

Capítulo V LA FINANCIACIÓN SANITARIA EN ANDALUCÍA

José Luis Navarro Espigares

1. INTRODUCCIÓN

La Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía contiene numerosas referencias a la financiación de las prestaciones sanitarias, así como un Título IX dedicado específicamente a la financiación.

La exposición de motivos plantea la preocupación por los crecientes costes sanitarios y la financiación de las prestaciones sanitarias públicas. En un párrafo que sería perfectamente válido en nuestros días plantea cómo los cambios demográficos progresivos hacia un aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento de la población, la aparición de nuevas enfermedades y los cambios en la prevalencia de otras, la introducción permanente de nuevas tecnologías médicas, la implantación progresiva de la sociedad global de la información en Europa, y una creciente preocupación por los costes y la financiación de las prestaciones públicas, han configurado un escenario para la sanidad en el que las principales prioridades se concentran en modernizar los aparatos administrativos y asistenciales en orden a conseguir una mayor eficacia de su actuación, una mayor eficiencia, una mayor motivación e incentivación profesional y una mejor adaptación a los deseos y necesidades de los ciudadanos andaluces.

Esta breve reflexión en torno a la financiación introduce la vinculación de la misma a los principales **determinantes del gasto sanitario**, lógica contrapartida de la corriente de ingresos: envejecimiento de la población, aumento de la esperanza de vida, cambios en la incidencia y prevalencia de las enfermedades, aparición de nuevas tecnologías médicas. Asimismo, se vincula la financiación con la eficiencia en la prestación de servicios sanitarios y con la necesaria adaptación a los cambios en la demanda social de la

población andaluza. En cuanto a la búsqueda de la eficiencia, resulta especialmente revelador el artículo 4.2 *«La inclusión de nuevas prestaciones en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, que superen las establecidas para el Sistema Nacional de Salud, será objeto de una evaluación previa de su efectividad y eficiencia en términos tecnológicos, sociales, de salud, de coste y de ponderación en la asignación del gasto público, y llevará asociada la correspondiente financiación»*. En el mismo sentido, el artículo 20.4 señala que: *«serán objeto de evaluación, seguimiento e intervención por parte de las autoridades sanitarias en materia de asistencia sanitaria individual: La eficacia y eficiencia de las diversas unidades asistenciales de los centros, servicios y establecimientos adscritos funcionalmente al Sistema Sanitario Público de Andalucía»*.

La segunda referencia a la financiación aparece al abordar la **distribución de funciones** y responsabilidades en el conjunto de la sanidad pública andaluza, diferenciando claramente lo que son funciones propias de la Consejería de Salud (autoridad sanitaria, planificación, aseguramiento, financiación, asignación de recursos, ordenación de prestaciones, concertación de servicios ajenos e inspección) de las de gestión y provisión de recursos, más propias de los organismos, entes y entidades dedicados exclusivamente a la asistencia sanitaria. Así pues, la función de financiación queda encuadrada como una de las funciones directivas propias de la Consejería de Salud, claramente separada de las funciones de gestión y provisión de recursos (art. 62.19).

También aparece el concepto de financiación estrechamente vinculado al cumplimiento de los objetivos centrales de esta Ley. La universalización de la asistencia sanitaria, la financiación pública, el uso preferente de los recursos sanitarios públicos y la prestación de una atención integral y de calidad son los elementos fundamentales que garantizan la efectividad de los principios inspiradores de esta Ley en el marco definido para el Sistema Nacional de Salud. No debemos olvidar que la Ley tiene como objeto principal la regulación de las actuaciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud de los ciudadanos en Andalucía, el régimen de definición y aplicación de los derechos y deberes de los ciudadanos respecto de los servicios sanitarios en la Comunidad Autónoma y la ordenación general de las actividades sanitarias en Andalucía, todo ello bajo los principios de coordinación de las actuaciones y de los recursos, aseguramiento público, universalización, **financiación pública**, equidad, superación de las desigualdades, planificación, eficacia y eficiencia de la organización sanitaria, descentralización, autonomía y responsabilidad en la gestión, participación de ciudadanos y de los profesionales, mejora de la calidad en los servicios y utilización eficaz y eficiente de los recursos sanitarios que sean necesarios para la consecución de sus objetivos. El artículo 44 confirma el carácter público de la financiación del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

El esquema que adopta la Ley para establecer las fuentes de financiación del Sistema Sanitario Público de Andalucía es coherente con el principio de financiación pública previamente mencionado, garantizando el acceso a las prestaciones sanitarias de forma gratuita en el momento de su utilización, pero no lo agota desde un punto de vista normativo. Quedan

pendientes aspectos tan importantes como el establecimiento del modelo definitivo de financiación de la Sanidad Pública Andaluza, lo que orienta hacia la **necesidad de acometer una Ley específica de financiación sanitaria**, que establezca un marco amplio y estable para el desarrollo futuro del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

En relación con la organización de la **distribución territorial** de los servicios sanitarios el artículo 48.1 establece que el área de salud constituye el marco de planificación y desarrollo de las actuaciones sanitarias, debiendo disponer de la financiación y dotaciones necesarias para prestar los servicios de atención primaria y especializada, asegurando la continuidad de la atención en sus distintos niveles y la accesibilidad a los servicios del usuario.

Finalmente, el artículo 80 del Título IX delimita las **fuentes de financiación** del Sistema Sanitario Público de Andalucía. El Sistema Sanitario Público de Andalucía se financiará fundamentalmente con cargo a:

- a) Los recursos que le puedan corresponder por la participación de la Junta de Andalucía en los Presupuestos del Estado afectos a servicios y prestaciones sanitarias.
- b) Los rendimientos obtenidos de los tributos cedidos total o parcialmente por el Estado a la Comunidad Autónoma de Andalucía para fines sanitarios.
- c) Los recursos no contemplados en el apartado 2 de este artículo que le puedan ser asignados con cargo a los Presupuestos de la Junta de Andalucía.

Asimismo, constituyen fuentes de financiación del Sistema Sanitario Público las siguientes:

- a) Las aportaciones que deben realizar las Corporaciones Locales con cargo a su Presupuesto.
- b) Los rendimientos de los bienes y derechos propios y que tenga adscritos.
- c) Las subvenciones y aportaciones voluntarias de entidades y particulares.
- d) Los ingresos ordinarios y extraordinarios que se esté autorizado a percibir, a tenor de las disposiciones vigentes, de los convenios interadministrativos que pudieran suscribirse para la atención sanitaria prestada a los españoles y extranjeros no residentes en Andalucía que tengan establecida su residencia en el territorio nacional, con el alcance determinado por la legislación estatal, así como cualquier otro recurso que pudiese ser atribuido o asignado.

En el ámbito nacional, el Capítulo V del Título III de la **Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad** dedicado a la financiación establece que los Presupuestos del Estado, Comunidades Autónomas, Corporaciones Locales y Seguridad Social consignarán las partidas precisas para atender las necesidades sanitarias de todos los Organismos e Instituciones dependientes de las Administraciones Públicas y para el desarrollo de sus competencias.

En su artículo 69 relaciona las **fuentes de financiación del Sistema Nacional de Salud**, indicando que la financiación de la asistencia prestada se realizará con cargo a:

- a) Cotizaciones sociales.
- b) Transferencias del Estado, que abarcarán:
 - La participación en la contribución de aquél al sostenimiento de la Seguridad Social.
 - La compensación por la extensión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a aquellas personas sin recursos económicos.
 - La compensación por la integración, en su caso, de los hospitales de las Corporaciones Locales en el Sistema Nacional de Salud.
- c) Tasas por la prestación de determinados servicios.
- d) Por aportaciones de las Comunidades Autónomas y de las Corporaciones Locales.
- e) Tributos estatales cedidos.

La participación en la financiación de los servicios de las Corporaciones Locales que deban ser asumidos por las Comunidades Autónomas se llevará a efecto, por un lado, por las propias Corporaciones Locales y, por otro, con cargo al Fondo Nacional de Cooperación con las Corporaciones Locales.

Asimismo, la ley 14/1986 regula la financiación sanitaria para las CC.AA. Atendiendo al principio de la equidad territorial en el nivel de prestaciones, establece que la generalización del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria que implica la homologación de las atenciones y prestaciones del sistema sanitario público se efectuará mediante una asignación de recursos financieros que tengan en cuenta tanto la población a atender en cada Comunidad Autónoma como las inversiones sanitarias a realizar para corregir las desigualdades territoriales sanitarias.

Finalmente, el artículo 82 regula el **sistema de financiación para las CCAA**, indicando que la financiación de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social transferidos a las Comunidades Autónomas se efectuará según el Sistema de financiación autonómica vigente en cada momento.

Este artículo de crucial importancia para establecer el contenido de los siguientes epígrafes. En primer lugar, abordaremos la regulación de la financiación sanitaria en el marco de las dos últimas leyes de financiación autonómica, la Ley 21/2001 y la Ley 22/2009. A continuación, dado que la financiación solo encuentra significado al enfrentarla al gasto, el tercer epígrafe presenta un breve recorrido sobre la evolución de las magnitudes de gasto sanitario en Andalucía y en el conjunto nacional. No obstante, en los últimos años las dificultades financieras por las que ha pasado la economía española se han dejado sentir en la financiación sanitaria. Los cambios normativos derivados de la crisis se abordarán en el epígrafe 5 en el que haremos especial referencia al Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, así como a las nuevas fórmulas de financiación, el mecanismo extraordinario de pago a proveedores y el fondo de liquidez autonómica. Concluiremos el trabajo con una referencia a la futura ley de garantías y sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

2. LA FINANCIACIÓN SANITARIA EN EL MARCO DEL MODELO DE FINANCIACIÓN DE LAS CC.AA.

En el ámbito del Sistema Nacional de Salud la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, dio respuesta y desarrollo a las previsiones constitucionales, estableciendo los principios y criterios sustantivos que han permitido configurar el Sistema Nacional de Salud: el carácter público y la universalidad y gratuidad del sistema; la definición de los derechos y deberes de ciudadanos y poderes públicos en este ámbito; la descentralización política de la sanidad; la integración de las diferentes estructuras y servicios públicos al servicio de la salud en el Sistema Nacional de Salud y su organización en áreas de salud, y el desarrollo de un nuevo modelo de atención primaria que ponía el énfasis en la integración en este nivel de las actividades asistenciales y de prevención, promoción y rehabilitación básica. Asimismo, la ley creó el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud como órgano coordinador entre las comunidades autónomas y la Administración General del Estado, que ha realizado una importante labor tanto en el fomento del consenso como en la difusión de experiencias y en el aprendizaje mutuo entre niveles de gobierno.

La Ley 49/1998, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 1999 dispuso en el Capítulo III de su Título I que sería el Estado, a través de las transferencias presupuestarias a las comunidades autónomas, el que asumiría totalmente la financiación pública de la asistencia sanitaria, desvinculándose con ello la asistencia sanitaria de las aportaciones a la Seguridad Social.

Al amparo de las previsiones constitucionales y de los respectivos estatutos de autonomía, desde enero de 2002 todas las comunidades autónomas habían asumido paulatinamente competencias en materia de sanidad. Este proceso se había completado con un modelo estable de financiación, a través de la aprobación de la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulaban las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía.

Así, Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud incluye el modelo de financiación entre los principios generales que la informan. En concreto, según su artículo 2.e, la financiación pública del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con el vigente sistema de financiación autonómica. Asimismo, el artículo 8 indica que las Comunidades Autónomas deberán destinar los recursos económicos necesarios para asegurar la financiación de la cartera común de servicios, siendo preceptiva, para la aprobación de la cartera de servicios complementaria de una Comunidad Autónoma, la garantía previa de suficiencia financiera de la misma, en el marco del cumplimiento de los criterios de estabilidad presupuestaria.

En definitiva, las prestaciones que establece la Ley 16/2003 son responsabilidad financiera de las comunidades autónomas de conformidad con los acuerdos de transferencias y

el sistema de financiación autonómica vigente, sin perjuicio de la existencia de un tercero obligado al pago. Las comunidades autónomas deberán destinar a la financiación de dichas prestaciones los mínimos previstos en la Ley 21/2001, de 27 de diciembre. Los sistemas de garantías que prevé esta ley son asimismo responsabilidad financiera de las comunidades autónomas.

La suficiencia para la financiación de las prestaciones y de las garantías de seguridad y calidad establecidas en la ley 16/2003 viene determinada por los recursos asignados a las comunidades autónomas conforme a lo establecido en la mencionada Ley 21/2001, de 27 de diciembre, y de acuerdo con el principio de lealtad institucional, en los términos del artículo 2.1.e) de la Ley Orgánica 8/1980, de 22 de septiembre, de Financiación de las Comunidades Autónomas.

De acuerdo con lo anterior, la inclusión de una nueva prestación en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud deberá acompañarse de una memoria económica que contenga la valoración del impacto positivo o negativo que pueda suponer. Dicha memoria se elevará al Consejo de Política Fiscal y Financiera para su análisis en el contexto de dicho principio de lealtad institucional.

2.1. Ley 21/2001 de financiación de las CC.AA.

La LEY 21/2001, de 27 de diciembre, reguló el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas y Ciudades con Estatuto de Autonomía desde 1 de enero de 2002, el establecimiento del régimen general de la cesión de tributos del Estado a las Comunidades Autónomas, la participación de las Comunidades Autónomas en la Agencia Estatal de Administración Tributaria y las asignaciones de nivelación de los servicios públicos fundamentales. Asimismo, recoge la adaptación al nuevo sistema de financiación de la normativa de los tributos cedidos, de la Ley General de Sanidad y del texto refundido de la Ley General de Seguridad Social.

El nuevo Sistema de financiación se fundamenta en los principios de: generalidad, estabilidad, suficiencia, autonomía, solidaridad, coordinación, participación en la Agencia Estatal de Administración Tributaria y participación en los Tribunales Económico-Administrativos.

El principio de **generalidad** se manifiesta en dos vertientes:

- La primera, hace referencia al carácter integrador del mismo, en tanto que abarca la financiación de todos los servicios susceptibles de traspaso a las Comunidades Autónomas. Hasta entonces, existían tres formas de financiación diferenciadas, una para los denominados servicios comunes, otra para los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social y la tercera, para los servicios sociales de la Seguridad Social.
- La segunda, implica que el Sistema de financiación es de aplicación a las Comunidades Autónomas que cumplan los requisitos del mismo.

Conforme al principio de **estabilidad**, el Sistema de financiación tiene vocación de permanencia. Ello permite que las Comunidades Autónomas puedan realizar una planificación a largo plazo con mayor certidumbre y seguridad.

El principio de **suficiencia**, que se concreta en tres elementos: en el cálculo de las necesidades de financiación, en la regulación de sus recursos y en sus reglas de evolución, asegura que todas las Comunidades Autónomas disponen de los recursos suficientes para atender la prestación de los servicios asumidos y los susceptibles de traspaso.

En virtud del principio de **autonomía**, el Sistema de financiación amplía las potestades de decisión de las Comunidades Autónomas en materia fiscal, tanto en lo que respecta a la forma de obtención de sus recursos, como a las condiciones de prestación de sus servicios.

El principio de **solidaridad** garantiza que las Comunidades Autónomas puedan prestar sus servicios en condiciones equivalentes, con independencia de las distintas capacidades de obtención de recursos tributarios, mediante la determinación de las necesidades totales de financiación y mediante la implantación del denominado «Fondo de Suficiencia».

En aplicación del principio de **coordinación**, el Sistema de financiación incorpora las normas concretas de localización y atribución de los rendimientos de los tributos cedidos a las Comunidades Autónomas, así como de colaboración entre las Administraciones en la gestión, liquidación, recaudación e inspección de los tributos, y también en la revisión de los actos dictados en vía de gestión tributaria, con la finalidad de dar mayor seguridad y estabilidad al ejercicio de las potestades fiscales de las Comunidades Autónomas.

Consecuencia del principio de **participación en la Agencia Estatal de Administración Tributaria**, el Sistema introduce la forma de colaboración y participación efectiva de las Comunidades Autónomas en la toma de decisiones en la Agencia Estatal de Administración Tributaria, especialmente en aquellas áreas que afecten a la gestión de sus recursos.

El Sistema, por último, introduce el principio de **participación de las Comunidades Autónomas en los Tribunales Económico-Administrativos** de ámbito regional del Estado.

Para la determinación de las necesidades de financiación se establece 1999 como año base del sistema de financiación (suficiencia estática). Las necesidades de financiación, en términos de homogeneidad competencial, de las distintas Comunidades Autónomas, se determinan en el año base, inicialmente, mediante la aplicación a la masa homogénea de financiación asignada a cada uno de los bloques competenciales en valores del año base 1999, de las variables sociodemográficas y distributivas, y determinadas ponderaciones y modulaciones.

Las necesidades de financiación total de cada Comunidad Autónoma resultan de agregar a las necesidades de financiación en términos de homogeneidad competencial para cada Comunidad Autónoma, el valor en el año base 1999 de las competencias no homogéneas.

La masa homogénea de financiación de los distintos **bloques competenciales** está constituida por las siguientes partidas:

1. Primer bloque: financiación de competencias comunes.

El resultado de la liquidación definitiva del año 1999, por los diversos conceptos que integran la misma:

- Tarifa autonómica del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.
- Participación en los Ingresos del Estado, que se compone de los siguientes conceptos:
 - Participación en los ingresos territorializados del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.
 - Participación en los Ingresos Generales del Estado.
 - Fondo de Garantía para el año 1999.

2. Segundo bloque: financiación de la gestión de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

Se integra por los siguientes conceptos:

- a) La financiación resultante de la liquidación definitiva del año 1999, para las Comunidades Autónomas con competencias asumidas en la materia.
- b) El importe de la financiación resultante para las restantes Comunidades Autónomas, integradas en el bloque «INSALUD gestión directa».

3. Tercer bloque: financiación de la gestión de los servicios sociales de la Seguridad Social. Este bloque viene determinado por la financiación que resulta de la liquidación definitiva del año 1999, para las Comunidades Autónomas de régimen común.

Una vez definidos los bloques competenciales la Ley aborda la determinación de las necesidades homogéneas de financiación. Para determinar en el año base las necesidades homogéneas de financiación de las respectivas Comunidades Autónomas, se opera con la masa de financiación homogénea asignada a cada uno de los bloques competenciales y otros fondos adicionales, de acuerdo con los siguientes criterios:

A) *Bloque de competencias comunes.*

a) Fondo General.

El total de la masa de financiación, una vez asignado el mínimo fijo de 39,66 millones de euros, para cada Comunidad Autónoma y excluidos los recursos del Sistema que tienen como objetivo fomentar el principio de solidaridad, se distribuye de acuerdo con los siguientes criterios:

- Población. La distribución por esta variable se efectúa proporcionalmente a la población contenida en el Padrón para cada Comunidad Autónoma, a 1 de enero de 1999, elaborado por el Instituto Nacional de Estadística (INE). La ponderación de esta variable es del 94 por ciento. Anualmente se analizarán los efectos derivados de la aplicación al Sistema de Financiación de la evolución del censo de población, con respecto a las necesidades resultantes en el año anterior.

- Superficie. El reparto de acuerdo con esta variable se lleva a cabo en función de la superficie territorial, en km², de cada Comunidad Autónoma publicada por el INE. La ponderación de esta variable es del 4,2 por ciento.
- Dispersión. La asignación por esta variable se efectúa en proporción al número de entidades singulares, núcleos de población, de cada Comunidad Autónoma, según los datos facilitados por el INE obtenidos del Padrón Municipal de 1998. La ponderación de esta variable es del 1,2 por ciento.
- Insularidad. La imputación por esta variable se efectúa proporcionalmente a la distancia ponderada en kilómetros, aplicando un coeficiente del 1,25 al exceso sobre 1.000 kilómetros, entre las costas de la península y las capitales insulares, sobre la base de la información facilitada por el Centro Nacional de Información Geográfica del Ministerio de Fomento. La ponderación de esta variable es del 0,6 por ciento».

b) Fondo para paliar la escasa densidad de población.

Dotado con 48,08 millones de euros, tiene por objeto reforzar el principio de solidaridad y se aplica con el fin de paliar la situación en que se encuentran las Comunidades Autónomas afectadas por un proceso de despoblación importante. Este Fondo se distribuye entre aquellas Comunidades Autónomas con una densidad de población inferior a 27 habitantes por kilómetro cuadrado, siempre que, además, su extensión superficial sea inferior a 50.000 kilómetros cuadrados.

c) Garantía de mínimos.

El Sistema garantiza que los recursos asignados a cada Comunidad Autónoma por los Fondos que se enumeran en las letras a) y b) anteriores sean al menos iguales, en términos de homogeneidad, a los que cada una de ellas tiene en su masa homogénea de financiación, correspondiente al bloque de competencias comunes.

d) Fondo de Renta Relativa.

Dotado con 150,25 millones de euros, tiene, asimismo, por objeto reforzar el principio de solidaridad y se distribuye teniendo en cuenta la situación de menor riqueza relativa de algunas Comunidades Autónomas; para ello se utilizará como variable de reparto un índice ponderado de renta relativa definido en la propia ley (art. 4).

B) Bloque de competencias de gestión de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

a) Fondo General.

La masa homogénea de financiación de este bloque competencial se asigna de acuerdo con los siguientes criterios:

- Población protegida. La distribución por esta variable se efectúa proporcionalmente al valor de la misma para 1999, según las estadísticas elaboradas por el Ministerio de Sanidad y Consumo. La ponderación de esta variable es del 75 por ciento.
- Población mayor de sesenta y cinco años. La asignación, de acuerdo con esta variable, se lleva a cabo en función a la población mayor de sesenta y cinco años del Padrón a 1 de enero de 1999 para cada Comunidad Autónoma, elaborado por el INE. La ponderación de esta variable es del 24,5 por ciento.
- Insularidad. La asignación por esta variable se efectúa proporcionalmente a la distancia en kilómetros, ponderada por tramos, entre las costas de la península y las capitales insulares, con base en la información que facilite el Centro Nacional de Información Geográfica del Ministerio de Fomento. La ponderación de esta variable es del 0,5 por ciento.

b) Garantía de mínimos.

El Sistema garantiza que la financiación asignada a cada Comunidad Autónoma por el Fondo General a que se refiere la letra a) anterior, sea al menos igual a la que cada una de ellas tiene asignada, como masa homogénea de financiación en este bloque de competencias.

c) Fondos específicos.

Se establecen dos Fondos, el Fondo «Programa de ahorro en incapacidad temporal» y el Fondo de cohesión sanitaria.

- Fondo «Programa de ahorro en incapacidad temporal».

Este Fondo financia la adopción de programas y medidas dirigidas al control del gasto relativo a la incapacidad temporal y a la mejora de la gestión de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social para estas contingencias, correspondiendo la gestión financiera de dicho fondo a la Tesorería General de la Seguridad Social. La dotación de este Fondo, que afecta tanto a las Comunidades Autónomas con la gestión transferida como a las que no la tienen, es de 240,40 millones de euros, que se incrementará anualmente según se determine en las leyes de Presupuestos Generales del Estado, y se distribuirá entre las Comunidades Autónomas de acuerdo con la población protegida. El importe de este Fondo para cada Comunidad Autónoma está integrado en las necesidades de financiación para cada Comunidad Autónoma.

- Fondo de cohesión sanitaria.

Este Fondo tiene por finalidad garantizar la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria públicos en todo el territorio español, y la atención a ciudadanos desplazados procedentes de países de la Unión Europea o de países con los que España tenga suscritos convenios de asistencia sanitaria recíproca, y será gestionado por el Ministerio de Sanidad y Consumo. La distribución de estos fondos se articulará de acuerdo con su regulación específica. Dicho Ministerio establecerá el procedimiento para compensar con cargo a este Fondo a las Comunidades Autónomas por el saldo neto de la asistencia sanitaria prestada a desplazados.

C) *Bloque de competencias de la gestión de los Servicios Sociales de la Seguridad Social.*

La masa homogénea de financiación de este bloque competencial, se asigna en función de la población mayor de sesenta y cinco años del Padrón para cada Comunidad Autónoma, elaborado por el INE. El Sistema garantiza que la financiación asignada a cada Comunidad Autónoma sea al menos igual a la que cada una de ellas tiene asignada, como masa homogénea de financiación en este bloque de competencias.

La sección 2ª de la Ley 21/2001a regula los distintos recursos financieros del Sistema en el año base 1999, que cubren las necesidades de financiación, establecidas en la sección 1ª. Los **recursos** del nuevo Sistema son los siguientes:

- Recaudación de tributos cedidos sobre:
 - Patrimonio, Transmisiones Patrimoniales y Actos Jurídicos Documentados
 - Sucesiones y Donaciones
 - Juego
 - Determinados Medios de Transporte
 - Ventas Minoristas de Determinados Hidrocarburos
 - Tasas afectas a los servicios transferidos
- Tarifa autonómica del IRPF
- Cesión del 35 por ciento de la recaudación líquida por IVA
- Cesión del 40 por ciento de la recaudación líquida por el Impuesto sobre la Cerveza, Impuesto sobre el Vino y Bebidas Fermentadas
- Cesión del 40 por ciento de la recaudación líquida por los Impuestos sobre Productos Intermedios y sobre Alcohol y Bebidas Derivadas
- Cesión del 40 por ciento de la recaudación líquida por el Impuesto sobre Hidrocarburos
- Cesión del 40 por ciento de la recaudación líquida por el Impuesto sobre Labores del Tabaco
- Cesión del 100 por ciento de la recaudación líquida por el Impuesto sobre la Electricidad
- Fondo de Suficiencia.

La sección 3ª regula la evolución de los distintos recursos del Sistema de Financiación. Queda materializada así la **suficiencia dinámica** del Sistema, que asegura en el tiempo la cobertura, en términos equivalentes, de la financiación de los servicios de las Comunidades Autónomas y Ciudades con Estatuto de Autonomía. Esta sección establece la vinculación de todos los recursos del Sistema de Financiación a la financiación de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social en el importe que resulte de aplicar, al valor en el año base de la financiación de estos servicios, el índice de crecimiento nacional.

En el Título V se regulan las **asignaciones de nivelación** en los servicios públicos fundamentales de educación y sanidad. En el caso del servicio público fundamental de sanidad queda afectado el nivel de prestación, cuando el incremento de la población protegida, debidamente ponderada en función de la edad, en la Comunidad Autónoma entre un año y el siguiente, expresado en términos porcentuales, sea superior, en más de 3 puntos,

al incremento porcentual que experimente en ese mismo período la media nacional. En concreto, se considerará que quedan afectados los niveles de prestación de los servicios públicos fundamentales de sanidad cuando los incrementos sean superiores en más de 1 punto a las medias nacionales cuando la superficie de la Comunidad Autónoma sea superior a 90.000 kilómetros cuadrados.

La Ley 21/2001 también incorpora una **garantía sanitaria** durante los tres primeros ejercicios ligada al PIB y un impuesto autonómico creado para financiar la sanidad (CUENCA & GONZÁLEZ, 2015). En concreto, la disposición transitoria segunda «Financiación de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social» establece:

1. El Estado garantiza a las Comunidades Autónomas que tengan asumida la gestión de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, que la financiación de dichos servicios en el año 2002 será, como mínimo, la obtenida en el último año del sistema vigente de financiación de los servicios de sanidad en el período 1998-2001.
2. Durante los tres primeros años del Sistema de Financiación, el Estado garantiza a las Comunidades Autónomas que tengan asumida la gestión de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, que el índice de evolución de la financiación asignada a los mismos tendrá un índice de evolución del PIB nominal a precios de mercado.

Adicionalmente, en este mismo año, la Ley 24/2001, de 27 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social estableció un **recurso financiero adicional**. En el marco del modelo de financiación de las Comunidades Autónomas se establece el nuevo impuesto sobre las Ventas Minoristas de Determinados Hidrocarburos, con la condición de impuesto estatal cedido a las Comunidades Autónomas y quedando afectada su recaudación a la cobertura de los gastos en materia de sanidad y, en su caso, de los de actuaciones medio ambientales.

Con efectos a partir del día 1 de enero de 2002, se crea un nuevo Impuesto sobre las Ventas Minoristas de Determinados Hidrocarburos¹. Los rendimientos que se deriven de dicho Impuesto quedarán afectados en su totalidad a la financiación de gastos de naturaleza

¹ Respecto a este nuevo impuesto, la sentencia del Tribunal de Justicia (Sala Tercera) de fecha 27 de febrero de 2014 (http://curia.europa.eu/juris/document/document_print.jsf?doclang=ES&text=&pageIndex=0&part=1&mode=DOC&docid=148383&occ=first&dir=&cid=863891) declara:

El artículo 3, apartado 2, de la Directiva 92/12/CEE del Consejo, de 25 de febrero de 1992, relativa al régimen general, tenencia, circulación y controles de los productos objeto de impuestos especiales, debe interpretarse en el sentido de que **se opone** a una norma nacional que establece un impuesto sobre la venta minorista de hidrocarburos, como el Impuesto sobre las Ventas Minoristas de Determinados Hidrocarburos controvertido en el litigio principal, ya que no puede considerarse que tal impuesto persiga una finalidad específica en el sentido de dicha disposición, toda vez que el mencionado impuesto, destinado a financiar el ejercicio, por parte de los entes territoriales interesados, de sus competencias en materia de sanidad y de medioambiente, no tiene por objeto, por sí mismo, garantizar la protección de la salud y del medioambiente.

sanitaria orientados por criterios objetivos fijados en el ámbito nacional. No obstante lo anterior, la parte de los recursos derivados de los tipos de gravamen autonómicos podrá dedicarse a financiar actuaciones medioambientales que también deberán orientarse por idéntico tipo de criterios.

2.2. Ley 22/2009 de financiación de las CC.AA.

La Ley 22/2009, de 18 de diciembre, 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, regulará el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía desde el 1 de enero de 2009, incluyendo la garantía de financiación de servicios públicos fundamentales, los fondos de convergencia autonómica, el establecimiento del régimen general de la cesión de tributos del Estado a las Comunidades Autónomas y los órganos de coordinación de la gestión tributaria.

Esta Ley nace con la intención de corregir algunos elementos estructurales de la anterior Ley 21/2001 junto al significativo y asimétrico aumento de la población experimentado en los años de su aplicación y la aprobación de las reformas de los Estatutos de Autonomía de seis Comunidades Autónomas.

Los **ejes básicos** de este nuevo sistema son el refuerzo de las prestaciones del Estado del Bienestar, el incremento de la equidad y la suficiencia en la financiación del conjunto de las competencias autonómicas, el aumento de la autonomía y la corresponsabilidad y la mejora de la dinámica y la estabilidad del sistema y de su capacidad de ajuste a las necesidades de los ciudadanos.

El **Estado de Bienestar** se refuerza mediante la incorporación por el Estado de recursos adicionales que se integran gradualmente en el nuevo sistema, dentro del marco de la política de estabilidad macroeconómica y presupuestaria.

El principio de **suficiencia**, por su parte, queda garantizado mediante el Fondo de Suficiencia Global, que permite asegurar la financiación de la totalidad de las competencias de las Comunidades Autónomas y Ciudades con Estatuto de Autonomía, al tiempo que se respetan los resultados del modelo actual a través de la cláusula del statu quo, de manera que ninguna pierda con el cambio de modelo.

El refuerzo de la **equidad** se instrumenta básicamente a través del nuevo Fondo de Garantía de Servicios Públicos Fundamentales, el cual garantiza que todas las Comunidades Autónomas van a recibir los mismos recursos por habitante, en términos de población ajustada o unidad de necesidad, no sólo en el primer año de aplicación, sino también en el futuro. También contribuyen a incrementar la equidad en el sistema los Fondos de Convergencia, creados mediante fondos adicionales del Estado con los objetivos de reforzar

la convergencia en financiación per cápita y la convergencia en los niveles de vida de los ciudadanos.

Los principios de **autonomía y corresponsabilidad** se refuerzan en este nuevo sistema mediante el aumento de los porcentajes de cesión de los tributos parcialmente cedidos a las Comunidades Autónomas y mediante el incremento de las competencias normativas de éstas de cara a que tengan una mayor capacidad para decidir la composición y el volumen de ingresos de que disponen.

Se mejora la **dinámica** del sistema con el objetivo de favorecer su estabilidad. Para ello, se introducen mecanismos efectivos y explícitos de ajuste de los recursos a las necesidades de los ciudadanos mediante la actualización anual de las variables que determinan la necesidad de financiación a efectos de calcular la participación en el Fondo de Garantía de cada Comunidad Autónoma, además de preverse una evaluación quinquenal de los resultados del sistema.

El Título I establece 2007 como año base para la determinación de las necesidades globales de financiación, no obstante **recursos adicionales** que se integran en el Sistema de Financiación en el año 2009 y 2010.

Para el **año 2009** la Ley distingue entre.

- A. *Recursos para refuerzo del estado de bienestar por un total de 4.900 millones de euros distribuidos de la siguiente manera.*
 - a) El 75% de estos recursos se distribuirán entre las Comunidades Autónomas de régimen común en atención al peso relativo de la variación de su población ajustada entre 1999 y 2009
 - b) El 25% restante se distribuirá entre las Comunidades Autónomas de régimen común en atención a:
 - a. El peso relativo de la población ajustada de cada Comunidad Autónoma en 2009
 - b. El peso relativo de la población potencialmente dependiente de cada Comunidad Autónoma
 - c. El peso relativo del número de personas reconocidas como dependientes con derecho a prestación, registradas en el Sistema de Información del SAAD

- B. *Otros recursos adicionales*
 - I. Recursos para las Comunidades Autónomas con dispersión superior a la media: El Estado aportará un fondo de 50 millones
 - II. Recursos para las Comunidades Autónomas con densidad poblacional inferior a la media: El Estado aportará un fondo de 50 millones

III. Recursos para las políticas de normalización lingüística: Se refuerza la financiación de estas políticas con un importe equivalente a multiplicar por 2,5 la financiación que proporcionaría el sistema regulado en la Ley 21/2001.

Para el **año 2010**, el Estado deberá incorporar a los recursos definitivos proporcionados por el sistema:

- A. Un importe de 1.200 millones de euros repartidos entre las Comunidades Autónomas de régimen común, en atención al peso relativo del número de personas reconocidas como dependientes con derecho a prestación, registradas en el SISAAD.
- B. Un importe de 1.200 millones de euros, repartidos en atención al peso relativo de la población ajustada de cada Comunidad Autónoma en 2009.

La transferencia del **Fondo de Garantía de Servicios Públicos Fundamentales** tiene por objeto asegurar que cada Comunidad Autónoma recibe los mismos recursos por habitante ajustado para financiar los servicios públicos fundamentales esenciales del Estado de Bienestar. Es un mecanismo de garantía en el cual participan todas las Comunidades Autónomas con un porcentaje de sus recursos tributarios.

El Fondo de Garantía de Servicios Públicos Fundamentales, en adelante el Fondo de Garantía, se forma en el año base con el 75% de los recursos tributarios anteriormente definidos del año 2007 que corresponden a cada Comunidad Autónoma.

Por otra parte, las Comunidades Autónomas participan en el Fondo de Garantía correspondiente al 2007, con arreglo a las siguientes variables:

- Población. La ponderación de esta variable es del 30 por ciento.
- Superficie. La ponderación de esta variable es del 1,8 por ciento.
- Dispersión. La ponderación de esta variable es del 0,6 por ciento.
- Insularidad. La ponderación de esta variable es del 0,6 por ciento.
- Población protegida equivalente distribuida en siete grupos de edad, con arreglo a la metodología descrita en el Informe del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario, publicado en septiembre de 2007. La distribución por esta variable se efectúa proporcionalmente al valor de la misma para 2007, según las estadísticas elaboradas por el Ministerio de Sanidad y Consumo. La ponderación de esta variable es del 38 por ciento.

Conforme a dicha metodología, a efectos de determinar la población protegida equivalente, la población protegida se pondera por 1,031 para niños de 0 a 4 años, por 0,433 entre 5 y 14, por 0,547 entre 15 y 44, por 0,904 entre 45 y 54, por 1,292 entre 55 y 64, por 2,175 entre 65 y 74, y finalmente por 2,759 a partir de 75 años.

- Población mayor de sesenta y cinco años. La ponderación de esta variable es del 8,5 por ciento.
- Población entre 0 y 16 años. La ponderación de esta variable es del 20,5 por ciento.

La transferencia de garantía es el saldo positivo o negativo por Comunidad Autónoma, de la diferencia entre el importe de la participación de cada Comunidad en el Fondo de Garantía para el año 2007 y el 75% de los recursos tributarios.

Además se contempla en la Ley la existencia de un **Fondo de Suficiencia Global**. El volumen de dicho Fondo para cada Comunidad Autónoma en el año base es la diferencia, positiva o negativa, entre las necesidades globales de financiación de la Comunidad Autónoma en el año base y la suma de su capacidad tributaria, más la transferencia positiva o negativa del Fondo de Garantía de Servicios Públicos Fundamentales, en el mismo año.

Nos centraremos a continuación en el contenido del Título II, pues se ocupa de la regulación detallada de los nuevos Fondos de Convergencia Autonómica: el Fondo de Competitividad y el Fondo de Cooperación. Se trata de Fondos creados con recursos adicionales del Estado y con los objetivos de aproximar las Comunidades Autónomas en términos de financiación por habitante ajustado y de favorecer el equilibrio económico territorial, contribuyendo a la igualdad y la equidad.

El **Fondo de Competitividad** tratará de reforzar la equidad y la eficiencia en la financiación de las necesidades de los ciudadanos y reducir las diferencias en financiación homogénea per cápita entre Comunidades Autónomas, al mismo tiempo que se incentiva la autonomía y la capacidad fiscal en todas y cada una de las Comunidades Autónomas y se desincentiva la competencia fiscal a la baja.

Mediante este Fondo, se pretende garantizar que aquellas Comunidades Autónomas cuyos recursos por habitante ajustado proporcionados por el nuevo modelo previos a la aplicación de este Fondo sean inferiores a la media, teniendo en cuenta la capacidad fiscal de las Comunidades Autónomas, vean incrementados dichos recursos. El Fondo de Competitividad se repartirá anualmente entre las Comunidades Autónomas de régimen común con financiación per cápita ajustada inferior a la media o a su capacidad fiscal, en función de su población ajustada relativa.

El **Fondo de Cooperación** se diseña con la intención de equilibrar y armonizar el desarrollo regional estimulando el crecimiento de la riqueza y la convergencia regional en términos de renta. Serán beneficiarias de dicho fondo aquellas Comunidades Autónomas de régimen común que cumplan alguna de las siguientes condiciones:

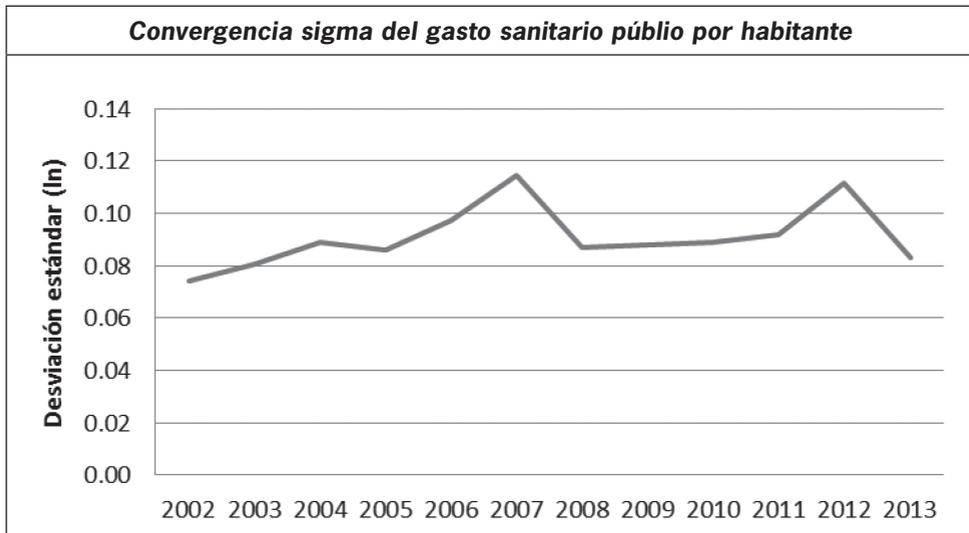
- a) Que tengan un PIB per cápita inferior al 90% de la media correspondiente a las Comunidades Autónomas de régimen común.
- b) Que tengan una densidad de población inferior al 50% de la densidad media correspondiente a las Comunidades Autónomas de régimen común.
- c) Que teniendo un crecimiento de población inferior al 90% de la media correspondiente a las Comunidades Autónomas de régimen común, tengan una densidad de población por kilómetro cuadrado inferior a la cifra resultante de multiplicar por 1,25 la densidad media de las Comunidades Autónomas de régimen común.

El importe inicial del fondo asciende a 1.200 millones de euros.

Los recursos del Fondo de Cooperación se distribuirán en dos subfondos:

- Subfondo 1: estará dotado con dos tercios del Fondo de Cooperación, se repartirá entre todas las Comunidades Autónomas beneficiarias, en atención a su población relativa ponderada por la distancia del PIB per cápita de cada Comunidad Autónoma respecto a la media.
- Subfondo 2: dotado con un tercio del Fondo de Cooperación, se distribuirá entre las Comunidades Autónomas que tienen un crecimiento de población inferior al 50% de la media correspondiente a las Comunidades Autónomas de régimen común.

Sin embargo, no hay evidencia del proceso de convergencia en el gasto en términos per capita entre las Comunidades Autónomas. Al contrario, el indicador de convergencia sigma² ofrece una evolución creciente en el periodo 2002-2013.



Fuente: INCLASNS (07/12/2015 20:29). Elaboración propia.

Finalmente, la disposición transitoria tercera deja sin efecto las medidas derivadas de la II Conferencia de Presidentes, relativas a las dotaciones complementarias para la financiación

² En la literatura reciente la reducción progresiva de las disparidades regionales en renta por habitante a lo largo del tiempo se conoce como convergencia sigma. Este concepto de convergencia se mide normalmente examinando la evolución de distintas medidas estadísticas de dispersión referidas a alguna variable que se considere un buen indicador de la renta por habitante. En este caso se calcula como la desviación estándar del logaritmo neperiano de los valores de la variable (gasto sanitario público por habitante protegido) en cada año del periodo estudiado.

Existe sigma-convergencia si la dispersión y las desigualdades entre CC.AA. baja con el tiempo. Para que haya sigma-convergencia es necesario que haya beta-convergencia, es decir, para que haya convergencia del tipo que sea es necesario que las regiones de mayor gasto per capita crezcan más que las que tienen menos gasto. Pero para que haya sigma-convergencia es necesario además que los «otros factores» no actúen en sentido contrario.

de la asistencia sanitaria y de compensación de Insularidad (Medida 1, apartados 2 y 3) así como el Fondo Presupuestario que instrumenta la actual Garantía de Asistencia Sanitaria (medida 1, apartado 5).

En relación con el Impuesto sobre las Ventas Minoristas de Determinados Hidrocarburos, la disposición transitoria séptima indica que las devoluciones de ingresos realizadas de dicho impuesto con posterioridad a su derogación corresponderán a las Comunidades Autónomas en los términos previstos con anterioridad a dicha derogación. Para hacer efectivo lo anterior el Estado podrá realizar los descuentos necesarios en cualquiera de los pagos derivados de la aplicación del sistema de financiación. No obstante lo anterior, corresponderán al Estado las devoluciones de ingresos del Impuesto sobre las Ventas Minoristas de Determinados Hidrocarburos correspondientes al territorio común, que se deriven de la ejecución de la Sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea, asunto C-82/12, de 27 de febrero de 2014, con independencia del momento en que haya tenido lugar la devolución.

De acuerdo con la disposición derogatoria, desde el 1 de enero de 2010 queda derogado el artículo primero del Real Decreto-Ley 12/2005, de 16 de septiembre, por el que se aprueban determinadas medidas urgentes en materia de financiación sanitaria³.

3. EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO, ESPAÑA Y ANDALUCÍA.

Tal como plantean Cuenca y González, ingresos y gastos son dos caras de la misma moneda cuya determinación no debería realizarse de forma aislada. El ejemplo de la sanidad

³ Preámbulo: El derecho a una asistencia sanitaria de calidad constituye uno de los pilares del Estado de bienestar con el que el Gobierno se encuentra firmemente comprometido.

Respecto a dicha asistencia se vienen apreciando insuficiencias en su financiación que conducen a la necesidad de adoptar medidas urgentes en este momento si no se quiere que el servicio prestado a los ciudadanos pudiera resentirse de forma apreciable en el futuro inmediato.

Aunque no cabe duda alguna de que las prestaciones sanitarias son competencia de las comunidades autónomas –cuyos medios se encuentran, además, salvo supuestos muy concretos, totalmente transferidos–, el Gobierno, precisamente por ese compromiso al que antes se hacía referencia, ha decidido incluir en su política económica medidas para reforzar la financiación sanitaria.

Así, el Presidente del Gobierno presentó ante la II Conferencia de Presidentes de las Comunidades Autónomas una serie de medidas que resultaron aprobadas. Del mismo modo, el subsiguiente Consejo de Política Fiscal y Financiera de las Comunidades Autónomas, celebrado el 13 de septiembre de 2005, aprobó el detalle de dichas medidas, con la especificación del reparto entre comunidades autónomas hasta el grado en que la naturaleza de cada una de ellas lo permitía.

La propuesta del Gobierno se configura como una medida de política económica, urgente y añadida al sistema vigente de financiación autonómica. No se pretende ahora alterar este sistema (salvo en los retoques técnicos que pudieran resultar imprescindibles), pues ello exigiría un proceso temporal largo –para su estudio y la aglutinación de los necesarios acuerdos– que sería incompatible con la actuación rápida que se demanda y se pretende satisfacer. La implementación de estos acuerdos exige, por su diversa naturaleza, distintos instrumentos jurídicos que se deben llevar a efecto de la manera más urgente posible, dada la necesidad antes expuesta.

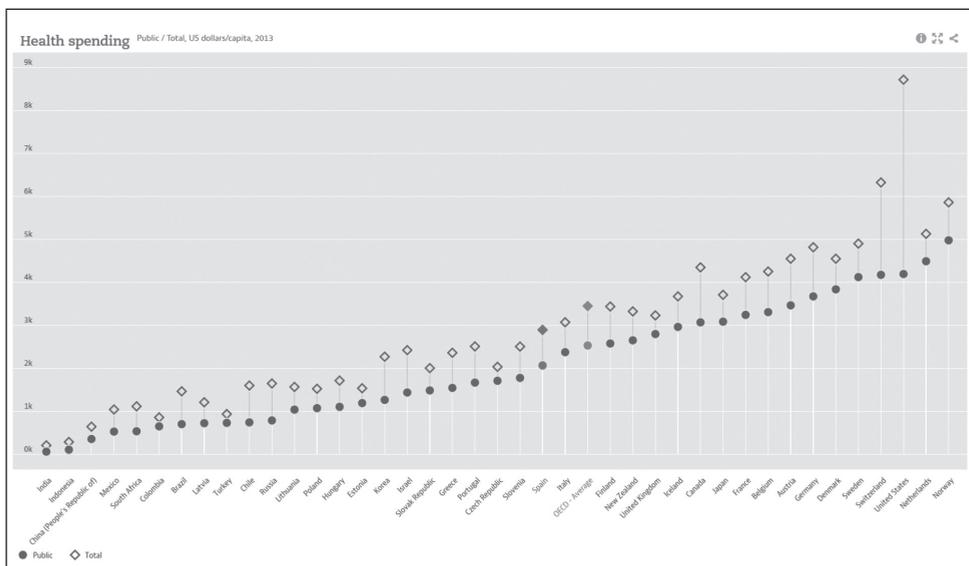
Y como uno de esos instrumentos, a través de este real decreto-ley, se da cumplimiento a dos de esas medidas –la autorización de anticipos de tesorería y la subida de determinados impuestos especiales– que exigen norma con rango de ley para su puesta en práctica así como una actuación especialmente rápida dada su naturaleza.

pone de manifiesto que una parte considerable del gasto sanitario de las comunidades autónomas viene condicionada por decisiones del Gobierno central, limitando de este modo la autonomía de las mismas (CUENCA & GONZÁLEZ, 2015).

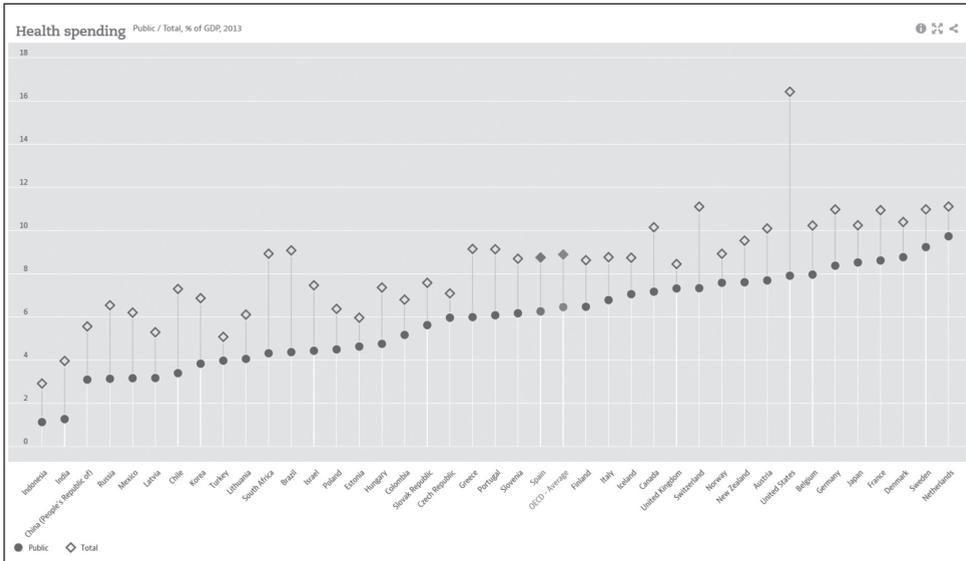
La sanidad constituye, por su volumen de gasto, la primera de las funciones atribuidas a las Administraciones regionales en España. En consecuencia, el proceso de consolidación fiscal por el lado del gasto durante los últimos años ha afectado de manera singular, en este nivel intermedio de gobierno, a las prestaciones y servicios de la sanidad pública. En el cuatrienio 2010-2013, el esfuerzo de reducción del gasto alcanzó un 12% del existente en 2009, año en el que se había situado su máximo histórico. Sin embargo, ni todas las comunidades autónomas, ni todos los servicios, ni todos los capítulos de gasto se han visto igualmente afectados.

La disminución del gasto sanitario ha pivotado, en síntesis, sobre cuatro vectores: las reducciones salariales, la caída de efectivos en las categorías profesionales inferiores, los recortes en el precio de los medicamentos y la práctica eliminación de las inversiones. En términos generales, las comunidades autónomas con mayores problemas de déficit tuvieron que realizar ajustes más severos en sus servicios sanitarios: Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, Cataluña o Andalucía aparecen así con reducciones importantes en la mayoría de indicadores manejados en este trabajo. En cambio, País Vasco, Madrid, Castilla y León o Galicia presentan ajustes mucho más suaves. (Bandrés & González, 2015).

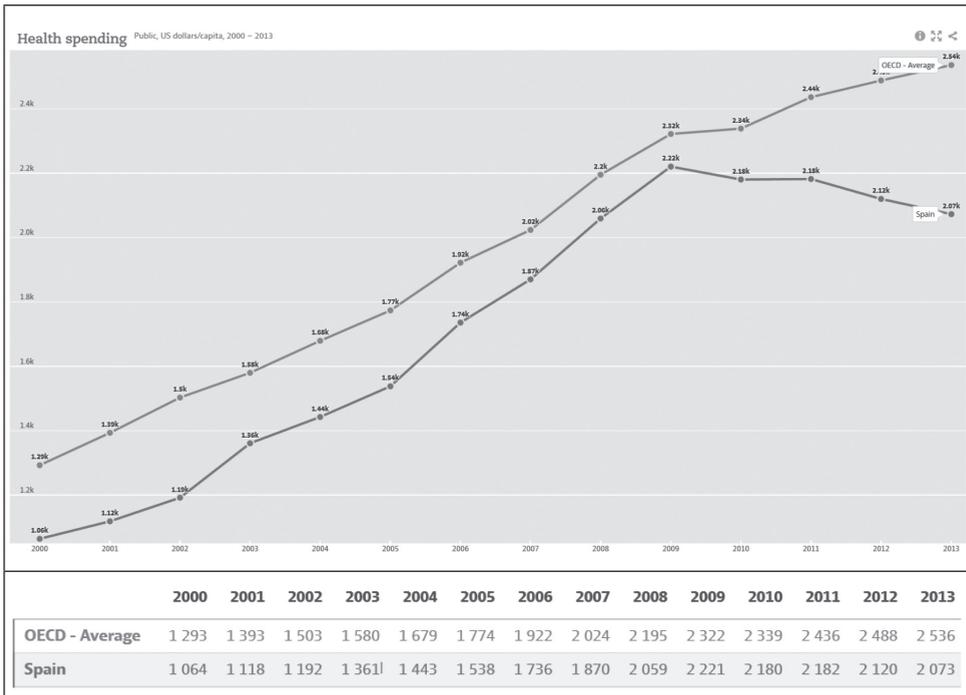
No obstante, el nivel del gasto sanitario en España no se separa de los patrones seguidos por el resto de países de la OCDE, tanto en términos de gasto per cápita como en porcentaje del PIB, las cifras españolas quedan por debajo de la media de los países de la OCDE.



Fuente. OECD (2015), Health spending (indicator). doi: 10.1787/8643de7e-en (Accessed on 08 December 2015)

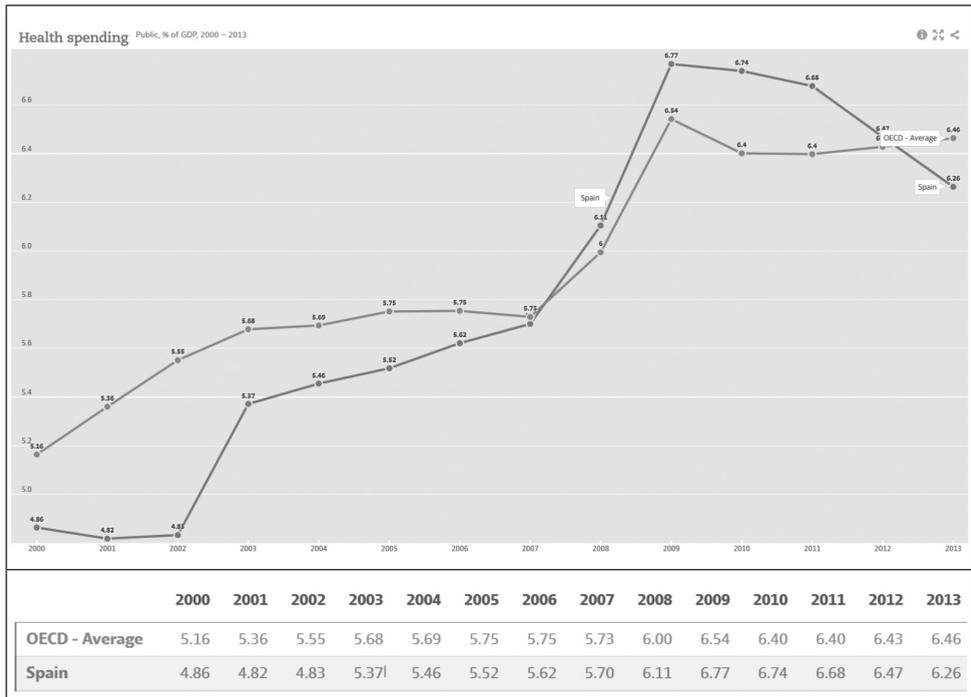


Fuente. OECD (2015), Health spending (indicator). doi: 10.1787/8643de7e-en (Accessed on 08 December 2015)



Fuente. OECD (2015), Health spending (indicator). doi: 10.1787/8643de7e-en (Accessed on 08 December 2015)

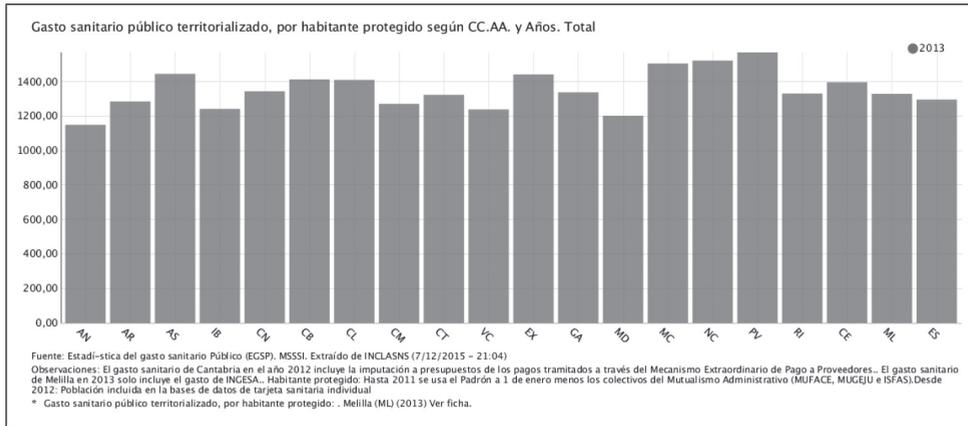
Tampoco en la evolución temporal del gasto se observa una evolución singular de la serie de gasto público en España. Desde 2003, en términos de gasto per cápita, se observa una convergencia progresiva hacia los valores promedios de la OCDE. Dicho proceso de convergencia se ve interrumpido en 2009, año en el que el gasto sanitario público español comienza a disminuir frente a una tendencia continuista al alza en el promedio de los países de la OCDE. En 2013 la brecha que separa ambas series es la mayor que se observa desde comienzos de siglo.



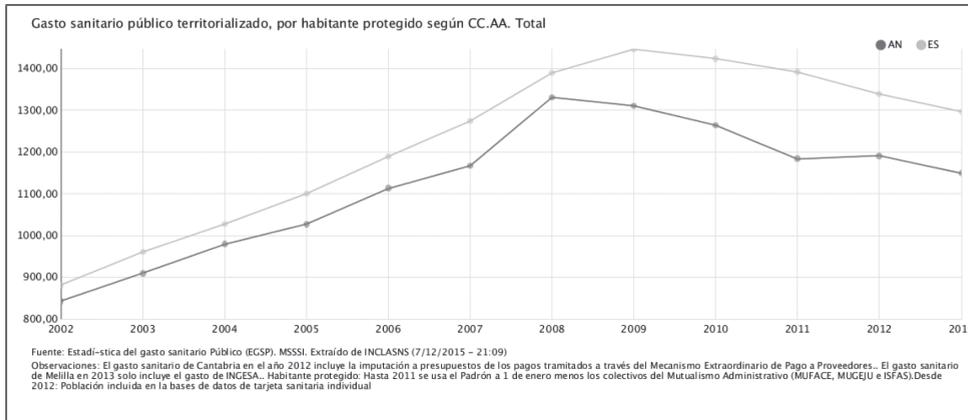
Fuente. OECD (2015), Health spending (indicator). doi: 10.1787/8643de7e-en (Accessed on 08 December 2015)

Sin embargo, en términos relativos respecto al PIB, el gasto sanitario público español había superado las cifras promedio de la OCDE a partir de 2008. El proceso de ajuste durante la crisis ha vuelto a situar el porcentaje del PIB dedicado a gasto público sanitario en niveles inferiores al promedio de los países de la OCDE.

En cuanto al panorama regional, el gasto sanitario público por habitante nos ofrece en 2013 un escenario bastante heterogéneo con niveles de gasto muy dispares entre las CC.AA.



Además, la distancia en el gasto público por habitante con el promedio nacional se ha ido acrecentando en los últimos años de crisis económica:



Gasto sanitario público territorializado, por habitante protegido

CC.AA.	Años												
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
Andalucía (AN)	842.98	909.37	979.70	1.026.96	1.113.45	1.167.27	1.330.60	1.310.47	1.264.76	1.184.14	1.190.69	1.149.70	
Aragón (AR)	954.57	1.068.90	1.168.02	1.209.21	1.320.55	1.420.10	1.512.09	1.610.84	1.562.37	1.609.50	1.549.69	1.285.36	
Asturias, Principado de (AS)	946.30	1.061.39	1.136.45	1.204.54	1.283.98	1.366.72	1.481.27	1.661.83	1.589.74	1.641.19	1.562.16	1.445.51	
Baleares, Illes (IB)	790.09	882.23	956.71	1.129.19	1.118.12	1.216.35	1.265.26	1.345.05	1.567.81	1.468.09	1.269.97	1.242.32	
Canarias (CN)	911.22	1.001.48	1.046.96	1.153.18	1.227.17	1.311.10	1.446.29	1.494.27	1.418.35	1.354.67	1.300.45	1.344.58	
Cantabria (CB)	1.015.30	1.162.94	1.243.24	1.330.70	1.402.78	1.496.35	1.378.09	1.429.05	1.501.03	1.341.19	1.841.87	1.413.40	
Castilla y León (CL)	897.67	1.029.08	1.093.41	1.178.34	1.341.83	1.297.79	1.510.26	1.472.07	1.505.58	1.387.27	1.436.90	1.410.37	
Castilla - La Mancha (CM)	879.22	936.40	922.76	1.156.68	1.287.21	1.343.46	1.471.93	1.592.73	1.593.46	1.512.34	1.303.46	1.271.53	
Cataluña (CT)	881.63	969.74	1.001.74	1.059.94	1.169.82	1.283.58	1.380.44	1.449.49	1.465.48	1.380.93	1.354.26	1.323.79	
Comunitat Valenciana (VC)	845.84	934.18	989.86	1.066.20	1.112.91	1.195.68	1.273.01	1.353.29	1.380.84	1.361.70	1.321.64	1.239.07	
Extremadura (EX)	969.32	1.072.87	1.135.91	1.214.66	1.332.33	1.498.71	1.616.04	1.694.99	1.666.54	1.625.03	1.440.91	1.442.37	
Galicia (GA)	903.83	982.68	1.089.57	1.123.49	1.231.88	1.315.55	1.442.11	1.534.40	1.482.32	1.379.87	1.310.14	1.338.30	
Madrid, Comunidad de (MD)	830.54	870.66	980.07	1.026.24	1.092.25	1.187.75	1.260.95	1.335.03	1.207.13	1.371.83	1.234.57	1.202.47	
Murcia, Región de (MC)	881.55	973.63	1.060.95	1.142.29	1.217.93	1.326.09	1.581.62	1.646.20	1.613.32	1.622.13	1.528.21	1.505.74	
Navarra, C. Foral de (NC)	1.013.98	1.088.91	1.166.99	1.204.47	1.285.45	1.399.86	1.513.68	1.633.59	1.606.16	1.576.06	1.650.78	1.522.57	
País Vasco (PV)	976.35	1.048.41	1.117.57	1.218.44	1.293.45	1.440.20	1.579.69	1.692.06	1.687.53	1.661.47	1.561.50	1.570.41	
La Rioja (RI)	913.32	997.86	1.115.89	1.233.94	1.557.40	1.883.52	1.548.71	1.514.99	1.516.94	1.490.10	1.342.34	1.331.31	
Ceuta (CE)	908.75	1.019.49	1.123.92	1.185.65	1.246.99	1.310.23	1.516.11	1.565.17	1.567.79	1.550.41	1.408.15	1.396.96	
Melilla (ML)	1.048.77	1.131.34	1.278.26	1.464.77	1.497.18	1.593.58	1.730.41	1.723.66	1.644.03	1.574.08	1.543.75	1.329.77	

Observaciones: Extraído de INCLASNS (07/12/2015 20:29)

Andalucía se sitúa en 2013 como la CCAA con menor gasto sanitario público por habitante. En 2013 el gasto en Andalucía se sitúa en el 73% de la CCAA con mayor gasto, el País Vasco. En 2002, Andalucía era también una de las CCAA con menor gasto y la distancia hasta la de mayor gasto (Melilla) rondaba los 20 puntos porcentuales.

La conclusión que podemos extraer apunta a la falta de convergencia del gasto sanitario andaluz durante una década en la que se han producido varios cambios normativos en el sistema de financiación de las CCAA con un objetivo explícito de búsqueda de la convergencia en la financiación regional de los gastos relacionados con el Estado del Bienestar.

4. LOS DERECHOS ECONÓMICOS GENERADOS POR LA PROPIA ADMINISTRACIÓN SANITARIA

Como se comentó en la Introducción a este capítulo, la **LEY 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía** en el artículo 80 del Título IX delimita las **fuentes de financiación** del Sistema Sanitario Público de Andalucía. En el apartado d) señala como una de las fuentes de financiación del Sistema Sanitario Público de Andalucía:

«Los ingresos ordinarios y extraordinarios que se esté autorizado a percibir, a tenor de las disposiciones vigentes, de los convenios interadministrativos que pudieran suscribirse para la atención sanitaria prestada a los españoles y extranjeros no residentes en Andalucía que tengan establecida su residencia en el territorio nacional, con el alcance determinado por la legislación estatal, así como cualquier otro recurso que pudiese ser atribuido o asignado».

Dichos ingresos se materializan bajo de forma legal de tasas y precios públicos. En el ámbito de la administración sanitaria, los precios públicos recogen el volumen más importante de ingresos, y se derivan en su mayoría de la asistencia sanitaria prestada a personas que no gozan de la condición de asegurado o bien cuando exista un tercero obligado al pago.

Para el año 2015 la Ley de Presupuestos de la Comunidad Autónoma de Andalucía prevé para el Servicio Andaluz de Salud unos ingresos de más de 102 millones de euros, según el siguiente detalle:

PRESUPUESTO DE LA COMUNIDAD AUTONOMA DE ANDALUCIA 2015			
ESTADO DE INGRESOS			
SECCIÓN: SERVICIO ANDALUZ DE SALUD			
APLIC. ECON.	EXPLICACIÓN	TOTAL CONCEPTO	TOTALES
A) OPERACIONES CORRIENTES			
CAPÍTULO 3.- TASAS, PRECIOS PUBLICOS Y OTROS INGRESOS			
ARTÍCULO 30. TASAS			
302	TASAS AG.ADM.Y AG.REG.ESPECIAL		
.02	INSP.Y CONTR.SANIT.ANIM.Y PROD POR INSPECCIONES Y CONTROL SANITARIO DE ANIMALES Y SUS PRODUCTOS	2.385.677	
.04	SERVICIOS SANITARIOS	347.631	2.733.308
ARTÍCULO 31. PRECIOS PUBLICOS			
311	PREC.PUBL.AG.ADM.Y AG.REG.ESP.		
.01	ENTREGA BIENES:PUBL.IMPRESOS ENTREGA DE BIENES: PUBLICACIONES,IMPRESOS Y VENTA DE BIENES	22.579	
.14	ASIST. SANIT.ACC. DE TRAFICO ASISTENCIA SANITARIA ACCIDENTES DE TRAFICO	33.639.605	
.18	ASIST. SANIT.ACC. DE TRABAJO ASISTENCIA SANITARIA ACCIDENTES DE TRABAJO	6.786.922	
.19	ASIST.SANIT.COLECT.MUTUA.Y EMP ASISTENCIA SANITARIA COLECTIV. PROTEGIDOS MUTUALID. Y EMPRES. COLABOR.	27.012.210	
.20	ASIST.SANITARIA PARTIC.Y OTROS ASISTENCIA SANITARIA PARTICULARES Y OTROS	29.367.363	96.828.679
ARTÍCULO 39. OTROS INGRESOS			
399	INGRESOS DIVERSOS		
.00	RECURSOS EVENTUALES	3.142.128	3.142.128
TOTAL CAPÍTULO 3			102.704.115

El artículo 83 de la **Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad** indica que los ingresos procedentes de la asistencia sanitaria en los supuestos de seguros obligatorios especiales y en todos aquellos supuestos, asegurados o no, en que aparezca un tercero obligado al pago, tendrán la condición de ingresos propios del Servicio de Salud correspondiente. Los gastos inherentes a la prestación de tales servicios no se financiarán con los ingresos de la Seguridad Social. En ningún caso estos ingresos podrán revertir en aquellos que intervinieron en la atención a estos pacientes.

A estos efectos, las Administraciones Públicas que hubieran atendido sanitariamente a los usuarios en tales supuestos tendrán derecho a reclamar del tercero responsable el coste de los servicios prestados. La facturación por la atención de estos pacientes será efectuada por las respectivas, administraciones de los Centros, tomando como base los costes efectivos. Estos ingresos tendrán la condición de propios de los Servicios de Salud.

La **Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud**, en su artículo 3, sobre la condición de asegurado, establece que aquellas personas que no tengan la condición de asegurado o de beneficiario del mismo podrán obtener la

prestación de asistencia sanitaria mediante el pago de la correspondiente contraprestación o cuota derivada de la suscripción de un convenio especial.

Por otra parte, en el artículo 10 sobre la financiación, indica que las prestaciones sanitarias son responsabilidad financiera de las comunidades autónomas de conformidad con los acuerdos de transferencias y el actual sistema de financiación autonómica, sin perjuicio de la existencia de un tercero obligado al pago.

En el mismo sentido **Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud** y el procedimiento para su actualización (BOE núm. 222, de 16 de septiembre de 2006), indica que Las prestaciones, cuya cartera de servicios se establece en los anexos I, II, III, IV, V, VI, VII y VIII, se financiarán por las comunidades autónomas de conformidad con los acuerdos de transferencias y el sistema de financiación autonómica vigente, sin perjuicio de la existencia de un tercero obligado al pago.

Continúa matizando que conforme a lo señalado en el artículo 83 de la Ley General de Sanidad, en la disposición adicional 22 del texto refundido de la Ley General de Seguridad Social, aprobado por Real Decreto legislativo 1/1994, de 20 de junio, y demás disposiciones que resulten de aplicación, los servicios de salud reclamarán a los terceros obligados al pago el importe de las atenciones o prestaciones sanitarias facilitadas directamente a las personas, de acuerdo con lo especificado en el anexo IX.

Finalmente, el mencionado anexo IX, aporta la **definición** en detalle en cuanto a la Asistencia sanitaria cuyo importe ha de reclamarse a los terceros obligados al pago y que, por lo tanto, constituye el objeto de la facturación a terceros. Señala dicho anexo que los servicios públicos de salud reclamarán a los terceros obligados al pago el importe de las atenciones o prestaciones sanitarias facilitadas directamente a las personas, incluido el transporte sanitario, la atención de urgencia, la atención especializada, la atención primaria, la prestación farmacéutica, la prestación ortoprotésica, las prestaciones con productos dietéticos y la rehabilitación, en los siguientes supuestos:

1. Asegurados o beneficiarios del sistema de Seguridad Social pertenecientes a la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, Mutualidad General Judicial o al Instituto Social de las Fuerzas Armadas, que no hayan sido adscritos, a través del procedimiento establecido, a recibir asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud.
2. Asegurados o beneficiarios de empresas colaboradoras en la asistencia sanitaria del sistema de Seguridad Social, en aquellas prestaciones cuya atención corresponda a la empresa colaboradora conforme al convenio o concierto suscrito.
3. Accidentes de trabajo o enfermedades profesionales a cargo de las Mutuas de Accidentes de Trabajo⁴, del Instituto Nacional de la Seguridad Social o del Instituto Social de la Marina.

⁴ NOTA: de conformidad con lo establecido en la D.A. primera de la Ley 35/2014, de 26 de diciembre, las referencias a las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, se entenderán hechas a las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social.

4. Seguros obligatorios:

- a) Seguro obligatorio de los deportistas federados y profesionales.
- b) Seguro obligatorio de vehículos de motor.
- c) Seguro obligatorio de viajeros.
- d) Seguro obligatorio de caza.
- e) Cualquier otro seguro obligatorio.

5. Convenios o conciertos con otros organismos o entidades.

Se reclamará el importe de la asistencia prestada, de acuerdo con los términos del convenio o concierto correspondiente.

6. Ciudadanos extranjeros:

- a) Asegurados o beneficiarios en un Estado miembro de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo y Suiza, no residentes en España, en los supuestos y condiciones establecidos en los Reglamentos Comunitarios en materia de Seguridad Social.
- b) Asegurados o beneficiarios de otros países extranjeros, no residentes en España, en los supuestos y condiciones establecidos en los convenios bilaterales en materia de Seguridad Social suscritos por España.

7. Otros obligados al pago.

- a) Accidentes acaecidos con ocasión de eventos festivos, actividades recreativas y espectáculos públicos en caso de que se haya suscrito contrato de seguro de accidentes o de responsabilidad civil que cubra las contingencias derivadas de estas actividades.
- b) Seguro escolar.
- c) Cualquier otro supuesto en que, en virtud de normas legales o reglamentarias, el importe de las atenciones o prestaciones sanitarias deba ser a cargo de las entidades o terceros correspondientes.

Desde la perspectiva de la contabilidad pública, según **el Texto Refundido de la Ley General de la Hacienda Pública de la Junta de Andalucía** (Decreto Legislativo 1/2010, de 2 de marzo - BOJA núm. 53, de 18 de marzo)(TRLGHPJA), la Hacienda de la Junta de Andalucía está constituida por el conjunto de derechos y de obligaciones de contenido económico, cuya titularidad corresponde a la Administración de la Junta de Andalucía, a sus agencias administrativas y a sus instituciones (Art. 6).

Los derechos liquidados y las obligaciones reconocidas se aplicarán al Presupuesto por su importe íntegro, quedando prohibido atender obligaciones mediante minoración de los derechos liquidados o ya ingresados. Se exceptúan de lo anterior las devoluciones de ingresos que se declaren indebidos por el Tribunal o autoridad competente.

Así pues, la gestión y recaudación de las tasas y precios públicos en la administración sanitaria están reguladas por la norma general que regula el conjunto de derechos de contenido económico cuya titularidad corresponde a la Junta de Andalucía.

En cuanto a la distinción entre tasas y precios públicos cabe señalar que la **Ley 4/1988, de 5 de julio, de Tasas y Precios Públicos de la Comunidad Autónoma de Andalucía** establece que las **tasas** de la Comunidad Autónoma de Andalucía son las establecidas por Ley de su Parlamento o transferidas por el Estado o los Entes Locales, cuyo hecho imponible consista en la utilización del dominio público de dicha Comunidad Autónoma, en la prestación de un servicio público o en la realización de una actividad por la Administración Autonómica o por alguno de los Entes relacionados en el artículo 3 de dicha Ley, que se refiera, afecte o beneficie de un modo particular o individual al sujeto pasivo, siempre que la prestación o la actividad no pueda ser realizada por el sector privado, ya sea por su propia naturaleza o por disposición legal.

Son **precios públicos** de la Comunidad Autónoma de Andalucía las contraprestaciones pecuniarias recibidas por los Entes relacionados en el artículo 3.º de la Ley por razón de:

- a) Entrega de bienes corrientes.
- b) Operaciones comerciales, industriales o análogas.
- c) Prestación de servicios públicos o realización de actividades administrativas individualizables, que sean susceptibles de ser prestados o realizadas concurrentemente por el sector privado. Cuando los servicios o actividades no sean susceptibles de ser prestados o realizadas concurrentemente por el sector privado, sus contraprestaciones pecuniarias tendrán el carácter de precio público si, atendidas las características del servicio o actividad y las condiciones que concurren en su demanda, puede estimarse que la contraprestación se satisface voluntariamente. La voluntariedad en estos casos viene determinada principalmente por la posibilidad del interesado de utilizar otros medios para la consecución del servicio o actividad de que se trate.

De acuerdo con lo anterior, la **ORDEN de la Consejería de Salud de 14 de octubre de 2005**, fija los precios públicos de los servicios sanitarios prestados por Centros dependientes del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Los precios públicos de los servicios sanitarios prestados en centros dependientes del Servicio Andaluz de Salud, en las empresas públicas Hospital Costa del Sol, Hospital de Poniente de Almería, Hospital Alto Guadalquivir, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES) y por el resto de empresas de la Junta de Andalucía que se creen adscritas a la Consejería de Salud, así como por las prestaciones realizadas por los Centros de Transfusión y Bancos Sectoriales de Tejidos, quedan fijados en los Anexos I, II, III, y IV de la citada Orden, de acuerdo con el siguiente detalle:

Anexo I: Servicios Sanitarios prestados en Centros de Atención Primaria.

Anexo II: Transporte sanitario.

Anexo III: Servicios Sanitarios prestados en Centros Hospitalarios.

Anexo IV: Servicios Sanitarios prestados en Centros de Transfusión Sanguínea, Bancos de Sangre y Bancos de Tejidos.

Recientemente, la **Orden de 18 de noviembre de 2015, de la Consejería de Salud**, ha modificado la Orden de 14 de octubre de 2005, por la que se fijan los precios públicos de los servicios sanitarios prestados por centros dependientes del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Cabe destacar que la liquidación de los precios públicos derivados de episodios de facturación hospitalización se realizará de acuerdo con el sistema de clasificación de Grupos de Diagnósticos Relacionados (GDR). Solo en los casos en que el episodio de hospitalización no se encuentre incluido en a dicha clasificación se utilizará como base la tarifa establecida para el coste de la estancia.

Los precios públicos reflejados en los Anexos I, II, III y IV están expresados en euros e incluyen el Impuesto sobre el Valor Añadido (IVA) en aquellos supuestos que estén sujetos al impuesto y no gocen de exención.

Las cuantías de los precios públicos reflejados en los Anexos I, II, III y IV se aplican en las liquidaciones de derechos públicos por los servicios sanitarios prestados a personas sin derecho a la asistencia sanitaria de los Servicios de Salud, o en los supuestos de seguros obligatorios especiales y en todos aquellos supuestos, asegurados o no, en los que exista un tercero obligado al pago.

La liquidación por los servicios prestados se realizan, en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud, a través del Sistema Unificado de Recursos de la Junta de Andalucía, mediante el Modelo de Liquidación «047».

5. EL IMPACTO DE LA CRISIS ECONÓMICA EN LA FINANCIACIÓN AUTONÓMICA Y SANITARIA

Una de las expresiones legislativas relativas al impacto de la crisis económico-financiera sobre el Sistema Nacional de Salud lo encontramos en **Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud** y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

Aunque este RD está orientado principalmente a la vertiente del gasto sanitario, con la idea de garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, también incorpora algunos elementos novedosos en el ámbito de la financiación.

Al objeto de garantizar la sostenibilidad de un modelo que garantiza la protección de la salud y se sustenta con base en la financiación pública, la universalidad y la gratuidad de los servicios sanitarios, el RDL 16/2012 considera necesarias reformas que permitan reforzar la sostenibilidad, mejorar la eficiencia en la gestión, promover el ahorro y las economías de escala, introducir nuevas herramientas a través de las nuevas tecnologías, ganar en cohesión territorial, coordinar los servicios sanitarios y los sociales y, sobre todo,

garantizar la igualdad de trato en todo el territorio nacional con una cartera básica de servicios comunes.

Entre las medidas más destacadas cabe destacar la regulación de la condición de asegurado, una nueva categorización de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, y la creación de un Fondo de Garantía Asistencial, configurado como una partida específica de compensación para la garantía asistencial. El real decreto-ley incorpora determinadas medidas relacionadas con la prestación farmacéutica, regulación de aspectos vinculados a las categorías profesionales, los criterios generales reguladores del sistema retributivo o de la acción social; asimismo se incorporan medidas de eficiencia para afrontar los problemas de suficiencia financiera, posibilitando la adopción de estrategias de gestión centralizada de suministros que pongan en valor una relación de volumen-precio en la adquisición de productos, materiales y equipamientos de forma coordinada en el Sistema Nacional de Salud. También impulsa la adopción de medidas de esfuerzo en el ahorro energético, relacionadas no sólo con la eficiencia sino también con el compromiso en el ámbito de la responsabilidad social corporativa exigible a la mayor empresa pública del país.

Desde la perspectiva de la financiación, se crea el **Fondo de Garantía Asistencial**, con carácter extrapresupuestario, con el objeto de garantizar la cohesión y equidad en el Sistema Nacional de Salud, mediante la cobertura de los desplazamientos entre comunidades autónomas y ciudades de Ceuta y Melilla de personas que gozan de la condición de asegurado o de beneficiario del mismo en el Sistema Nacional de Salud.

El Fondo de Garantía Asistencial estará destinado a la compensación entre las comunidades autónomas y ciudades de Ceuta y Melilla por las actuaciones que sus servicios de salud realicen en el marco de la aplicación de la cartera común básica de servicios asistenciales y de la suplementaria a las personas que gocen de la condición de asegurado o de beneficiario del mismo en el Sistema Nacional de Salud en sus desplazamientos temporales.

Con el fin de realizar una adecuada gestión y seguimiento del Fondo de Garantía Asistencial, se procederá a establecer los mecanismos de reconocimiento de estas personas en el sistema de información de tarjeta sanitaria individual del Sistema Nacional de Salud.

La determinación del importe a liquidar a cada servicio de salud se establecerá mediante disposición reglamentaria al efecto.

El importe de las cuantías a liquidar vendrá determinado por las siguientes modalidades de desplazamiento:

- a) Desplazamiento de corta duración (inferior a un mes), que se abonarán siguiendo las tarifas nacionales que se establezcan en concepto de atención sanitaria de atención primaria, incluyendo la prestación por cartera suplementaria que corresponda.

b) Desplazamientos de larga duración (igual o superior a un mes), que se abonarán de acuerdo a la cápita mensual utilizada para los cálculos estadísticos de contabilidad sanitaria del sistema de cuentas de salud, con dos posibilidades de aplicación:

1. Para la cartera común básica de servicios asistenciales completa.
2. Para la cartera común básica de servicios asistenciales parcial, referida a asistencia en nivel primario o especializado.

Los efectos del RDL 16/2012 se dejaron notar este mismo año en las Administraciones Autonómicas. En el ámbito de la **Junta de Andalucía**, la reducción de las transferencias estatales finalistas desde la Administración General del Estado relacionadas con el ámbito sanitario y de servicios a la dependencia en 2012 rondaron los 25 millones de euros. El documento **Actualización del Plan Económico-Financiero de Reequilibrio de la Junta de Andalucía 2012-2014** (PEF), edición Mayo 2012, señala el detalle de las partidas afectadas por la reducción de las transferencias finalistas procedentes de los Presupuestos Generales del Estado en 2012.

DETALLE DE LAS PARTIDAS AFECTADAS POR LA REDUCCIÓN DE LAS TRANSFERENCIAS FINALISTAS PROCEDENTES DE LOS PRESUPUESTOS GENERALES DEL ESTADO	Cuantificación del impacto estimado de la medida en 2012 (euros)
Prevención y Prom. Enfermedades Emergencias. Reem	257,938
Plan Nacional Sida	449,262
Muface Inspección Sanitaria	59,913
Terapias Avanzadas	1,653,449
Seguridad Pacientes y Sanitarios	533,429
Sistema de Información Sanitaria	441,227
Convenio Farmacovigilancia	31,415
Atención Perinatal	536,054
Estrategias de salud	1,240,087
Salud Bucodental infantil	984,721
Programa desarrollo rural sostenible-Salud	1,265,588
Programas Servicio Andaluz de Salud	8,536,762
Programa Plan Nacional sobre droga	1,769,188
Mantenimiento servicios sociales comunitarios	7,186,234
	24,945,267

Fuente: Plan Económico-Financiero de Andalucía 2012-2014

En dicho documento se describen asimismo las **medidas específicas en el ámbito del gasto sanitario**, además de las medidas generales adoptadas de forma generalizada para todo el sector público andaluz.

El PEF indica que por su dimensión, el gasto sanitario ha constituido tradicionalmente un objetivo prioritario para la Comunidad Autónoma en el estudio e implantación de fórmulas que permitieran maximizar el volumen y la calidad de los servicios y prestaciones con las asignaciones presupuestarias disponibles. Esta permanente búsqueda de mayor eficiencia se ha traducido, entre otros indicadores, en un gasto por persona en el que Andalucía ocupa el lugar 14 de las 17 Comunidades Autónomas (dato de 2011) con una variación media durante el período 2003-2009 que es 0,90 puntos inferior a la registrada por el Sistema Nacional de Salud.

En 2013 el gasto sanitario público por habitante en Andalucía continuaba situado en el puesto más bajo del conjunto nacional.

La estrategia seguida se ha basado en lograr la implicación de los profesionales clínicos y no clínicos, en la mejora de la coordinación real y efectiva entre unidades, centros y dirección, en la apuesta decidida por el empleo de las nuevas tecnologías y en la implantación de iniciativas, en muchos casos, pioneras dentro del Sistema Nacional de Salud.

Esta trayectoria ha dado lugar a que buena parte de las medidas de mejora de la eficiencia que han sido promovidas por la Administración General del Estado ya estén en aplicación en Andalucía con carácter previo a su uso generalizado por el resto de Comunidades Autónomas. Esta circunstancia tiene lugar con la aprobación del reciente Real Decreto-ley 16/2012 de 20 de abril donde se establecen algunas medidas, como la implantación de plataformas de compras centralizadas o el desarrollo de la e-salud, que ya están en plena aplicación en Andalucía.

Así, el Sistema Sanitario Público de Andalucía emprendió hace varios años la tarea de diseñar una estrategia de **sistemas de información asistenciales** que pone el foco en el punto de encuentro entre el paciente y el profesional. La estrategia **DIRAYA** ha cristalizado en una serie de instrumentos que han cambiado las maneras de trabajar y la relación de los usuarios con el sistema de salud. DIRAYA se dedica a proporcionar herramientas que facilitan el flujo de información y la toma de decisiones clínicas, dando lugar a nuevas herramientas y a importantes utilidades para profesionales y usuarios del sistema sanitario, como la historia de salud electrónica, la receta electrónica o Salud Responde, que ya han sido incorporadas, algunas veces con carácter pionero, al quehacer cotidiano de nuestra sanidad pública.

Por lo que refiere a las **plataformas centralizadas de compra**, con fecha de 1 de diciembre de 2011 se habían consolidado en el Servicio Andaluz de Salud ocho unidades provinciales de contratación, aglutinando a todos los centros asistenciales en las Plataformas Provinciales de Logística Integral, para gestionar el plan de compras.

Teniendo en cuenta que la totalidad de la contratación administrativa en cada provincia se encuentra unificada en un solo órgano desde la creación de las Plataformas, la práctica totalidad de las compras en el SAS serán de tal envergadura que el procedimiento

propuesto será siempre de contratación administrativa, quedando el contrato menor sólo para casos excepcionales de mínimo impacto, lo que siempre garantiza el cumplimiento de los principios de igualdad, concurrencia y publicidad para las empresas, y de eficiencia económica para la Administración.

Para la constitución de las Plataformas Provinciales de Logística Integral Se realizó un análisis interno del mapa logístico donde se evaluó el coste de personal, de distribución y almacenaje y se decidió agregar las fases del proceso logístico, entendido como tal la detección de las necesidades, la contratación administrativa, la compra, el almacenaje, la distribución y la facturación/contabilidad.

Para ello, se decidió la agregación provincial del proceso logístico, la realización con recursos propios y el cambio organizativo: constitución de la Plataforma Provincial Logística Integral que gestione todas las fases del proceso logístico. El diseño final es una Unidad de Contratación Administrativa, una Unidad de Compras, un Almacén Central y una Unidad de Facturación/Contabilidad para la provincia.

El proceso de constitución de las Plataformas fue realizado en varias etapas:

- 1º Agregación de la Contratación Administrativa para la provincia fue objetivo en 2009. Consistió en la agregación de varios Centros para iniciar los expedientes de contratación normalizada llegando hasta la fase de adjudicación y firma de contrato.
- 2ª Constitución de Plataformas Provinciales de Contratación Administrativa (PPCA) objetivo en 2010. Se integraron los departamentos de contratación administrativa de los diferentes Centros. La totalidad de los expedientes de contratación administrativa y la vida de los contratos.
- 3ª Constitución de Plataformas de Logística Integral (PLI)). Objetivo 2010, en las que se unificaron parcialmente las compras y totalmente los almacenes y la distribución para varios órganos gestores.
- 4ª El último nivel de agregación objetivo 2011 es la constitución de Plataformas Provinciales de Logística Integral (PPLI). En este Nivel 4 la ejecución de los diferentes contratos es centralizada. Se unifican las compras, los almacenes y distribución para todos los órganos gestores Se unifican los recursos humanos de los departamentos de contratación administrativa, de compras, de facturación y de almacén y distribución de los diferentes órganos gestores.

Asimismo, las Plataformas están apoyadas en una herramienta corporativa denominada **SIGLO** (implantada ya en seis de las ocho plataformas provinciales) en la que se unifica la gestión del gasto, que comienza desde el propio registro de las necesidades, asignación y distribución del presupuesto, contratación, compras, consumo, almacenes y facturación. Calendario de constitución de las diferentes Plataformas provinciales y su arranque en siglo SIGLO fue el siguiente:

- 10 de octubre de 2011 PPLI GRANADA.
- 24 de octubre de 2011 PPLI ALMERÍA.
- 14 de noviembre de 2011 PPLI JAÉN.

- 28 de noviembre de 2011 PPLI CÓRDOBA.
- 16 de enero de 2012 PPLI HUELVA.
- 16 de abril de 2012 PPLI CÁDIZ.
- 14 de mayo de 2012 PPLI MÁLAGA.
- 28 de mayo de 2012 PPLI SEVILLA.

Por otra parte, otra iniciativa son los **Acuerdos Marco** de homologación en cuanto al material sanitario, lo que igualmente unifica precios máximos sobre los que las Plataformas, mediante convocatorias posteriores, mejoran dichos precios, consiguiéndose amplios ahorros.

5.1. El mecanismo extraordinario de pago a proveedores

La crisis económica estuvo asociada inicialmente a un incremento de los plazos de pago y de la deuda comercial de las Administraciones Territoriales. Esta evolución puso rápidamente de manifiesto la insuficiencia de los mecanismos de disciplina de la anterior Ley de Estabilidad Presupuestaria. En el marco de esa Ley se alcanzó el mayor déficit de nuestras Administraciones Públicas, con un 11,2 por ciento del Producto Interior Bruto en 2009. Esta situación exigió en 2012 (**Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera**) aplicar una política económica contundente basada en dos ejes complementarios: La consolidación fiscal, es decir, la eliminación del déficit público estructural y la reducción de la deuda pública, y las reformas estructurales. Pero más allá de esta respuesta inmediata, era necesario consolidar el marco de política económica y fiscal que permite asegurar de forma permanente el crecimiento económico y la creación de empleo. La garantía de la estabilidad presupuestaria es una de las claves de la política económica que contribuirá a reforzar la confianza en la economía española, facilitará la captación de financiación en mejores condiciones y, con ello, permitirá recuperar la senda del crecimiento económico y la creación de empleo.

Por lo tanto, la Ley 2/2012 plantea tres objetivos:

- Garantizar la sostenibilidad financiera de todas las Administraciones Públicas
- Fortalecer la confianza en la estabilidad de la economía española
- Reforzar el compromiso de España con la Unión Europea en materia de estabilidad presupuestaria.

A diferencia de la normativa anterior, la Ley 2/2012 regula en un texto único la estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera de todas las Administraciones Públicas, tanto del Estado como de las Comunidades Autónomas, Corporaciones Locales y Seguridad Social. La idea es mejorar la coherencia en la regulación jurídica, con una mayor claridad de la Ley y transmitiendo una idea de igualdad en las exigencias presupuestarias, de responsabilidad y lealtad institucional entre todas las Administraciones Públicas.

En las disposiciones adicionales, la Ley establece un mecanismo extraordinario de apoyo a la liquidez para aquellas Comunidades Autónomas y Corporaciones Locales que lo

soliciten. El acceso a este mecanismo estará condicionado a la presentación de un plan de ajuste que garantice el cumplimiento de los objetivos de estabilidad presupuestaria y de deuda pública y estará sometido a rigurosas condiciones de seguimiento, remisión de información y medidas de ajuste extraordinarias. La Administración Pública que acceda a esta ayuda remitirá información trimestral sobre avales, líneas de crédito, deuda comercial, operaciones con derivados, etc. Igualmente será la jurisdicción contencioso-administrativa la competente para conocer de los recursos que se interpongan contra los actos y resoluciones dictados en aplicación de esta ley.

Las Comunidades Autónomas y Corporaciones Locales que soliciten al Estado el acceso a medidas extraordinarias de apoyo a la liquidez, vendrán obligadas a acordar con el Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas un plan de ajuste que garantice el cumplimiento de los objetivos de estabilidad presupuestaria y de deuda pública.

El acceso a estos mecanismos vendrá precedido de la aceptación por la Comunidad Autónoma o la Corporación Local de condiciones particulares en materia de seguimiento y remisión de información, así como de adopción de medidas de ajuste extraordinarias, en su caso, para alcanzar los objetivos de estabilidad presupuestaria, límites de deuda pública y obligaciones de pago a proveedores incluidas en la Ley 3/2004, de 29 de diciembre, por la que se establecen medidas de lucha contra la morosidad en las operaciones comerciales.

El plan de ajuste será público e incluirá un calendario preciso de aprobación, puesta en marcha y supervisión de las medidas acordadas. El cumplimiento del calendario establecido determinará el desembolso por tramos de la ayuda financiera establecida.

Durante la vigencia del plan de ajuste, la administración responsable deberá remitir al Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas para general conocimiento, información con una periodicidad trimestral, sobre los siguientes extremos:

- a) Avales públicos recibidos y líneas de crédito contratadas identificando la entidad, total del crédito disponible y el crédito dispuesto.
- b) Deuda comercial contraída clasificada por su antigüedad y su vencimiento. Igualmente, se incluirá información de los contratos suscritos con entidades de crédito para facilitar el pago a proveedores.
- c) Operaciones con derivados.
- d) Cualquier otro pasivo contingente.

La falta de remisión, la valoración desfavorable o el incumplimiento del plan de ajuste por parte de una Comunidad Autónoma o Corporación Local dará lugar a la aplicación de las medidas coercitivas previstas para el incumplimiento del Plan Económico Financiero.

Las Comunidades Autónomas con periodicidad trimestral y las Corporaciones Locales con periodicidad anual deberán presentar al Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas un informe del interventor sobre la ejecución de los planes de ajuste.

Desde 2012 la Administración Central ha aprobado distintos mecanismos extraordinarios para el pago a proveedores de CCAA y CCLL, que han reducido de forma significativa el stock de deuda comercial y el período medio de pago a proveedores de estas Administraciones. Los sucesivos planes han permitido desbloquear pagos y canalizar fondos hacia el sector privado por un total de cerca de 67 mm de euros en algo menos de tres años, que, en un contexto de debilidad económica, consolidación fiscal y dificultades de acceso al crédito, se estima han generado un estímulo significativo sobre la actividad, que habría ayudado a mitigar algunos de los efectos negativos de la crisis económica. En paralelo, la implementación del plan ha supuesto un incremento importante del endeudamiento de las CCAA y CCLL con el Estado (Delgado Téllez, et al., 2015).

Así, en respuesta a los acuerdos del Consejo de Política Fiscal y Financiera (CPFF) de 17 de enero de 2012, se pusieron en marcha acciones en dos direcciones. Por una parte, en relación con el sistema de financiación autonómico, se modificó el sistema de adelantos y aplazamientos a cuenta⁵. Por otra parte, se creó la Línea ICO CCAA 2012, que cubría dos tramos: el primero, para dotar de financiación a las CCAA para el pago de obligaciones asociadas al vencimiento de deuda financiera autonómica contraída con anterioridad al 1 de enero de 2012 y cuyo vencimiento se produjera antes del 30 de junio de 2012 (tramo refinanciación), y el segundo referido a los pagos pendientes a proveedores.

En relación a este último, se creó en febrero del 2012 y se trataba de créditos del ICO finalistas, de manera que el ICO pagaba directamente al acreedor financiero. Se establecía un tipo de interés máximo referenciado al coste de financiación del ICO. Así las CCAA debían pagar este tipo de interés más el coste de búsqueda de financiación en los mercados llevado a cabo por el ICO. Pero el coste de búsqueda del ICO y su limitada capacidad de obtener financiación en los mercados conllevaron unas condiciones financieras peores de los préstamos que la financiación obtenida por el Tesoro. En total se concedieron créditos por 5.333 millones de euros (GONZÁLEZ, 2013).

La regulación del mecanismo extraordinario de financiación para el pago a proveedores se encuentra en distintos textos legales accesibles en <http://www.minhap.gob.es/es-ES/Areas%20Tematicas/Financiacion%20Autonomica/Paginas/PagoProveedoresCCAA.aspx> :

- Acuerdo 6/2012, de 6 de marzo del Consejo de Política Fiscal y Financiera, por el que se fijan las líneas generales de un mecanismo extraordinario de financiación para el pago a los proveedores de las Comunidades Autónomas.
- Resolución de 13 de abril de 2012, de la Secretaría General de Coordinación Autonómica y Local, por la que se publica el Acuerdo 6/2012, de 6 de marzo, del Consejo de

⁵ El gobierno central se comprometió a:

- (1) adelantar al primer semestre de 2012 el 50 por 100 del importe estimado de las liquidaciones correspondientes a 2010 de los recursos del sistema de financiación a favor de las CCAA que lo solicitaran
- (2) aplazar hasta un máximo de 120 mensualidades el reintegro pendiente de las liquidaciones negativas del sistema de financiación correspondientes a los ejercicios 2008 y 2009 para las CCAA que lo solicitaran y acordaran con el MHAP un programa de ajuste. Las liquidaciones de 2008 y 2009 a favor del Estado ascendieron a 5.922 y 18.947 millones de euros, respectivamente, según el MHAP.

Política Fiscal y Financiera, por el que se fijan las líneas generales de un mecanismo extraordinario de financiación para el pago a los proveedores de las Comunidades Autónomas.

- Real Decreto-ley 4/2013, de 22 de febrero, de medidas de apoyo al emprendedor y estímulo del crecimiento y de la creación de empleo (Título III, Capítulo I: Ampliación de una fase del mecanismo de financiación para el pago a los proveedores de las Entidades Locales y Comunidades Autónomas.
- Nota explicativa del Real Decreto 4/2013, de febrero, de medidas de apoyo al emprendedor y de estímulo del crecimiento de empleo (Título III, Capítulo I: Ampliación de una nueva fase del mecanismo de financiación para el pago a los proveedores de las Entidades Locales y Comunidades Autónomas

Los pagos realizados con cargo a este mecanismo extraordinario de financiación han sido cuantificados por el Ministerio de Hacienda y administraciones Públicas y publicado en el Documento Ocasional número 1501 del Banco de España (Delgado Téllez, Mar et al., 2015).

FINANCIACIÓN RECIBIDA POR LAS ADMINISTRACIONES TERRITORIALES PARA EL PAGO A PROVEEDORES DEL FONDO DE FINANCIACIÓN DE PAGO A PROVEEDORES (FFPP) (a) (b)					CUADRO 1
Millones de euros					
	Por el gobierno autonómico				Por las CCLL
	Total	2012	2013	2014	Total
Total	30.219	17.705	4.544	7.970	11.595
Andalucía	4.955	2.694	634	1.628	3.405
Aragón	513	429	10	74	227
Asturias	243	243			82
Baleares	1.274	842	85	347	450
Canarias	315	231	24	59	502
Cantabria	327	327			51
Castilla y León	1.052	1.052			453
Castilla la Mancha	3.957	2.918	339	699	569
Cataluña	6.466	2.020	2.169	2.277	820
Extremadura	392	228	7	157	153
Galicia					220
Madrid	1.347	1.257	89		2.882
Murcia	1.789	1.038	253	499	419
Navarra					1
La Rioja	71	71			7
Valencia	7.519	4.355	934	2.230	1.271

FUENTE: MHAP.

a Las administraciones territoriales del País Vasco no han recibido ninguna financiación procedente del FFPP.
b Se han producido 4 pagos del FFPP: La Fase I en junio de 2012, la Fase II en agosto de 2013, la Fase III Tramo I en noviembre de 2013 y la Fase III Tramo II en febrero de 2014. Para las CCLL la Fase II se produjo en junio de 2013.

Desde la perspectiva de los efectos económicos de dicho mecanismo extraordinario, el Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas a través de una Nota de la Secretaría General de Coordinación Autonómica y Local de fecha 24 de marzo de 2014 publicó el desglose por CCAA en términos de proveedores y número de facturas afectadas por el mecanismo.

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	Importe en miles de euros		
	Importe pagos ordenados	Nº de facturas	Nº de proveedores *
ANDALUCIA	4.955.067,24	1.275.152	25.761
ARAGON	512.747,21	199.915	939
ASTURIAS	243.308,42	81.863	823
C. VALENCIANA	7.519.229,05	995.275	8.743
CANARIAS	315.015,27	68.397	1.023
CANTABRIA	326.616,01	91.424	1.479
CASTILLA-LEON	1.052.406,92	287.348	2.135
CASTILLA-MANCHA	3.956.516,72	821.235	13.739
CATALUÑA	6.465.624,98	779.439	13.378
EXTREMADURA	391.622,91	53.798	974
ILLES BALEARS	1.273.917,66	385.711	5.112
MADRID	1.346.798,22	438.438	2.891
MURCIA	1.789.469,80	421.622	3.747
RIOJA	70.813,27	19.537	463
Total general	30.219.153,68	5.919.154	67.129

* El importe del Total Proveedores no coincide con el desglose por comunidades ya que un mismo proveedor puede encontrarse incluido en varias CC.AA.

Fuente: Nota de la Secretaría General de Coordinación Autonómica y Local de fecha 24 de marzo de 2014

5.2. El fondo de liquidez autonómico

La Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera, preveía, en su disposición adicional primera, que las Comunidades Autónomas y Corporaciones Locales puedan solicitar al Estado el acceso a medidas extraordinarias de apoyo a la liquidez. Con el objetivo de superar las limitaciones de la línea ICO-vencimientos se creó, mediante el **Real Decreto-Ley 21/2012, de 13 de julio**, el Fondo de Liquidez Autonómico. El FLA tenía un ámbito subjetivo que sólo incluía a las comunidades autónomas.

La adhesión al mecanismo supondrá la aceptación de las condiciones financieras y fiscales previstas en la disposición adicional primera de la Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera.

El Fondo está adscrito al Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas a través de la Secretaría de Estado de Administraciones Públicas, y su gestión financiera se efectúa por el Instituto de Crédito Oficial. Por lo tanto, Corresponde al Instituto de Crédito Oficial la gestión financiera del Fondo. En su virtud, entre otras funciones, el Instituto de Crédito Oficial formalizará, en nombre y representación del Gobierno español, y por cuenta del Estado, las correspondientes pólizas de préstamo a suscribir con las Comunidades Autónomas, en virtud de la preceptiva instrucción de la Comisión Delegada del Gobierno para

Asuntos Económicos, a propuesta del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. Igualmente, prestará los servicios de instrumentación técnica, contabilidad, caja, agente pagador, seguimiento y, en general, todos aquellos servicios de carácter financiero relativos a las operaciones autorizadas con cargo al Fondo de Liquidez Autonómico. Para ello, el Fondo de Liquidez Autonómico se dotó con cargo a los Presupuestos Generales del Estado, para el ejercicio 2012, por un importe de 18.000 millones de euros.

La ejecución correspondiente a dicho ejercicio fue la siguiente:

Fondo de Liquidez Autonómico 2012				
CCAA	VENCIMIENTOS	INTERESES	PROVEEDORES	TOTAL
Andalucía	958,84	104,54	1.729,47	2.792,85
Principado de Asturias	22,44	5,45	233,63	261,51
Illes Balears	76,19	52,82	342,66	471,67
Canarias	476,00	25,28	405,57	906,85
Cantabria	0,00	20,54	116,60	137,14
Castilla-La Mancha	644,83	138,24	254,07	1.037,14
Cataluña	4.599,60	244,08	1.821,13	6.664,81
Región de Murcia	245,99	49,43	241,26	536,69
Comunitat Valenciana	2.433,88	242,55	1.153,12	3.829,55
TOTAL	9.457,78	882,93	6.297,51	16.638,22

Millones de euros

Fuente: Nota de la Secretaría General de Coordinación Autonómica y Local de fecha 31 de marzo de 2014

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	Importe en miles de euros										
	FLA			Mecanismo Proveedores					Total Mec. Proveedores	Total general	
	2012	2013	2014	Total FLA	Primera Fase	Segunda Fase	Tercera fase (Tramo I)	Tercera fase (Tramo II)			
ANDALUCÍA	1.729.468,38	1.660.594,59	2.606.059,38	5.996.122,35	2.693.528,20	2.822,16	630.873,73	1.627.843,15	4.955.067,24	10.951.189,59	
ARAGÓN					428.950,90		9.942,21	73.854,10		512.747,21	512.747,21
ASTURIAS	233.629,37	352.759,14		586.388,51	243.308,42					243.308,42	829.696,93
C. VALENCIANA	1.153.032,69	1.151.662,36	2.787.132,45	5.091.827,49	4.354.793,10	69.816,39	864.178,40	2.230.441,16	7.519.229,05	12.611.056,54	
CANARIAS	405.567,05	473.417,69	559.930,54	1.438.915,29	231.273,84		24.357,11	59.384,32	315.015,27	1.753.930,55	
CANTABRIA	116.598,81	232.862,44	240.738,67	590.199,92	326.616,01				326.616,01	916.815,94	
CASTILLA-LEON					1.052.406,92				1.052.406,92	1.052.406,92	
CASTILLA-MANCHA	254.069,49	492.468,92	749.908,04	1.496.446,46	2.918.315,92	60.794,26	278.462,06	698.944,48	3.956.516,72	5.452.963,18	
CATALUÑA	1.821.134,86	2.023.535,68	3.624.320,22	7.468.990,76	2.020.226,25	737.659,59	1.431.236,97	2.276.502,16	6.465.624,98	13.934.615,74	
EXTREMADURA			177.998,15	177.998,15	227.869,24	6.607,44		157.146,23	391.622,91	569.621,06	
ILLES BALEARS	342.660,44	542.360,10	588.202,29	1.473.222,84	841.612,94	38.294,85	46.687,88	347.321,99	1.273.917,66	2.747.140,50	
MADRID					1.257.382,90		89.415,32		1.346.798,22	1.346.798,22	
MURCIA	241.257,59	321.035,05	747.370,17	1.309.662,81	1.037.572,98	22.510,19	230.737,07	498.649,57	1.789.469,80	3.099.132,62	
RIOJA					70.813,27				70.813,27	70.813,27	
Total general	6.297.418,67	7.250.695,99	12.081.659,92	25.629.774,58	17.704.670,91	938.504,87	3.605.890,74	7.970.087,16	30.219.153,68	55.848.928,27	

Fuente: Informe sobre los mecanismos de financiación a CC.AA. Balance 2012-2014. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas (julio 2015).

Hasta 2014, el impacto del Fondo de Liquidez Autonómica junto con el Mecanismo extraordinario de financiación para el pago a proveedores ha generado pagos a proveedores por un importe total de 55,8 mil millones de euros.

En cuanto a la finalidad de todos los instrumentos utilizados en el periodo 2012-2014, los pagos vinculados a la prestación de servicios esenciales han jugado un papel relevante, sanidad con el 61,9% de los pagos en el territorio nacional, servicios social con el 5,1% y educación con el 4,9%.

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	En porcentaje			
	Sanidad	Educación	Servicios Sociales	Resto
ANDALUCIA	60,9%	9,9%	9,4%	19,8%
ARAGON	89,8%	0,0%	0,2%	10,0%
ASTURIAS	69,4%	1,1%	3,1%	26,4%
C. VALENCIANA	57,4%	7,4%	4,8%	30,4%
CANARIAS	88,7%	0,9%	0,2%	10,1%
CANTABRIA	64,1%	5,6%	5,4%	24,9%
CASTILLA-LEON	67,6%	0,0%	0,0%	32,3%
CASTILLA-MANCHA	52,7%	2,7%	8,5%	36,1%
CATALUÑA	57,9%	2,0%	3,6%	36,5%
EXTREMADURA	85,5%	0,2%	0,2%	14,2%
ILLES BALEARS	63,2%	3,5%	3,5%	29,9%
MADRID	82,3%	5,6%	0,3%	11,8%
MURCIA	78,7%	1,0%	1,8%	18,4%
RIOJA	69,6%	0,6%	2,4%	27,5%
Total general	61,9%	4,9%	5,1%	28,2%

Fuente: Informe sobre los mecanismos de financiación a CC.AA. Balance 2012-2014. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas (julio 2015).

En resumen, las principales características del Fondo de Liquidez Autonómico, comunes a los ejercicios 2012 a 2014 en los que se ha instrumentado este mecanismo, son las siguientes:

- La Administración General del Estado, a través del ICO, es quién efectúa el pago directo al proveedor como garantía última de que los recursos del mecanismo se destinan a los proveedores y beneficiarios.
- La adhesión es voluntaria, requiriendo Acuerdo de la Comunidad Autónoma, sometándose a las condiciones de un programa de aplicación.
- Las disposiciones del Fondo se ajustan a un calendario por tramos mensuales.
- Debe tratarse de deudas vencidas, líquidas y exigibles imputadas al presupuesto o contabilidad del ente público antes de la propuesta de pago.
- Se entiende como contratista o proveedor al adjudicatario del contrato o relación jurídica o al cesionario a quien se le haya transmitido su derecho de cobro.
- Se establece un orden de prelación en los pagos.

- El procedimiento se inicia mediante una propuesta de pago de obligaciones pendientes por parte de la Comunidad que el Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas evalúa con anterioridad a su tramitación.

En 2014 se ponen en marcha nuevos mecanismos que permite compartir los ahorros financieros entre todas las Administraciones, priorizar la atención del gasto social, seguir ayudando a las Administraciones con mayores dificultades de financiación e impulsar a las que han conseguido superarlas, y por otra parte se simplifican y reduce el número de fondos creados para financiar mecanismos de apoyo a la liquidez, mejorando la eficiencia de su gestión.

Entre los nuevos mecanismos que se crean, la atención al gasto social ocupa un lugar prioritario. Contar con financiación suficiente para el gasto social supone una garantía decisiva para la adecuada prestación de servicios públicos esenciales, como son la educación, la sanidad y los servicios sociales, pilares básicos de un Estado social y democrático de Derecho.

Con dicho objetivo el **Real Decreto-ley 17/2014, de 26 de diciembre, de medidas de sostenibilidad financiera de las comunidades autónomas y entidades locales y otras de carácter económico** regula la creación y funcionamiento del Fondo de Financiación a Comunidades Autónomas y del Fondo de Financiación a Entidades Locales.

El **Fondo de Financiación a Comunidades Autónomas**, se estructura en tres compartimentos:

- Facilidad Financiera
- Fondo de Liquidez Autonómico
- Fondo Social.

Adicionalmente, se incluye el compartimento Fondo en Liquidación para la Financiación de los Pagos a Proveedores, al que se adscriben las operaciones de crédito vigentes formalizadas con Comunidades Autónomas con cargo al extinto Fondo para la Financiación de los Pagos a Proveedores 2.

El compartimento **Facilidad Financiera**, destinado a extender los beneficios asociados a los mecanismos a aquellas Comunidades Autónomas que cumplen los objetivos de estabilidad presupuestaria y de deuda pública, han conseguido controlar la demora en el pago de la deuda comercial. Con ello, como ventaja para quienes han cumplido con los objetivos se permite que los esfuerzos presupuestarios y las reformas estructurales realizadas se acompañen de la reducción de los costes de financiación que los mecanismos suponen. La adhesión a este compartimento no requiere la aprobación de un plan de ajuste y conlleva la aceptación de unas obligaciones de información de general aplicación.

El **Fondo de Liquidez Autonómico** es el sucesor directo del Fondo homónimo existente hasta 2014 y regulado en el Real Decreto-ley 21/2012, de 13 de julio. A dicho compartimento se adscribirán las Comunidades Autónomas actualmente adheridas al Fondo de

Liquidez Autonómico operativo hasta ahora y las Comunidades Autónomas que incumplan el período medio de pago a proveedores en aplicación de lo dispuesto en la disposición adicional primera de la Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril.

El **Fondo Social** es un mecanismo de apoyo a la liquidez de las Comunidades Autónomas, de carácter temporal y voluntario, de conformidad con lo previsto en la disposición adicional primera de la Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, cuya dotación financiará a las Comunidades Autónomas el pago de las obligaciones pendientes con las Entidades Locales que sean vencidas, líquidas y exigibles a 31 de diciembre de 2014 y que deriven de convenios suscritos en materia de gasto social y de otras transferencias en dicha materia.

El presupuesto previsto para el ejercicio 2015 para el Fondo de Financiación a Comunidades Autónomas asciende a 38.869 millones de euros, correspondiendo a la Comisión Delegada del Gobierno para Asuntos Económicos la distribución de la dotación entre los compartimentos, así como de los importes máximos a percibir por las Comunidades Autónomas.

Mediante Acuerdo de la Comisión Delegada del Gobierno para Asuntos Económicos de 19 de febrero de 2015 se estableció la siguiente distribución de los fondos para 2015:

- Facilidad Financiera: 11.336,72 millones de euros
- Fondo de Liquidez Autonómico: 17.605,43 millones de euros
- Fondo Social: 684,04 millones de euros

6. COMENTARIOS FINALES

La cuestión de la financiación sanitaria admite múltiples abordajes. En este capítulo hemos seguido una perspectiva basada en el ámbito regulatorio, sin entrar en el debate de la suficiencia o insuficiencia de dicha financiación.

En todo caso la cuestión de la suficiencia es una cuestión de cartera de servicios y de eficiencia. Ambos determinantes pueden hacer que la financiación resulte suficiente o insuficiente, con lo que el modelo de prestación sanitaria universal y gratuito deviene en sostenible o insostenible.

De los epígrafes anteriores puede destacarse cómo desde 1999, de acuerdo con la Ley 49/1998, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 1999 dispuso en el Capítulo III de su Título I, es el Estado, a través de las transferencias presupuestarias a las comunidades autónomas, el que asume totalmente la financiación pública de la asistencia sanitaria, desvinculándose con ello la asistencia sanitaria de las aportaciones a la Seguridad Social. Así lo ratifica el principio de generalidad en el que se fundamenta la Ley 21/2001, según el cual, el sistema de financiación regulado en la misma se caracteriza por el carácter integrador del mismo, en tanto que abarca la financiación de todos los servicios susceptibles de traspaso a las Comunidades Autónomas. Hasta entonces existían

tres formas de financiación diferenciadas, una para los denominados servicios comunes, otra para los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social y la tercera, para los servicios sociales de la Seguridad Social.

De acuerdo con este mandato, las leyes 21/2001 y 22/2009 de financiación de las Comunidades Autónomas, hacen mención explícita a la financiación sanitaria. En ambas leyes se les presta especial atención a los elementos específicos que garanticen la financiación de los servicios básicos en términos de homogeneidad para todas las CCAA.

La Ley 21/2001 al establecer la masa homogénea de financiación de los distintos bloques competenciales distingue tres bloques destinados a la financiación de: competencias comunes, gestión de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, y gestión de los servicios sociales de la Seguridad Social. También se hace una mención específica al tratar la suficiencia dinámica del sistema de financiación. Finalmente, esta Ley regula asignaciones de nivelación y una garantía sanitaria para los tres primeros años de vigencia del sistema de financiación.

La Ley 22/2009 incluyó la garantía de financiación de servicios públicos fundamentales y los fondos de convergencia autonómica. Los ejes básicos del nuevo sistema regulado en esta Ley son el refuerzo de las prestaciones del Estado del Bienestar, el incremento de la equidad y la suficiencia en la financiación de las competencias autonómicas. El Estado de Bienestar se refuerza mediante la incorporación por el Estado de recursos adicionales que se integran gradualmente en el nuevo sistema. El refuerzo de la equidad se instrumenta básicamente a través del nuevo Fondo de Garantía de Servicios Públicos Fundamentales entre los que cobra peso el sistema de atención a la dependencia.

Por otra parte, los derechos económicos por la prestación de servicios sanitarios a personas no aseguradas o cuando exista un tercero obligado al pago constituyen un recurso marginal desde el punto de vista cuantitativo, pero no por ello descuidado en el proceso de ganancia de eficiencia y modernización impulsado en general en toda la administración sanitaria. En Andalucía, y en la mayoría de las Comunidades Autónomas, se observan grandes avances en este ámbito a lo largo de la pasada década. Cabe mencionar en este sentido dos avances fundamentales, el primero consistió en vincular los conceptos de facturación a terceros con los sistemas de información sanitaria más avanzados, basados en procesos y no simplemente en estancias hospitalarias. Desde 2005, la Comunidad andaluza liquida los derechos generados por prestación de servicios sanitarios basándose en los grupos relacionados por el diagnóstico (GRDs). En segundo lugar, el proceso administrativo relacionado con la liquidación y, especialmente, con la recaudación de los derechos a favor de la hacienda pública autonómica se ha vinculado con el sistema general de las respectivas agencias tributarias regionales. En el caso de Andalucía, la liquidación de derechos por asistencia sanitaria se realiza mediante el Sistema Unificado de Recursos (SUR) de la Consejería de Hacienda. Esta vinculación permite una integración clara y precisa de los derechos generados por esta vía con el resto de ingresos de la administración andaluza.

La importancia de la financiación sanitaria dentro de los sistemas de financiación de las autonomías se ha vuelto a poner de manifiesto con ocasión de la reciente crisis económica y financiera. Además de las medidas extraordinarias reflejadas en Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera, en este mismo año se publicó el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.

Entre las medidas más destacadas adoptadas en el RDL 16/2012 cabe destacar la regulación de la condición de asegurado, una nueva categorización de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, y la creación de un Fondo de Garantía Asistencial, configurado como una partida específica de compensación para la garantía asistencial. El real decreto-ley incorpora determinadas medidas relacionadas con la prestación farmacéutica, regulación de aspectos vinculados a las categorías profesionales, los criterios generales reguladores del sistema retributivo o de la acción social; asimismo se incorporan medidas de eficiencia proponiendo estrategias de gestión centralizada de suministros en el Sistema Nacional de Salud y medidas de esfuerzo en el ahorro energético.

El RDL 16/2012 constituye una clara evidencia de cómo financiación y prestaciones son la cara y cruz de una misma moneda que debe ser contemplada en su más amplio sentido. Persiguiendo la sostenibilidad del SNS, el RDL 16/2012 no contempla el aumento de la financiación sino la reducción del gasto sanitario mediante estrategias de mejora de la eficiencia, pero también con una clara restricción de la población beneficiaria de la asistencia sanitaria gratuita y una merma del estatus laboral y económico de los profesionales del sistema.

Las especiales dificultades por las que han pasado las finanzas públicas españolas han provocado que la Administración Central del Estado retome el control sobre las finanzas autonómicas y el endeudamiento con un control estricto de los mismos. Dicho control se instrumentó en primer lugar mediante el Mecanismo Extraordinario de Financiación para el pago a proveedores, obligando a las CCAA a presentar un Plan de Económico de Ajuste Financiero que garantizase el objetivo de déficit para poder acceder a dichos fondos.

Posteriormente otro de los fondos que aparecieron en 2012 con carácter extraordinario, el Fondo de Liquidez Autonómico, se ha consolidado dentro del Fondo de Financiación a Comunidades Autónomas regulado en el Real Decreto-ley 17/2014, de 26 de diciembre, de medidas de sostenibilidad financiera de las comunidades autónomas y entidades locales y otras de carácter económico. Actualmente, el RDL 17/2014 contempla tres compartimentos: Facilidad Financiera, Fondo de Liquidez Autonómico, y Fondo Social.

Como conclusión final podemos destacar el hecho de que la financiación sanitaria, por el volumen de recursos que moviliza y por su extraordinaria y estratégica importancia desde el punto de vista social, ha ocupado y sigue ocupando un lugar destacado en todos los sistemas de financiación de las Comunidades Autónomas en los últimos años. Dicha importancia queda patente en tanto en la existencia de fondos específicos de carácter

ordinario como en la regulación de los mecanismos extraordinarios de financiación. Independientemente de la mayor o menor calidad técnica de los modelos de distribución de fondos hacia las Comunidades Autónomas, y sin entrar a juzgar la oportunidad de determinados instrumentos de financiación en momentos específicos, de lo que no cabe duda es de que la cuestión de la financiación sanitaria debe ser contemplada en el marco de un pacto social sobre el nivel de prestaciones sanitarias públicas que queremos y podemos financiar, lógicamente en consonancia con la perspectiva de sostenibilidad global de las finanzas públicas.

7. BIBLIOGRAFÍA

BANDRÉS, E., & GONZÁLEZ, R. (2015). La reducción del gasto sanitario en España durante la crisis. *Cuadernos de Información Económica*, 248, 37-48.

CUENCA, A., & GONZÁLEZ, R. (2015). Sistema de financiación autonómica y gasto sanitario en España. *Papeles de Economía Española*, 142, 75-93.

DELGADO TÉLLEZ, M., HERNÁNDEZ DE COS, P., HURTADO, S., & PÉREZ, J. J. (2015). *Los mecanismos extraordinarios de pago a proveedores de las administraciones públicas en España* (Documentos Ocasionales. N.º 1501). Madrid, Spain: Banco de España. Recuperado a partir de <http://www.bde.es>.

GONZÁLEZ, I.V. (2013). Los mecanismos estatales de apoyo a la financiación autonómica. *Boletín Económico de ICE*, N° 3035, 3-13.