

«Las prestaciones públicas en sanidad y la nueva financiación autonómica»

En el presente trabajo se analiza, partiendo de un breve recorrido histórico por las diversas reformas de la financiación regional y sanitaria, el nuevo acuerdo de financiación general autonómica. Examinamos los principales problemas y limitaciones que presentará la financiación territorial del conjunto de competencias comunes, sanitarias y de servicios sociales, lo que no está exento de riesgos e incertidumbres. Finalmente, se cierra el trabajo con un apartado de resultados y consideraciones finales.

Honako lan honetan, autonomien finantzazio orokorrerako akordio berria aztertu da, abiapuntua eskualdeen eta osasun finantzazioaren erreformen ibilbide historiko labur bat izan delarik. Eskuduntza komunak, osasun eskuduntzen eta gizarte zerbitzuetako eskuduntzen multzoa lurraldeka finantzatzek izango dituen arazo eta muga nagusiak aztertuko ditugu, arriskuak eta zalantzak daudela jakinda ere. Azkenik, artikuluen amaieran emaitzak eta azken iritziak adierazi dira.

On the basis of the recent reforms of the regional and healths expenditure financing, in the present paper is approached the analysis of the new general autonomous community financing agreement. We examine the main problems and limitations that will present the territorial financing of commons, healths and social services expenditures competitions, that isn't free of risks and uncertainties. Finally, we close the paper with a final considerations paragraph.

ÍNDICE

- 1. Introducción**
- 2. Los Acuerdos de financiación autonómica y sanitaria**
- 3. Descentralización sanitaria en el Estado Español y Acuerdo de 27 de Julio de 2001**
- 4. Efectos económicos del nuevo modelo en la financiación autonómica y sanitaria**
- 5. Conclusiones**
- Referencias bibliográficas**

Clasificación JEL: H5, H7

1. INTRODUCCIÓN

El Estado del Bienestar tiene como objetivo garantizar un nivel de vida digno a todos los ciudadanos y la sanidad es uno de los servicios donde más activamente intervienen los sectores públicos de los países desarrollados.

En este sentido, el proceso de descentralización autonómica lleva asociada la transferencia de aquellas competencias, bajo la perspectiva teórica del federalismo fiscal y el marco normativo español, a escala del gobierno que puede gestionarlas de un modo más eficaz y eficiente. Así, en el sistema sanitario español son competencias exclusivas del Estado: la sanidad exterior, las bases y coordinación general de la sanidad y la legislación sobre productos farmacéuticos (artículo 149.16 de la Constitución Española (CE),

desarrollado a su vez en los artículos 38, 39 y 40 de la Ley 14/1986 General de Sanidad (LGS). Todas las restantes competencias sanitarias corresponden a las Comunidades Autónomas (CCAA), salvo algunas de control sanitario público asignadas a las Corporaciones locales (artículo 42 de la LGS).

Hasta la fecha de redacción de este artículo (Noviembre de 2001), las competencias sanitarias habían sido transferidas a siete regiones que gestionaban éstas a través de sus respectivos Servicios Regionales de Salud (SRS): Cataluña (1981), Andalucía (1984), País Vasco (1987), Comunidad Valenciana (1987), Galicia (1990), Navarra (1990) y Canarias (1994). Por su parte, el Instituto Nacional de Salud (INSALUD) ha venido manteniendo la gestión sanitaria en las diez restantes si bien

el traspaso de las responsabilidades de gestión de los servicios sanitarios a estas regiones que aún no disponían de dichas competencias en el 2001 tendrá como resultado que en el 2002 el gasto autonómico total se sitúe en más del 40% del gasto total de las Administraciones Públicas. En relación con este aspecto, tanto la financiación autonómica como la sanitaria, en el contexto de descentralización actual, ha sido objeto de reformas sucesivas prácticamente desde el comienzo del Estado de las Autonomías hasta el sistema recientemente aprobado para que sea de plena aplicación a partir del año 2002, si bien queda por demostrar que éste último solucione todos los problemas que lleva arrastrando desde hace años.

En este trabajo, ponemos en contexto y clarificamos parte de esta problemática. El artículo comienza con un breve recorrido histórico por las diversas reformas de la financiación autonómica y, especialmente, de la sanitaria. A continuación, se aborda el análisis de la nueva financiación territorial (Acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera, CPFF, de 27 de Julio de 2001) pasando revista a las consecuencias que éste puede tener para las regiones. En el siguiente apartado se revisan críticamente los objetivos y resultados que se pueden alcanzar con este nuevo modelo de financiación contemplando a su vez las tareas que aún quedarían pendientes. Finalmente, tras algunos comentarios y observaciones, se cierra el trabajo con una reflexión acerca de la conveniencia del nuevo modelo ante la situación actual.

2. LOS ACUERDOS DE FINANCIACIÓN AUTONÓMICA Y SANITARIA

En el caso de España, la financiación de la sanidad constituye, sin duda, uno de los aspectos más controvertidos del Sistema Nacional de Salud (SNS), constituido según el artículo 44.2 de la Ley 14/1986 General de Sanidad como *el conjunto de los Servicios de Salud de las CCAA* pero caracterizado por las enormes diferencias en la valoración de los medios y condiciones en que las regiones han recibido las transferencias lo que ha hecho que en el Estado español estén coexistiendo actualmente diversos modelos sanitarios. En relación con el caso de la financiación sanitaria autonómica, su marco formal resultaba especialmente contradictorio ya que el criterio de ejecución recogido en el artículo 82 (*población protegida*) no se corresponde con los objetivos programáticos de los artículos 3 y 12 de la LGS al respecto (*los poderes públicos orientarán sus políticas de gasto sanitario en orden a corregir las desigualdades sanitarias y garantizar la igualdad de acceso a los servicios sanitarios públicos en todo el territorio español según lo dispuesto en la Constitución*).

Esto tiene su reflejo en el hecho de que tras la promulgación de la Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas (LOFCA) se esperaba que la financiación de cualquier servicio transferido siguiera los cauces establecidos en ella si bien no ha sido así en este caso, situación que refleja el tratamiento propio y finalista de financiación que se le ha venido dando a diferencia de otras compe-

tencias transferidas (como, la educación) y que le hace ser sometida a diversas reformas en dónde la ambigüedad y la complejidad se han venido convirtiendo en condiciones necesarias para que el acuerdo político sea finalmente posible.

Respecto a este mecanismo de financiación de la sanidad autonómica y su trayectoria paralela a los correspondientes modelos de financiación autonómica general (Cuadro nº1) puede decirse que inicialmente, a semejanza de la LOFCA, se basó en la asignación de recursos según el *coste histórico de los servicios sanitarios*. A dicha etapa le siguió el período (1986-1994) que coincidió con la aprobación por parte del Consejo de Política Fiscal y Financiera (CPFF) del método de financiación general de las CCAA para el período 1987-1991 (*Autonomía del gasto*) en dónde se acuerda continuar con la financiación específica de la sanidad. Los resultados no fueron los que se esperaban ya que generaron una gestión ineficiente de los recursos sanitarios autonómicos y continuos problemas de tesorería ligados a sucesivas operaciones de saneamiento y liquidación entre los años 1992 y 1994 de las deudas acumuladas por el INSALUD (FERNANDEZ-MIRANDA, 2000).

Estos problemas fueron superados, en parte, tras el Acuerdo del CPFF de 1994 en dónde se establecía el mecanismo de financiación sanitaria para el cuatrienio 1994-1997. Entre otros cambios, se adoptó el criterio población protegida frente al sistema anterior del que generalmente se desprendían arbitrariedades. La única

desviación de este criterio correspondía al fondo de *compensación por desplazados*, que se distribuía en función de unos porcentajes cuyo cálculo no se hizo explícito. Por otro lado, se adoptó el criterio de suficiencia dinámica (que pasa a ser el comportamiento del PIB nominal) y la mayor rigidez en el gasto, si bien seguían planteándose problemas.

En consecuencia, tras la aprobación del modelo general de financiación 1997-2001 (*Autonomía del ingreso*), el 27 de Noviembre de 1997 el CPFF acordó el modelo de financiación sanitaria para el período 1998-2001 que mantenía las líneas básicas del anterior y en dónde no se ha producido ninguna transferencia sanitaria.

Según este modelo, la financiación se distribuía a través de un fondo general en función de la población protegida actualizada para 1996 si bien se introducían como novedades el aumento del volumen de recursos y la creación de un fondo finalista de atenciones específicas, cuyo fin era compensar a aquellas zonas donde se produjera una reducción significativa de la población, financiar los costes de docencia y compensar los gastos de la atención a desplazados a fin de compensar los desequilibrios territoriales, con un reparto, nuevamente, sin criterios justificados (CABIEDES, 2000). Cataluña resultó la CCAA más beneficiada con el Acuerdo mientras que la Valenciana, Canarias y el INSALUD-Gestión Directa fueron las más perjudicadas, probablemente como resultado de la negociación política. Paralelamente durante 1989-1999 se

Cuadro nº1: **Cambios recientes en la financiación autonómica y sanitaria**

Año	Financiación autonómica general	Financiación autonómica sanitaria
1990	Cuarto año de funcionamiento del sistema de financiación autonómica 1987-1991.	Traspaso de la competencia sanitaria a Galicia y Navarra.
1992	Acuerdo del CPFF sobre el sistema de financiación autonómica para 1992-1996 (<i>Autonomía del gasto</i>) y modificación de los criterios para el cálculo de la PIG(*).	Problemas de tesorería relacionados con las operaciones de saneamiento y liquidación de las deudas del INSALUD.
1993	Reforma del Acuerdo del CPFF de 1992. Se introduce la participación territorializada en la cuota líquida del IRPF separada de la PIG.	Problemas de tesorería relacionados con las operaciones de saneamiento y liquidación de las deudas del INSALUD.
1994	Tercer año de funcionamiento del sistema de financiación autonómica general para el quinquenio 1992-1996.	Acuerdo para el Sistema específico de financiación sanitaria para 1994-1997. Población protegida y evolución PIB nominal. Traspaso de la competencia sanitaria a Canarias.
1996	Acuerdo del CPFF sobre el sistema de financiación autonómica para el quinquenio 1997-2001 (<i>Autonomía del ingreso</i>). Cesión parcial del IRPF y capacidad normativa sobre los tributos cedidos a las CCAA.	Tercer año de funcionamiento del sistema de financiación autonómica sanitaria para el cuatrienio 1994-1997.
1997	Entrada en vigor del Acuerdo del CPFF sobre el sistema de financiación autonómica para el quinquenio 1997-2001.	Acuerdo del Sistema específico de financiación sanitaria para 1998-2001. Fondo general según población protegida y fondo redistributivo por pérdida de población, docencia y desplazados.
1998	Reforma del Acuerdo del CPFF de 1996. Se establece la garantía de incremento mínimo de recursos por el IRPF autonómico según PIB.	Entrada en vigor del Acuerdo del CPFF sobre el sistema de financiación autonómica sanitaria para 1998-2001.
1999	Entrada en vigor de la Reforma de la Administración Central en el IRPF. Se completa el traspaso de competencias por parte del Gobierno Central a las CCAA en materia educativa.	Segundo año de funcionamiento del sistema de financiación autonómica sanitaria para el cuatrienio 1998-2001.
2001	Acuerdo del CPFF sobre el sistema de financiación autonómica general de carácter integrado y estable plasmado en el proyecto de Ley de Financiación Autonómica. Incremento notable de capacidad normativa en tributos cedidos y mayor cesión de impuestos a las regiones (IRPF, Especiales e IVA)	Integración de la sanidad en el esquema general de financiación autonómica. Afectación del impuesto de hidrocarburos a la financiación sanitaria.
2002	Entrada en vigor del Acuerdo del CPFF de 2001 referente al sistema de financiación autonómica.	Proceso generalizado de transferencia de competencias sanitarias.

Fuente: Elaboración propia.

ha ido produciendo, según había previsto la LGS y en virtud del Pacto de Toledo, el cambio en la financiación a través de la sustitución de los ingresos de cotizaciones sociales por los derivados de la imposición general.

Por tanto, a pesar de las reformas descritas, en el primer semestre del año 2001 la cuestión de cómo debía financiarse la sanidad continuaba generando posturas contrapuestas y, por consiguiente, grandes dosis de incertidumbre debido a que realmente las CCAA no habían dispuesto hasta esa fecha de autonomía financiera suficiente para poder atender esta competencia, siendo precisamente en este marco en donde se debían plantear las posibles propuestas de reforma en nuestro país. Al análisis pormenorizado de estas cuestiones se dedica el siguiente apartado.

3. DESCENTRALIZACIÓN SANITARIA EN EL ESTADO ESPAÑOL Y ACUERDO DE 27 DE JULIO DE 2001

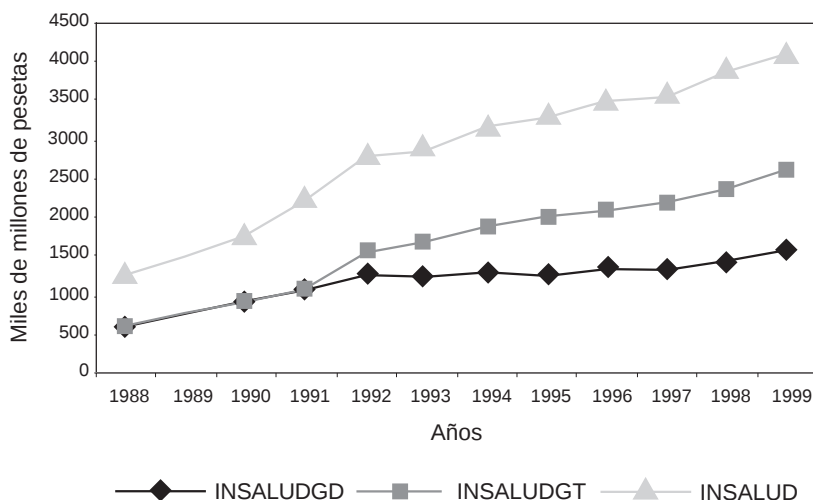
Las tasas de crecimiento del gasto sanitario que, históricamente, se han situado por encima del PIB y los previsibles costes implícitos del propio proceso transferencial en cuanto a los cambios en los recursos, las organizaciones y las propias expectativas tanto de los profesionales como de la ciudadanía en general hacían imprescindible a principios del 2001 que las soluciones respecto a la financiación de la sanidad como servicio pú-

blico esencial dentro del Estado de Bienestar acabasen proporcionándola un marco financiero estable.

Dicho momento requería, en primer lugar, analizar la evolución financiera de los servicios gestionados por el INSALUD en dónde se observaban dos aspectos fundamentales:

- a) Que este organismo había dejado de ser tan importante al *ceder* gran parte de su presupuesto a las regiones a consecuencia del proceso de descentralización sanitaria (Gráfico nº1).
- b) Que la evolución del gasto capitativo (Cuadro nº2) mostraba que hasta prácticamente mediados de los años noventa en las CCAA con Gestión Transferida era notablemente inferior a las del No Transferido si bien desde entonces comienza a converger con éste último, incluso superándolo ligeramente en 1999, año en el que existían diferencias de hasta 29.137 pesetas por habitante (175,12 euros) entre CCAA de Gestión Directa (Asturias, 116.548 pesetas (700,47 euros) y Baleares, 87.411 pesetas (525,35 euros)) y mucho menores entre las que tienen competencias asumidas. Diferencias que se producen a pesar de que la financiación en función de la población protegida haya sido, durante casi veinte años, el objetivo de la financiación sanitaria autonómica.

Gráfico nº1: **Descentralización del presupuesto del INSALUD por Entidades Gestoras (1988-1999)**



En ese contexto, la financiación sanitaria se enfrentaba a la resolución de una serie de problemas que aún continuaban pendientes por lo que parecía imprescindible un nuevo sistema de financiación sanitaria en dónde, en base a las aportaciones teóricas y a la experiencia comparada (LOPEZ I CASASNOVAS, 2001, RICE y SMITH, 1999), se planteaban a debate básicamente dos alternativas, de las cuales si se tienen en cuenta las ventajas e inconvenientes de la opción del modelo integrado y del finalista aparece una tercera que es una solución mixta tal y como se muestra en el Cuadro nº3 (CANTARERO, 2001b):

– La *Línea Gasto* (financiación específica basada en un sistema de transfe-

rencias condicionadas) que consistía en el mantenimiento de una situación similar a la de 1998-2001, es decir, estimar el gasto necesario para la prestación de los servicios transferidos y repartir los ingresos precisos para su financiación, sobre la base de los criterios *per cápita*, *necesidad*, *gasto histórico*, *gasto efectivo* y *eficiencia productiva*.

– La *Línea Ingreso o Espacio Fiscal*, que implicaba la integración, con diferentes opciones (parcial con transferencias condicionadas o incondicionadas y total), en el sistema de financiación autonómica general. Es decir, se concibe como la garantía de una financiación estatal básica deri-

Cuadro nº2: **Gasto per capita (liquidación presupuestaria) territorializado del INSALUD (pesetas corrientes) (a)**

Concepto	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Insalud G.D.	89.255	90.016	96.509	97.881	103.132	108.043
Aragón	92.955	94.667	103.491	104.506	113.873	115.078
Asturias	93.789	95.911	102.019	101.893	110.476	116.548
Baleares	76.617	78.283	84.204	87.460	91.894	87.411
Cantabria	93.485	95.776	97.169	104.999	111.762	115.333
C.La Mancha	81.035	83.341	92.718	93.126	97.805	102.264
C. y León	83.244	85.284	91.225	94.024	101.595	106.658
Extremadura	83.806	87.583	96.626	97.810	104.750	109.695
Madrid	98.236	94.903	99.549	99.477	105.371	103.221
Murcia	77.531	83.782	95.818	97.946	100.902	102.080
La Rioja	83.429	85.761	85.451	91.414	97.336	100.435
Ceuta	110.626	115.387	117.143	124.288	124.634	128.505
Melilla	118.016	123.218	127.930	131.429	132.084	134.229
Insalud G.T.	86.313	89.620	95.007	97.533	103.730	109.588
Andalucía	87.744	90.398	94.323	97.059	102.768	107.107
Canarias	86.442	91.458	96.368	97.680	102.065	103.804
Cataluña	87.347	90.980	95.770	98.281	106.841	110.348
C.Valenciana	89.109	89.886	95.272	97.390	102.418	106.439
Galicia	79.650	84.992	94.181	97.269	103.640	109.370
Navarra	72.736	80.283	90.193	94.806	102.409	108.385
País Vasco	85.409	89.622	95.809	98.058	102.068	108.083
Insalud	87.444	89.772	95.585	97.667	103.883	108.998

Nota: (a) Desde 1993, el gasto liquidado por el INSALUD en las CCAA sin competencias sanitarias es cada vez más una aproximación fiel del gasto real al contemplar la periodificación de la deuda.

Fuente: Elaborado a partir de INE e INSALUD tomando como denominador la población protegida del censo de 1991 para el período 1992-1997, según el padrón de 1996 desde 1998 y según datos del Ministerio de Sanidad y Consumo para 1999 (excepto Ceuta y Melilla y las forales).

vada fundamentalmente de la participación de las regiones en ciertos impuestos y complementada con el esfuerzo fiscal propio de las regiones.

- El *Modelo Mixto* entendido como la combinación adecuada de los dos anteriores y que tiene su referencia en otros sistemas similares existentes en la experiencia comparada.

Por tanto, toda la problemática anteriormente señalada hacía imprescindible a principios del 2001 que las soluciones respecto a la financiación autonómica general y sanitaria acabasen proporcionándolas un marco financiero estable¹. Como resultado, el día 27 de Julio de 2001 en el

¹ Vid. al respecto de la financiación autonómica general: CABIEDES, 2000, GONZALEZ-PARAMO, 2001, LOPEZ I CASASNOVAS, 1999, SEVILLA, 2001, URBANOS y UTRILLA, 2000. Véase también,

Cuadro nº3: **Ventajas del modelo finalista versus modelo integrado de financiación autonómica sanitaria**

MODELO FINALISTA ("Línea Gasto")	MODELO INTEGRADO ("Línea Ingreso")
- No-inquietud porque la sanidad se diluya en la complejidad de la financiación autonómica. - Incertidumbre por el hecho de que el crecimiento previsto en la LOFCA sea mayor que el del PIB del modelo finalista sea algo meramente coyuntural. - Limitaciones de la descentralización fiscal, al no mantener la suficiencia financiera de los servicios sanitarios. - Es más protectora frente a los planteamientos unilaterales e insolidarios de otras regiones, más visible en los presupuestos y más comparable. - Garantiza por el reparto según el criterio de población protegida ciertos condicionantes de la Ley General de Sanidad o de la Constitución. - Parece un sistema adecuado para ajustar, a través de determinadas variables, la financiación a las necesidades de gasto sanitario.	- Las cotizaciones sociales ya no financian la sanidad desde 1999, por lo que no se rompería con el Principio de la Caja única de la Seguridad Social. - Está relacionado con la voluntad política de completar el traspaso de competencias sanitarias. - Mejor control del déficit autonómico y del gasto sanitario así como del grado de cumplimiento del compromiso de equilibrio presupuestario. - Introducción de corresponsabilidad fiscal y menor influencia de las regiones del INSALUD-Gestión transferida. - Garantía de ciertos condicionantes de la Ley General de sanidad o de la Constitución con mecanismos de compensación interregionales. - Ajustar la financiación a las necesidades ya que el destino de los recursos depende de las regiones.

Fuente: Elaboración propia.

seno del CPFF se alcanzó un acuerdo a fin de establecer un nuevo modelo de financiación autonómica para el conjunto de las CCAA de régimen común (todas las regiones excepto las forales) en sintonía con lo planteado ya desde hace años desde el mundo académico y otros foros tales como, por ejemplo, el Consejo Económico y Social (2000) o el Informe anual de las Comunidades Autónomas (2000) encargado por el Senado y los gobiernos regionales.

por ejemplo, para el caso de la financiación autonómica sanitaria, la excelente selección de trabajos recopilada en LOPEZ I CASANOVAS (2000).

En concreto, hay que señalar que el nuevo sistema basa su funcionamiento en la determinación de la financiación adecuada (capacidad fiscal (CF), definida en base a la participación en una *cesta de tributos* formada por el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF) con una cesión de un 33% de la tarifa y una total capacidad normativa, el Impuesto sobre el Valor Añadido (IVA) con participación territorializada de un 35% de la recaudación estatal si bien la capacidad normativa la mantiene el Estado, los Impuestos Especiales (II.EE) sobre Labores del Tabaco, Alcohol y Bebidas derivadas,

Productos Intermedios, Cerveza e Hidrocarburos con participación territorializada de un 40% de la recaudación estatal si bien la capacidad normativa la mantiene el Estado, los Impuestos Especiales sobre la Electricidad (II.EEE) y sobre Determinados Medios de Transporte (II.EEMT) con cesión del 100% del rendimiento del impuesto en cada territorio² y la regulación de la gestión por las CCAA y los antiguos Tributos cedidos más el Fondo de Suficiencia (FS), con labores de principal mecanismo nivelador y de cierre del modelo acordado³ para atender a las necesidades de gasto (NG) regionales, obtenidas por adición del bloque de competencias comunes (NG_{cm}, todas las competencias menos la sanidad y servicios sociales), sanitarias (NG_{in}, INSALUD) y de servicios sociales (NG_{im}, IMSERSO):

$$NG_t = NG_{cm} + NG_{in} + NG_{im} \quad [I]$$

$$NG_t - CF = FS \quad [II]$$

$$33\% \text{ IRPF} + 35\% \text{ IVA} + 40\% \text{ II.EE} + 100\% \text{ II.EEE} + 100\% \text{ II.EEMT} = CF \quad [III]$$

² Finalmente se ha establecido la capacidad normativa de una horquilla del 10% en el tipo de gravamen y se le considera Tributo Cedido.

³ En cuanto al valor definitivo del Fondo de Suficiencia, éste se calculará, cada año, mediante la siguiente fórmula: $FS_i(x) = FS_i(1999) * ITE_n(x) / ITE_n(1999)$, siendo $FS_i(x)$ el importe para la CCAA i , en el año x , de su tramo de Fondo de Suficiencia, $FS_i(1999)$ el importe para la CCAA i en el año base, de su tramo de Fondo de Suficiencia. $ITE_n(x)$ e $ITE_n(1999)$, son los importes de los ITE_n en el año x y en el año base, respectivamente.

En el supuesto de que en una CCAA las necesidades de gasto sean inferiores a su capacidad fiscal el valor definitivo del Fondo de Suficiencia se determinará anualmente: $FS_i(x) = FS_i(1999) * ITE_{ri}(x) / ITE_{ri}(1999)$, siendo $FS_i(x)$ el importe para la CCAA i , en el año x , de su tramo de Fondo de Suficiencia, $FS_i(1999)$ el importe para la CCAA i en el año base, de su tramo de Fondo de Suficiencia. $ITE_{ri}(x)$ e $ITE_{ri}(1999)$, son los importes de los ITE_{ri} en el año x y en el año base.

Por otro lado, con el fin de estimar las necesidades de gasto de cada CCAA el sistema de financiación aplica sobre la restricción inicial que toma como año base los datos de 1999 actualizados al primer año de vigencia (2002) unas variables que tratan de aproximar el coste de los servicios asumidos y que son diferentes en cada uno de los bloques. (CPFF, 2001).

Por tanto, el modelo confirma la integración de la sanidad en el modelo general frente a la situación anterior en donde ésta tenía una financiación específica y además formaba parte del presupuesto de la Seguridad Social, circunstancia que no es extraña en países de nuestro entorno (LOPEZ I CASASNOVAS, 2001, SMITH 1999, RICE y SMITH, 1999, URBANOS, 2001)⁴.

Asimismo, supone considerables avances pero también cuestiones aún por resolver y determinados *efectos no deseados* tales como desequilibrios territoriales, incertidumbre sobre la evolución de las cesiones de tributos, problemas de equidad y de coordinación, injerencias en la autonomía sobre políticas de gasto social y privación de parte de la capacidad inversora del sector público a raíz de la obligatoriedad legal del déficit cero impuesta por la Ley de Estabilidad Presupuestaria, lo que permitiría la entrada masiva del sector privado en este campo.

⁴ Tal y como se recoge en REY (1998) valgan como ejemplo, países como Canadá que condicionan una pequeña parte de la financiación sanitaria bajo control central al mantenimiento de las condiciones de equidad por parte de las provincias y, en consecuencia, a evitar que se produzcan esas prácticas. Este sistema de financiación parcialmente condicionada, frente a los fallos que se han producido en el Estado español con una coordinación deficitaria, ha demostrado su eficacia en la práctica.

Con todo y respecto a esta cuestión, el modelo también condiciona un fondo exclusivo en la atención sanitaria (*principio de afectación*) ya que se impone a las CCAA la obligación de destinar una cantidad mínima a la gestión de los servicios sociales de la Seguridad Social (Sanidad e IMSERSO) y a incrementarla anualmente en igual medida que los Ingresos Tributarios del Estado por la parte de IRPF, IVA e Impuestos Especiales no cedidos (ITE), si bien, durante los tres primeros años de vigencia del sistema el Estado garantiza que el índice de crecimiento de los recursos asignados a la financiación sanitaria sea el PIB nominal a precios de mercado⁵. Ni que decir tiene que la Sanidad es el caso más llamativo ya que su senda de crecimiento supera anualmente a la del PIB por lo que el problema puede venir al estar fijando de partida un patrón de crecimiento en un contexto de descentralización sanitaria que puede estar causando un *efecto desplazamiento* de parte del gasto autonómico a la sanidad, en detrimento de otras dentro del conjunto de gasto social. Además, el hecho de garantizar durante los tres primeros años el PIB nominal es discutible y denota un recelo por la propia evolución de los ITE frente al PIB y un temor por el crecimiento del gasto sanitario autonómico postransferencial.

⁵ Precisamente centrando la atención en la integración parcial de la sanidad en el nuevo modelo y en los aspectos destinados a cumplimentar el principio de solidaridad, se establece un nivel mínimo de prestación de los servicios públicos básicos (educación y sanidad) a través de las Asignaciones de nivelación y de la condición de crecimiento mínimo de la financiación en el caso de la sanidad, mecanismos que deberían propiciar la equidad.

En ello puede haber influido que el debate de la financiación autonómica se ha centrado en las cifras de partida de 1999 y en un excesivo celo para que todas las CCAA suscribieran el Acuerdo (lo que ha hecho que funcionase como en anteriores negociaciones el *mercadeo político* especialmente mediante el reparto de fondos adicionales para beneficiar a determinadas CCAA y así evitar su voto en contra en el CPFF), dejando a un lado en cierto modo, las que se obtendrán en los próximos años (algo que parece fundamental) y que dependerán de aspectos como la composición de la *cesta de impuestos* o el funcionamiento del FS que ha de evolucionar de acuerdo con los ingresos tributarios del Estado (BUENAVENTURA y GARCIA, 2001).

No obstante, si bien en términos de suficiencia financiera se incrementa la restricción inicial respecto al quinquenio anterior, las CCAA posiblemente asumen un riesgo mayor ya que la afectación de recursos a las que se les obliga puede acabar cercenando su autonomía ya que si en una región los ingresos de su *cesta de impuestos* no siguen adecuadamente el ritmo de la media nacional entonces observará como la financiación sanitaria y de servicios sociales absorbe progresivamente mayor margen financiero respecto al resto, siendo mayor en la medida en que la región tenga un mayor grado de *corresponsabilidad fiscal*.

4. EFECTOS ECONÓMICOS DEL NUEVO MODELO EN LA FINANCIACIÓN AUTONÓMICA Y SANITARIA

Como ya se ha indicado, la configuración del nuevo modelo de financiación autonómica general constituye una novedad respecto a quinquenios anteriores, y hace que las posibilidades para las Administraciones autonómicas sean diversas. Es por ello que, a la luz de lo anteriormente expuesto, se realizan a continuación una serie de simulaciones acerca de los efectos económicos de la integración de la financiación sanitaria en el nuevo sistema de financiación, bajo distintas hipótesis y para 1999 (año base) y 2002 (primer año del modelo).

El análisis se realiza considerando una situación de competencias sanitarias y sociales generalizadas para todas las CCAA, excepto País Vasco y Navarra, bajo el supuesto de que todas se financiasen en esos años con el nuevo modelo aprobado en Julio de 2001 a fin de atisbar cuáles pueden ser sus efectos en el futuro (incluyendo, por lo tanto, a Andalucía, Castilla-La Mancha y Extremadura).

A este respecto, cabe señalar que, como es sabido, el sistema 1997-2001 ha evolucionado de un modo muy diferente en cada CCAA según la composición de sus recursos y del uso que haga de su capacidad normativa⁶. El comportamiento del IRPF en 1997 resultó muy moderado al haber aumentado por debajo del PIB

en todas las CCAA, excepto Canarias (PEDRAJA, 2000), lo que habría generado un menor aumento de los recursos si no hubiesen funcionado las garantías (31.878 millones de pesetas/191,6 millones de euros).

En cambio, según el Cuadro nº 4, en 1998 la evolución del IRPF fue mucho más favorable mientras que el uso por primera vez de la capacidad normativa de las CCAA supuso una pérdida recaudatoria limitada si bien, de las 12 CCAA que suscribieron el acuerdo, sólo Baleares, Cantabria, Canarias y Madrid (aplicándosele de nuevo la garantía de suficiencia dinámica acumulada) no tuvieron que recibir garantías (21.705 millones de pesetas/130,4 millones de euros) por el menor crecimiento del IRPF en relación con el PIB⁷.

En 1999 los efectos de la entrada en vigor de la reforma del IRPF se han dejado notar de forma muy diferente por CCAA respecto a años anteriores (FERNANDEZ GOMEZ, 1998). El funcionamiento del sistema de garantías ha permitido ingresos adicionales netos mayores (124.250 millones de pesetas/746,7 millones de euros) debido a que ahora todas las regiones, excepto, de nuevo, Madrid, han tenido que recibir recursos por el peor comportamiento del IRPF respecto al PIB (UTRI-LLA DE LA HOZ, 2001b)⁸.

⁶ Se dispone actualmente de la información del cierre de los tres primeros ejercicios del período actual (1997, 1998 y 1999) así como de las entregas a cuenta para 2000 y 2001.

⁷ La garantía de crecimiento mínimo igual al PIB para los ingresos derivados del IRPF tendrá una aplicación generalizada en todo el quinquenio.

⁸ Probablemente las garantías acumuladas recibidas por las CCAA se seguirán incrementando en los dos ejercicios que quedan para completar el quinquenio.

Cuadro nº4: **Evolución de los instrumentos generales de la financiación autonómica común (1998-1999)**

Concepto (a), (b)	(millones de pesetas corrientes)									
	TIR 1998	PIR 1998	PIG 1998	F. GARA 1998 (c)	F.TOTAL 1998	TIR 1999	PIR 1999	PIG 1999	F. GARA 1999 (d)	F.TOTAL 1999
CC.AA 143	351.171	110.429	181.177	14.307	657.084	360.993	116.929	107.388	45.484	630.795
Aragón	28.318	9.781	6.994	1.679	46.772	28.866	26.071	60.069	10.111	125.117
Asturias	23.661	7.887	1.207	1.758	34.513	22.720	6.832	1.315	5.846	36.713
Baleares	19.463	19.568	27.404	-80	66.355	20.184	18.376	22.903	1.728	63.191
Cantabria	11.380	11.380	7.539	-96	30.203	11.202	10.108	8.230	2.776	32.316
C. L. Mancha	0	0	79.258	0	79.258	0	0	n.d.	0	n.d.
C. y León	46.125	46.728	36.014	6.671	135.538	43.887	40.112	40.022	21.743	145.764
Extremadura	0	0	61.348	0	61.348	0	0	n.d.	0	n.d.
La Rioja	6.227	4.163	1.639	128	12.157	6.458	5.866	17.695	1.064	31.083
Madrid	199.799	0	-42.755	4.113	161.157	212.097	0	-45.774	-1.414	164.909
Murcia	16.198	10.922	2.529	134	29.783	15.579	9.564	2.928	3.630	31.702
CC.AA 151	342.017	343.800	1.327.175	7.398	2.020.390	344.398	311.396	687.971	78.766	1.422.531
Andalucía	0	0	702.609	0	702.609	0	0	n.d.	0	n.d.
Canarias	30.682	30.682	123.194	0	184.558	29.885	26.858	134.226	5.753	196.722
Cataluña	189.479	189.808	138.872	1.968	520.127	193.225	174.577	152.041	37.351	557.194
C. Valencia	77.501	78.796	142.321	1.250	299.868	78.635	71.312	155.344	18.078	323.369
Galicia	44.355	44.514	220.179	4.180	313.228	42.653	38.649	246.360	17.584	345.246
Total (e)	693.188	454.229	1.508.352	21.705	2.677.474	705.391	428.325	795.359	124.250	2.053.326

Nota:

- TIR: Rendimiento de la Tarifa autonómica del IRPF, PIR: Participación en Ingresos territoriales del Estado por IRPF, PIG: Participación en Ingresos Generales del Estado, F.GARA: Aplicación del Fondo de Garantía y F.TOTAL: Recursos proporcionados por el Estado (PIR + PIG + F. GARA, excepto coste efectivo de los servicios traspasados y participación de provincias en ingresos del Estado) más aquellos gestionados por el Estado con participación de las CCAA (TIR) que se encuentran dentro de la financiación incondicionada.
- Existen limitaciones al comparar con el resto la financiación de las tres CCAA de régimen común a las que no es de aplicación el Modelo del Sistema de Financiación para el quinquenio 1997-2001 (Andalucía, Castilla-La Mancha y Extremadura) e incluso, en menor medida, Canarias, que cuenta con un régimen fiscal especial.
- Las Comunidades de Baleares (80 millones de ptas.), Cantabria (96 millones de ptas.) y Madrid (1.349 millones de ptas.) devuelven garantía por IRPF aplicada en el año 1997 al tener un crecimiento de sus recursos por IRPF en el bienio 96/98 superior al PIB como mínimo garantizado.
- La Comunidad de Madrid (1.414 millones de ptas.) es la única que en el ejercicio de 1999 devuelve garantía por IRPF al tener un crecimiento de sus recursos por IRPF en el trienio 96/99 superior al PIB como mínimo garantizado.
- Se excluyen País Vasco y Navarra (régimen foral).

Fuente: Ministerio de Economía y Hacienda (varios años), Ministerio de Hacienda (2001) y elaboración propia.

En cuanto al caso que nos ocupa, en el Cuadro nº5 se presenta, partiendo de datos de la Agencia Estatal para la Administración Tributaria, Consejo de Política Fiscal y Financiera y Ministerio de Hacienda, con referencia al año base del modelo (1999) una estimación de los recursos a disponibles través de este nuevo sistema en el que se apuesta claramente por un elevado grado de autonomía fiscal a todas las CCAA.

En esencia, el cálculo de la financiación, pasaría por, en primer lugar, cal-

cular las necesidades de gasto objetivo a garantizar (8,575 billones de pesetas/51.536 millones de euros) que, en este caso, incluyen todas las competencias. A continuación, se estiman las cantidades correspondientes a la fórmula de descentralización impositiva elegida, lo que condicionará por un lado, el importe estimado de recaudación que correspondería a las CCAA (4,648 billones de pesetas/27.938 millones de euros) y por otro, el grado de autonomía fiscal (60,07% en las CCAA del art. 143 y un 50,07% en las del art. 151).

Cuadro nº5: Escenario de integración del conjunto de competencias (comunes, sanitarias y de servicios sociales) en el nuevo sistema de financiación general. Año 1999.

(millones de pesetas corrientes)								
Concepto	NG, a financiar (1)	IRPF (2)	IVA (3)	II.EE, II.EEE e II.EEEMT (4)	Cesta de Impuestos (5)	Autonomía fiscal en % (6)	Financiac. capitativa (población) en ptas. (7)	Financiac. capitativa (población) (Total=100)
Cantabria	131.669,5	22.275	25.150	16.256	63.681	48,36	249.148	108,76
CC.AA 143	3.545.655	784.122	813.122	532.781	2.130.025	60,07	229.478	100,17
CC.AA 151	5.029.520	872.754	976.743	669.019	2.518.516	50,07	228.800	99,87
Andalucía	1.683.047	187.212	301.572	196.027	684.811	40,69	230.393	100,57
Canarias	389.134	58.702	0	13.658	72.360	18,59	232.639	101,55
Cataluña	1.399.116	384.036	364.212	241.480	989.728	70,74	225.390	98,38
C. Valenciana	873.455	157.822	199.089	142.728	499.639	57,20	214.794	93,76
Galicia	684.767	84.982	111.870	75.126	271.978	39,72	250.799	109,48
Total Sistema	8.575.175	1.656.936	1.789.865	1.201.800	4.648.601	54,20	229.080	100,00

Nota: 1) Incluye la financiación necesaria para competencias comunes, educación y sanidad en las CCAA de régimen común, (2): Estimación a partir de cuota del IRPF distribuida en función de su evolución regional, (3) y (4): Cantidades estimadas a partir de las cuotas de consumo de la AEAT mediante las cuales se estiman los índices de imputación regional, (5): Se considera a la "cesta de impuestos" formada por el IRPF, IVA, II.EE (Hidrocarburos, Labores del Tabaco, Alcoholes y Cerveza), II.EEE e II.EEEMT, (6): Se considera al porcentaje que representa (5) sobre (1) y (7): Se toma la Población del Padrón a 1 de Enero de 1999 del INE.

Fuente: Elaboración propia a partir de Agencia Estatal para la Administración Tributaria, Consejo de Política Fiscal y Financiera y Mº de Hacienda (2001).

Asimismo, una vez determinadas las cantidades a recibir por cada CCAA en año base, se puede hacer la comparación basándose en proyecciones dinámicas de la financiación sanitaria en el año 2002 entre lo que se hubiera obtenido en caso de haber continuado con un modelo finalista similar al anteriormente existente (1998-2001) versus la situación real de integración en el nuevo modelo de financiación general tomando como base de un marco estable de financiación las previsiones contenidas en la Presentación del Proyecto de Presupuestos Generales del Estado para 2002 y las contenidas en el Programa de Estabilidad del Reino de España (2000-2004) en cuanto a las magnitudes económicas relevantes (PIB nominal y su deflactor en el escenario de crecimiento moderado) así como el comportamiento de la *cesta de tributos* y los ITE relevante para la financiación autonómica (escenario moderado).

Los Cuadros nº6 y 7 resumen las diferencias en la financiación sanitaria obtenida por las CCAA entre ambos escenarios. Las proyecciones muestran que, en conjunto, las regiones podrían llegar a

obtener una ganancia potencial de financiación (642,55 millones de euros) al integrarse la financiación de la sanidad en el nuevo sistema general vigente ya en el año 2002. Tanto en un caso como en otro, esto se debería fundamentalmente al crecimiento previsto de los ITE por encima del PIB. Bajo el sistema integrado las ganancias globales alcanzarían un 2,35% de financiación suplementaria aunque los resultados diferirían en las distintas CCAA observándose que las mayores ganancias potenciales corresponderían a las CCAA que aún en el año 2001 no gestionaban las competencias sanitarias (CCAA del artículo 143 de la Constitución, 3,30%). En cualquier caso, y a pesar de que la heterogeneidad en la escala de autonomía fiscal de las CCAA seguirá siendo un factor decisivo, a la hora de definir el horizonte de cara al futuro de cada una de ellas resulta claramente apreciable la mejora que se produciría desde el punto de vista de la suficiencia financiera, autonomía y corresponsabilidad fiscal con la integración de la sanidad en el modelo general de financiación.

Cuadro nº6: **Hipótesis de financiación específica de la sanidad (proyección dinámica modelo 1998-2001) territorializada en el año 2002**

(millones de euros)

Concepto (a)	Fondo General (1)	Fondo Modulac. Financiera (2)	Fondo Desplazados Docencia (3)	Fondo Específico (4)	Total (5)	Financiac. capitativa (p.proteg.) en ptas. (b)	Financiac. capitativa (población) en ptas. (c)	Financiac. capitativa (población) (Total=100)
Cantabria	383,40	3,46	2,65	6,11	389,51	769,00	737,00	100,94
Insalud G.D.	11.060,10	41,11	79,71	120,82	11.180,92	768,65	723,64	99,11
Insalud G.T.	15.751,23	84,36	314,82	399,17	16.150,40	769,90	734,70	100,60
Andalucía	5.172,25	0	93,14	93,14	5.265,39	767,10	720,70	98,71
Canarias	1.164,3	0	8,31	8,31	1.172,61	738,20	701,00	96,01
Cataluña	4.509,15	56,29	176,51	232,8	4.741,95	785,80	763,90	104,60
C. Valenciana	2.926,88	0	25,02	25,03	2.951,91	756,80	725,90	99,42
Galicia	1.978,61	28,07	11,83	39,89	2.018,50	778,90	739,20	101,20
Total Sistema	26.811,33	125,47	394,52	519,99	27.331,32	769,39	730,14	100,00

Nota: (a) Fondo general (1) = (Presupuesto inicial) + (Anticipo) + (Garantía) + (Lucha contra el fraude en la Incapacidad Laboral Temporal), Fondo Específico (4) = (2) + (3) y Total (5) = (1) + (4), (b) Con población protegida en 1999, Mº Sanidad y Consumo y (c) Con Población del Padrón a 1 de Enero de 1999, INE.

Fuente: Elaboración propia basándose en toda la información expuesta anteriormente.

Cuadro nº7: **Escenario de integración de la sanidad en el nuevo sistema de financiación. Proyección dinámica año 2002**

(millones de euros)

Concepto	Financiac. de NG _i (1)	Financiac. Sanitaria (2)	Dfcias. con modelo finalista (3)	Dfcias. con modelo finalista (en %)	Financiac. capitativa (pobl.) euros (4)	Financiac. sanit.capita. (pobl.) euros (5)	Financiac. sanit.capita. (pobl.) (Total=100)	Dfcias. en sanit.capita. Financiac. (pobl.) euros (6)
Cantabria	949,62	421,29	31,78	8,16	1.796,80	797,10	106,66	60,1
CC.AA 143	25.571,80	11.550,41	369,49	3,30	1.655,03	747,55	100,03	23,91
CC.AA 151	36.273,60	16.423,46	273,10	1,69	1.650,14	747,13	99,97	12,43
Andalucía	12.138,40	5.194,63	-70,76	-1,30	1.661,63	711,09	95,15	-9,61
Canarias	2.806,49	1.251,78	79,17	6,75	1.677,83	748,36	100,14	47,36
Cataluña	10.090,60	4.750,06	8,11	0,17	1.625,54	765,21	102,40	1,31
C. Valenciana	6.299,48	3.027,23	75,32	2,55	1.549,13	744,44	99,62	18,54
Galicia	4.938,64	2.199,76	181,26	8,98	1.808,80	805,67	107,81	66,47
Total Sistema	61.845,40	27.973,87	642,55	2,35	1.652,16	747,30	100,00	17,16

Nota: (1) Incluye la financiación necesaria para competencias comunes, educación y sanidad en las CCAA de régimen común, (2): Se considera el total de financiación que las CCAA están obligadas a destinar a sanidad bajo el supuesto de integración, (3): Variabilidad financiera integración de la sanidad-prórroga modelo finalista, (4) y (5): Se toma la Población del Padrón a 1 de Enero de 1999 del INE y (6): Variabilidad financiera en ptas./hab. Integración de la sanidad-prórroga modelo finalista.

Fuente: Elaboración propia basándose en toda la información expuesta anteriormente.

5. CONCLUSIONES

El presupuesto dedicado a sanidad ha venido aumentando considerablemente en los últimos años y el sistema se ha venido caracterizando hasta el año 2001 por la descentralización parcial de la gestión del gasto sanitario frente a la ausencia de descentralización desde el punto de vista de la financiación. Precisamente esa financiación sanitaria sigue siendo uno de los problemas más importantes con los que se enfrenta en la actualidad nuestro sector público dado que no se trata tan sólo de un problema cuantitativo sino también cualitativo derivado sobre todo de la necesidad de definición del modelo público de asistencia sanitaria que se desea consolidar para el futuro.

En este sentido, a lo largo de este artículo hemos tratado de analizar algunos de los efectos del nuevo modelo de financiación autonómica para el conjunto de regiones y, en especial, para el caso de la financiación destinada a sanidad. Las principales conclusiones que cabe poner de relieve en estas líneas son las siguientes:

1. En cuanto a la trayectoria histórica de los sistemas de financiación autonómica y los específicos para la sanidad puede decirse que, frente al caso de los primeros en donde solamente a partir de 1997 se empieza a apostar por la *Línea de Autonomía en el Ingreso o Espacio Fiscal*, los segundos han venido abogando hasta el año 2001 por la opción *Línea Gasto*, lo que ha planteado es-

pecialmente en el caso de la financiación sanitaria problemas respecto al cumplimiento de los principios de suficiencia, autonomía, eficiencia y corresponsabilidad fiscal.

2. A principios del año 2001 se planteaban las alternativas ante las que debía enfrentarse la futura reforma del sistema de financiación autonómico coincidiendo básicamente en la necesidad de que éste dispusiera de un marco estable e integrador. El sistema aprobado el pasado 27 de Julio de 2001 por el CPFF supone una clara apuesta por esta vía si bien, por ejemplo, la integración en el caso de la sanidad no ha sido de manera incondicionada tal y como se había avanzado en algunos estudios previos en donde nos hemos ocupado de fundamentar y describir tal efecto (CANTARERO, 2001a, b y c) sino que ésta se ha producido mediante la imposición por parte de la Administración Central de condiciones tanto de partida como en cuanto a su evolución futura y que se deben, en última instancia, al hecho de que en el futuro pueden plantearse problemas de eficiencia y racionalidad en la gestión sanitaria.

3. Si bien aún es pronto para realizar consideraciones definitivas acerca de los efectos reales de la integración de la sanidad en el nuevo esquema general de financiación puede decirse que, en caso de haberse puesto en marcha en el ejercicio 1999, ésta hubiese supuesto un be-

neficio neto para el conjunto de CCAA desde la perspectiva de la suficiencia, autonomía y corresponsabilidad fiscal.

En conclusión, creemos que tiene sentido la reforma efectuada en la financiación autonómica. Sin embargo, en cuanto a las cuestiones que quedarían aún pendientes, es decir, lo que pueda suceder a partir del 2002, pensamos que, a pesar de las estimaciones presentadas aquí y que dependen en todo caso de la sensibilidad de los índices de evolución contruidos para las variables relevantes, es necesario ser extremadamente prudentes ante los resultados de las próximas liquidaciones presupuestarias a fin de poder pronunciarse si efectivamente este modelo supondrá el cierre definitivo de la financiación autonómica y si supone o no un acercamiento al sistema de las Comunidades Autónomas forales (vid. ZUBIRI, 2000).

En cuanto a la financiación sanitaria pensamos que ésta seguirá siendo el problema clave del proceso de descentralización en dónde el Estado cada vez irá perdiendo peso y, previsiblemente, lo irán ganando las regiones y un hipotético Consejo Interterritorial de Salud fortalecido. Por tanto, aún reconociendo que el nuevo modelo de financiación puede no ser la solución definitiva en este caso, la vía que puede apuntarse es la de seguir incentivando el debate en todas las autonomías sobre el papel que ha de jugar en sus propios territorios un servicio público tan fundamental como la sanidad que es, además, un instrumento de igualdad. No obstante, somos conscientes de que también se hace necesario, en última instancia, la cooperación entre los diversos Servicios Regionales de Salud para lograr así vertebrar el sistema sanitario en todo el Estado Español.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGENCIA ESTATAL DE LA ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA (AEAT) (2001): *Impuestos Especiales. Estudio relativo a 1999*. AEAT, Madrid.
- ALBI, E., GONZALEZ-PARAMO, J.M. y ZUBIRI, I. (2000): *Economía Pública I y II*. Editorial, Ariel, Barcelona.
- ALVAREZ, J.J. y VALENZUELA, M. (1998): "Financiación económica y transferencias. Aproximación a las transferencias sanitarias a la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias". Mimeo.
- BUENAVENTURA, R. y GARCIA, F. (2001): "Un nuevo y ¿definitivo? modelo de financiación autonómica. *Nota de Análisis autonómico*, Consultores de Administraciones Públicas, nº 80, Madrid.
- CABASES, J.M. (1998): "La financiación sanitaria autonómica. Bases para una propuesta". *Papeles de Economía Española*, nº 76, pp. 67-77, Madrid.
- CABIEDES, L. y VALDAVIDA, E. (1999): *Aproximación al esfuerzo de la Administración central y de las Comunidades Autónomas en la financiación de la sanidad española*. Consejería de Servicios Sociales del Principado de Asturias, mimeo, Oviedo.
- CABIEDES, L. (2000): "La financiación del sistema sanitario". *Libro Blanco de los Servicios Sanitarios Asturianos*, pp. 59-120, Oviedo.
- CANTARERO, D. y FERNANDEZ GOMEZ, N. (2000): "La sanidad en Cantabria: Una aproximación al gasto sanitario público y su financiación". *Revista Situación*, Fundación BBVA, pp. 455-482, Madrid.
- CANTARERO, D. (2001a): "La descentralización de la sanidad pública en España: El gasto estimado y sus necesidades por Comunidades Autónomas". *Actas del VIII Encuentro de Economía Pública*, 8 y 9 de Febrero de 2001, Cáceres.
- CANTARERO, D. (2001b): "El gasto sanitario público y su financiación en España: Una aproximación al cálculo de las necesidades de gasto relativas por Comunidades Autónomas". *Actas del IV Encuentro de Economía Aplicada*, 7, 8 y 9 de Junio de 2001, Reús.
- CANTARERO, D. (2001c): "Gasto público y financiación en la sanidad española: Especial referencia a la valoración de las necesidades de gasto por Comunidades Autónomas". *Actas de las XXI Jornadas de Economía de la Salud*, Asociación de Economía de la Salud, pp. 39-57, Oviedo.
- CASTELLS, A. (2000): "Autonomía y solidaridad en el sistema de financiación autonómica". *Papeles de Economía Española*, nº 83, pp. 37-60, Madrid.
- CONSEJO ECONOMICO Y SOCIAL (CES) (2000): *España. Memoria sobre la situación socioeconómica y laboral*. CES, Madrid.
- CONSEJO DE POLÍTICA FISCAL Y FINANCIERA (CPFF) (1997): *Financiación de los servicios de sanidad en el periodo 1998-2001*. Grupo de trabajo para la financiación de la sanidad, 27 de Noviembre, Madrid.
- CPFF (2000): *Grupo de trabajo sobre los impuestos especiales*. Mimeo, Madrid.
- CPFF (2001): *Sistema de financiación de las CCAA de régimen común*. 27 Julio, Madrid.
- ECHANIZ, J.I et al. (2000): "La financiación de la sanidad en el marco transferencial". En FERNANDEZ-MIRANDA, E. (dir.): *Transferencias sanitarias: descentralizar y vertebrar*, Pricewaterhousecoopers, Madrid.
- ECHEBARRIA, K. Y SUBIRATS, J. (1998): "Descentralización y coordinación de la sanidad en el Estado autonómico". *Papeles de Economía Española*, nº 76, pp. 78-93, Madrid.
- ESPADAS, L. et al. (1999): "La financiación de la sanidad". En REY, J. (coord.): *El futuro de la sanidad española. Un proyecto de reforma*, Exlibris Ediciones, pp. 51-78, Madrid.
- FERNANDEZ GOMEZ, N. (1998): "La reforma del IRPF y el sistema de financiación". *Revista del Instituto de Estudios Económicos*, nº 2/3, pp. 201-215, Madrid.
- GONZALEZ-PARAMO, J.M. (coord.) (2001): *Bases para un sistema estable de financiación autonómica*. Fundación BBVA, Madrid.

- INFORME DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS (2000): *Informe anual de las Comunidades Autónomas 1999*. Senado, Madrid.
- INSTITUTO NACIONAL DE SALUD (INSALUD) (varios años): *Memoria*. INSALUD, Madrid.
- JOUMARD, I. y VAROUDAKIS, A. (2000): "Options for reforming the Spanish tax system". *Economics Department Working Papers*, nº 249, OCDE.
- LEY 14/1986, DE 25 DE ABRIL, GENERAL DE SANIDAD
- LOPEZ I CASASNOVAS, G. (1999): *La captación en la financiación territorial de los servicios públicos transferidos: El caso de la sanidad y la educación*. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.
- LOPEZ I CASASNOVAS, G. (2000): "La financiación del sistema sanitario español y su incidencia en el gasto: perspectivas macroeconómica, territorial y funcional". En *Actas de las XX Jornadas de Economía de la Salud*, Asociación de Economía de la Salud, pp. 57-91, Palma de Mallorca.
- LOPEZ I CASASNOVAS, G. (2001): *La sanitat catalana. Finançament i despesa en el marc de les societats desenvolupades*. Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya, Barcelona.
- MINISTERIO DE ECONOMIA (2001): *Programa de Estabilidad del Reino de España 2000-2004* Madrid..
- MINISTERIO DE HACIENDA (2001): *Informe sobre la financiación de las Comunidades y Ciudades Autónomas. Ejercicio 1998*. Madrid.
- MINISTERIO DE HACIENDA (2001): *Financiación de las Comunidades Autónomas por tarifa autonómica del IRPF, participación en los ingresos del Estado y fondo de garantía en 1999 y liquidación definitiva de dicho ejercicio*. Madrid.
- MINISTERIO DE HACIENDA (2001): *Memoria de la Administración Tributaria 1999*. Madrid.
- MINISTERIO DE HACIENDA (2001): *Presentación del Proyecto de Presupuestos Generales del Estado 2002*. Madrid.
- MONASTERIO, C. (1998): *Seminario sobre la financiación autonómica y sanitaria*. Fundación para el Análisis y los Estudios Sociales, Madrid.
- MONASTERIO, C. y SUAREZ PANDIELLO, J. (1998): *Manual de hacienda autonómica y local*. Ariel Economía, Barcelona.
- PEDRAJA, F. (2000): "Presente y futuro de la financiación autonómica común". *Papeles de Economía Española*, nº 83, pp. 76-86, Madrid.
- REY (1998): *Descentralización de los servicios sanitarios. Consideraciones generales y análisis del caso español*. Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada.
- RICE, N. y SMITH, P.C. (1999): *Approaches to capitation and risk adjustment in health care: An international perspective*. Centre for Health Economics, University of York.
- SEVILLA, J. (2001): *Las claves de la financiación autonómica*. Ed. Crítica, Madrid.
- SMITH, P. (1999): "Capitated finance and health care needs: Possibilities and limitations". En *Actas de las XIX Jornadas de Economía de la Salud*, Asociación de Economía de la Salud, pp. 15-28, Zaragoza.
- TRUYOLL, I. (1999): "La financiación de las Comunidades Autónomas: presente y futuro". *Revista de Administración Sanitaria*, vol. III, nº 12, pp. 81-93.
- URBANOS, R. y UTRILLA DE LA HOZ, A. (2000): "Incidencia del traspaso de competencias sanitarias en los recursos autonómicos: una simulación de escenarios alternativos de financiación". *Papeles de Economía Española*, nº 83, pp. 184-206, Madrid.
- URBANOS, R. (2001): "Distribución de recursos según necesidad en pequeñas áreas". En *Actas de las XXI Jornadas de Economía de la Salud*, Asociación de Economía de la Salud, pp. 119-131, Oviedo.
- UTRILLA DE LA HOZ, A. (2001a): "Los Impuestos especiales sobre el automóvil y la financiación autonómica". *Papeles de Economía Española*, nº 87, pp. 187-199, Madrid.
- UTRILLA DE LA HOZ, A. (2001b): "El funcionamiento de los sistemas de garantía en el modelo de financiación autonómica". *Papeles de Trabajo del Instituto de Estudios Fiscales*, nº 23, Madrid.
- ZUBIRI, I. (2000): "La capacidad normativa de las Comunidades forales. Su extensión al resto de Comunidades Autónomas". *Papeles de Economía Española*, nº 83, pp. 127-147, Madrid.