaciones de saneamiento” financiero del sistema, guiada por criterios políticos (las “deudas” del Insalud) por completo ajenos al conocimiento del gasto real del sistema, en especial en lo que se refiere a las comunidades autónomas que gestionaban ya la asistencia sanitaria. Recibir, con retrasos importantes, cantidades adicionales para el funcionamiento ordinario del sistema con independencia de cuál hubiera sido su gestión, sobre la que no se les demandaba ninguna información, colocó a los responsables sanitarios autonómicos en una posición poco propicia para el rigor en esa misma gestión. A la vez, estimuló que los consejeros autonómicos definiesen el horizonte de su gestión en función de las desviaciones en el gasto en las que pudiera incurrir el Insalud, que para ellos suponían una vía adicional de financiación.

Deducir de la experiencia de esos años que el único instrumento válido de control del gasto sanitario es el que puedan ejercer los responsables económicos de cada administración supone hipotecar otras posibilidades de intervención específicas del ámbito sanitario, que no se pueden ejercer desde fuera del propio sistema, menos aún en ausencia de instrumentos adecuados de información. A su vez, y pese a sugerencias repetidas en ese sentido desde el ámbito sanitario, los responsables de las finanzas centrales no condicio-

naron nunca el libramiento de cantidades adicionales a la puesta en marcha de sistemas adecuados de información.

Por su parte, el Consejo Interterritorial se ha mantenido habitualmente al margen de las cuestiones financieras del Sistema. Se ha descrito en un apartado anterior la situación de desequilibrio competencial (al formar parte del mismo comunidades autónomas con competencias diferentes) que vivió este órgano desde su inicio.

Con independencia de las tensiones ocasionales en el funcionamiento del CISNS que se derivaron de esa situación, la misma generó algunas consecuencias estructurales y funcionales de gran interés para entender la situación actual de ese órgano: desde el punto de vista financiero, el CISNS excluyó de manera regular de su ámbito los debates sobre financiación sanitaria, en tanto que ésta era ante todo financiación de la asistencia sanitaria, materia en la que la mayoría de las comunidades autónomas no eran competentes. Diversas soluciones parciales (constitución de comisiones específicas con las comunidades autónomas competentes; presentación “a título de informe” de los presupuestos del Insalud en el Pleno del CISNS) adoptadas sin continuidad regular en algunos momentos, no impiden considerar que el órgano de cooperación al que estaba previsto atribuirle funciones de coordinación del sistema sanitario público se mantuvo desde el inicio de su actividad fundamentalmente al margen del debate de la financiación del propio Sistema.

- Por último, es la misma AGE (que hace aportaciones a la financiación autonómica, también sanitaria, sin ningún criterio discrecional en su distribución) la que mantiene sistemas diferenciados de protección sanitaria, que se financian por otras vías, para colectivos específicos (funcionarios, militares, personal de la Administración de Justicia). Estos colectivos suponen, entre titulares del derecho y población protegida añadida, alrededor de dos millones y medio de personas. Buena parte de ellos son atendidos a través de medios privados, que son sostenidos en proporción importante con financiación pública específica para la atención de esos grupos de población.

Que la financiación de los servicios sanitarios para estos colectivos se mantenga al margen de la financiación establecida para la protección de la población general, distribuida a través de las comunidades autónomas, es la mejor expresión de que desde los ámbitos financieros de la AGE se separa por completo la financiación de la asistencia sanitaria de su utilización como instrumento de cohesión y estímulo de las medidas que, vía las economías de escala y la utilización universal de los recursos, pueden contribuir de manera específica al control y la eficiencia del gasto público sanitario.

### **c) Mecanismos de distribución de la financiación autonómica por razones sanitarias basadas en las “necesidades” sanitarias regionales**

En el sistema de financiación actual, el cálculo de la financiación de cada comunidad autónoma a percibir por la gestión de la atención sanitaria se hace en función de las “nece-

sidades” sanitarias de la población, establecidas con arreglo a determinados coeficientes (el 75% en función de la población de cada comunidad, el 24,5% en proporción a la población mayor de 65 años existente en cada caso, y el 0,5% restante en función de la insularidad, medida en proporción a la distancia en kilómetros entre las costas de la península y las capitales insulares) que se suponen representativos de dichas necesidades.

Las razones por las que en otros países comparables no se utilizan sistemas semejantes de distribución financiera se han comentado más arriba. En el caso español hay que añadir que, a las razones generales que dificultan el cálculo de las “necesidades” sanitarias, o la conveniencia de aplicar esos sistemas, se les suma de manera muy específica la carencia de sistemas de información económica y sanitaria que permitan disponer de manera habitual y accesible de bases estadísticas fiables sobre las que se puedan establecer cálculos que se ajusten a la realidad del país.

En esas condiciones, no consta que el establecimiento de los correctores poblacionales mencionados (y el descarte de otros factores que podrían considerarse, como la dispersión de la población, cuya estimación fue y sigue siendo demandada por las comunidades autónomas más extensas y menos pobladas), la proporción en la que unos y otros intervienen en la determinación de las necesidades sanitarias supuestas, y la proyección de esos cálculos a la parte sanitaria de la financiación autonómica, tengan una base de cálculo sólida y clara. Más bien parecen cifras establecidas de manera discrecional por ser las que se adecuaron de la manera más ajustada en aquel momento a una distribución de la financiación autonómica prevista de antemano. En este sentido, la constitución de grupos de trabajo centrales o autonómicos dedicados al cálculo de la combinación de los coeficientes (o de las “cestas” de impuestos) más favorables para unas u otras administraciones gozan de gran tradición. Por el contrario, de algunas valoraciones recientes de las “necesidades” sanitarias de las comunidades autónomas basadas en la estimación mediante correlaciones de las variables poblacionales que resultan más influyentes en la utilización de los servicios sanitarios se deducen diferencias significativas en la distribución regional de los recursos financieros que se derivaría de ellas con respecto a los criterios aplicados en el sistema de financiación en vigor (Martín Martín, 2003; Molina Garrido, 2005).

Por otra parte, a pesar de que el cálculo de la financiación autonómica basada en las supuestas “necesidades” sanitarias está basado en el método explicado, el sistema de financiación actual está abierto a la introducción de criterios “históricos” de gasto en el cálculo de la financiación del “año base”, 2002, el primero de la aplicación del nuevo sistema, cuyos efectos se trasladan a la financiación posterior. Sin embargo, tales criterios “históricos” de gasto se establecieron en negociaciones bilaterales y con criterios desiguales, en ausencia de sistemas homogéneos de información: las comunidades autónomas que recibían de nuevas los traspasos de manera simultánea a su aplicación podían elegir entre aplicar los cálculos derivados del método citado o establecer su financiación inicial tras la “negociación” de la valoración de su gasto efectivo en el momento del traspaso, esco-

giendo el más favorable de ellos. Los resultados fueron distintos para cada una de las comunidades autónomas (Ferrándiz, 2004; Ochoa, 2004b).

Por su parte, a las comunidades autónomas que habían recibido anteriormente los traspasos se les garantizaba inicialmente como mínimo (disposición transitoria segunda, apartado 1, de la Ley 21/2001) la financiación obtenida en el año 2001, que se constituía así también de acuerdo con la evolución posterior. Los patrones históricos de gasto se hicieron así presentes, como confirmación de lo que ocurre en otros países, y de la dificultad de cambiar patrones de gasto profundamente acendrados (véase Cuadro 1 relativo al RU).

Por el contrario, al optar en la definición del modelo por una financiación basada en unas supuestas “necesidades” sanitarias regionales, se estimula la consideración de que la financiación recibida, justificada de esa manera, se corresponde sólo con la atención de la población propia; y que la prestada a cualquier otro grupo de población no perteneciente al territorio propio debe ser económicamente compensada, incluso aunque el criterio final de financiación aplicado, conforme a lo negociado por cada comunidad autónoma, sea la valoración del coste de los servicios en el momento del traspaso. Esas compensaciones se establecieron, con criterios cambiantes y discutibles, a través del llamado Fondo de Cohesión, al que ya se ha aludido, sin resolver, sin embargo, la contradicción señalada entre supuestas “necesidades” planteadas a nivel regional y patrones históricos de utilización.

#### **d) La superación de las diferencias regionales en financiación sanitaria capitativa como objetivo de los sistemas sanitario y de financiación**

Dentro del propio sistema financiero la carencia de objetivos sanitarios se pone de manifiesto en las características de las asignaciones de nivelación, que ya se han comentado.

Un esbozo de lo que podrían ser los objetivos sanitarios del propio sistema público de atención se pretendió establecer desde el Ministerio de Sanidad en 1993. En aquel año se realizó una encuesta entre los responsables sanitarios centrales y autonómicos participantes en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, sobre la definición de los objetivos del sistema. El criterio mayoritario de los responsables sanitarios del momento fue que el objetivo principal del sistema debía definirse en términos de igualdad en el acceso, estableciendo para ello un sistema de indicadores que permitiesen valorar su cumplimiento. Por el contrario, la igualdad en la financiación capitativa ocupaba en aquel momento un lugar muy secundario en las prioridades de los participantes en la encuesta, cuyos resultados se presentaron al propio Consejo Interterritorial.

La evolución posterior ha sido, sin embargo, la inversa. Falta una definición de los objetivos sanitarios del sistema en términos estructurales de dotación y distribución de los recursos materiales y personales (en lo que cabe observar desigualdades manifiestas), o en términos funcionales de igualdad en el acceso (más difíciles de definir sin indicadores establecidos al

efecto). Esa carencia se ha suplido con la referencia habitual a las desigualdades en los recursos financieros en términos *per cápita*, en la que coinciden incluso sectores de la izquierda al hablar del sistema de financiación (Sánchez Bayle, 2006). Éste es un objetivo no sanitario, ni en la consideración que del mismo hacen otros países comparables ni en la de los responsables sanitarios del sistema. La Tabla 7 muestra estas desigualdades en el gasto sanitario *per cápita* efectuado en 2003 y el previsto por la FADSP en 2005.

### e) Copagos y tasas

Definido el problema principal del sistema sanitario (tanto por los partidos que ejercen el gobierno en las diferentes administraciones como por éstas mismas) como “insuficiencia financiera”, es lógico que algunas de las respuestas planteadas a uno u otro nivel abran la vía a la puesta en cuestión de la posibilidad de mantener los servicios con el recurso principal a fondos públicos. La limitación de éstos no es sólo el resultado de la multiplicación de los objetivos que hay que atender con los mismos, y el incremento inevitable del gasto en diferentes políticas, sino también de las políticas fiscales más generalizadas, consistentes en la reducción de los impuestos. Que esas reducciones afecten más a los más ricos, como está ocurriendo de manera muy explícita en los Estados Unidos en los dos últimos mandatos republicanos, sólo añade un matiz más injusto y menos redistribu-

**Tabla 7. Gasto sanitario *per cápita* por comunidades autónomas (euros)**

	2003 Grupo de Trabajo sobre Gasto Sanitario-IGAE	Previsión 2005 FADSP
Andalucía	1.069	934,96
Aragón	1.061	1.069,19
Asturias (Principado de)	908	1.111,23
Baleares (Islas)	1.000	1.022,05
Canarias	1.073	1.032,31
Cantabria	1.029	1.290,93
Castilla-La Mancha	958	1.004,47
Castilla y León	936	1.047,04
Cataluña	934	1.061,59
Comunidad Valenciana	1.026	916,68
Extremadura	980	1.142,34
Galicia	870	976,00
Madrid (Comunidad de)	951	949,29
Murcia (Región de)	1.089	914,54
Navarra (Comunidad Foral de)	1.028	1.158,62
País Vasco	994	1.084,97
Rioja (La)	1.018	1.228,58
<b>Media</b>	<b>995,53</b>	<b>1.055,58</b>

Fuente: Elaboración propia sobre datos de Grupo de Trabajo sobre Gasto Sanitario-IGAE y Sánchez Bayle (2006)

tivo aún a una tendencia que es común a todos los partidos que gobiernan en los países desarrollados, en los que es igualmente común la puesta en cuestión de la sostenibilidad de sus Estados de Bienestar en el contexto de la globalización. Ése es el marco general en el que deben situarse los debates que se han generado también en España sobre la aplicación de copagos o tasas para el acceso a los servicios sanitarios, si no se da otra solución a la insuficiencia financiera atribuida al sistema.

De los debates en nuestro país lo más característico es su limitación temporal: al poco tiempo de iniciado cualquiera de ellos, los políticos potencialmente responsables de su aplicación desmienten firmemente que se vaya a adoptar por su parte o la del gobierno al que pertenezcan cualquier medida de ese carácter. Así ha ocurrido recientemente, por ejemplo, en el caso del grupo de expertos catalán que elaboró un informe sobre la situación financiera de sus servicios sanitarios.

La mayoría de los posicionamientos conocidos hasta el momento, en todo caso, tienen también otra característica común: la de plantearse con carácter general y con criterios que serían de aplicación a toda la población española, conforme a sus condiciones sociales o económicas.

La característica anterior tiene, sin embargo, una excepción: la del anterior secretario de Estado de Hacienda y actual gobernador del Banco de España, que hizo pública hace meses su estimación de que una forma de resolver las insuficiencias financieras de las comunidades autónomas provocadas por el incremento del gasto sanitario podría ser la de acudir a copagos diferenciados establecidos por cada una de las comunidades autónomas (Díaz y Vega, 2004; Ochoa, 2005a). El comentario, que no recibió en su momento grandes respuestas, no se ha repetido con posterioridad, ni parece verosímil su aplicación en el futuro más inmediato, menos aún en las condiciones de aumento de la recaudación fiscal en las que se mueve en este momento la Hacienda Pública española. Ni siquiera se trata de un criterio que haya recibido apoyo por parte de otros responsables económicos del Gobierno o de gobiernos autonómicos.

Si merece la pena llamar la atención sobre esos pronunciamientos es por lo que traducen de ausencia de criterios generales (en este caso en el partido del Gobierno) con respecto a los efectos sobre la equidad territorial en el acceso a los servicios sanitarios que podría tener una medida de ese carácter, por mucho que pudiera plantearse como idónea desde el punto de vista financiero para controlar y reducir el ritmo de aumento del gasto sanitario público.

Esos efectos potenciales son los que han llevado a Canadá a mantener, como criterio esencial de su sistema sanitario a respetar por todas las provincias, la ausencia de copagos o tasas en el acceso a los servicios sanitarios. El mantenimiento de esas condiciones se lleva a cabo por el gobierno federal de aquel país y, como se ha comentado, ha dado lugar a enfrentamientos entre las provincias canadienses con mayor nivel de renta (como la de Alberta) y el propio gobierno federal, cuando aquélla ha manifestado su intención de imponer esos pagos, considerados una barrera a la igualdad en el acceso. La respuesta

del gobierno federal cuando se han producido situaciones de ese carácter ha sido indicar la retirada de una parte equivalente de la financiación sanitaria central, ante lo que hasta ahora las provincias correspondientes han dejado sin efecto su decisión.

En el caso canadiense, las posibilidades de establecer condiciones económicas distintas para el acceso a los servicios sanitarios en territorios diferentes han adquirido una nueva modalidad en los últimos meses a raíz de una decisión del Tribunal Supremo de aquel país. Esta decisión invalida la aplicación de una ley de la provincia francófona de Quebec que impedía el acceso con financiación pública a servicios médicos privados que estuvieran cubiertos por la asistencia financiada públicamente en un caso concreto considerado como “necesidad médica” (Editorial CMAJ, 2005). Con independencia de la valoración del criterio de necesidad aplicado en ese caso, relacionado con la espera prevista en el servicio público para prestar la atención demandada, la preocupación de quienes defienden la cobertura universal y equitativa de los servicios sanitarios en aquel país tiene que ver ante todo con los efectos potenciales en términos de desigualdades en el acceso según el nivel de renta que se podrían derivar de la generalización de los criterios utilizados en ese caso concreto (McFarlane, 2005), así como de las desigualdades territoriales que se podrían producir si las distintas provincias adoptan criterios diferentes al producirse esa generalización.

En España se dan diferencias territoriales importantes en algunas de las condiciones relacionadas con el caso canadiense descrito: Cataluña, por ejemplo, cuyo nivel de renta está también significativamente por encima del promedio, tiene una cobertura de pólizas privadas de seguros sanitarios muy superior al resto del país, si exceptuamos Madrid. Por otra parte, las compañías de seguros médicos implantadas en Cataluña trabajan en régimen de colaboración con el sistema público, lo que constituye otra peculiaridad del “modelo catalán” de asistencia sanitaria. No es extraño, en consecuencia, que desde aquel territorio hayan surgido en ocasiones diferentes propuestas para que las cotizaciones a las compañías privadas mencionadas pudieran desgravarse en una u otra proporción y forma en la imposición sobre la renta, como ya ocurría hace unos años. Aunque esa decisión se adoptase a nivel general, es obvio que sus efectos resultarían desiguales entre las diferentes comunidades autónomas, lo que supondría una ruptura de los mecanismos de solidaridad y redistribución que operan en el caso de los sistemas sanitarios, relacionados tanto con sus condiciones de financiación como de acceso (Calonge y Rodríguez, 1998; Rodríguez, 2001). Esa contribución a la redistribución resultaría aún más afectada si, como se demandaba en el proyecto de Estatuto catalán aprobado por el Parlamento de aquella comunidad autónoma, su gobierno, o cualquier otro, asumiese la capacidad de establecer las modalidades de aplicación de los impuestos generales principales.

Las consideraciones anteriores son, por todo ello, una llamada de atención sobre la necesidad de establecer unas condiciones básicas homogéneas en copagos, tasas y desgravaciones fiscales entre todas las comunidades autónomas para la financiación sanitaria si se quieren mantener las condiciones universales y equitativas de la protección, y sobre la necesidad de que esas condiciones se establezcan desde el Gobierno del Estado.



## **f) Resultados en términos sanitarios y financieros de la descentralización sanitaria y el sistema de financiación español**

El funcionamiento del sistema sanitario ha cambiado sustancialmente desde diciembre de 2001, fecha en la que se cerraron los traspasos de la asistencia sanitaria y se implantó el nuevo modelo de financiación.

Las referencias más habituales a los efectos de esos cambios han sido las relativas a la insuficiencia financiera soportada por las comunidades autónomas, que se ha atribuido genéricamente al componente sanitario de su financiación global. En este apartado se analizan esos aspectos, pero también las consecuencias que los cambios organizativos y financieros mencionados han tenido sobre el mantenimiento de las condiciones generales de la protección sanitaria.

Entre los efectos más generales de los cambios mencionados se incluyen los siguientes:

- En primer lugar, la falta de definición teórica precisa y la puesta en cuestión en la práctica de las condiciones universales y equitativas de la protección sanitaria.

Desde el punto de vista teórico, la garantía de la protección sanitaria ha pasado, conforme al artículo 3 de la Ley de cohesión (en términos similares a lo dispuesto en el artículo 1 de la Ley General de Sanidad de 1986), desde el ámbito de la vinculación laboral como prestación de la Seguridad Social al de la vinculación a la condición de ciudadanía. Sin embargo, en ese proceso incompleto, en el que se han producido numerosos sucesos y contradicciones que hacen persistir todavía regímenes de protección diferentes relacionados con la vinculación laboral, la ley no especifica si la protección va unida a la condición de ciudadanía estatal o autonómica

La Ley 21/2001, relativa a la financiación de las comunidades autónomas, no hace referencia alguna a esta cuestión. Por su parte, los apartados b) y c) del artículo 4 de la Ley de Cohesión establecen el derecho de los ciudadanos en el conjunto del Sistema Nacional de Salud: “(...) b) A recibir asistencia sanitaria en su comunidad autónoma de residencia en un tiempo máximo (...) c) A recibir, por parte del servicio de salud de la comunidad autónoma en la que se encuentre desplazado, la asistencia sanitaria del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud que pudiera requerir, en las mismas condiciones e idénticas garantías que los ciudadanos residentes en esa comunidad autónoma”.

Sin embargo, la Ley no especifica a quién le corresponde velar por el cumplimiento de tales condiciones, de qué instrumentos se dotará para conocer su cumplimiento efectivo, y a qué medios se podría recurrir para obligar a su cumplimiento si se vulnerasen.

En esa situación, cada comunidad autónoma se considera responsable de la cobertura sanitaria de su propia población, pero nadie asume de hecho la garantía de la cobertura de toda la población en todo el territorio español.

A esa situación de definición imprecisa se une la pasividad con respecto a este tema que ha caracterizado a los sucesivos ministerios de Sanidad, fuera cual fuera la adscripción política de sus titulares.

Con ello se ha producido un claro retroceso con respecto a la situación anterior, en la que la protección sanitaria de los grupos de población cubiertos quedaba bajo la responsabilidad indiscutible de la entidad gestora de la Seguridad Social, de la que era responsable universal la AGE.

Los efectos de esa falta de claridad en la definición teórica se han traducido en la práctica en el rechazo de la atención de pacientes de unas comunidades autónomas por otras, una situación cuya incidencia real, de la que se carece de informaciones públicas precisas, cabe suponer mucho más elevada que la que se deduce de su aparición esporádica en los medios de comunicación (Aja, 1999; ABC, 2005).

Por otra parte, un efecto inducido por esta situación es el estímulo para una constitución “autárquica” de los servicios sanitarios de cada una de las comunidades autónomas. Ya se ha comentado que esa tendencia resulta inadecuada, tanto por razones económicas de ineficiencia y aumento del gasto como por ser contraria a garantizar una igual calidad en la atención.

- En segundo lugar, se ha producido también una tendencia limitada a la diversificación de prestaciones entre las comunidades autónomas, y una tendencia más acentuada a la relación por separado de cada una de ellas con los proveedores.

Respecto a la primera cuestión, se trata de una tendencia que ya se daba antes de los cambios legales producidos en diciembre de 2001. El mantenimiento por determinadas comunidades autónomas de la financiación pública de determinados medicamentos excluidos con carácter general, o la práctica de la cirugía de cambio de sexo en el ámbito público antes de que se alcanzase un acuerdo general al respecto fueron dos de las manifestaciones previas de esa tendencia.

Es cierto que no se han producido manifestaciones posteriores importantes de la tendencia a ampliar de manera unilateral por cada comunidad autónoma el ámbito de la prestación. Cabe señalar los esfuerzos realizados en el ámbito técnico del Grupo de Trabajo de Prestaciones del Consejo Interterritorial para desarrollar un catálogo de prestaciones semejantes y, de manera más reciente, una norma que defina la “cartera de servicios” de los centros del SNS.

Sin embargo, tales actuaciones van a la zaga de la realidad. La introducción de las nuevas tecnologías, que no constituyen en sí mismas una nueva prestación, pero son las causan-

tes más importantes del aumento del gasto, se aborda habitualmente de manera unilateral por cada una de las comunidades autónomas. Desde el punto de vista teórico, se ha defendido incluso el modelo de relación unilateral de cada una de ellas con cada proveedor (López Casanovas, 2001 y 2002). Esta opción parece olvidar las ventajas en términos de reducción del gasto que se derivarían de economías de escala para el conjunto del SNS, en la práctica, un consumidor que ejerce ese papel de forma casi monopsonica.

Pero el diseño de las formas en que podría desarrollarse ese rol en un sistema que tiene descentralizada su gestión está lejos de hacerse de manera adecuada: en el ámbito de la compra de productos por el Sistema, la Ley del Medicamento otorga la capacidad de determinar los precios aplicables de esos productos a los servicios públicos de salud a una Comisión central en la que no participan las comunidades autónomas que gestionan esos servicios. Las propias comunidades autónomas atribuyen a esa situación una responsabilidad importante en el aumento del gasto en ese concepto, el que más crece anualmente entre las diferentes partidas del gasto sanitario a lo largo de los últimos años.

Algunas comunidades autónomas han constituido centrales de compras para todos los centros del propio territorio. Las dificultades para obtener ventajas económicas para el sistema en su conjunto, e incluso para las regiones que pretenden implantar sistemas regionales de compras, se han puesto de relieve en otros trabajos (Rey del Castillo, 2006). Promover una central de compras para todo el Sistema debería, sin embargo, adoptar formas innovadoras acordadas, que carecen de precedentes, y en las que la participación de las comunidades autónomas constituye un elemento imprescindible para su instauración.

La gestión de las políticas de compras y de la introducción de nuevas tecnologías por las comunidades autónomas de manera individual y sin coordinación contribuye, por el contrario, al aumento del gasto. Las razones para ello son dobles: por un lado, la elevación de los precios aplicados en promedio a cada una de ellas; por otro, la introducción de cualquier innovación tecnológica por cualquiera de las comunidades autónomas provoca de inmediato un estímulo en las restantes para igualarse con la que haya tomado la iniciativa en cada caso, con independencia de que se haya comprobado o no la eficiencia de su utilización.

- En tercer lugar, la gestión autonómica de las políticas de personal sin la coordinación necesaria ha contribuido también al aumento del gasto.

Entre los factores que contribuyen a ese efecto se encuentra en primer lugar el mismo efecto de imitación comentado en el caso de las tecnologías sanitarias (Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario, 2005).

Lo mismo ocurre en el caso del personal: a todos los procesos de traspaso de la responsabilidad de la asistencia sanitaria a las comunidades autónomas, también los ocurridos en el año 2001, han seguido aumentos de las retribuciones de los sanitarios de cada una de las comunidades autónomas sin contrapartidas funcionales ni en términos de eficiencia

de ningún tipo. Las razones aducidas en este caso han tenido que ver con razones como la homologación con otros cuerpos dependientes de la misma administración autonómica, u otras de interés político local, por la importancia proporcional de los cuerpos de sanitarios correspondientes.

Por otra parte, la introducción de “nuevas formas de gestión”, cuya variedad, como se ha indicado, se ha potenciado por la descentralización, ha contribuido también al desarrollo de desigualdades no sólo en los niveles retributivos, sino también en las formas de relación contractual. Algunas de ellas, caracterizadas por la elevación de los niveles retributivos, resultan de eficiencia dudosa. En otros casos, por el contrario, el abuso de contrataciones irregulares diversas constituye el estímulo más evidente para reducir la vinculación del personal con los servicios que presta y, con ello, reducir la eficiencia de la prestación.

El establecimiento de determinados objetivos políticos en la gestión de los servicios, como los compromisos de reducción de las listas de espera, han sido también la vía para la introducción de formas extraordinarias de pago (“peonadas”, conciertos con grupos de profesionales para la solución de patologías o situaciones concretas) que suponen un aumento puntual importante del gasto a la vez que, en muchos casos, un incentivo perverso para la reducción del rendimiento ordinario de los servicios y su dotación (Martínez Salmeán, 2005).

- Por último, la situación organizativa y financiera posterior a los últimos traspasos ha supuesto también un funcionamiento más deficitario aún de los instrumentos básicos de coordinación, entre ellos los sistemas de información.

La mejor descripción de su situación la ha realizado el Grupo de Trabajo sobre Gasto Sanitario Público, que elaboró su informe para la reciente Conferencia de Presidentes Autonómicos. Utilizando sus propios términos, “las principales conclusiones que se derivan del análisis ponen de manifiesto que el SNS cuenta con un repertorio de estadísticas sanitarias que proporcionan numerosos datos relativos al nivel de salud, los recursos sanitarios, la actividad y el gasto. Sin embargo, el sistema de información existente es fragmentario e incompleto para la toma de ciertas decisiones en materia de planificación, o para establecer determinadas políticas sanitarias. Una de las causas de esta limitación reside en que el actual sistema está orientado como un repertorio de operaciones estadísticas, en su mayoría de carácter descriptivo e independientes entre sí, que si bien proporciona una gran cantidad de datos, ofrece una utilidad limitada para hacer el seguimiento integrado de las metas y objetivos del SNS. Otro factor limitante es la ausencia o insuficiente desarrollo de sistemas de información estatales sobre algunos planos del sistema sanitario, como son la normalización identificativa y caracterización de la población protegida, la atención primaria, la salud pública o la salud mental, entre otras...” (Grupo de Trabajo sobre Gasto Sanitario, 2005).

En relación con esa descripción, el dato más significativo es que la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (dos años anterior al informe citado, pero la norma que debía haber propiciado un cambio de situación) no previó ninguna modificación en la estructura y función de los “nuevos” sistemas de información creados en la propia Ley como supuesta aportación innovadora, vinculados a una “agencia” (de Calidad).

La modificación de esa situación, como se ha comentado en algunos trabajos previos (Rey del Castillo, 2002b), requeriría modificar la naturaleza (haciéndolos órganos de constitución interadministrativa, no necesariamente vinculados a la AGE ni a ninguna otra administración en exclusiva), composición (de la que pudiera formar parte personal de distinta procedencia administrativa), e incluso la ubicación (no necesariamente en la capital del Estado, a semejanza de lo que ocurre con diferentes organismos europeos) de los órganos que se pretenda lleven a cabo la instauración de sistemas eficaces y fiables de información sanitaria.

## 4. Conclusiones y propuestas

De los análisis y comparaciones realizados en los apartados anteriores se deduce con claridad que en España el cumplimiento del doble papel característico de la financiación sanitaria consistente, por un lado, en justificar una aportación importante de recursos a la financiación de las comunidades autónomas y, por otro, en servir de base al mantenimiento de la protección sanitaria universal en condiciones de igualdad para todos los ciudadanos, está netamente sesgado a favor del primero. Esas condiciones diferencian a nuestro país de otros países federales o descentralizados donde existen garantías de que se mantengan de manera equilibrada los dos papeles citados.

Por otra parte, algunos análisis previos (Ruiz Huerta y Granados, 2003) han coincidido en resaltar la imposibilidad real de considerar como alternativa viable la vuelta a un sistema de financiación sanitaria específico, más aún en el contexto de las demandas de distintas comunidades autónomas por aumentar su financiación, sea a través de la reforma de sus Estatutos de Autonomía o de la modificación general del sistema de financiación autonómica.

Por esas razones, las propuestas alternativas que se formulan a continuación no se conciben como una alternativa global al sistema de financiación autonómica, que está previsto reformar a lo largo de los próximos meses. Por el contrario, de lo que se trata es de establecer algunas condiciones complementarias que deben figurar en el nuevo sistema de financiación que se diseñe, con el objeto de que éste contribuya no sólo al aumento de la financiación autonómica, una cuestión relacionada con el modelo territorial del Estado en el que se pretenda profundizar, sino también al sostenimiento de la protección sanitaria universal, concebido como uno de los pilares sociales de nuestra cohesión.

Uno de los efectos de la cesión de mayor capacidad económica a las comunidades autónomas, según cómo se desarrolle, puede ser el aumento de la corresponsabilidad fiscal orientado al control del gasto regional. Sin embargo, otro efecto potencial de esa mayor cesión, por otra parte ya más avanzada que en cualquier otro Estado descentralizado o federal, puede ser que haga más patentes las desigualdades en capacidad fiscal entre las regiones-nacionalidades españolas. Si éstas no se atenúan mediante mecanismos de solidaridad efectivos establecidos no sólo con criterios económicos limitativos de la igualación en niveles de renta, como parece hacerse en el nuevo Estatuto catalán, pueden poner en peligro la posibilidad de mantener una prestación semejante de los servicios cedidos, de manera destacada los sanitarios, con una presión fiscal similar.

Las propuestas que se formulan, derivadas de los análisis previos, son las siguientes:

- El Gobierno central debe mantener bajo su control la definición y obtención de los fondos destinados a hacer efectiva la solidaridad fiscal entre regiones, de manera que la contribución a esa financiación no debe quedar al criterio de los gobiernos regionales. Esas condiciones se deben mantener sea cual sea la decisión de cesión de impuestos a las regiones.
- Los límites de solidaridad fiscal entre regiones, al menos para los servicios sanitarios, se deben definir en términos de mantenimiento de niveles semejantes de provisión de servicios con una presión fiscal similar. La determinación de los niveles de financiación necesarios para ello deben establecerse conforme a los procedimientos que se proponen más abajo.
- Se debe diferenciar el gasto sanitario de manera finalista en el conjunto de la financiación autonómica, sin modificar la obtención de los ingresos correspondientes mediante los impuestos vinculados a la financiación autonómica general.
- El gasto sanitario de cada comunidad autónoma se debe definir en función de criterios históricos, con límites en la variación interanual de cada comunidad autónoma, dentro de la variación indexada general que se pretenda establecer cada año, en función de la prioridad política general que se pretenda dar a las políticas sanitarias.
- Se debe suprimir el llamado Fondo de Cohesión (incluyendo su cuantía en la financiación global destinada a la sanidad) y sustituirlo por un sistema de facturación entre comunidades autónomas basado en la información nominal de pacientes desplazados entre comunidades autónomas con derecho a la asistencia. Por su parte, el Fondo de Incapacidad Temporal, y cualquier aportación adicional por parte de administraciones no sanitarias (como la que deben recibir las comunidades autónomas por la atención de pacientes extranjeros, cuya facturación se realiza por el sistema de Seguridad Social en virtud de los términos de los convenios con otros países), debe integrarse en la financiación sanitaria finalista de cada comunidad autónoma, sobre la base de los datos objetivos de la prestación.
- Se propone introducir en el sistema de financiación autonómica una aportación finalista de periodicidad anual por parte de la AGE destinada a la financiación sanitaria, vinculada a la capacidad de control por parte de la AGE del mantenimiento de ciertas condiciones del propio Sistema que no forman parte de las competencias propias de las comunidades autónomas, y a su distribución en función del cumplimiento de esas condiciones y de objetivos concretos en esas materias por parte de aquéllas. Entre las condiciones citadas debería incluirse la “portabilidad” de la protección sanitaria y la contribución de las comunidades autónomas a los sistemas de información, así como el respeto de los criterios de planificación de recursos y de incorporación de nuevas tecnologías a que se alude más adelante. Puesto que de lo que se trata con una aportación de este carácter es de

mantener condiciones iguales de prestación en el conjunto del Sistema, la distribución de estos fondos por comunidades autónomas, con independencia de su libramiento real posterior en función del cumplimiento de los criterios y objetivos marcados, podría hacerse con criterios capitativos iguales para todas las comunidades autónomas.

- Por el contrario, se debe eliminar en el futuro la posibilidad de realizar aportaciones centrales adicionales a la financiación sanitaria con criterios variables de distribución en tanto se carezca de información sobre las razones que puedan justificar las posibles insuficiencias presupuestarias. En concreto, teniendo en cuenta la posibilidad de nuevos incrementos poblacionales asimétricos debidos a la inmigración, deben precisarse las condiciones y plazos en que valorar los mismos y determinar su repercusión en el funcionamiento ordinario de los servicios sanitarios. Se trata de evitar que los aumentos de financiación por este motivo se conviertan en motivo de negociación sobre bases no objetivas, y sin garantía alguna de su dedicación posterior real a dicha finalidad.
- La contribución desde la AGE a la financiación sanitaria puede requerir la obtención de recursos tributarios adicionales añadidos a los recaudados en la actualidad por la propia AGE. Si fuera así, debería plantearse de manera explícita la posibilidad de un recargo finalista en el IRPF con destino a la financiación sanitaria. La alternativa de una tasa general para el acceso a los servicios sanitarios plantea diferentes problemas, tanto conceptuales como de gestión. Entre los primeros, además de la ausencia de progresividad en su distribución, la implantación de una tasa podría suscitar de manera inmediata la posibilidad de renuncia al pago de la misma por parte de aquellos ciudadanos que planteasen de manera expresa la renuncia al uso de los servicios públicos sanitarios a cambio de obtener un “bono de atención” (o el descuento de lo invertido en atención sanitaria en el ámbito colectivo o estrictamente privado) en el ámbito privado de su elección. En cuanto a su gestión, parece difícil que una tasa pudiera recaudarse por otras entidades que no fueran las comunidades autónomas, que son las que actualmente llevan a cabo la gestión, lo que resultaría contrario a la finalidad perseguida de proveer a la AGE de recursos para su aportación finalista a la financiación sanitaria.
- Las medidas anteriores deberían en todo caso suponer la exclusión también expresa de copagos, o tasas, o desgravaciones fiscales de manera unilateral por cualquiera de las comunidades autónomas.
- La intervención finalista de la AGE en el sostenimiento del sistema sanitario público debería también justificar, por razones de equidad y eficiencia, la unificación bajo el sistema más general de protección de las diversas formas de protección sanitaria que todavía persisten al margen del sistema (mutualidades de funcionarios; empresas y entidades colaboradoras de la SS; profesionales independientes), y también la generalización de los mecanismos de integración en el sistema general de protección sanitaria de la población sin vinculación laboral e ingresos por encima del nivel de subsistencia, que en la actualidad carecen de vía general establecida para obtener esa integración.



Además de evitar diferencias no justificadas en los niveles de protección entre los grupos citados y el régimen general, estas medidas deberían también servir de base para el establecimiento de una única base de datos de población protegida por el Sistema Nacional de Salud, bajo la responsabilidad del Ministerio de Sanidad.

- Debe constituirse bajo bases específicas en cuanto a su naturaleza, composición y ubicación un sistema de información sanitaria eficaz y fiable. Las previsiones legales de sistemas de información anteriores y su desarrollo real desde que se inició el proceso de descentralización sugieren que para obtener resultados distintos es necesario establecer el sistema de información constituido bajo bases diferentes, desvinculado de la estructura del Ministerio de Sanidad y radicado en alguna institución pública, de carácter docente (como en Canadá) o constituida de manera independiente, bajo una forma jurídica que permita incluir en su órgano de gobierno a las comunidades autónomas, que deben ser copropietarias de la información.
- Entre los órganos cuya constitución bajo nuevas bases y con participación de todas las comunidades autónomas, debe plantearse una Central de Compras del SNS, que pudiera negociar con los proveedores los precios de los productos sanitarios a aplicar en el conjunto del propio Sistema. La constitución de este órgano debería suponer de manera complementaria el replanteamiento de las normas de fijación de los precios pagados por los productos sanitarios en el ámbito del SNS. En la actualidad esas normas prevén su establecimiento precisamente para el ámbito de éste, pero sin la participación de los servicios de salud que lo constituyen, y, por tanto, sin utilizar la capacidad de negociación que supone la facturación del conjunto del Sistema.
- En la actualidad el incremento del gasto sanitario está ante todo en relación con el aumento de los precios y la intensidad del uso de las tecnologías sanitarias, incluidos los medicamentos. Para afrontar esa fuente principal de gasto se debería establecer también como condición para la percepción de una parte de la financiación finalista de la AGE el uso por cada Servicio de Salud de sólo aquellos productos nuevos que resulten autorizados para su utilización en el SNS por acuerdo del CISNS. La utilización de otros productos o tecnologías para los que no exista tal acuerdo debería suponer la reducción de la financiación en proporción al gasto efectuado en esos productos.
- La “nivelación” de los servicios sanitarios debe establecerse en términos de recursos disponibles que permitan la igualdad en el acceso por parte de toda la población con derecho a la protección del SNS, y no, como en el sistema de financiación actual, en relación con variaciones en la población, cuyos efectos sobre la disponibilidad de los servicios sanitarios son difíciles de determinar, más aún en ausencia de adecuados sistemas de información. Por el contrario, los criterios sanitarios de “nivelación” deben excluir que cada una de las comunidades autónomas se dote de la totalidad de los medios sanitarios disponibles, salvo que eso sea lo recomendable desde el punto de vista sanitario y de la calidad de la atención, a la vez que se garantiza el acceso a todos los

medios disponibles por todos los pacientes con criterios de distribución planificados. Se debe también evitar el planteamiento, como objetivo de la financiación sanitaria, de la igualdad en financiación capitativa.

- Los criterios de distribución de recursos que permitan aproximarse al objetivo de la igualdad en el acceso deben ser establecidos por los órganos de que dispone el propio sistema sanitario, con la participación de todas las administraciones que participan en su gestión, de los que el más adecuado en el momento actual es el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. A los efectos del establecimiento de esos criterios, que deben tener las consecuencias económicas que se describen más adelante, debería dotarse a dicho órgano por las administraciones que lo forman de capacidad de decisión por mayoría, como ocurre en el momento actual en el Consejo de Política Fiscal y Financiera, y constituir la base para la distribución de la financiación sanitaria, en especial en lo que se refiere a la planificación de nuevos recursos.
- La financiación sanitaria de las comunidades autónomas debe separar en masas presupuestarias diferentes la destinada al gasto corriente y a las inversiones. La distribución de estas últimas debería ponerse en relación con los criterios de distribución de los recursos a los que se ha hecho referencia en el apartado anterior, de manera que la financiación de todos aquellos recursos que superen las recomendaciones generales establecidas se lleve a cabo en exclusiva por la propia Administración que decida su implantación.
- A semejanza de otros países, se debe constituir un órgano de participación ciudadana independiente, sin participación de las administraciones públicas sanitarias, pero dotado de recursos para ejercer su función, con capacidad de acceso directo a los sistemas de información sanitaria que se constituyan y de requerir información a las diferentes administraciones sobre aspectos generales de la situación del SNS (para distinguirlo de los diferentes defensores del pueblo o figuras similares, con capacidad de intervenir en casos concretos). Se trataría de establecer un mecanismo que contribuyese a evitar la contradicción potencial entre los intereses económicos prioritarios de las comunidades autónomas en la gestión y la financiación sanitaria y los intereses de los ciudadanos de obtener una atención de igual calidad y extensión. Su misión sería la de elaborar un informe periódico sobre la situación del SNS como instrumento al servicio del ejercicio efectivo del derecho ciudadano a la protección de la salud, que debería ser tenido en cuenta por las administraciones responsables de su gestión.

La elección de los miembros de ese órgano, cuyas características y capacidades lo deberían diferenciar netamente del Comité Consultivo del SNS actualmente existente, podría hacerse inicialmente a propuesta de las organizaciones sindicales, empresariales y de consumidores y usuarios, pero sin que la participación en el órgano debiera concebirse como forma de representación de éstos.

## Índice de Tablas, Gráficos y Cuadros

### Tablas

Tabla 1. Características de países federales o con descentralización de sus servicios sanitarios (2004) .....	21
Tabla 2. Aportaciones territoriales a la financiación sanitaria en Canadá (1980-2004) (dólares constantes 1997 <i>per cápita</i> ) .....	34
Tabla 3. Financiación sanitaria solicitada, ofertada y obtenida por comunidades autónomas en 2004 (millones de euros) .....	41
Tabla 4. A) Porcentaje de impuestos previstos y recaudados en comunidades autónomas de régimen común (2002) .....	44
Tabla 4. B) Porcentaje de participación en los ingresos tributarios del Estado por comunidades autónomas en conceptos de IRPF, IVA e impuestos especiales (1999-2003) .....	44
Tabla 5. Aportaciones extraordinarias del Estado acordadas en el Consejo de Política Social y Financiera, conforme a la propuesta de la Conferencia de Presidentes para cubrir el déficit sanitario .....	47
Tabla 6. Características diferenciales de distintos servicios públicos .....	56
Tabla 7. Gasto sanitario <i>per cápita</i> por comunidades autónomas (euros) .....	62

### Gráficos

Gráfico 1. Resultados del sistema de financiación en 2002 (porcentajes) .....	51
---	----

### Cuadros

Cuadro 1. Financiación sanitaria de las regiones-naciones en el Reino Unido: la Fórmula de Barnett .....	32
--	----

## Bibliografía

- ABC (2005), El hospital vizcaíno de Cruces niega que rechazara a un motorista herido por ser de Cantabria, *ABC*, 27 mayo, p. 22, col. 1.
- Abel-Smith, B., y Mossialos, E. (1994), Cost-containment and health care reform. A study of the European Union. LSE Health, *Occasional Paper in Health Policy* No. 2, London, The European Institute. London School of Economics and Political Science.
- Ahn, N., *et al.* (2003), Gasto sanitario y envejecimiento de la población en España. Serie Documentos de trabajo, nº 7, Bilbao, Fundación BBVA.
- Aizpeolea, L. R. (2005), Zapatero asegura que se mantendrá la caja única de la Seguridad Social, *El País*, 19 Octubre, p. 26, col. 3-5.
- Aja, E. (1999), El Estado Autonómico. Federalismo y hechos diferenciales, Madrid, Alianza Editorial.
- Álvarez González, M. R., y Ruiz Martínez, A. (2006), La imagen del sistema sanitario en España (1995-2004), Madrid, CIS.
- Álvarez Rosete, A., *et al.* (2005), Effect of diverging policy across the NHS, *BMJ*, 331:946-50.
- Banting, K. G., y Corbett, S. (2001), Health Policy and Federalism. A comparative Perspective on Multi-Level Governance. Montreal & Kingston, McGill-Queen's University Press.
- Banting, K. G., y Corbett, S. (2002), Multi-Level Governance and Health care: Health Policy in Five Federations. Paper presented to the Meeting of the American Political Science Association August 2002. Accesible en [apsaproceedings.org/site/abstracts/011/011020.Bantingkei.htm](http://apsaproceedings.org/site/abstracts/011/011020.Bantingkei.htm). Accedido 15/5/2004.
- Barbería, J. L. (2005), El Estado menguante, *El País*, 3 mayo, pp. 13-4, cols. 1-5.
- Barrow, M. (1986), Central grants to local governments: a game theoretic approach. *Environmental and Planning C: Government and Policy*, 40:155-64.
- Bell, D., y Hitchell, J. (2005), Nations and Regions Project 10: Funding a decentralised system of governance, en: UCL Constitution Unit. Nations and Regions Programme: The dynamics of devolution. Accesible en: [www.ucl.ac.uk/constitution-unit](http://www.ucl.ac.uk/constitution-unit). Accedido 4/7/2005.
- Birkmeyer, J. D., *et al.* (2002), Hospital volume and surgical mortality in the United States, *NEJM*, 346 (15):1128-37.
- Birkmeyer, J. D., *et al.* (2003), Surgeon volume and operative mortality in the United States, *NEJM*, 349(22):2117-27.

- Bodenheimer, T. (2005a), High and rising healthcare costs. Part 1: Seeking an explanation, *Annals of Internal Medicine*, 142(10):847-54.
- Bodenheimer, T. (2005b), High and rising healthcare costs. Part 2: Technological Innovation, *Annals of Internal medicine*, 142(11):932-7.
- Braña, F. J., y Serna, V. M. (1997), La descentralización de competencias de gasto público. Teoría y aplicación a España, Madrid, Editorial Cívitas-Estudios y Monografías.
- Calonge, S., y Rodríguez, M. (1998), Consecuencias distributivas y de equidad de las políticas de gasto y financiación de la sanidad, *Papeles de Economía Española*, 76:259-72.
- Canadian Press. CTV Ca. (2005), Alberta rejects Dosangh offer to discuss clinics. Accesible en [www.ctv.ca/servlet/ArticleNews/print/CTVNews/1115251068827\\_4/?hub=Health&subhub=PrintStory](http://www.ctv.ca/servlet/ArticleNews/print/CTVNews/1115251068827_4/?hub=Health&subhub=PrintStory). Accedido 5/5/2005.
- Cantarero Prieto, D. (2005), Experiencias comparadas de financiación de sistemas sanitarios en el marco internacional, en Seminario sobre análisis y valoración del modelo de financiación autonómica en el subsistema sanitario. Prof. Juan Cabasés (coord.), Madrid, Fundación BBVA, 1 junio.
- Cavanagh, S., y Chadwick, K. (comp.) (2005), Health needs assessment: A practical guide. NICE accesible en [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk). Accedido 16/9/2005.
- Coombs, R. (2005), Rationing of joint replacement raises fears of further cuts, *BMJ*, 331:1290, doi: 10.1136/bmj.331.7528.1290.
- Díaz, B., y Vega, J. A. (2004), Entrevista con Miguel Ángel Fernández Ordóñez: “Podríamos habilitar a las Comunidades Autónomas a implantar el copago en sanidad”, *Cinco Días*, 5 julio, p. 1, col. 1-5 y pp. 30-1, col. 1-6.
- Díaz Regañón, R. (2005), Una aproximación a la financiación de la asistencia sanitaria. Elaboración propia sobre datos del INE y del Informe Anual de Recaudación Tributaria de la Agencia Estatal de Administración Tributaria. Comunicación personal.
- DiMatteo, L., y DiMatteo, R. (1998), Evidence on the determinants of Canadian provincial health expenditures: 1965-1991, *Journal of Health Economics*, 17:211-28.
- DiMatteo, L. (2005), The macro determinants of health expenditure in the United States and Canada: assessing the impact of income, age distribution and time, *Health Policy*, 71:23-42.
- Dion, S. (2005), La política de la claridad, Madrid, Alianza Editorial.
- Dixon, J., Ingles, S., y Kleen, R. (1999), Is the English NHS underfunded?, *BMJ*, 318:522-6.
- Dixon, A., et al. (2004), Facing the challenges of health care financing, en Figueras J, McKee m, Cain J, Lessof S. (eds.). Health systems in transition: learning from experience, Copenhagen, WHO on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, pp. 51-83.
- Dizy, D. (2005), Balanzas fiscales regionales y solidaridad financiera interregional, *Revista de Libros*, 101: 11-5.

- Dobson, R. (2005), English survey shows wide disparity in joint replacement rates, *BMJ*, 331:1290. doi: 10.1136/bmj.331.7528.1290-a.
- Editorial (2005), Private medical care comes to Canada, *CMAJ*, 173(3):225
- Elixhauser, A., *et al.* (2003), Volume thresholds and hospital characteristics in the United States, *Health Affairs*, 22(2):167-77.
- Esping-Andersen, G. (2000), The sustainability of Welfare States into the Twenty-First Century, *International Journal of Health Services*, 30(1):1-12.
- European Observatory on Health Care Systems (2001), Australia, Copenhagen, WHO, Regional Office for Europe.
- Ferrándiz Manjavacas, F. A. (2004), Los problemas de suficiencia en la financiación de la asistencia sanitaria transferida a las Comunidades Autónomas: ¿se valoró adecuadamente el coste de los servicios traspasados?, *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI*, 2(4):151-80.
- Fisher, E. S., *et al.* (2003), The implications of regional variations in Medicare Spending. Part I: The content, quality, and accessibility of care, *Annals of Internal Medicine*, 138:273-87.
- Fitch, R. (2005), Big Labor's Big Secret, *NY Times*, Dec 28, Editorials-Ed Home. Accesible en [www.nytimes.com](http://www.nytimes.com). Accedido 28/12/2005.
- France, G. (2001), Federalismo, regionalismo e standard sanitari nazionali, Quattro paesi, quattro approci, Milano, Dott. A. Giuffrè Editore.
- Frantz, S. (2004), Aventis-Sanofi: a good R&D merger, *Nature Reviews Drug Discovery*, 3:193-4.
- Freire Campo, J. M., *et al.* (2003), La Política de salud en el Estado de las autonomías. Capítulo 11 en Garde, J. A. (editor), Políticas sociales y Estado de Bienestar en España. Informe 2003, Madrid, Fundación Hogar del Empleado, pp. 283-318.
- Fundación BBVA (2006), Análisis y Valoración del Impacto del Nuevo Modelo de Financiación Autonómica en el Subsistema Sanitario, Madrid-Bilbao (En Prensa).
- Fuentes Quintana, E., y Barea, J. (1996), El déficit público de la democracia española, *Papeles de Economía Española*, 68:86-191
- Gallego-Díaz, S. (2005), 15.000 médicos y 20.000 enfermeros, *El País*, 16 septiembre, p. 26, col. 1.
- Giménez Montero, A. (2002), Federalismo fiscal. Teoría y práctica, Valencia, Tirant lo Blanch.
- Gold, M. (2004), Geographic variation in Medicare per capita spending: Should policy makers be concerned? Research Synthesis Report No. 6. The Synthesis Project. Robert Wood Johnson Foundation. Disponible en: [www.rwjf.org/research/researchByArea.jsp?title=Quality%20Health%20Care&detailID=1392](http://www.rwjf.org/research/researchByArea.jsp?title=Quality%20Health%20Care&detailID=1392). Accedido 1/9/2004.
- Gowrisankaran, G., *et al.* (2004), Causality and the volume-outcome relationship in surgery, en The Sixth Conference on the Industrial Organisation of Healthcare. Hyannis, Massachussets, April 22-25. Accesible en: [www.bu.edu/econ/isp/6th\\_IOOHC/Program.htm](http://www.bu.edu/econ/isp/6th_IOOHC/Program.htm). Accedido 15/10/2004.

- Greer, S. L. (2004), Territorial politics and health policy. UK health policy in comparative perspective, Manchester, Manchester University Press.
- Greer, S. (2005), When does devolution cause divergence?: Health agendas and policy debates before and after devolution. Paper prepared for 52nd annual Political Studies Association Conference. University of Aberdeen, 5-7 April. Accesible en [www.psa.ac.uk/cps/2002A-L.htm](http://www.psa.ac.uk/cps/2002A-L.htm). Accedido 5/7/2005.
- Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario (2005), Informe. Solicitable en [igaegastossanitarios@igae.minhac.es](mailto:igaegastossanitarios@igae.minhac.es)
- Guenaga, A. (2004), Asunción del gasto y cogestión del ingreso de la Seguridad Social, *El País*, 17 diciembre, p. 22, col. 5.
- Ham, C. (1999), Tragic choices in health care: lessons from the Child B case, *BMJ*, 319:1258-61.
- Heald, D., y McLeod, A. (2004), The origins and role of the Barnett formula, en Heald D, McLeod A. Constitutional law 2002. The laws of Scotland: Stair Memorial Encyclopedia. Edinburgh; Butterworths. p. 530-536. Accesible en [www.abdn.ac.uk/crpf/barnettoriginal.pdf](http://www.abdn.ac.uk/crpf/barnettoriginal.pdf). Accedido 30/05/04.
- Health Canada. Canada Health and Social Transfer. Accesible en [www.hc-sc.gc.ca](http://www.hc-sc.gc.ca). Accedido 11/5/2005.
- Health Council of Canada (2005), Health care Renewal in Canada. Accelerating Change. January 2005. Accesible en [www.healthcouncilcanada.ca](http://www.healthcouncilcanada.ca)
- HM Treasury (1999), Funding the Scottish Parliament, National Assembly for Wales and Northern Ireland Assembly. A statement of funding policy. Accesible en [www.hm\\_treasury.gov.uk](http://www.hm_treasury.gov.uk). Accedido 10/5/1999.
- HM Treasury (2004), Funding the Scottish Parliament, National Assembly for Wales and Northern Ireland Assembly. A statement of funding policy. July 2004. Accesible en [www.hm\\_treasury.gov.uk](http://www.hm_treasury.gov.uk). Accedido 5/7/2005.
- Holahan, J., et al. (eds.) (2003), Federalism & Health Policy, Washington, The Urban Institute Press.
- House of Lords Select Committee on the Constitution (2002), Financing devolution, en Session 2002-2003 2nd report. Devolution: Inter-institutional relations in the United Kingdom. London: The Stationery Office; Dic 2002. p. 27-32.
- Jiménez, D., y Smith, P. C. (2005), Decentralisation of health care and its impact on health outcomes, *Discussion Papers in Economics*, University of York, No. 2005/10.
- Jommi, C., y Fattore, G. (2003), Regionalization and drugs cost-sharing in the Italian NHS, *EuroObserver*, 5(3):1-4.
- Kirby, M. J. L. (Chair) (2002), The Health of Canadians-The Federal Role. Volume Six: Recommendations for Reform. Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, October 2002, accesible en [www.parl.gc.ca](http://www.parl.gc.ca).
- Knable Gotts, I., y Rapp, R. T. (2004), Antitrust treatment or mergers involving future goods, *Antitrust*, Fall 2004:100-5.

- Krugman, P., y Wells (2006), The Health Care Crisis and What to Do About It, *The New York Review of Books*, 53(5), March 23, accesible en [www.nybooks.com/articles/18802](http://www.nybooks.com/articles/18802). Accedido 23/03/2006.
- Langenbrunner, J. C., *et al.* (2005), Purchasing and paying providers, en Figueras, J., Robinson, R., Jakubowski E (eds.). Purchasing to improve health systems performance. Observatory on Health care Systems and Policies series, Buckingham, Open University Press, pp. 236-64.
- Lazar, H. (2005), Trust in intergovernmental fiscal relations, en Lazar H (ed.). Canadian fiscal arrangements: what works, what might work better, Montreal, McGill-Queen's University Press, pp. 3-36.
- Levaggi, R., y Zanola, R. (2003), Flypaper effect and sluggishness: evidence from regional health expenditure in Italy, *International Tax and Public Finance*, 10:535-47.
- Levaggi, R., y Smith, P. (2005), Decentralization in health care: lessons from public economics, en Smith, P. C., Ginelly, L., y Sculpha, M. (eds.). Health Policy and Economics: Opportunities and challenges, Maidenhead, Open University Press, pp. 223-47.
- Lewis, S., *et al.* (2001), The future of health care in Canada, *BMJ*, 323:926-9.
- López Casanovas, G. (1999), En torno a los conceptos de igualdad y solidaridad, en López Casanovas G. (ed.). Cataluña y España. Una relación económica y fiscal a revisar, Barcelona, Omnium Cultural-Vernal, pp. 111-32.
- López Casanovas, G. (2000), Los problemas de la financiación sanitaria en España. Especial referencia a su descentralización autonómica, en Herce San Miguel, J. A. (editor). Financiación autonómica: Aspectos económicos y debate político, Madrid, FEDEA-CEA, pp. 99-119.
- López Casanovas, G. (2001), La financiación autonómica de la sanidad: algunas claves, en González Hidalgo *et al.* (coords), Libro de Ponencias y Comunicaciones de XXI Jornadas de Economía de la Salud; 2001 junio 6-8, Oviedo, España, Barcelona, Asociación de Economía de la Salud, pp. 13-38.
- López Casanovas, G. (2002), The devolution of health care to the Spanish regions reaches the end point, en Cabasés, J. M., *et al.* (coords.), La organización territorial de la sanidad. XXII Jornadas de Economía de la Salud. Pamplona, 29-31 mayo 2002, Pamplona:, Universidad Pública de Navarra-Asociación de Economía de la Salud, pp. 109-27.
- López Casanovas, G., y Rico, A. (2003), La descentralización, ¿parte del problema sanitario o de su solución?, *Gaceta Sanitaria*, 17(4):319-26.
- Luft, H. S., *et al.* (1979), Should operations be regionalized? The empirical relation between volume and mortality, *NEJM*, 301:1364-9.
- Marcos, P. (2005 a), Rajoy pide al PSE que retire su plan porque es similar al del "lehendakari", *El País*, 6 de marzo, p. 21, col. 5.
- Marcos, P. (2005 b), Los límites insuperables, *El País*, 7 de marzo, p. 20, col 4.
- Martín Martín, J. J. (2003), Las nuevas formas de gestión en las organizaciones sanitarias, Documento de Trabajo del Laboratorio de Alternativas nº 14/2003, Madrid, Fundación Alternativas.
- Martínez Salmeán, J. (2005), La promesa electoral de Esperanza Aguirre, *El País*, Madrid, 18 diciembre, p. 10, col. 1-5.



- McFarlane, L. (2005), Supreme Court slaps for sale-sign on Medicare, *CMAJ*, 173(3):269-70.
- McKweon, T. (1979), *The role of medicine: dream, mirage or nemesis?*, Oxford, Blackwell.
- Mercader, J. (2001), La consideración constitucional de los servicios sanitarios, en Rey del Castillo, J. (coord.), *Jornadas sobre descentralización y transferencias sanitarias*, Madrid, Confederación Sindical de Comisiones Obreras, 2001, pp. 29-40.
- Molina Garrido, M. C. (2005), *Análisis del proceso de descentralización de la asistencia sanitaria de las Comunidades Autónomas*, Pamplona, Textos Cívitas.
- Moreno, L. (1997), *La federalización de España. Poder político y territorio*, Madrid, Siglo Veintiuno de España.
- Mossialos, E., y LeGrand, J. (2001), *Health Care and Cost-Containment in the European Union*, Aldeshot, Ashgate.
- Mossialos, E. *et al.* (2002), *Funding Health Care: options for Europe. Observatory on Health Care Systems series*, Buckingham, Open University Press.
- Nallamothu, B. K., *et al.* (2005), Impact of patient risk on the hospital-volume outcome relationship in coronary artery bypass grafting, *Arch. Intern. Med.*, 165:333-7.
- Nolte, E. (2004), *Does healthcare save lives?*, London, The Nuffield Trust.
- Oates, W. E. (1972), *Fiscal Federalism*, New York, Harcourt Brace Jovanovich.
- OCDE (2006), *Projecting OECD health and long-term expenditures What are the main drivers?*, *Economic Department Working Papers*, No. 477, Paris, OECD.
- Ochoa A. (2004 a), Economía niega financiación y ofrece copago a las autonomías, *Diario Médico*, 6 junio, p. 1 col. 1-4 y p. 3 col. 1-4.
- Ochoa, A. (2004 b), El sistema de financiación, víctima de unas transferencias apresuradas, *Diario Médico*, 27 de diciembre, p. 5, col. 1-5.
- Ochoa, A. (2005), Sabrido y Rambla apoyan que siga el Ministerio, *Diario Médico*, 28 de octubre, p. 6, col. 4-6.
- OMS (2000), *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving performance*, Geneva, WHO.
- OMS (2001), *Health Care Systems in Transition. Canada*, Copenhague, WHO Regional Office for Europe.
- Or, Z. (2000), Determinants of health outcomes in industrialised countries: a pooled, cross-country, time-series analysis, Paris, OECD, *Economic Studies* No. 30, 2001.
- Or, Z. (2001), Exploring the effects of health care on mortality across OECD countries, Paris, OECD *Labour Market and Social Policy Occasional Papers* No. 46/2001.
- Pollack, A. (2005), Medical companies joining offshore trend, too, *NY Times*, Business, February 24.
- Preston, S. H. (1975), The Changing Relation between Mortality and Level of Economic Development, *Population Studies*, 29(2):231-48.

- Puig-Junoy, J. (2003), La productividad de las innovaciones médicas y farmacéuticas, *Humanitas*, 1(3): 195-202.
- Puig-Junoy, J., Martín Martín, J. J. (2005), ¿Es viable el copago en el sistema de financiación sanitaria?, Sevilla, Centro de Estudios Andaluces, Consejería de Presidencia de la Junta de Andalucía, Actua-  
lidad 06.
- Puig-Junoy, J. (2006), ¿Es la financiación sanitaria suficiente y adecuada?, *Gaceta Sanitaria* 20, Suplemento 1:96-102.
- Rapp, R. T. (2005), Are mergers the right medicine for Japan's pharmaceutical industry?, NERA Economic Consulting, How Markets Work, accesible en [www.nera.org](http://www.nera.org).
- RAWP (1976), Sharing resources for health in England, Report of the Resource Allocation Working Party, London, Department of Health and Social Security, HMSO.
- Rey Biel, P., y Rey del Castillo, J. (2005), Globalización y tecnologías sanitarias, en Sánchez Bayle, M., Colomo, C., y Repeto, C. (eds.), Globalización y Salud, Madrid, FADSP, pp. 209-58.
- Rey del Castillo, J. (1998a), La formula RAWP, en Rey del Castillo J. Descentralización de los servicios sanitarios. Aspectos generales y análisis del caso español, Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública, pp. 219-6.
- Rey del Castillo, J. (1998b), La evolución del Estado autonómico. ¿Hay algo que decir desde el punto de vista sanitario?, *Revista de Administración Sanitaria*, II (8): 45-75.
- Rey del Castillo, J., *et al.* (1999a), La evolución del gasto sanitario público regional per cápita en Canadá y España. Análisis de las tendencias y consideraciones sobre la equidad de servicios sanitarios descentralizados. Comunicación al VIII Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, 1999, noviembre 17-19; Sevilla, España, *Gaceta Sanitaria*; 13 Supl. 3:7.
- Rey, J. (coord.) (1999b), El futuro de la Sanidad española. Un proyecto de reforma, Madrid, Fundación Alternativas-ExLibris Ediciones.
- Rey del Castillo, J. (2001a), Los instrumentos de coordinación en el Estado descentralizado español, en Rey del Castillo, J. (coord.). Jornadas sobre descentralización y transferencias sanitarias, Madrid, Confederación Sindical de Comisiones Obreras, pp. 289-310.
- Rey del Castillo, J. (2001b), La organización territorial de los servicios públicos sanitarios, en Parejo, L., Lobo, F., y Vaquer, M. (coords.). La organización territorial de los servicios públicos sanitarios, Madrid, Marcial Pons, pp. 125-38.
- Rey del Castillo, J. (2002a), El acuerdo sobre financiación sanitaria: ¿Crónica de una muerte anunciada o todavía queda algo que hacer por defender un sistema sanitario equitativo y universal?, *Revista de Administración Sanitaria*, VI (21):69-95.
- Rey del Castillo, J. (2002b), Mecanismos de coordinación en servicios sanitarios. Aspectos generales y consideraciones y propuestas sobre el caso español, en Cabasés, J. M., *et al.* (coords.), La organización territorial de la sanidad. XXII Jornadas de Economía de la Salud, Pamplona, 29-31 de mayo de 2002, Pamplona, Universidad Pública de Navarra-Asociación de Economía de la Salud, pp. 143-93.

- Rey del Castillo, J. (2006), Algunos comentarios sobre la Conferencia de Presidentes Autonómicos y el futuro del Sistema Nacional de Salud, *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI*, en prensa.
- Robinson, R. (2002), User charges for health care, en Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J., y Kutzin, J. (eds.), *Funding health care: options for Europe*, op. citada, pp. 161-83.
- Rodríguez, M. (2001), Los servicios sanitarios como parte del Estado de Bienestar, en Rey del Castillo, J. (coord.), *Jornadas sobre descentralización y transferencias sanitarias*, Madrid, Confederación Sindical de Comisiones Obreras, pp. 65-73.
- Romanow, R. (Commissioner) (2002), *Building on Values: The Future of Health Care in Canada*. Final Report November 2002, disponible en [www.healthcarecommission.ca](http://www.healthcarecommission.ca).
- Ruiz-Huerta, J., y Granado, O. (2003), La sanidad en el nuevo modelo de financiación autonómica, Documentos de Trabajo del Laboratorio de Alternativas, nº 31, Madrid, Fundación Alternativas.
- Saltman, R. B. (2005), Current proposals in social health insurance countries, *Eurohealth*, 11(1):10-4.
- Sánchez Bayle, M. (2006), El acuerdo sobre financiación sanitaria: ¿Hemos avanzado?, *Revista de Administración Sanitaria*, Siglo XXI, 3(4):581-90.
- Sánchez Franco, J. (2005), Los consejeros Manuel Lamela, Guillermo Fernández Vara y Marina Geli piden al Ministerio de Sanidad que lidere la cohesión del SNS, *Diario Médico*, 21 de diciembre, p. 3 col. 2-5.
- Sevilla Pérez, F. (2005), La universalización de la atención sanitaria. Sistema nacional de Salud y Seguridad Social. Documento de Trabajo del Laboratorio de Alternativas nº 86, Madrid, Fundación Alternativas.
- Sevilla Segura, J. V. (2005), *Financiación autonómica: Problemas y propuestas*, Madrid, Fundación Alternativas-ExLibris Ediciones.
- Solozábal, J. J. (2006). Bases constitucionales de una posible política sanitaria en el Estado autonómico, Documento de Trabajo del Laboratorio de Alternativas nº 89, Madrid, Fundación Alternativas.
- Taylor, C. (1999a), Convergencias y divergencias respecto a los valores entre Québec y Canadá, en Taylor, C., *Reconciling the solitudes: Essays on Canadian federalism and nationalism*. McGill-Queen's University Press; 1992. Edición española: *Acercar las soledades. Federalismo y nacionalismo en Canadá*. San Sebastián: Tercera Prensa-Hirugarren Prensa, pp. 2358-9.
- Taylor, C. (1999b), Valores compartidos y divergentes, en Fossas, E., Requejo, F. (eds.). *Asimetría federal y Estado plurinacional. El debate sobre la acomodación de la diversidad en Canadá, Bélgica y España*, Madrid, Editorial Trotta, pp. 37-68.
- Thiemann, Dr., *et al.* (1999), Association between hospital volume and survival after acute myocardial infarction in elderly patients, *NEJM*, 340(21):1640-8.
- Tiebout, C. (1956), A pure theory of local expenditure, *Journal of Political Economy*, 64(5):416-24. Hay versión española: *Una teoría del gasto público local*, *Hacienda Pública Española* 1978; 50.

- Tornos, J. (2001), La consideración constitucional de los servicios sanitarios, en Rey del Castillo, J. (coord.), Jornadas sobre descentralización y transferencias sanitarias, Madrid, Confederación Sindical de Comisiones Obreras, pp. 21-8.
- Trench, A. (2001), Introduction: devolution's second year. But mountains left to climb?, en Trench, A. (ed.), The state of nations 2001. The second year of devolution in the United Kingdom, Exeter, Imprint Academic, pp. 1-10.
- Urbach, D. R., *et al.* (2003), Differences in operative mortality between high and low-volume hospitals in Ontario for 5 major surgical procedures: estimating the number of lives potentially saved through regionalization, *CMAJ*, 168(11):1409-14.
- Urbach, D. R., y Baxter, N. N. (2004a), Does it matter what a hospital is "high-volume" for? Specificity of hospital-volume associations for surgical procedures: analysis, *BMJ*, 328:737-40.
- Urbach, D. R. (2004b), Volume and Outcome in Healthcare. Implications for Health Policy, *Healthcare Quarterly*, 7(4):22-3.
- Urbanos Garrido, R. (2005), Tendencias internacionales en la financiación del gasto sanitario. Seminario sobre financiación regional de la sanidad y sus perspectivas de reforma, Sevilla, Centro de Estudios Andaluces, 29 de junio-1 de julio de 2005.
- Utrilla, A. (2006), Modelo de financiación autonómica del sistema sanitario y escenarios de evolución dinámica, en Cabasés, J. (coord.), Análisis y valoración del impacto del nuevo modelo de financiación autonómica en el subsistema sanitario, Madrid-Bilbao, Fundación BBVA, 2006 (en prensa).
- Vaquer, M. (2001), La consideración constitucional de los servicios sanitarios, en Rey del Castillo, J. (coord.), Jornadas sobre descentralización y transferencias sanitarias, Madrid, Confederación Sindical de Comisiones Obreras, pp. 41-62.
- Walker, D. (2002), Regions face funding shake-up, *The Guardian*, Monday July 1st.
- Watts, R. (1999), Comparing federal systems. Kingston&Montreal: Institute of Intergovernmental Relations-Mc Gill-Queen's University Press.
- Wennberg, J. E., *et al.* (2002), Geography and the debate over Medicare reform, *Health Affairs*, 13 February, Web Exclusive, W96-W114.

## Documentos de trabajo publicados

- 1/2003. **Servicios de atención a la infancia en España: estimación de la oferta actual y de las necesidades ante el horizonte 2010.** María José González López.s
- 2/2003. **La formación profesional en España. Principales problemas y alternativas de progreso.** Francisco de Asís de Blas Aritio y Antonio Rueda Serón.
- 3/2003. **La Responsabilidad Social Corporativa y políticas públicas.** Alberto Lafuente Féllez, Víctor Viñuales Edo, Ramón Pueyo Viñuales y Jesús Llaría Aparicio.
- 4/2003. **V Conferencia Ministerial de la OMC y los países en desarrollo.** Gonzalo Fanjul Suárez.
- 5/2003. **Nuevas orientaciones de política científica y tecnológica.** Alberto Lafuente Féllez.
- 6/2003. **Repensando los servicios públicos en España.** Alberto Infante Campos.
- 7/2003. **La televisión pública en la era digital.** Alejandro Perales Albert.
- 8/2003. **El Consejo Audiovisual en España.** Ángel García Castillejo.
- 9/2003. **Una propuesta alternativa para la Coordinación del Sistema Nacional de Salud español.** Javier Rey del Castillo.
- 10/2003. **Regulación para la competencia en el sector eléctrico español.** Luis Atienza Serna y Javier de Quinto Romero.
- 11/2003. **El fracaso escolar en España.** Álvaro Marchesi Ullastres.
- 12/2003. **Estructura del sistema de Seguridad Social. Convergencia entre regímenes.** José Luis Tortuero Plaza y José Antonio Panizo Robles.
- 13/2003. **The Spanish Child Gap: Rationales, Diagnoses, and Proposals for Public Intervention.** Fabrizio Bernardi.
- 13\*/2003. **El déficit de natalidad en España: análisis y propuestas para la intervención pública.** Fabrizio Bernardi.
- 14/2003. **Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias.** José Jesús Martín Martín.
- 15/2003. **Una propuesta de servicios comunitarios de atención a personas mayores.** Sebastián Sarasa Urdiola.
- 16/2003. **El Ministerio Fiscal. Consideraciones para su reforma.** Olga Fuentes Soriano.
- 17/2003. **Propuestas para una regulación del trabajo autónomo.** Jesús Cruz Villalón.
- 18/2003. **El Consejo General del Poder Judicial. Evaluación y propuestas.** Luis López Guerra.
- 19/2003. **Una propuesta de reforma de las prestaciones por desempleo.** Juan López Gandía.
- 20/2003. **La Transparencia Presupuestaria. Problemas y Soluciones.** Maurici Lucena Betriu.
- 21/2003. **Análisis y evaluación del gasto social en España.** Jorge Calero Martínez y Mercè Costa Cuberta.
- 22/2003. **La pérdida de talentos científicos en España.** Vicente E. Larraga Rodríguez de Vera.
- 23/2003. **La industria española y el Protocolo de Kioto.** Antonio J. Fernández Segura.
- 24/2003. **La modernización de los Presupuestos Generales del Estado.** Enrique Martínez Robles, Federico Montero Hita y Juan José Puerta Pascual.
- 25/2003. **Movilidad y transporte. Opciones políticas para la ciudad.** Carme Miralles-Guasch y Àngel Cebollada i Frontera.
- 26/2003. **La salud laboral en España: propuestas para avanzar.** Fernando G. Benavides.
- 27/2003. **El papel del científico en la sociedad moderna.** Pere Puigdomènech Rosell.
- 28/2003. **Tribunal Constitucional y Poder Judicial.** Pablo Pérez Tremps.
- 29/2003. **La Audiencia Nacional: una visión crítica.** José María Asencio Mellado.
- 30/2003. **El control político de las misiones militares en el exterior.** Javier García Fernández.
- 31/2003. **La sanidad en el nuevo modelo de financiación autonómica.** Jesús Ruiz-Huerta Carbonell y Octavio Granado Martínez.

- 32/2003. **De una escuela de mínimos a una de óptimos: la exigencia de esfuerzo igual en la Enseñanza Básica.** Julio Carabaña Morales.
- 33/2003. **La difícil integración de los jóvenes en la edad adulta.** Pau Baizán Muñoz.
- 34/2003. **Políticas de lucha contra la pobreza y la exclusión social en España: una valoración con EspaSim.** Magda Mercader Prats.
- 35/2003. **El sector del automóvil en la España de 2010.** José Antonio Bueno Oliveros.
- 36/2003. **Publicidad e infancia.** Purificación Llaquet, M<sup>a</sup> Adela Moyano, María Guerrero, Cecilia de la Cueva, Ignacio de Diego.
- 37/2003. **Mujer y trabajo.** Carmen Sáez Lara.
- 38/2003. **La inmigración extracomunitaria en la agricultura española.** Emma Martín Díaz.
- 39/2003. **Telecomunicaciones I: Situación del Sector y Propuestas para un modelo estable.** José Roberto Ramírez Garrido y Juan Vega Esquerrá.
- 40/2003. **Telecomunicaciones II: Análisis económico del sector.** José Roberto Ramírez Garrido y Álvaro Escribano Sáez.
- 41/2003. **Telecomunicaciones III: Regulación e Impulso desde las Administraciones Públicas.** José Roberto Ramírez Garrido y Juan Vega Esquerrá.
- 42/2004. **La Renta Básica. Para una reforma del sistema fiscal y de protección social.** Luis Sanzo González y Rafael Pinilla Pallejà.
- 43/2004. **Nuevas formas de gestión. Las fundaciones sanitarias en Galicia.** Marciano Sánchez Bayle y Manuel Martín García.
- 44/2004. **Protección social de la dependencia en España.** Gregorio Rodríguez Cabrero.
- 45/2004. **Inmigración y políticas de integración social.** Miguel Pajares Alonso.
- 46/2004. **TV educativo-cultural en España. Bases para un cambio de modelo.** José Manuel Pérez Tornero.
- 47/2004. **Presente y futuro del sistema público de pensiones: Análisis y propuestas.** José Antonio Griñán Martínez.
- 48/2004. **Contratación temporal y costes de despido en España: lecciones para el futuro desde la perspectiva del pasado.** Juan J. Dolado y Juan F. Jimeno.
- 49/2004. **Propuestas de investigación y desarrollo tecnológico en energías renovables.** Emilio Menéndez Pérez.
- 50/2004. **Propuestas de racionalización y financiación del gasto público en medicamentos.** Jaume Puig-Junoy y Josep Llop Talaverón.
- 51/2004. **Los derechos en la globalización y el derecho a la ciudad.** Jordi Borja.
- 52/2004. **Una propuesta para un comité de Bioética de España.** Marco-Antonio Broggi Trias.
- 53/2004. **Eficacia del gasto en algunas políticas activas en el mercado laboral español.** César Alonso-Borrego, Alfonso Arellano, Juan J. Dolado y Juan F. Jimeno.
- 54/2004. **Sistema de defensa de la competencia.** Luis Berenguer Fuster.
- 55/2004. **Regulación y competencia en el sector del gas natural en España. Balance y propuestas de reforma.** Luis Atienza Serna y Javier de Quinto Romero.
- 56/2004. **Propuesta de reforma del sistema de control de concentraciones de empresas.** José M<sup>a</sup> Jiménez Laiglesia.
- 57/2004. **Análisis y alternativas para el sector farmacéutico español a partir de la experiencia de los EE UU.** Rosa Rodríguez-Monguió y Enrique C. Seoane Vázquez.
- 58/2004. **El recurso de amparo constitucional: una propuesta de reforma.** Germán Fernández Farreres.
- 59/2004. **Políticas de apoyo a la innovación empresarial.** Xavier Torres.
- 60/2004. **La televisión local entre el limbo regulatorio y la esperanza digital.** Emili Prado.
- 61/2004. **La universidad española: soltando amarras.** Andreu Mas-Colell.
- 62/2005. **Los mecanismos de cohesión territorial en España: un análisis y algunas propuestas.** Ángel de la Fuente.

- 63/2005. **El libro y la industria editorial.** Gloria Gómez-Escalonilla.
- 64/2005. **El gobierno de los grupos de sociedades.** José Miguel Embid Irujo, Vicente Salas Fumás.
- 65(I)/2005. **La gestión de la demanda de electricidad Vol. I.** José Ignacio Pérez Arriaga, Luis Jesús Sánchez de Tembleque, Mercedes Pardo.
- 65(II)/2005. **La gestión de la demanda de electricidad Vol. II (Anexos).** José Ignacio Pérez Arriaga, Luis Jesús Sánchez de Tembleque, Mercedes Pardo.
- 66/2005. **Responsabilidad patrimonial por daño ambiental: propuestas de reforma legal.** Ángel Manuel Moreno Molina.
- 67/2005. **La regeneración de barrios desfavorecidos.** María Bruquetas Callejo, Fco. Javier Moreno Fuentes, Andrés Walliser Martínez.
- 68/2005. **El aborto en la legislación española: una reforma necesaria.** Patricia Laurenzo Copello.
- 69/2005. **El problema de los incendios forestales en España.** Fernando Estirado Gómez, Pedro Molina Vicente.
- 70/2005. **Estatuto de laicidad y Acuerdos con la Santa Sede: dos cuestiones a debate.** José M.<sup>a</sup> Contreras Mazarío, Óscar Celador Angón.
- 71/2005. **Posibilidades de regulación de la eutanasia solicitada.** Carmen Tomás-Valiente Lanuza.
- 72/2005. **Tiempo de trabajo y flexibilidad laboral.** Gregorio Tudela Cambroner, Yolanda Valdeolivas García.
- 73/2005. **Capital social y gobierno democrático.** Francisco Herreros Vázquez.
- 74/2005. **Situación actual y perspectivas de desarrollo del mundo rural en España.** Carlos Tió Saralegui.
- 75/2005. **Reformas para revitalizar el Parlamento español.** Enrique Guerrero Salom.
- 76/2005. **Rivalidad y competencia en los mercados de energía en España.** Miguel A. Lasheras.
- 77/2005. **Los partidos políticos como instrumentos de democracia.** Henar Criado Olmos.
- 78/2005. **Hacia una deslocalización textil responsable.** Isabel Kreisler.
- 79/2005. **Conciliar las responsabilidades familiares y laborales: políticas y prácticas sociales.** Juan Antonio Fernández Cordón y Constanza Tobío Soler.
- 80/2005. **La inmigración en España: características y efectos sobre la situación laboral de los trabajadores nativos.** Raquel Carrasco y Carolina Ortega.
- 81/2005. **Productividad y nuevas formas de organización del trabajo en la sociedad de la información.** Rocío Sánchez Mangas.
- 82/2006. **La propiedad intelectual en el entorno digital.** Celeste Gay Fuentes.
- 83/2006. **Desigualdad tras la educación obligatoria: nuevas evidencias.** Jorge Calero.
- 84/2006. **I+D+i: selección de experiencias con (relativo) éxito.** José Antonio Bueno Oliveros.
- 85/2006. **La incapacidad laboral en su contacto médico: problemas clínicos y de gestión.** Juan Gérvas, Ángel Ruiz Téllez y Mercedes Pérez Fernández.
- 86/2006. **La universalización de la atención sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social.** Francisco Sevilla.
- 87/2006. **El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia.** Pilar Rodríguez Rodríguez.
- 88/2006. **La desalinización de agua de mar mediante el empleo de energías renovables.** Carlos de la Cruz.
- 89/2006. **Bases constitucionales de una posible política sanitaria en el Estado autonómico.** Juan José Solozábal Echavarría.
- 90/2006. **Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España.** Beatriz González López-Valcárcel y Patricia Barber Pérez.
- 91/2006. **Agencia de Evaluación: innovación social basada en la evidencia.** Rafael Pinilla Pallejà.
- 92/2006. **La Situación de la industria cinematográfica española.** José María Álvarez Monzoncillo y Javier López Villanueva.

- 93/2006. **Intervención médica y buena muerte.** Marc-Antoni Broggi Trias, Clara Llubia Maristany y Jordi Trelis Navarro.
- 94/2006. **Las prestaciones sociales y la renta familiar.** María Teresa Quílez Félez y José Luis Achurra Aparicio.
- 95/2006. **Plan integral de apoyo a la música y a la industria discográfica.** Juan C. Calvi.
- 96/2006. **Justicia de las víctimas y reconciliación en el País Vasco.** Reyes Mate.
- 97/2006. **La competencia política de los ciudadanos en España: diagnóstico y propuestas.** Marta Fraile.
- 98/2006. **Profesión médica en la encrucijada: hacia un nuevo modelo de gobierno corporativo y de contrato social.** Albert J. Jovell y María D. Navarro.
- 99/2006. **Aproximación a la presupuestación público-privada de los servicios sanitarios públicos.** A. Prieto Orzanco, A. Arbelo López de Letona y E. Mengual García.