

Resumen

A partir del 1 de enero de 2002, todas las comunidades autónomas aceptaron los traspasos de los servicios sanitarios y su financiación se integró en el sistema de financiación general autonómico sin distinción respecto de las demás competencias. Sin embargo, el sistema de financiación regional mantuvo algunos elementos específicos respecto al gasto sanitario y la Administración General del Estado ha continuado actuando en este campo en el ejercicio de sus competencias. Todo ello justifica un análisis independiente como el que hacemos en este trabajo. Nuestro objetivo es estudiar el funcionamiento del sistema de financiación en el periodo 2002-2012 en relación con la sanidad y, a la vista de la experiencia, establecer los elementos que habrán de considerarse en la preparación de la próxima reforma del modelo de financiación vigente.

Palabras clave: servicios sanitarios, sistema de financiación autonómica.

Abstract

Since the 1st of January 2002, all autonomous communities accepted the transfer of healthcare services and their financing be integrated into the general autonomous financial system without distinction from other competences. However, the regional financial system kept some specific elements regarding health expenditure and central government has continued to act in this field in the exercise of its competences. All this justifies an independent analysis as we do in this paper. Our goal is to study the functioning of the financial system in the period 2002-2012 in relation to health and in the light of this experience, establish the elements that to be considered in the preparation of the next reform of the current financing model.

Key words: healthcare service, autonomous financial system.

JEL classification: H51, H75, H77.

SISTEMA DE FINANCIACIÓN AUTONÓMICA Y GASTO SANITARIO EN ESPAÑA (*)

Alain CUENCA

Universidad de Zaragoza

Rosa GONZÁLEZ

Funcas

I. INTRODUCCIÓN

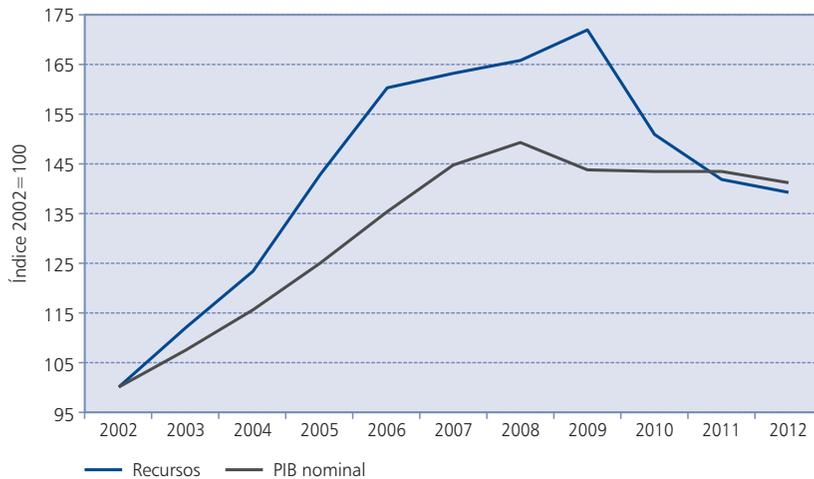
HASTA el año 2001, la financiación de la sanidad en España se realizaba mediante un sistema propio e independiente del resto de las competencias autonómicas. Esta diferenciación se debía a que cinco comunidades autónomas de régimen común habían asumido la prestación de dichos servicios, mientras que en las diez restantes la responsabilidad de la asistencia sanitaria pública permanecía en la Administración General del Estado a través del INSALUD-Gestión directa. A partir del 1 de enero de 2002, todas las comunidades habían asumido los traspasos de los servicios sanitarios. De este modo, los recursos correspondientes se integraron en el sistema de financiación general de las comunidades autónomas sin distinción respecto de las demás competencias autonómicas.

Sin embargo, el sistema de financiación de régimen común mantuvo algunos elementos específicos respecto al gasto sanitario. En la Ley 21/2001 aparecía una garantía sanitaria durante los tres primeros ejercicios ligada al PIB y un impuesto autonómico creado para financiar la sanidad (1). Por otra parte, la sanidad fue la base de los acuerdos de la conferencia de presidentes de 2005 que introdujeron diversas mejo-

ras en el sistema de financiación. Finalmente, en la Ley 22/2009 (2), el fondo de garantía de servicios públicos fundamentales y los criterios que permiten calcular la población ajustada tienen, entre otros, una base sanitaria. Además, a lo largo del periodo 2002-2012, el gasto sanitario de las comunidades autónomas se ha visto afectado por decisiones del Gobierno en el ejercicio de sus competencias. Los efectos financieros de dichas decisiones no deben ignorarse si se pretende evaluar el sistema de financiación en general y de la sanidad en particular.

Nuestro objetivo en este trabajo es ilustrar que el sistema de financiación es parte de un todo y que no basta con diseñar un modelo que permita obtener ingresos suficientes y de forma autónoma, sino que se necesita clarificar otros ámbitos de la autonomía por el lado del gasto. Ingresos y gastos son dos caras de la misma moneda cuya determinación no debería realizarse de forma aislada. Como veremos, el ejemplo de la sanidad pone de manifiesto que una parte considerable del gasto sanitario de las comunidades autónomas viene condicionada por decisiones del Gobierno central, limitando así la autonomía. Además, los diferentes gobiernos centrales han invadido las competencias autonómicas, de forma marginal,

GRÁFICO 1
EVOLUCIÓN DE LOS RECURSOS DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS VS. PIB (*)



Nota: (*) Datos de ingresos depurados de la intermediación financiera local y de las ayudas a las rentas agrarias, porque con ellos las comunidades autónomas solo realizan una función de caja. Desde 2006, tal depuración se hace por el Minhap. Los datos anteriores han sido depurados por nosotros.
Fuente: Haciendas autonómicas en cifras. Varios años.

pero frecuente. Y las comunidades han aprovechado la sensibilidad social que suscita la sanidad para reclamar y obtener más re-

ursos del Gobierno central, alterando el equilibrio vertical inicial. En definitiva, el sistema de financiación es inestable porque el

GRÁFICO 2
GASTOS NO FINANCIEROS VS. RECURSOS



Fuente: Liquidación Presupuestos comunidades autónomas. Minhap.

conjunto de la arquitectura del Estado de las autonomías lo es. Por este motivo la reforma prevista del sistema de financiación vigente debería abordarse desde una perspectiva más amplia, consolidando los elementos federales de nuestro Estado de las autonomías.

En la sección II describimos el gasto sanitario incorporado al funcionamiento del sistema de financiación en el periodo 2002-2012. En la sección III tratamos de identificar y acotar los efectos de los mecanismos de financiación propios de la sanidad y en la IV estudiamos las decisiones adoptadas por el Gobierno central. Finalmente, y a la vista de lo anterior, exploramos los elementos susceptibles de considerarse en la próxima reforma del sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común.

II. LA SANIDAD Y SU FINANCIACIÓN

La evolución de los recursos no financieros de las comunidades de régimen común aparece en el gráfico 1, donde se compara con el PIB nominal, expresados ambos en números índices con base en el ejercicio 2002. Los datos reflejan la totalidad de los recursos no financieros, tanto del sistema de financiación regulado en las Leyes 21/2001 y 22/2009 como las subvenciones y convenios con el Estado, los recursos de tributos propios y las subvenciones de la Unión Europea. Hasta el año 2009, las comunidades vieron cómo sus recursos crecían por encima del PIB nominal, mientras que a partir de ese año, con la crisis, los recursos totales cayeron, alcanzando un índice de 139,3 en 2012 mientras el PIB nominal se situaba en

141,1, en ambos casos respecto a 2002 (3).

Si se compara la evolución de los recursos con la de los gastos no financieros (gráfico 2), se aprecia que la situación de las comunidades autónomas se mantuvo saneada hasta el año 2007. A partir de ese año aparece el déficit, si bien los datos utilizados no son exactamente los que permiten medir el déficit público en términos de contabilidad nacional (4).

Los gráficos 1 y 2 nos permiten argumentar que el conjunto de recursos no financieros de las comunidades de régimen común ha concluido el periodo de referencia ajustado a la evolución del PIB, con una clara holgura antes de la crisis pero con una caída acentuada a partir de 2009.

Una vez presentada la evolución general de los ingresos y gastos públicos, nos ocupamos del gasto sanitario. Su evolución desde 2002 se representa en el gráfico 3, en el que se compara con el gasto total para las quince comunidades de régimen común. El gasto sanitario crece hasta 186,5 en 2009, y en 2010 empieza a reducirse hasta un índice 171,1 en 2012, un nivel previo a la crisis económica (5).

Nuestro interés reside en evaluar si el sistema de financiación ha sido suficiente para atender el crecimiento del gasto sanitario. Para ello en el gráfico 4 representamos el peso del gasto sanitario sobre el gasto total no financiero de las comunidades de régimen común (6). En el año 2002, el gasto sanitario absorbió el 37,4 por 100 del gasto no financiero, constituyéndose en la principal función de las comunidades de régimen común. En el año 2003 hubo una subida de casi un

GRÁFICO 3
EVOLUCIÓN DEL GASTO AUTONÓMICO EN SANIDAD VS. TOTAL
(2002 = 100)



Fuentes: Estadística de Gasto Sanitario Público (MSSSI) y Minhap.

punto en términos relativos, que cabe atribuir al incremento de costes, particularmente de personal, como consecuencia de que diez comunidades asumieron la

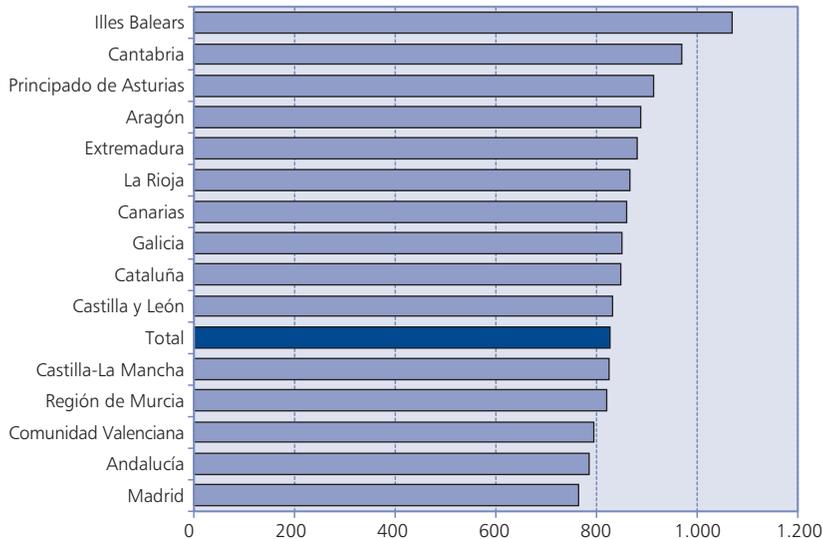
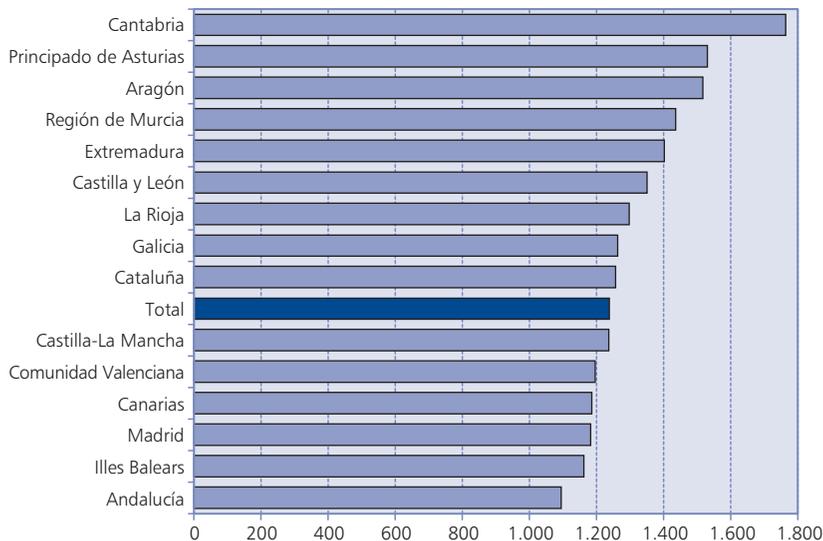
responsabilidad de la prestación del servicio a lo largo del año 2002 (7). Entre 2003 y 2006, el gráfico 4 muestra que el peso relativo del gasto sanitario bajó

GRÁFICO 4
GASTO SANITARIO SOBRE GASTO TOTAL AUTONÓMICO (PORCENTAJE)



Fuentes: Estadística de Gasto Sanitario Público (MSSSI) y Minhap.

GRÁFICO 5

A) Gastos sanitarios por habitante 2002 (euros)**B) Gastos sanitarios por habitante 2012 (euros)**

Fuentes: Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP) e INE.

hasta el 37,4 por 100 del gasto total autonómico. A partir de ese año empieza a crecer y se alcanza la cota máxima de 42,2 por 100 en 2011. La caída de 2012 debe considerarse con precaución, debido a que la estabilización del gasto total autonómico en ese año, que refleja el gráfico 3, se

debe al fondo de pago a proveedores, que imputó al ejercicio 2012 facturas de años anteriores por importe total de 17.692 millones (8). Gran parte de dichas facturas corresponden a gasto sanitario, pero ello no parece reflejarse en los datos que publica el Ministerio de Sanidad,

Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) (9).

En Abellán (2013) también se realiza un análisis en términos relativos, pero usando como referencia los recursos del sistema de financiación. Con ello se obvia el endeudamiento a largo plazo con el que, a partir de 2009, las comunidades autónomas han podido financiar también gasto corriente (10).

De este primer análisis podemos concluir que el sistema de financiación vigente en los años de referencia ha sido suficiente para financiar el gasto sanitario hasta 2006. En términos relativos respecto de los demás gastos, la evolución del gasto sanitario, a pesar de crecer intensamente entre 2002 y 2009 (gráfico 3), se ha mantenido dentro de márgenes asumibles, aunque ha presionado al resto de gastos desde 2007.

Si analizamos el peso relativo del gasto sanitario para cada una de las comunidades de régimen común (ver Anexo II) no encontramos patrones comunes. Las comunidades de Valencia, Madrid, Murcia y Aragón mantienen durante todo el periodo un peso del gasto sanitario superior a la media de las quince comunidades autónomas. Las restantes muestran un comportamiento más errático alrededor de la media del que no cabe extraer conclusión alguna. Como vemos, la presión que ejerce el gasto sanitario sobre el resto de gastos varía de forma notable entre territorios.

Para concluir esta descripción de la evolución del gasto sanitario presentamos el gráfico 5, en el que figura el gasto sanitario por habitante en 2002 y 2012 (11). Las diferencias entre ellos son apreciables y seguramente reflejan factores de demanda, de oferta y decisiones políticas autó-

nomas de cada comunidad. Un factor que parece relevante es que el gasto sanitario puede venir determinado por decisiones pasadas, en este caso, decisiones que se adoptaron antes del traspaso de la competencia, al menos en las diez regiones que las asumieron en 2002. En términos de ordenación de las comunidades autónomas, tomar la población ajustada o la población total altera poco las posiciones relativas. Para 2012, con población ajustada según la Ley 22/2009, Madrid sube cuatro puestos en la ordenación de mayor a menor gasto por habitante; Cataluña sube dos puestos; Galicia baja tres puestos; Castilla y León, Canarias y Castilla-La Mancha bajan dos. Las demás comunidades o bien mantienen su posición en la ordenación o bien varía solo un puesto.

Entre 2002 y 2012, Murcia ha pasado de estar por debajo de la media a estar por encima del gasto medio por habitante. Canarias y Baleares han hecho el recorrido inverso. En 2012, son seis las comunidades que gastan menos por habitante, siendo Andalucía la de menor gasto relativo, mientras que, en el otro extremo, Cantabria y Asturias son las que más gastan por habitante.

No es nuestro objetivo en este trabajo realizar un análisis de equidad interterritorial. Los datos del gráfico 5 se muestran solo con fines ilustrativos de la existencia de diferencias notables, pero no pretendemos explicarlas aquí.

III. ASPECTOS SANITARIOS DEL SISTEMA DE FINANCIACIÓN GENERAL

El sistema de financiación de las comunidades reconoce la singularidad del gasto sanitario por

diversos mecanismos, tanto en la Ley 21/2001 como en la Ley 22/2009, actualmente vigente. Singularidades que se concretan en el efecto financiero de la garantía sanitaria, la autonomía tributaria añadida por el IVMDH, los acuerdos de la conferencia de presidentes de 2005 y el Fondo de Garantía de Servicios Públicos Fundamentales (FGSPF).

1. La garantía sanitaria

La Ley 21/2001 que integró la financiación sanitaria en el sistema general incluyó una garantía para la financiación de dichos servicios ligada a la evolución del PIB durante los tres primeros años (12). Esto compagina mal con el espíritu de la Ley 21/2001, que pretendía reforzar la autonomía y corresponsabilidad, pero debe entenderse como un seguro de recursos mínimos para el servicio de mayor volumen relativo en el conjunto de las necesidades de gasto (13). No había una garantía similar para ninguna de las restantes competencias autonómicas, ni siquiera para la educación. Nótese por otra parte que era incondicionada, de modo que se activaba sin considerar el gasto real en sanidad y los recursos obtenidos podían gastarse por las comunidades en cualquier otra

finalidad. Las cuantías adicionales aportadas por el Estado cada año aparecen en el cuadro n.º 1.

La garantía sanitaria se estableció en la Ley 21/2001 exclusivamente para los ejercicios 2002 a 2004, pero fue prorrogada por Ley de presupuestos como consecuencia de los acuerdos de la II Conferencia de Presidentes con un límite máximo de 500 millones de euros, como veremos más adelante. Como se observa en el cuadro n.º 1, la dinámica del sistema tendía a su desaparición hasta que la crisis económica vino a frenar el incremento de la financiación total. Por ello, el hecho de que el Estado tuviera que añadir recursos modestos en términos relativos tiene más importancia cualitativa que cuantitativa, en el sentido de que hubo un garante.

2. El impuesto sobre las ventas minoristas de determinados hidrocarburos

La Ley 21/2001 cedió a las comunidades autónomas que hubieran asumido la prestación de los servicios sanitarios el impuesto sobre las ventas minoristas de determinados hidrocarburos (IVMDH), creado ex profeso por la Ley 24/2001 de medidas fisca-

CUADRO N.º 1

GARANTÍA SANITARIA

	Comunidades autónomas beneficiarias	Garantía (miles de euros)	Porcentaje s/ Gasto sanitario
2002	11	208.829,37	0,65
2003	10	224.083,47	0,63
2004	13	592.836,25	1,53
2005	5	143.185,71	0,34
2006	1	14.012,96	0,03
2007	2	61.958,53	0,12
2008	14	500.000,00	0,88

Fuentes: Liquidación del sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común y EGSP (MSSSI).

les, administrativas y del orden social (art. 9). Los rendimientos de dicho impuesto, cedido al cien por cien, quedaron «afectados en su totalidad a la financiación de gastos de naturaleza sanitaria orientados por criterios objetivos fijados en el ámbito nacional». Dicha afectación pretendía salvar la Directiva comunitaria correspondiente que exige que se persiga una finalidad específica, afectando la recaudación a los servicios sanitarios y medioambientales. Aunque no se aplicó en la práctica, la fórmula «orientados por criterios objetivos fijados en el ámbito nacional» era poco respetuosa con la autonomía. Además, la introducción del IVMDH revela que la sanidad es una buena excusa para la aceptación social de un nuevo impuesto destinado a financiar a las comunidades autónomas. Este impuesto tenía la ventaja de que las comunidades podían ejercer competencias normativas al alza. Así lo hicieron Madrid (2002), Cataluña (2004), Asturias (2004), Galicia (2004), C. Valenciana (2006), Castilla-La Mancha (2006), Andalucía (2010), Murcia (2010), Extremadura (2010), Baleares (2012), Cantabria (2012) y Castilla y León (2012).

En cambio, no han ejercido sus competencias La Rioja y Aragón.

Hay que tener en cuenta que la recaudación por el tramo estatal (recaudación normativa) común a todas las comunidades (excepto Canarias) se descontó del Fondo de suficiencia, de modo que solo el tramo autonómico de aquellas que lo hayan aplicado constituye auténtica financiación adicional. La cuantía de la recaudación obtenida por las comunidades autónomas con sus propias medidas se sitúa en las magnitudes que aparecen en el cuadro n.º 2.

La sentencia de 27 de febrero de 2014 del Tribunal de Justicia de la Unión Europea consideró el IVMDH contrario a la Directiva 92/12/CEE, aunque el IVMDH ya se había suprimido en España con efectos de 1 de enero de 2013 y fue sustituido por un recargo equivalente en el impuesto sobre hidrocarburos. De modo que la posibilidad de un recargo (el llamado «céntimo sanitario») permanece, pero tiene de sanitario solo la justificación formal. No obstante y como ya hemos indicado, las necesidades de la crisis han impulsado la utilización de este instrumento,

dado que seis comunidades lo han implementado entre 2010 y 2012.

3. La II Conferencia de Presidentes de 2005

El Consejo de Política Fiscal y Financiera aprobó en septiembre de 2005 una serie de medidas en favor de las comunidades autónomas con el fin de financiar el gasto sanitario como consecuencia del acuerdo político de la II Conferencia de Presidentes. La justificación de dichas medidas nacía de que «las Comunidades Autónomas se están viendo sometidas a tensiones de gasto debidas a un crecimiento del gasto sanitario por encima de la tasa de crecimiento del PIB nacional» (14). Como hemos visto en la sección II, desde 2002 los recursos totales de las comunidades crecieron más que el PIB, y los gastos sanitarios crecían en aquellas fechas menos que sus recursos, por lo que la justificación no se corresponde con la realidad.

Las medidas financieras adoptadas en aquel momento con su calendario de implementación fueron las siguientes, entre otras de menor entidad:

— Dotación adicional de 500 millones de euros en 2006 y 600 millones en 2007 en los Presupuestos Generales del Estado. La distribución entre comunidades respetó los criterios de la Ley 21/2001, pero actualizando los datos de población. Se aportaron además 55 millones a Canarias y Baleares para compensar los costes de la insularidad en la prestación de los servicios sanitarios. Cantidades no consolidables en principio, aunque luego se consolidaron por la Ley 22/2009 al incluirlas en las necesidades de financiación.

CUADRO N.º 2

RECAUDACIÓN IVMDH (MILLONES DE EUROS)

	Recaudación real	Recaudación normativa	Tramo autonómico
2002	563,22	752,98	—
2003	823,83	790,23	33,60
2004	917,59	828,05	89,54
2005	1.103,24	845,89	257,35
2006	1.211,55	863,87	347,68
2007	1.268,90	888,11	380,79
2008	1.246,87	848,59	398,28
2009	1.161,81	804,19	357,61
2010	1.165,27	788,09	377,18
2011	1.240,19	755,92	484,27
2012	1.433,68	700,73	732,95

Fuentes: Recaudación y estadísticas del sistema tributario español 2001-2012 (recaudación real) y Liquidación del sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común (recaudación normativa).

— Dotación de una garantía sanitaria que prorrogaba la prevista en la Ley 21/2001 con un límite máximo de 500 millones de euros y que se abonaba en la fase de liquidación. El importe resultante cada año fue el que hemos señalado más arriba.

— Incremento de los impuestos especiales sobre alcoholes y tabaco. Se estimó que con ello se aportaría a las comunidades unos 227 millones adicionales, teniendo en cuenta que se había cedido el 40 por 100 del rendimiento de dichos tributos (por tanto el Estado debía recaudar en torno a 340 millones adicionales).

— Elevación de los anticipos a cuenta desde el 98 por 100 de la previsión de ingresos que establecía la Ley 21/2001 hasta el 102 por 100. Esta medida solo tenía efectos en términos de tesorería, pero no representaba una mejora de financiación. En un contexto de rápido crecimiento de los ingresos tributarios, anticipar los ingresos mejoraba la adecuación temporal de los ingresos a los gastos de las comunidades. Dichos anticipos del 4 por 100 tenían carácter discrecional y se concedieron a las que los solicitaron en los ejercicios 2005, 2006 y 2007.

Nótese que las medidas e importes anteriores se refieren a las comunidades de régimen común. La Conferencia de Presidentes incluyó también a las comunidades de régimen foral mediante la reducción equivalente del cupo vasco y la aportación navarra. A cambio de la generosidad del Gobierno central, las comunidades se comprometían a adoptar una serie de medidas de mejora de la gestión. Es interesante destacar algunas (15):

— Implantar criterios racionales en la gestión de compras, en

particular, la centralización de compras de los productos sanitarios de uso hospitalario en cada ámbito territorial.

— Asegurar la calidad y el uso racional de los medicamentos.

— Establecer mecanismos que promuevan la demanda responsable de los servicios sanitarios, eviten la utilización inadecuada y estimulen estilos de vida saludables.

— Revisar sus gastos no sanitarios para que, a través de la priorización de los mismos, se puedan obtener recursos adicionales para la financiación del incremento del gasto sanitario.

Como veremos en el apartado siguiente, parte de estas medidas han tenido que ser adoptadas finalmente por el Gobierno central, pero en 2005 se planteaba que las comunidades autónomas debían establecer sistemas como el copago sanitario o tender a un mayor uso de medicamentos genéricos (se usaban eufemismos como «uso racional del medicamento» o «mecanismos que promuevan la demanda responsable»). También se pretendía que las comunidades realizaran ahorros en otras funciones con el fin de reasignar los recursos a la sanidad.

Desde el punto de vista de la autonomía y la corresponsabilidad, el episodio de la II Conferencia de Presidentes de 2005 revela que las comunidades prefirieron pedir más dinero al Gobierno central y que fuera este quien elevara los impuestos (alcoholes y tabaco) antes que ejercer su capacidad normativa en el IRPF, el IVMDH (que solo aplicaban a esa fecha cuatro comunidades) u otros impuestos. La razón de fondo era modificar la distribu-

ción vertical de los recursos acordada en 2001 y el gasto sanitario fue un buen argumento político para la aceptación social de dichas medidas. Es significativo que en los acuerdos del CPPF sobre el seguimiento de las medidas no se incluyera la verificación de que el incremento de recursos se destinara efectivamente a los servicios sanitarios.

Los importes adicionales realmente aportados por el Estado a las comunidades autónomas fueron cuantías pequeñas pero no irrelevantes. Por ejemplo, en 2008, en términos de devengo, las comunidades de régimen común obtuvieron aproximadamente 1.382 millones (655 + 227 + 500) y su gasto sanitario fue de 56.707,2 millones, de modo que la Conferencia de Presidentes les reportó un 2,4 por 100 más. Nuevamente, más que el importe, es destacable la voluntad tanto de las comunidades de régimen común como de la propia Administración General del Estado de facilitar las intervenciones financieras de esta última en las competencias autonómicas.

4. El Fondo de Garantía de los Servicios Públicos Fundamentales

El sistema de financiación de las comunidades de régimen común se reformó por última vez mediante la Ley 22/2009. Los ejes básicos de la reforma fueron una nueva ampliación del espacio fiscal propio de las comunidades de régimen común, especialmente en el IRPF, el reconocimiento explícito de la capacidad fiscal como factor de financiación (a través del fondo de competitividad) y la creación del FGSPF. Como hemos visto, desde 2002 el sistema de financiación se debate entre dos ejes: la autonomía

y la corresponsabilidad, por un lado, y la equidad y la solidaridad, por otro. El sistema instaurado en 2009 pretende encontrar un equilibrio entre estas dos fuerzas y a ello contribuye decisivamente el nuevo fondo (16), constituido por la aportación del 75 por 100 de los recursos tributarios de cada comunidad más una aportación del Estado y que se distribuye entre todas las comunidades de acuerdo con un indicador de necesidades definido como población ajustada. Los criterios con los que se ajusta la población tienen un evidente componente sanitario, dado que se incluye la población ponderada por siete grupos de edad que se distinguen, precisamente, por su utilización de servicios sanitarios.

El FGSF no afectó a la financiación total de cada comunidad tras la reforma, pero sí tiene importancia en la dinámica del sistema porque a lo largo del tiempo garantiza, parcialmente, a todas las comunidades una financiación igual por habitante ajustado. De manera que si los recursos tributarios de unas crecen más que los de otras, el 75 por 100 de los recursos se redistribuye cada año en función de la población ajustada. Lógicamente, si una comunidad pierde población en términos relativos, recibirá menos recursos del FGSF, y si gana población, recibirá más. Nótese que lo normal sería que las variaciones de población y las de los recursos tributarios estuvieran altamente correlacionadas. El FGSF solo constituye una garantía efectiva de recursos si la población de una comunidad varía independientemente de cómo lo hacen sus recursos tributarios.

El equilibrio respecto al eje autonomía/corresponsabilidad se logra por dos vías. En primer término, aquellas comunidades

autónomas que en el ejercicio de sus competencias normativas en impuestos obtengan mayores ingresos de sus contribuyentes no los aportarán al FGSF. En segundo lugar, se garantizan unos recursos para los denominados servicios fundamentales, pero estos no se definen en la Ley, de manera que son totalmente incondicionados y las comunidades pueden emplearlos en las finalidades que establezcan libremente ellas mismas.

En suma, no puede afirmarse que el sistema de financiación vigente desde 2009 contenga un fuerte componente sanitario. Pero el FGSF, y por tanto el sistema de financiación vigente, pretende que las comunidades de régimen común dispongan de recursos iguales para la financiación de sus servicios sanitarios, educativos y sociales. Con ello se estaría dando respuesta a la demanda de solidaridad entre los territorios tanto desde la perspectiva social como legal (art. 158 CE). Recuérdese no obstante que la autonomía de la que disponen las comunidades autónomas no obliga a emplear dichos recursos garantizados en la prestación de los servicios sanitarios.

IV. LA INTERVENCIÓN DEL GOBIERNO CENTRAL EN LA POLÍTICA SANITARIA

La prestación sanitaria se halla casi totalmente descentralizada en España desde un punto de vista financiero: en 2002 las comunidades autónomas realizaron el 89,6 por 100 del gasto público en sanidad y en 2012 alcanzaron el 92,1 por 100. Sin embargo, algunos aspectos relevantes con incidencia sobre el gasto vienen determinados por decisiones del Gobierno central. En particular, en el periodo 2002-2012 se han producido numerosas inter-

venciones del Estado en la asignación de recursos sanitarios. Estudiamos a continuación las que conciernen a la farmacia; las que se han tomado respecto del personal al servicio de las administraciones públicas; la reforma del Sistema Nacional de Salud realizada en 2012 y las transferencias del Ministerio de Sanidad a través de acuerdos del Consejo Interterritorial (17).

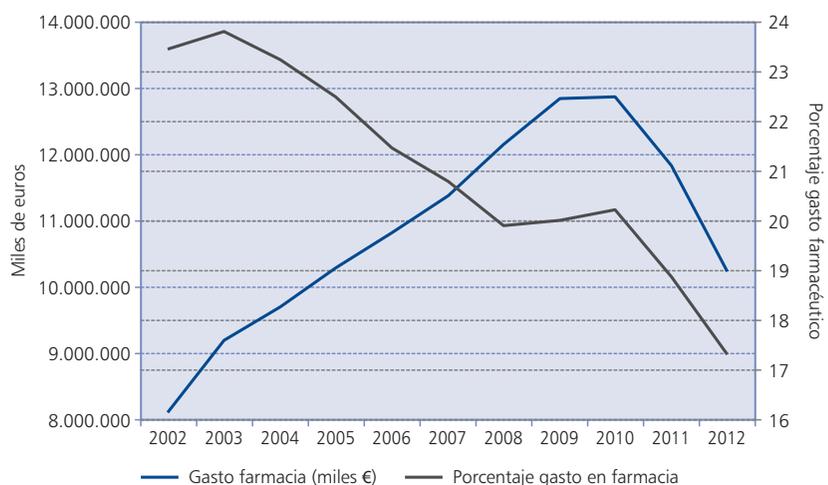
1. Farmacia

El gasto farmacéutico partía de 8.111 millones de euros en 2002 y alcanzó un máximo en 2010 con 12.872 millones, para caer hasta los 10.225 millones en 2012. Esta evolución ha dado lugar a una paulatina reducción de su peso en el gasto sanitario total desde el 23,5 por 100 en 2002 hasta el 17,3 por 100 del gasto de las comunidades de régimen común en 2012 (gráfico 6).

La disminución del peso relativo en el gasto sanitario debe considerarse un éxito de este periodo y puede atribuirse en primer lugar a la regulación de los precios y otras medidas tomadas por la Administración General del Estado, como veremos a continuación. En segundo lugar, no deben ignorarse las medidas gestoras que las comunidades autónomas han adoptado. Aunque no es posible una cuantificación precisa, comunidades como Andalucía, Cataluña y Madrid tomaron la iniciativa para favorecer el uso de genéricos. Igualmente, en muchas comunidades se fueron adoptando medidas relativas a la prescripción médica y el control de la farmacia hospitalaria. Pero nuestro interés reside en la política realizada por el Estado, que describimos en los siguientes párrafos.

La Ley 16/2003 de cohesión del sistema sanitario establece el

GRÁFICO 6
GASTO EN FARMACIA DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS



Fuente: Estadística de Gasto Sanitario Público (MSSSI).

catálogo de prestaciones que deben ofrecerse en todo el territorio nacional y habilita a las comunidades autónomas para, en el ámbito de sus competencias, aprobar sus propias carteras de servicios, que deben incluir, como mínimo, las del Sistema Nacional de Salud (18). Por su parte, la prestación farmacéutica se rige por la Ley 29/2006 de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. En el artículo 89 establece que la decisión sobre la financiación pública de nuevos medicamentos corresponde en exclusiva al Ministerio de Sanidad (solo pueden incluirse en la financiación pública medicamentos previamente autorizados y registrados por el propio Ministerio). Es obvio que tales decisiones tienen consecuencias financieras para las comunidades autónomas, sean positivas o negativas.

Además de la decisión sobre la financiación pública, también corresponde al Ministerio de Sa-

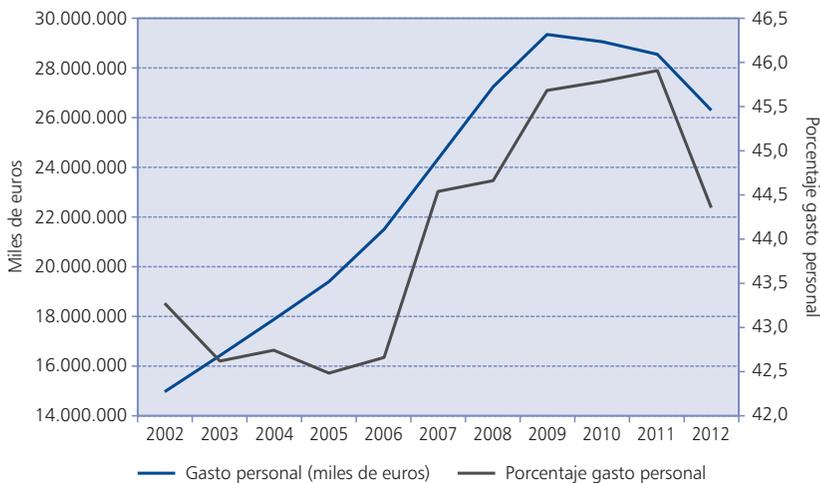
nidad fijar los precios de los medicamentos. En este punto es probable que la caída del gasto farmacéutico respecto al gasto sanitario total que se observa se deba esencialmente a la regulación de dichos precios. En particular, al sistema de precios de referencia que se aplica mayoritariamente a medicamentos cuya patente ha expirado. Dicho sistema, introducido por la Ley 13/1996, se ha modificado desde entonces en ocho ocasiones, siendo las más recientes el Real Decreto Ley 4/2010, el Real Decreto Ley 9/2011 y el Real Decreto Ley 16/2012 (19). Es importante para nuestros fines señalar que estos dos últimos regulan también la prescripción de medicamentos genéricos y la sustitución por la oficina de farmacia en caso de no haberse prescrito el genérico, con lo que estrechan de manera notable la autonomía de gestión de las comunidades autónomas. Es relevante anotar que previamente a la promulgación del Real Decreto Ley 9/2011,

Galicia reguló la prescripción y sustitución de medicamentos genéricos, lo que fue recurrido por el Estado ante el Tribunal Constitucional. En todo caso, los efectos de dichas medidas parecen apreciarse con claridad en la caída del gasto relativo que refleja el gráfico 6, y han sido favorables a las comunidades desde un punto de vista financiero (20), aunque con escaso respeto a la autonomía.

Quizá sea pertinente señalar, con relación a la competencia estatal sobre financiación pública y precios de los medicamentos, que el Ministerio de Sanidad recibe a través de un convenio con Farmaindustria unos ingresos de 68,8 millones anuales (media años 2004-2013) que se aplican a desarrollar sus propias políticas y en particular las de I+D+i a través del Instituto de Salud Carlos III. Dado que la industria farmacéutica obtiene sus ingresos con ventas parcialmente financiadas por las comunidades, parecería justo que los ingresos provenientes de dicho convenio se transfirieran a las comunidades (21).

Por otra parte, el Real Decreto Ley 16/2012 segmentó la cartera común de servicios en: básica, suplementaria y de servicios accesorios, quedando la prestación farmacéutica como una prestación suplementaria. Desde 1980 el copago se había fijado en el 40 por 100 del precio de venta al público del medicamento excepto para los pensionistas (exentos) y los enfermos crónicos (10 por 100 con un máximo de 2,64 euros por medicamento). En el mutualismo administrativo el copago era del 30 por 100 sin distinción por la situación de activos o pasivos. El Real Decreto Ley 16/2012 introdujo un nuevo esquema, con ciertas dosis de progresividad, con un copago

GRÁFICO 7
GASTO REMUNERACIÓN DEL PERSONAL DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS



Fuente: Estadística de Gasto Sanitario Público (Msssi).

máximo del 60 por 100 y aplicando a los pensionistas una aportación del 10 por 100 topada en función de la renta. Esta medida, que elevó sustancialmente el copago farmacéutico, entró en vigor a mediados de 2012, de modo que sus efectos financieros positivos solo empiezan a notarse en dicho año de forma parcial.

A pesar de todas estas medidas, España sigue teniendo un gasto en medicamentos superior a la media de los países de la OCDE (22). Por ello será necesario seguir actuando en este campo. En este sentido, recientemente se han producido las sentencias del Tribunal Constitucional que anulan la tasa que pretendían establecer tanto Cataluña como Madrid de un euro por expedición de recetas médicas. Esta iniciativa, tendente a incrementar de hecho el copago farmacéutico, fue una muestra relevante de ejercicio de la corresponsabilidad fiscal. Para anular la medida adoptada, la

STC 71/2014 se apoya en el carácter básico de la Ley 16/2003 en desarrollo del título competencial del artículo 149.1.16 de la Constitución. Por ello, en una futura reforma del sistema de financiación, debería caber en la legislación básica del Estado un espacio para que las comunidades autónomas puedan establecer sus propias tasas en la prestación farmacéutica sin perjuicio de la «uniformidad mínima que corresponde establecer al Estado» en materia de sanidad (23). En todo caso, la normativa debería otorgar a las comunidades capacidad para regular por ellas mismas, en función de sus preferencias sociales, la demanda futura de medicamentos.

En suma, en el gasto de farmacia, que representa una parte considerable del gasto en sanidad, como hemos visto, el margen del que disponen las comunidades autónomas para una política propia es muy escaso. La participación en el Consejo Inter-

territorial de Salud les permite influir en las decisiones, pero con muy poco peso real.

2. Personal

En cuanto a los gastos de personal, las comunidades autónomas tienen capacidad para contratar por los métodos que consideren más apropiados. También han podido establecer los complementos retributivos que han considerado más adecuados. El gráfico 7 refleja la evolución del gasto de personal, tanto en unidades monetarias (escala izquierda) como en términos relativos respecto al gasto total (escala derecha). Se ha pasado de un gasto de personal de 14.951 millones en 2002 (el 43,3 por 100 del gasto sanitario) a 26.286 millones en 2012 (44,4 por 100 del gasto), con un crecimiento sostenido hasta 2009 (29.361 millones) y una reducción considerable desde entonces (-10,5 por 100) (24).

Las retribuciones del personal al servicio de las Administraciones Públicas se fijan cada año en la Ley de Presupuestos Generales del Estado (incluido el personal estatutario que trabaja en la sanidad). Las comunidades autónomas pueden establecer complementos autonómicos como consecuencia de acuerdos con los sindicatos u otras decisiones políticas, siempre al alza respecto a las remuneraciones fijadas por el Estado, que tienen carácter de norma básica. También son las Cortes Generales las que fijan las tasas de reposición de empleados públicos. Hasta 2010 se permitió a todas las administraciones establecer el ritmo de crecimiento de los efectivos que consideraran necesario, pero a partir de ese año, con las primeras medidas de consolidación fis-

cal, las tasas de reposición se han establecido en cero, salvo algunos servicios, entre ellos el sanitario, donde se permite una tasa de reposición máxima del 10 por 100.

Como es evidente con los datos del gráfico 7, las medidas de consolidación fiscal en materia de personal han ayudado a detener su crecimiento en los últimos años e incluso a reducirlo. Hasta la llegada de la crisis, las comunidades parecían inmersas en una carrera por el mejor trato a su personal sanitario, lo que llevó este concepto a un índice 196,4 en 2009, tomando como base 2002. Quizá faltaron instrumentos de coordinación de la política de personal eficaces. El margen de autonomía en la gestión de personal es amplio al alza, pero restringido a la baja por los límites que establece la legislación básica del Estado.

3. La reforma del Sistema Nacional de Salud de 2012

El modelo de asistencia sanitaria con el que se generaliza el traspaso en 2002 a todas las comunidades autónomas nace de la Ley 14/1986 General de Sanidad y se caracteriza por la universalidad y la financiación con impuestos. El sistema anterior era de aseguramiento y se financiaba con cotizaciones sociales. Durante el periodo 2002 a 2012 objeto de nuestro análisis, el derecho universal a la asistencia sanitaria se fue extendiendo. Así, la Ley 16/2003 reconoció como titulares del derecho a la atención sanitaria a los extranjeros inscritos en el padrón municipal de habitantes en las mismas condiciones que los españoles. Y la Ley 33/2011 General de Salud Pública «extiende el derecho a la asistencia sanitaria pública a todos

los españoles residentes en territorio nacional a los que no pudiera ser reconocido en aplicación de otras normas del ordenamiento jurídico» (25).

De este modo, durante la vigencia de los sistemas de financiación autonómica desde 2002, se ha ampliado la población protegida. En el año base del sistema regido por la Ley 21/2001 (1999) la población protegida en las quince comunidades de régimen común era de 35.633.672 personas, mientras que la población total que figuraba en el padrón a 1 de enero de 1999 era de 37.563.710 habitantes. Esto significa que el 5,1 por 100 de la población quedaba excluida de la protección del Sistema Nacional de Salud transferido a las comunidades autónomas. A 1 de enero de 2012, la población protegida por el mutualismo administrativo no acogida a las prestaciones de los servicios sanitarios de las comunidades era de 1.938.054 personas, que representaban el 4,1 por 100 de la población total (26).

Pero al aprobarse el Real Decreto Ley 16/2012 y normas de desarrollo se produce «un giro considerable, ya que deja de reconocerse la titularidad del derecho a la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a «todos los españoles y los extranjeros en el territorio nacional en los términos previstos en el artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000», para pasar a garantizarse con carácter general solo «a aquellas personas que ostenten la condición de asegurado» (27). Esta reforma, justificada en la necesaria consolidación de las cuentas públicas y amparada en posibles abusos puestos de manifiesto por el Tribunal de Cuentas, ha tenido como consecuencia la denegación del dere-

cho a la asistencia sanitaria pública gratuita a todas las personas inmigrantes en situación irregular a partir del 24 de abril de 2012. La pregunta de interés a efectos del sistema de financiación es si ello contribuirá a reducir el gasto de las comunidades en asistencia sanitaria. El Gobierno anunció ahorros del orden de 500 millones de euros, pero dichos ahorros deben confrontarse con las consecuencias económicas y epidemiológicas de la exclusión de la población en situación irregular, tal como señala Abellán (2013), si bien es pronto para valorarlas (28).

4. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS) se compone de los consejeros competentes en materia de sanidad de todas las comunidades autónomas bajo la presidencia del ministro competente del Gobierno central. La Ley 16/2003 le atribuye la finalidad de «promover la cohesión del Sistema Nacional de Salud a través de la garantía efectiva y equitativa de los derechos de los ciudadanos en todo el territorio del Estado» (29). Sus funciones se limitan a conocer, debatir y, en su caso, emitir recomendaciones sobre la configuración del SNS. En lo que se refiere a aspectos financieros, el Consejo Interterritorial aprueba cada año la distribución de los recursos transferidos por el Ministerio de Sanidad en diversos programas. El de mayor importe es el Fondo de Cohesión Sanitaria. Los recursos distribuidos cada año entre las comunidades de régimen común, Ceuta y Melilla aparecen en el cuadro n.º 3:

Como se ve, estamos ante importes de cuantía modesta que

no alcanzan nunca el 1 por 100 de los gastos sanitarios de las comunidades autónomas, pero son adicionales a los que proporciona el sistema de financiación de régimen común. Es interesante constatar que los criterios de distribución entre comunidades, en la mayor parte de los programas, atienden a la población, lo que contrasta con los criterios que sigue el modelo de financiación, que se refiere a población ajustada. Además, en muchos casos se incluye una parte fija por comunidad, computando como tales Ceuta y Melilla, gestionadas por el Estado, lo que resulta bastante alejado de los criterios que informan el sistema tanto en la Ley 21/2001 como en la Ley 22/2009.

En suma, el Ministerio, a través del Consejo Interterritorial, interviene financieramente en la prestación de los servicios sanitarios de las comunidades de régimen común. El hecho de que los importes sean reducidos no impide considerar que ello distorsiona el sistema de financiación de la sanidad, introduciendo unos criterios de distribución *ad hoc* de difícil justificación.

V. LECCIONES PARA LA FUTURA REFORMA DEL SISTEMA DE FINANCIACIÓN

La descripción que hemos hecho hasta aquí del funcionamiento del sistema de financiación en relación con la sanidad debe permitirnos extraer algunas conclusiones útiles para su futura reforma. Los elementos que a la vista de la experiencia pueden mejorarse con la negociación y puesta en marcha de un nuevo sistema son la delimitación de las competencias, la responsabilidad fiscal de las comunidades autónomas, la lealtad institucional recíproca y la clarificación del concepto de equidad compatible con la autonomía. Desarrollamos a continuación cada uno de estos aspectos.

1. Competencias delimitadas por niveles de gobierno

La II Conferencia de Presidentes que hemos descrito más arriba ilustra la estrategia de las comunidades autónomas de utilizar la sanidad como argumento po-

lítico para lograr más recursos del Estado. Sin embargo, también resulta significativa la facilidad con la que el Gobierno central intervino en las competencias autonómicas, añadiendo más recursos.

La confusión sobre las competencias en materia de sanidad se puso de manifiesto también en el Plan de Salud bucodental presentado por el Gobierno en 2007. Se trataba de financiar un programa para lograr que todos los niños españoles entre 7 y 15 años recibieran en el sistema público la misma atención dental con independencia de la comunidad autónoma de residencia. Dicho plan fue una respuesta política a la iniciativa de algunas comunidades: País Vasco, Navarra y Andalucía lideraron esta política y fueron seguidas en diversos grados, antes de la propuesta ministerial, por Murcia, Baleares, Aragón, Cantabria, Extremadura, Castilla y León y Castilla-La Mancha. El plan se concretó en 2008 con una aportación del Estado de 9,2 millones de euros, en 2009 se aportaron también 9,2 millones y, en 2010, 9,7 millones. A partir de 2011, las comunidades autónomas asumen la totalidad de un gasto cuya iniciativa política para la mayoría de ellas correspondió al Gobierno central.

Otro ejemplo fueron las vacunas contra la pandemia de la gripe A que se desató en España a lo largo del año 2009. El Ministerio de Sanidad se apresuró a comprar vacunas para ponerlas a disposición de las comunidades autónomas cuando esa decisión no era de su competencia (30). Si ante las externalidades evidentes en términos de salud de aquella pandemia, alguna comunidad se hubiera negado a vacunar a la población con sus propios recursos (lo que no fue el caso, al menos públicamente), el Gobier-

CUADRO N.º 3

CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

	Rec. distribuidos (miles de euros)	Porcentaje s/ gasto sanitario
2002	31.986,11	0,19
2003	35.790,29	0,40
2004	38.772,27	0,36
2005	42.469,17	0,39
2006	46.881,14	0,78
2007	50.801,35	0,38
2008	56.707,21	0,36
2009	59.659,19	0,37
2010	58.884,51	0,63
2011	57.615,43	0,30
2012*	54.724,66	0,44

Nota: (*) Estimación propia a partir de la liquidación del presupuesto del Estado.

Fuente: Haciendas autonómicas en cifras.

no central hubiera debido actuar directamente, pero no parece que pagar las vacunas sea el método adecuado para corregir esa hipotética situación. Lo correcto en un Estado descentralizado hubiera sido limitarse a autorizar la nueva vacuna y en su caso coordinar las actuaciones de las autoridades competentes.

En suma, con carácter previo a una reforma del sistema de financiación, convendría clarificar las competencias de cada administración. No es una cuestión sencilla y probablemente debería abordarse desde una modificación del orden constitucional (31). Igualmente convendría regular las relaciones intergubernamentales tanto de carácter vertical como horizontal. Pero más allá de una mejor regulación, sin duda necesaria, los diferentes niveles de gobierno deberían aceptar el régimen descentralizado vigente y cesar la invasión de competencias, especialmente en aspectos presupuestarios. Sin un pacto de esta clase, el sistema de financiación queda desdibujado.

2. Responsabilidad fiscal compartida

Tanto la Ley 21/2001 como la Ley 22/2002 se apoyan en dos principios esenciales: la corresponsabilidad fiscal y la lealtad institucional. En cuanto a la corresponsabilidad fiscal, desde 1997 se ha ampliado progresivamente, tanto en lo que se refiere al volumen de tributos cedidos, como a las competencias normativas sobre gran parte de dichos tributos. Los estudios que han abordado el ejercicio de la corresponsabilidad tributaria muestran que ha sido insuficiente. Por ejemplo, en Cuenca (2014) se concluye que la autonomía se ha ejercido generalmente a la baja, salvo en

algunas comunidades que, con la crisis económica, han adoptado medidas tributarias al alza. En el IVMDH, impuesto afectado a la sanidad, hemos visto en la sección III que no es hasta 2010 cuando se generaliza (casi) el uso de esta fuente de financiación complementaria. Recuérdese que las potestades normativas en el IVMDH, y, a partir de 2013, en el impuesto sobre hidrocarburos, son solo al alza. Y como hemos descrito, las comunidades autónomas prefirieron reclamar más recursos al Estado que ejercer la corresponsabilidad fiscal sobre sus contribuyentes/votantes.

En la próxima reforma será imprescindible reforzar y concretar la aplicación del principio de corresponsabilidad fiscal. Para ello se requieren mejoras técnicas en la cesión de tributos y una restricción presupuestaria creíble, esto es, que el Estado deje de intervenir en socorro de las comunidades autónomas. En particular, la próxima reforma del sistema de financiación no puede ser independiente de la regulación del Fondo de Liquidez Autonómica (FLA) que ha modificado *de facto* los fundamentos de la autonomía (32).

Será además necesario definir qué nivel de administración es responsable y competente para establecer mecanismos de regulación de la demanda. España no puede afrontar un nuevo periodo de cinco o más años sin clarificar a quién compete la decisión de establecer sistemas de copago en sanidad. O, al menos, sin prever los mecanismos mediante los cuales se adoptarán este tipo de medidas de control del gasto sanitario.

3. Lealtad institucional

En lo que se refiere a la lealtad institucional, su regulación a par-

tir de 2002 quedó establecida en el artículo 2.1 e) LOFCA en los siguientes términos: «La lealtad institucional, que determinará la valoración del impacto, positivo o negativo, que puedan suponer las actuaciones del Estado legislador en materia tributaria o la adopción de medidas de interés general, que eventualmente puedan hacer recaer sobre las Comunidades Autónomas obligaciones de gasto no previstas a la fecha de aprobación del sistema de financiación vigente, y que deberán ser objeto de valoración anual en cuanto a su impacto, tanto en materia de ingresos como de gastos, por el Consejo de Política Fiscal y Financiera de las Comunidades Autónomas».

Este precepto no se aplicó a pesar de preverse una valoración anual, por lo que, en la reforma de 2009, se interpretó que «con la incorporación de recursos adicionales por parte del Estado [...] se garantiza la suficiencia financiera de las Comunidades Autónomas [...] para el cumplimiento de la totalidad de las obligaciones legales existentes [...], dando satisfacción al principio de lealtad institucional» (33).

Por otra parte, a partir de 2009 se precisó el concepto de lealtad institucional señalando que las actuaciones legislativas del Estado y de las comunidades autónomas «deberán ser objeto de valoración quinquenal en cuanto a su impacto, tanto en materia de ingresos como de gastos, por el Consejo de Política Fiscal y Financiera de las Comunidades Autónomas, y en su caso compensación, mediante modificación del Sistema de Financiación para el siguiente quinquenio» (34). El primer periodo quinquenal de aplicación concluyó con el año 2013, pero todavía no se ha realizado, al

menos públicamente, la valoración prevista.

En un sistema de financiación reformado deberá aplicarse con rigor el principio de lealtad institucional. Hemos visto que en el caso de la sanidad la valoración de la actividad legislativa del Estado podría resultar favorable en su conjunto, con lo que podrían reducirse las necesidades de gasto. No obstante, la valoración en términos de lealtad institucional ha de incluir todas las competencias autonómicas.

4. Autonomía versus equidad

El tercer párrafo de la introducción al Real Decreto Ley 16/2012 ilustra la filosofía que inspira la política sanitaria del actual Gobierno central: «El Sistema Nacional de Salud viene sufriendo situaciones de descoordinación entre los servicios de salud autonómicos, lo que se traduce en la aparición de considerables diferencias en las prestaciones y en los servicios a los que acceden los pacientes en las distintas comunidades autónomas. La cohesión territorial y la equidad se han visto puestas en cuestión con determinadas medidas adoptadas durante estos últimos años».

Llama la atención que se afirme que las diferencias en prestaciones y servicios son considerables hoy en día en España. Y, además, que ello se califique como «descoordinación» cuando, al menos en parte, algunas diferencias constituyen la esencia de un sistema descentralizado. Hemos visto en las páginas anteriores que los gobiernos centrales que precedieron al actual, de una u otra forma, también manifesta-

ron con su comportamiento cierta desconfianza hacia la descentralización. A nuestro juicio, el compromiso entre autonomía y equidad requiere una clarificación previa a la reforma del sistema de financiación. Obviamente, se trata de una decisión política, pero la economía del federalismo fiscal puede ayudar a ordenar las ideas.

La teoría económica ofrece unos principios muy generales sobre la asignación de responsabilidades entre niveles de gobierno (35). Cuando los decisores subcentrales tienen mejor conocimiento de las necesidades sanitarias locales y de las condiciones de producción de los servicios sanitarios, la descentralización es recomendable en términos de bienestar social. Obviamente, en sanidad existen externalidades en materia de salud pública que se pueden corregir mediante sistemas de transferencias verticales desde el Gobierno central. Por el contrario, algunos factores resultan más favorables a una prestación centralizada en materia sanitaria: a) cuando existan economías de escala en la construcción de infraestructuras hospitalarias o en la compra de algunos suministros, y b) si la descentralización conduce a desigualdades sanitarias no deseadas entre regiones (tanto por los servicios que se prestan como por el modo en que se financian). En suma, la descentralización de los servicios sanitarios aporta ventajas en términos de eficiencia y encuentra sus límites en los criterios de equidad.

Los criterios de equidad deberían por tanto incorporarse al sistema de financiación o bien clarificarse *ex ante*. En la vigente Ley 22/2009 se garantiza una financiación igual por habitante ajustado pero se deja libertad a las

comunidades autónomas para que empleen tales recursos del mejor modo posible, en sanidad o en otras funciones. Por tanto, se reconoce y admite que los servicios sanitarios no serán iguales en todo el territorio, solo se garantiza la posibilidad de que lo sean.

Algunos economistas han defendido la necesidad de introducir en el sistema de financiación elementos específicos para atender necesidades sanitarias. Por ejemplo, en Utrilla (2006) se aboga por una financiación condicionada dentro del sistema general mediante «un contrato-programa en el que se garantiza una financiación a través de impuestos y transferencias niveladoras con unas garantías en términos dinámicos» (36). En el mismo sentido, la Asociación de Economía de la Salud propone «crear dentro del sistema de financiación autonómica un fondo específico orientado a asegurar la efectiva coordinación (que no uniformidad) de los sistemas autonómicos de salud por parte del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad» (37).

Crear ese fondo específico requeriría fijar su volumen y evolución, así como su distribución, entre las comunidades autónomas. En cuanto a lo primero, en Abellán (2013), considerando tanto los factores demográficos como los precios sanitarios y la mejora de las prestaciones, se obtiene una previsión de crecimiento de 4,7 por 100 anual para el periodo 2010-2016 (38). Hemos visto que para los años 2010 a 2012 se ha producido, al contrario, una reducción del gasto, pero ello no obsta para que en el medio plazo la tendencia sea creciente. En todo caso, el volumen de ese hipotético fondo, caso de ser de cuantía relevante, estará sometido a una decisión política

en los Presupuestos Generales del Estado de cada año.

Por lo que se refiere a la distribución entre comunidades autónomas, un fondo específico para la sanidad debería fijar los determinantes del gasto por regiones. No es tarea sencilla, como ponen de manifiesto Cantarero y Lago Peñas (2012). En particular, parece que la actual distribución del gasto regional no responde solo a variables demográficas o económicas, sino también a las consecuencias de decisiones de gasto pasadas en cada región. La decisión política en este caso habría de referirse al grado de equidad interterritorial que se desee. Si se pretende igualar las prestaciones por necesidad de las personas en todo el territorio, los criterios de reparto entre comunidades deberían resultar exclusivamente de la aplicación de criterios técnicos, revisables periódicamente.

Una última característica que debería tener un fondo específico para la sanidad sería un mecanismo de toma de decisiones colectivas claro, que podría depender del Consejo Interterritorial del SNS. En tal caso, debería clarificarse el papel del Estado. Incluso podría ser conveniente diseñar un sistema de decisión sin la presencia del Estado.

En definitiva, sería un fondo similar al vigente FGSPF, pero diseñado como financiación condicionada y en el que debería asegurarse que los incentivos son correctos: si se gasta menos, la comunidad autónoma debería poder beneficiarse de ello.

VI. A MODO DE CONCLUSIÓN

Hemos visto en los apartados anteriores que las intervenciones

del Estado en la financiación de las comunidades autónomas durante el periodo 2002-2012 han sido frecuentes. Los importes adicionales que se han inyectado con una justificación sanitaria en los años 2002-2008 no han sido muy grandes, pero en términos marginales, son significativos. A partir de 2009 se realiza una aportación considerable de recursos, en parte justificada en mejora de la asistencia sanitaria, aunque en el marco de una reforma amplia del sistema y de una importante crisis fiscal de las comunidades.

El sistema de financiación de las comunidades de régimen común es una pieza esencial, pero no única, del llamado «Estado de las autonomías» emanado de la Constitución de 1978. Nuestra organización institucional es muy parecida a la de un estado federal pero necesita reformas de calado que van más allá del sistema de financiación. En palabras de Aja (2014), hay que «eliminar los restos disfuncionales del centralismo, resolver las dificultades sobrevenidas, aclarar las ambigüedades y consolidar un sistema coherente, que funcione con eficacia y que los ciudadanos puedan entender y valorar» (39). Como hemos descrito en este trabajo, en la sanidad pública permanecen restos del centralismo, hay excesivas ambigüedades y faltan mecanismos eficaces para solventar dificultades imprevisibles. Con un sistema de financiación autonómica de régimen común como el que rige en España desde 2002, habrá que completar el diseño en el sentido federal si se quiere que sea sostenible y estable en el medio plazo. O bien, desandar el camino explícitamente y plantear una reforma en sentido contrario.

NOTAS

(*) Agradecemos los comentarios y sugerencias de Carlos Ocaña y Eduardo Bandrés sobre una primera versión. El texto final ha mejorado también notablemente merced a la atenta lectura y los consejos de los coordinadores de este número de PAPELES DE ECONOMÍA ESPAÑOLA, Santiago Lago Peñas y Jorge Martínez-Vázquez. Alain Cuenca agradece la ayuda del Proyecto DER2013-48005-R del Ministerio de Economía y Competitividad.

(1) Ley 21/2001 por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía.

(2) Ley 22/2009 por la que se regula el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía y se modifican determinadas normas tributarias.

(3) La senda que refleja el gráfico 1 no se cumple del mismo modo para todas las comunidades, como puede verse en el Anexo I.

(4) La regla fiscal vigente durante este periodo obligaba a lograr superávits de las administraciones territoriales. Puede verse, entre otros, DÍAZ ROLDÁN y CUENCA (2014).

(5) El gasto total se toma depurado de IFL y FEOGA.

(6) El gasto total se ve afectado por nuevos trasposos de competencias no sanitarias, pero su importe ha sido muy reducido en el periodo considerado. Para los años 2004 a 2008, se traspararon servicios por un importe acumulado de 547,6 millones de euros, lo que representaba el 0,35 por 100 del gasto autonómico en 2008. En el periodo 2008-2011 los trasposos alcanzaron un importe acumulado de 774,9 millones (0,51 por 100 del gasto en 2011). Véase: http://www.seap.minhap.gob.es/es/areas/politica_autonomica/trasposos.html

(7) Recuérdese que durante los seis primeros meses de 2002, la gestión presupuestaria permaneció en el Insalud para las diez comunidades autónomas, de modo que no pudieron abordar cambios inmediatos. CANTARERO (2010: 84) sugiere que el traspaso provocó un incremento del gasto sanitario. Igualmente, para ABELLÁN (2013: 40) el año 2002 podría haber marcado un cambio de tendencia en el gasto sanitario público en España porque el gasto medio en el periodo 1991-2001 era del 7,3 por 100 del PIB, mientras que en el periodo 2002-2010 alcanzó en media el 8,6 por 100 del PIB. Aunque nada permite atribuir en exclusiva dicho cambio al traspaso a las diez comunidades autónomas de 2002.

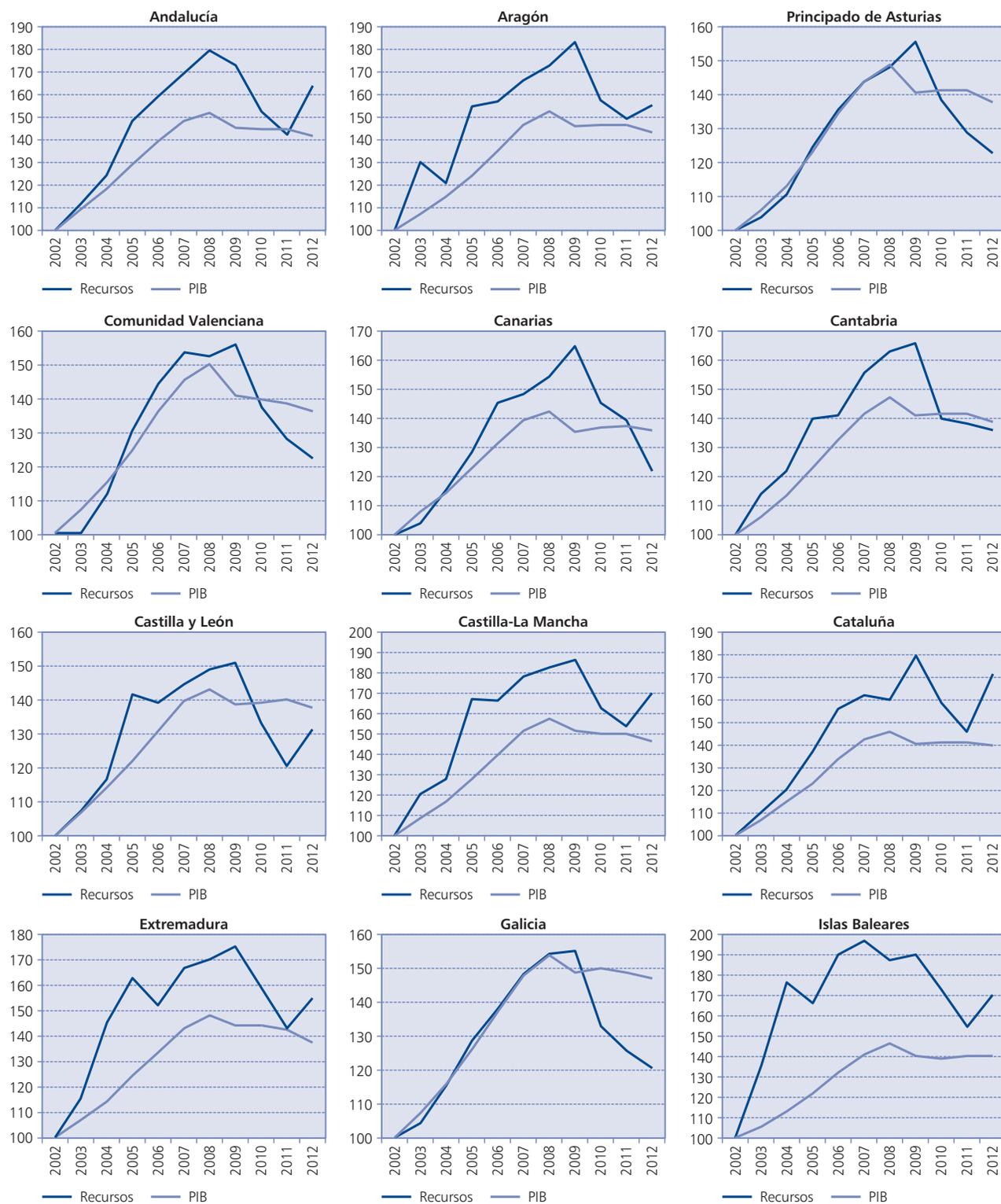
(8) Véase RUIZ ALMENDRAL y CUENCA (2014).

(9) Así lo aseguraba el Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas en nota de prensa de 16 de julio de 2014:

<p>http://www.minhap.gob.es/Documentacion/Publico/GabineteMinistro/Notas%20Prensa/2014/S.%20E.%20ADMINISTRACIONES%20P%3%9ABLICAS/16-07-14%20Fondos%20Proveedores.pdf</p> <p>(10) ABELLÁN, 2013: 226.</p> <p>(11) En términos de ordenación de las comunidades autónomas, tomar la población ajustada o la población total altera poco las posiciones relativas. Para 2012, con población ajustada según la Ley 22/2009 Madrid sube cuatro puestos en la ordenación de mayor a menor gasto por habitante, Cataluña sube dos puestos. Galicia baja tres puestos. Castilla y León, Canarias y Castilla-La Mancha bajan dos. Las demás CC. AA. o bien mantienen su posición en la ordenación o bien varía solo un puesto.</p> <p>(12) Disp. Trans. 2ª.</p> <p>(13) En el acuerdo del CPFF de 27 de julio de 2001, el traspaso de la sanidad se contemplaba como una posibilidad para los años siguientes. Sin embargo el Gobierno central forzó en el segundo semestre de 2001 el traspaso a las diez comunidades autónomas, muchas de las cuales mostraron recelos. La garantía sanitaria pretendía facilitar dicho proceso.</p> <p>(14) Propuesta del CPFF a la Conferencia de Presidentes. Memoria de actuaciones del CPFF (2005: 370).</p> <p>(15) Memoria del CPFF (2005: 373).</p> <p>(16) Como explica DÍAZ DE SARRALDE (2011).</p> <p>(17) No entramos en operaciones menores que merecerían un estudio más detallado: por ejemplo el apoyo prestado al Hospital Clínico de Barcelona hasta su traspaso definitivo en 2007, la financiación de inversiones en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Cantabria, u otras actuaciones que reflejan los Presupuestos Generales del Estado de cada año.</p> <p>(18) Véase AES (2013).</p> <p>(19) Real Decreto Ley 4/2010, de 26 de marzo, de racionalización del gasto farmacéutico con cargo al Sistema Nacional de Salud. Real Decreto Ley 9/2011, de 19 de agosto, de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del sistema nacional de salud, de contribución a la consolidación fiscal, y de elevación del importe máximo de los avales del Estado para 2011. Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y la seguridad de sus prestaciones.</p> <p>(20) En todo caso, el sistema resultante no está exento de problemas. Para un resumen crítico de las medidas más recientes sobre medicamentos genéricos, véase AES (2013).</p> <p>(21) El importe medio señalado para ese convenio anual con Farmaindustria se deduce de las modificaciones presupuestarias por generación de ingresos del Ministerio de Sani-</p>	<p>dad. Véase http://www.igae.pap.minhap.gob.es/sitios/igae/es-ES/EjecucionPresupuestaria/Paginas/imoperacionesejecucion.aspx</p> <p>(22) ABELLÁN, 2013: 40-41.</p> <p>(23) Véase Sentencia 71/2014 del Tribunal Constitucional. BOE núm. 135, 4 de junio de 2014, p. 28.</p> <p>(24) Nótese que en 2012 se produjo la supresión de la paga extraordinaria de Navidad que se recuperó en 2013. En cambio, los efectos de la reducción del 5 por 100 aplicada en 2010 y la posterior congelación salarial permanecen.</p> <p>(25) Dispo. Ad. 6ª. Para una descripción de la evolución del SNS, véase AES (2013).</p> <p>(26) Los datos provienen a la liquidación del sistema de financiación de 2002 (http://www.minhap.gob.es/Documentacion/Publico/PortalVarios/FinanciacionTerritorial/Autonomica/Publicaciones%20Financiacion/A%3%9B1o%20base%201999.pdf) y de las Memorias anuales 2011 de Muface, Mugeju e Isfas.</p> <p>(27) AES, 2013: 11.</p> <p>(28) Véase ABELLÁN, 2013: 266-275.</p> <p>(29) Artículo 69.</p> <p>(30) Parte de estas actuaciones se pueden reconstruir con la información del Ministerio de Sanidad: https://www.msssi.gob.es/serv-Ciudadanos/alertas. Nótese que las vacunas no se usaron finalmente.</p> <p>(31) Para una propuesta en este sentido, véase AJA, 2014: 376-381.</p> <p>(32) Véase RUIZ ALMENDRAL y CUENCA (2014) para una descripción de los nuevos mecanismos de financiación tras la reforma del artículo 135 de la Constitución.</p> <p>(33) D.A. 6ª Ley 22/2009.</p> <p>(34) Artículo 2.g) Lofca.</p> <p>(35) La amplia literatura al respecto se resume en JIMÉNEZ RUBIO (2010) en relación con la sanidad.</p> <p>(36) UTRILLA, 2006: 366.</p> <p>(37) AES, 2013: 6.</p> <p>(38) ABELLÁN, 2013: 203.</p> <p>(39) AJA, 2014: 369.</p> <p>BIBLIOGRAFÍA</p> <p>ABELLÁN, J.M. (2013), <i>El sistema sanitario público en España y sus comunidades autónomas. Sostenibilidad y reformas</i>, Fundación BBVA, Madrid.</p> <p>AJA, E. (2014), <i>Estado autonómico y reforma federal</i>, Alianza Editorial, Madrid.</p>	<p>ASOCIACIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD (2013), <i>Diagnóstico y propuestas de avance. Financiación y cobertura pública</i>. Disponible en: http://www.aes.es/documentos_aes/propuestas_sns</p> <p>CABASÉS, J.M. (2010), <i>La financiación del gasto sanitario en España</i>, Fundación BBVA, Madrid.</p> <p>CANTARERO, D. (2010), «Financiación regional en el sistema sanitario español: análisis del sistema actual y agenda pendiente», en J.M. CABASÉS, <i>La financiación del gasto sanitario en España</i>, pp. 83-91.</p> <p>CANTARERO, D., y LAGO, S. (2012), «Decomposing the determinants of health care expenditure: the case of Spain», <i>The European Journal of Health Economics</i> (2010), 13: 19-27.</p> <p>CUENCA, A. (2014), «Autonomía y corresponsabilidad: La política tributaria de las comunidades autónomas de régimen común», <i>PAPELES DE ECONOMÍA ESPAÑOLA</i>, 139: 97-114.</p> <p>DE LA FUENTE, A. (2013), «La financiación de las comunidades autónomas de régimen común en 2011». BBVA Research. <i>Documento de Trabajo</i> n.º 13/30.</p> <p>DÍAZ DE SARRALDE, S. (2011), «La garantía de Servicios Públicos Fundamentales en el nuevo régimen de financiación autonómica», <i>Presupuesto y Gasto Público</i>, 62: 85-100.</p> <p>DÍAZ, C., y CUENCA, A. (2014), «Consolidación fiscal y reglas fiscales en las Comunidades Autónomas españolas». <i>Documento de Trabajo. Serie Economía. 2014-01</i>. Instituto Universitario de Desarrollo Regional. Universidad de La Laguna.</p> <p>JIMÉNEZ, D. (2010), «La evaluación de las políticas de descentralización sanitaria: retos para la investigación futura», en J.M. CABASÉS, <i>La financiación del gasto sanitario en España</i>, pp. 269-279.</p> <p>LÓPEZ, G. (2007), «La descentralización fiscal en España en la disyuntiva de la nueva financiación autonómica. Algunas reflexiones generales y específicas al caso de la sanidad», en <i>La financiación de estado de las autonomías: perspectivas de futuro</i>, pp. 189-228.</p> <p>MINISTERIO DE HACIENDA Y ADMINISTRACIONES PÚBLICAS (2005), <i>Consejo de Política Fiscal y Financiera de las Comunidades Autónomas</i>. Memoria de Actuaciones.</p> <p>RUIZ ALMENDRAL, V., y CUENCA, A. (2014), «Estabilidad presupuestaria en las comunidades autónomas: más allá de la reforma de la Constitución», <i>Cuadernos de Información Económica</i>, 241: 35-44, julio-agosto.</p> <p>UTRILLA DE LA HOZ, A. (2006), <i>Nuevo sistema de financiación de la sanidad: líneas básicas en La financiación del gasto sanitario desde la perspectiva de la experiencia comparada</i>, Fundación BBVA, Madrid, pp. 363-378.</p>
--	---	--

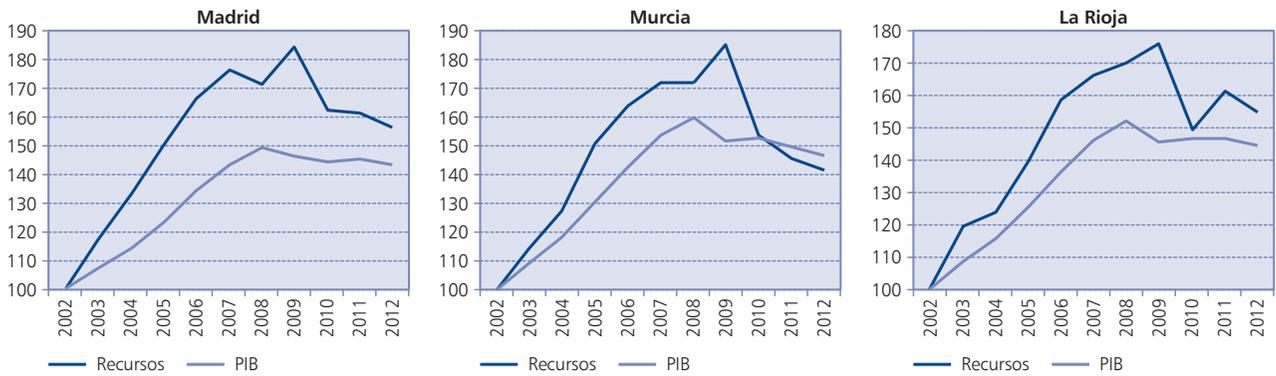
ANEXO I

RECURSOS NO FINANCIEROS DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS VS. PIB (ÍNDICE 2002 = 100)



ANEXO I (continuación)

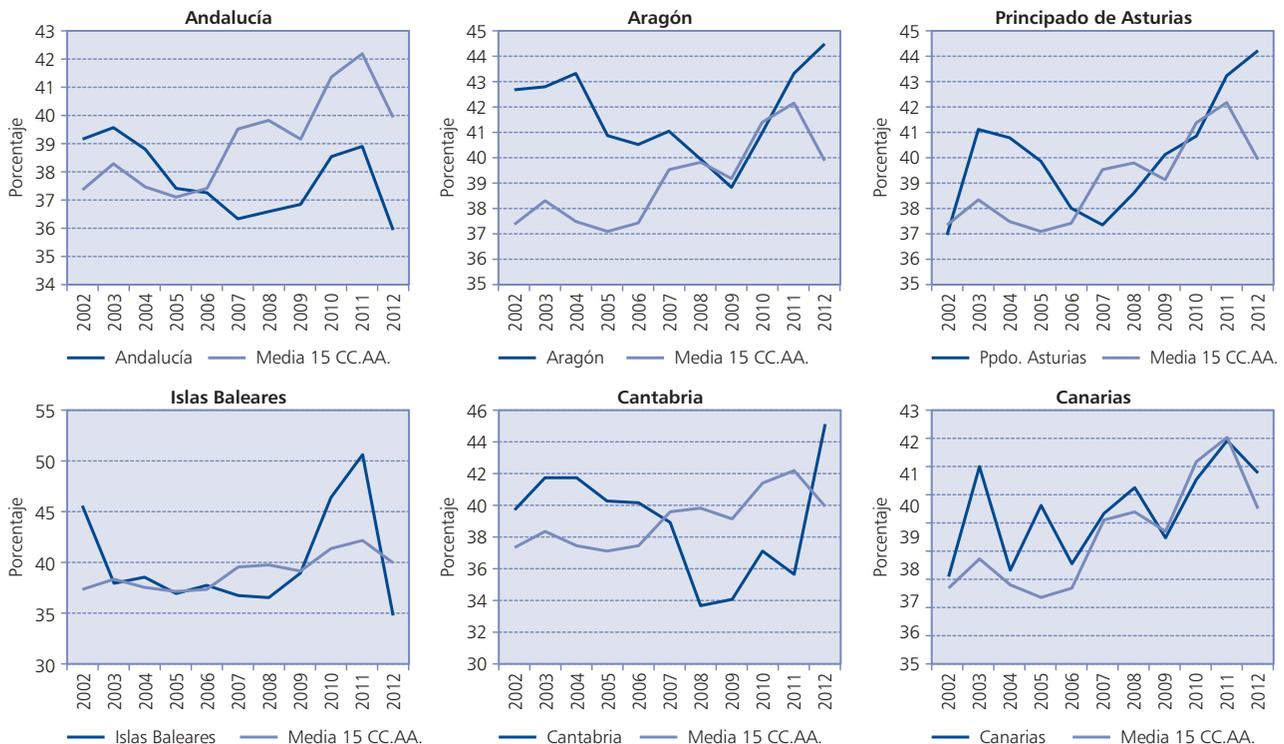
RECURSOS NO FINANCIEROS DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS VS. PIB (ÍNDICE 2002 = 100)



Fuentes: Liquidación de los presupuestos de las comunidades autónomas, Minhap e INE.

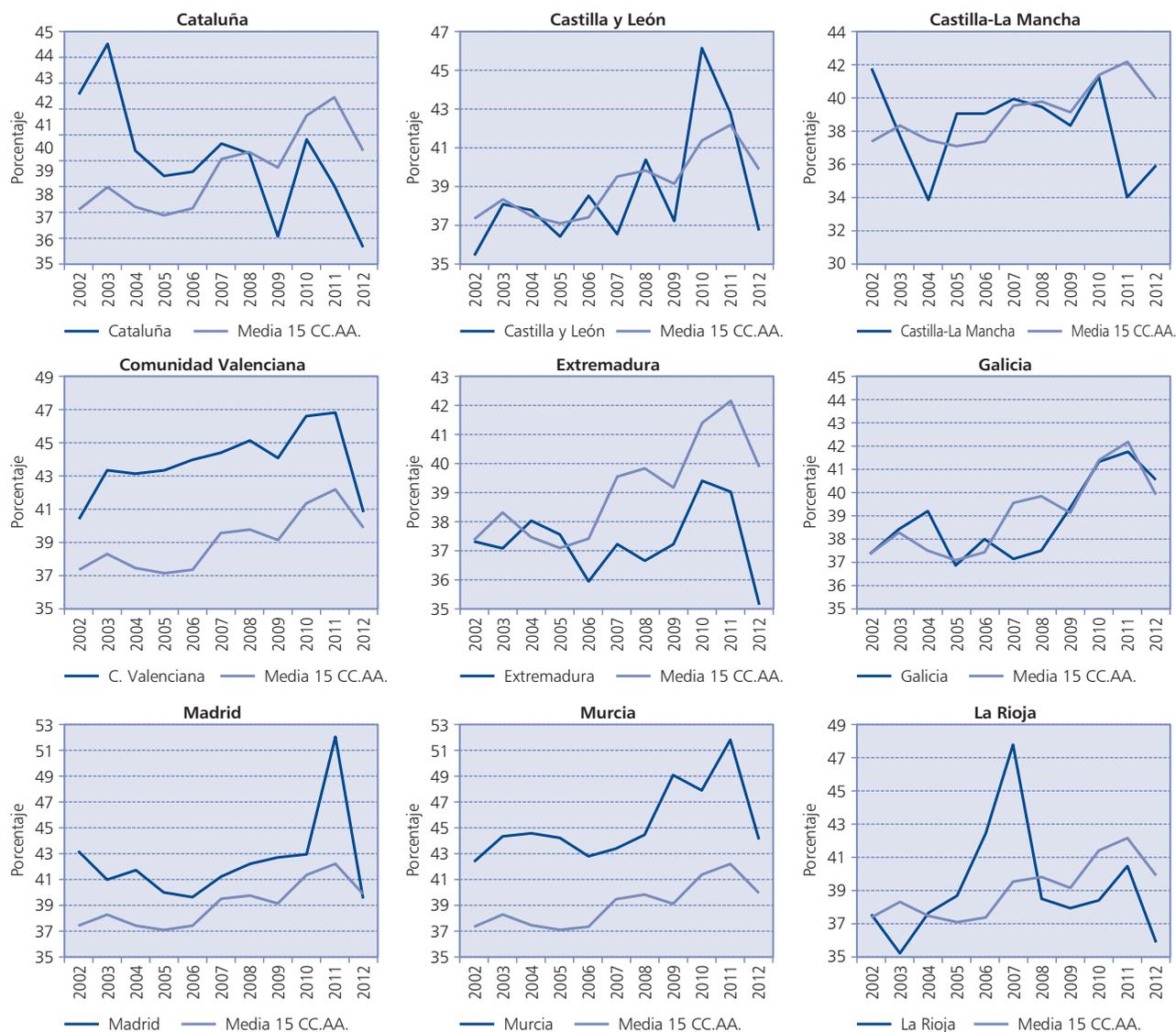
ANEXO II

PESO DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO



ANEXO II (continuación)

PESO DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO



Fuente: Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP), MSSSI.