



## BALANCE CRÍTICO DE LA DESCENTRALIZACIÓN TERRITORIAL DE LA SANIDAD

*José Jesús Martín Martín \**

Transcurrido un cuarto de siglo desde que se inició el traspaso de competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas (CCAA) y 20 años desde la aprobación de la Ley General de Sanidad (LGS), es un momento adecuado para reflexionar sobre el trayecto recorrido y explorar los desafíos que nos esperan en el futuro próximo. Decía el filósofo danés Soren Kierkegaard que “La vida sólo puede ser comprendida mirando para atrás.... mas sólo puede ser vivida mirando para adelante”. Una condición necesaria para que la mirada sea esclarecedora, es interrogarse sobre algunas de las creencias tácitamente aceptadas por la opinión pública. Dos me parecen particularmente importantes.

La primera afirma que el fuerte nivel de descentralización política acaecido en España en las últimas décadas ha sido una de las causas, si no la principal del sólido crecimiento económico y social del país. Es posible pero no es seguro. La liberación de las energías sociales y humanas que generó el alumbramiento de la democracia y el fin de la dictadura, nuestra integración en Europa y en el euro, o el extraordinario alisamiento de los ciclos económicos, consecuencia de la globalización y la revolución tecnológica, son también firmes candidatos a un papel protagonista.

La segunda sostiene que en casi cualquier circunstancia más descentralización es siempre mejor. ¿Mejor para que, y para quien?. Es posible, que en algunas cuestiones el problema no sea descentralizar, sino al contrario, diseñar mecanismos institucionales de coordinación y cohesión a nivel del Estado con capacidad efectiva para tomar decisiones. En política sanitaria abundan los ejemplos en que la descentralización debe ir acompañada de instituciones de coordinación. Carecemos de mecanismos efectivos de planificación y coordinación de la política de recursos humanos del Sistema Nacional de Salud (SNS), mantenemos un fraccionamiento ineficiente de las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias, no existe un sistema de información sanitario a nivel del Estado, los sistemas informáticos de los distintos Servicios Regionales de Salud (SRS) son incompatibles entre sí, las Tarjetas Individuales Sanitarias (TIS) sólo sirven (cuando sirven) en cada Comunidad Autónoma (CA) sin que existan bases de datos integradas de las mismas, las políticas de salud pública están excesivamente parceladas, los problemas de eficiencia son comunes y similares en todos los SRS, las insuficiencias financieras son la norma histórica y no la excepción, y junto a todo esto, y no menos importante, los mecanismos para garantizar un mínimo de igualdad en el conjunto del SNS son insuficientes.

---

\* Universidad de Granada.

Posiblemente el acuerdo fraguado en el año 2001, por el que se generalizó el traspaso de competencias sanitarias a todas las CCAA “puso el carro antes que los bueyes” y dejó para después los diseños legislativos e institucionales que garantizaran una coordinación efectiva del sistema. La premura política por cerrar definitivamente el modelo autonómico, propició un traspaso de las competencias sanitarias a diez CCAA improvisado y poco meditado, donde los acuerdos políticos bilaterales prevalecieron frente a la opción de definir un concepto normativo de necesidad sanitaria homogénea entre CCAA.

Por otra parte, la pretensión de estabilidad, sin fecha de revisión (a diferencia de los anteriores acuerdos) del modelo de financiación autonómica aprobado por La ley 21/2001 pronto se volvió inviable e irreal. En apenas tres años ha tenido que ser revisado para paliar el déficit sanitario acumulado por las CCAA. Un problema secular y crónico del sistema sanitario español.

Finalmente, el inicio del proceso de reformas de diversos estatutos de autonomías, y particularmente la aprobación del nuevo Estatuto de Autonomía de Cataluña van a obligar a una nueva negociación compleja y difícil del modelo de financiación autonómica en su conjunto.

En apenas cuatro años hemos pasado del objetivo político de “cerrar” el diseño del Estado de las Autonomías a una de las situaciones más abierta e incierta desde el final la transición democrática en lo referente a la cuestión territorial. La reforma del Estatuto de Autonomía Catalán aprobado de forma rotunda (73,9% a favor y 20,7% en contra) pero con un bajo índice de participación electoral (49,4% de participación), reflejo de un notable distanciamiento entre las élites políticas y los ciudadanos, ha provocado un proceso de emulación en otras CCAA. Esta emulación, no sólo se traduce en la búsqueda de identidades colectivas con expresiones más o menos afortunadas: nación, nacionalidad, realidad nacional, carácter nacional...., sino que busca las máximas cotas de autogobierno. Esta carrera por recursos y competencias entre CCAA, va pareja al resurgir de una ideología nacionalista de corte identitario y esencialista, similar al pensamiento profundamente conservador que alimentó la efervescencia de los nacionalismos vasco y catalán después del desastre del 98. Este proceso de no ser canalizado adecuadamente provocará, no sólo el aumento de los conflictos jurídicos y políticos entre CCAA, sino la progresiva debilidad del papel redistribuidor del Estado en servicios públicos esenciales como la sanidad.

Esto no debe ocurrir. Debemos ser capaces de combinar diferencias (autonomía) e igualdad (equidad) mejorando el bienestar colectivo de todos, y no sólo de algunos (individuos o territorios). Al fin y al cabo, igualdad y diferencia son dos caras de la misma moneda, dos conceptos que se definen uno en referencia al otro, la diferencia es sólo la sombra de la igualdad, y la igualdad, únicamente la sombra de la diferencia.

El texto se organiza de la siguiente forma, el primer epígrafe realiza algunas reflexiones sobre los conceptos de eficiencia e igualdad en sanidad. A continuación, se realiza una sucinta revisión histórica de la financiación autonómica de la sanidad hasta el año 2001. El tercer epígrafe



describe el actual modelo de financiación autonómica en lo que se refiere al subsistema sanitario, incluyendo el reciente acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera (CPFF) para afrontar el déficit sanitario. Finalmente, un epígrafe de valoración y propuestas cierra el documento.

## 1. Eficiencia y equidad en sanidad

Los principios normativos que inspiran los modelos de distribución de recursos sanitarios a nivel regional, se sintetizan en los criterios de eficiencia y equidad. Normalmente, las relaciones entre estos dos criterios son tensas y complejas, y ninguno de los dos conceptos se deja enclaustrar en definiciones exclusivamente positivas y univocas.

Cualquier teoría sobre la equidad supone, explícita o implícitamente, algún criterio de igualdad en algún espacio o dimensión considerado prioritario, es decir, un tratamiento igualitario en relación a una definición de equidad, lo que constituye el sustrato de cualquier teoría de justicia distributiva<sup>1</sup>. Como ha argumentado Amartya Sen (1992) la demanda de igualdad en algún espacio relevante (utilidades, oportunidades, capacidades, etc.) supone la subordinación de otras definiciones de igualdad en relación a la identificada como central. Distintas teorías o propuestas de distribución territorial de recursos sanitarios suponen juicios éticos y valores normativos sobre la igualdad que son irreductibles y conflictivos entre sí (RAWLS, 1971, 1990; SEN 1992; ARNSPERGER y VAN PARIJS 2000).

En un sistema descentralizado territorialmente, la igualdad se expresa en una definición de necesidad, homogénea para todas las regiones, por ejemplo en sanidad: la igualdad de acceso para igual necesidad (MONTERO, JIMENEZ y MARTÍN, 2006). Cuestión especialmente difícil en el ámbito sanitario sujeto a una compleja relación entre necesidad sanitaria, demanda, utilización y oferta (WRIGHT, WILLIAMS y WILKINSON, 1998).

En España, la LGS menciona los principios de equidad que deben considerarse: los principios de universalidad de las prestaciones (art. 3.2), de igualdad efectiva en el acceso (art. 3.2), de superación de desequilibrios territoriales (art. 3.3) y de orientación de las políticas de gasto a corregir desigualdades y garantizar la igualdad de acceso (art. 81) a los programas y servicios sanitarios<sup>2</sup>.

1 Por ejemplo, es diferente en términos normativos un enfoque utilitarista que persiga la igualdad de ponderación de las utilidades de las personas, una aproximación según el principio de igualdad de oportunidades orientado a eliminar las situaciones o dotaciones desiguales de partida, o la perspectiva de igualdad de capacidades focalizada en la reducción de aquellas desigualdades de capacidad identificadas como relevantes.

2 También en la exposición de motivos de la LGS se recoge que *la equidad se conseguirá mediante una asignación de recursos financieros que tenga en cuenta tanto la población a atender en cada CA como las inversiones sanitarias a realizar para corregir desigualdades territoriales sanitarias.*

No sólo la igualdad importa como criterio normativo, la eficiencia es otro criterio relevante. Por ejemplo, si pensamos en un enfoque principal-agente, actuando el Estado como principal y las CCAA como agentes, la búsqueda de un modelo que responsabilice a éstas de las políticas de gasto sanitario realizadas en el ámbito de sus competencias, aconseja el diseño de modelos de corresponsabilidad fiscal de acuerdo con el principio de autonomía (MARTÍN y SÁNCHEZ, 2006). En una situación hipotética de igualdad de riqueza entre CCAA, el principio de autonomía sugiere que su oferta de servicios públicos, sea financiada exclusivamente por sus propios ingresos, sin recurrir a transferencias estatales (SEVILLA, 2005) para generar un esquema de incentivos óptimo.

Cuando el debate autonomía–igualdad se produce en contextos institucionales que garantizan jurídicamente un acceso universal a la asistencia sanitaria y un compromiso con la corrección de desigualdades en salud, la tensión entre políticas sanitarias orientadas a la igualdad frente a políticas descentralizadoras de competencias suele originar conflictos. El SNS español constituye un buen ejemplo.

## 2. Sistema sanitario y financiación autonómica de la sanidad

El actual sistema sanitario español nace históricamente a mediados del siglo pasado<sup>3</sup> inspirado en los modelos continentales europeos de Seguridad Social, aunque a diferencia de ellos desarrolla -sobre todo en los años sesenta- una extensa red de centros y organizaciones propias de carácter ambulatorio y hospitalario -con la relativa excepción de Cataluña-, integrados en el INSALUD desde su creación en 1978 como un órgano gestor de la Seguridad Social. El INSALUD era una gran organización burocrática integrada verticalmente, regida por el principio de jerarquía, la centralización de las decisiones y el sometimiento al Derecho Público en todos sus ámbitos. Varios de estos rasgos institucionales y organizativos son todavía apreciables en los actuales SRS, y constituyen una rémora histórica para mejorar significativamente la eficiencia (MARTÍN y DE MANUEL, 1998; MARTÍN 2006).

Realizada la transición democrática, la LGS de 1986 sancionó el derecho ciudadano a la asistencia sanitaria, iniciando el proceso de transformación de un sistema de Seguridad Social a un SNS definido en su artículo 44.2 como «el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas en los términos establecidos en la presente Ley». Con anterioridad a la LGS, en 1981 con Cataluña y en 1984 con Andalucía, se había iniciado el traspaso de competencias sanitarias a las CCAA que

3 Concretamente en 1943 con la puesta e marcha del Seguro Obligatorio de Enfermedad, que posteriormente se transformara en la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social (ASSS) a partir de la Ley de Bases de la Seguridad Social (1963)



culminó el año 2002 con la generalización de las mismas a todas las CCAA<sup>4</sup>. Este período histórico se caracteriza por los siguientes rasgos<sup>5</sup>:

- Un sistema propio de financiación, basado en transferencias condicionadas, independiente de los mecanismos de financiación previstos en la Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas (LOFCA). Este sistema específico es consecuencia de la pertenencia del INSALUD a la Seguridad Social y no a la Administración del Estado<sup>6</sup>.
- Un proceso secuencial de traspaso de las competencias sanitarias y de la gestión del INSALUD iniciado en 1981 y culminado a principios del siglo XXI con la generalización de las transferencias a las diez CCAA restantes.
- La transformación gradual desde un sistema de Seguridad Social financiado mayoritariamente por cotizaciones sociales a otro financiado fundamentalmente por impuestos. Paralelamente, se fue ampliando de forma progresiva la cobertura poblacional de la ASSS hasta llegar a una práctica universalización. Aunque financiación por impuestos y universalización de la asistencia sanitaria son dos rasgos típicos de los Sistemas Nacionales de Salud, el proceso ha sido incompleto. Por un lado, todavía en la actualidad existe un pequeño porcentaje de la población española excluida de la ASSS, y por otro -más importante sin duda- existen desigualdades en la cobertura pública provocada por los regímenes especiales de Seguridad Social de funcionarios de la Administración Central<sup>7</sup> (aproximadamente 2.5 millones de personas) que suponen en la práctica un doble aseguramiento y una situación de privilegio (FREIRE, 2005).
- La generación recurrente de déficits que obligaron al gobierno central a realizar periódicas operaciones de saneamiento tanto para el INSALUD como para las CCAA con transferencias sanitarias.

Cronológicamente es posible distinguir tres períodos: el periodo transitorio de 1981 a 1994, el comprendido entre 1994 a 1997 donde se aplica el primer acuerdo general de financiación autonómica de la sanidad, y el período 1998-2001 donde se fraguó otro acuerdo básicamente continuista del anterior.

4 Las CCAA que habían accedido a la autonomía por la vía del art. 143 de la Constitución, debían tener reflejada esta competencia en su Estatuto de Autonomía para poder asumir las funciones y servicios del INSALUD, hecho que no se ha producido hasta finales del siglo pasado en que todas las CCAA del art. 143 reformaron sus estatutos en ese sentido.

5 Véase Sanfrutos (1991), Monasterio et al (1995), Ministerio de Sanidad y Consumo (1997), Rico (1998), Cabasés (1998), López (1998), Gamazo, *et al.* (2000), Ministerio de Hacienda (2002), Sanchez y Molina (2006).

6 Se realizó una interpretación restrictiva de lo que debía entenderse por *régimen económico de la Seguridad Social* y de quién podía gestionarlo. Dado que la financiación era fundamentalmente por cotizaciones, se decidió su exclusión del sistema establecido por la LOFCA, distribuyéndose los recursos en función de los decretos particulares de traspasos del INSALUD.

7 Tienen sus propias Mutuas de Seguridad Social: MUFACE para funcionarios civiles, MUGEJU para funcionarios judiciales e IFAS para funcionarios militares.

## Período Transitorio (1981-1994)

Al iniciarse el proceso de transición política en 1976, una de las principales características del sistema sanitario es su titularidad eminentemente pública pero heterogénea, con una preeminencia de la Seguridad Social, tanto en términos de población cubierta, como de titularidad de los centros asistenciales y de financiación de los gastos<sup>8</sup>. Durante este período se produjeron de forma simultánea tres complejos procesos de cambio institucional: la creación de un SNS desarrollando lo previsto en la LGS; el cambio del origen de los recursos desde cotizaciones sociales a impuestos, y los acuerdos de traspaso de competencias hacia algunas CCAA.

La Ley 37/88 de Presupuestos Generales del Estado (PGE) para 1989, alteró la composición de las fuentes de recursos del sistema sanitario, que pasa, a financiarse de forma mayoritaria con cargo a los PGE (75%) y de forma minoritaria (25%) con cargo al presupuesto de la Seguridad Social<sup>9</sup> (SANFRUTOS, 1997). Este proceso continuó acentuándose en los años sucesivos, de forma que la financiación exclusiva con cargo a los PGE se produjo a partir del año 1999.

En el año 1981 comenzaron las transferencias de los servicios sanitarios del INSALUD con el traspaso de competencias a Cataluña<sup>10</sup>, posteriormente se añadirían Andalucía<sup>11</sup> (1984), País Vasco<sup>12</sup> (1988), Valencia<sup>13</sup> (1988), Galicia<sup>14</sup> (1991), Navarra<sup>15</sup> (1991) y Canarias<sup>16</sup> (1994). No existió un criterio uniforme para valorar los recursos sanitarios transferidos a cada CA, utilizándose desde el método del coste efectivo (similar al empleado durante el período transitorio de las transferencias de las competencias comunes), al criterio de población protegida o población del derecho. No se utilizó por tanto, ningún criterio homogéneo de necesidad sanitaria.

Esencialmente, cada CA recibía como transferencias finalistas un porcentaje de participación del presupuesto del INSALUD no transferido (el acordado en sus acuerdos de traspasos). Como consecuencia de este sistema, las insuficiencias presupuestarias crónicas del INSALUD se trasladaban a las CCAA alimentando la creación de déficits recurrentes que dieron lugar o a varios Planes de Saneamiento<sup>17</sup>. La insuficiencia presupuestaria fue la tónica habitual del período<sup>18</sup>.

8 La Administración Central, por su parte, soporta un 17,56 por 100 del total de la financiación y la Local un 19,66 por 100. Los centros privados y de beneficencia, casi en su totalidad propiedad de la Iglesia Católica, también representaban una parte importante del sistema, debido a la falta de cobertura pública de amplias capas de población.

9 Por otro lado, en la misma Ley de presupuestos de 1989 se establecieron mecanismos de financiación y traspaso de los hospitales provinciales dependientes de Diputaciones y Cabildos a las CCAA con el objetivo de crear un único servicio integrado de salud por cada CA.

10 R.D. 1517/81.

11 R.D. 400/1984.

12 R.D. 1536/1987.

13 R.D. 1612/1987.

14 R.D. 1679/1991.

15 R.D. 1680/1990.

16 R.D. 446/1994.

17 Sobre las deudas existentes al 31-12-88, 31-12-91 y los años 1992 y 1993.

18 Hasta 1986, no empezaron las CCAA con competencias sanitarias a participar de la liquidación del presupuesto del INSALUD, que en todo caso era inferior al gasto devengado en el ejercicio.



## 1<sup>er</sup> Acuerdo (1994-1997)

Tras el último traspaso de competencias a Canarias, con el objetivo de equiparar la financiación entre todas las CCAA con el INSALUD transferido, y solucionar el cada vez más asfixiante problema de la deuda sanitaria, entró en vigor del primer acuerdo general de financiación sanitaria<sup>19</sup>.

Se afrontó el problema del déficit acumulado, estimado en 3.332 millones de euros (561.043 millones de ptas.) (incluyendo INSALUD y CCAA con transferencias) mediante un plan de saneamiento escalonado en tres años<sup>20</sup>, utilizando como criterio del reparto entre CCAA los coeficientes de participación. La estimación del déficit acumulado se realizó a partir del calculado para el INSALUD en su territorio, extrapolándolo posteriormente al conjunto del sistema según los porcentajes de participación<sup>21</sup>.

El acuerdo de financiación se sustentaba en los siguientes criterios:

- La suficiencia financiera estática se trató de alcanzar tomando como referencia el gasto efectivo del INSALUD para 1993 (liquidación presupuestaria más deudas no aplicadas)<sup>22</sup>.
- Como criterio de suficiencia dinámica se estableció una tasa de crecimiento interanual igual al crecimiento del PIB nominal acumulado desde 1993.
- Se definió como criterio de necesidad la población protegida<sup>23</sup>, a tenor de lo establecido en la LGS, estableciendo un periodo de adaptación, desde los coeficientes de participación existentes a los nuevos índices de población protegida, con la finalidad de no penalizar excesivamente a aquellas CCAA a las que se le reducía su porcentaje de participación. En la práctica, este ajuste no llegó a producirse.
- Otras medidas incluidas en el acuerdo se referían al carácter limitativo de los créditos del presupuesto del INSALUD que perdieron su carácter de ampliable, y la asunción, con cargo a los PGE, de la compensación por asistencia sanitaria a desplazados.

19 Acuerdo del CPFF de 21 de septiembre de 1994.

20 El RD Ley 6/1992 del 13 de noviembre concedió un crédito extraordinario a la Seguridad Social por importe de 1.666 millones de euros (280.558 millones de ptas.) para cancelar el 50% de la deuda reconocida. El resto se canceló en los PGE en 1993 y 1994 mediante préstamos del Estado a la Seguridad Social.

21 Dos hipótesis subyacían a este esquema: el reconocimiento por parte del INSALUD de la totalidad de la deuda, y que el patrón de crecimiento del gasto sanitario de las CCAA con transferencias hubiera sido similar al del INSALUD. Ninguna de estas dos hipótesis se reveló cierta, pero permitió aliviar las presiones financieras a las que estaban sometidos los distintos SRS.

22 Sin embargo, al presupuesto total para 1994 se le aplicó una reducción por un importe total de 276 millones de euros (146.440 millones ptas.) en concepto de unas hipotéticas medidas de ahorro y racionalización del gasto fundamentalmente vinculadas al gasto en farmacia que nunca se produjeron.

23 Que está constituida por la población de derecho de cada CA de la que se detraen aquellos colectivos no protegidos, normalmente asociados a los regímenes especiales de la Seguridad Social como MUFACE; MUJEJU; ISFAS, etc.

Como resultados positivos del periodo cabe señalar el establecimiento de un criterio uniforme de necesidad, la población protegida, y de un criterio explícito de crecimiento anual, el PIB nominal. Sin embargo, este criterio fue claramente insuficiente para absorber el crecimiento del gasto sanitario creándose de nuevo un importante déficit<sup>24</sup>. Tampoco se desarrolló la definición de criterios de equidad y corrección de desigualdades de salud, establecida en la LGS.

Finalmente, debe reseñarse la vinculación del acuerdo a la necesidad del gobierno de recabar apoyos parlamentarios, consecuencia de la pérdida de mayoría absoluta en las elecciones generales.

## 2º Acuerdo (1998-2001)

El nuevo acuerdo<sup>25</sup> para el cuatrienio 1998-2001 es, en términos generales, una prórroga del anterior con algunas modificaciones. Así, respecto al criterio básico de distribución de recursos, la variable de población protegida continuó siendo preponderante, aunque con los datos actualizados del padrón de 1996<sup>26</sup>. No obstante, se introdujeron Fondos específicos, que en conjunto apenas superaron el 3,5 % del total de recursos: el fondo para la modulación financiera (122,87 millones de euros) para paliar la pérdida de financiación de las CCAA con pérdidas porcentuales de población; el fondo para la atención a desplazados y docencia (287,99 millones de euros) que se repartió *ad hoc*, el fondo para el control del gasto en incapacidad temporal (240,40 millones de euros), y el fondo procedente de las negociaciones con la industria farmacéutica (150,25 millones de euros). Estos dos últimos fondos se distribuyeron en función de la población protegida<sup>27</sup>. El criterio de suficiencia dinámica se estableció en función del crecimiento anual del PIB nominal *al coste de los factores*<sup>28</sup>.

Junto al mantenimiento de los problemas de insuficiencia financiera, y la falta de definición de criterios de equidad, el acuerdo fue criticado por la creación de los fondos específicos y sus criterios de reparto. Nuevamente, como en el periodo anterior (pero esta vez con un

24 En el periodo 1987-1996 la media anual de crecimiento del presupuesto del INSALUD fue del 12,81% y la tasa media de variación del PIB nominal para ese periodo del 8,96% (Sánchez y Molina 2006)

25 Acuerdo del CPFF de 27 de noviembre de 1997

26 El reconocimiento de este padrón provocó que aquellas CCAA con incrementos de población incrementaran sus recursos, en detrimento de aquellas con pérdidas porcentuales de población, lo que unido al hecho de que en el sistema de financiación de competencias comunes siguiese aplicando las variables poblacionales del censo de 1991, provocó no pocas críticas respecto a la disparidad de criterios.

27 El modelo de financiación no pudo concretar ni la cuantía ni la forma de distribución de los fondos para el control del gasto de la incapacidad temporal y de negociación con la industria farmacéutica. Estos comenzaron a distribuirse en 1999 de forma proporcional a la población protegida, aunque la primera intención era distribuirlos en función a índices de esfuerzo de cada CA.

28 El PIB nominal, como el resto de macromagnitudes puede calcularse *a coste de los factores* y *a precio de mercado*. En el acuerdo sólo se mencionaba que el presupuesto total se vería incrementado en función del PIB nominal, no especificándose a cual de los dos se refería. El PIB nominal *a coste de los factores* puede obtenerse a partir del PIB nominal *a precios de mercado* deduciendo los impuestos vinculados a la producción e incrementándolo en las Subvenciones a la explotación. La no neutralidad práctica del sistema impositivo provoca que su cuantía fuese unas décimas inferior al PIB a precios de mercado.



gobierno central de signo ideológico diferente), la vinculación del acuerdo a la necesidad de buscar apoyos parlamentarios en las minorías nacionalistas explica algunas características del mismo.

### 3. Modelo actual de financiación actual de la sanidad <sup>29</sup>

A finales del de 2001 expiraron simultáneamente los tres sistemas de financiación autonómica de régimen común: competencias comunes, servicios sanitarios y servicios sociales posibilitando la búsqueda de un sistema integrado de financiación autonómica. El sistema aprobado por el CPFF el 27 de julio de 2001 (Consejo de Política Fiscal y Financiera, 2001), da pasos significativos en esta dirección, y aunque se mantienen tres submodelos diferenciados - con distintas variables de distribución, diferentes reglas de evolución, etc.- se cierra en un mecanismo común. El acuerdo se plasmó en la Ley 21/2001 de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las CCAA de régimen común y ciudades con estatuto de autonomía (BOE 313, 31-12-01) y supuso modificaciones importantes de la LOFCA <sup>30</sup>. En síntesis del modelo se define en cuatro apartados: a) La restricción inicial b) la definición de necesidad: suficiencia estática c) Recursos del sistema y d) Reglas de evolución dinámica.

#### Restricción inicial

La restricción inicial general se definió como la suma de los recursos financieros obtenidos en el ejercicio de 1999 por competencias comunes, por sanidad y por servicios sociales<sup>31</sup>. La masa homogénea de financiación en el subsistema de los servicios sanitarios de la Seguridad Social quedó integrada por la suma de la financiación resultante de la liquidación definitiva del año 1999 para las CCAA con el INSALUD transferido, y la financiación resultante para las diez CCAA restantes, por un importe total de de 23.023,87 millones de euros.

29 Para un análisis más amplio, véase Cantarero (2002), Campillo (2004), Montero, Jimenez y Martín (2004), Sanchez y Molina (2006), Fuente (2005), Tamayo (2003), Utrilla (2001 y 2002).

30 Ley Orgánica 7/2001 de 27 de diciembre, de modificación de la Ley Orgánica 8/1980 de 22 de septiembre, de Financiación de las Comunidades Autónomas (BOE 313)

31 En términos de aportación a la restricción inicial, la financiación de las competencias comunes supuso el 54,3% del total, la sanidad el 44,3% y los servicios sociales el 1,4% restante.

## La definición de necesidad: suficiencia estática

La definición de necesidad es diferente en cada uno de los tres subsistemas considerando distintas variables sociodemográficas y redistributivas, y diversos fondos específicos que acompañan al fondo general de cada bloque. El porcentaje resultante para cada CA será su participación en la restricción inicial del subsistema correspondiente.

En el ámbito específico del bloque de competencias sanitarias se estableció un fondo general y dos fondos específicos: el Fondo Programa de Ahorro en Incapacidad Temporal<sup>32</sup> y el Fondo de cohesión sanitaria<sup>33</sup>. El fondo general que suponía más del 98% de los recursos del subsistema se debía distribuir en principio en función de la población protegida con una ponderación del 75%, la población mayor de 65 años con un 24,5% de ponderación y, finalmente la variable insularidad con un 0,5%. Partiendo de la restricción inicial de 23.023,87 millones de euros, la aplicación de las variables del reparto suponía que siete CCAA de las quince de régimen común perdieran recursos<sup>34</sup>.

Sin embargo, el nuevo acuerdo incorporó para los tres subsistemas una garantía de mínimos por la cual, ninguna CA con competencias asumidas tendría menos recursos de los que disponía con el sistema de financiación anterior. Por otro lado, las diez CCAA que asumían la gestión de la asistencia sanitaria en paralelo a la aprobación del actual modelo, podían elegir entre los importes pactados en los respectivos acuerdos de traspaso (generalmente superiores) y los que resultaran de la aplicación de las variables del modelo<sup>35</sup>. El resultado es la existencia de hasta tres criterios diferentes de definir la necesidad sanitaria<sup>36</sup>. La financiación total pasó a 23.533,74 millones de euros un 2,21% superior a la restricción inicial (SÁNCHEZ y MOLINA, 2006) con un rango de financiación entre CCAA de 955 a 1.227 euros per cápita.

32 Se dotó inicialmente con 240,4 millones de euros.

33 Regulado por el RD 1247/2002 es gestionado directamente por el Ministerio de Sanidad con dos objetivos: a) compensar a las CCAA que reciban pacientes desplazados (tanto desde otras CCAA como del resto de la Unión Europea), articulando un sistema homogéneo de facturación y b) garantizar la igualdad de oportunidades y acceso al servicio público sanitario de todos los ciudadanos españoles.

34 Por ejemplo Andalucía tendría una financiación equivalente a 4278,02 millones € cuando su restricción inicial por el sistema anterior estaba situada en 4418,07 millones de €.

35 Algunas CCAA resultaron especialmente beneficiadas: la Rioja experimentó un incremento respecto a su restricción inicial, del 30,5%, Baleares un 20,2% y Cantabria un 12,8%.

36 Andalucía y Cataluña por la aplicación de la garantía de mínimos, definen la necesidad por el modelo anterior, es decir según el criterio exclusivo de población protegida. Aragón, Asturias, Baleares, Cantabria, Castilla León, Castilla La Mancha, Extremadura, Madrid, Murcia y la Rioja según la valoración establecida en sus respectivos acuerdos de traspaso. Finalmente, sólo a Canarias, Galicia y la Comunidad Valenciana se les aplica las variables de necesidad del acuerdo.



## Recursos del sistema

El nuevo modelo de financiación consagrado en la Ley 21/2001 aumenta el espacio fiscal de las CCAA mediante una ampliación de las competencias normativas en determinados impuestos<sup>37</sup>. Por su impacto específico en el sistema sanitario merece destacarse la creación del Impuesto sobre las Ventas Minoristas de determinados Hidrocarburos<sup>38</sup> que establece dos tramos, uno general y otro autonómico, en el que cada CA puede ejercer o no su capacidad normativa. La recaudación del tramo general se destina de modo íntegro a la financiación de los gastos sanitarios de las CCAA, mientras la recaudación del tramo autonómico puede destinarse también a gastos medioambientales.

También se amplía la participación territorializada de determinados impuestos armonizados a nivel europeo como el 35% de porcentaje de cesión en el IVA y el 40% en los Impuestos Especiales. Con excesiva frecuencia esta participación territorializada de ingresos estatales se confunde con un aumento de la autonomía fiscal. No es cierto. La participación territorializada de impuestos son transferencias incondicionales. Las CCAA no disponen de competencias normativas o de gestión. No aumenta por tanto, la autonomía fiscal y tienden a beneficiar a las CCAA con mayor riqueza.

La necesidad de recursos establecida para cada CA, tal y como se ha descrito anteriormente, se financia por la suma de recursos obtenidos mediante los tributos cedidos y la participación territorializada de impuestos. La diferencia se financia con una transferencia incondicional nueva, el Fondo de Suficiencia (FS), que actúa como mecanismo de cierre del sistema. Su cuantía para cada CA, se determina una sola vez, en el año base del modelo, 1999. Una CA tiene un FS positivo cuando sus necesidades de gasto sean superiores a los recursos tributarios que obtiene, inversamente, cuando los recursos tributarios son superiores a las necesidades de gasto, el FS es negativo. Sólo las CCAA de Madrid y Baleares obtuvieron un FS negativo y devuelven anualmente recursos al Gobierno Central.

37 Fundamentalmente, el Impuesto Sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF), el Impuesto sobre el Patrimonio, el Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones, y algunos impuestos no armonizados a nivel europeo

38 Ley 24/2001 de 27 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social.

## Reglas de evolución dinámica

El sistema de financiación autonómico establece como regla general que el FS cuando sea positivo ha de crecer anualmente según el índice de evolución que experimenten el ITE nacional (ITEn)<sup>39</sup> y según el ITE regional (ITEr)<sup>40</sup> cuando el FS sea negativo<sup>41</sup>.

Específicamente, referido al bloque de competencias sanitarias, la ley 21/2001 establece que las cantidades destinadas por cada CA a la gestión de los servicios sanitarios y sociales deberán incrementarse anualmente, como mínimo, según el ITE nacional<sup>42</sup>. Adicionalmente, se garantiza que durante los tres primeros años desde la puesta en vigor del modelo (2002-2004) los recursos destinados a la financiación del sistema sanitario crecerán, como mínimo, en función del PIB nominal<sup>43</sup>.

También, y por primera vez, el acuerdo de financiación desarrolla las asignaciones de nivelación del apartado 3 del artículo 15 de la LOFCA, definiendo cuando queda afectado el nivel de prestación de servicios públicos esenciales. En el ámbito sanitario, quedará afectada la prestación del servicio público de sanidad por parte de una CA cuando el incremento anual porcentual de su población protegida (ponderada en función de la edad) supere en 3 puntos a la media nacional.

### 3.1 Financiación del déficit sanitario

No habían transcurrido tres años del acuerdo de financiación autonómica, logrado con un amplio consenso de las fuerzas políticas, cuando tuvo que acometerse su primera modificación, consecuencia de la generación de un nuevo déficit sanitario. En este sentido la aprobación por parte del CPFF, en su reunión del 13 de septiembre de 2005, de un conjunto de medidas para afrontar el déficit generado en la financiación de la sanidad pública<sup>44</sup> como conclusión de las medidas analizadas en la II Conferencia de Presidentes, no es sino el último episodio de una historia recurrente de saneamientos financieros.

39 Constituido por la recaudación estatal (excluida la susceptible de cesión) por IRPF, IVA y los Impuestos especiales de fabricación sobre la cerveza, vino y bebidas fermentadas, sobre productos intermedios, sobre alcoholes y bebidas derivadas, sobre hidrocarburos y sobre labores del tabaco.

40 Constituido por la recaudación en el territorio de la CA, con criterio normativo, por IRPF, IVA y los Impuestos especiales de fabricación sobre la cerveza, vino y bebidas fermentadas, sobre productos intermedios, sobre alcoholes y bebidas derivadas, sobre hidrocarburos y sobre labores del tabaco.

41 Salvo en el caso de que el ITEr sea superior al ITEn, en cuyo caso evolucionará según este último.

42 A tal fin quedan condicionados todos los recursos financieros que el sistema otorgue a la CA (Art. 7.3 Ley 21/2001 de 27 de diciembre).

43 Disposición Transitoria 2ª de la Ley 21/2001.

44 Cuya plasmación legislativa se encuentra en el RD 12/2005.



El acuerdo supone, distribuir entre las CCAA con cargo a los PGE 1.677 y 1.777 millones de euros entre los años 2006 y 2007 respectivamente, repartidos en diversos fondos: transferencias por importe de 500 y 600 millones de euros en los años 2006 y 2007 respectivamente<sup>45</sup>, insularidad 55 millones de euros, 500 millones de euros anuales para prorrogar la garantía sanitaria de crecimiento en función del PIB nominal que expiraba en 2004, 200 millones de euros para compensar la asistencia a residentes extranjeros<sup>46</sup>, 100 millones de euros para compensar la atención por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales no cubiertos por las mutuas, incremento de 45 millones de euros del Fondo de Cohesión Sanitaria<sup>47</sup>, y 50 millones de euros para un plan de Calidad del SNS gestionado por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Adicionalmente, el Estado anticipa a las CCAA, gracias a cambios en el sistema de liquidación, la cantidad de 1365 millones de euros correspondientes a los ejercicios 2005 y 2006.

Finalmente, el acuerdo autoriza un incremento de los impuestos sobre el alcohol y el tabaco<sup>48</sup>, mayor capacidad normativa de las CCAA en los impuestos indirectos sobre hidrocarburos, matriculación de vehículos y electricidad<sup>49</sup> y varias medidas para mejorar el control del gasto, así como la cohesión del SNS, no por reiterativos menos necesarios<sup>50</sup>.

#### 4. Balance y perspectivas

Hace veinticinco años comenzó el proceso de descentralización de las competencias sanitarias a las CCAA, durante ese tiempo los españoles han construido un SNS, que constituye uno de los pilares fundamentales de nuestro Estado del Bienestar. Obtiene resultados buenos con un gasto agregado razonablemente modesto. Simultáneamente, se ha llevado a cabo

45 Como criterio de distribución se utiliza el establecido en la Ley de Financiación Autonómica de 2001 para el Fondo General: población protegida, población mayor de 65 años e insularidad, actualizando los datos de población a 2004.

46 Se compone de dos partes, los importes recibidos de los organismos aseguradores extranjeros en concepto de atención a pensionistas y beneficiarios a su cargo que trasladan su residencia estado español, y el aumento de las cuantías correspondientes a extranjeros desplazados a España en estancia temporal.

47 El incremento de la dotación presupuestaria del Fondo de Cohesión Sanitaria se ha de dedicar al incremento de la compensación económica de los procesos recogidos en el actual Real Decreto, la actualización de la lista de procesos, la compensación económica de los procesos a atender en los Servicios y Unidades de Referencia y a mejorar el funcionamiento de los sistemas de facturación de asistencia sanitaria realizada a los desplazados temporales de la Unión Europea.

48 De un céntimo por litro de cerveza, 30 céntimos por el litro de alcohol de alta graduación y una media de 10 céntimos por cada cajetilla de tabaco. El gobierno ha estimado que esta medida puede suponer un importe anual de 227 millones de euros para las comunidades autónomas (el 40 por ciento de lo recaudado) que se reparte como establece la ley de 21/2001 en función de los índices de consumo para los diferentes productos calculados por el Instituto Nacional de Estadística para el año de que se trate.

49 En el primero de ellos, la anterior posibilidad de cobrar 0,024 euros por litro de gasolina que sólo han aplicado en parte algunas CCAA (Madrid, Cataluña, Baleares, Galicia y Comunidad Valenciana) se ha duplicado hasta los 0,048 euros por litro. En el impuesto indirecto sobre electricidad se ha establecido la posibilidad de un recargo autonómico de hasta dos puntos lo que supondría pasar de 4,864 por ciento al 6,864 por ciento. El Gobierno Central ha estimado en 1.838 millones de euros los ingresos adicionales potenciales para las comunidades autónomas: 696,9 del aprovechamiento de la capacidad actual sobre carburantes y matriculación y 1.141,2 de los nuevos recargos sobre las gasolinas y la electricidad.

50 Definir la Cartera Básica de Servicios del SNS, desarrollar más la atención primaria y la atención domiciliaria, mejorar los sistemas de compras de productos sanitarios y la eficiencia en la prestación farmacéutica y los sistemas de información a los pacientes.

uno de los mayores procesos de descentralización política territorial de la historia europea contemporánea. Los éxitos, sin embargo no deben ocultar los errores cometidos, ni lo que es más importante, los riesgos y desafíos pendientes.

Un SNS fuertemente descentralizado como el español, se enfrenta al problema de conciliar los objetivos de suficiencia, autonomía e igualdad. En el momento actual, el modelo de financiación autonómica de la sanidad, tiene problemas para cumplir estos objetivos de forma razonable planteando problemas de diseño y aplicación. Pueden destacarse: la insuficiencia financiera y los déficits permanentes, la definición arbitraria del criterio normativo de necesidad, la insuficiencia de los mecanismos de nivelación de servicios que garanticen la igualdad de acceso, y las importantes deficiencias de los mecanismos institucionales actuales para la coordinación y cohesión efectiva del SNS<sup>51</sup>.

La insuficiencia financiera sistemática caracteriza la financiación autonómica de la sanidad durante las últimas décadas. La causa inmediata es la tendencia al alza del gasto sanitario a ritmos superiores a los objetivos de crecimiento fijados en los distintos acuerdos de financiación. Por ejemplo, en los tres primeros años del actual modelo de financiación, la garantía de mínimos se aplicó a 11 CCAA cuyos recursos crecieron por debajo del PIB, con un coste de 200 millones de euros. Esta garantía de mínimos, ampliada temporalmente según el reciente acuerdo del CPFF probablemente no garantiza la suficiencia dinámica al sistema, cuyas presiones al alza tienden a superar el crecimiento de la economía<sup>52</sup>.

Es importante desagregar las causas del crecimiento del gasto sanitario regional, para distinguir entre factores exógenos y endógenos. Entre los primeros cabe mencionar los relacionados con la demografía y la salud, los precios de los productos farmacéuticos y la innovación tecnológica. Entre los factores endógenos responsabilidad de las CCAA deben incluirse buena parte de las políticas de oferta y en particular de recursos humanos (plantillas, modelo retributivo, etc.) (MARTÍN 2003; MARTÍN 2005), y la introducción de nuevas tecnologías y prestaciones.

Los factores exógenos, necesitan simple y llanamente más recursos. Deberían realizarse asunciones razonables sobre las tasas del crecimiento sanitario, suponer un gasto dinámico similar cuando menos al crecimiento del PIB nominal, e incorporar recursos adicionales comprometidos con mejoras del SNS en su conjunto (sistemas de información o ampliación de la Cartera Básica de Servicios por ejemplo). Los factores endógenos son problemas de eficiencia y están conectados con las políticas organizativas y de gestión responsabilidad de las CCAA, constituyendo uno de los desafíos básicos de los próximos años. Sin embargo, los incentivos para que los responsables autonómicos desarrollen políticas sustantivas en esta dirección se-

51 Para un análisis de opciones y alternativas véase Ruiz-Huerta y Granados (2003); Utrilla (2001,2002); Tamayo (2003); De la Fuente (2005); Sevilla (2005), Repullo y Oteo (2005) López Casasnovas (2006), Lagos (2006).

52 Esta tendencia es común a otros países desarrollados, el peso del gasto sanitario ha pasado de 7,8% al 8,5% del PIB como media entre 1997 y 2002 para el conjunto de países de la OCDE.



rán débiles, dada su conflictividad y potencial coste electoral, si tienen la convicción (que la historia acredita), de que al final, el Estado cubre los déficits generados.

La búsqueda de un criterio normativo de necesidad homogénea, basada en el principio de igualdad de acceso, con independencia del territorio de residencia para un conjunto homogéneo de prestaciones, debe ser un aspecto central en la próxima negociación del modelo a pesar de su complejidad. Complejidad derivada de la consideración simultánea de juicios éticos y evidencia empírica disponible. Algunos trabajos recientes (JIMÉNEZ, MONTERO y MARTÍN, 2006) señalan que el regreso a un criterio único y relativamente simple, como la población protegida o la población de derecho, aplicable sin excepciones a todas las CCAA, constituiría una buena aproximación. Al menos, hasta disponer de métodos y resultados que nos permitan incorporar de forma no espúrea, variables y ponderaciones que midan la necesidad relativa de las distintas CCAA. También debería establecerse una actualización periódica de las variables de necesidad que permitan considerar los cambios demográficos en las CCAA.

Las deficiencias de los mecanismos de nivelación son importantes. Específicamente en el subsistema sanitario, las Asignaciones de Nivelación tal como están configuradas en la Ley 21/2001 tienen pocas posibilidades de ser llevadas a la práctica. Por su parte, el Fondo de Cohesión Sanitaria es insuficiente si su objetivo es actuar como un mecanismo efectivo de cohesión y corrección de desigualdades en el SNS. La multiplicidad de objetivos<sup>53</sup> complica la gestión, y además la dotación presupuestaria anual queda al albur del proceso anual de negociación presupuestaria, siendo previsible que el volumen de fondos para corregir desigualdades y fortalecer la cohesión del SNS sea magro y escaso.

Finalmente, la arquitectura institucional de coordinación del SNS precisa ser reforzada para hacer efectiva la coordinación del sistema sanitario (REY 2003)<sup>54</sup>. El mantenimiento de la cohesión del SNS y el esfuerzo permanente y sostenido por corregir desigualdades y aspirar a sociedades más saludables pueden requerir instrumentos de cohesión y fiscales más específicos, y estables (MARTÍN y SÁNCHEZ, 2006).

En síntesis, la próxima revisión del modelo de financiación debería definir de forma creíble y efectiva el concepto de necesidad sanitaria, y situar la igualdad de acceso y la corrección de desigualdades de salud en sus objetivos programáticos centrales. Para que esto sea algo más que una quimera, es necesario no asfixiar la revisión del modelo (como ha sucedido históricamente) con el problema del déficit sanitario, lo que a su vez, exige un escenario de suficiencia dinámica creíble y acompasado al crecimiento real del gasto. Por otro lado, el refor-

53 La Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud estableció objetivos adicionales, como son la cohesión sanitaria y la corrección de desigualdades y el uso tutelado de técnicas, tecnologías o procedimientos así como para la atención de un servicio de referencia.

54 En este sentido la dotación de un fondo de 50 millones para un Plan de Calidad del SNS puede ser un primer paso positivo potenciando algunos aspectos claves para la cohesión del SNS, como son la definición de una Cartera Básica de Servicios del mismo y el desarrollo de un sistema de información integrado.

zamiento de los mecanismos de coordinación y cohesión institucional a nivel del Estado es una tarea inaplazable y urgente, en la que el SNS se juega su propia viabilidad. Acordar la igualdad entre todos es el mejor camino para legitimar la autonomía sanitaria y mejorar la eficiencia.

## Bibliografía

- ARNSPERGER, C. y VAN PARIJS, P. (2000): *Éthique économique et sociale*, París, Éditions La Découverte & Syros.
- CABASÉS, J. M. (1998): “La financiación sanitaria autonómica: bases para una propuesta”, *Papeles de Economía Española*, nº 76, pp. 67-77, Madrid.
- CAMPILLO, C. (2004): *La financiación de la sanidad pública en el nuevo marco de descentralización fiscal en España*. Tesis Doctoral. Dpto. Hacienda Pública y Economía del Sector Público. Universidad de Murcia.
- CANTARERO, D. (2002): *Estimación del sistema actual de financiación autonómica: el caso de la integración de las competencias sanitarias*, Madrid, Instituto de Estudios Fiscales.
- CONSEJO DE POLÍTICA FISCAL Y FINANCIERA (2001): *Sistema de financiación de las CCAA de régimen común*, Madrid, Ministerio de Economía y Hacienda, Madrid.
- FREIRE, J. M. (2005): “La cobertura poblacional del sistema nacional de salud: importancia y retos de la universalización y la equidad en el aseguramiento”, en *Un nuevo contrato social para un sistema nacional de salud sostenible*, José Ramón Repullo y Luis Ángel Oteo (editores) Ariel Sociedad Económica, pp. 61-100, Barcelona.
- FUENTE de la, A. (2005): “Los mecanismos de cohesión territorial en España: Un análisis y algunas propuestas”, *Documento de Trabajo 62/2005 de la Fundación Alternativas*, Madrid.
- GAMAZO, J. C. *et al* (2000): “Financiación territorial de la sanidad pública en España. Estudio de su evolución en las últimas décadas (1981-2001)”, *Revista de Administración Sanitaria*, Vol. IV, nº 16, octubre-diciembre 2000, pp. 161-177, Madrid.
- GIMENO, J. A. y TAMAYO, P. A. (2005): “La sostenibilidad financiera del sistema público de salud” en *Un nuevo contrato social para un sistema nacional de salud sostenible*, José Ramón Repullo, y Luis Ángel Oteo (editores) Ariel Sociedad Económica, pp. 25-48, Barcelona.



- JIMÉNEZ, J. D., MONTERO, R. y MARTÍN, J. J. (2006): “El criterio de necesidad y la financiación autonómica de la sanidad; reformas y medición”, en *Financiación regional de la sanidad y sus perspectivas de reforma*, pp. 91-124, Sevilla, Centro de Estudios Andaluces.
- LAGOS, S. (2006): “La evolución del gasto sanitario: situación comparada y distribución territorial”, *Financiación regional de la sanidad y sus perspectivas de reforma*, pp.229-244, Sevilla, Centro de Estudios Andaluces, Consejería de Presidencia, Junta de Andalucía.
- LÓPEZ, G. (1998): “Financiación autonómica y gasto sanitario público en España”, *Papeles de Economía Española*, nº 76, pp. 2-14, Madrid.
- LÓPEZ, G. (2006): “Descentralización sanitaria de segunda generación”, *Financiación regional de la sanidad y sus perspectivas de reforma*, pp.79-90, Sevilla, Centro de Estudios Andaluces, Consejería de Presidencia, Junta de Andalucía.
- MARTÍN, J. J. (2003): Sistema de retribuciones y exclusividad de los facultativos de los hospitales públicos del estado español. En: *El interfaz Público-privado en sanidad*. Coord.: Guillem López Casasnovas. Masson S.A. Cap. 9, pp.157-175
- MARTÍN, J. J. y De MANUEL KEENOY, E. (1998): “Reformas y cambios organizativos en el Sistema Nacional de Salud español”, *Papeles de Economía Española*, nº 76, pp. 176-190. Madrid.
- MARTÍN, J. J. y PÉREZ, M. C. (2002): “Nuevas fórmulas jurídicas y de gestión en las organizaciones sanitarias”, en *Gestión hospitalaria*, Madrid, pp.29-46, McGraw-Hill.
- MARTÍN, J. J. y SÁNCHEZ J. (2006): “Fondo de igualdad del Sistema Nacional de Salud (FSNS)”, En Prensa, Fundación BBVA, Bilbao.
- MARTÍN, J. J. (2005): “Motivación, incentivos y retribuciones de los médicos de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud”, *Revista de Administración Sanitaria*, nº 3 (I), pp. 111-130, Madrid.
- MARTÍN, J. J. (2006): “Instituciones sanitarias y formas de gestión” en *Sistemas y servicios sanitarios*, José Repullo y Antonio Iñesta (editores), Madrid, Cap.4 pp.199-242, Ediciones Díaz de Santos.
- MINISTERIO DE HACIENDA (2002): *Informe sobre la financiación de las Comunidades y Ciudades Autónomas en 1999*, Madrid, Dirección General de Fondos Comunitarios y Financiación Territorial.

- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1997): “Acuerdo de la Subcomisión parlamentaria para la consolidación y la modernización del Sistema Nacional de Salud”, *Cuadernos de Información Económica*, nº 127, octubre, pp. 119-126, Madrid.
- MONASTERIO, C., PÉREZ, F. y SEVILLA, J. V., SOLÉ, J. (1995): *Informe sobre el actual sistema de financiación autonómica y sus problemas* (Libro Blanco), Madrid, Dirección General de Coordinación de las Haciendas Territoriales, Ministerio de Economía y Hacienda.
- MONTERO, R., JIMÉNEZ, J. D. y MARTÍN, J. J. (2006): “La necesidad sanitaria y su medición: experiencia comparada”, En Prensa, Fundación BBVA, Bilbao.
- MONTERO, R., JIMÉNEZ, J. D. y MARTÍN, J. J. (2004): *Cuantificación y evaluación económica del nuevo sistema de financiación autonómico general*, Sevilla, Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas.
- RAWLS, J. (1971): *A Theory of Justice*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- RAWLS, J. (1990): *Political Liberalism*, Columbia University Press.
- REPULLO, J. R. y OTEO, L. A. (editores) (2005): *Un nuevo contrato social para un sistema nacional de salud sostenible*, José Ramón Repullo y Luis Ángel Oteo (editores), Barcelona, Ariel Sociedad económica.
- REY, J. (2003): “Una propuesta alternativa para la coordinación del Sistema Nacional de Salud español”, *Documentos de Trabajo 9/2003*, Fundación Alternativas, Madrid.
- RICO, A. (1998): “La descentralización sanitaria en España: el camino recorrido y las tareas pendientes”, *Papeles de Economía Española*, nº 76, pp. 49-66, Madrid.
- RUIZ-HUERTA, J. y GRANADOS, O. (2003): “La sanidad en el nuevo modelo de financiación autonómica”, *Documento de Trabajo 31/2003 de la Fundación Alternativas*, Madrid.
- SÁNCHEZ, J. y MOLINA, C. (2006): “La financiación regional de la sanidad en España: una visión retrospectiva”, en *Financiación regional de la sanidad y sus perspectivas de reforma*, pp. 165-228, Sevilla, Centro de Estudios Andaluces.
- SANFRUTOS, N. (1997): *La financiación de la sanidad en España*, Mimeo. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.
- SANFRUTOS, N. (1991): “La financiación de los servicios regionales de salud. Problemas y posibles soluciones”, *Gaceta Sanitaria*, Vol. 5, pp. 219-224, Barcelona.



- SEN, A. (1992): *Inequality Reexamined*, 1º edición, Oxford University Press.
- SEVILLA, J. (2005): *Financiación autonómica. Problemas y propuestas*, Madrid, exlibris ediciones.
- TAMAYO, P. A. (2003): “Descentralización sanitaria y asignación de recursos en España: un análisis desde la perspectiva de la equidad”, *Información Comercial Española*, nº 804, Monográfico de Economía de la Salud, Mº de Economía, Madrid.
- UTRILLA, A. (2001): *El funcionamiento de los sistemas de garantía en el modelo de financiación autonómica*, Documento de trabajo nº 23/01, Instituto de Estudios Fiscales, Madrid.
- UTRILLA, A. (2002): *Los efectos del nuevo sistema de financiación autonómica sobre la suficiencia y la equidad*, Instituto de Estudios Fiscales, Madrid.
- WRIGHT, J. WILLIAMS, R. y WILKINSON, J., (1998): “The development of health needs assessment” en Wright, J. (ed) *Health Needs Assessment in practice*, BMJ Books, London.

