

CICLO DE SEMINARIOS
LA FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS PÚBLICOS EN EL
MARCO DE LA CONSOLIDACIÓN FISCAL Y LA SOSTENIBILIDAD
FINANCIERA

EL GASTO SANITARIO DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS Y SU FINANCIACIÓN

ALAIN CUENCA

Universidad de Zaragoza

acuenca@unizar.es

Tax and Public Finance Law Seminar Series núm. 2
Marzo 2016



PROYECTO I+D+RETOS DE LA SOCIEDAD: DER2013-48005-R
IP: Dra. Antonia Agulló Agüero

El gasto sanitario de las CCAA y su financiación

Alain Cuenca¹ acuenca@unizar.es

Universidad de Zaragoza

En España las Comunidades Autónomas realizan el 92% del gasto público en sanidad. Hasta el año 2001, dicho gasto se financiaba mediante un sistema propio e independiente del resto de las competencias autonómicas. Esta diferenciación se debía a que cinco Comunidades Autónomas de régimen común (CCAA) 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 (AGE) a través del INSALUD-Gestión directa. A partir del 1 de enero de 2002, esas diez CCAA asumieron los traspasos de los servicios sanitarios, de modo que los recursos correspondientes se integraron en el sistema de financiación general, sin distinción respecto de las demás competencias autonómicas. Como resultado de todo ello, la AGE solo gestiona en la actualidad los servicios sanitarios de Ceuta y Melilla a través del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA).

El objetivo de este trabajo es analizar el gasto sanitario de las CCAA de régimen común y su relación con el sistema de financiación que lo sustenta (sin incluir País Vasco y Navarra, por su régimen foral). En un trabajo anterior estudiamos el gasto sanitario entre 2002 y 2012 y su engarce con las actuaciones de la AGE en la materia, lo que nos permitía formular algunas recomendaciones ante la próxima reforma del sistema de financiación autonómica². Aquí me ocupo solamente del periodo 2009-2013 y evalúo una propuesta concreta: una hipotética devolución de la competencia sanitaria por las diez CCAA que accedieron a la autonomía por la llamada “vía lenta”, para retornar así a la situación asimétrica anterior a 2002.

Para ello, en el primer apartado se ofrecen algunos datos relevantes del gasto sanitario autonómico. En el segundo se recuerda el funcionamiento del sistema de financiación vigente y su relación con el gasto sanitario. En el tercer apartado se evalúan las mejoras de eficiencia y equidad que podrían conseguirse volviendo a un sistema de competencias asimétricas, con un fondo específico para la

¹ Este trabajo se ha realizado en el marco del Proyecto DER2013-48005-R del Ministerio de Economía y Competitividad.

² Cuenca y González (2015)

financiación sanitaria al margen del sistema general de financiación. Concluimos con unas consideraciones finales.

I.- El gasto sanitario de las CCAA 2009-2014

Como es sabido, en el año 2009 se reformó la Ley 21/2001 que regía el sistema de financiación de las CCAA de régimen común³, lo que dio lugar a la Ley 22/2009 en vigor desde entonces⁴. A pesar de que dicha reforma no pudo tener efectos sobre los gastos sanitarios en el propio año 2009 (se aprobó en diciembre tras un largo período de negociación) tomamos ese año como punto de partida dado que en él se alcanzó el máximo gasto sanitario público de nuestra historia.

Cuadro 1: Gasto sanitario de las CCAA 2009-2014 (miles de euros)

	2009	2010	2011	2012*	2013*	2014*	Indice 2009=100
Cataluña	10.926.885	11.014.952	10.017.911	9.657.000	9.300.000	9.261.000	84,8
Galicia	4.147.214	3.936.893	3.866.956	3.645.000	3.748.000	3.615.000	87,2
Andalucía	10.666.086	10.315.075	9.841.118	9.198.000	9.296.000	8.934.000	83,8
Asturias (Principado de)	1.814.586	1.723.355	1.788.365	1.526.000	1.531.000	1.580.000	87,1
Cantabria	843.093	884.699	853.306	803.000	849.000	880.000	104,4
Rioja (La)	485.659	480.939	452.712	431.000	425.000	421.000	86,7
Murcia (Región de)	2.344.045	2.309.103	2.302.392	2.030.000	2.007.000	2.020.000	86,2
Comunitat Valenciana	6.902.565	7.013.556	6.801.919	6.684.000	5.968.000	6.308.000	91,4
Aragón	2.129.480	2.051.938	2.048.955	1.876.000	1.852.000	1.835.000	86,2
Castilla-La Mancha	3.287.729	3.301.790	3.190.443	2.630.000	2.570.000	2.564.000	78,0
Canarias	3.107.560	2.939.700	2.744.885	2.544.000	2.565.000	2.635.000	84,8
Extremadura	1.815.772	1.783.234	1.682.085	1.569.000	1.545.000	1.572.000	86,6
Balears (Illes)	1.431.757	1.615.531	1.404.122	1.296.000	1.310.000	1.346.000	94,0
Madrid (Comunidad de)	8.347.733	7.587.861	8.232.611	7.904.000	7.458.000	7.599.000	91,0
Castilla y León	3.675.037	3.726.700	3.984.478	3.531.000	3.423.000	3.401.000	92,5
	61.925.201	60.685.326	59.212.259	55.324.000	53.847.000	53.971.000	87,2

* Se toman de la IGAE actualizado a 22-12-2015. Los demás se han tomado de IVIE

El cuadro 1 muestra que el gasto sanitario total (corriente y de inversión) de las CCAA de régimen común se ha reducido un 12,8% respecto de 2009, si bien en 2014 muestra ya un ligero crecimiento⁵. El comportamiento de las CCAA ha sido dispar, siendo las CCAA de Castilla La Mancha, Andalucía, Cataluña y Canarias las que han realizado un mayor ajuste. Por el contrario, Cantabria (su

³ 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.

⁴ 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

⁵ Los datos de 2014 son aún provisionales, de modo que pueden variar de forma significativa cuando se eleven a definitivos. Nótese que se trata de gastos devengados, computados en términos de Contabilidad Nacional por la Intervención General del Estado y validados por EUROSTAT. Se trata de la fuente más precisa sobre el gasto, aunque difiere ligeramente de la información publicada por el Ministerio de Sanidad y Servicios sociales. Véase al respecto Bandrés y González (2015).

dato debe tomarse con precaución), Baleares, Castilla-León, Comunidad Valenciana y Madrid son las que menos han reducido el gasto sanitario público en el período. Hasta la Gran Recesión se pensaba que el gasto sanitario crecería siempre, impulsado por factores de demanda (mayor nivel de renta) y de oferta (progreso tecnológico esencialmente), pero nuestra experiencia reciente revela que es posible reducir el gasto público en sanidad. Como señalan Bandrés y González (2015), el gasto se redujo especialmente en farmacia ambulatoria (tanto en precios como en cantidades), remuneraciones de personal (salarios y número de efectivos) y en inversiones. Los citados autores subrayan que *“La farmacia extrahospitalaria ha sido una de las partidas más afectadas por el proceso de ajuste. En el conjunto del periodo 2009-2013, el gasto en farmacia, incluidas prótesis y aparatos terapéuticos, descendió un 22,4%”*. Este resultado tan notable se ha debido a la conjunción de dos factores: la reducción del número de recetas, que cayó un 12% en los años 2012 y 2013, y el descenso del gasto medio por receta, que fue del 20,6% entre 2009 y 2013⁶. Las diferencias entre CCAA podrían estar reflejando tanto una situación de partida distinta como una política de reducción y control más decidida en unas CCAA que en otras.

Las medidas de consolidación fiscal en materia de personal han dado lugar a una reducción significativa del gasto del 11% entre 2009 y 2013. Las variaciones entre CCAA son importantes, siendo Castilla y León (-5,5%) la que menos lo ha reducido y Castilla La Mancha (-19,1%) la que mayor recorte consiguió. El ajuste se inició con la reducción general de salarios impuesta por el RDL 8/2010 de 5% a partir del 1 de junio de ese año, que se ha consolidado⁷. Por otra parte, las sucesivas leyes de presupuestos generales del Estado han congelado las retribuciones, de modo que solo han podido crecer por los llamados “deslizamientos” (antigüedad o promoción interna). Además, en el ejercicio 2012 se suprimió la paga extra de diciembre de ese año y se redujeron los días de libre disposición. Todas estas medidas –excepto la reducción de 2010– se han revertido a partir de 2015. En cuanto al tipo de servicios, los efectivos en atención primaria apenas se han reducido durante la crisis. En cambio, el personal empleado en atención hospitalaria y especializada se ha reducido un 4,5% desde 2010⁸, centrado en el personal de enfermería, los técnicos sanitarios y el personal no sanitario, mientras apenas se reduce el personal médico en dichos centros.

Por su parte, la inversión representaba el 5,3% del gasto total en 2009 y cayó hasta el 2,9% en 2013, lo que no deja de ser importante, dado su reducido peso relativo en el gasto, aunque la inversión es en cualquier servicio público el primer gasto que se contiene. En suma, durante la vigencia del actual

⁶ A pesar de todo, España sigue teniendo un gasto en medicamentos superior a la media de los países de la OCDE. Véase Abellán (2013), págs. 40-41.

⁷ Real Decreto-ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público

⁸ Bandrés y González (2015), pág. 46

sistema de financiación de las CCAA, se ha asistido a un proceso de consolidación del gasto sanitario sin precedentes. Veamos a continuación la relación entre ambos.

II.- El vigente sistema de financiación de las CCAA de régimen común

La esencia de cualquier sistema de financiación regional es que las necesidades de gasto se financien con dos fuentes de recursos: una capacidad tributaria y una transferencia del gobierno central, que complementa la primera. Si la capacidad tributaria que se otorga a cada Comunidad autónoma no alcanza para financiar sus necesidades de gasto, recibirá una transferencia que llamamos “de nivelación”. Si por el contrario la capacidad tributaria cedida excede las necesidades de gasto, la transferencia será negativa. Por tanto, describir el sistema de financiación requiere conocer cómo se determinan estos tres elementos: necesidades de gasto, capacidad tributaria, transferencias de nivelación. Los vemos a continuación.

a) Necesidades de gasto

En el sistema vigente las necesidades de gasto se determinaron sumando a la financiación real que tuvo cada Comunidad en el año 2007, los recursos adicionales que se pactaron a tal fin con el gobierno central. No parece un método muy científico para calcular lo que se necesita gastar en materias tan importantes como la sanidad, la educación, los servicios sociales y otros cuya gestión tienen encomendadas las CCAA, pero es el que se viene aplicando, con uno u otro formato, desde 1986. Lo que subyace es el método del coste efectivo al que fueron traspasados en su momento los medios para prestar los servicios. Además, rige el respeto del *statu quo*, esto es, que ninguna comunidad autónoma pierde recursos cada vez que se cambia un sistema por otro.

b) Capacidad tributaria

La capacidad tributaria de cada comunidad incluye tributos propios y tributos cedidos. Los primeros no forman parte del sistema propiamente dicho y recaudan cantidades en torno al 1% de los recursos de las CCAA. Por su parte, los tributos cedidos pueden agruparse en las siguientes categorías.

i) Impuesto sobre transmisiones patrimoniales y actos jurídicos documentados, impuesto sobre sucesiones y donaciones, tributos sobre el juego y tasas afectas a los servicios transferidos. Estos tributos están cedidos en su totalidad y con una amplia capacidad normativa autonómica.

ii) Impuesto sobre el patrimonio, impuesto sobre hidrocarburos (el tramo autonómico, conocido como “céntimo sanitario”) e impuesto especial sobre determinados medios de transporte, también

cedidos al 100% y con capacidad normativa, aunque se recaudan por la Agencia Estatal de la Administración Tributaria (AEAT).

iii) Tramo autonómico del impuesto sobre la renta de las personas físicas, con capacidad normativa sobre la tarifa, el mínimo personal y familiar y para el establecimiento de deducciones. Las Comunidades disponen del 50% IRPF en el año 2009, aunque el ejercicio de la capacidad normativa, tanto por el gobierno central como por las CCAA, ha alterado desde entonces el porcentaje de cesión efectiva.

iv) Finalmente, se incluye en la capacidad tributaria el 50% del rendimiento del impuesto sobre el valor añadido, el 58% de los impuestos especiales de fabricación (cerveza, vino y bebidas fermentadas, productos intermedios, alcohol y bebidas derivadas, hidrocarburos y labores del tabaco) y el 100% del rendimiento del impuesto sobre la electricidad.

El sistema atribuye a las CCAA la recaudación de los impuestos cedidos “en términos normativos”, de tal modo que la recaudación real, por encima o por debajo del valor teórico, se atribuye en exclusiva a la comunidad autónoma correspondiente si ejerce su capacidad legislativa en ese ámbito.

c) Transferencias de nivelación

Con el fin de garantizar que se cubren todas las necesidades de gasto tenemos el fondo de garantía de servicios públicos fundamentales (FGSF), el fondo de suficiencia global (FSG) y los fondos de convergencia, que a su vez se dividen en dos: el fondo de competitividad y el fondo de cooperación.

El importe del fondo de garantía de servicios públicos fundamentales se calcula cada año como sigue: las CCAA contribuyen con el 75% de su capacidad tributaria y se añade una aportación del Estado. Corresponde a cada comunidad participar en el FGSF de acuerdo con su población (ajustada por edad, dispersión y otros factores) y, por tanto, cada una recibe o contribuye al fondo por la diferencia entre el valor de su participación y el valor de su aportación. Se trata de una transferencia horizontal entre las comunidades, aunque se calcula y se gestiona por el ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. El FGSF introduce una dinámica de nivelación en el sistema, dado que cada año se determina su importe en función de la recaudación normativa de las CCAA y se distribuye atendiendo a las variables de necesidad.

La segunda transferencia es el fondo de suficiencia global, que es vertical entre Estado y CCAA. El importe de cada comunidad autónoma se fija en el año base (2007) para igualar los recursos a las necesidades de gasto. Una vez establecido el FSG, su evolución dinámica depende de un índice de ingresos tributarios del Estado (ITE), que se compone de la parte estatal de los tributos parcialmente cedidos (IRPF, IVA e I.I.EE.). El FSG resulta ser el mecanismo de cierre del sistema, que permite

cumplir la restricción de *statu quo*, es decir que todas las comunidades autónomas recibieron con el nuevo sistema el mismo volumen de recursos que con el anterior más los recursos adicionales.

Para completar la descripción de las transferencias solo falta incorporar los dos fondos de convergencia. El fondo de competitividad garantiza que aquellas CCAA cuyos recursos proporcionados por el sistema sean inferiores a la media (antes de la aplicación de este fondo), teniendo una capacidad fiscal superior, verán incrementados dichos recursos. Se trata de corregir las reglas generales para evitar que las CCAA que tengan mayor capacidad fiscal resulten infrafinanciadas. Por último, se creó un fondo de cooperación con recursos adicionales del Estado. Las reglas de acceso así como su reparto entre CCAA son independientes del sistema en sí mismo.

Una vez descrito el sistema de financiación vigente (SFA), nos ocupamos del papel de la sanidad en su seno. La salud es la principal función de gasto de las CCAA, representando el 35,4% del gasto total. El sistema de financiación aportó en 2013 el 65% de los recursos totales que emplearon las 15 CCAA. El resto proviene de subvenciones de la UE y del Estado, tasas y tributos propios, enajenación de inversiones y endeudamiento. En el cuadro 2 vemos como en 2009, aproximadamente 2/3 de los recursos del sistema de financiación se dedicaban a sanidad. Esa proporción ha bajado hasta el 54% debido a la mejora del sistema (un incremento del 8,2%⁹), pero sobre todo a la caída del gasto sanitario público, tal como hemos visto más arriba. En el cuadro 3 tenemos el importe de las subvenciones, convenios y otras transferencias, que aportan recursos adicionales condicionados a la realización de determinados programas sanitarios. Tales aportaciones complementarias, son pequeñas en términos relativos y se han visto reducidas a menos de la mitad durante la crisis. No obstante, la distribución por CCAA no responde a criterios poblacionales, sino a las necesidades propias de cada programa.

⁹ El PIB nominal cayó en 2013 un 4,4% respecto de 2009, pero hay que tener en cuenta que los tributos cedidos no sujetos a liquidación se calculan aquí en términos normativos, por encima de los reales.

Cuadro 2: Sistema de financiación y gasto sanitario¹⁰

	Financiación total sistema (miles €)		% que representa el gasto sanitario	
	2009	2013	2009	2013
Cataluña	17.150.624	17.930.262	63,7%	51,9%
Galicia	6.202.006	6.921.840	66,9%	54,1%
Andalucía	15.971.189	17.598.175	66,8%	52,8%
Principado de Asturias	2.413.086	2.680.734	75,2%	57,1%
Cantabria	1.470.876	1.788.030	57,3%	47,5%
La Rioja	740.562	912.397	65,6%	46,6%
Región de Murcia	2.746.186	2.938.516	85,4%	68,3%
C. Valenciana	9.626.970	10.201.223	71,7%	58,5%
Aragón	3.033.394	3.396.548	70,2%	54,5%
Castilla-La Mancha	4.249.340	4.800.716	77,4%	53,5%
Canarias	3.797.343	4.216.367	81,8%	60,8%
Extremadura	2.476.253	2.844.077	73,3%	54,3%
Illes Balears	2.241.042	2.442.546	63,9%	53,6%
Madrid	13.538.258	13.916.105	61,7%	53,6%
Castilla y León	5.782.640	6.315.807	63,6%	54,2%
Total	91.439.770	98.903.344	67,7%	54,4%

Fuente: IGAE, Ministerio de Hacienda y Administraciones públicas y elaboración propia

Cuadro 3: Otras aportaciones del Estado para sanidad

Miles de €	Subvenciones gestionadas, Convenios y otras transferencias (Miles de €)	
	2009	2013
Cataluña	62.017,0	16.373,6
Galicia	6.949,3	3.645,4
Andalucía	22.372,5	17.014,5
Principado de Asturias	19.989,5	342,9
Cantabria	8.654,6	1.829,8
La Rioja	817,9	106,4
Región de Murcia	4.687,2	4.834,0
C. Valenciana	16.959,6	26.098,3
Aragón	2.652,2	83,1
Castilla-La Mancha	3.846,5	340,8
Canarias	7.988,9	14.040,5
Extremadura	2.812,5	872,9
Illes Balears	6.828,9	9.761,5
Madrid	48.209,1	5.201,4
Castilla y León	4.605,0	912,1
Total	219.390,5	103.470,2

Como pone de manifiesto la descripción que hemos realizado, el sistema de financiación vigente desde 2009 carece de un componente sanitario explícito. Sin embargo, el FGSF incluye entre los

¹⁰ Recursos del sistema sin descontar las competencias no homogéneas. Esto afecta en especial a Cataluña, única comunidad de régimen común que dispone de policía autonómica y gestiona las instituciones penitenciarias, como principales competencias singulares. Por ello, Cataluña, que tiene un gasto por habitante mayor que la media como revela el cuadro 3, aparece aquí con un menor peso del gasto sanitario.

indicadores de la población ajustada, con un 38% de peso relativo, la población ponderada por siete grupos de edad que se distinguen por su utilización de servicios sanitarios. El efecto de la población ajustada puede apreciarse en el cuadro 4. Dado que las necesidades de gasto sanitario difieren entre las CCAA, tomando el indicador de población ajustada, las diferencias en gasto sanitario por habitante se reducen.

El FGSE 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 CCAA una financiación igual por habitante ajustado. De manera que si los recursos tributarios de unas comunidades crecen más que los de otras, el 75% 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 FGSE, y si gana población, recibirá más recursos. Nótese que aquellas CCAA que en el ejercicio de sus competencias normativas en impuestos obtengan mayores ingresos de sus contribuyentes, no los aportarán al FGSE. Por otra parte, se garantizan unos recursos para los denominados servicios fundamentales, pero éstos no se definen en la Ley, de manera que son totalmente incondicionados y las CCAA pueden emplearlos en las finalidades que establezcan libremente ellas mismas.

Cuadro 4: gasto sanitario por habitante y por habitante ajustado 2013

CCAA	Gasto en Salud (millones €)	Gasto sanitario por habitante ajustado	Gasto sanitario por habitante
Cataluña	9.300	102,3	100,9
Galicia	3.748	103,0	111,0
Andalucía	9.296	93,1	90,3
Principado de Asturias	1.531	110,7	117,5
Cantabria	849	116,2	117,5
La Rioja	425	104,8	108,2
Región de Murcia	2.007	113,9	111,7
C. Valenciana	5.968	99,6	95,6
Aragón	1.852	105,3	112,7
Castilla-La Mancha	2.570	94,9	100,2
Canarias	2.565	97,5	99,2
Extremadura	1.545	107,3	114,7
Illes Balears	1.310	97,0	96,6
Madrid	7.458	97,8	94,1
Castilla y León	3.423	102,2	111,3
Total	53.847	100	100
Rango (Cant. - And.)		23,2	27,3

Fuente: IGAE y elaboración propia

Como hemos señalado más arriba, hasta 2001 la financiación sanitaria tenía su propio sistema, independiente del resto de las competencias. Una vez integrado en el sistema general, entre 2001 y 2008, la Ley 21/2001 reconocía la singularidad del gasto sanitario por diversos mecanismos:

- i) Existía una garantía sanitaria que aportó un complemento de recursos para algunas CCAA.
- j) Se justificó la autonomía tributaria añadida por el impuesto sobre la Venta Minorista de Determinados Hidrocarburos en su afectación al gasto sanitario.
- k) Los acuerdos de la conferencia de presidentes de 2005 aumentaron los recursos sobre la base de atender a las necesidades sanitarias del incremento de población.

En definitiva, las especificidades del SFA en relación con la sanidad han ido desapareciendo y son ahora prácticamente inexistentes. Sin embargo, algunos plantean regresar a algún tipo de financiación sanitaria, como veremos en el apartado siguiente.

III.- Un fondo específico para la sanidad: ¿retorno al Estado asimétrico?

Como hemos visto, en la vigente Ley 22/2009 se garantiza una financiación igual por habitante ajustado pero se deja libertad a las CCAA para que empleen tales recursos del mejor modo posible, en sanidad o en otras funciones. Por tanto, se reconoce y admite de facto que los servicios sanitarios no serán iguales en todo el territorio, porque sólo se garantiza financieramente la posibilidad de que lo sean.

Algunos autores han defendido la necesidad de reintroducir 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”*¹¹. En el mismo sentido, la Asociación de Economía de la Salud proponía en 2013 *“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”*¹². La idea de que la sanidad requiere una financiación específica parece ganar adeptos. Por ejemplo, en un reciente artículo de prensa firmado por destacados representantes de un partido emergente se decía¹³: *“Ciudadanos propone blindar los servicios públicos esenciales de las comunidades que serían financiados por el Estado*

¹¹ Utrilla (2006), pág. 366

¹² AES (2013), pág. 6.

¹³ Véase: http://elpais.com/elpais/2015/12/14/opinion/1450114456_037684.html

mediante un único Fondo (y que sustituiría al actual galimatías de fondos). Este dinero provendría de los impuestos estatales y financiaría una educación y sanidad públicas, universales y de calidad. A estos servicios tendría derecho cualquier ciudadano, resida donde resida”.

Crear ese fondo específico para financiar total o parcialmente los servicios sanitarios que prestan las CCAA presenta muy serias dificultades. En primer lugar, requeriría fijar cada año su importe, lo que debería hacerse por el Parlamento de la nación a través de la Ley de presupuestos, restando poder político a las CCAA en esta materia. El segundo problema que plantea es cómo resolver la cuestión de la igualdad, porque debería fijar los determinantes del gasto por regiones. 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 CCAA deberían resultar exclusivamente de la aplicación de criterios técnicos, revisables periódicamente. Una última dificultad para un fondo específico sería crear un mecanismo de toma de decisiones colectivas -para asuntos distintos de la dotación presupuestaria- que fuera eficaz. Dicho mecanismo podría depender del Consejo Interterritorial del SNS. En tal caso, debería clarificarse el papel del Estado, que al carecer de competencias de ejecución, poco tendría que decir una vez haya determinado la cantidad anual del fondo.

En suma, financiar los servicios sanitarios descentralizados desde instituciones centralizadas, creando un fondo específico para la sanidad, ofrece importantes inconvenientes con la actual distribución de competencias. Por ello, me propongo a continuación reflexionar sobre la posibilidad de modificar dichas competencias, en la medida en que las preferencias de los ciudadanos por la descentralización del gasto son distintas entre las CCAA. Y en tal hipótesis, analizaré la viabilidad de un fondo específico para la sanidad.

III.1.- Un Estado asimétrico para la sanidad

Desde el punto de la economía del federalismo fiscal, existen dos razones principales para la descentralización. En primer lugar, cuando las preferencias son diferentes entre los territorios de un país, descentralizar el poder de decisión permite satisfacer mejor a los ciudadanos, adecuando la combinación de gastos e ingresos públicos a sus preferencias, con lo que se logra una asignación de recursos eficiente. Si las preferencias son heterogéneas, la descentralización de la responsabilidad sobre el gasto y el ingreso mejora el bienestar del conjunto de la sociedad.

El segundo motivo para la descentralización es que permite un mayor control de los políticos, a través de mecanismos de rendición de cuentas más eficaces. Ello requiere que los ciudadanos-

votantes tengan suficiente información sobre “quién hace qué” y puedan así atribuir correctamente las responsabilidades. De cumplirse esta condición, la democracia representativa operará adecuadamente y los políticos tomarán las decisiones que beneficien a los votantes.

Algunos trabajos recientes han mostrado que los ciudadanos no conocen bien la distribución competencial en España. En Herrero *et al* (2015) se obtiene que solo el 56,9% acertaron al atribuir la responsabilidad de los servicios sanitarios en 2010. Además, el citado conocimiento varía, entre otros factores, según la comunidad autónoma de residencia. Si bien la atribución correcta de responsabilidades parece mejorar con el tiempo, aún es insuficiente para lograr todos los beneficios de la descentralización. López-Laborda y Rodrigo (2015) concluyen por su parte que cuanto mejor es el conocimiento de la distribución de competencias, más intenso es el apoyo social a la descentralización de los servicios de sanidad y educación. Y esto último se produce en mayor medida en las comunidades forales y en las CCAA de nivel competencial alto. Lo mismo sucede respecto a los impuestos que han de financiar dichos servicios, en los que también hay falta de visibilidad en la atribución de responsabilidades.

Aunque la evidencia no es concluyente, parece que las preferencias en relación con los servicios de sanidad varían entre CCAA. En las que antes recibieron el traspaso de los servicios sanitarios (Cataluña, Galicia, Andalucía, C. Valenciana y Canarias)¹⁴ la población tiene un conocimiento más preciso respecto de la responsabilidad sobre ingresos y gastos públicos, y por ello una preferencia más acusada por la descentralización. En cambio, en las restantes 10 CCAA esta preferencia por la prestación descentralizada podría ser menor. De ser así, la teoría económica del federalismo fiscal recomendaría centralizar la prestación de los servicios de sanidad. Por ello cabe preguntarse si no funcionaría mejor el conjunto del sistema sanitario en caso de retornar a la situación competencial previa a 2002. En tal hipótesis, la prestación del servicio de asistencia sanitaria se haría en España a través de 8 agentes: cada uno de los servicios correspondientes a las CCAA de Cataluña, Galicia, Andalucía, C. Valenciana y Canarias; los servicios sanitarios de País Vasco y de la C.F. de Navarra; y finalmente INGESA para el resto del territorio nacional. Nótese que si las preferencias de los ciudadanos fueran similares en todas las CCAA atendidas por INGESA, devolver la competencia conduciría a un aumento del bienestar social.

En todo caso, debe reconocerse que en España la descentralización ha sido también un fenómeno político, una estrategia para alcanzar un equilibrio de poderes, y no sólo una respuesta eficiente a la

¹⁴ Además de las forales de País Vasco y Navarra que hemos excluido de nuestro estudio dada su sistema de financiación foral.

diversidad de preferencias de los votantes¹⁵. En términos de habitantes, los sistemas sanitarios quedarían como describe el cuadro 5:

Cuadro 5. Población por servicios sanitarios

Padrón municipal 1-1-2013	Total
Total Nacional	47.129.783
Andalucía	8.440.300
INGESA	18.301.240
Canarias	2.118.679
Cataluña	7.553.650
Comunitat Valenciana	5.113.815
Galicia	2.765.940
Navarra, Comunidad Foral de	644.477
País Vasco	2.191.682

El desarrollo de un proceso de recentralización de la sanidad en 10 CCAA tendría tanto ventajas como algunos inconvenientes que analizaremos más adelante. Pero previamente hay que considerar los pasos a dar para comprobar si se trata de una opción factible. Para ello analizaré a continuación las siguientes cuestiones:

- i) El traspaso de los servicios de asistencia sanitaria desde las 10 CCAA hacia el INGESA
 - ii) Las modificaciones necesarias en el sistema de financiación autonómica vigente
 - iii) La creación un fondo específico de financiación de la asistencia sanitaria para 5 CCAA y para INGESA
- i) *Traspaso de los servicios de asistencia sanitaria.*

Salvo error por mi parte, solo tenemos una experiencia de devolución a la AGE de una competencia asumida por una Comunidad autónoma. Se trata de la retrocesión por la Comunidad Autónoma de Andalucía de los medios personales y materiales en materia de recursos y aprovechamientos hidráulicos correspondientes a las aguas de la cuenca del Guadalquivir¹⁶. Dicha devolución se hizo en ejecución de sentencia, al declararse inconstitucional el artículo correspondiente del Estatuto de Autonomía de Andalucía como consecuencia de un recurso de la Junta de Extremadura. Por ello, esa experiencia, si bien constituye un precedente, no es útil como modelo a seguir para una posible devolución voluntaria de los servicios sanitarios por las CCAA que los asumieron en 2001. El procedimiento debería ser por tanto el mismo que se realizó para el traspaso en los acuerdos de las

¹⁵ Véase, por ejemplo F. Amat (2012)

¹⁶ Real Decreto 1498/2011, de 21 de octubre, por el que, en ejecución de sentencia, se integran en la Administración del Estado los medios personales y materiales traspasados a la Comunidad Autónoma de Andalucía por el Real Decreto 1666/2008, de 17 de octubre.

Comisiones Mixtas de Transferencias de diciembre de 2001: Primero se determinan los bienes, derechos y obligaciones así como el personal que se traspasa. En segundo lugar, se valoran todos ellos siguiendo la metodología aprobada por el Consejo de Política Fiscal y Financiera en su Acuerdo 1/1995. Finalmente, se adaptan las disposiciones del sistema de financiación vigente en el año del traspaso, lo que plantea problemas específicos que veremos en el siguiente punto.

Estamos suponiendo que las CCAA aceptan voluntariamente la retrocesión, hecho muy poco probable de forma espontánea. Se requeriría un amplio acuerdo político y probablemente la modificación de los Estatutos de autonomía. En todo caso, es una situación factible en el actual ordenamiento jurídico, en particular sin necesidad de reformar la Constitución Española¹⁷.

ii) Modificación del sistema de financiación

La Ley 22/2009 establece en su artículo 21.1 que se revisará el Fondo de suficiencia cuando se produzca el “*traspaso de nuevos servicios, ampliaciones o revisiones de valoraciones de traspasos anteriores, acordados por la respectiva Comisión Mixta y aprobados por Real Decreto*”. Aunque el citado artículo está redactado pensando en el traspaso desde la AGE hacia las CCAA, podría aplicarse en sentido inverso y sería suficiente con reducir el fondo de suficiencia por el importe de la valoración del traspaso para que el Estado tuviera los recursos necesarios para hacerse cargo de la prestación del servicio. El problema es que las funciones y servicios de la asistencia sanitaria alcanzan un volumen considerable, tal como refleja el cuadro 6. En él hemos incluido el importe del gasto sanitario de 2013 y el rendimiento atribuido a cada uno de las 10 CCAA por el IVA y los impuestos especiales. Hacemos esta comparación porque en el acuerdo de financiación de 2001, que se alcanzó en julio de aquél año, antes de acordarse los traspasos sanitarios, se vinculó la cesión del 35% del IVA y del 40% de los IIEE a que se aceptara el traspaso sanitario.

¹⁷ No soy jurista, y por tanto soy incompetente para abordar esta cuestión, pero hay que recordar que la asimetría que propongo evaluar existió en España desde 1994 hasta 2001 y podría haber continuado.

Cuadro 6: Gasto sanitario y capacidad tributaria en impuestos indirectos cedidos

Millones de euros	Total IVA + IIEE	Gasto sanitario	Diferencia
Principado de Asturias	996,53	1.531,00	- 534,47
Cantabria	593,72	849,00	- 255,28
La Rioja	301,11	425,00	- 123,89
Región de Murcia	1.248,11	2.007,00	- 758,89
Aragón	1.332,36	1.852,00	- 519,64
Castilla-La Mancha	1.845,93	2.570,00	- 724,07
Extremadura	884,58	1.545,00	- 660,42
Illes Balears	1.293,04	1.310,00	- 16,96
Madrid	6.054,28	7.458,00	- 1.403,72
Castilla y León	2.390,65	3.423,00	- 1.032,35
Total	16.940,30	22.970,00	- 6.029,70

En consecuencia, no sería suficiente con retrotraer la cesión parcial de IVA y de los IIEE, sino que la actual cesión del IRPF al 50% sería excesiva y habría que reducirla, hasta que el Estado pudiera ingresar en total los 22.970 millones que supondrían los 10 traspasos de los servicios sanitarios. Si tenemos en cuenta además que el Fondo de suficiencia global era en 2013 solamente de 1.235 millones de euros, los sencillos cálculos realizados ponen de manifiesto que, en caso de una retrocesión de la sanidad, sería inevitable reformar en su totalidad el actual sistema de financiación, tanto para las CCAA afectadas, como para las que conservaran la competencia sanitaria.

iii) Un fondo específico para la financiación de la sanidad

Entre 1998 y 2001, el sistema de financiación sanitaria para las cinco CCAA que habían asumido el traspaso de los servicios partía de un fondo general y un fondo para atenciones específicas. El primero se distribuía entre las CCAA atendiendo a la población protegida y el segundo en función de los indicadores de necesidad. Había también un mecanismo de ahorro en materia de prestación farmacéutica. Sin pretender aquí diseñar un nuevo modelo para la sanidad en nuestro supuesto, algunos requisitos que parecen aconsejables serían los siguientes:

- a) El fondo debería financiar con idénticas reglas a las cinco CCAA y al INGESA
- b) La cantidad inicial podría ser la que cada CCAA gastó el año anterior (ídem para INGESA) a la que se aplicaría una regla de evolución como la actual (índice ITE)
- c) La regla de reparto entre las CCAA debería atender esencialmente a la población protegida, como antes de 2001 y quizá a otros factores que influyen en los costes como la edad, la dispersión de la población u otros.

- d) El mecanismo debe incluir incentivos correctos: si uno de los agentes logra gastar menos de lo asignado, se lo queda la CCAA (o el Estado si se trata del INGESA). Si uno de los agentes desea gastar más, la CA (o el Estado) debe aportar los recursos propios necesarios.

En definitiva, con una descentralización de los servicios sanitarios como la descrita se podrían obtener mejoras de eficiencia -desde el punto de vista del federalismo fiscal- si las preferencias son heterogéneas entre las cinco CCAA y homogéneas entre las diez restantes. Además, suponiendo que se deseara mejorar en la equidad, por esta vía se lograría igualdad, sea con el criterio del gasto por habitante, por habitante ajustado o cualquier otro que se fijara.

III.2 Ventajas e inconvenientes de la asimetría en la competencia sanitaria

Evaluar todas las consecuencias económicas y asistenciales de una recentralización de los servicios sanitarios de un número significativo de CCAA es una tarea que no está a nuestro alcance en este trabajo. En su lugar, tratamos de señalar a continuación la viabilidad política de una medida como la que hemos considerado aquí. Después enumeramos las principales ventajas y hacemos referencia a los inconvenientes más destacables.

- i) *Viabilidad política*: el escenario hipotético que hemos planteado, en el que 10 CCAA devolverían voluntariamente la competencia en materia de asistencia sanitaria no parece plausible a primera vista. Entre las CCAA que accedieron en su día a la autonomía por la “vía lenta”, el sentimiento autonomista o regionalista presenta diferentes grados. No es lo mismo Aragón, Cantabria y Baleares, que tienen partidos nacionalistas/regionalistas en sus parlamentos, que las dos Castillas, Madrid, La Rioja, Murcia, Extremadura o Asturias. La asimetría no tiene porqué producirse con cinco comunidades con servicio propio y diez sin él, sino que podría haber ocho comunidades con servicios de salud propios, y siete incluidas en INGESA o cualquier otra combinación. Parece claro que en muchas de las CCAA de “vía lenta” una parte relevante de la población preferiría que sus servicios de salud fueran gestionados por el Estado.

Un segundo problema es que las élites políticas locales no estará muy dispuestas a renunciar al ejercicio del poder que supone el volumen de gasto y la gestión de personal asociada a los servicios sanitarios. Si se planteara la cuestión, la retrocesión podría acompañarse de algún atractivo para las CCAA cedentes. Por ejemplo, la posibilidad de nombrar puestos directivos, tal como se hace ahora con las autoridades portuarias del Estado¹⁸. Téngase en cuenta además que el

¹⁸ Como es sabido, en el pacto de legislatura de 1996 entre PP y CiU, se incluyó esta posibilidad, que se ha extendido a todas las Autoridades portuarias del Estado.

gasto sanitario presiona notablemente sobre los presupuestos autonómicos, de modo que traspasarlos al Estado liberaría margen para otras políticas autonómicas, lo que puede resultar atractivo para las élites locales.

Una última opción para hacer viable la asimetría sería un pacto político de los principales partidos de ámbito nacional para reformar los Estatutos de autonomía e imponer la modificación. Sin embargo, tal como operan los partidos de ámbito nacional en España, esta opción solo cabe imaginarla si sus estructuras regionales no se opusieran en exceso.

ii) *Ventajas de la asimetría*: En un trabajo anterior estudiamos la intervención del Estado en la gestión sanitaria a partir de 2002, mostrando que a pesar de carecer de competencias, ha existido una voluntad política, tanto por el gobierno central, como por las CCAA, para que la AGE intervenga, básicamente con recursos adicionales, en la política sanitaria¹⁹. Y concluíamos que *“en la sanidad pública permanecen restos del centralismo, hay excesivas ambigüedades y faltan mecanismos eficaces para solventar dificultades imprevisibles”*. Si en España la prestación de la asistencia pública correspondiera a los 8 agentes que hemos propuesto, el Consejo interterritorial del SNS tendría la mitad de miembros que ahora, y podría lograrse una mayor cooperación entre ellos. Actualmente, en todas las conferencias sectoriales, y la de sanidad no es una excepción, se produce una intervención del Estado, como si hubiera una jerarquía de legitimidades políticas que no existe en nuestro ordenamiento. Pero sí existe en la práctica política esa participación del gobierno central en políticas transferidas como la sanitaria²⁰. De manera que una retrocesión de competencias por una parte de las CCAA al Estado haría que INGESA tuviera que coordinar su política sanitaria con CatSalut (entre otras), tratando de servir mejor a la ciudadanía de cada territorio.

Otra ventaja obvia de nuestra propuesta sería recuperar economías de escala en la prestación de la asistencia sanitaria, porque a excepción de las comunidades forales, el servicio de salud más pequeño sería ahora el de Canarias, con 2,1 millones de habitantes²¹.

iii) *Inconvenientes de la asimetría*: la hipótesis de retornar a un modelo asimétrico de competencias sanitarias, unido a la separación de su financiación del sistema general, conduciría a una merma de la autonomía de las CCAA de nivel competencial alto. Sería una pérdida formal o teórica en la medida en que perderían el poder de sus parlamentos para determinar el importe total de recursos

¹⁹ Cuenca y González (2015)

²⁰ Saénz Royo (2014)

²¹ No es seguro que existan tales economías de escala, desconozco si hay estudios al respecto, pero La Rioja o Cantabria parecen tener un tamaño muy pequeño para aprovecharlas. En todo caso, las economías de escala, cuando existen, también se podrían aprovechar mediante la cooperación entre los servicios.

destinados a sostener la prestación del servicio de asistencia sanitaria. Sin embargo, en el margen, se mantendría la autonomía para mejorar los servicios con recursos propios o para prestarlos a un menor coste y apropiarse del ahorro producido para otras políticas. Como hemos visto más arriba, de facto, la autonomía encuentra ahora ciertos límites, que no serían mucho mayores si el Consejo interterritorial del SNS funcionara mejor.

Un segundo inconveniente es que la asistencia sanitaria no es un servicio público totalmente independiente de otros, en particular, los servicios relacionados con la atención a la dependencia. Como es sabido, se produce una suerte de fenómeno de “vasos comunicantes” entre el gasto de atención a la dependencia y el sanitario. Si el primero no cumple bien sus funciones, es el sistema de salud el que soporta a los pacientes cuyas necesidades no son sanitarias, sino sociales. Y al revés, sistemas de asistencia social eficaces pueden reducir la demanda de servicios sanitarios. La relación entre salud y educación es más lejana, pero también ilustra las dificultades de compartimentar los servicios propios del Estado de bienestar.

IV.- Consideraciones finales

En este trabajo hemos expuesto los principales datos del gasto sanitario en las CCAA de régimen común durante la crisis, así como los mecanismos y volumen de recursos del sistema de financiación autonómica que permite hacerles frente. Hemos visto que la sanidad ha prácticamente desaparecido de las reglas del SFA, dejando a las CCAA la decisión plena sobre los gastos, en el marco de sus competencias, cuya principal limitación se refiere a los productos farmacéuticos y sus precios. Nuestra primera conclusión ha sido que la sanidad, como cualquier otro servicio transferido a las CCAA, no debe tener ninguna condicionalidad ni restricciones en el SFA a la hora de determinar su volumen de gasto.

Si se quisiera que la sanidad respondiera en alguna medida a criterios de política nacional, crear un fondo específico para financiarla no sería conveniente salvo que la AGE recuperara la prestación de los servicios en algunas partes del territorio. Hemos visto que ello estaría justificado si en algunas CCAA los ciudadanos prefiriesen que el servicio sanitario se prestara por el Estado. En tal caso, habría que proceder a la devolución de las competencias y a la modificación correlativa del SFA. Dado el volumen considerable del gasto sanitario –es el más cuantioso de cuantos gestionan las CCAA- ello requería reformas profundas, pero todas ellas factibles.

En un reciente artículo de prensa, el profesor de la Universidad de Barcelona Antón Costas recordaba que *“en cierta ocasión, refiriéndose a la ceguera de las élites para ver lo que estaba ocurriendo en*

los años veinte, John Maynard Keynes señaló que nunca ocurre lo imprevisto, sino lo no pensado”. Por ello, Costas sugería *atreverse a pensar lo impensable*²². Varios indicios señalan que en España está produciéndose un cierto movimiento en favor de cierta recentralización. Su manifestación política sería la actuación sostenida de la AGE tratando de ejercer poderes que había perdido, y en algunas CCAA, un gran vigor de las fuerzas que pretenden llevar más allá el modelo descentralizador, lo que estaría retroalimentando a su vez la primera fuerza. En el caso de Cataluña, ambas tendencias han llevado a una parte notable de la sociedad y de sus élites a renunciar a la reforma del conjunto de España porque *“una vez fracasada la estrategia de reforma, las alternativas disponibles quedan reducidas a dos: la asimilación y disolución en una España uninacional, o la creación de un Estado propio”*²³. Esta compleja situación no se superará con soluciones parciales, sin embargo, la evolución de España hacia un federalismo asimétrico podría dar satisfacción simultáneamente a aquellos que piden un gobierno central más fuerte y a aquellos que desean autonomías más consolidadas y con mayores poderes.

Cuando en 2001 se completó el traspaso de los servicios de asistencia sanitaria a las CCAA, se dio un paso enorme en términos financieros en favor de la descentralización. Además, se despojó al gobierno central (al completar también los traspasos de la educación no universitaria) de los servicios propios del Estado del bienestar, aquellos más valorados por los ciudadanos y por tanto en los que el gobierno central ha querido seguir participando, de forma políticamente legítima, aunque careciera ya de las principales competencias. Por eso hemos asistido a partir de 2002 a frecuentes actuaciones de la AGE en la sanidad transferida: en 2005 con la II Conferencia de Presidentes, en la que se añadieron recursos al sistema de financiación con ese fin, en 2007 con el Plan de Salud bucodental, en 2009 con el episodio de las vacunas contra la pandemia de la gripe A y más recientemente con las contundentes intervenciones en farmacia y personal sanitario del año 2012.

Que el gobierno central recuperase parte de los servicios sanitarios (lo mismo podría decirse de los educativos) le devolvería un papel relevante en las políticas sociales. Y por tanto podría empezar a actuar en pie de igualdad en esta materia con las CCAA que mantuvieran la responsabilidad del servicio. Esto nos aproximaría a un federalismo cooperativo, con reconocimiento mutuo de las potestades de cada cuál y quizá contribuiría a iniciar una nueva etapa de nuestra democracia con una organización territorial estable.

²² La Vanguardia 24 de febrero de 2016, pág. 23.

²³ Bel (2013), pág. 232.

Referencias bibliográficas:

Abellán Perpiñan, J.M. (2013): *El sistema sanitario público en España y sus comunidades autónomas. Sostenibilidad y reformas*. Fundación BBVA 2013.

Amat, F. (2012): “Identidad y cambio institucional: los efectos de la competición política”. Laboratorio de alternativas, 2012/05.

Asociación de Economía de la Salud (2013): Diagnóstico y propuestas de avance. Financiación y cobertura pública. http://www.aes.es/documentos_aes/propuestas_sns

Bandrés, E. y González, R. (2015): “La reducción del gasto sanitario en España durante la crisis”. *Cuadernos de Información Económica*, nº 248, págs. 37-48 (<http://www.funcas.es/Publicaciones/Detalle.aspx?IdArt=21986>)

Bel, G. (2013): *Anatomía de un desencuentro* Ed. Destino, Barcelona

Cuenca y González (2015): “Sistema de financiación autonómica y gasto sanitario en España”. *Papeles de Economía Española*, nº 143, págs. 75-93.

López Laborda, Julio y Rodrigo Saucó, Fernando (2015). “Atribución de responsabilidades sobre los servicios regionales y preferencia por la descentralización: evidencia para España”. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 152: 65-86. (<http://dx.doi.org/10.5477/cis/reis.152.65>)

Herrero, A.; Goenaga, M. y Ruiz-Huerta, J. (2015): “Finanzas autonómicas: visibilidad, transparencia y atribución de responsabilidades”. *Papeles de Economía Española*, nº 143, págs. 185-204 (<http://www.funcas.es/publicaciones/Sumario.aspx?IdRef=1-01143>)

Saénz Royo (2014): *Desmontando mitos sobre el Estado autonómico*. Marcial Pons, Madrid.

Utrilla de la Hoz, A. (2006): Nuevo sistema de financiación de la sanidad: líneas básicas en La financiación del gasto sanitario desde la perspectiva de la experiencia comparada. Fundación BBVA 2006, pp.363-378.