



Colección Health Policy Papers
2016 – 10

**LA DESCENTRALIZACIÓN SANITARIA, LA COHESIÓN SOCIAL Y EL
BUEN FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD**

Guillem López-Casasnovas
Catedrático del Departamento de Economía y Empresa
Universitat Pompeu Fabra
Barcelona



La Colección Policy Papers, engloba una serie de artículos, en Economía de la Salud y Política Sanitaria, realizados y seleccionados por investigadores del Centre de Recerca en Economia y Salud de la Universitat Pompeu Fabra (CRES-UPF). La Colección Policy Papers se enmarca dentro de un convenio suscrito entre la UPF y Obra Social “la Caixa”, entre cuyas actividades se contempla el apoyo no condicionado de Obra Social “la Caixa” a la divulgación de estudios y trabajos de investigación del CRES-UPF.

Barcelona, Julio de 2016

LA DESCENTRALIZACIÓN SANITARIA, LA COHESIÓN SOCIAL Y EL BUEN FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD

Guillem Lopez Casasnovas

(Versión para próxima publicación en todo o en parte en *Mediterráneo Económico* 2016).

IDEAS DESTACADAS

Más que la sostenibilidad financiera del sistema sanitario debiera preocuparnos hoy su 'solvencia'; esto es, su capacidad para solventar retos nuevos y situaciones cambiantes. La descentralización, al permitir diversidad en las capacidades de respuesta, la experimentación, la evaluación y el benchmarking supone un activo de los sistemas de salud.

El complemento necesario a la priorización de las prestaciones sanitarias según coste/efectividad es que el 'assessment' objetivable y general, permita un 'appraisal' particular, que si se acompaña de responsabilidad fiscal viene favorecido por los procesos de descentralización.

Un antídoto al despotismo ilustrado del dictador omnisciente y benevolente de los estados de bienestar en la asignación de los recursos sanitarios puede venir de la mano de la descentralización: territorial, política (favorecedora de la responsabilidad fiscal); funcional, a proveedores (pago por resultados) y de compromiso individual (usuarios/contribuyentes; copagos/ impuestos generales)

Si el copago es una opción en la financiación de los servicios de salud, cuanto más cercano se sitúen los servicios al usuario con la descentralización, contando con la complicidad de la política local y de la gestión de los proveedores, más factible es su implantación.

Cuando decimos salud en lugar de gasto sanitario necesitamos instrumentar una acción intersectorial que requiere de *buffers* locales, y una coordinación de externalidades en su caso hoy de carácter ya supranacional.

La experimentación que permite la diversidad aceptable en procesos de descentralización limita lo que se deba 'consolidar' y que lejos de anquilosarse se deba exponer al cambio social al que responda nuestros sistemas de salud

La economía de la salud como disciplina y la política sanitaria basada en la evidencia requiere separar los ámbitos políticos de los propiamente gestores. Tanto la falta como el exceso de descentralización política pueden malograrlo.

El conocimiento tecnológico sobre los cuidados de la salud es hoy global, pero las restricciones (presupuestarias sobre todo, vinculables a la renta y al desarrollo económico) son eminentemente locales. Ello también vale para el análisis intra e interjurisdiccional: La uniformidad ni existe ni es deseable.

Justificar más recursos para la salud obliga a identificar cuando se trata de una inversión y cuando de puro gasto corriente y discernir cuando hablamos de salud y cuando de preferencia utilitarista. Para lo segundo, los sensores de la descentralización pueden ser de gran ayuda para contener 'el todo para todos de la mejor calidad'.

Cuando lo que compramos no sabemos si vale lo que cuesta, el referente descentralizador de responsabilidades individuales y a proveedores son una vía de avance para la evaluación más próxima a las preferencias y a la disposición a contribuir.

Las variaciones en la práctica clínica son internas a la jurisdicción descentralizada, aunque no tengan lectura política sino más bien gestora. Demasiado a menudo focalizamos los problemas donde tenemos luces instaladas y no donde se producen.

El 'lío' autonómico lo sufre y no lo crea, la descentralización sanitaria. En este sentido, visualizar la desigualdad no es generarla. Los marcos constitucionales debieran de delimitar mejor las lecturas políticas de las diferencias. Los ratios al uso de las variables en las que se basan son sesgados y no permiten interpretaciones inequívocas.

La emulación por comparación y la convergencia en recursos para los defensores del gasto social tienen en la descentralización sanitaria un resorte de primer orden.

Las desigualdades relevantes en salud son personales y no territoriales y tienen que ver más con la gestión 'intra' que con la 'inter' de los recursos utilizados. De modo paralelo en lo que atañe a sus estrategias de corrección.

Introducción

Muchos sistemas sanitarios funcionan sobre una base descentralizada, siendo el servicio de salud muy valorado por su cercanía a las necesidades de las personas en sus entornos territoriales más próximos. Por ello, en este artículo queremos adentrarnos en la organización y operativa de la descentralización de triple nivel: la geográfica (más política), la funcional (técnica, a proveedores) y la individual (más filosófica, de responsabilidades del usuario). La descentralización más polémica en España es, sin duda, la autonómica, pues algunos han visto en ella un resquebrajamiento interno del Estado de bienestar, por pérdida de cohesión social y deterioro del buen funcionamiento del sistema. Sin embargo, los tres niveles están muy relacionados y su coherencia es el mayor activo de un buen sistema sanitario.

I.-LA DESCENTRALIZACIÓN TERRITORIAL DEL SISTEMA SANITARIO: ¿Parte del problema o de la solución?

El mayor cambio que ha experimentado la sanidad española en las dos últimas décadas es probablemente el de la generalización de las transferencias sanitarias a las comunidades autónomas que integran el Estado. Este hecho (fechado en el 2001) ha generado tensiones en el *statu quo*. ¿Es compatible la descentralización sanitaria con un Servicio Nacional de Salud cohesionado? ¿Es la descentralización sanitaria parte del problema o de la solución?

Fuera de la Comunidades históricas y nacionalidades que accedieron a las competencias sanitarias desde su inicio, la generalización de las transferencias al total de CC.AA. de una manera tan rápida como la experimentada en nuestro país, negociada en pocos meses, con acuerdos financieros de mínimos, en ausencia de marcos legales explícitos en los ámbitos de la coordinación y del desarrollo de normativa básica, inserta en acuerdos de financiación autonómica generales, ofrece muchos interrogantes. ¿Tenía sentido extender competencias del calibre de las sanitarias (dos quintas partes del presupuesto autonómico) a Comunidades que ni por tradición, escala de actividad, tamaño poblacional y vocación de autogobierno lo exigía? Ciertamente con ello se diluía la diferenciación constitucional establecida en favor de las Comunidades del art 151 y se podría justificar una recentralización por la vía de la coordinación vertical que evitara las de otro modo disfuncionalidades generadas. Este fue el papel de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Sanitario que si no ha tenido las virtualidades pretendidas ha sido precisamente por la reacción de aquellas otras Comunidades que sí tenían en la descentralización sanitaria buena parte de su obra de gobierno. Una acción que generó una reacción y que ha dejado en el limbo de cierta sinrazón a aquellas CC.AA. que justificaban inicialmente la acción recentralizadora. Basta recoger de la investigación sociológica (ver J A Herrero et al 2014 ob.cit.) para comprobar la escasa percepción que algunos ciudadanos siguen teniendo sobre el ejercicio de responsabilidades sanitarias en

lo que atañe a deseos y a realidades. En efecto, como consecuencia de un posible mal uso de las amplias competencias transferidas a las CC.AA. en el pleno ejercicio de sus poderes, se arguyen hoy situaciones fácilmente utilizables, por parte de quienes añoran el centralismo preconstitucional, para levantar entre la población todo tipo de temores a la erosión de la sanidad pública en tanto pilar fundamental del Estado de bienestar. Ello se exagera en etapas de crisis económica como la vivida en las que las prisas de recorte de gasto esconden, por urgente, lo importante, y el gestor más que el financiador es señalado como culpable del desaguado.

Fuera del debate político español, en el sistema comparado se puede observar como numerosos gobiernos centrales han descentralizado distintas responsabilidades fiscales, políticas y administrativas a los gobiernos de carácter regional o local precisamente como parte de los procesos de reforma sanitaria encaminados a la mejor gestión de sus sistemas de salud. Ha sido así, por ejemplo, en Canadá, Australia y los países nórdicos. Este cambio ha hecho que los Gobiernos subcentrales desempeñen un papel mucho más relevante, al disponer de la autoridad y los recursos necesarios para realizar una gestión más efectiva en el terreno del sistema sanitario con criterios de eficiencia sustraídos de un debate político que en España lo invade todo.

Es importante establecer en cualquier caso qué entendemos por descentralización antes de profundizar en el caso de España. Podría definirse como la transferencia de competencias plenas en un ámbito en el que se valora la existencia de una ventaja comparativa en la provisión por parte de los poderes locales. En este sentido, las entidades locales tendrán una información más cercana sobre las demandas sociales y, por tanto, podrán dar respuesta a estas de una manera óptima, siempre que no existan, claro está, externalidades que afecten más allá del ámbito territorial local. Cuando existen externalidades importantes (por ejemplo, en materia de vacunaciones), el poder central debe «internalizarlas» puesto que ha de prevalecer la delegación de responsabilidades y no la descentralización de poderes.

Por tanto, excepto en el caso de cuestiones relativas básicamente a la salud pública, donde hay importantes beneficios generales, la descentralización ha de poder conseguir una mejor organización y gestión de los servicios sanitarios, así como una respuesta más cercana a las demandas ciudadanas. La hipótesis de partida es pues que la descentralización puede ser una parte de la solución, por las oportunidades de innovación que permite, y no un problema más del actual sistema sanitario español. Condición necesaria que no será suficiente si no se acompaña de la descentralización de responsabilidades a usuarios y proveedores.

Las transferencias y la coordinación sanitaria

Como señalamos, la generalización de las transferencias sanitarias a las CC.AA. que integran el Estado ha sido quizás la mayor transformación que ha experimentado la sanidad española en las dos últimas décadas. Como es esperable, un cambio de esta envergadura ha generado todo tipo de tensiones en el *statu quo*, bajo el reclamo de si la descentralización sanitaria es compatible

con un servicio nacional de salud cohesionado, utilizando el argumento de la diversidad -intrínseco a toda descentralización- como amenaza de erosión de la sanidad pública. Sustituir la jerarquía, el «orden y mando» central, por un nuevo orden de gobierno multijurisdiccional no es tarea fácil. Descentralizar es, para algunos, un sinónimo de complicar, y se debería imponer, entonces, la necesidad imperiosa de coordinar. El problema está en que se entiende en contextos descentralizados por 'coordinar'.

En principio, la coordinación sanitaria puede llevarse a cabo mediante distintos mecanismos. Por un lado, los controles democráticos activan la coordinación de abajo hacia arriba (*bottom-up*), dado que los ciudadanos pueden ejercer presión sobre sus gobiernos locales para obtener los mismos niveles de servicio que en los territorios cercanos. Por otro lado, la cooperación horizontal entre gobiernos subcentrales constituye el mecanismo crítico de coordinación, pues ésta se establece por interés propio y con carácter recíproco (cooperar en el sentido de actuar conjuntamente), de modo que no son 'forzados' por un gobierno superior. Ciertamente, la regulación central a través de la legislación básica, y a menudo previa al mismo proceso descentralizador (lo que no es el caso español como dijimos), es una herramienta complementaria fundamental para conseguir la coordinación deseada. En Canadá, como instrumento de control vertical, se establece una financiación condicionada desde los recursos propios de la Federación a programas considerados estratégicos por el Gobierno central, ejerciendo en su favor el poder de gasto (*spending power*).

En el ámbito internacional, la regulación central de la coordinación ha tendido a concentrarse en la definición del «terreno de juego», del marco donde ocurre el proceso descentralizador. A pesar de que en muchos países federales se ha aceptado progresivamente que el establecimiento eficiente de las reglas básicas requiere un protagonismo importante de la cooperación vertical y horizontal entre las administraciones (coordinar en el sentido de ordenar o dirigir conjuntamente), en la mayoría de los Estados compuestos la regulación central se ha entendido como un proceso de decisión desde abajo hacia arriba (*bottom-up*). La indefinición de las reglas españolas que favorecen el consenso en el corto plazo y trasladan el disenso de lo que se deba entender sobre lo pactado al largo plazo, ha hecho que múltiples disputas acaben en el Tribunal Constitucional (TC), sobre el grado de control del Gobierno central asociable a las competencias 'plenas', 'exclusivas', traspasadas. Más de treinta años después, la experiencia nos arroja bastantes sombras sobre el proceso vivido.

La descentralización sanitaria española: luces y sombras

En lo que atañe al impacto en la eficiencia y la equidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) transferido, una evaluación de la experiencia española en el campo de la descentralización sanitaria debe incluir distintos elementos, que estudiamos a continuación. Respecto a la eficiencia asignativa, las comunidades autónomas han adaptado bastante bien sus recursos sanitarios a las necesidades de sus poblaciones, sacando partido así a una de las ventajas de la descentralización. Por ejemplo, han adaptado el número de camas de larga

estancia en función del volumen de su población más envejecida. La mayoría de los ciudadanos valora, según las encuestas, que la descentralización ha contribuido a aumentar la capacidad de los gobiernos para dar respuesta a las demandas y preferencias de la población. Este hecho confirma que la descentralización ha proporcionado al sistema una mayor flexibilidad, que le permite arropar las diferentes necesidades. Sin embargo, que esto se deba a la influencia de la nueva estructuración sanitaria o bien a los recursos que la han acompañado es algo todavía difícil de dilucidar.

Respecto a la equidad interterritorial, la evolución parece haber sido positiva desde la década de 1980, si la medimos en términos de diferencias en las ratios de mortalidad evitable entre las distintas comunidades autónomas, pues las cifras se han reducido considerablemente. Es importante recordar que la mortalidad evitable —o innecesariamente prematura y sanitariamente evitable— es un indicador que permite medir la calidad y efectividad de los servicios sanitarios. Por otro lado, las desigualdades interterritoriales en las esperanzas de vida eran ya muy pequeñas a comienzos de esa década y han permanecido estables. De nuevo, no se puede asegurar que todo ello sea resultado de la descentralización y no de la evolución tecnológica, pero en todo caso ha sido coetánea.

En esta primera etapa, la desigualdad en el gasto sanitario entre las diecisiete comunidades autónomas se redujo. Notemos que en una primera fase, consolidando el INSALUD en una sola cifra las diferencias internas entre las comunidades que gestionaba directamente, la dispersión en valores de gasto y resultados era menor. Cuando se generalizan las transferencias a todas las comunidades, este simple hecho aparentó que hacía aumentar las desigualdades, cuando en realidad era un puro efecto estadístico. A partir de ahí, por lo demás, todas las diferencias se leyeron en clave política y la convergencia por emulación no pudo sino aumentar, si bien a un coste muy elevado en términos de recursos asignados.

Resulta difícil, sobre la base de estas observaciones, presentar la descentralización sanitaria como la causa de un supuesto incremento de las disparidades en la gestión del gasto sanitario público. Una foto fija de la realidad actual nos la ofrece el presupuesto sanitario público inicial, per cápita, para el ejercicio 2014, establecido para el conjunto de España en 1.140 €. El País Vasco, con 1.538 €, es la comunidad autónoma con el mayor presupuesto por habitante, seguida por Navarra (1.398 €) y Asturias (1.382 €), mientras que en el extremo opuesto se hallan Cataluña (1.099 €), Madrid (1.088 €), Murcia (1.080 €), Baleares (1.052 €) y Andalucía (978 €, un 57 % por debajo del País Vasco, es decir, 560 € menos por habitante).

Si comparáramos el gasto de los distintos territorios españoles con el de otros países, las desigualdades entre comunidades se situarían en la banda inferior. En concreto, ya en 1997, España registraba la desigualdad más baja, en cuanto al gasto sanitario autonómico, de un grupo de países descentralizados de la OCDE. Como contraste, entre 1985 y 1995 Italia presentaba un nivel de desigualdad que casi doblaba el español.

En el periodo 1987-1997, la equidad en la financiación aumentó ligeramente —en mayor medida que en otros países europeos— como consecuencia de una serie de cambios derivados de la paulatina transición a la financiación con cargo a impuestos que estableció la Ley General de Sanidad de 1986. A la vista de los datos anteriores, podemos afirmar que con las transferencias el SNS español se situó, en términos de eficiencia dinámica, en una buena posición respecto a los sistemas de otros países europeos. La descentralización parece haber generado un aumento claro de la capacidad del Estado para reformar las instituciones, a través de la adopción de experiencias internacionales y de procesos de innovación basados en la experimentación autónoma, y responder a las preferencias políticas y las necesidades de salud de sus ciudadanos. En el Anexo 1 se ofrecen los datos agregados disponibles al respecto.

En su conjunto, los buenos resultados obtenidos por el Estado de las autonomías español pueden atribuirse en gran medida a la descentralización sanitaria, una de las políticas «estrella» de los distintos Gobiernos autonómicos. Aquellos han procedido de la aparición de unas nuevas relaciones más dinámicas entre Gobiernos, ciudadanos y proveedores. En este sentido, el principal punto fuerte de la descentralización, como era de esperar, es que ha aumentado la visibilidad de la política sanitaria y han mejorado los mecanismos de rendición de cuentas de abajo hacia arriba. A su vez, la descentralización ha estimulado simultáneamente la cooperación y competencia entre los Gobiernos autónomos en política sanitaria, que ha dado como fruto la generación y difusión de importantes mejoras en la gestión de los servicios y en la cantidad y calidad de las prestaciones. El caso español pone también de manifiesto que la reducción del peso del control central puede favorecer los controles locales y, además, estimular la innovación y el aprendizaje de las mejores prácticas, que constituyen dos importantes palancas de cambio institucional en los Estados compuestos. Y, a su vez, la gran absorción de recursos procedentes de las arcas centrales, hasta bien entrada la crisis, ha atenuado el dilema entre eficiencia y equidad que suele asociarse a la descentralización. En contraste, los resultados obtenidos en salud pública —una competencia específica, en mayor medida, de la Administración central debido a las externalidades asociadas— se han situado marcadamente por debajo de la media: los problemas de coordinación del calendario de vacunaciones y del tipo de vacunas suministradas, junto con algunos problemas de homogeneización de la información, han sido los puntos débiles más sustanciales y visibles del proceso descentralizador. No obstante, las desigualdades relevantes escondidas pueden ser más importantes dentro de las distintas comunidades que entre ellas. Aunque hay poca información sobre la inequidad interterritorial, la elaboración del *Atlas de las variaciones en la práctica médica* —cuyo objetivo es evaluar la asistencia sanitaria recibida por los españoles desde más de doscientas áreas sanitarias de las diecisiete comunidades autónomas— ha marcado un precedente para el estudio en el marco del SNS español de sus aspectos intraterritoriales y no solo de los interterritoriales. En efecto, en la comunidad con mejor y peor registro medio se vislumbran diferencias en prácticas clínicas que

situarían a la mejor área de la peor comunidad por encima de la peor área de la mejor comunidad. Algo más que territorios, recursos y financiación subyacen, pues, a aquellas diferencias observadas.

Asimismo, una interpretación en clave política (desde los Parlamentos regionales) de la descentralización sanitaria pone de manifiesto, como decíamos, un crecimiento del gasto medio general. La razón sería que los niveles inferiores tienden a emular el gasto de los niveles superiores, sobre todo cuando no existe una responsabilidad fiscal que la frene.

El panorama general, aun siendo positivo en cuanto a la dinámica de las relaciones entre los distintos niveles de gobierno, ha presentado también algunas sombras, que pueden haber incidido negativamente en sus resultados. Primero, la cooperación informal como mecanismo de coordinación está sujeta a unos límites, especialmente cuando se basa, como ocurre en este caso, principalmente en la buena disposición de las autoridades políticas autonómicas y no existen recursos específicos sustanciales dedicados a fomentarla y facilitarla. Junto con otros factores vinculados a las diferencias en recursos, necesidades o precios, este hecho explica que en muchos casos, aún sin efectos significativos sobre los indicadores de salud poblacionales, las innovaciones en el paquete de prestaciones y en otros campos asistenciales hayan sido adoptadas de manera desigual entre comunidades autónomas.

Por otro lado, la competencia entre administraciones por la ampliación de sus respectivos poderes y presupuestos, junto con la falta de transparencia en la asignación de responsabilidades en materias como la salud pública, se ha traducido en una espiral de gastos con problemas de control del endeudamiento y, en algunos casos, de la seguridad sanitaria ante crisis epidemiológicas de distinto alcance. A la larga, esa competencia entre gobiernos puede acabar incidiendo de un modo negativo sobre la cooperación en el desarrollo de las políticas sanitarias, y en la coordinación desde abajo hacia arriba, debido al peso excesivo de las limitaciones financieras respecto a los logros en prestaciones y servicios en el debate público y mediático.

La expansión de la autonomía política tras la generalización, a todas las comunidades autónomas, de las competencias sanitarias puede haber estimulado como hemos dicho el gasto sanitario y a su vez podría activar en mayor medida los mecanismos de rendición de cuentas. También a forzar una mayor claridad y transparencia en el ejercicio de las competencias centrales de coordinación —mezcladas hasta ahora con las responsabilidades de gestión directa del Gobierno central sobre el territorio del INSALUD—, pero también sobre la cooperación global del SNS y sus resultados.

Sin embargo, hay dos factores importantes que apuntan en la dirección contraria. De un lado, siete de las diez comunidades de la llamada vía lenta (Cantabria, Asturias, Murcia, La Rioja, Extremadura, Aragón, Baleares y Navarra) tienen poblaciones menores de dos millones de habitantes. Aunque no hay datos precisos, es razonable esperar que el menor tamaño de las economías de escala y gama genere problemas de ineficiencia productiva y de calidad asistencial. Para evitarlos, quizá tenga sentido reconocer una internalización de flujos asistenciales entre varias comunidades autónomas

limítrofes, en favor de una mayor planificación conjunta, de manera que se pueda hablar de regiones sanitarias naturales. Castilla-León, Madrid, Castilla-La Mancha y, que suman en torno a once millones de habitantes en total, son ejemplos de lo que podría funcionar como una gran región centro. A este respecto, se debería favorecer la creación de órganos consorciados entre los distintos Gobiernos autonómicos, con una financiación envolvente o global de aquellos territorios, para establecer políticas sanitarias concretas.

La financiación territorial de la asistencia sanitaria

El régimen general de financiación de las comunidades autónomas incluye las partidas destinadas a sostener el sistema sanitario de cada una de ellas. Por tanto, el análisis debe centrarse en la financiación global de sus necesidades de gasto, que, de acuerdo con sus competencias, es principalmente un gasto social. Una buena parte de dichos recursos dan cobertura a servicios universales, de modo que, independientemente de la renta, todos los ciudadanos son igualmente elegibles para su consumo. En este sentido, el gasto de las comunidades autónomas que se financia por igual, de modo capitolativo, pese a las diferencias en las contribuciones financieras, es sin duda redistributivo. Ir más allá, penalizando la garantía poblacional en la financiación de servicios universales, es como mínimo ilógico. Si este es el caso, la financiación sanitaria acaba adoleciendo del problema de la sobre-nivelación.

Dado que la mayor parte de este gasto social constituye una parte fundamental de los presupuestos autonómicos, es difícil explicar desde esta perspectiva por qué una comunidad autónoma tiene una financiación per cápita mucho mayor, o menor, que otra. Vale la pena señalar, sin embargo, que el referente per cápita puro no se puede derivar de la nueva financiación establecida. La financiación per cápita no se basa sencillamente en el resultado de dividir los recursos existentes por la población total, sino que se establece un valor ponderado. Hace falta tener en cuenta que la financiación inicial recibida y el gasto final ejecutado no coincidirán, siempre que la comunidad decida complementar el gasto sanitario priorizándolo respecto de otras partidas, mantener un gasto más elevado financiado con un aumento de los ingresos propios, o un mayor gasto gracias a una corresponsabilidad fiscal (recargos generales) más elevada. Leer cualquier diferencia en el gasto observado como inequitativa es, por tanto, inapropiado. Además, puesto que buena parte del gasto financiado se corresponde con componentes estructurales y fijos —como, por ejemplo, los empleados públicos—, las variaciones relativas demográficas no deben replicarse completamente en el coste de los servicios, al afectar al denominador (población) pero no en igual medida al numerador (gasto financiado). Hay que recordar de nuevo que el sistema no funciona con una financiación per cápita predeterminada a la que se aplique la población total de cada comunidad, sino a través de un reparto con pesos poblacionales relativos de la asignación inicialmente decidida en los presupuestos.

Si adoptamos una óptica más global, valorando la financiación sanitaria en el conjunto de la financiación autonómica, la utilización de fondos y subfondos que operan de modo complementario en ésta—no tanto en las

variables que se utilizan para su reparto, como en su cantidad y dinámica—complica la consideración del sistema como justo o injusto.

CUADRO Errores al comparar las cifras del gasto autonómico

Al interpretar los datos sobre el gasto sanitario entre las distintas comunidades autónomas, a menudo se cometen errores —algunos de los cuales se detallan a continuación— que empañan las conclusiones obtenidas:

- 1) Utilizar el gasto final de la comunidad en lugar de la financiación inicial básica transferida por el Estado. Los complementos autonómicos por la priorización del gasto autonómico y/o un mayor esfuerzo fiscal (por ejemplo, los copagos autonómicos) no pueden considerarse inequitativos.
- 2) Tomar las cifras presupuestadas por cada comunidad en lugar de las liquidadas, efectivamente gastadas, atendiendo a los déficits encubiertos y tras haber sido correctamente anualizada la parte de la deuda cuando esta se reconoce y corresponde a más de un ejercicio.
- 3) Utilizar como indicador la financiación per cápita simple (población total), cuando la propia financiación central lo refiere a la población beneficiaria, y ponderada por grupos de edad, que difieren entre comunidades autónomas.
- 4) Comparar el gasto por tipo de servicios, sin estandarizarlos según algún criterio de necesidad teórica (y no de consumo efectivo), y sin agregarlos respecto de las poblaciones de referencia, tal como exige la integración de la sanidad en la Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas (LOFCA).
- 5) Tomar el año base o el coste efectivo como referente para juzgar la inequidad en la evolución de la financiación, sin tener en cuenta cuan más o menos justa era la distribución inicial.
- 6) Reducir el análisis al antes y después de la transferencias asumiendo que los cambios de la descentralización son de corto plazo.
- 7) La no consideración de los indicadores de desigualdad en términos de gasto real de una misma financiación, obviando así el diferencial de precios territorial (un euro no compra los mismos servicios en distintas comunidades) para ajustar la distinta capacidad adquisitiva de acceso a las prestaciones de bienestar.

Algunos términos del debate: La cohesión

¿Dónde deben situarse los límites de la descentralización para asegurar la coordinación y el mantenimiento de la cohesión social en el seno de una comunidad autónoma? Esta es una de las preguntas capitales por contestar. En primer lugar, hay que establecer con claridad qué entendemos por coordinación. Según las sentencias del TC 32/1983 y 102/1995, es una función instrumental consistente en fijar medios, sistemas y procedimientos de relación entre comunidades autónomas que hagan posible, sobre la base de la información recíproca y la acción conjunta, la integración del sistema sanitario desde la diversidad de las acciones de las diferentes comunidades. Supone una competencia formal (normas básicas, órganos mixtos, directrices comunes), no

sustantiva (existencia de una alta dirección con potestad reglamentaria). La caracteriza el plano horizontal, fuera de la vía jerárquica y vertical (según el artículo 73 de la Ley General de Sanidad, LGS), y tiene un carácter preventivo, de aceptación previa a la adopción autónoma de decisiones. Por lo general, no exige funciones de dirección, ni de gestión, ni ejecución, sino de instrumentación de mecanismos y sistemas de relación. El objetivo último de los diferentes mecanismos formales de coordinación es establecer las condiciones básicas que garanticen los derechos y las obligaciones de los ciudadanos ante las prestaciones sanitarias en términos de igualdad de oportunidades de consumo frente a una misma necesidad, evitando las divergencias «irrazonables y desproporcionadas», como establece la sentencia del TC 37/1981. Finalmente, el Tribunal Constitucional reconoce también que «el principio de igualdad no puede ser entendido en modo alguno como una monolítica uniformidad y [...] no requiere un ordenamiento del que resulte que, en igualdad de circunstancias, en cualquier parte del territorio nacional, se tengan los mismos derechos y obligaciones [...], especialmente cuando ello resultase frontalmente incompatible con la autonomía» (sentencias del TC 37/1987 y 37/1981).

En conclusión, se trata de garantizar la «igualdad de posiciones jurídicas fundamentales». La igualdad de derechos y obligaciones no puede ser entendida en términos que resulten incompatibles con el principio de descentralización política del Estado porque, de ser así, se impediría a las comunidades autónomas el ejercicio de las competencias que tienen atribuidas, ignorando que este ejercicio implica, entre otras cosas, la libertad para configurar una política propia en dichas materias (sentencia del TC 14/1998).

Así pues, la coordinación no implica uniformidad, pero tampoco hay lugar para divergencias no razonables o desproporcionadas que rompan la cohesión. En este sentido, ¿es desproporcionada la provisión de una prestación fuera del catálogo por parte de una comunidad autónoma que financia el coste adicional con sus propios impuestos? ¿Lo es la provisión de las mismas prestaciones, pero con una mayor «calidad» (ya sea entendida esta última como aspectos del dispositivo asistencial, un diferente tratamiento hotelero, prácticas diagnósticas menos agresivas pero con una peor relación coste-efectividad, un menor tiempo de espera o una mayor utilización cuando la frecuentación sea superflua)? ¿Es «no razonable» un criterio de transferibilidad de derechos que permita al ciudadano que se desplaza a otra comunidad autónoma «arrastrar» su derecho a la asistencia —que no se le puede negar allá donde vaya—, de modo que, ante una asistencia de nivel inferior en el sistema de destino, este pueda facturar al servicio de origen de su comunidad? Y si un aspecto asistencial fuese de nivel superior en la comunidad de destino gracias a un complemento fiscal que este usuario en origen no ha ayudado a financiar, ¿sería válido que ese servicio facturara al propio paciente?

El SNS debe ofrecer una cartera básica de servicios común a todo el país, cuyos mínimos pueden ser ampliados por cada comunidad autónoma. Esta cartera común es acordada por el Consejo Interterritorial de Salud (CISNS), creado en 1987 para garantizar los derechos sanitarios de los ciudadanos en todo el territorio del Estado, y se aprueba mediante un Real Decreto. Engloba las

atenciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en centros sanitarios (o sociosanitarios), así como el transporte sanitario urgente (financiado al cien por cien con fondos públicos). A la anterior se suma una cartera común suplementaria que incluye las prestaciones de dispensación ambulatoria y sujetas a copago, como la prestación farmacéutica, la ortoprotésica, la destinada a productos dietéticos y el transporte sanitario no urgente. Una tercera subcartera común consta de los servicios accesorios, que son aquellos sin carácter de prestación que no se consideran esenciales, como los que sirven de apoyo para la mejora de una patología crónica y están sujetos a copago y/o reembolso.

Todo ello obliga a definir un nuevo papel para el Ministerio de Sanidad. En el ejercicio de las competencias de coordinación central, el Gobierno estatal debería actuar como un facilitador de las iniciativas de las comunidades autónomas, y no como un controlador de las decisiones que deben tomar. Esto último, aunque quizá fuese beneficioso en algunos problemas concretos de salud pública, tendría efectos negativos en el ámbito de la innovación sanitaria. Para este propósito, conviene recordar que las responsabilidades de coordinación no son una tarea exclusiva del Gobierno central, sino también de los Ejecutivos autonómicos y de los ciudadanos. Para un nuevo apoderamiento (*empowerment*) a favor de la ciudadanía, la descentralización geográfica y la proximidad en la toma de decisiones son las mejores herramientas para facilitar ese proceso. Para impulsar este apoderamiento se hace imprescindible diseñar los modelos más avanzados de transparencia, acceso a la información, rendición de cuentas y evaluación de políticas públicas. Estos cambios implican caminar hacia el modelo de Gobierno abierto (*open government*) como paradigma de la relación entre la Administración y las personas. El ciudadano tiene que poder acceder a la información acerca de la actividad que desarrolla la Administración y sus efectos. Esta información debe ser accesible públicamente y de forma fácil, en la página web de la Administración, excepto cuando por motivos explícitamente justificados, por ejemplo, aquellos recogidos en la Ley de Protección de Datos, no sea posible publicarla.

La coordinación en materia de política sanitaria ha de tener pues como objetivo promover efectivamente el respeto, según la LGS (artículos 70, 2 y siguientes), a los «criterios mínimos básicos y comunes» que han de informar el sistema sanitario español. Esta concreción resulta insuficiente en el plano operativo, donde la cuestión permanece relativamente abierta en materia de jurisprudencia constitucional. De hecho, admite diversas interpretaciones: desde el «coordinarse» entre iguales hasta el «ser coordinados» por un superior; y desde los «a propuesta de» hasta el «según informe preceptivo y vinculante de». Aquí, obviamente, los detalles acaban siendo decisivos.

Una última observación que puede ayudar a dimensionar en su justa proporción la necesidad de forzar una mayor coordinación sanitaria es que España, al contrario de lo que algunos postulan, no es un Estado significativamente desigual en la financiación sanitaria pública per cápita. No es ninguna sorpresa que cuanto menos descentralizado está un país, mayor es la variación en el gasto sanitario público per cápita. Las razones son que, bajo un

sistema descentralizado, resulta más difícil la discrecionalidad para mantener variaciones importantes en los recursos entre territorios. Cualquier diferencia observada recibe una carga política y una reivindicación social geográfica por parte de la ciudadanía muy difícil de ignorar políticamente. Por lo tanto, no parece que la situación de desigualdad sanitaria en España justifique hoy acciones de coordinación radicales. Es preferible una afinación que permita mostrar la mutua conveniencia de compartir propuestas de política sanitaria.

En breve, conviene recordar que la descentralización que reconoce nuestra Constitución a favor de las comunidades autónomas es política —no administrativa, como en el caso de los entes locales— y comporta una capacidad financiera y legislativa propia, a diferencia, por ejemplo, de las regiones sanitarias inglesas y las fórmulas de asignación territorial de recursos de las que se ha acompañado (la *Resource Allocation Working Party*, RAWP). Por tanto, la diversidad es inevitable y, más aún, deseable vistos sus resultados positivos en cuanto a la mejora de la innovación y a la capacidad del sector público para responder a las necesidades de los ciudadanos. El caso español demuestra que la diversidad y la innovación no se han traducido en diferencias importantes en cuanto a niveles de gasto. Lo que importa es distinguir entre la financiación pública del gasto y el gasto sanitario público en sí mismo, especialmente en aquellos casos en los que pesa mucho la capacidad de los Parlamentos autónomos para añadir financiación a la recibida de la Administración central. Queda claro, sin embargo, que las lecturas de la equidad territorial en uno y otro caso son distintas, ya que las aportaciones financieras propias derivadas del esfuerzo fiscal adicional de una comunidad, como complemento a su contribución a la fiscalidad general (que además se territorializa con criterios de equidad fiscal, como la necesidad aproximada por la población más o menos ponderada, independientemente de la capacidad fiscal o contributiva de cada territorio), no parecen discutibles. Es la ciudadanía quien prioriza entre diferentes partidas de gasto a igual esfuerzo fiscal, y un esfuerzo mayor no debiera representar una lectura negativa para la equidad.

RESUMEN. A favor de la descentralización

La experiencia acumulada en las tres décadas del Estado de las autonomías español subraya que el objetivo principal de la revisión del proceso descentralizador en sanidad debería consistir en promover la cooperación horizontal y procurar reorientar la competencia (por tener mayor poder normativo y más recursos) hacia la mejora de la eficiencia. Este cambio requiere marcos institucionales que establezcan con claridad la distribución de las competencias y promuevan las responsabilidades plenas —de cada nivel de gobierno, en cuanto a un conjunto de sectores y funciones concretas— respecto de las compartidas. Solo así es posible que se resuelvan de un modo adecuado los dilemas específicos entre la intervención central y los controles democráticos, entre innovación y uniformidad, entre eficiencia y equidad, que se dan en los Estados compuestos.

Las razones intrínsecas de la descentralización política y fiscal no son otras que las de romper las pautas uniformes en la provisión de servicios, a favor de respuestas mucho más próximas a la realidad (deseos, preferencias, necesidades) de los ciudadanos de cada jurisdicción territorial. El uniformismo y la descentralización son, en este sentido, términos antagónicos. La ruptura del patrón único en las combinaciones de provisión, prestación y financiación sanitarias, dentro de los límites constitucionales, ofrece un campo para la experimentación de reformas, incluida la cuestión del papel relativo de los sectores público y privado en la sanidad, y la emulación de las mejores prácticas. En el Anexo 2 se ofrecen otros argumentos al respecto.

Lo resumía muy correctamente una de las principales consultoras empresariales del sector (PWC, 2105, traducido directamente del inglés). "Contra una regresión en el telón de fondo de las competencias sanitarias de las CC.AA., son éstas quienes financian, planifican y ofertan los servicios sanitarios. La descentralización tiene un gran potencial en el sentido de hacer emerger diferentes polos de innovación en el sistema y una mayor flexibilidad cuando se ajustan la oferta sanitaria y las demandas de la población... Sin embargo, estas ventajas no deberían ser eclipsadas por la falta de transparencia o coordinación de ciertos aspectos de naturaleza técnica y estratégica que aseguren la equidad de acceso de los ciudadanos a los tratamientos.... Para ello las CC.AA. deberían tener la flexibilidad suficiente para adaptar las políticas a su propio contexto político, económico y social" (pags 63 y 64 *How to implement a Comprehensive Plan...*).

Pero como argumentamos al principio, la descentralización de primera generación (política, territorial) es a menudo condición necesaria no suficiente para una correcta asignación de funciones en los sistemas de salud. Una descentralización de segunda y tercera generación en favor de proveedores (devolución de capacidades de gestión con la correspondiente transferencia de riesgo financiero) y el apoderamiento de los usuarios, con mayores cotas de responsabilidad individual, pueden ser condiciones de suficiencia para la buena gestión de los sistema de salud. A esta cuestión se dirige la segunda parte del texto.

II.- LA DESCENTRALIZACIÓN DE SEGUNDA GENERACIÓN: DEVOLUCION DE RESPONSABILIDADES A PROVEEDORES Y A USUARIOS

Cabe reconocer de entrada que no todas las funciones sanitarias admiten un mismo nivel de centralización/descentralización. En esta segunda parte analizamos la lógica de cada una de dichas funciones y destacamos su abordaje diferencial en coherencia con la descentralización territorial de primer nivel hasta ahora analizada.

Dicha clarificación ha de permitir ofrecer una distinta racionalidad para asignar en dichos contextos cada una de las funciones básicas de un sistema sanitario avanzado a sus agentes más adecuados.

Nos estamos refiriendo en este apartado a quién deba de realizar las funciones de planificación sanitaria, financiación, aseguramiento, compra y suministro de los servicios en cada una de las respuestas institucionales observadas. Las funciones son a su vez distinguibles por dos parámetros básicos: el peso implícito de los componentes políticos y de los técnicos en cada una de ellas, y la lógica gestora que abone sus fundamentos de racionalidad (la necesidad de priorizar en sentido primario -o de capacidad disponible- o al nivel secundario -entre alternativas, tomando la capacidad como dada). Podríamos casi establecer un gradiente en cuanto a valores políticos y técnicos, desde la planificación y la financiación (mucho más políticas) hasta el suministro de los servicios (de un modo más técnico, más cercano a la evaluación económico-financiera del mundo empresarial). De modo similar se podría establecer el gradiente, a partir de los balances – entre costos y beneficios- de la priorización (en clave mucho más política la función planificadora, con propensión al ‘sí’, hasta la más necesaria y frecuente opción gestora del ‘no’).

De la planificación a la gestión. El rol de la 'devolución' de responsabilidades a los proveedores

Entendemos por planificación el despliegue del dispositivo asistencial funcional, y geográficamente (plan de servicios), en correspondencia a un plan de salud que mantiene una estrategia definida en cuanto a objetivos de salud (cifrados, por ejemplo, en innecesarias muertes prematuras y sanitariamente evitables, años de vida ganados ajustados por la calidad de vida, carga social de la enfermedad, etc.). El componente técnico innegable de dicha función tiene que ver con el discurso epidemiológico y de salud comunitaria, y con los aspectos logísticos organizativos del despliegue de recursos sobre el territorio que preserve la continuidad asistencial, la longitudinalidad y los esfuerzos de prevención. En ello juegan las externalidades en positivo y negativo (contaminación atmosférica, vacunas) también procedentes de otros sectores, con algunos componentes propios de los bienes públicos, de consumo no-rival e inaplicabilidad del principio de exclusión. Es bien sabido que entre funciones asistenciales y en las valoraciones eficiencia-equidad (por ejemplo, en la ubicación de centros sanitarios sobre la geografía a isócronas de acceso determinadas), los *trade-offs* no tienen resolución técnica sencilla, ya que un ejercicio de evaluación para estos fines requiere unos resultados mayormente comparables en la valoración de su efectividad.

En la función de financiación, de nuevo no es menospreciable su ingrediente técnico (incidencia final de impuestos, cotizaciones sociales, tasas y precios, definición de cláusulas financieras técnicas de traslado de riesgo etc.), pero aquí como no el peso de la valoración política en la disyuntiva eficiencia (exceso de gravamen derivado de un impuesto para el buen funcionamiento de la economía) -equidad (aversión a la desigualdad, solidaridad y funciones de bienestar social) es sin duda clave.

El gradiente político de la devolución disminuye cuando analizamos aspectos asociables a la función de aseguramiento: definición de la cartera de

servicios, alcance de la cobertura siguiendo consideraciones de coste efectividad, pool mínimo de aseguramiento y re-aseguramiento para garantizar un traslado de riesgo creíble a sus destinatarios, técnicas de tratamiento de la selección adversa, selección de riesgos y abuso moral, cláusulas de 'stop loss', franquicias y responsabilidades exigibles a los usuarios en el buen uso del sistema. Sin duda que existe componente político en la mayor parte de aquellas decisiones pero atenuable por una capacitación técnica nada menospreciable.

En líneas similares al razonamiento anterior, en lo que atañe a la función de compra de servicios, como gestión descentralizada o delegada del mismo aseguramiento, sobre la base de la determinación de las condiciones contractuales de la compra de los servicios (de acuerdo con la planificación salud/ disposición de servicios, mecanismos financieros establecidos y cobertura de aseguramiento de prestaciones), con selección de proveedores, acreditación de su oferta, gestión de la demanda (con de-marketing en su caso de consumos), revisión de utilización, determinación de numerarios de pago a nivel meso o institucional o micro de proveedores, ajustes por *case-mix* (complejidad/ especialización...) y un largo etc.

Y finalmente, mucho más técnica que política es la función vinculada a la producción de los servicios, entendida ésta como organización de la producción, políticas de compra, de implementación de tecnologías, formación en capacidades, políticas de incentivación de personal, de recursos humanos, segunda opinión, de gestión de estocs.

La separación, identificación y búsqueda de racionalidad en la gestión de cada una de dichas funciones favorece su asignación al eslabón que mejor perfil ofrece en capacitaciones técnicas y aislamiento o vinculación (según gradiente comentado) de la influencia política explícita en la función referida, no remitiendo de otro modo al escalón más institucional-político aquellas decisiones que en gestión requieren a menudo una negativa en la valoración de los costes de oportunidad de las alternativas contempladas.

En el apartado de la descentralización financiera e integración asistencial (aún recordando aquí que antes de articular nuevas medidas de financiación hace falta un renovado esfuerzo de eficiencia en provisión respecto del gasto hoy ya comprometido), la prospectiva dibujada se basaría en (i) la integración asistencial de proveedores (lo que viene a favorecer una financiación capitativa, a complementar privadamente sobre base territorial), a través de un adecuado traslado de riesgo que incentive la racionalidad de las decisiones de los agentes. Notemos aquí que el traslado de riesgo de la descentralización financiera exige un nivel mínimo de 'pool' comunitario: el coeficiente de variación por ley de grandes números hace que la varianza disminuya aumentando el número de beneficiarios de la descentralización. Ello sin embargo choca con el extremo monopolístico/monopsonístico; de modo que lo que es bueno para la eficiencia (competencia, descentralización) puede no serlo tanto para la equidad (incentivos a la selección de riesgos por 'pool' poblacional insuficiente); (ii) cambios en el status de los proveedores e instituciones sanitarias, sin temer a la diversidad organizativa, la experimentación y la emulación de las mejores prácticas, y (iii) una mayor presencia del sector privado en el ámbito de la

producción de los servicios, compra y/o gestión del aseguramiento colectivo para territorios definidos.

En estos nuevos contextos la solidaridad del sistema se debería asentar en una definición cuidadosa de la cobertura básica (lo coste efectivo), en la definición de lo complementario a precio tasado y/o gratuito según prueba de medios (no universal), en la progresividad derivada de las subvenciones y de los gastos fiscales que se pudieran implantar, al limitar las desgravaciones por dichos pagos adicionales sólo para determinados colectivos, y la regulación de pólizas de acceso no restringible. Ello tendría efectos adicionales en la descompresión de las finanzas públicas, y en la recuperación de una incidencia presupuestaria más equilibrada, vistos hoy los vectores de crecimiento de impuestos.

Apoderamiento y responsabilidades del usuario en la libre elección

La consideración de los intereses y aspiraciones de la demanda en el diseño de las respuestas institucionales por el lado de la oferta no ha parecido por el momento tenerse demasiado en cuenta en el diseño e implementación de las políticas sanitarias públicas. Este es sin embargo el último y no menos importante eslabón para una buena estructuración de los servicios sanitarios. Esta falta de atención no se corresponde con un contexto social desarrollado como en el que nos movemos, en el que los tratamientos diagnósticos y terapéuticos de las intervenciones médicas incorporan garantías generales de efectividad, los aspectos utilitaristas y propios del *consumerismo* están haciendo un mayor acto de presencia.

La preocupación por introducir nuevos márgenes de elección en los sistemas sanitarios se insertaría en las coordenadas siguientes 1- en el ámbito del *aseguramiento*, entre asegurarse o no (con distinto grado de obligatoriedad, según prestaciones y por colectivos-tipo); (i) con participación o no de aseguradoras privadas en su oferta, a elección bajo idéntica financiación pública (con convenios 'a la muface'); (ii) según cual fuera alcance de los beneficios cubiertos (entre el mínimo obligatorio y el componente complementario), y (iii) a la vista de la correspondencia que pudiera existir entre prima y grado de cobertura (o su inversa, esto es, el grado de subsidiación transversal entre colectivos, implícito en dicho mecanismo). Son también referentes de elección 2- para el usuario *en provisión*, la elección sobre el primer contacto ejercido con el proveedor, centro asistencial, especialista en el centro, o médico de cabecera responsable para un conjunto amplio de contingencias. Y, 3- por lo que atañe a los aspectos relativos al *tratamiento*, ello incluiría la posibilidad misma de rechazar o no un tratamiento, la elección entre modalidades de un mismo tratamiento, la forma concreta de asistencia, y las facilidades hoteleras asociadas a la prestación y/o en el tiempo de espera.

CONCLUSIÓN. Afrontar más coherentemente la realidad

Es hora de reconocer algunas falacias en las que estamos instalados (fuera del discurso político en favor del realismo y la re- dirección de foco de atención del análisis. Por ejemplo, en la idea de gratuidad (nada es gratuito), en la valoración

que una financiación impositiva siempre es más equitativa que la basada en el asegurado o en el usuario (sin atender al tipo de prestaciones financiadas ni el tipo de impuesto utilizado), o a la vista de consideraciones generales sobre equidad (quizás debiéramos de hablar siempre de igualdad que es un concepto más preciso, y de desigualdad, y dentro de éstas de las socialmente aceptables y las que no) que no son guías de acción. Por ejemplo, la muchas veces pretendida equidad de acceso a la asistencia sanitaria (no digamos ya la de consumo o de resultado) no es realmente factible, ya que cuenta con factores insuperables 'no sanitariamente evitables' –diferencias en cultura sanitaria, educación, renta, trabajo...- que la obstaculizan. Ofertar servicios gratuitos y olvidarse de los factores anteriores hace un mal servicio a la equidad. En este sentido, parece más sensato identificarlos y 'conllevarlos', y si acaso combatirlos desde fuera del sistema sanitario (vivienda, tipo de empleo, retribución, que está claro dependen de políticas distintas a las sanitarias) y que a menudo se soslayan por la supuesta gratuidad. Más todavía, quizás el logro de la equidad de acceso, consumo o resultado, constituya en si mismo un objetivo no deseable (acceso igual a todo, independientemente del esfuerzo, sin contraer deberes ni responsabilidades?; de consumo pese a la negativa de voluntad?, Etc..) y en todo caso nunca posiblemente alcanzable (por el grado de intervencionismo necesario y posiblemente inaceptable socialmente)

Referencias adicionales de complemento de la visión del autor en el tema de análisis

Libro de autor. *El Bienestar Desigual Qué queda de los derechos sociales después de la crisis* Ed. Península 2015

Anteriores: La financiación autonómica de la sanidad. Algunas afirmaciones, valoraciones y constataciones (2000) *Gaceta sanitaria*, 14, 4, 300-305

con ANA RICO: La descentralización sanitaria: parte del problema o de su solución? (2003) *Gaceta sanitaria*, 4, 17, 319-326

con BEATRIZ GONZÁLEZ

El sistema sanitario en España, entre lo que no acaba de morir y lo que no termina de nacer (2016) *Papeles de Economía Española*, n.º 147, en Gasto público en España: presente y futuro.

con LAURA PELLISÉ

El sistema sanitario y de dependencia: Situación y perspectivas (2013) *La consolidación fiscal en España: El papel de las comunidades autónomas y los municipios (experiencias, retos y perspectivas)* Instituto de Estudios Fiscales,

- artículos recientes:** LÓPEZ-CASASNOVAS G, MAYNOU-PUJOLRÀS L, SAEZ M (2014). Another look at the comparisons of the health systems expenditure indicators. *Social indicators Research*
- LÓPEZ-CASASNOVAS G, MAYNOU-PUJOLRÀS L, SAEZ M (2014) Has the economic crisis widened the intra-urban socioeconomic inequalities in mortality? the case of Barcelona, Spain. *Journal of Epidemiology and Community Health*
- MAYNOU-PUJOLRÀS L, SAEZ M, BACARIA J, LÓPEZ-CASASNOVAS G (2015) Health inequalities in the European Union: An empirical analysis of the dynamics of regional differences *European Journal of Health Economics* 16: 543-559.
- LÓPEZ-CASASNOVAS G; ROSSELLÓ-VILLALONGA J. (2014) Fiscal imbalances in assymetric federal regimes. The case of Spain. *Hacienda Pública Española*; (208): 1173
- LÓPEZ-CASASNOVAS G (2010) La calidad del gasto público y su influencia en el desarrollo económico: una validación empírica para países de la OCDE 1970-2005 *Hacienda Pública Española* núm. 193, pg. 9-48
- LÓPEZ-CASASNOVAS G Y M SOLEY BORI (2012) The economic crisis and its effects on the social determinants of health; *Hacienda Pública Española*, número 201-(2) pgs 113-131.
-

ANEXO 1 DATOS BASICOS FINANCIACION AUTONOMICA (Generalitat de Catalunya. Nota d'Economia 2015)

Datos reales homogéneos Financiación autonómica total (*)

	2009			2011			2013		
	milers €	€/hab	índex	milers €	€/hab	índex	milers €	€/hab	índex
Catalunya	16.054.492	2.148	106,7	16.346.502	2.168	96,1	14.924.613	1.976	96,9
Galicia	6.125.548	2.191	108,9	6.892.190	2.466	109,3	6.433.086	2.326	114,0
Andalucía	15.643.407	1.884	93,6	17.565.841	2.085	92,4	16.586.062	1.965	96,3
Asturias	2.403.625	2.215	110,1	2.715.343	2.511	111,3	2.551.050	2.388	117,1
Cantabria	1.425.769	2.420	120,3	1.566.877	2.642	117,1	1.570.307	2.653	130,1
La Rioja	719.131	2.235	111,1	862.868	2.672	118,4	801.855	2.490	122,1
Murcia	2.794.596	1.932	96,0	2.980.960	2.028	89,9	2.826.514	1.920	94,1
Valencia	9.429.032	1.851	92,0	10.059.006	1.966	87,1	9.238.951	1.807	88,6
Aragón	3.033.099	2.254	112,0	3.391.923	2.519	111,7	3.097.315	2.299	112,7
Castilla la Mancha	4.371.082	2.100	104,4	4.820.772	2.279	101,0	4.704.890	2.239	109,8
Canarias	3.666.163	1.742	86,6	4.045.428	1.902	84,3	3.798.246	1.793	87,9
Extremadura	2.496.154	2.264	112,5	2.833.391	2.554	113,2	2.819.805	2.554	125,2
Baleares	2.049.777	1.871	93,0	2.462.267	2.212	98,0	2.357.743	2.121	104,0
Madrid	13.354.727	2.091	103,9	13.227.236	2.038	90,3	12.139.171	1.869	91,6
Castilla-León	5.832.586	2.275	113,1	6.480.782	2.533	112,3	6.153.903	2.442	119,7
TOTAL	89.399.189	2.042	101,5	96.251.385	2.177	96,5	90.003.511	2.040	100,0

(*) en términos competenciales y con ejercicio de la capacidad normativa. Los tributos cedidos tradicionales se basan en la recaudación real Fuente: Generalitat de Catalunya 2015

DATOS GASTO SANITARIO G. López Casanovas y Beatriz González, *Papeles de Economía Española 2016* (ob. cit)

Gasto Sanitario público per cápita

Euros corrientes por habitante (*)

Comunidad Autónoma	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Andalucía	1,083	1,166	1,184	1,174	1,113	1,115	1,010	977	1,007
Aragón	1,262	1,316	1,397	1,416	1,374	1,376	1,211	1,211	1,208
Asturias	1,245	1,267	1,437	1,512	1,435	1,440	1,392	1,399	1,409
Baleares	1,054	1,116	1,148	1,064	1,057	1,092	1,058	1,083	1,195
Canarias	1,245	1,350	1,393	1,349	1,195	1,230	1,225	1,239	1,251
Cantabria	1,259	1,297	1,347	1,344	1,230	1,269	1,310	1,336	1,340
Castilla-León	1,206	1,303	1,330	1,375	1,353	1,347	1,289	1,283	1,313
Castilla-La Mancha	1,217	1,289	1,371	1,391	1,330	1,228	1,167	1,150	1,166
Cataluña	1,204	1,244	1,261	1,316	1,220	1,157	1,108	1,103	1,126
Valencia	1,042	1,085	1,111	1,119	1,078	1,071	995	1,074	1,098
Extremadura	1,339	1,457	1,558	1,530	1,417	1,366	1,191	1,204	1,277
Galicia	1,222	1,307	1,347	1,333	1,269	1,269	1,238	1,201	1,077
Madrid	1,069	1,109	1,115	1,069	1,099	1,104	1,109	1,082	1,130
Murcia	1,129	1,238	1,281	1,358	1,376	1,223	1,072	1,107	1,124
Navarra	1,332	1,408	1,438	1,549	1,514	1,419	1,341	1,394	1,457
País Vasco	1,366	1,515	1,633	1,667	1,605	1,591	1,607	1,570	1,585
La Rioja	1,336	1,260	1,249	1,276	1,197	1,131	1,090	1,100	1,108
Coefficiente de Variación	0,084	0,089	0,106	0,120	0,119	0,112	0,126	0,121	0,121
Max/Min	1,31	1,4	1,47	1,57	1,52	1,49	1,61	1,61	1,57

(*) Datos de población correspondientes al padrón del INE. Los cálculos para 2015 se han hecho con la misma población que los de 2014

PERCEPCIONES SOBRE RESPONSABILIDADES COMPETENCIALES EN SANIDAD

Extraído de *Finanzas autonómicas: visibilidad, transparencia y atribución de responsabilidades* de Ana Herrero Alcalde, María Goenaga Ruiz de Zuazu Jesús Ruiz-Huerta Carbonell. Memo Conferencias REDES Santiago de Compostela Sept. 2014.

TABLA 3: De los siguientes servicios públicos y prestaciones sociales, ¿quién cree usted que es el responsable a la hora de poner una reclamación?
Porcentajes respecto al total de respuestas (*)

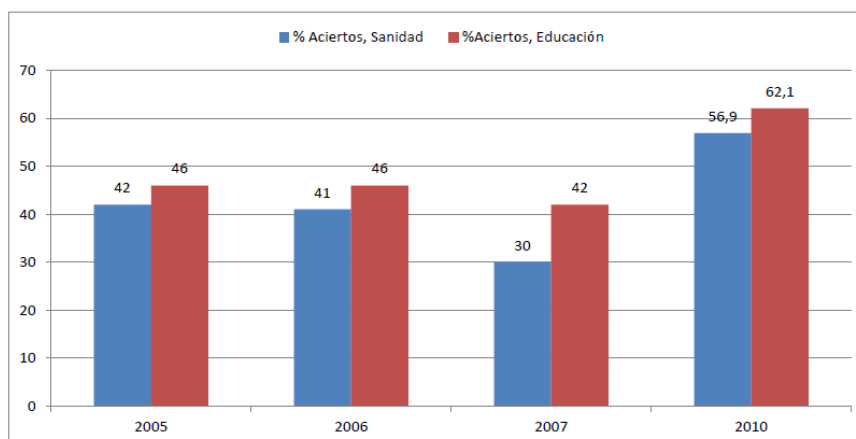
	Estado				Comunidad Autónoma				Ayuntamiento				Compartida				NS/NC			
	2005	2006	2007	2010	2005	2006	2007	2010	2005	2006	2007	2010	2005	2006	2007	2010	2005	2006	2007	2010
Sanidad	44	42	49	37	39	37	27	46	3	4	3	2	8	8	12	10	6	9	9	3
Infraestructuras	52	51	55	50	26	24	16	27	5	6	6	4	10	10	12	14	7	9	11	3
Transportes	31	31	40	20	33	30	24	29	20	20	14	32	9	9	11	14	7	10	11	3
Educación	42	39	41	27	36	38	30	50	6	6	7	8	10	8	12	11	6	9	10	1
Pens. Jubil.	70	64	65	80	16	17	12	9	2	4	4	1	5	6	10	5	7	9	10	2
Serv. Soc.	44	42	44	34	27	29	22	37	15	11	13	12	8	9	10	11	6	9	11	4
Seguro Desempl.	64	57	58	77	20	24	18	11	3	4	4	2	6	6	10	6	7	9	10	2
Pens. Invalidez	68	61	61	73	16	20	15	13	3	3	3	3	6	7	11	7	7	9	10	2

Fuente: elaboración propia a partir de Área de Sociología Tributaria, IEF (2006, 2007, 2008 y 2011)

La información de 2010 se ha calculado utilizando sólo las categorías de servicios que ya se incluyeron en las olas anteriores

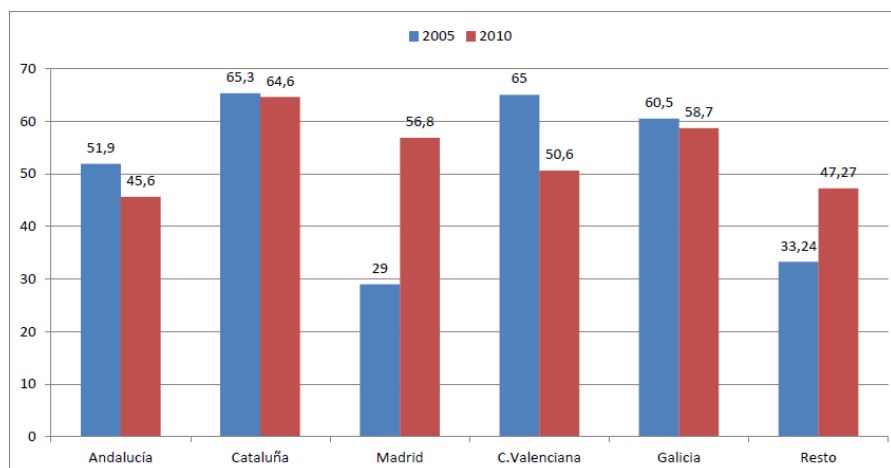
(*)Excluyendo "No sabe/No contesta"

GRÁFICO 1: PORCENTAJE DE ENCUESTADOS QUE ACIERTAN AL ATRIBUIR RESPONSABILIDADES DE GASTO



Fuente: elaboración propia a partir de Área de Sociología Tributaria, IEF (2011)

GRÁFICO 2: PORCENTAJE DE ENCUESTADOS QUE ACIERTAN AL ATRIBUIR LA RESPONSABILIDAD EN SANIDAD



Fuente: elaboración propia a partir de Área de Sociología Tributaria, IEF (2006 y 2011)
En la categoría "Resto" se han excluido País Vasco y Navarra

ANEXO 2: IDEAS PARA UN DEBATE INFORMADO DE LA FINANCIACIÓN TERRITORIAL

En favor del capitativo:

Buena parte del gasto social se basa en supuestos de cobertura universal de servicios fundamentales, de modo que independientemente de la renta, todos los ciudadanos son igualmente elegibles para su consumo. Si esto es así, y la mayor parte de éste gasto constituye lo fundamental de los presupuestos autonómicos, es difícil explicar que una Comunidad en particular tenga una financiación per cápita muy superior (inferior) a otra. ¿Acaso ha de configurar una comunidad peor financiada poblacionalmente hablando, por su mayor renta, unos servicios que impidan el acceso a determinados colectivos? ¿Precisamente además a los individuos de mayor renta que fueron aquellos que más contribuyeron? ¿Qué sentido si no tiene utilizar el inverso de la renta como variable para determinar la financiación general? ¿No debiera ésta de limitarse a los fondos redistributivos y vinculados precisamente a la corrección de dichas diferencias en renta?. Acaso una financiación de gasto igual o similar cuando las contribuciones a su financiación han sido ya diferentes no es suficientemente 'solidaria'?. ¿Exigimos para cumplir objetivos de 'solidaridad' adicionalmente una penalización' a las Comunidades que más han contribuido? ¿Y lo hacemos además sin temor a coartar con ello las posibilidades propias de crecimiento de estas Comunidades y así del mantenimiento de los propios mecanismos mismos de financiación?.

Acerca de la integración de la financiación sanitaria en el sistema general de la LOFCA

Se ha discutido reiteradamente la conveniencia de que en su momento (con la generalización de las transferencias sanitarias a la totalidad de las CC.AA.) la financiación de la sanidad se insertara en la financiación autonómica general. En su favor se pueden esgrimir los interminables debates del pasado de propuestas de fórmulas 'ad hoc' para la asignación de recursos destinados a la sanidad sobre la base de diferentes y controvertibles variables. Ello se debe a que en primer lugar y en general, el carácter intersticial de la salud cuadra mal con variables que puedan tener que ver con necesidades sanitarias, que rinden financiación precisamente en la medida que no se corrigen (datos, por ejemplo, de morbi mortalidad, de hábitos nocivos de la población, etc.) en el sentido de favorecer un 'cuanto peor', 'mejor' para la financiación autonómica. En segundo lugar, no todos los factores ligados a la salud son abordables sanitariamente; así en mortalidades innecesariamente prematuras pero no evitables, como serían los accidentes de tráfico y algunas otras relativas a factores ligados a la preferencia instaladas en los estilos de vida, situación laboral y familiar. En tercer lugar, entre las variables socioeconómicas, de sabida influencia en la salud, su aproximación desde variables sanitaristas no es inequívoca. Y aún acotando éstas variables, hace falta medirlas correctamente (así qué se entiende por 'privación social'), ponderarlas (respecto de otras variables igualmente influyentes), determinarles el signo (así la ruralidad en la frecuentación y en hábitos de vida), delimitar su evolución (de otro modo su carácter errático puede hacer tambalear el peso de toda la financiación autonómica, fijando transiciones (como en la cobertura de los costes relativos o de estructura) y en su caso predeterminar su financiación a la corrección precisamente de los factores generadores de las desigualdades aducidas. Claro que esto último puede ser contrario en buena medida al ejercicio de las competencias propias y a la autonomía congénita a la descentralización.

Desde la óptica sin embargo del ejercicio de la focalización de objetivos generales, impuestos ante las carencias de la coordinación central, segmentar la financiación sanitaria de la general parece un requisito para el ejercicio del spending power. Este consisete como vimos en transferencias condicionadas y compensatorias ('a la canadiense') que buscan garantizar lo que la Administración central pueda considerar como niveles homogéneos de recursos fuera de la nivelación general de los fondos de garantía.

La inserción de la financiación sanitaria en la LOFCA permite a juicio de muchos un 'pool' que se acerca más a la idea universal/ poblacional de los servicios sanitarios públicos. Esta no debiera de ser amortiguable por un menor consumo relativo coyuntural (como a veces se ha intentado con la consideración de población 'efectiva') por lo que supone de penalización al esfuerzo en gasto sanitario privado especialmente en doble cobertura. Consolida igualmente la inserción en la Financiación autonómica general elementos demográficos (más gasto por población relativamente envejecida debiera de suponer menos necesidad de gasto relativo en educación) y permeabiliza mejor el gasto en

cuidados de salud con otros aspectos relevantes del gasto social (cuidados crónicos, semicrónicos y de paliativos). Por todo ello, la inclusión de la financiación sanitaria en la autonómica ordinaria puede coherentemente marcar 'suelos' a partir de los recursos asignados desde las formulaciones que pretenden la equidad de los servicios fundamentales del estado del bienestar, pero que permiten 'destapar' sus techos según sea el esfuerzo fiscal que acompañe a la asignación central por parte de los gobiernos autonómicos, sus prioridades en gasto o los márgenes de variación en prestaciones reales que permita su mejor gestión de los costes unitarios.

Un disenso de fondo:

Separa el fondo del debate en las propuestas de reforma barajadas por las distintas CC.AA. el que es su punto de partida. Para unos, el discurso es de 'necesidad fiscal', entendida como gasto necesario para el ejercicio competencial, a cubrir por parte de quien dispone discrecionalmente del conjunto de recursos colectivos (la Administración central). Para otros, el discurso es de capacidades fiscales: un pacto determina los recursos de ambas 'jurisdicciones', y se convenian en favor de la Administración central las contribuciones con objetivo redistributivo. En la primera aproximación, la asignación del Estado ya resta, descuenta 'ex ante', lo que vaya a ser la solidaridad impuesta; en la segunda, primero se asignan los recursos y después se cede aquella parte con finalidad solidaria (aún pudiendo esta cesión estar pautada previamente). La radicalidad de la diferencia de enfoque es en tendencia elevada: jerarquía aceptada y multilateralidad conocida en un caso; bilateralidad, transparencia y pacto en el otro.

La respuesta federal

En el federalismo fiscal convencional, los índices de necesidad de gasto se conjugan con los de capacidad fiscal, ordenando de este modo los sistemas de invelación (igualación). Una reminiscencia del problema anterior se observa aún hoy en la formalidad de la ratificación bilateral en Comisiones Mixtas Estado/C.A. de los acuerdos multilaterales que se imponen desde los Consejos de Política Fiscal y Financiera. En todo caso el federalismo fiscal se basa en el reconocimiento pues de más de una jurisdicción: los ciudadanos pagan impuestos pero lo hacen en más de una jurisdicción ya sea a ésta directamente o por la vía de un agente recaudador común. No son transferencias como decimos graciabes, ni condicionables, ni de cuantía discrecional (Puede encontrarse literatura sobre el tema en países como Canadá, Australia, Estados Unidos, India, Suiza, Bélgica, Alemania, Austria, Méjico, Argentina, Reino Unido (no Inglaterra) Federalismo y Autonomía Ed. Ariel 2004. E. Argullol (ed.) y Teoría política del Federalismo, y en F. Requejo, diversas aportaciones).

La relación entre desarrollo económico y gasto sanitario

Es bien sabido que en toda comparativa de gasto sus valores se relacionan a los niveles de renta alcanzados; de aquí que los datos se acompañen siempre del nivel del PIB, y más afinadamente, en términos ajustados a un numerario de cuenta común. Parece que ello debiera también de tenerse en cuenta en las comparativas autonómicas.

La cuestión fundamental hoy para algunas CC.AA. es ¿qué papel puede alcanzar un gasto público que vea su financiación desvinculada del crecimiento económico, en particular cuando este gasto resulte clave para consolidar este crecimiento? ¿Puede encontrarse un mejor balance entre la financiación redistributiva hacia estos territorios (para gasto básico, niveladora, de servicios públicos personales) y el gasto “productivo” propio, requerido por un territorio para sí mismo, de desarrollo regional, de generación de actividad estratégica de futuro...? ¿Qué orientación podría darse a la redistribución (nivelación, desarrollo regional) desde esta perspectiva?

Esta sería una posible alternativa: Si la solidaridad es personal y la redistribución básica es pues la derivada del IRPF, ésta podría articularse desde la cesión completa de la progresividad. De modo que si una CA tiene un x % de la renta y el IRPF recauda en esta Comunidad $(x + y)$ puntos porcentuales del total de la recaudación, la redistribución se podría fijar en la cesión completa de los ‘ y ’ puntos, que ponderados por el peso que representa la imposición directa sobre el total (un 50% aproximadamente) marcarían la nivelación. Los puntos % restantes entre x y el % de población ‘ z ’ pueden ser objeto en su caso de cesión “horizontal” (entre CC.AA. beneficiarias y aportantes) a través de un fondo de ayuda al desarrollo regional (no ya nivelación como garantía de provisión de servicios públicos). Y como tal, definido de común acuerdo y para períodos concretos, a evaluar y reflejables en la generación de renta privada (y no de empleo o consumo público).

Sobre la solidaridad

Reiterando el argumento anterior, si la solidaridad es personal, y la redistribución básica es la derivada del IRPF, podría plantearse la cesión completa de la progresividad. Ésta se entendería como diferencia entre el peso de la renta y de la participación en recaudación de renta fiscal. Los márgenes entre el peso de la renta y el peso de la población pueden si se quiere ser objeto de cesión “horizontal” (entre CC.AA. beneficiarias y aportantes) a través de un fondo de ayuda al desarrollo regional. Y como tal, definido de común acuerdo para períodos concretos y evaluables. Estas últimas contribuciones no resultarían consolidables en el gasto ordinario de las CC.AA. receptoras y se expresarían en subvenciones condicionadas al destino (reequilibrio territorial, desarrollo regional y reductor de la desigualdad personal interna de la renta) y compensatorias (tipos fondos europeos).

CENTRE DE RECERCA EN ECONOMIA I SALUT (CRES-UPF):
<http://www.upf.edu/cres/>

