

XIII ENCUENTRO DE ECONOMÍA PÚBLICA

**“LAS PROPUESTAS ACTUALES DE REFORMA EN LA ASISTENCIA
SANITARIA”**

José Sánchez Maldonado

Carmen Molina garrido

INDICE

I. INTRODUCCIÓN	2
II. EL MODELO DE FINANCIACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA VIGENTE A PARTIR DEL AÑO 2002	3
III. REFORMAS EN LA ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA	8
IV. REFORMAS EN LA FINANCIACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA	13
V. UN NUEVO ACUERDO PARA LA FINANCIACIÓN DE LA SANIDAD	17
VI. VALORACIÓN DEL ACUERDO Y RETOS ANTE EL FUTURO.	21
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23
ANEXO 1. VALORACIÓN DE MODIFICACIONES EN LOS PORCENTAJES DE CESIÓN IMPOSITIVA.	25

I. INTRODUCCIÓN.

En nuestro país, hace poco más de tres años se aprobó un sistema de financiación autonómica que incluía la sanidad pública, firmándose además los traspasos del Insalud a las diez Comunidades Autónomas (CCAA) que aún no disponían de la gestión de estos servicios.

La filosofía de este sistema era crear un marco estable y sostenible: las CCAA tenían definidas sus fuentes de ingresos y contaban con cierta capacidad de obtención de fondos, vía mayor efectividad recaudatoria, así como incrementando algunos impuestos; y fundamentalmente tenían una gran libertad para organizar sus políticas de gasto, no existiendo condicionamientos ni afectación de fondos, salvo un compromiso de mantener una cantidad mínima garantizada para los servicios sanitarios públicos.

Sin embargo, la valoración del actual sistema de financiación de la asistencia sanitaria parece reflejar que los recursos transferidos a las CCAA resultan insuficientes, reclamando algunas CCAA la urgencia y necesidad de abordar el déficit presupuestario en sanidad¹.

Los argumentos de las CCAA para calificar los recursos disponibles como insuficientes son, entre otros, el incremento experimentado por la población protegida, tanto como consecuencia del fenómeno inmigratorio, como por las diferencias en la base de cálculo empleada en 2001 como criterio de suficiencia estática². Además resultan insuficientes los recursos destinados para la atención a pacientes desplazados, se han incluido nuevas prestaciones, y la tasa de crecimiento del gasto farmacéutico parece no moderarse. En esta situación, se plantea la necesidad de buscar fórmulas para solucionar el desequilibrio financiero que empieza a consolidarse de forma notoria en algunas CCAA.

¹ En este sentido, y siguiendo a Gimeno y Tamayo (2005), podemos afirmar que el montante de la deuda sanitaria ha quedado cifrado en más de 4.500 millones de €

² La suficiencia estática del modelo está definida según tres criterios distintos: Andalucía y Cataluña determinan su necesidad en función del criterio histórico de población protegida; las CCAA que aún no disponían de la gestión de la asistencia sanitaria determinan su necesidad en función de lo acordado en los respectivos Acuerdos de traspaso; C.Valenciana, Galicia y Canarias determinan su necesidad de financiación en función de las variables explicitadas en el modelo: población protegida, población mayor de 65 años e insularidad.

El objetivo de este artículo, y ante la situación descrita, es repasar de forma resumida las principales medidas de reforma propuestas en distintos ámbitos del debate de la financiación sanitaria. En primer lugar, realizaremos una descripción del modelo vigente de financiación sanitaria, identificando las deficiencias principales que presenta. En segundo lugar, y ya centrados en las reformas propuestas en el debate sanitario, repasaremos aquellas medidas que afectan a la organización y la gestión actual de la sanidad en nuestro país, para pasar, a continuación, a las propuestas de reformas centradas en el ámbito de la financiación sanitaria. En tercer lugar, detallaremos los términos del nuevo acuerdo adoptado en el Consejo de Política Fiscal y Financiera para la financiación de la asistencia sanitaria, finalizando el artículo con una valoración del mismo.

II. EL MODELO DE FINANCIACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA VIGENTE A PARTIR DEL AÑO 2002.

La financiación de las CCAA se realiza a partir de dos sistemas diferenciados, por una parte el sistema de financiación de las CCAA de régimen foral, y de otra parte el sistema empleado para la financiación de las CCAA de régimen común y ciudades con estatuto de autonomía. En el momento actual, y tras cumplirse tres años de aplicación del actual modelo de financiación para las CCAA de régimen común, se ha abierto un intenso debate en torno a la idoneidad y suficiencia del mismo.

El anterior modelo de financiación sanitaria, cuya vigencia temporal comprendió el período 1998-2001, se cimentó en torno a las transferencias finalistas, que las CCAA que tenían traspasada la competencia, recibían de la Tesorería General de la Seguridad Social para la financiación de la asistencia sanitaria. Esta transferencia finalista estaba basada y se repartía según el criterio de la población protegida.

La inestabilidad de este modelo originó, en su momento, un largo y esclarecedor debate, centrándose el mismo, fundamentalmente, en la idoneidad de una financiación a través de transferencias finalistas basadas en la población, o la integración de la financiación de la asistencia sanitaria en el modelo general de financiación de las CCAA, aprovechando además el traspaso de la asistencia sanitaria a las CCAA que aún no tenían esta competencia.

El diseño del nuevo modelo incorporó, de hecho, dos novedades fundamentales: la denominada cesta de impuestos, como forma de obtención de recursos para

financiar los servicios, en un intento de avanzar en materia de corresponsabilidad fiscal, y la incorporación de la financiación de la asistencia sanitaria y de los servicios sociales de la Seguridad Social, a la financiación de carácter general.

De esta forma el nuevo modelo trató de ofrecer una respuesta coherente a las necesidades financieras de las CCAA, plasmándose esta respuesta a través de lo que se ha denominado “fórmulas de corresponsabilidad fiscal”, que pretendían desplazar sobre las CCAA la responsabilidad de obtener sus propios ingresos, introduciendo así una restricción a sus demandas de recursos, con la idea de dotar de cierta estabilidad al sistema.

Sin embargo, pasados tres años de la aplicación del modelo, han surgido disfunciones importantes en cuanto a la necesidad de financiación y el coste real de los servicios sanitarios. Se resalta, de forma insistente, que los recursos dedicados a la asistencia sanitaria son insuficientes, identificándose algunos aspectos que podrían ser la causa de esta circunstancia:

- En primer lugar hay que destacar un déficit de recursos dedicados a la asistencia sanitaria pública en relación con nuestra riqueza (% PIB). En la mayor parte de las comparaciones internacionales, se pone de manifiesto una diferencia en torno a un punto diferencial del PIB menos en relación a la media de los países de la UE. El gasto público en salud, en nuestro país pasó, del 5,92 por ciento del PIB en 1996 al 5,20 por ciento en 2003 según los datos ofrecidos en el Análisis del Gasto Sanitario elaborado por el Grupo de Trabajo sobre Gasto Sanitario de la IGAE.
- Insuficiencia de recursos en el origen. Al repasar los cálculos que se realizaron para calcular la denominada base homogénea de financiación, que es como se denominó a la antigua restricción financiera inicial, se ponen de manifiesto tres hechos que condicionaron a la baja sus resultados:

a) Por un lado, para las CCAA que ya contaban con competencias asumidas en sanidad, tanto el Acuerdo como el art. 3.2 a) de la Ley 21/2001 señalan que se integrará en la base homogénea de financiación el importe de la liquidación definitiva de 1999.

En la práctica, se comprueba, no obstante, que se ha utilizado la liquidación de 2000 aplicándole el correspondiente índice de evolución para situarla en valores de 1999. Este hecho se pretende justificar por la Administración Central del Estado,

alegando que en el modelo de financiación de la sanidad para el período de 1998 a 2001 contemplaba un fondo de mejora de la gestión, que se hizo efectivo para las CCAA en el año 2000, de tal forma que la aplicación literal de la ley reduciría la base de partida por la pérdida del citado fondo.

Sin embargo, el Acuerdo Cuarto del modelo de financiación sanitaria para 1998 a 2001, preveía que fuera en 1999 cuando se realizara la valoración de resultados de mejora de la gestión, por lo que es razonable partir de la liquidación de 1999 y añadirle el fondo de mejora, a pesar de que en la práctica se haya hecho efectivo en el 2000.

b) Para las CCAA que asumieron las competencias sanitarias en 2002, los cálculos efectuados toman como valor de referencia una estimación –imposible de contrastar- de la distribución territorial del gasto del Insalud Gestión directa de 1999. Sin embargo, para estas CCAA la ley prevé que se integre en la masa homogénea “el importe de la financiación resultante” (art. 3.2. b). Puesto que la financiación definitiva correspondiente a 1999 se ha fijado en los correspondientes Reales Decretos de Traspaso, que deben basarse en el “coste efectivo” de los servicios, son esos recursos, precisamente, los que se proponen que integren en la restricción financiera inicial o masa homogénea de financiación.

c) Para todas las CCAA, la base homogénea de financiación integra el importe de los fondos por Incapacidad temporal que contemplaba el modelo de financiación sanitaria 1998-2001. Esos recursos se utilizan para determinar el valor individual de las variables distributivas pero, posteriormente, son objeto de minoración. Puesto que los acuerdos de control de Incapacidad temporal se cumplieron y se abonaron en su totalidad en el modelo de financiación sanitaria 1998-2001, deberían consolidarse en la restricción financiera inicial y no ser objeto de minoración posterior, pues de otro modo no existe fondo adicional en el modelo vigente para continuar incentivando en control de Incapacidad temporal.

- Excesiva dispersión en la financiación per cápita. Hay que destacar una excesiva dispersión de la financiación per cápita. Del cuadro II.1 se desprende que la diferencia entre la CCAA con mayor y menor gasto sanitario per cápita se incrementa con la dinámica del modelo. En el año 2003 existe una diferencia de 210 euros entre la CCAA con mayor y menor financiación per cápita. Esta diferencia en el año 1999 era de 162 euros.

- Incremento significativo de la población. Este es uno de los factores más preocupantes en la dinámica del sistema. Tomando datos del año 2004 se aprecia que, desde 1999, año de referencia en el modelo, la población de las CCAA de régimen común se ha incrementado en un 7,8 por ciento. (Cuadro II.2).

Cuadro II.1

	Gasto sanitario por persona protegida. Euros				
	1999	2000	2001	2002	2003
Andalucía	680	766	791	837	903
Aragón	776	824	899	955	1.069
Asturias	757	810	872	946	1.061
Baleares	614	637	677	800	908
Canarias	770	820	840	910	999
Cantabria	773	833	921	1.014	1.073
C. León	726	787	840	898	1.029
C. Mancha	675	721	774	879	936
Cataluña	722	777	817	869	958
C. Valenciana	689	750	790	846	934
Extremadura	725	786	826	949	1.026
Galicia	754	797	864	902	980
Madrid	725	752	788	815	863
Murcia	709	768	806	861	951
La Rioja	720	791	834	910	994

Fuente: Informe Grupo de Trabajo sobre Gasto sanitario. IGAE.

Cuadro II. 2**Evolución de la población.**

Población CCAA	1999	2004	% Variación
Andalucía	7.305.117	7.687.518	5,23
Aragón	1.186.849	1.249.584	5,29
Asturias	1.084.314	1.073.761	-0,97
Baleares	821.820	955.045	16,21
Canarias	1.672.689	1.915.540	14,52
Cantabria	528.478	554.784	4,98
C. León	2.488.062	2.493.918	0,24
C. Mancha	1.726.199	1.848.881	7,11
Cataluña	6.207.533	6.813.319	9,76
C. Valenciana	4.066.474	4.543.304	11,73
Extremadura	1.073.574	1.075.286	0,16
Galicia	2.730.337	2.750.985	0,76
Madrid	5.145.325	5.804.829	12,82
Murcia	1.131.128	1.294.694	14,46
La Rioja	265.178	293.553	10,70
CCAA régimen común	37.433.077	40.355.001	7,80

Fuente: INE.

- Importante incremento del envejecimiento de la población.
- Incremento de la dotación tecnológica. Diversos estudios demuestran que es, precisamente, la introducción permanente de nuevas tecnologías, una de las causas más importantes del crecimiento del gasto sanitario, y que esta causa podría llegar a explicar hasta el 70 por ciento del incremento experimentado en los últimos años.
- Disposición de una estructura asistencial infradotada de forma histórica, tanto en equipamiento como en personal.
- Ausencia de compensación económica por la atención a pacientes desplazados. El Acuerdo del CPFF de 27 de julio de 2001 señalaba que se establecería, por el Ministerio de Sanidad y Consumo, una cámara de compensación para estos gastos. Sin embargo, en la práctica tal medida no se ha puesto en práctica, porque la regulación establecida para el Fondo de Cohesión a través del Real Decreto 1247/2002, de 3 de diciembre, adolece de los siguientes inconvenientes básicos:
- No se contemplan la totalidad de las situaciones en que se generan gastos de asistencia sanitaria en CCAA de destino, ya que sólo se incluyen determinados procesos de asistencia sanitaria especializada con internamiento, pero no se toman en consideración ni la atención primaria, ni las urgencias ni el gasto de farmacia generado en los desplazamientos. Esta situación es especialmente gravosa para las CCAA del arco mediterráneo, receptoras de importantes flujos de turismo nacional, que ya no sólo se concreta en los periodos estivales, concentrándose en ellas en temporada baja, mucho de los mayores españoles.
- Las CCAA de origen no soportan los gastos que sus residentes ocasionan en otras CCAA. Sus dotaciones financieras no sufren ningún tipo de merma por muchos pacientes que deriven a otras CCAA, ni por muy complejos que sean los procesos para los que son derivados. En la actualidad, simplemente evitan la realización de los correspondientes gastos, lo que supone un importante incentivo para que el volumen de desplazamientos siga creciendo.
- Al irse introduciendo en el actual Fondo de Cohesión cada vez más objetivos, sin un paralelo incremento de sus recursos, finalmente no consigue atender suficientemente ninguno de ellos y la atención de cada objetivo se hace, parcialmente, a costa de otros, por un procedimiento opaco, que dificulta el conocimiento exacto y la previsión por las CCAA del montante de los recursos que, finalmente, se le asignan a través del Fondo.

La responsabilidad ante un escenario de este tipo debe declararse compartida, puesto que aunque los servicios sanitarios están transferidos actualmente a todas las CCAA, la Administración Central del Estado no puede inhibirse en esta materia, en la medida en la que:

- Corresponde a la Administración Central la delimitación de las prestaciones mínimas obligatorias del sistema sanitario español.
- La Administración Central del Estado decide la financiación pública de los medicamentos y fija sus precios, cuando el gasto en recetas médicas y en medicamentos de uso hospitalario son los componentes más dinámicos del gasto sanitario, que ganan año a año peso en el total del mismo.
- Le corresponde velar por la estabilidad y sostenibilidad de las finanzas públicas, lo que incluye la realización de proyecciones sobre la incidencia de las tendencias demográficas en gastos en pensiones y sanitarios a medio plazo.
- Le corresponde garantizar igualdad de acceso de los ciudadanos con independencia del lugar de residencia. Criterio establecido en la Ley General de Sanidad.

Ante la situación descrita, y frente a la disyuntiva de introducir un nuevo modelo o realizar modificaciones en el mismo, la opinión generalizada es que, de acuerdo con los principios que inspiraron el vigente modelo de financiación, estabilidad, generalidad, suficiencia, autonomía y solidaridad, es el de estabilidad el que adquiere una importancia significativa. La elaboración precipitada de un nuevo modelo podría no conseguir el consenso que se precisa en este tipo de decisiones, y por otra parte, generaría una inseguridad considerable, desde el punto de vista de la evolución de los recursos.

La opción más aconsejable, en este sentido, sería la de introducir modificaciones en los distintos ámbitos de la asistencia sanitaria para la mejora del sistema. En los apartados siguientes estudiaremos con mayor nivel de detalle las diferentes reformas propuestas.

III. REFORMAS EN LA ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA.

El elevado ritmo de crecimiento que en los últimos años está registrando el gasto sanitario público, y las deficiencias mostradas por el sistema de financiación actual, aconsejan la puesta en marcha, no sólo de medidas económicas que saneen el

sistema, sino también la práctica de medidas que vayan destinadas a mejorar la eficiencia, y a racionalizar el gasto en el medio y largo plazo, con el fin de garantizar la sostenibilidad del SNS. En este sentido, se ofrecen una serie de propuestas destinadas a mejorar la organización y la gestión de la asistencia sanitaria.

En cuanto a las reformas de carácter organizativo, sería recomendable llevar a cabo una serie de reformas centradas en tres aspectos, con el objetivo de lograr una más clara y mejor organización de la asistencia sanitaria. Las medidas propuestas serían las siguientes:

1) Reorganización de las partidas de gasto sanitario.

En los PGE existen numerosas partidas de gasto que son gestionadas por instituciones externas al sector sanitario, y que deberían ser administradas por el Estado, bien a través del Ministerio de Sanidad o bien a través de las CCAA. Esto permitiría conocer y contabilizar mejor los recursos destinados a la sanidad, y lograr, de esta forma, una asignación más eficiente de los mismos.

En este sentido, la proposición es la siguiente: traspasar a las CCAA la gestión de la asistencia sanitaria en instituciones penitenciarias y los recursos sanitarios vinculados a redes sociales para colectivos específicos; gestionar las transferencias finalistas del Estado a las CCAA en función de Planes Nacionales, así como los fondos con los que el Estado colabora para el mantenimiento de las instituciones sanitarias dependientes de las Corporaciones locales; y finalmente, integrar todos los traspasos sanitarios a favor de las CCAA en el bloque de competencias sanitarias.

2) Delimitar las cuotas de poder y de decisión del Estado y de las CCAA, en base al principio de lealtad institucional.

En base a este principio, las relaciones entre las Administraciones Públicas deben pasar por la aplicación de acuerdos razonables en un doble sentido. Las CCAA deberían renunciar a solicitar la colaboración financiera del Estado en aspectos exclusivos de su competencia, mientras que el Estado legislador debería renunciar a imponer, sin acuerdo o sin cofinanciación, nuevas obligaciones de gasto a las CCAA.

3) Fomentar un intercambio adecuado de información entre las Administraciones e interlocutores sociales.

La información es una pieza clave para articular un sistema sanitario descentralizado que funcione con criterios de coherencia. En este sentido, sería recomendable implantar un sistema de información que permitiera, de forma ágil y transparente, conocer resultados en términos de eficacia y eficiencia, para el análisis y comparación entre el conjunto de CCAA.

Las principales medidas propuestas dentro del ámbito de la gestión de la asistencia sanitaria giran en torno a la implantación de herramientas gerenciales más acordes con la realidad y las necesidades actuales. Se proponen las siguientes medidas:

4) Introducción de mecanismos que permitan frenar el ritmo de crecimiento de los consumos intermedios.

El análisis del gasto sanitario público muestra que, por lo que respecta a la clasificación económica, el componente de gasto más dinámico entre 1999 y 2003 es el correspondiente al consumo intermedio.

La introducción de criterios racionales en la gestión de compras puede conducir a mejoras de eficiencia significativas. En particular se recomienda la introducción de mecanismos de centralización de compras de los productos sanitarios de uso hospitalario en cada ámbito territorial. Asimismo, el refuerzo de las garantías relativas a que la contratación y las compras de los centros sanitarios públicos se realicen atendiendo a criterios de publicidad y libre concurrencia contribuiría a racionalizar el gasto sanitario y a dotar la gestión de mayor transparencia.

5) Asegurar la calidad y el uso racional de los medicamentos.

El gasto en farmacia extrahospitalaria registra una tasa de crecimiento anual medio para el período 1999-2003 del 9,72 por ciento para el conjunto del SNS y representa en 2003 el 23,38 por ciento del gasto sanitario público total.

La extensión de guías farmacológicas, los programas de “protocolización” de la prescripción, la regulación y control de la visita médica y de las actividades de promoción y publicidad de los medicamentos por parte de la industria, la implantación de sistemas de información independiente y objetiva para los médicos, el desarrollo de programas de formación continuada, la promoción de los

medicamentos genéricos, han de contribuir a la racionalización de la prestación farmacéutica, cuyo principal factor de crecimiento en los últimos años ha venido dado por el aumento en el número de recetas facturadas.

Asimismo, sería recomendable establecer una serie de criterios que, teniendo en cuenta la evidencia científica, permitan la calificación de la utilidad terapéutica de los medicamentos, para desarrollar una estrategia de financiación selectiva ligada a la utilidad terapéutica de los mismos y a criterios de farmacoeconomía.

Finalmente, resultaría conveniente impulsar la implantación efectiva de la receta electrónica en todas las CCAA, asegurando su conexión y/o compatibilidad en todo el territorio nacional, puesto que se trata de un instrumento especialmente útil para los pacientes, puede contribuir a la descongestión burocrática de los Centros de Salud y, sobre todo, puede servir como herramienta a partir de la cual es posible el análisis riguroso de todos los elementos determinantes de la evolución del gasto en medicamentos.

6) Concienciar a los usuarios de que la sostenibilidad del SNS requiere de su implicación, tanto a través de la vigilancia de su propia salud como manifestando una conducta responsable en el consumo de medicamentos y de los servicios sanitarios de demanda no inducida, y por tanto, decidida por el propio usuario.

7) Fomento de la elaboración y utilización de guías de práctica clínica comunes para todo el SNS, que promuevan la eficiencia y la efectividad y permitan una reducción progresiva de las elevadas tasas de variabilidad que se registran en la práctica clínica.

Asimismo, el mejor conocimiento de las variaciones en la práctica médica que se registran en el SNS y el estudio de sus consecuencias sobre el consumo de recursos y los resultados clínicos, han de contribuir a la racionalización del gasto sanitario y a la mejora de la calidad asistencial.

8) Consolidar mecanismos de incentivos a los profesionales sanitarios.

Debe promoverse la introducción de criterios de gestión clínica en la actuación de gestores y proveedores en el ámbito de cada área asistencial, vinculando una parte de las retribuciones a los resultados obtenidos por cada unidad de gestión clínica y cada profesional.

Podría modularse su comportamiento utilizando indicadores basados en el logro de los objetivos relacionados con la prescripción farmacéutica, expresados en términos del uso de genéricos, del seguimiento de los tratamientos recomendados en las guías de práctica clínica, del uso adecuado de las innovaciones terapéuticas o del valor intrínseco de los medicamentos prescritos.

Asimismo, sería recomendable establecer un registro de personal, para poder llevar a cabo evaluaciones de las políticas de recursos humanos de los Servicios Autonómicos de Salud. Este registro haría posible la realización de estudios, de forma sistemática, y para todos los Servicios Autonómicos, que posibilitarían la planificación de los ajustes necesarios.

Por lo que respecta a la fijación de las retribuciones de los profesionales, podrían derivarse ganancias significativas de la cooperación de los Servicios Autonómicos de Salud. Uno de los problemas derivados del actual sistema es la espiral inflacionista en el régimen de la articulación de las condiciones de trabajo del personal estatutario. La sensación de agravio comparativo entre las distintas CCAA facilita la presión constante que los diferentes actores ejercen sobre los responsables políticos sanitarios. Partiendo de la base de que el crecimiento de los gastos de personal es insostenible a medio plazo con las tasas de crecimiento actuales, sería conveniente introducir, por acuerdo de las CCAA, mecanismos que limitaran el crecimiento de estos gastos.

9) Reforzar el papel de las Agencias de Evaluación de Tecnologías.

Este aspecto resulta importante por la repercusión –en términos de gasto y de resultados en salud-, que la incorporación de las nuevas tecnologías tiene sobre el sistema sanitario público.

10) Aumentar los recursos y la capacidad de resolución de la atención primaria.

El estudio de los componentes del gasto a partir de la clasificación funcional indica que el sesgo hospitalario del SNS es muy significativo. La pérdida de peso que registra el gasto en servicios hospitalarios y especializados no va acompañada de un incremento paralelo del peso de la atención primaria.

Pese a que cada vez el sector sanitario en su conjunto reconoce la enorme incidencia y, sobre todo, el enorme potencial que la atención primaria tiene sobre la mejora de la salud de la población, dicho reconocimiento no se traduce en unas

cifras de gasto más equilibradas en relación con los recursos invertidos en atención especializada.

IV. REFORMAS EN LA FINANCIACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA.

Las reformas en el ámbito de la financiación de la asistencia sanitaria, más numerosas, se centran en dos grupos de medidas. En primer lugar, aparecen propuestas relativas a una reorganización o reasignación de los recursos existentes. Esta alternativa supone el mantenimiento del nivel de los fondos públicos y, consecuentemente, no supone un incremento de la presión fiscal. Esta es su principal ventaja, junto con la inmediatez, puesto que su puesta en marcha puede ser automática a partir de la aprobación de los nuevos presupuestos.

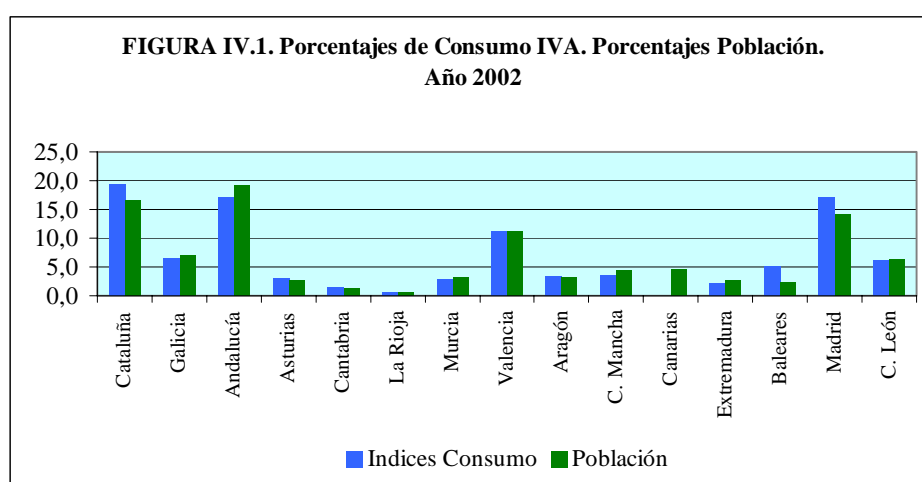
Dentro de este grupo de medidas hay que considerar, en primer lugar, la posibilidad de reducir los créditos asignados a otras partidas de gasto y aumentar los relativos a la sanidad en la misma cuantía. Sin embargo, como señalan Gimeno y Tamayo (2004), buena parte de los gastos públicos son absolutamente rígidos y no es posible llevar a cabo una reducción significativa de los mismos. Además resultaría más que probable que los departamentos o funciones afectados por la reducción presentaran las lógicas objeciones pudiéndose resentir, asimismo, la calidad de los servicios correspondientes.

Asimismo, también podría plantearse la posibilidad de llevar a cabo una reasignación de los recursos mediante la utilización del superávit aparente del sistema de Seguridad Social. Sin embargo, este paso puede suponer un retroceso en el proceso de consolidación de un Sistema Nacional de Salud definitivamente independiente del sistema de cotización históricamente superado.

En segundo lugar, aparecen un conjunto de propuestas destinadas a incrementar los recursos para la financiación de la asistencia sanitaria. Inicialmente podemos destacar las propuestas relativas a una modificación al alza en relación con los actuales porcentajes de cesión de determinados impuestos a las CCAA. En este sentido, hay que destacar que incrementar el porcentaje de cesión de la cesta de impuestos a las CCAA, favorecería, mayormente, a las CCAA con mayor capacidad de generación de recursos, manteniéndose para el resto, una fuerte dependencia de los recursos procedentes del Fondo de Suficiencia. Esta medida

implicaría, asimismo, una reducción de los recursos del Estado para ejercer la función de redistribución que tiene asignada.

En la figura IV. 1 aparecen reflejados los porcentajes de consumo representativos en el IVA para cada una de las CCAA, que es el criterio empleado para el reparto de los recursos en este impuesto, así como los porcentajes representativos de la población para cada una de las CCAA, todo ello referido al año 2002. Podemos destacar cómo Cataluña, Baleares y Madrid tienen un porcentaje representativo de su consumo en IVA superior, en más de 2,5 puntos porcentuales, al porcentaje representativo de la población, principal indicador de las necesidades sanitarias³.



Fuente: Elaboración propia.

En segundo lugar, podemos destacar la opción de instrumentar realmente las asignaciones de nivelación. Este tipo de recurso debería entrar en juego cuando en una CCAA, bien por la peor evolución de los ingresos, o bien por la evolución más acelerada de sus necesidades, existiera una diferencia significativa entre ambas magnitudes en un período fijado. De esta forma, las asignaciones de nivelación recuperarían el sentido de la LOFCA de compensar un desequilibrio en la financiación de servicios públicos, ocasionado, bien por el crecimiento mayor de las necesidades de gasto, bien por el crecimiento menor de los ingresos.

En tercer lugar, resulta necesario destacar aquellas medidas destinadas a incrementar la autonomía financiera y la corresponsabilidad fiscal de las CCAA para la financiación de la sanidad. La mayor parte de esa financiación corresponde

³ Para un análisis detallado de la repercusión de cambios en los porcentajes de cesión para la financiación de las CCAA véase el Anexo 1.

a recursos tributarios procedentes de participaciones territorializadas, sobre las cuales las CCAA no tienen competencias normativas, como puede apreciarse en el cuadro IV.1, en el que aparece reflejados los porcentajes de recursos tributarios sobre los que las CCAA tienen competencias normativas.

Dentro de este grupo se encuentra la propuesta realizada por el Ministro de Economía y Hacienda. Solbes ha afirmado que una de las propuestas es que las autonomías puedan “imponer recargos” o “crear impuestos” para la sanidad. La intención no sería aumentar la parte de los impuestos indirectos que va a las CCAA, sino que estas recarguen el impuesto ya preexistente y se queden con este sobrecargo.

Cuadro IV.1.

Porcentaje de recursos tributarios sobre los que las CCAA tienen competencias normativas. Año 2002	
	Porcentaje
Cataluña	45,79
Galicia	22,84
Andalucía	22,53
Asturias	30,53
Cantabria	26,69
La Rioja	29,44
Murcia	24,07
Valencia	35,80
Aragón	34,57
C. Mancha	19,43
Canarias	27,30
Extremadura	14,51
Baleares	41,49
Madrid	62,53
C. León	25,26

Fuente: Elaboración propia.

En esta misma línea, y como se señala en Sánchez y Gómez (1996) y Sánchez (1985), ante una posible cesión del IVA en su fase minorista, señalar que esta cesión plantearía inconvenientes desde la óptica de los problemas de gestión que surgirían como consecuencia de la disociación de tareas concernientes a fases distintas de un mismo territorio entre administraciones públicas diferentes. Por otro lado, mientras persista la aplicación del actual régimen especial de recargo de equivalencia resulta imposible territorializar la recaudación del IVA en su fase minorista. Hay que reconocer que, de llevarse a cabo dicha territorialización, se introduciría un indiscutible coste indirecto para los sujetos pasivos obligados a

recaudar el recargo de equivalencia. Ahora bien, una vez establecido el régimen general en el comercio minorista, se considera que habría que estudiar la forma en que la cesión podría hacerse operativa en cumplimiento de lo regulado en la LOFCA y en los estatutos de autonomía de diversas CCAA o, por el contrario, cambiar la actual normativa legal. Con la cesión, se conseguiría interesar plenamente en la administración del impuesto a la Hacienda autonómica, hecho que se considera fundamental para una eficaz gestión del IVA. No obstante, lo anterior no dejaría de plantear problemas en la vertiente de la administración y la gestión del impuesto.

Otra opción, en este sentido, es la propuesta por Gimeno y Tamayo (2004). Consiste en la introducción de un impuesto en fase minorista con un tipo inicial del 3-4 por ciento acompañado de una reducción del IVA general de 2-3 puntos. Estas cifras permitirían una aproximación entre las revisiones salariales y el descenso del IVA, de forma que se favoreciera la estabilidad de precios en fases previas a la minorista, y se redujeran los efectos negativos que podrían producirse al trasladarse al consumidor una menor presión fiscal, con el consiguiente impacto inflacionista. Cada CCAA podría incrementar el tipo del impuesto autonómico, dentro de los márgenes que se fijaran.

Según estos autores, el punto de diferencia adicional entre el nuevo tipo y la reducción general, aportaría automáticamente fondos adicionales para el sistema sanitario. Probablemente, el efecto inicial fuera reducido, bien porque se perdiera ese punto en los costes de gestión y puesta en marcha, así como por las dificultades de control de las bases efectivas en una fase tradicionalmente muy opaca al fisco. Sin embargo, esta solución implicaría la ventaja adicional de que el nivel de gasto, y de presión tributaria correspondiente, estarían ya en manos de cada Administración. Carecería de sentido cualquier reivindicación de nuevos fondos generales cuando las CCAA dispusiesen de mecanismos a su alcance para conseguirlos cuando lo considerasen conveniente.

Asimismo, se puede plantear la opción de incrementar de la capacidad normativa de las CCAA en materias concretas con problemas especiales de salud. Nos referimos a la posibilidad de incrementar la capacidad normativa de las CCAA en los impuestos especiales cedidos, particularmente en el Impuesto sobre Labores del Tabaco, diferenciando dos tramos: uno, armonizado, de competencia normativa exclusivamente estatal, y otro que reconocería cierta capacidad normativa a las CCAA para poder establecer recargos. El incremento de la recaudación en este

proceder podría dirigirse, en su parte autonómica, a la mejora de recursos del sistema sanitario; mientras que en el tramo estatal los recursos permitirían la creación de un Fondo destinado a financiar la responsabilidad del Estado en materia sanitaria. En cualquier caso, las soluciones propuestas hasta ahora parecen ir ligadas a la revisión en profundidad del sistema de ingresos autonómicos, resultando, probablemente imprescindible, un pequeño incremento de la presión fiscal.

En cuarto lugar, destacan las medidas relativas al endeudamiento y a la introducción del copago. Respecto al endeudamiento, se estima que este recurso podría utilizarse para financiar determinadas inversiones. Sin embargo, esta solución resulta muy discutible para cubrir gastos corrientes, que parecen ser los que están provocando el déficit de financiación, y sólo podría aceptarse de forma excepcional y mediante cantidades muy controladas.

Otra opción que se contempla es la del copago, es decir, la introducción de una fórmula de pago por parte de los usuarios del sistema. La introducción de un sistema óptimo de copago implicaría arbitrar alguna fórmula progresiva que garantizara una escasa incidencia proporcional en el presupuesto de cada persona y la exclusión de aquellos servicios en los que la percepción del usuario infravalorara los beneficios derivados del servicio. Esta medida implicaría, asimismo, asumir un coste político significativo.

V. UN NUEVO ACUERDO PARA LA FINANCIACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA.

El Consejo de Política Fiscal y Financiera, en su reunión celebrada el pasado día 13 de Septiembre de 2005, ha aprobado las medidas de mejora de la financiación sanitaria consensuadas en la II Conferencia de Presidentes, y que supondrán una mejora de los recursos que reciben las CCAA con cargo a los Presupuestos Generales del Estado, de 1.677 millones de euros cada año (ver cuadro V.1.), más otros 1.365 millones de euros que recibirán, con dos años de antelación, de la liquidación del Sistema de Financiación, ya a partir de 2005.

Cuadro V.1.

Nueva financiación sanitaria.	
	Millones de euros.
Transferencia a las CCAA	500,0
Plan de Calidad e Igualdad del SNS	50,0
Fondo de Cohesión Sanitaria	45,0
Insularidad	55,0
Fondo de Garantía	500,0
Convenios de asistencia a pacientes extranjeros	200,0
Atención de accidentes laborales no cubiertos por mutuas	100,0
Incremento imposición indirecta en tributos sobre alcohol y tabaco	227,0
TOTAL APORTACIÓN DEL ESTADO SIN ANTICIPOS	1.677,0

Fuente: Ministerio de Economía y Hacienda (2005)

Eso supone, en la práctica, que las CCAA tendrán casi 4.400 millones de euros adicionales en los próximos 15 meses: 1.677 millones con cargo a los PGE en 2006; 1.365 millones de anticipos en 2005 y otros 1.365 millones en 2006.

Este aumento de recursos procedentes del Estado, podría incrementarse hasta un 40%, si las CCAA hiciesen uso de su capacidad normativa, que, de nuevo, se ve ampliada en los siguientes términos:

- Posibilidad de duplicar la capacidad normativa de las CCAA en el Impuesto sobre ventas minoristas de determinados hidrocarburos, de los 24€por mil litros actuales hasta los 48€por mil litros.
- Posibilidad de establecer un recargo de hasta 2 puntos en el Impuesto sobre la Electricidad, cuyo tipo pasaría del 4,864% al 6,864 %.

Los criterios de reparto de cada uno de los fondos estatales, así como, en los casos en los que es posible su territorialización son los siguientes:

- La transferencia a las CCAA de 500 millones de euros en 2006 y de 600 millones en 2007 se repartirá siguiendo los criterios establecidos en la Ley de Financiación autonómica de 2001: población protegida (75 %), población mayor de 65 años (24,5%) e insularidad (0,5%), actualizando los datos de población al año 2004. La aportación a Ceuta y Melilla se realizará con criterios idénticos a los aplicados al resto de CCAA. Los resultados de este reparto pueden observarse en el cuadro V.2.

- La aportación a Baleares y Canarias por insularidad se realizará teniendo en cuenta el incremento de la población experimentado entre 1999 y 2003; el aumento de financiación experimentado entre 1999 y 2002, y la población protegida en 2003.

Cuadro V.2.

Reparto de la transferencia directa a las CCAA.	
	Millones de euros.
Andalucía	91,1
Aragón	16,2
Asturias	14,5
Baleares	12,0
Canarias	24,0
Cantabria	7,1
C. León	33,0
C. Mancha	23,7
Cataluña	85,8
C. Valenciana	56,1
Extremadura	13,6
Galicia	36,1
Madrid	68,0
Murcia	15,2
La Rioja	3,7

Fuente: Ministerio de Economía (2005)

- La mejora en el sistema de entregas a cuenta en 2005 y 2006, que pasarán del 98 al 100%, se repartirá con los mismos criterios que según la ley vigente se han venido aplicando para el pago de los anticipos. (Ver cuadro V.3.).
- El Fondo específico de garantía sanitaria dotado con 500 millones de euros, que se distribuirá con el criterio establecido por la Ley de 2001 para la garantía de financiación sanitaria y que se destinará a garantizar a las CCAA que sus recursos para financiación sanitaria crecerán al mismo ritmo que el PIB nominal nacional.
- El Fondo de 200 millones para compensar la asistencia a residentes extranjeros se repartirá en función de los documentos E-21 que acredite cada comunidad autónoma (documento acreditativo en la UE del derecho a la asistencia sanitaria en otro Estado miembro).

- El Fondo de 100 millones para compensar por la atención por accidentes de trabajo no cubiertos por las mutuas se instrumentará mediante una disposición adicional en los Presupuestos de 2006, según la cual la Tesorería de la Seguridad Social abonará a las CCAA, con cuyos servicios públicos de salud tenga suscritos convenios, las prestaciones derivadas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales a los afiliados a la Seguridad Social.

Cuadro V.3.
Anticipos a cuenta

	Millones de euros.	
	2005	2006
Andalucía	274,7	274,7
Aragón	46,6	46,6
Asturias	41,2	41,2
Baleares	30,7	30,7
Canarias	66,2	66,2
Cantabria	23,5	23,5
C. León	100,2	100,2
C. Mancha	69,8	69,8
Cataluña	214,2	214,2
C. Valenciana	131,7	131,7
Extremadura	47,5	47,5
Galicia	109,6	109,6
Madrid	157,4	157,4
Murcia	40,0	40,0
La Rioja	12,3	12,3

Fuente: Ministerio de Economía (2005)

- En cuanto al Plan de Calidad dotado con 50 millones de euros, será gestionado por el Ministerio de Sanidad.
- Para el reparto de los 45 millones adicionales destinados al Fondo de Cohesión Sanitaria, que también gestiona el Ministerio de Sanidad, se modificará el Decreto 1247/2002 ampliando considerablemente los supuestos que actualmente cubre este fondo.
- Por último, para el reparto de los 227 millones derivados de la subida de los impuestos indirectos sobre el alcohol y el tabaco⁴ se utilizarán los criterios de la

⁴ Incremento de los Impuestos Especiales sobre Alcohol y Tabaco: Elevación de un 10% de los impuestos sobre alcoholes, cervezas y productos intermedios. El tipo normal pasaría de 754,77€ por hectolitro de alcohol puro a 830,25€ Elevación del tipo específico del

Ley de 2001 que prevé la aplicación de los índices de consumo de estos productos en cada Comunidad Autónoma para determinar la recaudación atribuible a cada comunidad y transferirle el 40%.

VI. VALORACIÓN DEL ACUERDO Y RETOS DEL FUTURO.

El primer rasgo destacable del nuevo Acuerdo aprobado en el Consejo de Política Fiscal y Financiera el pasado día 13 de Septiembre, es que se trata de un acuerdo estrictamente financiero, en el que se ha aprobado y aceptado la aportación con la que el Estado va a contribuir a la financiación de la asistencia sanitaria.

El gasto sanitario público en nuestro país, ha experimentado un crecimiento notable y continuado a lo largo de las últimas décadas, y la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, no sólo es una cuestión financiera. En este sentido, y como valoración al acuerdo adoptado, sería recomendable que en el mismo se hubiesen acordado, con el consenso necesario del Estado y de las CCAA, determinadas medidas destinadas a la racionalización del gasto sanitario.

Un segundo rasgo a destacar de este Acuerdo es que el peso del mismo es exclusivo del Estado. La asistencia sanitaria es una competencia asumida por la totalidad de CCAA que, en este sentido, se han limitado a aceptar las cantidades propuestas por el Estado. No se ha derivado ningún compromiso por parte de las regiones.

El ejercicio de la corresponsabilidad fiscal por parte de las CCAA ha sido, y parece seguir siendo, muy limitado hasta este momento, centrándose el ejercicio de las competencias normativas en la concesión de deducciones.

En este sentido, el FMI, en su informe sobre la economía española publicado en febrero de 2005, señala como significativo el escaso ejercicio de la capacidad normativa por parte de las CCAA en nuestro país, puesto que las regiones españolas poseen más competencias fiscales para incrementar sus recursos que otras regiones europeas. Sería necesario, por lo tanto, avanzar de manera significativa en el cumplimiento del principio de corresponsabilidad fiscal.

impuesto aplicable a los cigarrillos de 3,99€ por 1.000 cigarrillos a 4,20€ y elevación del tipo "ad valorem" del impuesto del 54% hasta el 54,95%.

Un tercer rasgo significativo del Acuerdo es la estructura del mismo en distintas aportaciones finalistas que pretenden resolver algunos de los problemas concretos de la financiación de la asistencia sanitaria:

- En primer lugar, destaca la aportación de un fondo finalista que se distribuirá con el criterio establecido por la Ley 21/2001 para la garantía de financiación sanitaria y que se destinará a garantizar a las CCAA que sus recursos para financiación sanitaria crecerán al mismo ritmo que el PIB nominal nacional. Mantener esta garantía es un rasgo positivo para la suficiencia del modelo, dado que el importe de la garantía a percibir por cada CCAA varía sustancialmente dependiendo de que se tenga en consideración lo establecido en la Ley 21/2001 o el procedimiento reglado en las Leyes de Presupuestos Generales del Estado.
- En segundo lugar, destacan las aportaciones del fondo para compensar la asistencia sanitaria a residentes extranjeros, el Plan de Calidad y las aportaciones del fondo destinado a la compensación económica por la atención sanitaria por accidentes de trabajo no cubiertos por las mutuas. Este último fondo supone una inyección adicional de recursos, puesto que cuando el riesgo era cubierto directamente por el INSS, al no disponer éste de medios propios para la asistencia sanitaria, el servicio se prestaba por los correspondientes Servicios de Salud de las CCAA, sin contraprestación alguna.
- En tercer lugar, destaca la dotación del Fondo de Cohesión Sanitaria, ya que uno de los objetivos de este Fondo es la compensación económica por la asistencia sanitaria a pacientes desplazados, que ha adolecido de los problemas ya enumerados en el apartado dos del artículo.

El cuarto rasgo significativo del Acuerdo, es la aprobación del cumplimiento íntegro del sistema de entregas a cuenta. Una de las características evidentes del gasto sanitario es el abrumante predominio que dentro del mismo tienen los gastos de naturaleza corriente, cuyos pagos han de atenderse en un plazo temporal muy corto.

Esta característica es poco compatible con un sistema de entregas a cuenta del 98 % de los fondos previstos para cada ejercicio, y en el que la liquidación definitiva se percibe por las CCAA con una demora de entre 22 y 34 meses desde el momento en que se realizaron los gastos.

Por último, un quinto rasgo significativo del Acuerdo, es la propuesta de revisión completa del sistema de financiación de la sanidad para el año 2007. La búsqueda estabilidad de los modelos de financiación sanitaria parece no encontrarse, por la propia dinámica del sistema y por la ausencia, en los que han existido, de mecanismos efectivos de ajuste ante cambios en las variables determinantes de las necesidades.

Por lo tanto, y a modo de conclusión, señalar que estamos ante un acuerdo cuya característica esencial es que supone una inyección de recursos necesarios para el sistema. La responsabilidad del mismo ha recaído en exclusiva en el Estado, siendo deseable que las CCAA avanzasen, en el futuro, en un mayor cumplimiento del principio de corresponsabilidad fiscal. Esto contribuiría a rebajar los problemas de suficiencia del sistema. Asimismo, sería deseable atender a las distintas medidas propuestas en el debate sanitario relativas a mejoras posibles en la organización y gestión del gasto sanitario. Todo ello contribuiría a garantizar la sostenibilidad del SNS.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

FMI (2005): “Spain: selected issues” IMF Country Report No 5/57, Washington D.C.

GIMENO, J.A. Y TAMAYO, P.A. (2004): “La suficiencia financiera del sistema público de salud”. Foro por la mejora del SNS. Por un nuevo contrato social en el sistema Nacional de Salud. Madrid.

IGAE (2005): “Informe del Grupo de Trabajo sobre Gasto Sanitario”.

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y HACIENDA (2004): “Documento de la financiación autonómica en 2002”. Madrid.

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y HACIENDA (2005): “Documento de la financiación de la sanidad 2005”. Madrid.

MOLINA, C. (2004): “Análisis del proceso de descentralización de la asistencia sanitaria a las CCAA de régimen común: implicaciones del nuevo modelo de financiación autonómica”. Investigaciones 6/04. Instituto de Estudios Fiscales. Madrid.

MOLINA, C. Y SÁNCHEZ, J. (2005): “Las propuestas actuales de reforma en la asistencia sanitaria”. Fundación Estudios Andaluces, Sevilla.

RUÍZ-HUERTA, J. Y GRANADOS, O. (2003): “La sanidad en el nuevo modelo de financiación autonómica”. Fundación alternativas. Documento de trabajo 31/2003. Madrid.

SÁNCHEZ, J. Y GÓMEZ, J.S. (1985): “La reforma de la financiación autonómica: la imposición sobre consumo y la financiación autonómica”. Papeles de Economía Española, nº 69, 1996.

SÁNCHEZ, J. (DIRECTOR) (1986): “Los efectos financieros y económicos del IVA sobre la Hacienda y la economía andaluza”. Mimeo, Junta de Andalucía, 1986.

URBANOS, R.M. (2005): “La financiación de la sanidad en España para las Comunidades Autónomas de régimen común: resultados del actual modelo y consideraciones para su reforma”. Documento para el Grupo de Trabajo del Proyecto FBVVA. Madrid.

URBANOS, R.M. Y UTRILLA, A. (2001): “El nuevo sistema de financiación sanitaria y sus implicaciones económicas en las CCAA”. Revista de Administración Sanitaria, vol. V, nº 20, octubre/diciembre 2001.

ANEXO. VALORACIÓN DE MODIFICACIONES EN LOS PORCENTAJES DE CESIÓN IMPOSITIVA.

1. Modificación de los porcentajes de cesión en la Imposición Directa.

Se produce un incremento en la cesión parcial del IRPF, cuyo porcentaje de cesión pasa a ser del 50% sin ejercicio de competencias normativas.

En este supuesto, la financiación que cada una de las CCAA obtendría por este impuesto aparece reflejada en el cuadro 1. En la columna 3 del citado cuadro, puede apreciarse la financiación adicional que cada una de las CCAA recibiría si se produjese este incremento porcentual en la cesión del impuesto sobre la renta.

La comunidad autónoma más beneficiada es Madrid, seguida de Cataluña y Andalucía. El resto de CCAA obtendría una financiación adicional bastante inferior a las ya citadas.

CUADRO 1. IRPF. Cesión parcial 50%. Financiación adicional. Año 2002. (Miles de euros)		
	50% Cesión	Financiación adicional
Cataluña	5.059.839,17	1.720.345,32
Galicia	1.140.185,59	387.663,10
Andalucía	2.651.655,09	901.562,73
Asturias	591.319,64	201.048,68
Cantabria	297.575,27	101.175,59
La Rioja	160.425,62	54.544,71
Murcia	454.410,59	154.499,60
Valencia	2.143.141,59	728.668,14
Aragón	747.142,09	254.028,31
C. Mancha	608.236,68	206.800,47
Canarias	791.013,98	268.944,75
Extremadura	303.655,67	103.242,93
Baleares	549.890,61	186.962,81
Madrid	5.400.254,83	1.836.086,64
C. León	1.142.127,47	388.323,34
TOTAL	22.040.873,89	7.493.897,12

FUENTE: Elaboración propia.

En el cuadro 2. aparecen los porcentajes que esta financiación adicional supondrían respecto a la cuantía del Fondo de Suficiencia de cada una de las CCAA.

CUADRO 2. Porcentaje que la financiación adicional por cesión 50% IRPF supone respecto al Fondo de Suficiencia *.	
	Porcentaje
Cataluña	89,86
Galicia	15,04
Andalucía	14,33
Asturias	26,141
Cantabria	20,69
La Rioja	23,56
Murcia	19,96
Valencia	39,44
Aragón	33,58
C. Mancha	12,43
Canarias	11,80
Extremadura	7,54
Baleares	-
Madrid	-
C. León	18,04

FUENTE: Elaboración propia.

*Se han obviado de estos cálculos Madrid y Baleares, puesto que ambas presentan un Fondo de Suficiencia negativo, al ser los recursos de naturaleza tributaria suficientes para cubrir las necesidades de gasto determinadas en el año base del modelo.

Como podemos observar en el citado cuadro 2 la financiación adicional obtenida por Cataluña, como consecuencia del incremento en el porcentaje de cesión del IRPF, supone un 89,86 por ciento de su Fondo de Suficiencia. De esta forma, la práctica totalidad de las necesidades de gasto, podrían financiarse, para esta comunidad autónoma, a través de recursos de naturaleza tributaria. La comunidad autónoma en la que la incidencia de este incremento en el porcentaje de cesión del IRPF es menor es Extremadura. Para Andalucía, el incremento en el porcentaje de cesión de este impuesto, supone una financiación adicional que representa un 14,33 por ciento de lo que, para el año 2002, es su Fondo de Suficiencia.

2. Modificación de los porcentajes de cesión en la Imposición indirecta.

El modelo de financiación autonómica se establece una participación territorializada del 35 por ciento en el IVA, en función de indicadores de consumo, mientras que en los impuestos especiales esta participación está fijada en el 40 por ciento.

En el primer lugar suponemos que el porcentaje de cesión en el IVA se incrementa hasta el 50 por ciento. En este caso, y manteniendo los mismos indicadores de consumo, la financiación de las CCAA por este impuesto pasaría de 12.919,647

millones de euros a 18.456,639 millones de euros, lo que supone un incremento en la financiación por este impuesto del 42,85 por ciento. (Cuadro 3.).

CUADRO 3. IVA. Supuesto de cesión del 50%. Año 2002. (Miles de euros)

	Índices Consumo	50% Cesión	100% Recaudación Líquida	36.913.279,03
Cataluña	19,301155	3.562.344,60	35% Recaudación cedida a las CCAA	12.919.647,66
Galicia	6,569662	1.212.538,83		
Andalucía	17,192781	3.173.209,61	50% Recaudación cedida a las CCAA	18.456.639,52
Asturias	3,038748	560.850,76		
Cantabria	1,519434	280.436,46		
La Rioja	0,726179	134.028,24		
Murcia	2,769545	511.164,94		
Valencia	11,162213	2.060.169,42		
Aragón	3,352219	618.706,98		
C. Mancha	3,673615	678.025,88		
Canarias	0,000000	0,00		
Extremadura	2,171284	400.746,06		
Baleares	5,122690	945.476,43		
Madrid	17,242928	3.182.465,06		
C. León	6,157547	1.136.476,25		
TOTAL	100,00	18.456.639,52		

Fuente: Elaboración propia.

En este caso, las diferencias en la financiación obtenida por las CCAA, como consecuencia del incremento en la cesión impositiva del IVA, son menores que las diferencias que se presentaban con el incremento en la cesión del IRPF. Esto pone de manifiesto que la base consumo presenta una distribución interterritorial más equilibrada que la base renta.

En el cuadro 4 aparecen reflejados los porcentajes que esta financiación adicional supondrían respecto a la cuantía del Fondo de Suficiencia de cada una de las CCAA.

En este caso la financiación adicional que recibiría Cataluña, como consecuencia del incremento en la cesión impositiva del IVA, supondría un 55,82 por ciento de la cuantía del Fondo de Suficiencia para esta CA en el año 2002. La segunda CA más beneficiada sería la valenciana, puesto que su financiación adicional supondría un 33,45 por ciento de la cuantía de su Fondo de Suficiencia. Para Andalucía este cambio en el porcentaje de cesión del IVA supondría una financiación adicional superior a la obtenida por el cambio en el incremento en la cesión del IRPF.

CUADRO 4. Porcentaje que la financiación adicional por cesión del 50% IVA supone respecto al Fondo de Suficiencia.	
	Porcentaje
Cataluña	55,82
Galicia	14,11
Andalucía	15,14
Asturias	21,87
Cantabria	17,20
La Rioja	17,37
Murcia	19,81
Valencia	33,45
Aragón	24,54
C. Mancha	12,23
Canarias	0
Extremadura	8,78
C. León	15,84

Fuente: Elaboración propia.

En segundo lugar vamos a suponer que se incrementa, además de la participación en el IVA, la participación de las CCAA en los impuestos especiales hasta un 60%. En este caso, la financiación de las CCAA por este conjunto de impuestos pasaría de 20.982,748 millones de euros a 28.423,528 millones de euros. Esto supondría un incremento en la financiación por estos impuestos del 35,46 por ciento. (Cuadro 5).

La financiación adicional que cada una de las CCAA recibiría por este incremento en los porcentajes de cesión aparece reflejada en el cuadro 6. Las CCAA más beneficiadas por este incremento serían Cataluña, Andalucía y Madrid, mientras que las CCAA que experimentarían una financiación adicional más reducida serían Canarias, por su régimen especial de financiación, y La Rioja.

En el caso del porcentaje que esta financiación adicional supone respecto a la cuantía del Fondo de Suficiencia hay que destacar que para Cataluña este incremento en la financiación supondría un 86,16 por ciento del Fondo de Suficiencia. Esto supone un porcentaje similar al obtenido con la variación que se produciría si se incrementase el porcentaje de cesión del IRPF.

CUADRO 5. Impuestos Especiales. Supuestos de cesión del 50% en IVA y 60% en I. Especiales.						
Año 2002.						
						(Miles de euros)
	IVA	Alcohol	P. Interm.	Cerveza	Tabaco	Hidrocarburos
Cataluña	3.562.344,60	95.378,67	1.940,36	21.824,22	555.143,27	1.068.142,39
Galicia	1.212.538,83	25.531,52	658,57	5.851,60	158.432,91	402.169,16
Andalucía	3.173.209,61	80.305,79	1.642,75	23.641,51	569.307,22	962.718,43
Asturias	560.850,76	14.050,70	327,50	3.006,68	73.491,46	129.032,72
Cantabria	280.436,46	9.001,95	199,74	1.925,73	41.872,04	85.237,38
La Rioja	134.028,24	3.552,13	75,80	763,57	19.835,46	47.921,44
Murcia	511.164,94	12.119,93	224,69	3.487,81	101.419,51	216.370,01
Valencia	2.060.169,42	53.724,20	1.046,02	13.840,43	405.776,28	650.467,77
Aragón	618.706,98	17.319,42	354,53	3.807,21	92.428,76	231.142,01
C. Mancha	678.025,88	17.148,18	368,58	4.858,72	126.587,53	390.125,50
Canarias	0,00	23.349,21	421,73	7.530,91	0,00	0,00
Extremadura	400.746,06	9.712,47	191,92	2.538,34	75.200,55	144.980,85
Baleares	945.476,43	17.921,20	359,53	4.472,66	145.260,33	157.932,08
Madrid	3.182.465,06	75.751,33	1.621,14	20.086,82	419.227,53	727.340,88
C. León	1.136.476,25	30.905,44	680,96	7.211,08	167.393,82	489.472,52
TOTAL	18.456.639,52	485.772,13	10.113,83	124.847,30	2.951.376,66	5.703.053,13

Fuente: Elaboración propia.

CUADRO 6. Financiación adicional que recibirían las CCAA como consecuencia de cambios en los porcentajes de cesión del IVA y de los Impuestos Especiales.						
	IVA	Alcohol	P. Interm.	Cerveza	Tabaco	Hidrocarb.
Cataluña	1.068.703,38	31.792,89	646,78	7.274,74	185.047,76	356.047,47
Galicia	363.761,65	8.510,50	219,52	1.950,53	52.810,97	134.056,39
Andalucía	951.962,88	26.768,59	547,58	7.880,50	189.769,08	320.906,15
Asturias	168.255,23	4.683,57	109,17	1.002,22	24.497,15	43.010,91
Cantabria	84.130,94	3.000,65	66,58	641,91	13.957,35	28.412,46
La Rioja	40.208,47	1.184,04	25,27	254,52	6.611,82	15.973,81
Murcia	153.349,48	4.039,98	74,89	1.162,60	33.806,50	72.123,33
Valencia	618.050,83	17.908,07	348,67	4.613,48	135.258,76	216.822,59
Aragón	185.612,10	5.773,14	118,18	1.269,07	30.809,58	77.047,34
C. Mancha	203.407,77	5.716,06	122,86	1.619,57	42.195,85	130.041,83
Canarias	0,00	7.783,07	140,57	2.510,31	0,00	0,00
Extremadura	120.223,82	3.237,49	63,98	846,11	25.066,85	48.326,95
Baleares	283.642,93	5.973,73	119,84	1.490,89	48.420,11	52.644,02
Madrid	954.739,52	25.250,45	540,38	6.695,61	139.742,51	242.446,96
C. León	340.942,87	10.301,81	226,99	2.403,70	55.797,94	163.157,51
TOTAL	5.536.991,9	161.924,0	3.371,3	41.615,8	983.792,2	1.901.017,7

Fuente: Elaboración propia.

Sin embargo, la financiación adicional que obtendrían el resto de CCAA como consecuencia del incremento en el porcentaje de cesión del IVA y de los Impuestos Especiales supondría, para todas las CCAA salvo Cataluña, un porcentaje mayor del Fondo de Suficiencia que el obtenido como consecuencia del aumento en la cesión del IRPF. Esto implica que el incremento de los porcentajes de cesión en el IVA y en los Impuestos Especiales beneficiaría, en mayor medida, a todas las CCAA, puesto que se reduciría el Fondo de Suficiencia, incrementándose la financiación mediante recursos de naturaleza tributaria.

CUADRO 7. Porcentajes que la financiación adicional por IRPF y por IVA e Impuestos Especiales representan respecto al Fondo de Suficiencia.		
	IVA- Especiales	IRPF
Cataluña	86,15855	89,858318
Galicia	21,77867	15,041231
Andalucía	23,81575	14,334956
Asturias	31,40207	26,135911
Cantabria	26,62214	20,685918
La Rioja	27,75926	23,563169
Murcia	34,18158	19,961839
Valencia	53,74658	39,4394
Aragón	39,74484	33,58392
C. Mancha	23,02748	12,430289
Canarias	0,457897	11,802732
Extremadura	14,44174	7,5392826
C. León	26,61747	18,044046

Fuente: Elaboración propia.

3. Cambios en la Financiación Total.

En los cuadros siguientes aparece la financiación total que recibiría cada una de las CCAA en cada uno de los supuestos establecidos. Se mantiene la misma recaudación por Tributos Cedidos, por el Impuesto sobre ventas minoristas de hidrocarburos, por el de determinados medios de transporte y la cuantía del Fondo de Suficiencia.

Como puede comprobarse en los cuadros 10 y 11 salvo Cataluña, el resto de CCAA obtendrían una financiación superior en el caso de que se incrementase el porcentaje de cesión del IVA y de los Impuestos Especiales, frente al resto de supuestos.

Por lo tanto, el conjunto de CCAA se vería mayormente beneficiado si se produjese un incremento en los porcentajes de cesión del IVA y de los Impuestos

Especiales. A Cataluña, sin embargo, le bastaría con incrementar el porcentaje de cesión del IRPF hasta el 50 por ciento para obtener prácticamente la misma financiación adicional que si se incrementan los porcentajes de cesión del IVA y de Especiales.

CUADRO 8. Financiación Total. Cesión 50% IRPF.								
	Cedidos	IRPF *	IVA	Especiales	Determ. Med. Transp..	Vtas minor.Hidroc.	F. Suficiencia	F. Total
Cataluña	1.807.632,57	5.059.839,17	2.493.641,22	1.308.750,33	226.588,49	140.075,74	1.914.508,70	12.951.036,22
Galicia	433.699,26	1.140.185,59	848.777,18	450.458,01	59.301,92	50.166,74	2.577.336,32	5.559.925,02
Andalucía	1.160.920,96	2.651.655,09	2.221.246,73	1.190.575,71	181.387,64	124.894,13	6.289.260,39	13.819.940,66
Asturias	218.159,58	591.319,64	392.595,53	180.140,31	23.573,90	18.637,02	769.243,04	2.193.669,02
Cantabria	101.033,45	297.575,27	196.305,52	105.944,38	13.879,17	11.812,63	489.103,72	1.215.654,15
La Rioja	58.255,44	160.425,62	93.819,77	53.012,72	7.003,38	6.025,35	231.482,92	610.025,20
Murcia	157.534,99	454.410,59	357.815,46	243.525,39	35.612,27	28.666,30	773.974,77	2.051.539,77
Valencia	1.017.990,11	2.143.141,59	1.442.118,59	828.229,20	140.867,62	87.188,98	1.847.563,96	7.507.100,05
Aragón	304.239,72	747.142,09	433.094,88	258.197,01	30.154,70	30.891,30	756.398,63	2.560.118,34
C. Mancha	233.286,38	608.236,68	474.618,11	392.662,93	37.237,52	51.581,91	1.663.681,89	3.461.305,43
Canarias	350.290,07	791.013,98	0,00	44.437,16	0,00	0,00	2.278.665,19	3.464.406,40
Extremadura	120.512,19	303.655,67	280.522,24	165.998,40	17.056,29	18.658,40	1.369.399,87	2.275.803,06
Baleares	186.815,43	549.890,61	661.833,50	232.862,14	32.416,55	18.306,61	-172.773,34	1.509.351,50
Madrid	1.863.343,19	5.400.254,83	2.227.725,54	915.181,59	330.654,62	98.671,41	-323.999,11	10.511.832,08
C. León	457.259,50	1.142.127,47	795.533,38	504.207,31	53.184,06	67.400,98	2.152.085,79	5.171.798,49
TOTAL	8.470.972,88	22.040.873,89	12.919.647,65	6.874.182,59	1.188.918,13	752.977,50	22.615.932,74	74.863.505,38

Fuente: Elaboración propia.

CUADRO 9. Financiación Total. Cesión 50% IVA.								
	Cedidos	IRPF	IVA*	Especiales	Determ. Med. Transp.	Vtas min.Hidrocarburos	F. Suficiencia	F. Total
Cataluña	1.807.632,57	3.339.493,85	3.562.344,60	1.308.750,33	226.588,49	140.075,74	1.914.508,70	12.299.394,28
Galicia	433.699,26	752.522,49	1.212.538,83	450.458,01	59.301,92	50.166,74	2.577.336,32	5.536.023,57
Andalucía	1.160.920,96	1.750.092,36	3.173.209,61	1.190.575,71	181.387,64	124.894,13	6.289.260,39	13.870.340,81
Asturias	218.159,58	390.270,96	560.850,76	180.140,31	23.573,90	18.637,02	769.243,04	2.160.875,57
Cantabria	101.033,45	196.399,68	280.436,46	105.944,38	13.879,17	11.812,63	489.103,72	1.198.609,49
La Rioja	58.255,44	105.880,91	134.028,24	53.012,72	7.003,38	6.025,35	231.482,92	595.688,96
Murcia	157.534,99	299.910,99	511.164,94	243.525,39	35.612,27	28.666,30	773.974,77	2.050.389,65
Valencia	1.017.990,11	1.414.473,45	2.060.169,42	828.229,20	140.867,62	87.188,98	1.847.563,96	7.396.482,74
Aragón	304.239,72	493.113,78	618.706,98	258.197,01	30.154,70	30.891,30	756.398,63	2.491.702,12
C. Mancha	233.286,38	401.436,21	678.025,88	392.662,93	37.237,52	51.581,91	1.663.681,89	3.457.912,72
Canarias	350.290,07	522.069,23	0,00	44.437,16	0,00	0,00	2.278.665,19	3.195.461,65
Extremadura	120.512,19	200.412,74	400.746,06	165.998,40	17.056,29	18.658,40	1.369.399,87	2.292.783,95
Baleares	186.815,43	362.927,80	945.476,43	232.862,14	32.416,55	18.306,61	-172.773,34	1.606.031,62
Madrid	1.863.343,19	3.564.168,19	3.182.465,06	915.181,59	330.654,62	98.671,41	-323.999,11	9.630.484,96
C. León	457.259,50	753.804,13	1.136.476,25	504.207,31	53.184,06	67.400,98	2.152.085,79	5.124.418,03
TOTAL	8.470.972,88	14.546.976,77	18.456.639,52	6.874.182,59	1.188.918,13	752.977,50	22.615.932,74	72.906.600,12

Fuente: Elaboración propia.

CUADRO 10. Financiación Total. Cesión 50% IVA, 60% Impuestos Especiales.								
	Cedidos	IRPF	IVA*	Especiales *	Determ. Med. Transp.	Vtas min.Hidrocarburos	F. Suficiencia	F. Total
Cataluña	1.807.632,57	3.339.493,85	3.562.344,60	1.889.559,96	226.588,49	140.075,74	1.914.508,70	12.880.203,91
Galicia	433.699,26	752.522,49	1.212.538,83	648.005,92	59.301,92	50.166,74	2.577.336,32	5.733.571,48
Andalucía	1.160.920,96	1.750.092,36	3.173.209,61	1.736.447,61	181.387,64	124.894,13	6.289.260,39	14.416.212,71
Asturias	218.159,58	390.270,96	560.850,76	253.443,33	23.573,90	18.637,02	769.243,04	2.234.178,60
Cantabria	101.033,45	196.399,68	280.436,46	152.023,32	13.879,17	11.812,63	489.103,72	1.244.688,43
La Rioja	58.255,44	105.880,91	134.028,24	77.062,20	7.003,38	6.025,35	231.482,92	619.738,44
Murcia	157.534,99	299.910,99	511.164,94	354.732,71	35.612,27	28.666,30	773.974,77	2.161.596,97
Valencia	1.017.990,11	1.414.473,45	2.060.169,42	1.203.180,76	140.867,62	87.188,98	1.847.563,96	7.771.434,30
Aragón	304.239,72	493.113,78	618.706,98	373.214,32	30.154,70	30.891,30	756.398,63	2.606.719,43
C. Mancha	233.286,38	401.436,21	678.025,88	572.359,10	37.237,52	51.581,91	1.663.681,89	3.637.608,90
Canarias	350.290,07	522.069,23	0,00	54.871,11	0,00	0,00	2.278.665,19	3.205.895,60
Extremadura	120.512,19	200.412,74	400.746,06	243.539,77	17.056,29	18.658,40	1.369.399,87	2.370.325,33
Baleares	186.815,43	362.927,80	945.476,43	341.510,73	32.416,55	18.306,61	-172.773,34	1.714.680,21
Madrid	1.863.343,19	3.564.168,19	3.182.465,06	1.329.857,50	330.654,62	98.671,41	-323.999,11	10.045.160,86
C. León	457.259,50	753.804,13	1.136.476,25	736.095,25	53.184,06	67.400,98	2.152.085,79	5.356.305,97
				0,00				0,00
TOTAL	8.470.972,88	14.546.976,77	18.456.639,52	9.965.903,60	1.188.918,13	752.977,50	22.615.932,74	75.998.321,13

Fuente: Elaboración propia.

CUADRO 11. Financiación Total en los distintos Supuestos				
	Situación Real	50 % IRPF	50 % IVA	50 % IVA- 60% Especiales
	F. Total	F. Total	F. Total	F. Total
Cataluña	11.230.690,90	12.951.036,22	12.299.394,28	12.880.203,91
Galicia	5.172.261,92	5.559.925,02	5.536.023,57	5.733.571,48
Andalucía	12.918.377,92	13.819.940,66	13.870.340,81	14.416.212,71
Asturias	1.992.620,34	2.193.669,02	2.160.875,57	2.234.178,60
Cantabria	1.114.478,55	1.215.654,15	1.198.609,49	1.244.688,43
La Rioja	555.480,49	610.025,20	595.688,96	619.738,44
Murcia	1.897.040,17	2.051.539,77	2.050.389,65	2.161.596,97
Valencia	6.778.431,91	7.507.100,05	7.396.482,74	7.771.434,30
Aragón	2.306.090,02	2.560.118,34	2.491.702,12	2.606.719,43
C. Mancha	3.254.504,95	3.461.305,43	3.457.912,72	3.637.608,90
Canarias	3.195.461,65	3.464.406,40	3.195.461,65	3.205.895,60
Extremadura	2.172.560,13	2.275.803,06	2.292.783,95	2.370.325,33
Baleares	1.322.388,69	1.509.351,50	1.606.031,62	1.714.680,21
Madrid	8.675.745,43	10.511.832,08	9.630.484,96	10.045.160,86
C. León	4.783.475,15	5.171.798,49	5.124.418,03	5.356.305,97

Fuente: Elaboración propia.

CUADRO 12. Porcentaje de incremento en la Financiación Total de cada uno de los Supuestos respecto a la Financiación real del año 2002.			
	IRPF	IVA	IVA- Especiales
Cataluña	15,32	9,52	14,69
Galicia	7,50	7,03	10,85
Andalucía	6,98	7,37	11,59
Asturias	10,09	8,44	12,12
Cantabria	9,08	7,55	11,68
La Rioja	9,82	7,24	11,57
Murcia	8,14	8,08	13,95
Valencia	10,75	9,12	14,65
Aragón	11,02	8,05	13,04
C. Mancha	6,35	6,25	11,77
Canarias	8,42	0,00	0,33
Extremadura	4,75	5,53	9,10
Baleares	14,14	21,45	29,67
Madrid	21,16	11,00	15,78
C. León	8,12	7,13	11,98

Fuente: Elaboración propia.