

ESTUDIOS SOBRE LA ECONOMIA ESPAÑOLA

**La capitación en la financiación territorial de
los servicios públicos transferidos:
El caso de la sanidad y de la educación**

Guillem López i Casasnovas

EEE 51



Fundación de Estudios de Economía Aplicada

<http://www.fedea.es/hojas/publicado.html>

Economics Working Paper ----^(*)

LA CAPITACION EN LA FINANCIACION TERRITORIAL DE LOS SERVICIOS PUBLICOS TRANSFERIDOS: EL CASO DE LA SANIDAD Y DE LA EDUCACION ^(^)

GUILLEM LOPEZ i CASASNOVAS ^(#)

Mayo 1999.

Palabras clave: Financiación autonómica, gasto sanitario, gasto educativo,
corresponsabilidad fiscal, sector público español.

JEL classification: H11, H51, H52, H72

^(*) - Este documento es también el número—del Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES- UPF).

^(^) - Quisiera agradecer la ayuda a la investigación de David Casado, Elena Ramalhino, Ana Rico, Ramón Sabés y Daniel Serra, profesores todos ellos de la Univ. Pompeu Fabra, y los comentarios de los participantes en el Workshop de Economía Aplicada del Depto. de Economía y Empresa de la UPF con motivo de su presentación. Dicho trabajo forma parte del convenio de colaboración entre CRES- UPF y el Ministerio de Sanidad y Consumo, para 1998. Se ha contado con financiación de la Secretaría de Estado y Universidades SEC98-0296-C04-02. Ambos extremos se desean agradecer a todos los efectos.

^(#) - Depto. de Economía de la Univ. Pompeu Fabra, y Centre de Recerca en Economia i Salut.

LA CAPITACION EN LA FINANCIACION TERRITORIAL DE LOS SERVICIOS PUBLICOS TRANSFERIDOS: EL CASO DE LA SANIDAD Y DE LA EDUCACION

‘LA GARANTÍA DE LA SUFICIENCIA Y DE LA EQUIDAD EN LA DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DE LOS RECURSOS SANITARIOS MEDIANTE UNA POSIBLE INCORPORACIÓN DE LA FINANCIACIÓN SANITARIA EN LA FINANCIACIÓN AUTONÓMICA GENERAL’

GUILLEM LOPEZ i CASASNOVAS

RESUMEN

Se ofrece en el presente trabajo un estudio empírico sobre la garantía de suficiencia y equidad en la distribución territorial de los recursos sanitarios que se derivaría de una posible incorporación de la financiación sanitaria en la financiación autonómica general. Se pretende con ello analizar hasta que extremo el no ajuste por el grado de envejecimiento relativo en la transferencia del gasto sanitario a las CC.AA. compensa el asumir unos menores costes en educación, transferencia financiada igualmente con criterio poblacional puro.

Se muestran para el caso español algunos escenarios de participación en una cesta general de impuestos que satisfagan los niveles de financiación requeridos para el conjunto de servicios anteriores, a través de un sencillo ejercicio de programación lineal, adoptando la estrategia del espacio fiscal en la financiación autonómica.

Brief Abstract: *Pure capitation and finance of regional health and education services. Does its mix compensate for the lack of accounting for ageing in healthy care expenditure?*

PREAMBULO

La evolución registrada por el Gasto Sanitario Público (GSP) en el pasado reciente viene marcada por dos etapas distintas. Un primer período, que comprende aproximadamente hasta la primera mitad de los 80, en que el comportamiento de los costes por unidad de actividad (o 'precios') de los servicios sanitarios parece explicar, en gran medida, la evolución experimentada en el GSP. Y un segundo período, que va de 1987 a 1995, en que el factor determinante de la evolución del gasto pasa a ser el factor utilización o 'cantidad'; esto es, las variaciones en la prestación real media registrada (contenido asistencial de diagnóstico y tratamiento por unidad de utilización). En este punto, la pregunta que surge de modo natural es la de cuáles serán los factores que determinarán, previsiblemente en el futuro, la evolución del GSP y, por tanto, su sostenibilidad en el marco de los nuevos escenarios de financiación pública del gasto social.

En el caso español, despejar la incógnita relativa al control que se pueda tener sobre la evolución del gasto sanitario exige postular el comportamiento de una variable -la prestación real media- que, en ausencia de priorización explícita de prestaciones sanitarias, queda alejada de una gestión macroeconómica efectiva del gasto público: al contrario, se sitúa en la esfera de la práctica clínica y en los procesos generales de elección social. Para ello, conviene recordar que el incremento en la prestación sanitaria media registrada en los últimos años es coetáneo al menos, sino directamente causada, a la descentralización sanitaria efectiva de la competencia en gasto sanitario a las CC.AA.

Cabe pues interrogarse acerca de la influencia de la descentralización sanitaria en si misma, como revulsivo e inductor del crecimiento del gasto sanitario, tanto para las CC.AA que recibieron en su día las competencias, como las que las han de recibir en el próximo futuro. A dicho fenómeno se asocian también aspectos relativos a procesos conocidos en la literatura como de 'ilusión fiscal', o falta de corresponsabilización en el gasto por parte de los gestores de nuestra sanidad que, en su conjunto, pueden ayudar a comprender la evolución registrada.

La 'devolución' de responsabilidades fiscales (en financiación y en gasto) a las Comunidades Autónomas puede ser, por lo tanto, un buen antídoto para el control del gasto sanitario y, en particular, de los niveles de utilización, que tan decisivos se han mostrado en el crecimiento del gasto. Para ello se considera aquí la integración de la financiación sanitaria en la financiación general a efectos de introducir los mecanismos de autocontrol para una efectiva sostenibilidad de la financiación de la sanidad pública en el próximo futuro. Sin embargo, la financiación autonómica parece moverse por los derroteros del referente demográfico o poblacional puro: esto es, de una participación en el gasto sanitario según la alícuota de población de cada territorio. Dicho criterio resulta controvertible a la vista del diferente envejecimiento relativo de las distintas CC.AA. Cabe por ello interrogarse si la coherencia exigiría que dicho criterio compensase el mayor gasto potencial sanitario con el menor gasto relativo al gasto en educación que se derivaría de dichas pirámides demográficas.

Se ofrece en el presente trabajo, efectivamente, un estudio empírico sobre la garantía de suficiencia y equidad en la distribución territorial de los recursos sanitarios que se derivaría de una posible incorporación de la financiación sanitaria a la financiación autonómica general. Se pretende con ello analizar hasta que extremo el no ajuste por el grado de envejecimiento relativo en la transferencia del gasto sanitario a las CC.AA. se compensa al asumir éstas unos menores costes en educación, transferencia financiada igualmente con criterio poblacional puro.

Se muestran para el caso español algunos escenarios de participación en una cesta general de impuestos que satisfagan los niveles de financiación requeridos para el conjunto de servicios anteriores, a través de un sencillo ejercicio de programación lineal, adoptando la estrategia del espacio fiscal en la financiación autonómica.

I.- INTRODUCCION Y DIAGNOSTICO DEL PROBLEMA DE LA FINANCIACION AUTONOMICA DE LOS SERVICIOS SANITARIOS PUBLICOS

En nuestra opinión, la gestión autonómica de la sanidad se encuentra, actualmente, en un callejón sin salida. Ello se debe, en primer lugar, al hecho de que el sistema de financiación ha sido escasamente un 'sistema': en cada traspaso se ha improvisado el método. En segundo lugar, su instrumentación ha sido poco transparente al basarse en un monto presupuestario inicial reconocido por todos como insuficiente, y su distribución ha tendido a basarse en una capitación simple que ha hecho que las Comunidades adoptasen diferentes estrategias para la potencial recepción de la transferencia, lo que ha acabado constituyendo un obstáculo para la generalización de los traspasos.

I.1- Enfoques alternativos en la financiación estatal del gasto autonómico

Desde un punto de vista general, y a la luz del sistema comparado, son básicamente dos las vías de financiación autonómica de la sanidad. La primera se basa en la territorialización de los ingresos como subvención central cerrada en favor de los entes regionales, a partir del gasto estimado por el gobierno como necesario para financiar los servicios transferidos (línea de gasto), a partir de distintos parámetros que se juzguen para ello relevantes. Por su parte, la segunda alternativa se fundamenta en una financiación básica garantizada por el gobierno central a través de hacer equivaler dicha financiación con la participación en determinados impuestos, pudiendo acompañarse de otros niveles complementarios por parte del gobierno subcentral. Con ello se posibilita un espacio de autonomía financiera en favor de las haciendas subcentrales. Dicha financiación 'abierta' permite que éstas puedan adecuar en el margen, los niveles de gasto a las necesidades sanitarias propias, a través de un esfuerzo fiscal complementario (línea de ingreso o de espacio fiscal).

Por razones argumentadas en otros trabajos (López 1998b), la opción aquí considerada se centra en la alternativa de apertura del espacio fiscal en materia de financiación del gasto social en favor de las CC.AA. españolas. Con ello se compatibilizan los mecanismos de distribución de gasto a través de una forma u otra de participación, con una solución que incorpora la capacidad tributaria propia de la comunidad autónoma para hacer frente a la financiación de sus servicios. La garantía de autonomía y substantividad en el ejercicio de las competencias en materia sanitaria por el lado de los ingresos, como mínimo, obvia la dependencia de la financiación autonómica de las prácticas presupuestarias y financieras de la Administración central, devolviendo la capacidad de decisión sobre políticas de gasto a los parlamentos autonómicos. Ello podría llegar a suponer la eliminación de la transferencia de gasto INSALUD, calculada con la inclusión de los elementos de nivelación correspondientes (compensando a las CC.AA más necesitadas), y acordar, consecuentemente, una cifra de financiación equivalente a derivar del ejercicio de la autonomía tributaria sobre un tramo pre-establecido de recursos fiscales (tales como una 'cesta de impuestos'). Esta capacidad recaudadora equivalente se reflejaría en un espacio fiscal, libre o acotado en el tipo impositivo o en forma de recargo sobre la cuota, en un tributo capaz de corresponsabilizar suficientemente a las Comunidades en sus políticas de gasto. Los recursos derivados podrían ser incluso -si se desea-, nominalmente singularizados en su destino para la financiación del gasto sanitario y/o otros gastos sociales, favoreciendo, de este modo, la racionalización de los procesos de elección colectiva.

El objetivo de la política sanitaria se debería en consecuencia de interpretar, desde esta óptica, como de garantía de mínimos, sacrificando, en atención a una mayor diversidad, la expresión de las preferencias territoriales en la financiación de los servicios sanitarios. Al mismo tiempo, cabría posiblemente redefinir, con mayor claridad a la hoy existente, los recursos a disposición de los fondos que inciden en la redistribución territorial. Estos se interpretarían, a su vez, a la vista de la solidaridad que pueda expresar no sólo dicho fondo, sino el global del saldo fiscal (ingresos menos gastos públicos) a nivel de cada comunidad.

En materia redistributiva, la financiación autonómica debería avanzar en la identificación del esfuerzo que los poderes tributarios centrales, a partir de su propia capacidad financiera, pudieran realizar en cada momento en favor del reequilibrio territorial, separando la financiación coyuntural de dicho fondo, que se expresaría en subvenciones específicas y condicionadas, del conjunto de la financiación ordinaria de la sanidad. Ello se debería a que la rigidez que muestra el gasto sanitario y la parte de componente mayormente exógeno a la gestión autonómica de su crecimiento (definición de política de

rentas y precios de medicamentos, básicamente) hace poco plausible una territorialización del gasto que esté afectada en su totalidad por criterios redistributivos. Dichos fondos de distribución sobre la base de algún criterio de necesidad (aquel que se crea más oportuno en cada momento y lugar, a la vista del elevado subjetivismo que representa su definición) deberían requerir, como comentamos, un destino fuertemente específico y condicionado en su aplicación a los desequilibrios que se pretendan corregir. Efectivamente, dichos recursos deberían contar con escasa o nula autonomía en su asignación, precisamente con el fin de evitar efectos recurrentes (la reiteración de los problemas causantes de dichos flujos) por parte de determinadas Comunidades Autónomas.

I.2- Sistema comparado: Australia, Canadá, Gran Bretaña.

En el estudio de las posibilidades de reforma del actual sistema, la experiencia de Australia y Canadá, países con distinto formato constitucional pero de igual espíritu federalizante, y la de Gran Bretaña -ejemplo de descentralización sanitaria en un Estado unitario-, resulta enriquecedora. Su revisión comparada nos lleva, de modo resumido, a las observaciones siguientes.

En primer lugar, el gasto sanitario muestra en las distintas situaciones analizadas, una fuerte rigidez a la baja. Ello se debe, en parte, a la vinculación que muestran los estándares sanitarios a los niveles de renta y bienestar¹ y, en parte, al carácter descentralizado (en manos de los profesionales) de la gestión del gasto. Ello hace que se discuta, en todo caso, la tasa de crecimiento relativo del gasto, pero difícilmente su nivel. Por tanto, la anterior constatación exige, para la distribución de los recursos, realismo presupuestario, ya que de otro modo se resiente la factibilidad, y credibilidad por tanto, de la transferencia efectiva de competencias.

En segundo lugar, buscar la generalización para la sanidad de una distribución compleja mantiene buena parte de los errores de anclar la financiación sanitaria de los niveles de gasto de partida. Tampoco avanzar por esta línea ofrece ni una base de objetivación efectiva para la distribución regional de los recursos sanitarios (no existen criterios de necesidad de gasto universalmente aceptados), ni de estabilidad (la sensibilidad de la transferencia a pequeños cambios en la evolución de determinadas variables acaba erosionando su papel racionalizador del gasto). Pequeños ejercicios de programación lineal, pueden mostrar con escasa dificultad cómo definiendo una determinada variable que pueda interesar a una determinada Comunidad, especificándola (empíricamente) de modo oportuno y acotándola como más convenga, es posible generar unas ponderaciones 'ad hoc' que generen el monto de financiación pretendido.

Por último, la revisión comparada de estos países permite constatar que el peor de los casos puede acabar siendo aquel en el que el Estado central ni financia con suficiencia a las Comunidades Autónomas ni deja que éstas se financien a través de los oportunos mecanismos fiscales². La experiencia canadiense de apertura de espacios fiscales (*'fiscal room'*) en favor de las provincias resulta, en éste último aspecto, relevante. Dicha estrategia devuelve soberanía a los Parlamentos regionales en la adopción de políticas sanitarias, aproximándolas en mayor medida a las aspiraciones colectivas, permite sustraer a la financiación autonómica de las prácticas presupuestarias poco deseables (el déficit, si surge, es efectivamente de la provincia), e incentiva en mayor medida la corresponsabilización del gasto. Por lo demás, variaciones en los tipos relativos a dicho espacio fiscal (cuantificado como equivalente recaudatorio en algún impuesto importante) favorece, sin duda, la visualización de los costes fiscales en las decisiones de los parlamentos autonómicos, que pueden ser identificados, como en el caso canadiense, con los beneficios de un mayor gasto social (para la sanidad y la educación en los "Established Programs" de Canadá).

¹ -¿O es que puede pensarse que con una descentralización política del gasto público, en general, el destinatario de los fondos tiene incentivo alguno a disminuir las prestaciones reales medias previas a la transferencia, o a favorecer su deterioro?. ¿Acaso los márgenes de autonomía en la gestión son lo suficientemente amplios como para esperar de la descentralización grandes ahorros derivados de una mayor eficiencia, a la vista, por ejemplo, de cómo se definen los salarios en el sector, la política de precios de productos farmacéuticos, el estatuto de sus profesionales, etc.?.

² - La utilización de valores medios deja a las CC.AA. compensa unas diferencias bastante acentuadas. Basta para ello comprobar los distintos niveles de gasto sanitario público/PIB por Comunidad Autónoma como expresión de demanda potencial frustrada por las de menor índice (las Comunidades más ricas).

La anterior no es una prescripción, sin embargo, políticamente neutral. Parece lógico argumentar que, si ésta es la opción elegida, el espacio fiscal se debe remitir por una vez al monto total real de financiación, habiendo procedido, previamente, a un descenso en los tipos del impuesto al que se quiera referir el equivalente recaudatorio (dado que no se trata inicialmente de un recargo)³.

I.3- Orientación de la propuesta a desarrollar en el presente trabajo

En el terreno de la descentralización sanitaria y su financiación, las posiciones de los economistas de la salud siguen mostrando un importante grado de falta de consenso, por lo que proponer alternativas de financiación que satisfagan todas las CC.AA., con expectativas todas ellas de ver aumentada su financiación con el proceso descentralizador, resulta imposible.

A partir del estudio del sistema comparado desearíamos, en todo caso, destacar los siguientes elementos que orientarán la propuesta aquí formulada:

1- Todo acuerdo de financiación autonómica supone un pacto. Para ello, el peso de cada C.A., como no puede ser de otro modo, es diferente. En la línea de financiación de gasto en la que nos movemos, los límites son los constitucionales y del encaje de cada Comunidad Autónoma. Es difícil por ello que resulte justificable invalidar las posiciones de otras Comunidades Autónomas si se parte desde su diferente referente político. La lógica económica de racionalización de recursos va a ser en este contexto fuertemente limitada.

2- En nuestro país se ha tendido a identificar una supuesta racionalización ('poner orden') con simplificación (forzar a que sean sencillas situaciones complejas). Las propuestas presentadas bajo la etiqueta de 'sencillas' y que exigen consenso, pese a que tengan un cierto atractivo intelectual no coadyuvan a solucionar los problemas.

3- Fuera de nuestro país las cosas no están más claras. Los británicos, con veinte años de fórmulas no tienen el tema solucionado. Antes al contrario, la realidad les está complicando día a día (las reformas sanitarias implantadas han dejado obsoletas formulaciones previas) sus propuestas tradicionales. La literatura que se suele citar al respecto acostumbra a ignorar (i) que el National Health Service (NHS) permite unas desigualdades muy superiores a la española (Escocia, Gales e Irlanda del Norte se sitúan muy por encima de los niveles medios de capitación ingleses⁴: el 20%, el 14% y el 40%, respectivamente), y sus fórmulas de distribución interna permiten rangos muy superiores al observado en España. Pese a ello, algunos investigadores continúan utilizando el caso británico como argumentación 'ad hoc'. (ii) Comúnmente no se enfatiza de modo claro que la fórmula RAWP inglesa ajusta por el envejecimiento de la población, por la docencia e investigación (con un 15% de sobre coste para su actividad) y por los costes geográficos diferenciales (una libra no compra idéntica cesta de compra en el contorno del Támesis que en Birmingham)⁵. (iii) Donde mayor es la discusión es en

³ - La alternativa a lo anterior consistiría en articularlo como tributo deducible, de modo limitado, del impuesto sobre la renta.

⁴ - Como señala A. Rico, incluso en Inglaterra hay tres regiones con desviaciones superiores al más/ menos 4%.

⁵ - Basta con revisar la 'Health Authority Revenue Cash Limits Exposition, que así se denomina la publicación RAWP para 1998/1999 para comprobar 1- que las asignaciones especiales suponen nada menos que un 10% del total de fondos asignados; 2- que el ajuste por envejecimiento seguía suponiendo un factor sobre gasto capitativo medio con los pesos siguientes: nacimientos: 3,3; hasta 4 años: 0,7; entre 5 y 15 años: 0,3; entre 16 y 44 años: 0,45; entre 45 y 64 años: 0,7; entre 65 y 74 años: 1,4; entre 75 y 84: 2,5, y para más de 85 años, un factor de 4. 3- que sobre índices normalizados en valor uno, la dispersión interna tiene los rangos (mínimo máximo) siguientes: en ajuste por edad (0,8972; 1,1672), por necesidad (0,8317; 1,2404) y en ajuste territorial de coste de factores (0,965; 1,2652). Finalmente, 4- que los valores por cargas comunes nacionales (educación, investigación, servicios comunes) suponen un 15% del total.

En resumen ello implica que la fórmula RAWP a grandes rasgos distribuye de acuerdo con parámetros generales tan sólo un 25% del total de fondos, y que entre los objetivos para ello instrumentados la importancia en variación sobre costes medios se muestra en tercios (entre necesidad, edad y 'market forces factor'), situándose lejos por tanto de la apreciación común aunque equívoca de que bajo criterios de necesidad se distribuye el 100% de los fondos totales asignados. Véase P.C. Smith Devolved Purchasing in Health Care. Nuffield Occasional Papers.

la determinación de los factores relativos a las necesidades sanitarias: variables independientes de la utilización observada (oferta induce demanda), factores sociales relativos a la privación, etc. Y todo ello, porque resulta extremadamente difícil concretar la variable, medirla de modo plausible, ponderarla y remitirla a determinado monto de financiación. Por lo demás, su evolución dinámica arroja sorpresas e inestabilidad financiera que cuadra mal con la rigidez que muestra a corto plazo el gasto sanitario. (iv) Finalmente, de la ingeniería de fórmulas como la inglesa obvia el hecho de que ésta opera sobre residuos, una vez garantizadas las restricciones financieras (no ha podido ser de otro modo, dado que el Ministerio controlaba por ley la parte relativa a salarios!) y que su distribución sufre limitaciones del estilo de que el impacto no supere variaciones marginales en más o menos una determinada cuantía.

4- Es posible que resulte infactible mantener en el medio plazo un acuerdo singular para la financiación sanitaria que contemple factores que se supediten, en su interpretación, a las correlaciones políticas observadas. Si éste es el caso, parece que la mejor política consistiría en devolver la financiación sanitaria al régimen general de financiación. Esto es, una vez modificada la LOFCA y desarrollado por la vía de la corresponsabilidad fiscal el incipiente acuerdo de financiación autonómica, la instrumentación de un capitativo global como referencia de gasto en servicios públicos de característica universal resulta adecuada (lo que no se ajusta positivamente por envejecimiento para sanidad se corresponde con lo que no se ajusta negativamente por educación), dejando a las diferencias en niveles de aportaciones tributarias la contribución a la equidad entre CC.AA., de nuevo de una manera transparente y de la que los políticos puedan rendir cuenta en el Parlamento. A dicho análisis se dirigen en gran medida las páginas que siguen.

II.- LA POBLACION COMO CRITERIO DE FINANCIACION DE LOS SERVICIOS PUBLICOS TRANSFERIDOS

La relevancia del criterio poblacional en la financiación autonómica ha sido argumentada por diferentes autores, destacando en nuestro país la aportación de Calsamiglia y Esteban , Planas y Ponsanti, 1991. A pesar de la sencillez y justificación por el lado de la universalidad de los servicios públicos con que cuenta dicha modalidad de financiación, choca con la realidad de unos servicios, como los sanitarios, que ven fuertemente influido su gasto por el envejecimiento relativo (véase cuadros adjuntos).

Los cuadros adjuntos ofrecen evidencia del impacto de la demografía por grupos de edad a partir de las observaciones de distintos países.

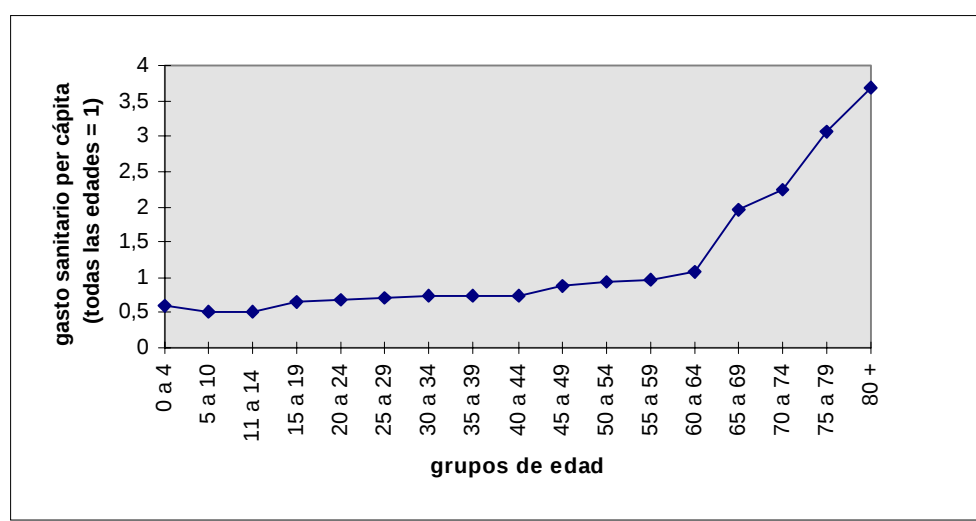
CUADRO 1. Gasto Sanitario per cápita por grupos de edad (0-64 = 100).

	AÑO	65-74	65+	75+
Finlandia	1990	281	395	552
Francia	1991	220	296	373
Alemania	1994	234	268	317
Holanda	1994	...	442	...
Portugal	1991	140	169	214
Suecia	1990	230	283	343
Reino Unido	1993/94	254	388	559
UE media 7		227	320	393
Australia	1989/90	277	404	598
Canadá	1993	...	475	...
Japón	1993	309	479	573
Nueva Zelanda	1994/95	233	388	616
Suiza	1991	255	400	570
EE.UU	1987	314	417	522
OCDE media 13		250	370	476

Fuente: OECD Health Data 1996.

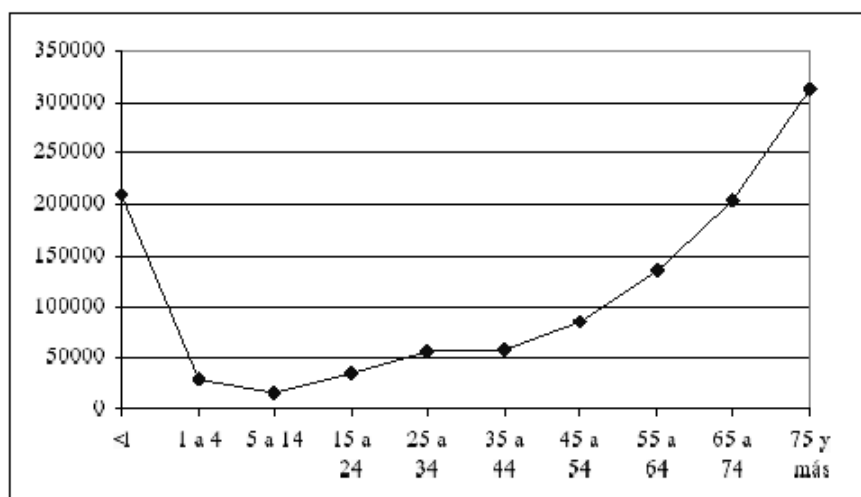
Notas: Francia: 60-69, 60+ y 70+. Japón: 65-69, 65+ y 70+. Reino Unido: sólo Inglaterra.

GRAFICO 1. Gasto sanitario por grupos de edad en 13 países de la O.C.D.E.



Para España, y de acuerdo con las estimaciones de Alonso y Herce, 1998 los datos muestran lo siguiente:

Gráfico 2
Gasto sanitario (imputado) por persona de determinada edad, Año base 1996



Fuente: elaboración propia.

Ello hace particularmente implausible el tomar directamente dicho criterio de una manera aislada para la financiación de determinados servicios. Sin embargo, la conjunción de diferentes componentes de gasto para el conjunto de los servicios públicos puede generar un *pool* de costes para los que la población resulte un referente más aceptable. Por ejemplo, en lo que atañe a los costes del sistema educativo con relación al sanitario, o a los relativos a una servicios mayormente vinculados a la renta de la población tanto en sentido directamente como inversamente proporcional a dicho criterio. El estudio de la posible compensación del primero de los casos es el objeto, como comentamos, del trabajo que nos ocupa.

En España, a la hora de completar la capacidad financiera de las CC. AA. para hacer frente a las necesidades de gasto, las transferencias han ocupado, como es sabido, un lugar destacado. Se trata, por lo general, de transferencias generales e incondicionadas que se dirigen a cubrir las supuestas necesidades de gasto, aún en el caso de que no exista estimación alguna a este respecto. La instrumentación de un sistema de participaciones en ingresos del estado, de modo recurrente y no específico a objetivos de nivelación de servicios públicos se encuentra recogida en los arts. 4.1 y 4.2 de la LOFCA. Lejos de tener un papel residual o complementario, lo cierto es que desde el inicio de la descentralización autonómica, dicha financiación ha tenido un carácter nuclear a efectos de garantizar el coste de funcionamiento de los servicios transferidos, y tras las reformas en el sistema de financiación de 1991 y 1997, se mantiene como elemento de cierre del sistema, crucial en todo caso para aquellas CC.AA. para las que la territorialización de la recaudación por IRPF no ofrece garantías suficientes para los objetivos de cobertura de gasto. Así, para el quinquenio actual las transferencias pasan a suponer menos del 20% para Cataluña (y alrededor del 40% para el conjunto de CC.AA. del art. 151) frente a un 60-80% para CC.AA. del art. 143 como Castilla La Mancha o Extremadura. Por lo demás, se trata de una participación en ingresos del Estado de corte general y no según recaudaciones territoriales, como acontece básicamente bajo la mal denominada corresponsabilidad fiscal iniciada en el período 1992-1996. Para su cómputo se utiliza una serie de variables definidas 'ad hoc', que varían en el tiempo y en su ponderación de acuerdo con criterios 'objetivados' por la vía de satisfacer determinadas restricciones

(del tipo que nadie pierda y alguien gane, minimizando para ello la cuantía total de recursos puestos a disposición del sistema de reparto). Su aplicación ha ocasionado, por lo demás, el efecto financiero (pudiendo con cifras de reparto dadas observarse un crecimiento inicial de ingresos incluso superiores a las necesidades de gasto) y el efecto desincentivo (aumentar la eficacia en el pasado en la gestión de los tributos cedidos o la recaudación territorializada del IRPF después, disminuía la participación en la recaudación en los ingresos del Estado, claramente de menores costes fiscales).

Lo cierto es que de entre las variables elegidas, la población, contrariamente a lo que cabría esperar, ha recibido una ponderación más bien escasa (véase tabla adjunta), si bien lo cierto es que la consideración de la transferencia en materia educativa acostumbra a reponderar mejorando sus valores. Ello parece deberse, sin embargo, más a la necesidad de aproximar en cada momento el coste efectivo de los traspasos que de responder a un criterio teórico *ex ante* (tal como la universalidad de los servicios en su caso, o la igualación de financiación independientemente de las contribuciones financieras generales al conjunto de servicios, requieren). Claro está que de dicha formulación no se deriva un peso demográfico conjunto efectivamente idéntico al específico, ya que ello va a depender también de en qué medida se alejan el resto de variables del referente capitativo.

CUADRO 2: CRITERIOS DE DISTRIBUCION DE LAS TRANSFERENCIAS ENTRE CC.AA.

Comunidades art 143	1987-1991 (%)	1992-1996 (%)
Población	59	64
Insularidad	0,70	0,4
Superficie	16	16,6
Dispersión	24,3	2
Unidades Administrativas	4,2	17
Pobreza relativa	4,2	2,7
Esfuerzo fiscal	5	1,82
Comunidades art 151		
Población	84,4	94
Insularidad	3,1	1,5
Superficie	15	3,5
Pobreza relativa	0,4	2,7
Esfuerzo fiscal	1,7	1,82
constante	-2,5	---
Dispersión	---	0,6
Unidades administrativas	---	0,4

Nótese que de lo comentado hasta aquí que la inserción de la financiación sanitaria en la LOFCA resulta infactible, a la vista de la varianza que ello provocaría sobre el gasto capitativo. Por ejemplo, de haberse aplicado en la década de los 90 (valor medio entre 1987 y 1990: recuérdese que la Ley general de Sanidad es de 1986), ello hubiera supuesto una financiación para Cataluña entre 5 y 6 puntos porcentuales por debajo por debajo de la capitación media del conjunto de CC.AA. De modo similar para Valencia (12 puntos porcentuales por debajo). Contrariamente, Canarias se situaría con un exceso de financiación por encima de la capitación del 24%, entre 5 y 4 puntos para Andalucía y alrededor de 3 puntos para Galicia. Para las CC.AA. del art. 143 las diferencias serían aún más notorias: 30 puntos por debajo de la capitación para Murcia o Madrid, entre 30 y 40 puntos por encima para La Rioja o Castilla La Mancha. De ahí la implausibilidad de dicha estrategia que algunos propugnaban y que hubiera llevado al caos financiero al conjunto de la financiación. Además, las diferencias en las desigualdades observadas en las capacidades de gasto per cápita como muestran Monasterio y Zubiri (1996), no siempre tienen justificación (ni de necesidad de gasto ni de redistribución según inversa de renta per cápita). Por ejemplo, no parece justificable que Cantabria haya dispuesto con el sistema de financiación, un 25% más capacidad de gasto per cápita que Asturias, o que Castilla la Mancha reciba un 45% más que Murcia, siempre a igual techo competencial, cuando

Asturias es una región más pobre que Cantabria, y Murcia que no Castilla -La Mancha. A su vez, finalmente, no cabe ignorar que las Comunidades Forales cuentan con un 40% más de financiación per cápita, incluso una vez homogeneizadas sus competencias con las CC.AA. del 151.

Como puede comprobarse en el cuadro anterior, tras la negociación de 1992 aumenta ligeramente el peso de la población, especialmente para las CC.AA. del art. 151 (hasta 10 puntos porcentuales), casi lo mismo que pierde la variable superficie. En el resto de CC.AA. la variable población ve incrementar su peso en cinco puntos porcentuales. La incorporación, sin embargo de otras variables genera de nuevo efectos sesgadores de la aproximación a la capitación pretendida (aparece la dispersión geográfica y se incorpora, redefiniéndola la variable 'unidades administrativas'). Además, se reduce el peso de las variables redistributivas de suma cero, sobre todo por lo que se refiere al esfuerzo fiscal.

GRAFICO 3: VARIACION DEL PESO DE LA POBLACION RESPECTO DE LA PARTICIPACION EN LOS INGRESOS IMPOSITIVOS (1991-1996). CC.AA. DEL ART. 143.

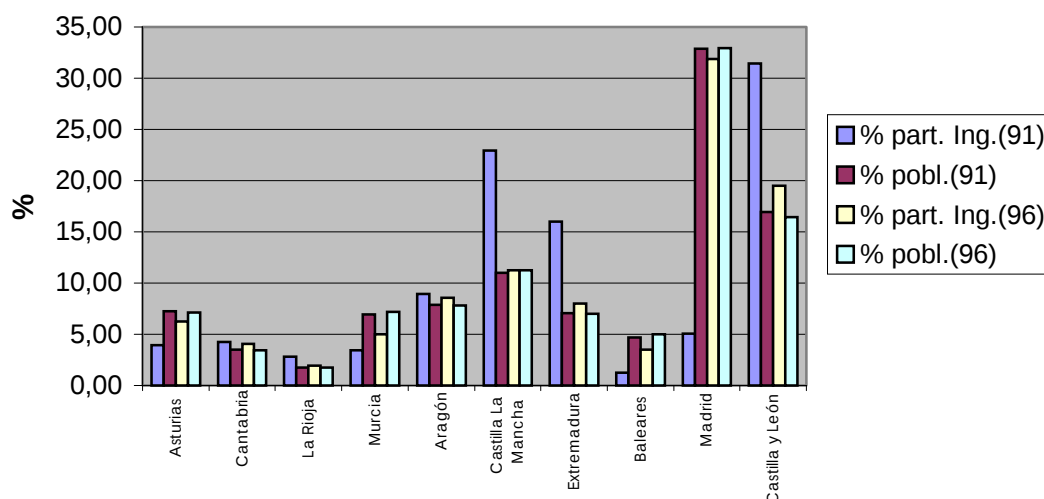
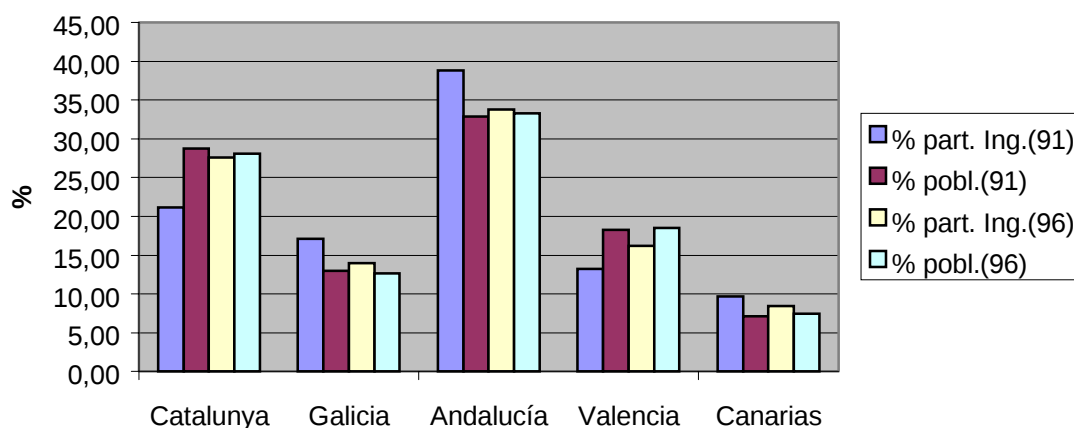


GRAFICO 4: VARIACION DEL PESO DE LA POBLACION RESPECTO DE LA PARTICIPACION EN LOS INGRESOS IMPOSITIVOS (1991-1996). CC.AA. DEL ART. 151.



En efecto, las cifras de financiación por habitante para 1996, en relación al nivel de renta de cada Comunidad, fueron:

CUADRO 3: Financiación por habitante para 1996 y nivel de renta

**Comunidades
art. 151**

	Fin/hab.	Dif % PIB pc	
Andalucía	104.226	1,72%	71,40
Canarias	118.469	15,62%	90,40
Cataluña	99.321	-3,06%	122,54
Galicia	112.931	10,22%	83,23
C. Valenciana	90.587	-11,59%	99,08
Total art. 151	102.460		
Correlación			-0,42

Fuente: elaboración propia a partir de datos diversos.

**Comunidades
art. 143**

	Fin/hab.	Dif % PIB pc (%)	
Asturias	49.680	-12%	85,95
Baleares	40.117	-29%	147,69
Cantabria	66.727	18%	90,68
La Rioja	63.972	13%	118,77
Madrid	53.837	-5%	127,46
Murcia	39.649	-30%	78,7
Aragón	62.381	10%	107,47
Castilla León	67.430	19%	94,71
Cast.Mancha	58.427	3%	86,6
Extremadura	65.657	16%	72,66
Total art. 143	56.675		
Correlación			-0,28536

Se adjuntan para ambos grupos los coeficientes de correlación entre financiación y renta per cápita, que resultan negativos como cabría esperar. Nótese, sin embargo, la anomalía de los casos de Asturias y Murcia frente a los casos de Cantabria y La Rioja, entre las mismas dos Castillas, a la vista de las desigualdades en financiación capitativa no justificables por sus diferencias porcentuales de renta per cápita. Ni en el pasado ni en la actualidad los investigadores encuentran respuesta satisfactoria que justifique dicho tratamiento asimétrico perverso.

III.- LA FINANCIACION POBLACIONAL Y EL GASTO EN SERVICIOS SANITARIOS Y EDUCATIVOS

A efectos de valorar el impacto de una integración potencial de la financiación sanitaria en la financiación general se habrían de analizar los efectos que se ocasionarían en las finanzas de las Comunidades Autónomas en caso de regirse ésta por una financiación capitativa pura. Ello supone, en primer lugar, valorar cuan lejos se encuentra la financiación sanitaria actual de dicho criterio. Más concretamente, se trata de valorar la falta de compensación explícita que en el gasto sanitario genera la no inclusión de la corrección por la edad de la población atendida. Ello significa comprobar cuanto de lo que pueda suponer de menor financiación la capitación para la C.A. con un mayor envejecimiento relativo de su población, lo pueda compensar potencialmente un 'exceso' de financiación respecto de lo que le correspondería si se considerasen criterios de necesidad relativas también al gasto en educación. Dado que se pueden establecer diferentes supuestos (normados o a partir de los valores que la observación de la realidad española posibilita a través de distintos métodos) acerca del impacto de la edad en el consumo de servicios sanitarios, la estimación que sigue trata de buscar los valores que la necesidad relativa impone al gasto educativo a efectos de compensar efectivamente dichos valores⁶. En segundo lugar, y partir de los anteriores cálculos se trataría de contrastar los valores obtenidos para cada comunidad con relación al gasto estatal medio observado para cada una de las políticas educativas y de sus destinatarios (a la vista del porcentaje que suponen sus destinatarios en cada Comunidad Autónoma), a efectos de contrastar la potencial compensación de costes y, de este modo, una mayor factibilidad de la integración de la financiación sanitaria en la financiación autonómica propuesta⁷.

⁶ - Cabe dejar constancia de que el Libro Blanco sobre 'El Sistema de Financiación Autonómica y sus problemas', IEF, Madrid, 1995 proponía una aproximación similar aunque más burda: la de los usuarios equivalentes. Sin embargo éstos se computaban como población beneficiaria en asistencia sanitaria y el tramo de 0 a 25 años como un todo para la educación.

⁷ - Nótese que ello deja fuera componentes de gasto, otros que el sanitario y el educativo. Sin embargo estos dos últimos representan más de dos terceras partes de la financiación autonómica, por lo que se consideran decisivos.

Un segundo ejercicio consiste en referir las distintas fuentes de la financiación recibida a indicadores de participación en la recaudación territorial, en la línea de fundamentar una mayor corresponsabilización fiscal por la vía de la cesta de impuestos para las distintas partidas de gasto descentralizado.

III.1- COMPUTO

III.1.1- El tratamiento de las necesidades de gasto en educación.

Se persigue en este apartado analizar las necesidades relativas de gasto en razón de los diferentes usuarios de los servicios educativos. Una primera opción consiste en considerar bajo dicho epígrafe a la población en edad escolar, que aquí identificaremos con población de edad comprendida entre los 6 y los 18 años, tanto en lo relativo a la enseñanza primaria como a la secundaria obligatoria⁸. Entendemos con ello que el coste de servicios educativos preescolares, como comentaremos más adelante, al no estar incluidos, sesga uniformemente las necesidades de gasto entre CC.AA. pese a situarse, no siempre, bajo financiación pública.

Para dicho colectivo (de 6 a 18 años), conviene recordar que se trata de población con educación reglada y, en principio, de contenido formativo idéntico sobre la geografía (aunque en la práctica puedan surgir diferencias en la calidad, a la vista, por ejemplo del grado de desarrollo de la LOGSE en cada C.A., capacidad de elección de centro educativo, etc.).

Nótese que se identifica de este modo (i) la población usuaria potencial, y no la efectiva (que en este extremo puede resultar afectada por distintos condicionantes de acceso -que resulta discutible incorporar en la financiación), y (ii) que en el conjunto de necesidades de gasto a considerar se valora el total general de las partidas estatales y no las propias de cada C.A. -a efectos de no recoger pautas idiosincrásicas de gasto.

Se trata pues de multiplicar los estratos de población en los grupos mencionados (en sus diferencias respecto de los valores medios estatales), por el coste per cápita resultante, también en términos medios, de las partidas de gasto estatales. Atribuimos de este modo el total del gasto educativo (según partidas) a cada grupo (con distinción según porcentaje de gasto total transferido a las CC.AA., a idéntico techo competencial). Para ello hemos utilizado los datos OCDE (*Education at Glance. Indicators* Paris, 1997) relativos al año 1995 como referencia central de la estimación.

La construcción ha sido un tanto laboriosa, ya que hemos cuantificado las partidas de gasto del modo siguiente.

- a) Como decíamos, hemos prescindido del gasto en educación infantil preescolar: Este afecta a 1,1 millones de niños españoles, aunque se trata de niveles de escolarización muy desiguales, con una provisión pública que, ya en su modalidad de producción directa o concertada, no supera el 70% (según los propios datos de la OCDE) y sobre un gasto que, con relación al total, se sitúa por debajo del 7%. En cualquier caso no se disponen de datos de gasto en parvulario y jardín de infancia.
- b) El gasto en primaria, secundaria y enseñanza universitaria se ha calculado del modo siguiente: (i) se han tomado los costes por estudiante equivalente en cada una de dichas funciones, tal como los recoge la OCDE. Se han multiplicado estos costes por el número de alumnos en cada tipo de enseñanza (de acuerdo con los datos de '*Avance de resultados*' del Ministerio de Educación y Ciencia- MEC). Sobre el producto resultante se ha considerado el peso de la financiación pública en cada tipo de gasto (tanto en producción directa como concertada a nivel medio del Estado), ya que los datos de coste OCDE se refieren a coste total. Dicho resultado se ha porcentualizado y referido a la cifra real de gasto consolidado de las AAPP en educación para 1995 (3,012 Billones).

La cifra resultante se ha deflactado en un 15.3% habida cuenta de que aún en el supuesto de plena transferencia a todas las CC.AA. de acuerdo con el techo competencial de las que ya disponen de dichas transferencias, el porcentaje de gasto sobre el total observado para dicha función (datos relativos a 1995) es de 84.67%.G

- c) Los nuevos costes medios estatales resultantes se han aplicado a los distintos estratos de población de cada una de las distintas CC.AA.: de 6 a 12 años para primaria, de 13 a 18 para secundaria y formación profesional (no siendo posible aquí su desglose interno, aún observando que en este último caso las tasas de escolarización son significativamente inferiores al 100%) y de 18 a 24 para la enseñanza universitaria.

⁸ - Una alternativa complementaria consiste en considerar el total de la población hasta la edad de 24 años, considerando, por lo tanto, como cesta de servicios públicos, las oportunidades de acceso a la universidad.

Dichas cifras se han disminuido a la vista de las tasas de escolarización medias estatales (bajo provisión pública): en concreto, del 100%, 93% y 92% respectivamente, y en los dos últimos casos respecto del 88% (valor medio del 100% para el grupo de 14 a 16 años y del 76.7% para el de 16 a 18 años) y 25%, a la vista del peso de dichos estudiantes en el total de los subgrupos de población a los que pertenecen (se ha considerado la obligatoriedad hasta los 16 años).

En resumen ello implica:

PoblCA_{6-12}^i : 329 mil ptas. $\cdot 84,67\% \cdot 100\%$;

PoblCA_{13-18}^i : 417 mil ptas. $\cdot 84,67\% \cdot 88\% \cdot 93\%$

PoblCA_{19-24}^i : 514 mil ptas. $\cdot 84,67\% \cdot 25\% \cdot 92\%$

(datos OCDE, ob. cit.)

De ello resulta el cuadro siguiente:

CUADRO 4: Gasto público medio en educación por tramos de edad en el ámbito estatal (1995):

	c. med. est.	% estudiantes s/ pob.	tasa escolarización Púb	coste medio*
Pob 6-12	278.564	1	1	278.564
Pob13-18	353.074	0,88	0,93	288.956
Pob19-24	435.204	0,25	0,92	100.097

Nota: *El coste medio es el gasto educativo “esperado” en cada comunidad autónoma. Se entiende como gasto esperado en cada CA., ‘cuanto gastaría cada comunidad autónoma en educación si, dada su estructura demográfica, gastara por cada individuo de los tres tramos de edad considerados el gasto medio estatal correspondiente’.

La aplicación de los datos anteriores a la realidad demográfica de las distintas CC.AA se muestra en el cuadro no 5. A su vez, las variaciones entre gasto educativo estimado y el valor medio (España 1995= 100) se recogen en el Cuadro no 6.

CUADRO 5: GASTO ESPERADO POR COMUNIDAD AUTONOMA EN EDUCACION

	población			gasto esperado (mill. ptas.)			
	5 a 14	15 a 19	20 a 24	5 a 14*	15 a 19**	20 a 24***	TOTAL
Andalucía	1.118.485	635.977	612.391	283.529	183.769	61.298	528.596
Aragón	124.815	88.037	88.451	31.640	25.439	8.854	65.932
Asturias	114.207	83.644	81.269	28.951	24.169	8.135	61.255
Baleares	91.415	57.679	58.934	23.173	16.667	5.899	45.739
Canarias	220.346	140.716	151.935	55.856	40.661	15.208	111.725
Cantabria	62.347	43.174	41.520	15.805	12.475	4.156	32.436
Castilla y León	280.446	189.243	191.297	71.091	54.683	19.148	144.922
C. La Mancha	214.307	130.180	132.117	54.325	37.616	13.224	105.166
Catalunya	682.059	505.126	503.246	172.898	145.959	50.373	369.230
Com.	498.017	340.043	329.507	126.244	98.257	32.983	257.484
Valenciana							
Extremadura	146.916	84.811	84.145	37.242	24.507	8.423	70.172
Galicia	317.815	221.981	216.197	80.564	64.143	21.641	166.347
Madrid	607.724	432.510	440.300	154.054	124.976	44.073	323.103
Murcia	156.333	97.429	93.327	39.629	28.153	9.342	77.124
Navarra	58.542	41.311	42.587	14.840	11.937	4.263	31.040
País Vasco	222.498	171.554	179.665	56.402	49.572	17.984	123.957
La Rioja	28.733	19.913	19.599	7.284	5.754	1.962	14.999
Ceuta y Melilla	22.322	11.839	11.736	5.658	3.421	1.175	10.254
ESPAÑA	4.967.327	3.295.167	3.278.223	1.259.185	952.157	328.140	2.539.482

Notas:

* Se ha tomado el coste medio correspondiente al tramo 6-12, y sólo se aplica al 91% de la población cuya edad está comprendida entre los 5 y los 14 años (considerando, por tanto, que el 9% restante son niños de 5 años no escolarizados).

** Se ha tomado el coste medio correspondiente al tramo 13-18

*** Se ha tomado el coste medio correspondiente al tramo 19-24.

Fuente: Proyección de la población Española. España 1991-2026. CC.AA 1991-2006. Provincias 1991-2006. CSIC (1994). El Censo de 1996 por provincia y tramo de edad no estaba disponible en el momento de realizar este cálculo.

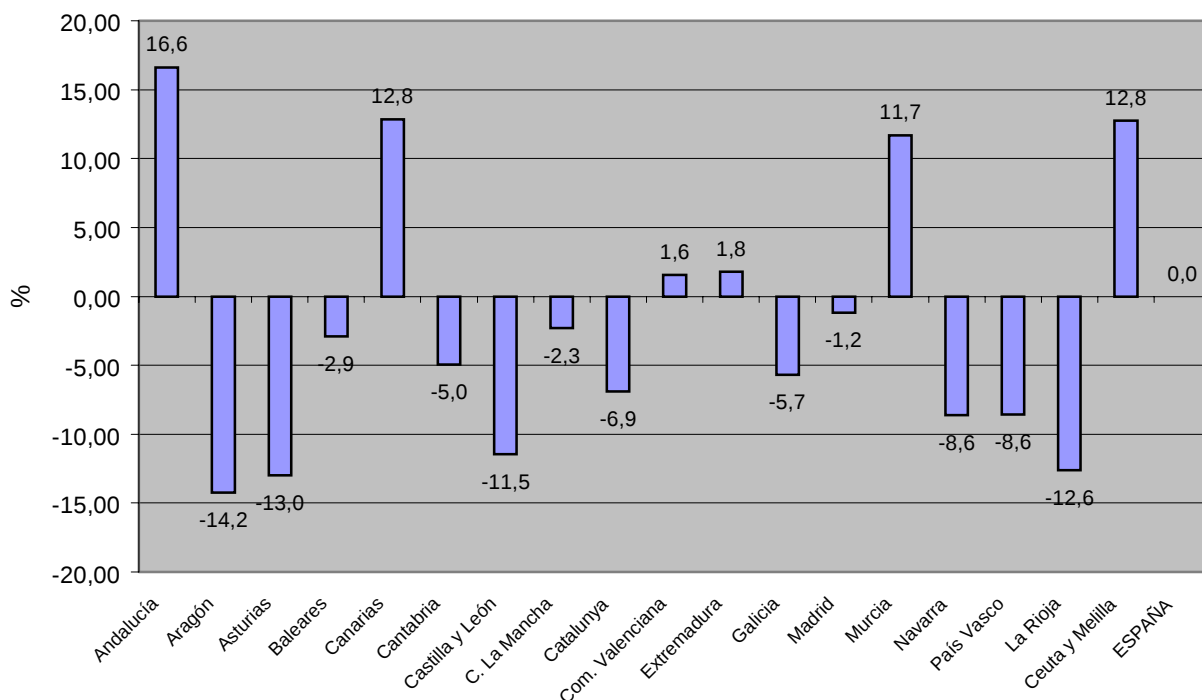
CUADRO 6: Capitalación pura vs. capitalación ajustada por estructura demográfica

	capitalación ajustada				cap. ajustada vs. pura	
	gasto esperado	población total	gasto /hab.*	España = 100	gasto /hab.*	España = 0
Andalucía	528.596	6.989.961	75.622	116,64	10.788	16,64
Aragón	65.932	1.185.930	55.595	85,75	-9.239	-14,25
Asturias	61.255	1.086.130	56.397	86,99	-8.437	-13,01
Baleares	45.739	726.461	62.961	97,11	-1.873	-2,89
Canarias	111.725	1.527.159	73.159	112,84	8.325	12,84
Cantabria	32.436	526.447	61.613	95,03	-3.221	-4,97
Castilla y León	144.922	2.524.826	57.399	88,53	-7.435	-11,47
C. La Mancha	105.166	1.660.589	63.331	97,68	-1.503	-2,32
Catalunya	369.230	6.117.248	60.359	93,10	-4.475	-6,90
Com. Valenciana	257.484	3.910.444	65.845	101,56	1.011	1,56
Extremadura	70.172	1.063.451	65.985	101,77	1.151	1,77
Galicia	166.347	2.720.565	61.144	94,31	-3.690	-5,69
Madrid	323.103	5.044.386	64.052	98,79	-782	-1,21
Murcia	77.124	1.065.091	72.411	111,69	7.576	11,69
Navarra	31.040	524.032	59.233	91,36	-5.601	-8,64
País Vasco	123.957	2.091.254	59.274	91,42	-5.560	-8,58
La Rioja	14.999	264.700	56.666	87,40	-8.168	-12,60
Ceuta y Melilla	10.254	140.256	73.110	112,77	8.276	12,77
ESPAÑA	2.539.482	39.168.930	64.834	100,00	0	0,00

*en pesetas

El **Gráfico** adjunto muestra las desviaciones en como porcentaje de la media estatal.

GRAFICO 5: capitalación ajustada vs. capitalación pura (desv. porcentual).



Realizado el primero de los ejercicios comentados, se trata ahora de realizar un ajuste de naturaleza similar para la sanidad, a partir de la utilización relativa de los distintos servicios por grupo de edad.

III.1.2- El tratamiento de las necesidades de gasto en sanidad.

Para dicho ejercicio sólo contabilizaremos la parte correspondiente a la financiación básica, o capitativa pura; es decir, no se consideran los importes correspondientes a ajustes adicionales como los relativos a flujos interregionales, docencia y centros de excelencia, entre otros, tal como se derivan del sistema actual de financiación sanitaria vigente entre 1997 y el 2001. Tal como hicimos para la educación, consideraremos el impacto demográfico en las necesidades de gasto, en un primer escenario, como el gasto sanitario esperado en cada comunidad autónoma -incluyendo el gasto hospitalario, gasto en atención primaria y gasto farmacéutico. Para cada una de estas partidas, el cálculo del gasto esperado correspondiente se ha efectuado, en un primer escenario, del siguiente modo⁹:

- Para el gasto hospitalario esperado: se han tomado las medias estatales de frecuentación hospitalaria (altas/hab.) en los distintos tramos de edad y de una estimación del coste estatal por alta, se computa para cada comunidad autónoma el gasto hospitalario en que incurriría cada una de ellas si, dada su estructura demográfica, exhibiera unas tasas de frecuentación y un coste por alta idénticos a la media estatal.

- Para el gasto en atención primaria esperado, se ha partido de las medias estatales de frecuentación en atención primaria (consultas/hab.) para los distintos tramos de edad y de una estimación del coste estatal por consulta, se computa para cada comunidad autónoma el gasto en atención primaria que cada una de ellas realizaría si, dada su estructura demográfica, exhibiera unas tasas de frecuentación y un coste por consulta idénticos a la media estatal.

- Para el gasto farmacéutico esperado, se han considerado las medias estatales de los consumos farmacéuticos (recetas) efectuados por activos y pensionistas, y del gasto medio por receta en cada uno de estos dos colectivos, se computa para cada comunidad autónoma el gasto farmacéutico en que cada una de ellas incurriría si, dada su población activa y pensionista, exhibiera unos consumos farmacéuticos y unos gastos por receta idénticos a la media estatal.

En un segundo escenario se ha procedido a recomputar el gasto hospitalario del modo siguiente:

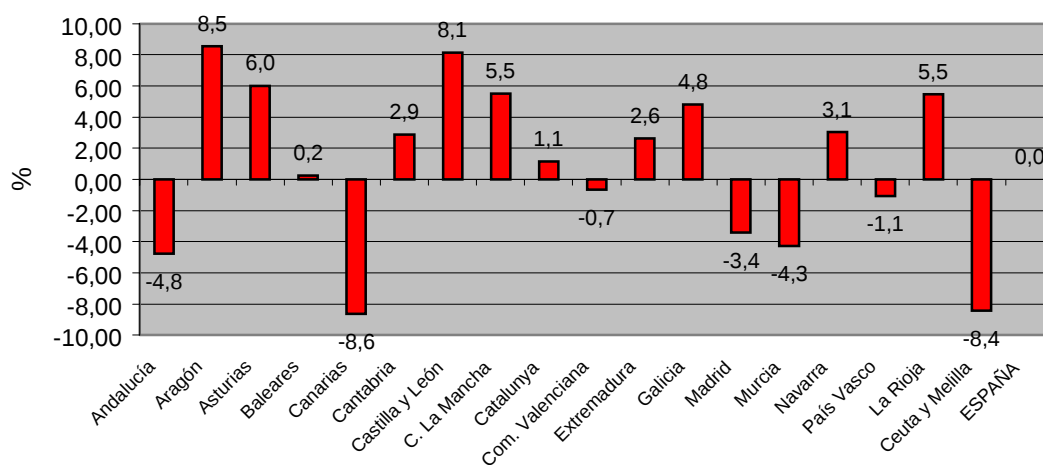
- Gasto hospitalario esperado: a partir de las medias estatales de frecuentación hospitalaria (estancias/hab.) para los distintos tramos de edad y de una estimación del coste estatal por alta, se computa para cada comunidad autónoma el gasto hospitalario en que incurriría cada una de ellas si, dada su estructura demográfica, exhibiera unas tasas de frecuentación y un coste por estancia idénticos a la media estatal. La utilización de la variable número de estancias hospitalarias, como ha sido argumentado en la literatura sobre costes hospitalarios, es más sensible a la complejidad de la casuística atendida (y a la calidad que pueda recogerse en la variable días de estancia hospitalaria), aunque también a la ineficiencia (estancias elevadísimas no siempre justificables sanitariamente).

⁹ - Dichos valores fueron calculados por A. Rico para el proyecto de nuevo sistema de financiación autonómica de la sanidad realizado por el CRES y dirigido por G. López, 1997. Ministerio de Sanidad y Consumo. Mimeo.

**CUADRO 7: Escenario 1: gasto esperado
hospitalario calculado a partir de altas.
Año 1994:**

	Capitación ajustada		Cap. ajustada vs Pura	
	Gasto esp/hab	España =100	Gasto esp/hab	España=0
Andalucía	76.303	95,25	-3.807	-4,75
Aragón	86.944	108,53	6.834	8,53
Asturias	84.933	106,02	4.823	6,02
Baleares	80.295	100,23	185	0,23
Canarias	73.189	91,36	-6.921	-8,64
Cantabria	82.407	102,87	2.297	2,87
Castilla y León	86.638	108,15	6.528	8,15
C. La Mancha	84.515	105,50	4.405	5,50
Catalunya	81.026	101,14	916	1,14
Com.	79.589	99,35	-521	-0,65
Valenciana				
Extremadura	82.223	102,64	2.113	2,64
Galicia	83.952	104,80	3.842	4,80
Madrid	77.364	96,57	-2.746	-3,43
Murcia	76.699	95,74	-3.411	-4,26
Navarra	82.563	103,06	2.453	3,06
País Vasco	79.258	98,94	-852	-1,06
La Rioja	84.492	105,47	4.382	5,47
Ceuta y Melilla	73.358	91,57	-6.752	-8,43
ESPAÑA	80.110	100,00	0	0,00

GRAFICO 6: Capitación ajustada vs. capitación pura (desv. porcentual).



CUADRO 8:

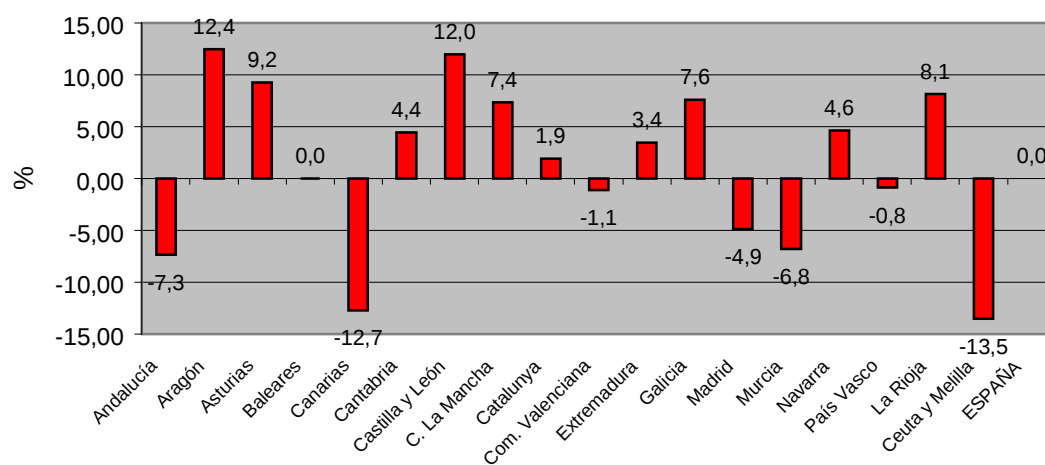
SANIDAD (escenario 2: gasto esperado hospitalario calculado a partir de estancias).

Capitación pura vs. capitación ajustada por estructura demográfica (1994):

	capitación ajustada		cap. ajustada vs. pura	
	gasto esp. /hab.*	España = 100	gasto esp./hab.*	España = 0
Andalucía	74.226	92,66	-5.884	-7,34
Aragón	90.079	112,44	9.969	12,44
Asturias	87.509	109,24	7.399	9,24
Baleares	80.132	100,03	22	0,03
Canarias	69.909	87,27	-10.201	-12,73
Cantabria	83.672	104,45	3.562	4,45
Castilla y León	89.695	111,96	9.585	11,96
C. La Mancha	86.003	107,36	5.893	7,36
Catalunya	81.663	101,94	1.553	1,94
Com. Valenciana	79.227	98,90	-883	-1,10
Extremadura	82.866	103,44	2.756	3,44
Galicia	86.170	107,56	6.060	7,56
Madrid	76.206	95,13	-3.904	-4,87
Murcia	74.672	93,21	-5.438	-6,79
Navarra	83.803	104,61	3.693	4,61
País Vasco	79.433	99,15	-677	-0,85
La Rioja	86.615	108,12	6.505	8,12
Ceuta y Melilla	69.291	86,49	-10.819	-13,51
ESPAÑA	80.110	100,00	0	0,00

Fuente: A. Rico (1997): "Necesidades sanitarias y estructura demográfica", CRES, mimeo.

GRAFICO 7: Capitación ajustada vs. capitación pura (desv. porcentual).



III.2- Combinación de estimaciones

Realizados los dos anteriores ejercicios se trata ahora de conjugar ambos resultados y referirlos a una capitación simple.

CUADRO 9: CAPITACIÓN PURA VS. CAPITACIÓN AJUSTADA POR ESTRUCTURA DEMOGRÁFICA: SANIDAD* Y EDUCACIÓN.

* Escenario 1: gasto esperado hospitalario calculado a partir de altas.

Año 1994:

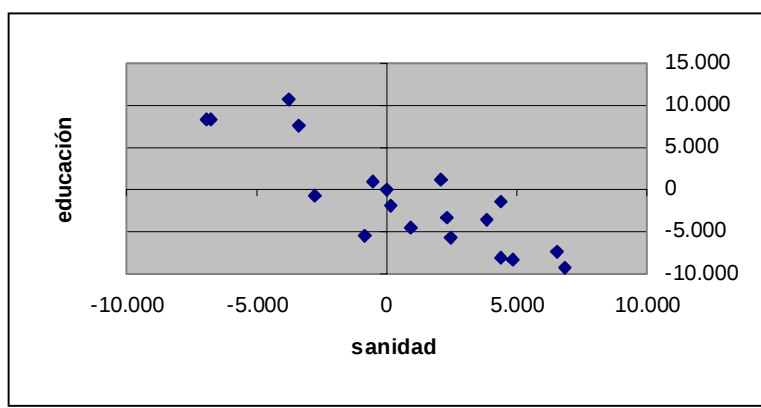
	CAPITACIÓN AJUSTADA			
	Sanidad*	Educación*	Total*	España = 100
Andalucía	76.303	75.622	151.925	104,82
Aragón	86.944	55.595	142.539	98,34
Asturias	84.933	56.397	141.330	97,51
Baleares	80.295	62.961	143.256	98,84
Canarias	73.189	73.159	146.348	100,97
Cantabria	82.407	61.613	144.020	99,36
Castilla y León	86.638	57.399	144.037	99,37
C. La Mancha	84.515	63.331	147.846	102,00
Catalunya	81.026	60.359	141.385	97,54
Com. Valenciana	79.589	65.845	145.434	100,34
Extremadura	82.223	65.985	148.208	102,25
Galicia	83.952	61.144	145.096	100,11
Madrid	77.364	64.052	141.416	97,57
Murcia	76.699	72.411	149.110	102,87
Navarra	82.563	59.233	141.796	97,83
País Vasco	79.258	59.274	138.532	95,58
La Rioja	84.492	56.666	141.158	97,39
Ceuta y Melilla	73.358	73.110	146.468	101,05
ESPAÑA	80.110	64.834	144.944	100,00

Las correspondientes desviaciones porcentuales se incluyen en el Cuadro y Gráfico anexos

**CUADRO 10: CAPITACIÓN AJUSTADA VS. CAPITACIÓN PURA:
EDUCACIÓN Y SANIDAD.**

	Desviaciones (ptas. por hab.)				Desviaciones (porcentuales)		
	Sanidad	Educación	Total		Sanidad	Educación	Total
Andalucía	-3.807	10.788	6.981	Andalucía	-4,75	16,64	4,82
Aragón	6.834	-9.239	-2.405	Aragón	8,53	-14,25	-1,66
Asturias	4.823	-8.437	-3.614	Asturias	6,02	-13,01	-2,49
Baleares	185	-1.873	-1.688	Baleares	0,23	-2,89	-1,16
Canarias	-6.921	8.325	1.404	Canarias	-8,64	12,84	0,97
Cantabria	2.297	-3.221	-924	Cantabria	2,87	-4,97	-0,64
Castilla y León	6.528	-7.435	-907	Castilla y León	8,15	-11,47	-0,63
C. La Mancha	4.405	-1.503	2.902	C. La Mancha	5,50	-2,32	2,00
Catalunya	916	-4.475	-3.559	Catalunya	1,14	-6,90	-2,46
Com.	-521	1.011	490	Com.	-0,65	1,56	0,34
Valenciana				Valenciana			
Extremadura	2.113	1.151	3.264	Extremadura	2,64	1,77	2,25
Galicia	3.842	-3.690	152	Galicia	4,80	-5,69	0,11
Madrid	-2.746	-782	-3.528	Madrid	-3,43	-1,21	-2,43
Murcia	-3.411	7.576	4.165	Murcia	-4,26	11,69	2,87
Navarra	2.453	-5.601	-3.148	Navarra	3,06	-8,64	-2,17
País Vasco	-852	-5.560	-6.412	País Vasco	-1,06	-8,58	-4,42
La Rioja	4.382	-8.168	-3.786	La Rioja	5,47	-12,60	-2,61
Ceuta y Melilla	-6.752	8.276	1.524	Ceuta y Melilla	-8,43	12,77	1,05
ESPAÑA	0	0	0	ESPAÑA	0,00	0,00	0,00

**GRAFICO 8:Capitación ajustada vs. capitación
pura (desv. ptas. por hab.)**



CUADRO11: CAPITACIÓN PURA VS. CAPITACIÓN AJUSTADA POR ESTRUCTURA DEMOGRÁFICA: SANIDAD* Y EDUCACIÓN.

* Escenario 2: gasto esperado hospitalario calculado a partir de estancias.

Año 1994:

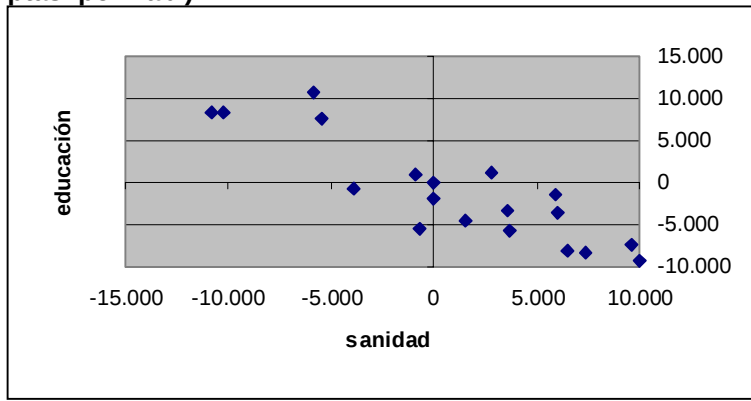
	CAPITACIÓN AJUSTADA			
	Sanidad*	Educación*	Total*	España = 100
Andalucía	74.226	75.622	149.848	103,38
Aragón	90.079	55.595	145.674	100,50
Asturias	87.509	56.397	143.906	99,28
Baleares	80.132	62.961	143.093	98,72
Canarias	69.909	73.159	143.068	98,71
Cantabria	83.672	61.613	145.285	100,24
Castilla y León	89.695	57.399	147.094	101,48
C. La Mancha	86.003	63.331	149.334	103,03
Catalunya	81.663	60.359	142.022	97,98
Com. Valenciana	79.227	65.845	145.072	100,09
Extremadura	82.866	65.985	148.851	102,70
Galicia	86.170	61.144	147.314	101,64
Madrid	76.206	64.052	140.258	96,77
Murcia	74.672	72.411	147.083	101,48
Navarra	83.803	59.233	143.036	98,68
País Vasco	79.433	59.274	138.707	95,70
La Rioja	86.615	56.666	143.281	98,85
Ceuta y Melilla	69.291	73.110	142.401	98,25
ESPAÑA	80.110	64.834	144.944	100,00

CUADRO 12:Capitación ajustada vs. capitación pura: Educación y sanidad.

	Desviaciones (ptas. por hab.)				Desviaciones (porcentuales)		
	Sanidad	Educa- ción	Total		Sanidad	Educación	Total
Andalucía	-5.884	10.788	4.904	Andalucía	-7,34	16,64	3,38
Aragón	9.969	-9.239	730	Aragón	12,44	-14,25	0,50
Asturias	7.399	-8.437	-1.038	Asturias	9,24	-13,01	-0,72
Baleares	22	-1.873	-1.851	Baleares	0,03	-2,89	-1,28
Canarias	-10.201	8.325	-1.876	Canarias	-12,73	12,84	-1,29
Cantabria	3.562	-3.221	341	Cantabria	4,45	-4,97	0,24
Castilla y León	9.585	-7.435	2.150	Castilla y León	11,96	-11,47	1,48
C. La Mancha	5.893	-1.503	4.390	C. La Mancha	7,36	-2,32	3,03
Catalunya	1.553	-4.475	-2.922	Catalunya	1,94	-6,90	-2,02
Com. Valenciana	-883	1.011	128	Com. Valenciana	-1,10	1,56	0,09
Extremadura	2.756	1.151	3.907	Extremadura	3,44	1,77	2,70
Galicia	6.060	-3.690	2.370	Galicia	7,56	-5,69	1,64
Madrid	-3.904	-782	-4.686	Madrid	-4,87	-1,21	-3,23
Murcia	-5.438	7.576	2.138	Murcia	-6,79	11,69	1,48
Navarra	3.693	-5.601	-1.908	Navarra	4,61	-8,64	-1,32
País Vasco	-677	-5.560	-6.237	País Vasco	-0,85	-8,58	-4,30
La Rioja	6.505	-8.168	-1.663	La Rioja	8,12	-12,60	-1,15
Ceuta y Melilla	-10.819	8.276	-2.543	Ceuta y Melilla	-13,51	12,77	-1,75
ESPAÑA	0	0	0	ESPAÑA	0,00	0,00	0,00

Ptas. habitante

GRAFICO 9: Capitalación ajustada vs. capitalación pura (desv. ptas. por hab.)



III.3- Algunas comparaciones

Se ofrecen a continuación a efectos ilustrativos cuatro resultados del reparto de la financiación sanitaria según resulta de la aplicación del modelo LOFCA, sistema actual de financiación sanitaria y sistema correspondiente a la capitalación ya sea ajustada (gasto en educación y sanidad) o capitalación simple.

CUADRO 13:

INTEGRACIÓN DE LA FINANCIACIÓN SANITARIA EN EL SISTEMA DE FINANCIACIÓN GENERAL.

PRESUPUESTO SANITARIO 1998* (CC.AA art.151):
2.126.996

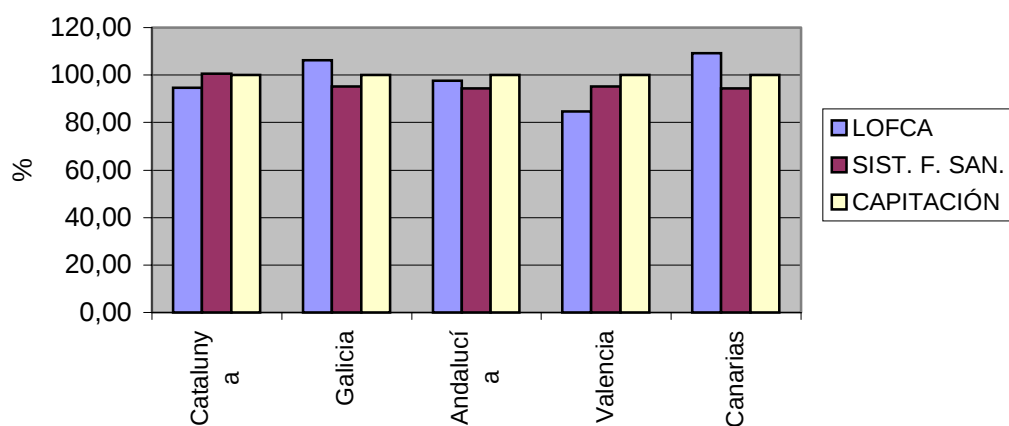
	FINANC. CAPITATIVA SIMPLE	FINANC. SEGUN SISTEMA LOFCA**	SIST. FINANCIAC. SANITAR.***.	CAPITACIÓN AJUSTADA (EDUC. y SAN)
Catalunya	608.762	587.405	624.493	597.864
Galicia	267.082	296.815	265.842	269.357
Andalucía	698.434	718.429	693.495	708.464
Valencia	395.406	345.535	388.754	393.599
Canarias	157.312	178.811	154.410	157.713
TOTAL	2.126.996	2.126.996	2.126.996	2.126.996

* millones de ptas.

** a partir de %s de participación en ingresos en 1996.

*** sistema de financiación sanitario 1998-2002.

GRÁFICO 10: Desviaciones según resulta de la aplicación del modelo LOFCA, sistema actual de financiación sanitaria y sistema correspondiente a la capitación, ya sea ajustada (gasto en educación y sanidad) o según capitación simple:



III.4- Resultados de la agregación

Realizados ambos ejercicios se trata ahora de analizar cuáles serían los resultados en el caso de agregar la financiación sanitaria en el régimen de financiación general.

CUADRO 14: LA INTEGRACIÓN DE LA SANIDAD EN EL SISTEMA DE FINANCIACIÓN GENERAL. (SISTEMA DE TRANSFERENCIAS CORRIENTES) Y SU POSIBLE FINANCIACION

1) AGREGACIÓN DE LA FINANCIACIÓN SANITARIA A LA FINANCIACIÓN GENERAL: CC.AA ART.151.

Año 1996:

	Finan. General*	Finan. San.*	Total*
Catalunya	605.393	541.517	1.146.910
Galicia	305.904	235.474	541.378
Andalucía	740.429	595.388	1.335.817
Valencia	356.116	338.384	694.500
Canarias	184.287	130.516	314.803
TOTAL	2.192.129	1.841.279	4.033.408

* millones de ptas.

2) PORCENTAJE QUE REPRESENTARÍA EL TOTAL DE FONDOS DE LAS CC.AA DEL 151 SOBRE LA RECAUDACIÓN ESTATAL EN DISTINTOS IMPUESTOS.

	RECAUDACIÓN*	%
IRPF	5.539.700	73
Sociedades	1.360.300	297
IVA	3.592.700	112
I. Espec.	2.037.200	198

* datos relativos a 1996 (recaudaciones estatales). Millones de pesetas.

3) FINANCIACION POR APLICACIÓN DE LOS PORCENTAJES ESTATALES SOBRE RECAUDACIONES DE CADA CC. AA. (1994)

Recaudaciones	IRPF*	Sociedades*	IVA*	I. Espec.*
Catalunya	1.106.974	273.885	881.153	119.631
Galicia	205.552	52.470	116.493	14.758
Andalucía	428.339	76.817	240.476	59.948
Com.	336.994	80.946	203.547	21.348
Valenciana				
Canarias	125.485	16.246	843	5.875

* mill. de ptas.

IRPF:

	Recaud. IRPF*	% ESTATAL	Ing. Autonom.*	Financ. necesaria*	Desv.
	(i)	(ii)	(iii) = (i).(ii)	(iv)	(iii) - (iv)%
Catalunya	1.106.974	75,91	840.304	1.128.922	74,43
Galicia	205.552	75,91	156.035	532.289	29,31
Andalucía	428.339	75,91	325.152	1.313.817	24,75
Valencia	336.994	75,91	255.812	683.919	37,40
Com. Valenciana	125.485	75,91	95.256	309.328	30,79

* mill. de ptas.

IV.-PARTICIPACION EN UNA CESTA DE IMPUESTOS APROXIMANDO LA APERTURA DE ESPACIO FISCAL EN LA FINANCIACION DEL GASTO AUTONOMICO.

Hemos realizado en este apartado un sencillo ejercicio de programación lineal en el que hemos ido estableciendo distintas restricciones acerca de las ponderaciones a aplicar a las distintas fuentes de recaudación. Las cifras de liquidaciones fiscales se refieren a 1994, fecha de la que se dispone información tributaria completa, si bien al tratarse de participaciones, el ejercicio puede resultar igualmente aproximativo respecto de las proyecciones actuales.

IV.1- CÓMPUTO DE LOS PESOS ÓPTIMOS DE LA PARTICIPACIÓN EN CESTA DE IMPUESTOS (SISTEMA DE TRANSFERENCIAS CORRIENTES):

1994 (millones de ptas.)	IRPF*	Sociedades*	IVA*	I. Espec.*
Catalunya	1.106.974	273.885	881.153	119.631
Galicia	205.552	52.470	116.493	14.758
Andalucía	428.339	76.817	240.476	59.948
Valencia	336.994	80.946	203.547	21.348
Canarias	125.485	16.246	843	5.875
Total	2.203.344	500.364	1.442.512	221.560

(SISTEMA DE TRANSFERENCIAS CORRIENTES) Cifra a aproximar 1996

	Finan. General*	Finan. San.*	Total*
Catalunya	605.393	541.517	1.146.910
Galicia	305.904	235.474	541.378
Andalucía	740.429	595.388	1.335.817
Valencia	356.116	338.384	694.500
Canarias	184.287	130.516	314.803
TOTAL	2.192.129	1.841.279	4.033.408

* millones de ptas.

Tal como resulta de este primer ejercicio, aproximar la cifra de cada Comunidad Autónoma por la vía de la participación en el IRPF minimiza en mayor medida las diferencias totales, aunque persisten, como no podía ser de otro modo, diferencias importantes para CC.AA. concretas. Este es el caso en los distintos ejercicios, tanto si se restringen valores, como si no, la posibilidad de que alguna de dichas variables adquiera valores distintos a cero (que al menos pesen un determinado porcentaje a efectos de

calibrar una cierta ‘cesta de impuestos’). En realidad, las diferencias máximas se cifran para el caso de Andalucía: con parámetros idénticos entre CC.AA. que aproxima tan sólo un 30% de las necesidades de gasto (IRPF al 97%, 1% sociedades, 1% IVA y 1% impuestos especiales, o de manera similar en la opción 92% IRPF, 3% Sociedades, 3% IVA y 3% Especiales). Claro que utilizando IVA, dada la mayor proporcionalidad del consumo sobre criterios poblacionales se aproximaría mejor algún caso concreto, como el de Andalucía, pero al coste, en este caso, de una mayor diferencia entre el total de transferencias objetivadas y transferencias resultantes de las participaciones en recaudación. Del mismo modo que si no restringiéramos a valores positivos cada uno de los pesos, una participación del 100% en IRPF minimizaría en mayor medida la diferencia entre cifra a cubrir y cifra resultante de las participaciones (siempre con % que se sitúa en torno al 50%).

Ello nos lleva a la conclusión de que un sistema de transferencias sobre los ingresos del Estado, que acompañe como residual el de participaciones en recaudaciones propias aparece en todos los casos como inevitable.

RESULTADOS

	IRPF*	Sociedades*	IVA*	I. Espec.*
Peso	0,92	0,03	0,03	0,03

Objetivo 1.876.070,62

Restricciones ≤ total		Total	Dif.
Catalunya	1.055.817,67	1.146.910	91.092
Galicia	194.728,62	541.378	346.649
Andalucía	405.644,60	1.335.817	930.172
Valencia	319.365,47	694.500	375.135
Canarias	116.647,72	314.803	198.155
			1.941.204
	1,00	1,00	
Precisión	0,025		

Restricciones ≥ %total		%Total	Dif.
Catalunya	1.055.817,67	338.677	717.141
Galicia	194.728,62	159.687	35.042
Andalucía	405.644,60	394.145	11.499
Valencia	319.365,47	205.176	114.190
Canarias	116.647,72	92.798	23.849

	IRPF*	Sociedades*	IVA*	I. Espec.*
Peso	1,00	0,00	0,00	0,00

Objetivo 1.764.930,71

Restricciones ≤ total		Total	Dif.
Catalunya	1.106.974,00	1.146.910	39.936
Galicia	205.552,00	541.378	335.826
Andalucía	428.339,00	1.335.817	907.478
Valencia	336.994,00	694.500	357.506
Canarias	125.485,00	314.803	189.318
			1.830.064
	1,00	1,00	
Precisión	0		

Restricciones ≥ %total		%Total	Dif.
Catalunya	1.106.974,01	338.677	768.297
Galicia	205.552,00	159.687	45.865
Andalucía	428.339,00	394.145	34.194
Valencia	336.994,00	205.176	131.818
Canarias	125.485,00	92.798	32.687

IRPF*	Sociedades*	IVA*	I. Espec.*
-------	-------------	------	------------

Peso	0,97	0,01	0,01	0,01
------	------	------	------	------

Objetivo	1.809.386,68
----------	--------------

Restricciones $\leq$ total		Total	Dif.
Catalunya	1.086.511,47	1.146.910	60.399
Galicia	201.222,65	541.378	340.155
Andalucía	419.261,24	1.335.817	916.556
Valencia	329.942,59	694.500	364.557
Canarias	121.950,09	314.803	192.853
			1.874.520

	1,00	1,00
Precisión	0,01	

Restricciones $\geq$ %total		%Total	Dif.
Catalunya	1.086.511,47	338.677	747.835
Galicia	201.222,65	159.687	41.536
Andalucía	419.261,24	394.145	25.116
Valencia	329.942,59	205.176	124.767
Canarias	121.950,09	92.798	29.152

IV.2- FINANCIACION VIA TRANSFERENCIAS Y CORRESPONSABILIDAD FISCAL

Hemos comentado antes que un sistema de transferencias sobre los ingresos del Estado, deberá acompañar, previsiblemente, como residuo, a las participaciones en recaudaciones propias.

Sin embargo, dicho sistema de participación en ingresos estatales no debería de articularse con efectos totalmente compensatorios con relación a los cambios en recaudación resultantes de la participación territorial en el distinto cumplimiento fiscal de las CC.AA. De otro modo, los incentivos se nos antojan muy perversos: los incrementos de recaudación regional, de costes políticos ciertos serían sustituibles por los del Estado (sin coste alguno). Ello no se evitó en el sistema de 'corresponsabilidad fiscal' del anterior quinquenio. En el actual (1997-2001), en cuanto a la mejora en el tiempo de la recaudación (tasas de incremento), el incentivo perverso se ha eliminado, aunque se mantiene la penalización de aquellas CC.AA. que ya en el momento actual registran un mayor nivel de cumplimiento fiscal. Si se hubiera definido una norma recaudatoria (cumplimiento medio en todo el territorio estatal), se eliminaría dicha penalización, aún presente. Para ello conviene recordar que de cumplimiento fiscal por CC.AA. no existen estudios abundantes, aunque A. Zabalza (mimeo, Seminarios UPF, 1996) para datos de 1988, y Lasheras y Zabalza (Documentos de Trabajo de la Fac. de C. Económicas de la Univ. de Valencia) analizan la evidencia disponible en el IRPF. Si la diferencia de distribuciones entre ingresos y recaudación fiscal por Comunidad Autónoma no fuese muy importante, ambas representaciones se alinearían sobre la recta de 45 grados. Este es sin embargo el caso de tan sólo 3, de entre 15, CC.AA. (Aragón, Cantabria y Rioja), con desviaciones inferiores al 5%. La diferencia se sitúa entre el 5 y el 10% para Andalucía, Asturias, Cataluña, Valencia y Castilla León, y para Murcia, Baleares, Canarias, Castilla La Mancha y Galicia, entre el 10 y el 20%. Extremadura se sitúa en un 24.6% por debajo, mientras que Madrid lo hace en un 25.3% por encima. Claro que para ello la progresividad fiscal debe ser tenida en cuenta, así como su productividad fiscal respecto de la real. Nótese que un incremento en la progresividad en renta aumentará el nivel de cumplimiento fiscal en aquellas Comunidades en las que la productividad fiscal se sitúa sobre la productividad real (y viceversa).

Para esta última variable, sólo Cataluña, Madrid, Canarias, Murcia, Extremadura y Castilla-León muestran una productividad fiscal relativa alineada en un 5% de desviaciones respecto de su productividad real. En los casos de Andalucía, Valencia, Castilla-La Mancha, Asturias y Baleares, la diferencia era de entre el 5 y el 10%, y para Galicia, Cantabria, la Rioja y Aragón se situaba por encima del 10%. Para dicho resultado cuenta el porcentaje de potenciales contribuyentes por debajo del mínimo exento y, por supuesto, el grado de inmersión de la base productividad de una comunidad.

La conjunción de resultados nos da la siguiente perspectiva de cumplimiento fiscal para el caso español del IRPF: Madrid y Cataluña se sitúan ambas en el cuadrante de base fiscal elevada con relación a su renta, sino también con ratios altos en la eficacia de transformar productividad real en productividad fiscal. Castilla León, La Rioja, Valencia Andalucía, Murcia, Canarias, Baleares, Castilla La Mancha y Extremadura se sitúan en el cuadrante contrario. En resumen, fuera de los casos de Madrid y Cataluña, la ordenación del índice de cumplimiento fiscal refleja valores de un 10% por debajo del índice normalizado para Asturias y Cantabria, por debajo de un 20% para Extremadura, y de entre un 10 y un 20% para el resto de CC.AA.

En el caso concreto de la imposición indirecta, el trabajo que aquí podemos tomar como referencia es de Avila, Sánchez Maldonado y Avilés ("Economía Irregular y Evasión Fiscal", Unicaja y Analistas Económicos de Andalucía, 1997), que muestra como las CC. AA. de Valencia y Murcia, Andalucía y Extremadura, Galicia y Asturias, las dos Castillas y Aragón y La Rioja mantuvieron, durante el período 1988-1993, un peso en actividades irregulares superior a la media estatal y diferenciales entre la importancia de la recaudación impositiva y el Valor Añadido Bruto.

En resumen, del análisis realizado se detectan diferenciales importantes que un sistema de transferencias en ingresos del Estado, compensatorio de un sistema de territorialización de impuestos propios, no debiera quizás ignorar.

CONCLUSION

Tal como se ha observado en los gráficos 8 y 9 existe una correlación negativa entre el ajuste demográfico para el gasto en educación y el ajuste postulado para sanidad, tal como cabría esperar de la regularidad de las pirámides demográficas. Únicamente el País Vasco y Extremadura muestran la ‘anomalía’ –a la vista de su estructura demográfica actual-, de una necesidad de ajustar por ambos conceptos: negativamente para el primero de los casos, y positivamente en el segundo. Las cifras resultantes ofrecen un gradiente distinto de los sistemas de financiación potenciales, en particular para las CC.AA. del art. 151, que ya cuentan con traspaso en materia sanitaria, juntamente con Canarias: (i) la sanidad dentro de la LOFCA proporciona beneficios claros para Andalucía, Galicia y Canarias, con rangos respecto de sus peores alternativas de financiación del 5, 12 y 13% respectivamente; (ii) el actual sistema de financiación sanitaria o la tendencia global hacia una financiación capitativa simple resulta mejor para Cataluña, con un rango respecto de su peor alternativa (sistema LOFCA) del 8% de la financiación total. De manera similar para el caso del País Valenciano, que mejoraría con una financiación simple no ajustada, respecto de la integración de la sanidad en LOFCA, en casi un 13% de los recursos. Para las CC.AA. ordinarias o del art. 143, la comparación se realiza, a la vista del distinto techo competencial, entre el capitativo simple y el capitativo ajustado (educación y sanidad). Castilla La Mancha, Extremadura y Murcia, mejorarían con el ajuste compensatorio, mientras que Cantabria se mostraría indiferente. Sin embargo, dicho resultado es sensible al modo en que computemos el impacto del envejecimiento en los costes sanitarios. Si en lugar del número de altas utilizáramos las estancias para ponderar la utilización por grupos de edad, Castilla León se añadiría al grupo de ajuste compensatorio favorable, Canarias pasaría a las de ajuste desfavorable y Aragón a las comunidades cuya financiación permanecería prácticamente inalterada respecto de un capitativo simple. De todas las CC.AA., la de Madrid es la que se lleva la peor parte: Ni la capitación simple ni la corregida resuelven su diferencial de financiación sanitaria, del mismo modo que no supone previsiblemente solución alguna la inclusión en la LOFCA de la financiación sanitaria.

Para clarificar los argumentos de relevancia para la política autonómica, la aplicación de una financiación capitativa compensatoria es un artificio a efectos de análisis y comparación entre las tres alternativas efectivamente existentes: una financiación poblacional pura, la aplicación de la LOFCA para el conjunto de servicios públicos y el mantenimiento de una financiación separada para la sanidad. La financiación conjunta de la educación y la sanidad no es un instrumento de financiación en sí misma, ya que, entre otras razones, en el cómputo del gasto educativo, el coste efectivo, inmerso en la financiación general de la LOFCA ha predominado. A lo anterior cabe añadir que en el reclamo de la financiación capitativa hemos considerado únicamente la relativa a la financiación básica, o sea del primero de los fondos puestos en marcha por el nuevo sistema de financiación autonómica de la sanidad, ya que los ajustes compensatorios por desplazados o para la docencia han de corregir en todo caso el criterio anterior.

Menos claros son los resultados de abrir responsabilidad fiscal para los dos componentes de gasto social (educación y sanidad, a valores compensados) a través de la participación explícita en una cesta diversificada de impuestos. Un ejercicio simple de programación lineal ha mostrado que resulta extremadamente complejo aproximar dicho gasto sobre parámetros idénticos entre CC.AA., a la vista de las disparidades recaudatorias que contienen. Más análisis y estrategias complementarias son sin duda necesarias para dicho objetivo; en particular si consideramos los distintos grados de cumplimiento fiscal observados entre las CC.AA.

ANEXO: DATOS FUENTE

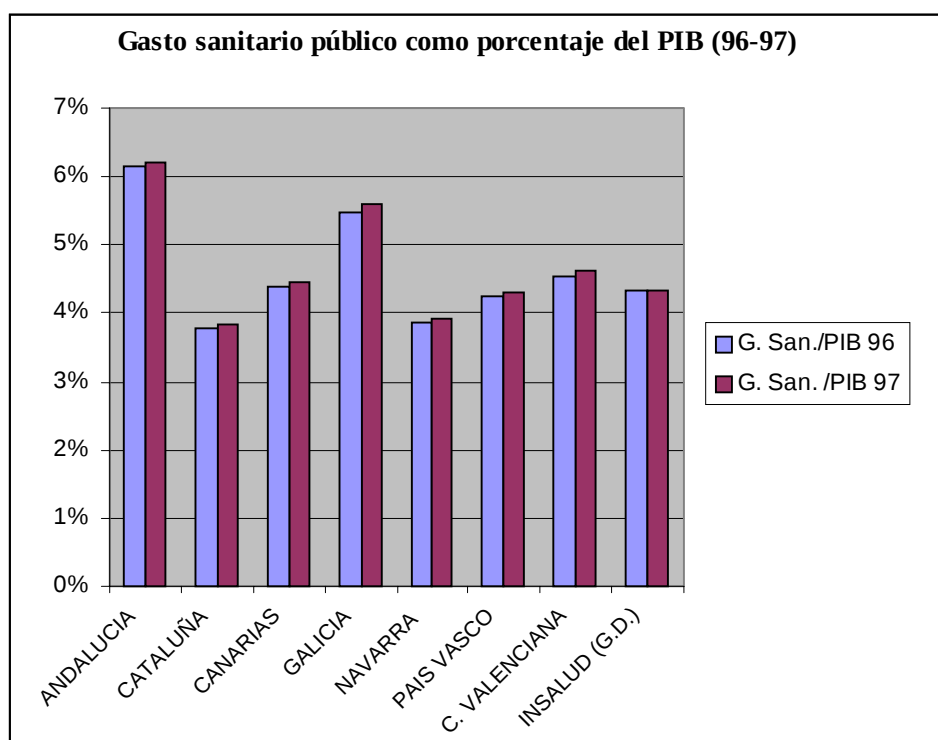
PORCENTAJES DE PARTICIPACIÓN RELATIVA DE LAS CC.AA EN LOS INGRESOS DEL ESTADO vs. PORCENTAJES DE POBLACIÓN: 1991-1996.

	PIB pc 1996	PIB pc 1997	PIB 1996	PIB 1997	POBLACION
ANDALUCIA	1.352.322	1.417.098	9.606.998	10.067.173	7.104.076
CATALUÑA	2.321.216	2.411.279	14.148.554	14.697.518	6.095.320
CANARIAS	1.899.597	1.977.860	2.954.971	3.076.716	1.555.578
GALICIA	1.576.528	1.629.657	4.270.960	4.414.891	2.709.092
NAVARRA	2.192.318	2.275.845	1.151.116	1.194.974	525.068
PAIS VASCO	2.128.579	2.218.405	4.374.958	4.559.581	2.055.342
C. VALENCIANA	1.876.896	1.946.717	7.378.456	7.652.935	3.931.201
INSALUD (G.D.)	1.994.692	2.066.170	30.410.616	31.500.351	15.245.768

	PIB pc 1996	PIB pc 1997	PIB 1996	PIB 1997	POBLACION
INSALUD (G.D.)	1.994.692	2.066.170	30.410.616	31.500.351	15.245.768
ARAGON	2.398.419	2.035.741	2.488.360	2.112.081	1.178.155
ASTURIAS	1.749.996	1.628.053	1.796.896	1.671.685	1.074.901
BALEARES	2.100.655	2.797.703	2.199.386	2.929.195	750.850
CANTABRIA	900.730	1.717.656	931.625	1.776.572	524.395
CAST. LA MANCHA	2.709.588	1.640.363	2.806.862	1.699.252	1.651.822
CAST. Y LEON	4.440.898	1.794.112	4.562.135	1.843.091	2.475.262
EXTREMADURA	1.434.315	1.376.374	1.499.289	1.438.724	1.042.097
MADRID	12.252.539	2.414.537	12.702.207	2.503.151	5.074.488
MURCIA	1.614.026	1.490.791	1.677.296	1.549.230	1.082.664
RIOJA	591.485	2.249.865	612.246	2.328.835	262.898
CEUTA	114.471	1.646.946	117.699	1.693.390	69.505
MELILLA	103.494	1.762.200	106.350	1.810.837	58.730

	G.S.96	G.S.97	G.S.pc 96	G.S.pc 97
ANDALUCIA	590.730	624.054	83.154	87.845
CATALUÑA	533.057	563.128	87.453	92.387
CANARIAS	129.947	137.278	83.536	88.249
GALICIA	234.358	247.579	86.508	91.388
NAVARRA	44.438	46.945	84.633	89.407
PAIS VASCO	185.887	196.373	90.441	95.543
C. VALENCIANA	335.036	353.936	85.225	90.033
INSALUD (G.D.)	1.319.430	1.369.258	86.543	89.812

REFERENTE GASTO SANITARIO PUBLICO



	POBLACIÓN			INGRESOS* (AÑO 1996)
	AÑO 1991*	AÑO 1996^**		
Catalunya	6.059.494	6.090.040	Catalunya	605393
Galicia	2.731.669	2.743.760	Galicia	305904
Andalucía	6.940.522	7.216.649	Andalucía	740429
Valencia	3.857.234	4.009.329	Valencia	356116
Canarias	1.493.784	1.606.522	Canarias	184287
España	38.872.268	39.652.742	España	3048955

* Censo 1991.

* millones de ptas.

** Padrón 1996.

	POBLACIÓN			INGRESOS* (AÑO 1996)
	AÑO 1991*	AÑO 1996**		
Asturias	1.093.937	1.088.342	Asturias	53.401
Cantabria	527.326	527.437	Cantabria	34.991
La Rioja	263.434	264.491	La Rioja	16.818
Murcia	1.045.601	1.097.249	Murcia	42.926
Aragón	1.188.817	1.187.546	Aragón	73.494
Castilla La Mancha	1.658.446	1.712.518	Castilla La Mancha	96.511
Extremadura	1.061.852	1.070.444	Extremadura	68.420
Baleares	709.138	760.379	Baleares	30.121
Madrid	4.947.555	5.022.289	Madrid	273.196
Castilla y León	2.545.926	2.508.496	Castilla y León	166.907
España	38.872.268	39.652.742	España	3.048.955

* Censo 1991.

** Padrón 1996.

CUOTAS DE PARTICIPACION (%) DE LAS DISTINTAS CC.AA. EN RENTA REGIONAL BRUTA (1), RENTA FAMILIAR DISPONIBLE (2), VALOR AÑADIDO BRUTO -evolución en ptas. constantes (3), base 100= 1990-, y a precios de mercado en % (4); RECAUDACION REGIONAL EN IRPF (en millones de ptas.) (5), y evolución -ratio 1996/1990- (6) Y POR CUOTAS EN EL IRPF (en millones de ptas.) (7), y evolución -ratio 1996/1990- (8) Y PRESUPUESTOS CONSOLIDADOS (en millones de ptas.) (9) Y SU EVOLUCION DE LAS CC.AA (índice 1990= 100) (10).

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
	1996	1996	Índice 1998	1994	1996	Índice 96/90	1996	Índice 96/90	1996	1996
CC.AA. art. 151										
Andalucía	12,87	14,48	112,36	13,50	438.365	1,6865	546.580	1,3785	2.032.772	167
Canarias	3,58	3,58	124,55	3,94	143.211	1,8316	152.143	1,4775	467.388	241
Cataluña	18,89	18,26	117,91	18,97	1.080.478	1,4325	1.032.466	1,3494	1.747.083	164
Galicia	5,76	6,33	113,43	5,55	219.082	1,8187	249.923	1,4954	819.625	231
C. Valenciana	9,69	10,00	114,64	9,71	380.727	1,8802	428.375	1,4237	918.123	164
CC.AA. art. 143										
Asturias	2,28	2,58	110,39	2,49	116.946	1,6324	133.005	1,3255	149.221	224
Baleares	2,60	2,56	122,18	2,36	95.923	1,6414	98.456	1,4183	56.255	225
Cantabria	1,34	1,30	115,67	1,30	88.916	1,3515	60.603	1,2654	58.241	116
La Rioja	0,76	0,79	122,73	0,89	25.574	1,5448	32.819	1,3520	30.603	131
Madrid	17,64	14,22	115,74	15,74	1.699.822	1,4127	1.074.043	1,2864	559.468	187
Murcia	2,08	2,19	112,21	2,51	64.134	1,6784	88.204	1,4191	97.850	156
Aragón	3,26	3,26	114,00	3,29	142.894	1,5634	171.835	1,3561	179.340	296
Castilla y León	5,85	6,50	116,04	5,75	199.017	1,6678	275.263	1,4333	410.347	272
Castilla La Mancha	3,58	3,97	109,33	3,65	91.172	1,7146	137.985	1,5447	322.630	256
Extremadura	1,83	2,15	111,92	1,85	45.103	1,7092	66.397	1,5415	217.754	254
CC.AA. de régimen floral										
País Vasco	6,17	5,95	119,10	6,66					704.361	164
Navarra	1,54	1,55	114,85	1,56					255.335	205

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Bennet R. (1988): "Distribution of Benefits from Government Services Horizontal equity". **Public Finance**, nº 1.

Brazier R. (1994): "Allowing for London Market Forces: the case of the NHS" **Public Money**, Set. 1987.

Cabasés, J.M. (1998) 'La financiación sanitaria autonómica. Bases para una propuesta'. **Papeles de Economía Española**, no 61. FUNCAS, CECA. Madrid.

Calsamiglia X, J.M. Esteban, M.A. Planas y C. Ponsati (1991): **El finançament de les CC.AA.: Avaluació del sistema actual i criteris per a la seva reforma**. Departament d'Economia i Finances de la Generalitat de Catalunya.

Congreso de los Diputados (1997): **"Acuerdo Parlamentario de la Subcomisión de Modernización del Sistema Sanitario"**. Madrid, 30 de Septiembre.

Consejo de Política Fiscal y Financiera (1996): **"Sistema de Financiación de las Comunidades Autónomas para el quinquenio 1997-2001"**. Madrid, 23 de Septiembre.

Consejo de Política Fiscal y Financiera, Grupo de trabajo para la financiación de la sanidad (1997): **"Financiación de los servicios de sanidad en el período 1998-2001"**. Madrid, 27 de Noviembre.

Department of Health and Social Security(1976): **Resources Allocation Working Party**. DHSS, Londres.

Department of Health and Social Security (1994): **Revenue Resource Allocation. Weighted Capitation Formula**. NHS Executive.

Courchene T.J.(1986): 'Imposición sobre la renta e igualación de recursos: perspectivas canadienses' en *Seminario sobre la corresponsabilidad fiscal y nivelación de recursos*. **Institut d'Estudis Autonòmics, Quaderns de Treball** nº 46. Generalitat de Catalunya.

Eurostat (1996) **"The demographic situation in the European Union"** Bruselas.

Getzen, T.E.(1992): 'Population aging and the growth of health expenditures'. **Journal of Gerontology** 47, pags 98-104.

House of Commons, Health Committee (1996): **"Allocation of Resources to Health Authorities"**. volume 1, London: HMSO.

López Casasnovas G. y otros (1993): **"Estudio para la Reforma de la Financiación Autonómica de la Sanidad"**, Generalitat de Catalunya.

López Casasnovas, G. y Ibern, P.(1995): 'Algunas consideraciones básicas para comprender la evolución de las cifras del gasto sanitario'. **Hacienda Pública Española** nº 134, pág. 133-144.

López Casasnovas, G. y D. Casado (1998a): 'La financiación de la sanidad pública española: aspectos macroeconomicos e incidencia en la descentralización fiscal', **Presupuesto y Gasto Público** Ministerio de Economía y Hacienda, no 20.

López Casasnovas, G. (1998b) 'Financiación autonómica y gasto sanitario público en España', en **Papeles de Economía Española**, no 61. FIES CECA. Madrid.

Nestman L.J. (1996): 'Federal and Provincial Roles in Canadian Health Care Budgets' en '**Fixing Health Budgets: Experience from Europe and North America**' editado por F. W. Schwartz y otros, Wiley.

McLarty R. A. (1986): 'La responsabilidad fiscal, participación en ingresos e igualación' en *Seminario sobre la corresponsabilidad fiscal y nivelación de recursos*. **Institut d'Estudis Autònoms, Quaderns de Treball** nº 46. Generalitat de Catalunya.

Mattews R. (1996) "Federal State Fiscal Arrangements in Australia". Reprint Series número 4579. The **Australian National University**, pág. 22.

NHS Executive (1994): HCHS Revenue Resource Allocation. **Department of Health**, October.

NHS Executive (1995): '1996-97 Health Authority Planned Initial Cash Limits. Interim Exposition Booklet' **Department of Health**, April.

NHS Executive (1996): '1996-97 Health Authority Revenue Cash Limits Exposition Booklet' **Department of Health**, April.

Perry J.H. (1989): "A Fiscal History of Canada. The Postwar Years". **Canadian Tax Journal**. Número 88. Canadian Tax Foundation.

Rico, A (1997): "**Necesidades sanitarias y redistribución regional de recursos en España**". Mimeo. CRES- UPF.

Sanfrutos, N. (1996): "Reformas sanitarias y equidad. Distribución territorial de los recursos. Una visión y posición desde Andalucía". Mesa redonda sobre **Reforma Sanitaria y Equidad**. Fundación Argentaria, 17-18 Diciembre.

Smee C.H. (1996): 'Setting Regional Allocations and National Budgets in the UK' en '**Fixing Health Budgets: Experience from Europe and North America**' editado por F. W. Schwartz y otros, Wiley.

Solé Vilanova J. (1990) "El finançament de les províncies del Canadà: Un exemple d'autonomia tributària". **Nota d'Economia** nº 37. Conselleria d'Economia i Finances. Generalitat de Catalunya.