

EVA SÁENZ ROYO

LA FINANCIACIÓN DE LA SANIDAD
Y DE LA EDUCACIÓN EN EL ESTADO
AUTONÓMICO

Reformas necesarias a la luz de la experiencia
comparada

Marcial Pons

MADRID | BARCELONA | BUENOS AIRES | SÃO PAULO
2022

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	13

PRIMERA PARTE

LA FINANCIACIÓN DE LA PRESTACIÓN SANITARIA

CAPÍTULO I. LA FINANCIACIÓN DE LA PRESTACIÓN SANITARIA EN EL DERECHO COMPARADO: ESTADOS UNIDOS, CANADÁ Y ALEMANIA	17
1. Introducción	17
2. La financiación de la asistencia sanitaria en Estados Unidos	18
3. La financiación de la asistencia sanitaria en Canadá	26
4. La financiación de la asistencia sanitaria en Alemania...	33
CAPÍTULO II. LA FINANCIACIÓN DE LA PRESTACIÓN SANITARIA EN EL ESTADO AUTONÓMICO: LAS INCONGRUENCIAS CON LA DISTRIBUCIÓN COMPETENCIAL...	41
1. Introducción	41
2. Precedentes históricos: la progresiva asunción de responsabilidad pública en asistencia sanitaria	43
3. La distribución de competencias en la Constitución española de 1978	44

3.1. El debate constituyente en torno a la prestación sanitaria.....	45
3.2. La asunción estatutaria de la competencia sobre prestación sanitaria	50
4. La práctica de la distribución competencial a través de la legislación y la jurisprudencia constitucional.....	52
4.1. Las competencias estatales en prestación sanitaria según la legislación vigente	52
4.2. Las competencias de las CCAA en prestación sanitaria.....	57
4.3. La jurisprudencia del Tribunal Constitucional a raíz de los últimos conflictos competenciales en prestación sanitaria: una interpretación restrictiva respecto a la posibilidad de mejora autonómica ...	60
4.3.1. La inconstitucionalidad de una ampliación de los sujetos con derecho al acceso de la asistencia sanitaria	60
4.3.2. La inconstitucionalidad de la mejora en el copago de la prestación farmacéutica	64
5. La financiación de la sanidad.....	67
CAPÍTULO III. PROPUESTAS DE REFORMA DE LA FINANCIACIÓN SANITARIA EN ESPAÑA A PARTIR DE LA EXPERIENCIA COMPARADA.....	75

SEGUNDA PARTE

LA FINANCIACIÓN DE LA PRESTACIÓN EDUCATIVA

CAPÍTULO IV. LA FINANCIACIÓN DE LA PRESTACIÓN EDUCATIVA EN EL DERECHO COMPARADO: ESTADOS UNIDOS, CANADÁ Y ALEMANIA	83
1. Introducción	83
2. La financiación educativa en Estados Unidos.....	84
2.1. La evolución histórica del papel de la Federación en la educación	85
2.2. La vinculación entre el poder de gasto y la competencia legislativa educativa.....	92

<i>Índice</i>	11
3. La financiación educativa en Canadá.....	94
3.1. La presencia residual de la Federación en la educación.....	95
3.2. La vinculación entre el poder de gasto y la competencia legislativa educativa.....	95
4. La financiación educativa en Alemania.....	98
4.1. La evolución histórica del papel de la Federación en la educación	98
4.2. La vinculación entre el poder de gasto y la competencia legislativa educativa.....	107
CAPÍTULO V. LA FINANCIACIÓN DE LA PRESTACIÓN EDUCATIVA EN EL ESTADO AUTONÓMICO.....	113
1. Introducción	113
2. Antecedentes históricos.....	115
3. Distribución de competencias en educación en la Constitución española.....	117
4. Las competencias asumidas por el legislador estatal	122
5. La asunción de competencias en educación por las CCAA.	125
6. La financiación de la educación.....	129
6.1. La inversión en centros y la financiación de conciertos	130
6.2. Las becas estatales en los Presupuestos Generales del Estado: regulación y financiación estatal, ¿gestión descentralizada?	133
6.3. El profesorado.....	136
6.4. Las políticas educativas propias de las CCAA con cargo a sus presupuestos	137
6.4.1. Políticas autonómicas en enseñanza no universitaria	138
6.4.2. Políticas autonómicas en enseñanza universitaria.....	140
6.4.3. Becas y ayudas autonómicas.....	141
6.5. El poder de gasto en el marco de las relaciones intergubernamentales para incentivar determinadas políticas autonómicas.....	144

CAPÍTULO VI. PROPUESTAS DE REFORMA DE LA FINANCIACIÓN EDUCATIVA EN ESPAÑA A PARTIR DE LA EXPERIENCIA COMPARADA.....	147
CONCLUSIÓN.....	151
FUENTES DOCUMENTALES Y BIBLIOGRAFÍA EN SANIDAD.	157
FUENTES DOCUMENTALES Y BIBLIOGRAFÍA EN EDUCACIÓN	165

INTRODUCCIÓN

Cuenta la leyenda que Teseo, gracias a la ayuda de la princesa Ariadna y tras dar muerte al Minotauro, logró salir del complicado laberinto construido por el famoso arquitecto Dédalo. Lamentablemente no ha surgido todavía hoy en España una princesa que pueda aportarnos la estrategia adecuada para salir de nuestro propio laberinto: el de la financiación de nuestro Estado de bienestar. Aunque la salida existe.

Consciente de lo inextricable de este laberinto y de la dificultad de su simplificación, me propongo aquí cuestionar una de las premisas sobre las que se ha construido la financiación de la educación y de la sanidad en España: la idea de que han de ser las autonomías las que corran con sus gastos. ¿Esto debe ser realmente así? ¿Quién debe financiar la educación o la sanidad en nuestro Estado autonómico? ¿Son los Presupuestos Generales del Estado o los presupuestos autonómicos? ¿Impuestos estatales o impuestos autonómicos?

Hace más de veinte años, con la reforma de la Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas (en adelante, LOFCA), se introdujo la premisa de que son fundamentalmente las Comunidades Autónomas (en adelante, CCAA) las que han de financiar los servicios de sanidad y educación. Desde entonces todos los informes sobre financiación autonómica parten de esa premisa genérica y estructuran las posibles reformas del sistema para que así sea. Se justifica en que en nuestro Estado autonómico tanto la sanidad como la educación son competen-

cias que están descentralizadas. No parece haber discusión al respecto y las reformas en la financiación autonómica se estructuran a partir de la consideración constante de insuficiencia de recursos autonómicos para hacer frente a estos gastos.

Como norma general en los Estados federales, y de acuerdo también con reiterada jurisprudencia constitucional española, el ejercicio de esa función presupuestaria (arts. 66.2 y 134.1 CE) debe ser coherente con el sistema de distribución de competencias. Por tanto, como norma general, la financiación de la educación y la sanidad han de ser reflejo de las decisiones asumidas en el marco del sistema de distribución de competencias. En definitiva, la responsabilidad de gasto debe recaer sobre el responsable de la decisión según el sistema de distribución de competencias. Si, efectivamente, son las CCAA las responsables de decidir sobre aspectos de la prestación sanitaria o educativa, serán las CCAA las responsables de financiar esos aspectos.

A partir de estas consideraciones, a lo largo de estas páginas analizaremos el sistema de distribución competencial en la prestación educativa y sanitaria y su congruencia con la financiación de las mismas en tres Estados de larga tradición federal como son Estados Unidos, Canadá y Alemania. Nos detendremos en el estudio de qué nivel de gobierno decide la prestación educativa o sanitaria y qué nivel de gobierno la paga, así como la congruencia entre ambas a efectos de posible rendición de cuentas. A continuación analizaremos estas mismas cuestiones en España a la luz de la experiencia comparada. Sin partir de apriorismos, se tratará de concretar qué aspectos de la sanidad o de la educación deben financiar cada nivel de gobierno y con ello redefinir nuestro actual sistema de financiación del bienestar.

PRIMERA PARTE
**LA FINANCIACIÓN
DE LA PRESTACIÓN SANITARIA**

CAPÍTULO I

LA FINANCIACIÓN DE LA PRESTACIÓN SANITARIA EN EL DERECHO COMPARADO: ESTADOS UNIDOS, CANADÁ Y ALEMANIA*

1. INTRODUCCIÓN

El derecho a la salud, junto a su faceta de libertad, tiene una naturaleza prestacional reconocida en la Observación General núm. 14, elaborada por el Comité de Naciones Unidas para los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (parágrafo 8):

«El derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar *sano*. El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. En cambio, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud».

Por tanto, la obligación internacional de cumplir el derecho a la salud implica la obligación de los poderes públicos de ejer-

* Muchas de las cuestiones aquí tratadas ya fueron objeto de análisis en SÁENZ ROYO, 2020a: 71-96.

cer su función presupuestaria para hacerlo efectivo y garantizar así el acceso a la misma en igualdad de oportunidades. En Estados descentralizados políticamente, donde son diversas las autoridades que pueden ejercer esa función presupuestaria, será especialmente importante a efectos de rendición de cuentas y responsabilidad política, y, en definitiva, a efectos democráticos, conocer cuál es la autoridad competente en cada cuestión, así como el ejercicio de su función presupuestaria que la haga eficaz.

A lo largo de este capítulo analizaremos el sistema de distribución competencial en la prestación sanitaria y su congruencia con la financiación de la misma en tres Estados de larga tradición federal como son Estados Unidos, Canadá y Alemania. Nos detendremos en el estudio de qué nivel de gobierno asume la prestación sanitaria y qué nivel de gobierno la paga, así como la congruencia entre ambas a efectos de posible rendición de cuentas. A continuación, analizaremos estas mismas cuestiones en España a la luz de la experiencia comparada.

2. LA FINANCIACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA EN ESTADOS UNIDOS

En Estados Unidos la provisión de la asistencia sanitaria es fundamentalmente de carácter privado y son los individuos los que tienen que contratar su seguro de salud, mayoritariamente a través de su empresa. Solo determinados colectivos especialmente vulnerables tienen un seguro sanitario público. Por tanto, la prestación sanitaria a cargo de los poderes públicos se ha limitado básicamente a la construcción de algunos hospitales que atienden a personas sin seguro y, sobre todo, a la financiación de la prestación sanitaria de algunos colectivos. A pesar del carácter limitado de la intervención pública, al ser los poderes públicos responsables de los pacientes más caros (ancianos, pobres, veteranos), acaban corriendo con un elevado porcentaje de todo el gasto sanitario. Paradójicamente, el gasto público sanitario per cápita en Estados Unidos es mayor que el de cualquier gobierno de la UE (*Health expenditure and financing*, OECD, 2020).

En teoría esa asistencia sanitaria en Estados Unidos corre a cargo de los estados. Si acudimos a la lista de los poderes expre-

samente concedidos a la Federación del Artículo I, Sección 8 de la Constitución de Estados Unidos, comprobamos que nada en esta larga lista permite al Congreso aprobar una ley en materia sanitaria. No obstante, el desarrollo de la doctrina de los poderes implícitos unida a competencias más transversales como la regulación del comercio interestatal o la cláusula de bienestar general, han terminado legitimando leyes federales en este ámbito vinculantes para los estados. También en este ámbito una amplia interpretación jurisprudencial del poder de gasto federal ha permitido el desarrollo de programas sanitarios de colaboración entre la Federación y los estados miembros en el marco de relaciones intergubernamentales. En todo caso se observa en esta evolución una estrecha vinculación entre capacidad legislativa efectiva y su financiación. Veamos.

Si bien, en un estricto esquema de federalismo dual, la asistencia sanitaria no se contempla como competencia federal y, por tanto, es una función exclusiva de los estados, en 1888 el Congreso de los Estados Unidos autorizó una concesión anual de 25.000 dólares para el cuidado de los veteranos de guerra nortños viejos y enfermos cuidados en hogares estatales. Una enmienda el siguiente año requirió a los estados aportar lo mismo como condición para recibir los fondos federales. La gran mayoría de los estados avalaron para sí mismos la ayuda (Trattner, 1988: 354; Grodzins, 1966: 37). Se instauran ya entonces en el ámbito sanitario unas relaciones intergubernamentales basadas en concesiones dinerarias desde la Federación a los estados para realizar las prioridades marcadas federalmente. Es el nacimiento de los *grant-in-aid*¹ y de la transición en Estados Unidos de un federalismo dual propio del liberalismo a un federalismo de corte cooperativo (Sáenz Royo, 2011: 3-8),

¹ Los *grants-in-aid* son ofertas de subvención federal a los estados condicionadas al cumplimiento de un programa también federal. Los estados deciden, normalmente a través de una ley propia, participar (o no) en el programa federal. Tomada una decisión positiva al respecto, cada estado presenta sus proyectos concretos y negocia con la Unión un acuerdo específico (*agreement*), en el que se detalla el programa a aplicar y se concreta la participación financiera de las partes, según el módulo objetivo establecido. Es igualmente el Congreso quien anualmente, y a través de una ley, dota financieramente el programa que el mismo órgano ha aprobado. A partir de ahí, la ejecución del programa corre a cargo de los órganos estatales competentes (entre los que destaca la agencia específica creada generalmente al efecto), bajo la supervisión de los órganos competentes de la Unión (en general, el departamento o la agencia federal correspondiente).

que permitiría el desarrollo de programas de asistencia sanitaria. De hecho, los estados, vulnerables a la competición fiscal, tienen limitada su capacidad de aumentar impuestos y encuentran dificultades para dedicar mucho dinero al cuidado sanitario para los pobres si no estuvieran obligados por los programas de financiación federal (Greer y Jacobson, 2010: 210 y 219).

Este poder de gasto federal en materia sanitaria fue pronto avalado constitucionalmente. Ya en el auto *Com. of Massachusetts v. Mellon*, 262 US 447, 479, 480, 482, 483 (1923), en el que el Tribunal juzgaba la constitucionalidad de una ley del Congreso que atribuía subvenciones condicionadas a los estados dirigidas a la reducción de la mortalidad infantil (la *Sheppard-Towner Act* de 1921), rechaza considerar la demanda de invasión de los derechos de los estados por considerar que el consentimiento estatal de la subvención federal impide la afección competencial. En sentencias posteriores [*Chas. C. Steward Machine Co. v. Davis*, 301 US 548 (1937), y *Carmichael v. Southern Coal & Coke Co.*, 301 US 495 (1937)] el Tribunal Supremo confirmaría que la aceptación voluntaria de los *grants-in-aid* por parte de los estados eliminaba toda tacha de inconstitucionalidad que pudiera pesar sobre los programas de subvenciones que excedieran del ámbito competencial de la Federación.

Avalada jurisprudencialmente la intervención federal en el ámbito sanitario, se sucederán diversos programas federales que terminarán culminando con la aprobación de los programas conocidos como *Medicare* y *Medicaid*. Con la *Social Security Act* de 1935 se prevé un *block-grant*² dirigido a la protección de la salud de madres y niños. Algo más tarde, se prevén subvenciones para la construcción de hospitales (1946) o, bajo la Administración de Dwight D. Eisenhower, se aprueban programas de asistencia médica de ancianos (1960). Las *Community Mental Health Centers Acts* de 1963 y 1965 destinaron fondos a los estados para la construcción de hospitales mentales. Finalmente, en 1965, el presidente Lyndon Johnson introdujo en la Ley de la Seguridad Social los programas conocidos como *Medicare* y *Medicaid* (Títulos XVIII y XIX de la Ley de la Seguridad Social) (Sáenz Royo, 2003: 52-56 y 73-78).

² Este nuevo tipo de subvención, desarrollada sobre todo durante la presidencia de Reagan, supone la agrupación de varios *grants-in-aid* referentes a una materia para permitir una mayor capacidad de decisión a los estados.

El *Medicare* es un programa federal de seguro sanitario al que tienen acceso todas las personas mayores de sesenta y cinco años, hayan pagado antes a la Seguridad Social o no. Se financia a través de impuestos federales. Tiene cuatro partes. La parte A financia la estancia hospitalaria, cuidados por enfermeras cualificadas después del hospital y el cuidado en casa. La parte B cubre las facturas básicas del médico, honorarios de laboratorios y algunos servicios médicos para pacientes no hospitalizados. La parte C permite cobertura privada cuando es aprobada por el *Medicare*. La parte D paga algunos de los costes de las prescripciones médicas. Todas las partes del *Medicare* requieren que el paciente pague al menos un pequeño porcentaje de su coste médico. La regulación de este seguro es exclusivamente federal, al igual que su financiación, aunque no se impide que los estados prevean o los individuos contraten otro tipo de protección frente a los costes de los servicios sanitarios [Sec. 1803 (42 U.S.C. 1395b)]. Como puede observarse, el programa de *Medicare* es ya un programa federal, sin que en esta materia se requiera para la intervención federal el consentimiento de los estados. Se trata de un cambio cualitativo del entendimiento del federalismo cooperativo que, sin embargo, no resulta discutido ni doctrinal ni jurisprudencialmente.

El *Medicaid* sí que responde en gran medida al esquema de los *grants-in-aid* y, por tanto, al federalismo cooperativo. El gobierno federal establece los parámetros generales y da incentivos financieros importantes. Los estados financian una parte de los gastos del programa, fijan los criterios de elegibilidad, determinan los mecanismos de financiación y establecen los servicios cubiertos bajo cada programa. En algunos estados se requiere el pago de pequeñas cantidades por algunos servicios. En la mayoría de los estados, los receptores del *Medicare* pueden serlo también del *Medicaid*, lo cual permite cubrir costes que el *Medicare* no abarca. Inicialmente creado para cubrir la asistencia sanitaria de los beneficiarios de la asistencia familiar (AFDC, mujeres y niños de bajos ingresos), a partir de los años noventa cubre a tres categorías: los que reciben la asistencia familiar, los beneficiarios del *Supplemental Security Income Program* (ancianos, ciegos y discapacitados) y lo que se llama grupo opcional (mujeres embarazadas y niños no cubiertos por la asistencia familiar). Inicialmente este programa fue controvertido y muchos estados rehusaron participar. Al principio solo 25 estados se incorporaron al mismo, pero gradualmente se fueron

sumando todos, siendo el último Arizona, que lo hizo en 1982 (Richardson, 2019: 3).

A estos dos grandes programas sanitarios públicos se añadirían el *State Children's Health Insurance Program* y el *Veterans Administration Health Care System*. La *Balanced Budget Act* de 1997 estableció el primero. Este nuevo *block-grant*, que fue añadido (Título XXI) a la Ley de la Seguridad Social, da más facilidades (procesuales y financieras) para que los programas estatales extiendan el seguro sanitario a los niños menores de diecinueve años de bajos ingresos. Los estados gozan de libertad para establecer las condiciones de sus programas, pero siempre que cumplan los estándares federales: cubrir a los pacientes ingresados, a los pacientes no ingresados y tratamientos de emergencia. También deben pagar por las visitas de bebés y niños y las vacunas. La mayoría de los estados cubren cuidado psiquiátrico, incluyendo tratamientos por abuso de sustancias. El otro programa sanitario público es el *Veterans Administration Health Care System*. Se trata este último, al igual que el *Medicare*, de un programa absolutamente federal que tampoco sigue los esquemas de los *grants-in-aid*. Todo aquel que ha servido en las fuerzas armadas tiene acceso al sistema, que es básicamente gratuito y cubre casi todo. Es también completamente público: los hospitales son propiedad del gobierno federal y los médicos son empleados federales (Senserrich, 2020).

Los programas exclusivamente federales en el ámbito sanitario, como el *Medicare* o el *Veterans Administration Health Care System*, no han suscitado controversias constitucionales, y se enmarcan precisamente en el proceso de centralización de competencias que se intensifica en Estados Unidos a partir de 1965 con los programas de bienestar. No se cuestiona la legitimidad federal para regular y financiar la prestación sanitaria de una parte de la sociedad americana (mayores de sesenta y cinco años y veteranos), sobre todo si no se exige la aportación financiera estatal ni se restringe la regulación estatal del mercado de seguros sanitarios.

En lo que se refiere al *Medicaid*, ha existido una gran disparidad en su aplicación por los estados, tanto en los servicios cubiertos como en sus beneficiarios. La legislación federal les dejaba un margen especialmente generoso para concretar a partir de qué nivel de renta una familia podía participar del mismo, siempre relacionando esta cifra con el nivel familiar de ingresos

a partir del cual se establecía el umbral federal de la pobreza. En todo caso, la financiación federal ha sido muy amplia, oscilando entre el 50 y el 74,18 por 100 en función de la renta per cápita de los estados (Vázquez Alonso, 2014: 162 y 163).

A excepción de estos programas públicos sanitarios, en los años venideros se consolidará la privatización del sistema sanitario americano, aprobando leyes que se limitan a impedir que se produzcan las consecuencias más odiosas del mismo; leyes federales que, aunque muy tímidamente, empiezan a fijar unas condiciones de la prestación sanitaria e intervienen en los mercados de seguros sanitarios estableciendo unas mínimas condiciones que limitarán la libertad regulativa de los estados³. Especialmente importante a este respecto, por cuanto intervención en el mercado de seguros sanitarios y limitación de la regulación estatal, es la *Patient Protection and Affordable Care Act* (en adelante, ACA), que establece un sistema de seguro sanitario obligatorio⁴ y unos mínimos estándares nacionales sobre la regulación de los seguros sanitarios que se imponen sin más a los estados, sin necesidad de su consentimiento, como una clara manifestación del llamado federalismo coercitivo. También se prevé la colaboración de los estados para la implementación del sistema a través de subvenciones fundamentalmente en dos aspectos. En primer lugar, los estados pueden ampliar voluntariamente el *Medicaid* para personas menores de sesenta y cin-

³ En 1973 se aprueba la *HMO Act* para la creación y consolidación de estas instituciones de aseguramiento colectivo. En 1986 se aprueba la *Emergency Medical Treatment and Active Labor Act*, mediante la cual se obliga a atender y «estabilizar» al enfermo de urgencias. En 1988 el Congreso aprueba la *Medicare Catastrophic Coverage Act*, con la que se protege a los ancianos del riesgo de ruina financiera debida al coste de su enfermedad. En 2003 se aprueba la *Medicare Modernization Act* que aborda el copago en el gasto farmacéutico en un intento de reducir el incremento de los costes sanitarios. En 1996 se aprueba la *Health Insurance Portability and Accountability Act*, en la que se garantiza la privacidad de los datos médicos, se impide a las compañías aseguradoras eliminar a sus ya asegurados por las condiciones sanitarias preexistentes y se prohíbe la discriminación laboral por el estado de salud. Sobre la evolución de la normativa y posiciones en torno al sistema sanitario en Estados Unidos puede verse, más detalladamente, DE LORA, 2010: 44-46.

⁴ El sistema del seguro sanitario obligatorio no es algo novedoso en Estados Unidos. Este sistema lleva implantado en Hawai desde 1974 (la *Prepaid Health Care Act*) y también Massachussets aprobó en 2006 la *Mandatory Health Insurance Program Act*, una ley obligando a la cobertura sanitaria para todos los residentes. En gran parte esta ley, aprobada por la mayoría de los legisladores republicanos de ese estado y siendo gobernador el republicano Mitt Romney, inspira la reforma sanitaria de Obama.