

LA FINANCIACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL

The financing of the Spanish National Health System

Juan Zornoza Pérez¹

RESUMEN

1. Introducción. 2. Los distintos modelos de financiación de los servicios sanitarios. 3. La financiación de la sanidad en el marco de la financiación de las Comunidades Autónomas. 4. La incidencia en la financiación de la asistencia sanitaria de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema nacional de Salud. 5. Una valoración final: a modo de conclusiones.

RESUMO

O estudo analisa vários modelos de financiamento do sistema de serviço de saúde espanhol, com ênfase na transferência de competências de gestão para as comunidades autónomas. Aprofunda questões sobre as modulações que o sistema exige para atender às peculiaridades da área da saúde, como a garantia constitucional da autonomia regional, integração e unificação da gestão dos serviços de saúde, aumento do custo, melhoria da qualidade exigida na prestação dos serviços, vinculação do aumento de receita ao crescimento de recursos tributários no território de cada comunidade e, por fim, critica a tendência a construir regras estabelecidas pelo princípio da afetação para garantir o sistema de igualdade e coesão do sistema sanitário, o qual colide com o princípio da autonomia financeira e a jurisprudência constitucional. Conclui pela necessidade de estabelecer um novo modelo que viabilize a coordenação pela Administração Geral do Estado de modo que evite a prevalência de interesses locais financeiros em prejuízo da igualdade e da garantia dos direitos fundamentais dos cidadãos.

ABSTRACT

The study will analyze a range of frames examines various models of financing system health in Spanish, with emphasis on the transfer of management skills to the Autonomous Communities. Deeper questions about the modulations that the system requires to meet the peculiarities of health, such as the constitutional guarantee of regional autonomy, integration and unification of the management of health services, increased cost, improving the quality required in the provision of services, linking increasing revenue growth of tax revenues in each of the communities and ultimately criticizes the tendency to build rules established by the principle of allocation system to ensure equality and cohesion of the health system, which collides with the principle of autonomy financial and constitutional jurisprudence. It concludes with the need to establish a new model that allows for coordination by the General Administration of the State to prevent the prevalence of local financial interests to the detriment equality and guarantee the fundamental

Palavras-chaves: Sistemas. Financiamento. Saúde Pública. Comunidades Autónomas. Espanha.

Keywords: Systems. Financing. Public Health. Autonomous Communities. Spain.

1. INTRODUCCIÓN²

Una de las notas más destacadas del modelo de financiación de las Comunidades Autónomas (CCAA en lo sucesivo) surgido de los Acuerdos del Consejo de Política Fiscal

¹ Universidad Carlos III de Madrid

² Este trabajo se enmarca en la línea de investigación financiada por el Ministerio de Ciencia y Tecnología (Ref. BJU2002-01764) sobre la financiación de las Comunidades Autónomas y los Entes Locales.

y Financiera de las Comunidades Autónomas (CPFF en lo sucesivo) de 27 de julio de 2001 (luego revisados a 30 de noviembre de 2001) es su carácter integrador. En efecto, el nuevo modelo se ha propuesto integrar y unificar los tres cauces empleados con anterioridad para dotar a las CCAA de los recursos necesarios para la financiación de sus competencias, superando la disparidad de criterios que se empleaban para la distribución de la financiación, según se destinara a las competencias comunes, a la gestión de los servicios de asistencia sanitaria o, por fin, a la gestión de los servicios sociales.

Como cabía prever, la consecución de ese propósito ha condicionado seriamente la propia construcción del modelo, para empezar en lo que se refiere al volumen y tipo de recursos que han de atribuirse a las CCAA, dada la importancia cuantitativa del gasto sanitario –que, sin embargo, se mantiene constante en relación al PIB³– dentro de los presupuestos autonómicos. Y no sólo en ese aspecto, sino también en otros de alcance más cualitativo, como los relacionados con la elección de los criterios para la distribución de tales recursos, en que había de superarse la heterogeneidad de los que se venían empleando para la asignación a estos entes territoriales de los distintos fondos hasta entonces existentes, según cuál fuera su finalidad, sin incurrir en una excesiva uniformidad, dada la conveniencia de atender a criterios específicos respecto de algunos de los servicios a financiar.

Quizás por ello, también se ha producido un efecto reflejo, pues al reconducirse la financiación de la sanidad al modelo general de financiación, ha sido necesario introducir en este algunas modulaciones, para atender a las peculiares características de los servicios sanitarios. Así, por ejemplo, para garantizar una cierta continuidad en su funcionamiento tras su transferencia a las CCAA, dado que en esta materia está en juego la efectividad de derechos constitucionales, como son los de los arts. 41 y 43 de la Constitución, se ha procedido a introducir algunas medidas que no sólo pueden resultar problemáticas desde la perspectiva del respeto a la autonomía, al imponer a las CCAA la obligación de destinar a la gestión de la asistencia sanitaria un determinado volumen de sus recursos, sino que resultan en cierto modo contradictorias con el propósito de ampliar “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”, que inspira el nuevo modelo de financiación de las CCAA, según la Exposición de Motivos de la Ley 21/2001, de 27 de diciembre.

³ Aunque pueda resultar paradójico, porque en el mismo lugar se encuentran datos de análisis económico referidos al año 2004, las últimas estadísticas de gasto sanitario accesibles en la página en Internet del Ministerio de Sanidad y Consumo (http://www.msc.es/Diseno/informacionProfesional/profesional_sistemas_informacion.htm) se refieren al ejercicio de 2001. En ese ejercicio, el gasto sanitario continuaba estabilizado en el 7,5 % del PIB (lo que supone una reducción del 0,1 % desde 1995) y, dentro de él, el gasto público suponía un 5,4 % del PIB (con idéntica reducción de una décima respecto a 1995); vid. los datos de CABASES HIT A, J. M. 1999, págs. 321 y ss.

Conviene por ello detenerse en el examen de ese nuevo modelo de financiación de carácter integrador, “en tanto que abarca la financiación de todos los servicios susceptibles de traspaso a las Comunidades Autónomas”, como dice la citada Exposición de Motivos, para analizarlo ahora desde la perspectiva de la financiación de los servicios sanitarios; no sin antes hacer una breve referencia a las características de los distintos modelos financieros que se han empleado a lo largo del proceso de descentralización del gasto sanitario, en cuanto pueda resultar útil para comprender las repercusiones que puede producir su tratamiento en la Ley 21/2001.

2. LOS DISTINTOS MODELOS DE FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

En la descripción de los distintos modelos de financiación de los servicios sanitarios anteriores al hoy vigente es habitual hacer referencia a tres períodos diferenciados, que son los que distingue el Acuerdo del CPFF de 30 de noviembre de 2001, para señalar sus características esenciales.

El **primero de dichos períodos** se abriría con el inicio mismo del proceso descentralizador de las competencias sanitarias, a partir del traspaso a la Generalidad de Cataluña de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, que venía prestando el INSALUD, formalizado en el Real Decreto 1571/1981, de 8 de julio, reflejo del acuerdo de la Comisión Mixta de transferencias adoptado en 1980. Inicialmente, la financiación de los servicios traspasados a dicha Comunidad se articularía a través de la transferencia de los créditos presupuestarios a ellos asociados, hasta que con motivo de la liquidación del ejercicio de 1984 se acordó acudir como criterio transitorio de asignación de recursos al coste efectivo de los servicios transferidos (TAMAYO LORENZO 2001, págs. 66-67).

Pese a que el criterio del “coste efectivo del servicio en el territorio de la Comunidad en el momento de la transferencia” había sido consagrado como criterio general para la financiación de los servicios transferidos, en la Disposición Transitoria primera.¹ de la Ley Orgánica 8/1980, de 22 de septiembre, de Financiación de las Comunidades Autónomas (LOFCA en lo sucesivo), existe un general acuerdo en considerar que la principal característica de este período es la gran heterogeneidad de criterios empleados al efecto. En este sentido, si prescindimos de las transferencias efectuadas a favor de las Comunidades del País Vasco y Navarra que, al financiarse mediante los regímenes de Concierto y Convenio económico⁴, carecen de interés a nuestros efectos, observaremos que cada CCAA negoció el criterio de asignación de

⁴ Lo que dio lugar al cálculo de su financiación mediante el empleo del índice de imputación a utilizar en cada ejercicio, de acuerdo con la Ley 12/1981, para el cálculo del Cupo a satisfacer por cada Comunidad Autónoma al Estado, en términos que llevan a afirmar que se trata de un modelo de financiación específico (TAMAYO LORENZO 2001, pág. 76).

recursos para la financiación de la sanidad de acuerdo con sus peculiaridades; lo que, en ausencia de un marco estable de referencia, necesariamente había de conducir a resultados dispersos, produciendo diferencias apreciables en los recursos asignados a las distintas CCAA (GAMAZO/ALBILLOS/GONZALEZ 2000, pág.165) que tempranamente dieron lugar a la denuncia de agravios comparativos y de pretendidas situaciones de privilegio (CABASÉS HITA, J. M. 1999, pág. 334).

Así, por referirnos a los traspasos realizados en esta primera etapa, el Real Decreto 400/1984, de 22 de noviembre, por el que se transfirieron los servicios del INSALUD a la Comunidad de Andalucía reflejaba un doble criterio de financiación transitorio para los distintos tipos de gastos, pues mientras los gastos corrientes se financiarían según el coste efectivo, las inversiones y servicios nuevos se valorarían de acuerdo con la población de derecho, determinada según el censo del INE de 1981, estableciéndose un período de ajuste que –una vez se dispusiera de datos sobre población protegida– había de conducir a la implantación de este último criterio. Por su parte, el Real Decreto 1612/1987, de 27 de noviembre, de transferencia de servicios sanitarios a la Comunidad Valenciana, acudiría al criterio de la población protegida, aún admitiendo transitoriamente el empleo del criterio del coste efectivo de los servicios, en tanto no se dispusiera de datos satisfactorios que permitieran determinar aquella. De forma similar operaría el Real Decreto 1679/1990, de traspaso de servicios a la Comunidad de Galicia, que se compromete a la financiación de los servicios sanitarios por su coste efectivo, aún con el compromiso de alcanzar, a través de aproximaciones sucesivas en un plazo de diez años, una financiación conforme al criterio de población protegida, determinada minorando la población de derecho en la cifra de los colectivos protegidos por entidades mutualistas (MUFACE, ISFAS, MUGEJU, etc.); y el mismo esquema financiero puede encontrarse en el Real Decreto 446/1994, de 11 de marzo, que formalizó el traspaso de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a la Comunidad de Canarias.

Junto a ello, constituye un lugar común la afirmación de que el modelo empleado para la financiación de los servicios sanitarios en esta primera etapa, dadas sus características, no podía garantizar la suficiencia financiera de las CCAA, que padecían desfases presupuestarios y tensiones financieras que, en la línea de tendencia del INSALUD no transferido, daban lugar a modificaciones presupuestarias reiteradas en sucesivos ejercicios, síntoma de una insuficiencia financiera crónica sólo corregida mediante planes de saneamiento financiero a través de los que la Administración central asumía las consecuencias derivadas de las constantes desviaciones presupuestarias (GAMAZO/GAYUBO/SAÑUDO 2001, pág. 105 y RUIZ HUERTA/GRANADOS 2003, pág. 12).

En todo caso, sería en esta primera etapa cuando se produciría la nítida separación entre la financiación general de las CCAA y la correspondiente a las competencias sanitarias que ha operado hasta la aprobación del vigente modelo de financiación, dado que la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS en

adelante), al establecer las bases para la reordenación del sistema sanitario público vino a sentar como criterio para la financiación de las competencias sanitarias de las CCAA –en su art.82– el de la población protegida, que no estaba previsto en la LOFCA, ni para el período transitorio ni para la determinación de la participación en los ingresos del Estado (PIE en adelante), en los sucesivos modelos que habrían de sucederse. Es cierto que el art. 13.1.e) de la LOFCA, a efectos de la negociación de la PIE correspondiente a las CCAA, permite acudir a cualesquiera criterios que “se estimen procedentes”; pero ni siquiera así parece posible salvar la adecuación al bloque de la constitucionalidad –del que forma parte la LOFCA, como expresamente ha dicho la STC 150/1990– de la LGS, que en lo relativo a los aspectos financieros realiza un desarrollo independiente, al margen del sistema constitucional de financiación autonómica, que sólo puede justificarse por razones pragmáticas, pero no desde la perspectiva técnico-jurídica.

Esa regulación particular de la financiación sanitaria, cuyas razones se han querido encontrar “tanto en la pervivencia estructural de la Seguridad Social como nexo de los trasposos, como en una interpretación específica de los artículos constitucionales de atribución de competencias” (TAMAYO LORENZO 2001, pág. 50), obedece fundamentalmente a razones pragmáticas, relacionadas tanto con el empleo de las cotizaciones sociales como fuente de financiación sanitaria, como con la existencia de un gran número de CCAA que no tenían asumidas las competencias sanitarias (CABASÉS HITA 1998, pág. 69). Por ello, aún reconociendo que tales circunstancias planteaban sus propias exigencias, en términos jurídico-constitucionales no puede dejar de señalarse la anomalía que ha supuesto que la financiación sanitaria se desarrollara por fuera del sistema general de financiación o, mejor dicho, como un sistema paralelo (RAMALLO MASSANET 2001, págs. 445-446), que se sirve de los mismos procedimientos que el sistema general, aunque sea para aplicar distintos criterios en la distribución de la financiación entre las CCAA, todo ello sin amparo normativo suficiente. En efecto, la financiación de las competencias sanitarias transferidas a las CCAA se produciría en este primer período de forma paralela a la del resto de las competencias transferidas, sobre la base de negociaciones políticas cuyos resultados se justificarían luego, de forma más o menos forzada, en la aplicación de los criterios legal o reglamentariamente establecidos, que son objeto de negociación tanto en el seno del CPFF, que asumirá también en esta materia un protagonismo que se compadece mal con su configuración legal como órgano consultivo y deliberación (RAMALLO MASSANET/ZORNOZA PÉREZ 1997, págs. 102), como en las Comisiones Mixtas en que se pactarían los costes efectivos que las CCAA percibirían tras la asunción de los servicios de que se trata.

El tránsito al segundo modelo de financiación de las CCAA, que se aprobaría mediante el acuerdo del CPFF de 20 de enero de 1992, no determinó ninguna variación en cuanto a la financiación de la asistencia sanitaria, a pesar de la creación de un grupo de trabajo específico para el examen del sistema de presupuestación y

liquidación del gasto en esta materia. Por ello, sólo en un momento posterior, como consecuencia de los acuerdos del CPFF de 21 de septiembre de 1994, se produciría una reforma de la financiación sanitaria, mediante la aprobación de un nuevo modelo para el **período 1994-1997** que, pese a todo, no supondría la introducción de novedades de excesiva trascendencia. En efecto, además de incrementar notablemente –al partir del gasto efectivo del INSALUD en 1993– la dotación inicial para el gasto sanitario, con el propósito de paliar la insuficiencia financiera crónica que se venía padeciendo, los acuerdos se limitarían a intentar una cierta homogeneización de los criterios de reparto, al establecimiento de la variación en el PIB nominal como índice de evolución de los recursos destinados a la asistencia sanitaria, y al establecimiento de algunas reglas tendentes a la garantía de una mayor disciplina fiscal (GAMAZO/GAYUBO/SAÑUDO 2001, págs. 105-106 y TAMAYO LORENZO 2001, págs. 92 y ss.).

Se intentó, de ese modo, corregir los defectos más visibles ocasionados por el anterior modelo, para empezar, determinando escenarios financieros estables y saneando la deuda existente en el sistema INSALUD para hacer posible una mejora en términos de suficiencia; de una suficiencia que debía hacer posible la adopción de medidas de disciplina fiscal, tendentes al control de unas partidas de gasto siempre crecientes. A tal efecto, para romper la denominada “cultura del crédito ampliable” (GIMÉNEZ MONTERO 1997, pág. 71), cuyos efectos en el incremento del gasto sanitario eran evidentes, los créditos presupuestarios destinados a estas atenciones pasaron a tener carácter limitativo, con la consecuencia de que las posibles insuficiencias presupuestarias requerirían para su cobertura la tramitación de los correspondientes suplementos de crédito o créditos extraordinarios, lo que implicaba además traspasar a las CCAA un cierto grado de responsabilidad sobre las desviaciones presupuestarias que pudieran producirse. Si a ello unimos el intento de superar la heterogeneidad en cuanto a los criterios determinantes de la financiación, haciendo posible la implantación del de población protegida, sancionado por la LGS, mediante un proceso de adaptación progresivo y el establecimiento de la tasa de variación del PIB nominal como índice de evolución, se comprobará que el acuerdo del CPFF de 21 de septiembre de 1994 tuvo, sin duda, la virtualidad de resolver algunos de los problemas generados en un desordenado proceso de traspasos, aunque no pudo alumbrar un modelo estable de financiación, al no abordar los problemas derivados de los flujos interterritoriales de pacientes –ya que el Estado continuó asumiendo el coste de la asistencia a desplazados–, ni ser capaz de establecer criterios que reflejaran las diferencias en términos de necesidad relativa existentes entre las distintas CCAA (TAMAYO LORENZO 2001, pág. 105).

En paralelo a los trabajos que habían de conducir a la elaboración del nuevo modelo de financiación general de las CCAA, recogido en los acuerdos del CPFF de 23 de septiembre de 1996, el Congreso de los Diputados acordó la creación de una Subcomisión para el estudio de las reformas necesarias para la modernización del sistema sanitario que rindió un Informe final en que, prescindiendo de otros aspectos,

se instaba al CPFF para que en durante la vigencia del modelo que había de aprobarse para el **período 1998-2001** abordase la incorporación de la financiación sanitaria a la financiación general de las CCAA, sobre la base de criterios de incorporación progresiva y corresponsabilidad fiscal. Quizás desde esa perspectiva, como medidas destinadas a preparar la anunciada convergencia entre ambos modelos de financiación, dado que su expiración había de producirse en el mismo ejercicio de 2001, los acuerdos del CPFF de 27 de noviembre de 1997, introdujeron algunas reformas en la financiación de la sanidad que merece la pena comentar brevemente, en cuanto pueden contribuir a la mejor comprensión de la situación hoy existente.

Así, en garantía de la suficiencia estática del modelo, se determina un volumen inicial de recursos a partir del gasto presupuestado para el ejercicio de 1998, al que se agregan distintas partidas adicionales, para constituir una masa de financiación que se distribuirá en tres fondos, cuya sola existencia constituye ya una novedad relevante. El primero de ellos, el denominado Fondo general, al que se asigna el 98,2 por 100 de los recursos globales correspondientes al primer ejercicio, se destina a la cobertura de las prestaciones generales y se distribuye entre las CCAA de acuerdo con el criterio de población protegida, calculada a partir del padrón de 1996 y actualizando los datos de las personas acogidas a entidades de mutualismo administrativo. Junto a el se sitúan dos fondos adicionales, de carácter finalista, para atenciones específicas, cuya distribución obedecerá a criterios distintos del de población protegida, único sancionado en la LGS. Así ocurre con el Fondo de modulación financiera, destinado a compensar las potenciales pérdidas de financiación que pudieran sufrir las CCAA cuya población hubiera disminuido respecto al censo de 1991, dado que la población protegida había evolucionado de forma distinta en cada territorio y cuyo funcionamiento resulta sorprendente pues, como ha observado GIMÉNEZ MONTERO (1997, pág. 74), asigna más fondos a las CCAA que menos han crecido; lo que sólo puede entenderse –como afirma el citado autor– si se considera que la lógica “oculta” de este fondo no es otra que la de ofrecer a las CCAA una garantía de mínimos, paralela a la que opera en el ámbito de la financiación general, de modo que ninguna Comunidad reciba por el nuevo modelo un volumen de recursos inferior al que le proporcionaba el anterior. Por su parte, el que se conoce como Fondo de asistencia hospitalaria se vincula a la cobertura de las necesidades financieras originadas por la docencia y asistencia hospitalaria a no residentes; circunstancias que, indudablemente, condicionan el nivel de gasto sanitario, pero que permiten, como en el fondo anterior, introducir criterios de distribución no explícitos⁵ de cuya aplicación resultan “diferencias

⁵ No obstante, GAMAZO/ALBILLOS/GONZÁLEZ 2000, pág. 170 mencionan como criterios para su distribución territorial el “saldo de pacientes atendidos por cada C.A. (diferencia entre pacientes “importados” y pacientes “exportados”), número de médicos internos residentes (MIR) etc.”.

paradójicas en la relación entre pérdidas relativas de población y recursos asignados” (TAMAYO LORENZO 2001, pág. 123).

Y este dato debe destacarse como merece, pues pone de manifiesto que también en el ámbito de la financiación del gasto sanitario se ha operado al margen del derecho, prescindiendo de los criterios legalmente establecidos para la distribución de la financiación, con el fin de alcanzar los resultados considerados razonables o deseables, que luego se justifican mediante técnicas de ajuste necesariamente discutibles, que no pueden justificarse ni por razones de suficiencia ni de equidad, e implican que “se abandona, ..., un criterio transparente de reparto y la financiación sanitaria queda más vulnerable a posibles presiones políticas que puedan ejercer las distintas CCAA” (GAMAZO/GAYUBO/SAÑUDO 2001, págs. 113). En efecto, existe una amplia coincidencia en cuanto a la escasa claridad de los criterios de distribución empleados respecto a los dos Fondos especiales, por lo que no es extraño que su destino haya sido “excesivamente dependiente de la negociación política” (GAMAZO/ALBILLOS/GONZÁLEZ 2000, pág. 173; y TAMAYO LORENZO 2001, págs. 128-129), con la inevitable consecuencia de que el modelo en su conjunto se torna inestable, al quedar al arbitrio y a la libre disposición de las fuerzas políticas, en ausencia de criterios legalmente preestablecidos que pudieran condicionar jurídicamente los resultados a alcanzar.

Por fin, para poner término a este apretado recorrido histórico, conviene señalar que también para el período 1998-2001, en cumplimiento del principio de suficiencia dinámica, se previó la evolución de la financiación sanitaria de las CCAA según el índice de incremento del PIB nominal; índice que se ha mostrado insuficiente para garantizar una adecuada cobertura de las necesidades de gasto en esta materia, pues la realidad ha mostrado como el gasto sanitario público ha crecido en un porcentaje mayor que el PIB nominal (GAMAZO/ALBILLOS/GONZÁLEZ 2000, pág. 171). De ahí la insistencia en la obtención de ahorros en esta materia, que se han querido inducir en los propios modelos de financiación, como ocurrió en el correspondiente al período que nos ocupa, al preverse que los ahorros alcanzados como consecuencia de la adaptación del consumo farmacéutico a las necesidades reales de la población y por el control del gasto por incapacidad laboral transitoria revirtieran en el mismo sistema sanitario, en lugar de destinarse a la reducción del déficit público, como ocurría con anterioridad (ALBILLO/GAMAZO/GONZÁLEZ/SAÑUDO 2002, pág. 88).

No es fácil establecer los elementos comunes a los modelos de financiación que han quedado descritos, que ciertamente han hecho posible que la financiación sanitaria discurriera por sus propias vías, al margen de la financiación general de las restantes competencias y servicios de las CCAA, aunque operando de manera paralela en ambos ámbitos. Precisamente por ello, si quisiéramos señalar su rasgo más característico éste sería la inexistencia de un marco normativo que haya servido de referencia para el cálculo de la financiación a recibir por las CCAA, pues si inicialmente se acudió a la financiación del coste efectivo de los servicios transferidos no fue según la Disposición

Transitoria primera de la LOFCA y, desde luego, poco tiene que ver la población protegida a que acudió la LGS con los criterios del art. 13 de aquella Ley Orgánica.

De ahí que, como se ha señalado por la generalidad de los autores, la determinación de las cantidades a percibir por cada Comunidad haya sido el resultado de complejas negociaciones, desarrolladas ora en el CPFE, ora en las Comisiones Mixtas de transferencias; resultado que luego se ha querido revestir mediante el recurso a criterios pretendidamente objetivos, pues los responsables políticos son muy aficionados a suplir con una supuesta objetivación técnica su falta de capacidad para el compromiso político (LÓPEZ-CASASNOVAS, G. 2001, pág. 3). Y conviene destacarlo, porque esta es una de las principales causas de inestabilidad de la financiación autonómica, general y de la asistencia sanitaria; de una inestabilidad que es, ante todo, inestabilidad normativa y, por tanto, no depende de la mayor o menor duración del modelo de que se trate, sino de la existencia de reglas vinculantes para el propio legislador –integradas, por tanto, en el bloque de la constitucionalidad– que concreten los criterios para el reparto de los recursos financieros disponibles, asegurando la previsibilidad y planificación financieras de los Entes territoriales. Porque, como advirtiera el Tribunal Constitucional Federal alemán en su Sentencia de 11 de noviembre de 1999 (BVerfGE 101, 158), las normas de la Constitución financiera excluyen que la financiación de los entes territoriales pueda articularse a partir de acuerdos sobre cifras concretas, luego revestidos sobre la base de pretendidos criterios técnicos; y, antes al contrario, reclaman el establecimiento de criterios legales precisos, dotados de una vigencia temporal razonable, que desarrollen de manera adecuada los principios y normas constitucionales, de manera que “los criterios acerca del reparto de los ingresos tributarios y los mecanismos de solidaridad se encuentren configurados antes de que sean conocidos sus efectos posteriores”⁶.

3. LA FINANCIACIÓN DE LA SANIDAD EN EL MARCO DE LA FINANCIACIÓN DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS.

Como se había avanzado por la generalidad de los autores, una vez producida la separación de las fuentes de financiación del sistema de la Seguridad Social, de modo que la asistencia sanitaria pasara a cubrirse con cargo a los recursos presupuestarios ordinarios, desvinculándose de las cotizaciones sociales, la pervivencia de un modelo propio de financiación de esta concreta competencia autonómica perdería buena parte de su sentido, lo que auguraba su incorporación al modelo de financiación general resultante de la LOFCA, máxime una vez que la totalidad de las CCAA

⁶ Sobre dicha jurisprudencia, con mayores referencias, vid. ORTIZ CALLE, E. 2000, págs. 14 y ss.

habían asumido competencias en materia de asistencia sanitaria y sólo quedaba pendiente la concreción del proceso de traspasos⁷.

Pues bien, aunque dichos traspasos fueron efectivamente acordados en paralelo a la discusión del nuevo modelo de financiación de las CCAA, resultante de los acuerdos del CPFF de 27 de julio de 2001⁸, parcialmente modificados a 30 de noviembre del mismo año, desde un primer momento se pretendió que dicho modelo integrara los hasta entonces existentes para la financiación de las competencias comunes, de las competencias sanitarias y de las competencias en materia de servicios sociales. No obstante, por lo que ahora interesa, esa integración no afecta a la totalidad de las instituciones y servicios de asistencia sanitaria, sino sólo a los que eran de la titularidad de la Seguridad Social; de manera que en los Presupuestos Generales del Estado continuarán existiendo partidas de gasto sanitario gestionadas por instituciones ajenas al sistema de seguridad Social⁹, como las correspondientes a las entidades de mutualismo administrativo, mutuas patronales, asistencia sanitaria en instituciones penitenciarias, etc. lo que supone una dispersión de recursos que puede perjudicar la eficiencia del Sistema Nacional de Salud (RUIZ HUERTA/GRANADO MARTÍNEZ 2004, pág. 53).

Sea como fuere, la integración de la financiación sanitaria en el modelo general de financiación de las CCAA había de incidir, necesariamente, en la articulación de ese modelo general, necesitado de nuevos y mayores recursos, dada la importancia del gasto sanitario público y, también, de nuevos criterios para la distribución de fondos entre las CCAA, dada la peculiaridad de los nuevos servicios transferidos y su inmediata conexión con la satisfacción de necesidades fundamentales, cuya atención debe producirse en condiciones básicas de igualdad en todo el territorio español.

En cuanto a lo primero, prescindiendo incluso del propósito de incrementar la corresponsabilidad fiscal de las CCAA, que en sí mismo hubiera justificado la asignación de nuevos recursos tributarios a su financiación, lo cierto es que los acuerdos del CPFF establecen una inmediata conexión entre su asignación y la asunción de las competencias sanitarias, hasta el punto de que entre sus líneas básicas se indica que “para poder asumir la cesión del IVA y los Impuestos Especiales de fabricación, así como la cesión del Impuesto sobre la Electricidad y del Impuesto Especial sobre Determinados Medios de Transporte y del Impuesto sobre Ventas Minoristas de

⁷ Coincidentes en ese sentido CABASÉS, J.M. 1998, pág. 69; GAMAZO/ALBILLOS/GONZÁLEZ 2000, pág. 176; MONTERO GRANADOS y otros 2000, pág. 1; GAMAZO/GAYUBO/SAÑUDO 2001, pág. 118; y LÓPEZ-CASASNOVAS 2001, pág. 7.

⁸ Los traspasos se formalizaron efectivamente en los Reales Decretos 1471 a 1480/2001, todos ellos de 27 de diciembre, con valoraciones de los traspasos que ofrece el MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO 2004, pág. 19, cuadro 2.

⁹ Según los datos del MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO 2004, pág. 21, cuadro 3, el gasto público sanitario gestionado por la Administración General del Estado ascendió en 2002, tras la finalización de los traspasos, al 8,5 por 100 del gasto total.

Determinados Hidrocarburos, será condición necesaria tener traspasados los servicios de gestión de asistencia sanitaria de la Seguridad Social”. Resulta pues evidente que los nuevos recursos que se ponen a disposición de las CCAA lo son para la financiación de sus competencias sanitarias y de servicios sociales, áreas que parecen considerarse especialmente sensibles desde la perspectiva de la igualdad, por lo que frente a las exigencias de la autonomía financiera, que hubieran reclamado la integración de los recursos destinados a la sanidad en el bloque de la financiación incondicionada (CABASÉS HITA 1998, pág. 70), con el fin de que las CCAA pudieran establecer sus propias políticas en la materia¹⁰, los acuerdos del CPFF han optado por establecer un elevado grado de condicionalidad, afectando a la gestión de la asistencia sanitaria un importante volumen de recursos de las CCAA, como forma –según los acuerdos del CPFF– de hacer posible la transferencia de la gestión de la asistencia sanitaria, manteniendo al tiempo las condiciones necesarias para el ejercicio de la competencia exclusiva del Estado sobre el régimen económico de la seguridad social (art. 149.1 17ª CE).

En cuanto a lo segundo, la aproximación de la financiación general a un criterio poblacional facilitaba, sin duda, el empleo de criterios unitarios para la distribución de una financiación autonómica integral (LÓPEZ-CASASNOVAS 2001, pág. 7). Sin embargo, la aparente unidad del nuevo modelo de financiación no ha impedido la consagración de criterios diferenciados para la distribución de los distintos fondos en que se divide la financiación a percibir por las CCAA, lo que dificulta el logro de la deseable transparencia y, de nuevo, hace pensar que se ha operado con la tradicional metodología de acuerdos previos –sobre los resultados financieros– que, en un momento posterior, se revisten de criterios pretendidamente técnicos que, por ello, deben ser necesariamente múltiples y heterogéneos.

3.1. Sobre todo ello volveremos en un momento posterior, pues antes de emitir un juicio sobre el modelo de financiación, conviene describir su estructura y funcionamiento, a partir no sólo de los acuerdos citados del CPFF, sino de los instrumentos normativos a través de los cuales se ha implantado el nuevo modelo de financiación. Porque la primera novedad en la implantación del nuevo modelo de financiación se refiere a la técnica legislativa empleada, ya que frente al confuso juego de relaciones y remisiones entre los acuerdos del CPFF y las leyes que determinaban sus efectos en términos presupuestarios, que hemos criticado en otro lugar (RAMALLO MASSANET/ZORNOZA PÉREZ 1995, págs. 30 ss. y, en términos más precisos, 1997, págs. 111 ss.), se ha optado en esta ocasión por incorporar el contenido de los citados acuerdos a la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, que regula las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de

¹⁰ Dado que, como dijo la STC 63/1986, de 21 de mayo, una de las facetas menos controvertidas de la autonomía financiera de las CCAA es, precisamente, “la capacidad de las Comunidades para definir sus gastos en los correspondientes presupuestos”.

régimen común y de las Ciudades con Estatuto de Autonomía (LFCA en lo sucesivo), según aclara su Exposición de Motivos, “dada su vocación de permanencia”.

En todo caso, la introducción del nuevo modelo de financiación integrado ha requerido también una reforma de la LOFCA, que ha llevado a efecto la Ley Orgánica 7/2001, de 27 de diciembre; una reforma que, en apariencia, sólo ha tenido en cuenta la integración en el modelo de financiación de los servicios sanitarios a efectos de considerarlos como servicios públicos fundamentales, cuyo nivel mínimo debe ser garantizado por el Estado a través de las asignaciones de nivelación a que se refiere el texto modificado del art. 15 de la LOFCA. No obstante, como luego veremos, también existen otras medidas directamente conectadas con la incorporación al modelo de financiación de la asistencia sanitaria, aunque no sea de forma explícita. Porque, tanto el incremento de la financiación autonómica mediante la cesión de nuevos tributos, como la constitución de un Fondo de suficiencia, a través del cual se realizará la participación de las CCAA en los ingresos del Estado, que son los elementos centrales del nuevo modelo, están relacionados con la integración en el mismo de la financiación de la sanidad, aunque la conexión con ésta resulta en ocasiones más visible, como veremos que ocurre en relación al nuevo Impuesto sobre las Ventas Minoristas de determinados Hidrocarburos (IVMH), cuya cesión sólo puede asumirse –como dicen los acuerdos del CPFF– si se tienen traspasados los servicios de gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

La incorporación directa de los acuerdos del CPFF a la ley, que ha requerido una previa reforma de la LOFCA, supone una cierta mejora en cuanto a la técnica legislativa tradicionalmente empleada en materia de financiación autonómica. Sin embargo, no se han conseguido de ese modo los objetivos de estabilidad pretendidos, pues los criterios para el reparto de la financiación autonómica siguen previstos en una ley ordinaria –la LFCA– que para nada vincula al legislador posterior que, en consecuencia, en las posteriores leyes de presupuestos, podría modificarlos o ignorarlos –en una suerte de derogación tácita– sin que desde el punto de vista de la teoría de las fuentes se hubiera incurrido en ningún tipo de vicio constitucional. Por ello, hubiera resultado preferible que dichos criterios quedaran establecidos en la LOFCA, de modo que dicha norma –integrada en el bloque de la constitucionalidad– concretara y completara, mediante criterios generales y practicables, vinculantes para el legislador, los conceptos jurídicos indeterminados que sobre la financiación de las CCAA y la solidaridad entre las mismas establece la Constitución¹¹; porque de ese modo hubiera quedado legalmente garantizada la necesaria estabilidad del nuevo modelo de financiación que, como es obvio, no depende de su mayor o menor duración temporal, sino de su configuración normativa.

3.2. Es, en todo caso, la LFCA la disposición que –al elevar a rango legal los acuerdos del CPFF– establece y regula los elementos que integran el nuevo modelo de

¹¹ A ello apuntan los argumentos de ORTIZ CALLE 2000, págs. 20 ss. y AJA FERNÁNDEZ 2001, págs. 388 ss.

financiación; un modelo que, en lo que ahora nos interesa, desde la perspectiva de la financiación de la asistencia sanitaria, presenta algunas singularidades que conviene destacar.

Así, en primer lugar, pese a que el modelo pretende integrar la financiación correspondiente a la totalidad de competencias y servicios transferidos a las CCAA, se distingue entre diversos bloques competenciales a efectos de dicha financiación, con el objetivo de establecer de manera separada las necesidades de gasto que genera su gestión. Esas **necesidades de financiación**, cuya percepción garantiza a las CCAA la suficiencia estática, equivalen al gasto efectuado en el ejercicio de 1999, que se toma como referencia o base a efectos de cálculo (art. 2.1 LFCA); de un cálculo que se efectúa de manera diferenciada según bloques competenciales, para separar las competencias comunes, la gestión de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social y la de los servicios sociales (art. 3 LFCA).

Centrándonos en lo que ahora interesa, al coincidir la aprobación del nuevo modelo de financiación con el traspaso de las competencias sanitarias, son dos los bloques que integran la masa de financiación correspondiente a tales competencias pues, por un lado, ha de tomarse en consideración la financiación resultante de la liquidación definitiva del año base de 1999, para las CCAA con competencias asumidas mientras que, por otro, debe computarse “el importe de la financiación resultante” para las restantes CCAA integradas en el bloque “INSALUD gestión directa” (art. 3 LFCA). Así determinada la masa homogénea de financiación correspondiente a las competencias sanitarias, por referencia a un ejercicio cuya elección no parece que pueda considerarse casual, su distribución entre las distintas CCAA se realiza a través de un Fondo general y varios Fondos específicos, cuya lógica es diversa y enlaza con la de los fondos ya existentes en el modelo de financiación de la asistencia sanitaria resultante de los acuerdos del CPFF de 27 de noviembre de 1997.

Por lo que se refiere al denominado **Fondo general**, interesa destacar que su regulación incorpora la tradicional garantía de mínimos, tendente a facilitar la aceptación del nuevo modelo por parte de Comunidades que pudieran ver reducida su financiación, al asegurar los acuerdos del CPFF que “la financiación asignada a cada Comunidad Autónoma por el Fondo General..., sea al menos igual a la que cada una de ellas tiene asignada...”. Una garantía que se concreta en la Disposición Transitoria segunda.1 de la LFCA, en cuya virtud “(E)l 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”; y que adquiere particular importancia porque, frente al empleo exclusivo del criterio de la población protegida que consagró la LGS, el nuevo modelo establece tres criterios distintos para la distribución del Fondo general, cuyo juego podría alterar la posición relativa de las distintas CCAA. Y es que la población protegida, calculada por referencia al valor de la misma para 1999, según las estadísticas elaboradas por el Ministerio de Sanidad y Consumo, pondera exclusivamente un 75 por 100, correspondiendo un 24,5 por

100 al criterio de población mayor de sesenta y cinco años¹², mientras que el 0'5 por 100 restante se distribuirá según la variable de insularidad¹³ (art. 4.B.a LFCA), lo que ha producido “la reordenación de la financiación *per cápita* entre CCAA, las antiguas con las nuevas gestoras, sin que se adivine ningún patrón redistributivo claro” (LÓPEZ CASASNOVAS 2003, pág. 6).

Es cierto que los nuevos criterios se encuentran relacionados con factores generalmente considerados como determinantes de la factura sanitaria (GAMAZO/GAYUBO/SAÑUDO 2001, pags. 116-117), pero no lo es menos que la falta de estudios previos sobre los efectos resultantes de la aplicación de dichos criterios, permite mantener que “la utilización y la ponderación de estas variables de reparto no pueden justificarse con criterios técnicos aceptables ni como consecuencia de un proceso de aproximación a los componentes del gasto sanitario en función de la edad, sino simplemente por razones de resultado” (RUIZ HUERTA/GRANADO MARTÍNEZ 2003, pág. 20); de un resultado que pretendía garantizar la aceptación unánime del nuevo modelo y que, por ello, no sólo supuso un importante coste adicional¹⁴, sino que resulta difícil de justificar, pues los resultados en términos de financiación *per cápita* obtenida por las distintas CCAA no se atienen a ningún patrón de distribución claro¹⁵. Pese a que esa forma de operar resulta injustificable y produce efectos perversos sobre el modelo de financiación, lo cierto es que puede comprenderse, si se tiene en cuenta que la integración de la financiación sanitaria en el modelo general de financiación se ha producido en paralelo al proceso de traspaso de las competencias sanitarias a varias Comunidades. Porque en los tradicionales procesos de traspaso de competencias, la negociación entre el Estado y cada Comunidad se centraba en la determinación del coste efectivo de los servicios transferidos, que posteriormente se integraba en el modelo de financiación; mientras que en el caso de la transferencia de los servicios de asistencia sanitaria, al incorporarse directamente su financiación al nuevo modelo, en el momento de calcular las necesidades homogéneas de financiación, la discusión

¹² Según la población mayor de sesenta y cinco del Padrón elaborado por el INE para cada Comunidad a 1 de enero de 1999.

¹³ Cuya asignación se efectúa proporcionalmente a la distancia en kilómetros, ponderada por tramos, entre las costas de la península y las capitales insulares, según la información del Centro Nacional de Información Geográfica del Ministerio de Fomento.

¹⁴ LÓPEZ CASASNOVAS 2003, pág. 2 lo cifra en torno a los dos mil millones de euros.

¹⁵ Los datos del MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO 2004, págs. 43 y ss, cuadro 12, sobre presupuesto inicial por persona protegida y año, en 2003, arrojan una media de 923 €, pero existe una importante dispersión, pues el presupuesto *per cápita* oscila entre los 1.121 € de La Rioja, los 1.111 de la Comunidad Navarra, o los 1.107 € de Cantabria, y los 807 € de las Islas Baleares o los 815€ de la Comunidad Valenciana, sin que sean claras las razones que pueden explicar la brecha existente entre dichas CCAA, pese a que si es evidente, como expresamente se dice (pág. 46), que las que presupuestan mayor gasto son precisamente las de menor población. La información relativa al ejercicio de 2004, accesible en la página de Internet del Ministerio aumentan la distancia existente entre la Comunidad con mayor presupuesto *per cápita*, que sería La Rioja, con 1227,5 € y la de menor presupuesto, que sería la Comunidad de las Islas Baleares, con 786,6 €, que experimenta un descenso del 2,6 por 100 respecto al año anterior.

sobre el coste efectivo carecía de relevancia y se terminaba convirtiendo en una discusión sobre el resultado financiero del modelo, primero en lo relativo a la financiación de la asistencia sanitaria y, en su caso, valorado en su conjunto.

Junto al citado Fondo general, el art. 4.B).c) de la LFCA establece dos **Fondos específicos** que atienden, por un lado, a financiar los programas y medidas dirigidas al control del gasto relativo a la incapacidad temporal, así como a la mejora de la gestión de los servicios de asistencia sanitaria para esta contingencia y, por otro, a la garantía de la igualdad en las condiciones de acceso a los servicios de asistencia sanitaria públicos en todo el territorio español y la atención a ciudadanos desplazados de la Unión Europea o de países con los que exista convenio de asistencia sanitaria recíproca.

El primero de ellos, **Fondo “Programa de ahorro en incapacidad temporal”** se encuentra vinculado –como su nombre indica– al desarrollo de actuaciones tendentes al control del fraude existente respecto a las situaciones de incapacidad temporal, por lo que emparenta directamente con las medidas previstas en los acuerdos del CPFF de 27 de noviembre de 1997, que ya contemplaban medidas de ahorro relacionadas con este tipo de actuaciones, que revertirían en la financiación sanitaria, según se establece ahora en el art. 4.B).c) de la LFCA, que expresamente prevé que el importe de este Fondo –cuya dotación coincidía inicialmente con la de este programa en ejercicios precedentes– “está integrado en las necesidades de financiación para cada Comunidad Autónoma”.

Por su parte, el denominado **Fondo de cohesión sanitaria** se diseña en el citado precepto de la LFCA con la ambiciosa finalidad de “garantizar la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria 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”. Se trata de un Fondo llamado a asumir las funciones del antiguo fondo de “desplazados”, contemplado en los acuerdos del CPFF de 27 de noviembre de 1997, pero cuya importancia se ha querido realzar en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, al atribuirle –ni más ni menos– la financiación de las políticas que aseguren la cohesión sanitaria y la corrección de desigualdades; finalidades harto ambiciosas para una dotación variable y que ha evolucionado a la baja¹⁶ (RUIZ HUERTA/GRANADO MARTÍNEZ 2003, pág. 21), sin que sus criterios de distribución se encuentren legalmente predeterminados, ya que la LFCA los difiere –como los del otro Fondo específico mencionado– a una futura “regulación específica” que, mucho nos tememos, salvo en lo relativo a la gestión de desplazados, que ha sido ya objeto de regulación¹⁷, continuará constituyendo la válvula de ajuste o último remedio para aten-

¹⁶ Los datos del MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO 2004, pág. 37 son esclarecedores, pues de una dotación inicial de 60,10 millones de euros en el presupuesto de 2002, se distribuyeron sólo 55,09 millones y, siguiendo esa senda descendente, en 2003 se presupuestaron sólo 54,09 millones de euros.

¹⁷ Por el Real Decreto 1247/2002, de 3 de diciembre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria, que se limita a distribuir la compensación del Fondo por asistencia a desplazados,

der a las demandas de financiación de las Comunidades que, sintiéndose perjudicadas por el nuevo modelo, dispongan de suficiente capacidad de presión política.

En todo caso, conviene resaltar que la gestión de ambos Fondos específicos continúa centralizada, en el primero de ellos en la Tesorería General de la Seguridad Social, que al tener encomendada la pura “gestión financiera” limitará sus funciones al libramiento de los créditos correspondientes a los programas incluidos en el mismo y, en el segundo de ellos, en el Ministerio de Sanidad y Consumo, que asume funciones que van mucho más allá de la simple gestión financiera, al tratarse de un Fondo cuyas finalidades requieren la intervención del Estado como garante de la igualdad básica de los ciudadanos en el acceso a los servicios sanitarios, dada su conexión –cuando menos– con los derechos deducibles de los arts. 41 y 43 de la Constitución. Y no puede dejar de señalarse, a este respecto, lo anómalo que resulta ese protagonismo gestor del Estado una vez finalizado el proceso de transferencias, pues encomendada a las CCAA la gestión de la asistencia sanitaria, al Estado le incumbe en este ámbito, fundamentalmente, una función estratégica que puede desempeñar mediante el recurso a las competencias legislativas y de coordinación que la Constitución le atribuye (VAQUER CABALLERÍA 2003, pág. 2), pero no asumiendo directamente una gestión que no le corresponde, ni siquiera bajo la cobertura del título “gestión económica de la Seguridad Social”, que parece seguirse empleando a estos efectos por su mayor intensidad relativa que los que el Estado ostenta directamente sobre la materia sanidad.

Así se comprueba en los acuerdos del CPFF, que esgrimen dicho título para justificar el denominado “principio de afectación”, conforme al cuál las CCAA quedarán obligadas a “destinar a la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social un determinado volumen de sus recursos”; lo que, a su vez, obliga a que “esa financiación aparezca diferenciada y condicionada a la finalidad perseguida”, para que las CCAA destinen en todo caso a la asistencia sanitaria de la seguridad social un mínimo equivalente al resultado de aplicar el índice ITE nacional (ITEn en adelante)¹⁸ a las necesidades de financiación de las competencias sanitarias determinadas para el año base de 1999. E impuesta tal obligación, que se formaliza en el art. 7.3 de la LFCA, para facilitar su cumplimiento incluso en el caso de que la evolución de los recursos de las CCAA no fuera satisfactoria, generando tensiones financieras, los acuerdos del CPFF garantizan a las CCAA, durante los tres primeros años de vigencia del modelo, que los ingresos afectados a la financiación de estas competencias experimentarán un

residentes en España o a cargo de las instituciones de otro Estado.

¹⁸ Índice ITEn, definido en los acuerdos del CPFF como indicador nacional de los ingresos tributarios del Estado y, con toda precisión, en el art. 15.3 de la LFCA como “la recaudación estatal, excluida la susceptible de cesión a las Comunidades Autónomas por IRPF, IVA y los Impuestos Especiales de fabricación sobre la Cerveza, sobre el Vino y Bebidas fermentadas, sobre Productos Intermedios, sobre Alcohol y Bebidas Derivadas, sobre Hidrocarburos y sobre Labores del Tabaco”.

crecimiento al menos igual a la “evolución del PIN nominal a precios de mercado”, garantizando así la suficiencia dinámica del modelo.

3.3. Determinadas las necesidades financieras de las CCAA para la atención a sus distintos bloques competenciales, tanto los acuerdos del CPFF como el art. 6 de la LFCA establecen que “se financiarán con todos los recursos del sistema, en su valores del año 1999”, que se relacionan sin asignación específica a dichos bloques competenciales.

Además de los tributos cedidos tradicionales y de la tarifa autonómica del IRPF, las nuevas y mayores necesidades de financiación determinadas por la generalización del traspaso de las competencias sanitarias, han dado lugar a que se produzcan novedades relevantes en cuanto a los **recursos financieros** empleados en el nuevo modelo. En este sentido, a la cesión total de la recaudación de los tributos cedidos tradicionales (Impuesto sobre el Patrimonio, Impuesto de Transmisiones Patrimoniales y Actos Jurídicos Documentados, Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones y Tributos sobre el juego), se ha unido la del Impuesto sobre Determinados Medios de Transporte y la del nuevo Impuesto sobre Ventas Minoristas de Determinados Hidrocarburos, una figura novedosa, cuya compatibilidad con la Directiva 92/12/CEE de Impuestos Especiales, sólo es posible en la medida en que se le asignen finalidades específicas, de modo que no tenga objetivos principalmente presupuestarios y sea exigible únicamente en la puesta al consumo¹⁹. Del mismo modo, a la cesión parcial (33 por 100) del IRPF, plasmada en la regulación de su tarifa autonómica, se ha venido a agregar la cesión, también parcial, de la recaudación líquida en el territorio de cada Comunidad por el IVA (35 por 100) y por los tradicionales Impuestos Especiales de Fabricación (40 por 100 de la recaudación líquida por los Impuestos sobre la Cerveza, sobre el Vino y Bebidas Fermentadas, sobre Productos Intermedios, sobre Alcohol y Bebidas Derivadas, sobre Hidrocarburos y sobre Labores del Tabaco), además de la del 100 por 100 del Impuesto sobre la Electricidad. Y, por fin, cubriendo la función residual, de cobertura de las necesidades de gasto no atendidas mediante los recursos tributarios que han quedado enumerados²⁰, se sitúa el denominado Fondo de suficiencia, que no es más que el instrumento a través del cual las CCAA y Ciudades con Estatuto de Autonomía participarán en los ingresos del Estado.

Aunque por razones obvias, en cuanto nos apartaría de la línea argumental que venimos desarrollando, no es este el momento de analizar desde la perspectiva estrictamente financiera la oportunidad del empleo de estos recursos y las reglas a

¹⁹ Precisamente por ello, el art. 9.uno.3 de la Ley 24/2001, de 27 de diciembre, de medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social, que estableció el Impuesto, señala que sus rendimientos “quedarán afectados en su totalidad a la financiación de gastos de naturaleza sanitaria orientados por criterios objetivos fijados en el ámbito nacional”, aunque la parte de recursos derivada del tipo de gravamen autonómico podrá emplearse para financiar actuaciones medioambientales.

²⁰ Capacidad fiscal, en los términos del art. 13 de la LOFCA, en redacción dada por la Ley orgánica 7/2001, de 27 de diciembre.

que se sujeta su utilización, debe dejarse constancia de que la ampliación de la cesión de tributos más allá de la imposición sobre la renta y el patrimonio de las personas físicas es un hecho positivo, que contribuye a superar las deficiencias que desde esta perspectiva ofrecía el anterior modelo de financiación, al ceder fundamentalmente figuras apoyadas en el gravamen de capacidades fiscales directas, cuya distribución territorial es desigual (ZORNOZA PÉREZ 1997, pág. 4005). No obstante, ello no supone que su articulación quede exenta de críticas, pues el hecho de que la cesión de los impuestos sobre el consumo no incluya, por razones fáciles de entender²¹, la atribución de competencias normativas a las CCAA, determina un cierto sesgo del modelo, dado que éstas no podrán incidir en la carga tributaria soportada por sus ciudadanos a través de dicha imposición, salvo en materia de hidrocarburos; y, de otro lado, hace dudar de que la consideración del IVA y los Impuestos Especiales como tributos cedidos resulte adecuada, dada su similitud con las participaciones en la recaudación territorializada de determinados impuestos.

En todo caso, desde la perspectiva de los recursos financieros a emplear en la financiación de la sanidad, el nuevo modelo ofrece algunas particularidades que conviene resaltar. Porque al vincularse de forma explícita con la financiación de la asistencia sanitaria, la cesión del IVA, de los Impuestos Especiales de fabricación, del Impuesto sobre Determinados Medios de Transporte, del Impuesto sobre la Electricidad y del Impuesto sobre Ventas Minoristas de Determinados Hidrocarburos se condiciona en los acuerdos del CPFF no sólo a que las CCAA hayan aceptado el nuevo modelo de financiación, del que tales recursos forman parte, sino también a que “tengan asumida la competencia en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social”. Ese condicionamiento, cuya constitucionalidad resulta discutible en un sistema de organización territorial como el español, basado en el principio dispositivo, ha encontrado traducción normativa en la Disposición Final segunda.2 de la LFCA, de acuerdo con la cual “el nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común..., así como el nuevo régimen general de cesión de tributos del Estado a las Comunidades Autónomas, la participación de éstas en la Agencia Estatal de Administración Tributaria y las asignaciones de nivelación de los servicios públicos fundamentales, sólo serán de aplicación a las Comunidades Autónomas que hayan recibido la transferencia de los servicios que se financiarán mediante el nuevo sistema y, en Comisión Mixta, acepten este último”.

Tal previsión no carece de lógica, pues es posible que los recursos que el nuevo modelo de financiación proporciona resultaran excesivos para una Comunidad que no hubiera asumido las competencias de asistencia sanitaria; al margen de que en el caso

²¹ Relacionadas con su carácter de impuestos armonizados a nivel europeo comunitario, a ellas me referí, por referencia a los Impuestos Especiales, en ZORNOZA PÉREZ 1997, págs. 38 y ss.; recientemente RUIZ ALMENDRAL 2004, págs. 173 ss.

del Impuesto sobre Ventas Minoristas de Determinados Hidrocarburos resultaba obligada para salvar su compatibilidad con la Directiva de Impuestos Especiales. Sin embargo, no se alcanza a ver la utilidad de su consagración general y expresa en la LFCA, pues si la financiación autonómica, más allá de las previsiones legales que la enmarcan, se define en sus elementos esenciales a través de los acuerdos de las Comisiones Mixtas, cuya intervención es insuprimible (RAMALLO MASSANET/ZORNOZA PÉREZ 1997, págs. 98-99, 101 y 105) para concretar el alcance y condiciones de la cesión de tributos²², la representación estatal podría haber rechazado la cesión de los nuevos tributos a las CCAA que no hubieran asumido las competencias sanitarias. Y, lo que es peor, además de inútil, la norma de que se trata es seguramente inconstitucional, pues al condicionar las posibilidades de actuación de las Comisiones Mixtas incurre en una infracción del principio dispositivo, fundamental en la articulación del modelo de organización territorial del Estado, también desde la perspectiva financiera, pues como dijo la STC 76/1983, de 5 de agosto, los acuerdos de las Comisiones Mixtas tienen su origen último en el art. 147.2 de la Constitución y, por ello, “no cabe admitir que una ley estatal pueda incidir en el ámbito competencial de las Comisiones Mixtas e imponerse a sus acuerdos” (FJ. 28º).

Si la asunción de las competencias sanitarias se quiere convertir en requisito *sine qua non* para la atribución a las CCAA de los nuevos tributos cedidos, el empleo de estos se encuentra también condicionado, en términos que no pueden pasar sin comentario. En efecto, como hemos dicho, los acuerdos del CPFF consagran un “principio de afectación” conforme al cual las CCAA deben destinar, en todo caso, a la asistencia sanitaria de la seguridad social, excluida la parte correspondiente al Fondo Programa de Ahorro en Incapacidad Temporal, un mínimo equivalente al resultado de aplicar el índice ITEn a las necesidades de financiación de las competencias sanitarias determinadas para el año base de 1999 (art. 7.3 LFCA). Y, por si ello no fuera suficiente, el principio de afectación de los nuevos tributos cedidos a la financiación de la asistencia sanitaria se refuerza en los ejercicios de 2002 y 2003, en virtud de las Disposiciones Transitorias sexta y séptima²³ de la LFCA, que establecen que el rendimiento correspondiente a la cesión del 35 por 100 del IVA, del 40 por 100 de los Impuestos Especiales de fabricación, del Impuesto sobre la Electricidad, del Impuesto sobre Determinados Medios de Transporte y del Impuesto sobre Ventas Minoristas de Determinados Hidrocarburos, se considerará como importe que proporciona el nuevo modelo para la financiación de los servicios de asistencia sanitaria, mínimo que las

²² Así resulta de la STC 181/1988, de 13 de octubre, cuando al enjuiciar la constitucionalidad de la Ley de Cesión de Tributos a la Generalidad de Cataluña, afirmó que “si no otras razones, cuando menos el mismo principio de lealtad constitucional con que engarza el apartado 3 de la Disposición adicional sexta del Estatuto..., obligaba al Gobierno a elaborar el correspondiente Proyecto de Ley..., sobre la base de un Acuerdo adoptado por la Comisión Mixta paritaria” (FJ. 7º).

²³ Introducida ésta por la Ley 53/2002, de 30 de diciembre, para extender la afectación al ejercicio de 2003, puesto que la Disposición Transitoria sexta de la LFCA la refería sólo al ejercicio de 2002.

CCAA deben destinar a su financiación, además de la parte del Fondo de Suficiencia que corresponda a la financiación de dichos servicios sanitarios.

Aún comprendiendo que tales disposiciones –sin duda bien intencionadas– han querido garantizar la continuidad en los niveles de prestación de los servicios sanitarios transferidos o, como también se ha dicho impedir que la mayor autonomía presupuestaria de las Comunidades “derive en una diferencia en la prestación de los servicios básicos”²⁴, lo cierto es que la inexistencia de medidas adecuadas y eficaces para hacer frente a un eventual incumplimiento de sus obligaciones por las CCAA, lleva a pensar que la afectación establecida en la LFCA “tiene un valor más simbólico que real y no se garantiza, con ella, en la práctica, el nivel de gasto sanitario necesario” (RUIZ-HUERTA/GRANADO MARTÍNEZ 2004 pág. 29). Y, desde la perspectiva jurídico-financiera, no parece menos cierto que las disposiciones de que se trata, fruto de una evidente desconfianza en la gestión autonómica del gasto sanitario, pueden resultar contrarias a la autonomía financiera de las CCAA, que se proyecta de forma especialmente intensa en la ordenación del gasto que realizan, al margen de que resultan inadecuadas para la implantación de una auténtica corresponsabilidad fiscal.

En cuanto a lo primero, bastará ahora con recordar, con palabras de la STC 13/1992, de 6 de febrero, que “la autonomía presupuestaria de las Comunidades Autónomas, esto es, su capacidad para disponer libremente de sus recursos financieros, asignándoles a los fines mediante programas de gasto elaborados según sus propias prioridades -...- adquiere un papel capital en la realización efectiva de la autonomía financiera de las Comunidades Autónomas reconocida por la Constitución”; y que “las Comunidades Autónomas gozarán de autonomía financiera (de gasto) en la medida en que puedan elegir y realizar sus propios objetivos políticos, administrativos, sociales o económicos con independencia de cuáles hayan sido las fuentes de los ingresos que nutren sus presupuestos” (FJ. 7º). Porque siendo ello así, incluso reconociendo que la autonomía financiera ha de ejercerse con arreglo a los principios de coordinación y de solidaridad, no parece constitucionalmente justificado el establecimiento de una medida que se encamina de forma directa a condicionar el destino de una parte sustancial de los ingresos autonómicos para determinadas atenciones o finalidades, por muy importante que estas sean desde la perspectiva del legislador estatal, e incluso desde la propia perspectiva constitucional, por afectar a la realización de derechos fundamentales.

En cuanto a lo segundo, si al condicionar el empleo de sus recursos se priva a las CCAA de una parte de su margen para diseñar políticas sanitarias propias, resultará mucho más difícil responsabilizarlas en la obtención de los ingresos necesarios para su financiación. En efecto, por decirlo claramente, el ejercicio adecuado de la propia responsabilidad fiscal es el precio que las CCAA deben pagar para estar en

²⁴ Empleando los términos de MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO 2004, pág. 34.

condiciones de financiar políticas propias en los ámbitos de su competencia y, precisamente por ello, reducir el margen de autonomía en el diseño de tales políticas, por ejemplo, estableciendo niveles mínimos de gasto sanitario, desincentiva la adopción de responsabilidades fiscales, que siempre podrán endosarse al legislador estatal, que ha decidido los niveles de gasto mínimo en que debe incurrirse y al que, en consecuencia, se demandará que se ocupe de su financiación.

Por fin, un último comentario parece imprescindible en relación a los recursos afectados a la financiación de la asistencia sanitaria, para señalar que su evolución es objeto de una garantía transitoria, pues durante los tres primeros años de vigencia del nuevo modelo, “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” (Disposición Transitoria segunda.2 LFCA). Como es obvio, se reconoce de ese modo la existencia de un bloque de recursos afectados o asignados a la financiación sanitaria, cuyo crecimiento real se producirá según el índice de ingresos tributarios del Estado en cada Comunidad (ITeR), pero que se quiere que evolucionen, durante ese período transitorio, al ritmo del PIB nominal. Y dicha disposición no tiene excesivo sentido si se piensa que, en su virtud, los ingresos de las CCAA para la financiación sanitaria crecerán al ritmo del PIB nominal, mientras que el gasto asignado a dicha competencia, obligatoriamente, por virtud del art. 7.3 de la LFCA, crecerá anualmente al ritmo del ITeN. Porque lo más razonable hubiera sido que el crecimiento de los ingresos se produjera por referencia al mismo índice que debe marcar el crecimiento del gasto en que necesariamente deben incurrir las CCAA, ya que el empleo de índices dispares necesariamente generará superávits o déficits en la financiación de las competencias sanitarias, según que el PIB nominal evolucione por encima, o no, del ITeN, lo cual no tiene sentido (RUIZ HUERTA/GRANADO MARTÍNEZ 2003, págs. 28 y ss.).

De todas formas, como la garantía de crecimiento de los recursos afectos a la financiación de la asistencia sanitaria sólo opera en los tres primeros ejercicios de vigencia del nuevo modelo, mientras que el gasto en dicha competencia tiene que crecer anualmente en el importe que resulte de la aplicación del índice ITeN, por imperativo del art. 7.3 de la LFCA, no parece que el nuevo modelo de financiación haya resuelto los problemas ocasionados por el crecimiento estructural del gasto sanitario (RUIZ HUERTA/GRANADO MARTÍNEZ 2003, pág. 31). Sin embargo, es posible que el mandato del citado art. 7.3, que constituye el germen de una futura insuficiencia en la financiación sanitaria, no llegue a plantear problemas, pues una vez desaparecida la garantía de crecimiento de los recursos de las CCAA, estas podrán –y deberán– hacer frente al mayor gasto sanitario, bien detrayendo recursos de otras atenciones, bien mediante el ejercicio de la corresponsabilidad fiscal, haciendo uso de su poder normativo para incrementar la recaudación procedente de los tributos cedidos, bien

mediante la creación de tributos propios vinculados a la financiación de la sanidad, pues la corresponsabilidad fiscal es el precio de la aspiración a la suficiencia (LÓPEZ CASASNOVAS 2001, pág. 7).

3.4. Para finalizar con el sucinto repaso del nuevo modelo de financiación que venimos realizando, debe destacarse como merece la regulación de que han sido objeto **las asignaciones de nivelación del art. 15 de la LOFCA**, previstas para la garantía en todo el territorio español de un nivel mínimo de prestación de los servicios públicos fundamentales de la competencia del Estado. La configuración de estas asignaciones en la LOFCA planteaba notables dificultades para su desarrollo, entre ellas la propia definición de lo que fueran servicios públicos fundamentales, o la determinación de cuál sea el nivel mínimo de prestaciones que el Estado ha de garantizar; por lo que han sido mayoritariamente consideradas como un recurso excepcional, un mecanismo *ad hoc*, establecido para el supuesto de que, a causa de un deficiente funcionamiento del modelo de financiación vigente, ni siquiera utilizando los recursos financieros ordinarios –esto es, tributos cedidos y Fondo de suficiencia–, se pueda alcanzar un nivel mínimo en la prestación de los servicios fundamentales. Pues bien, en la línea propuesta por los expertos en la materia, la reforma del art. 15 de la LOFCA llevada a cabo por la Ley Orgánica 7/2001 ha optado por definir como servicios públicos fundamentales la educación y la sanidad; aclarando al tiempo que se considerará que no se alcanza a cubrir el nivel mínimo de prestación “cuando su cobertura se desvíe, en la cuantía que disponga la ley del nivel medio de los mismos en el territorio nacional”.

Esta forma de definir el nivel mínimo de prestación de los servicios, por referencia al nivel medio en el territorio nacional, había merecido ya críticas justificadas, pues implica que las decisiones adoptadas por cada Comunidad respecto del nivel de prestación de servicios en su territorio repercute sobre las demás y sobre el Estado, al que incumbe la garantía de nivelación de que se trata (GRUPO DE ESTUDIO 1995, PÁG. 90). Seguramente por ello, el art. 67 de la LFCA, al proceder a su desarrollo, ha alterado radicalmente el significado de tal definición, al entender que el nivel de prestación del servicio se ve afectado por el crecimiento excesivo de las necesidades de gasto respecto a la media nacional, medido en términos absolutamente objetivos. En efecto, el citado precepto dispone que el nivel mínimo de prestación de los servicios sanitarios se entenderá afectado “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 período la media nacional”²⁵; lo que es tanto como reconocer que un crecimiento de las necesidades de

²⁵ O, como dice el mismo art. 67.3 de la LFCA, en más de 1 punto cuando la superficie de la Comunidad de que se trate sea superior a 90.000 kilómetros cuadrados.

gasto, derivado del aumento excesivo de la población protegida y de su edad, genera en sí mismo una desviación del nivel medio de prestación de los servicios bastante para poner en marcha el procedimiento previo a la aplicación de las asignaciones de nivelación. Porque para que las asignaciones de nivelación se concedan no basta con que las necesidades de gasto hayan crecido por encima de la media nacional, en los términos que han quedado descritos, sino que es necesario, además, que dichas necesidades no puedan ser cubiertas por los recursos financieros ordinarios de la Comunidad de que se trate, lo que deberá ser objeto de análisis y valoración por la Administración General del Estado y la Comunidad Autónoma, para determinar las causas y posibles soluciones de la situación planteada, una vez examinada en su conjunto la financiación de la Comunidad (art. 67.2 LFCA)²⁶.

4. LA INCIDENCIA EN LA FINANCIACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA DE LA LEY 16/2003, DE 28 DE MAYO, DE COHESIÓN Y CALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

Sobre el modelo de financiación de la asistencia sanitaria que ha quedado descrito, ha venido a incidir la Ley 16/2003, de 28 de mayo (LCCSNS en adelante), cuya Disposición Final primera.2.a) invoca expresamente la competencia exclusiva del Estado en materia de “Hacienda general” (art. 149.1.14ª CE), para legitimar constitucionalmente el contenido de sus arts. 10, 22.3 y el último párrafo del art. 28.2. Sea cual sea el contenido de dicho título competencial, que la jurisprudencia constitucional ha empleado a efectos bien diversos²⁷, es generalmente aceptado que, cuando menos, ampara la adopción de medidas de coordinación entre la Hacienda estatal y los distintos niveles de Haciendas territoriales (SSTC 179/1985 y 233/1999), que es el sentido en que parece invocarlo la LCCSNS que, sin embargo, lo utiliza en un sentido algo impropio.

Porque, en efecto, si se repasan las disposiciones del citado texto legal dictadas al amparo del título competencial “Hacienda general”, parece que en todas ellas late una cierta voluntad de coordinación, pero no siempre es claro si se trata de la adopción de medidas de coordinación financiera, que quedarían amparadas por dicho título competencial; o, como en ocasiones parece, de la adopción de medidas de carácter financiero que, sin embargo, no podrían legitimarse esgrimiendo el título “Hacienda general”, pues no pretenden coordinar el ejercicio de las competencias

²⁶ Teniendo en cuenta que, como dice la Disposición Adicional primera de la LFCA, este procedimiento de actuación sólo será aplicable para las desviaciones que se produzcan en el marco del nuevo modelo de financiación y, por ello, a partir del 1 de enero de 2002.

²⁷ Como puede verse en el reciente análisis de RUIZ ALMENDARL 2004, págs. 242 y ss., donde expresamente se apunta –con razón– que, por su excesiva indeterminación, este título competencial se ha utilizado, en ocasiones, a modo de “comodín” para justificar todo tipo de competencias estatales.

de las distintas Haciendas públicas, sino de trasladar a ese ámbito el resultado de la coordinación de las políticas sanitarias de las CCAA, cuando no de superponer la coordinación financiera a las medidas de coordinación de esa concreta política pública que ha previsto la LCCSNS.

4.1. En este sentido, el art. 10.1 de la LCCSNS parece afirmar algo obvio, cuando indica que la responsabilidad de financiar las prestaciones sanitarias corresponde a las CCAA, “de conformidad con los acuerdos de transferencias y el actual sistema de financiación autonómica”, cuya suficiencia se proclama en términos puramente retóricos en su apartado 2. Sin embargo, el citado precepto va algo más allá, pues lo que pretende es concretar el alcance de dicha responsabilidad financiera de las CCAA, para que alcance a “las prestaciones que establece esta ley” y a sus “sistemas de garantías”. En definitiva, más allá de las reiteraciones en que dicho precepto incurre, su función consiste en concretar la responsabilidad financiera de las CCAA, que la LFCA refería genéricamente a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, estableciendo que alcanza al catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud (art. 7 LCCSNS) y a los sistemas que garantizan el acceso de todos los usuarios a las prestaciones sanitarias (art. 23 LCCSNS), con independencia del lugar del territorio nacional en que se encuentren (art. 24 LCCSNS) y en un tiempo máximo (art. 24 LCCSNS), disponiendo de información suficiente sobre sus derechos y deberes (art. 26 LCCSNS), de seguridad en cuanto a las técnicas, tecnologías y procedimientos empleados (art. 27 LCCSNS) y, en definitiva, de garantías en cuanto a la calidad de dichas prestaciones (art. 28 LCCSNS).

De este modo, el resultado de la coordinación de las políticas sanitarias, expresado en el acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud que define el catálogo de prestaciones sanitarias (art. 8 LCCSNS) que se incorporarán a la cartera de servicios aprobada por Real Decreto (art. 20 LCCSNS), repercute directamente en el ámbito financiero, por cuanto con los recursos que les asigna el nuevo modelo de financiación, las CCAA quedan obligadas a financiar un conjunto de prestaciones y servicios sanitarios definidos en un momento posterior. Y ello no carece de significado, sobre todo en términos de suficiencia financiera, pues conviene recordar que para el cálculo de las necesidades de financiación de las competencias sanitarias la LFCA ha utilizado datos del año base de 1999, en que ni las prestaciones sanitarias, ni las técnicas, tecnologías y procedimientos que las hacen posibles, eran las mismas que las correspondientes al momento en que se dicta la LCCSNS²⁸. Seguramente por ello, el art. 10.2 de la LCCSNS se refiere a la garantía de la suficiencia para la financiación de las prestaciones sanitarias que suponen los recursos asignados a las CCAA por

²⁸ En este sentido, VIDA FERNÁNDEZ 2003, pág. 43, sostiene que la LCCSNS agrava los problemas de financiación, “en cuanto redimensiona el contenido y alcance de las prestaciones sanitarias, lo que deja obsoleto el sistema fijado con anterioridad a la misma”

la LFCA, “de acuerdo con el principio de lealtad constitucional”, en los términos del art. 2.1.e) de la LOFCA. Porque dicho principio reclama, según la dicción del citado precepto, que en el seno del CPFF se valore anualmente “el impacto, positivo o negativo, que puedan suponer las actuaciones del Estado legislador en materia tributaria o la adopción de medidas de interés general, que eventualmente puedan hacer recaer sobre las Comunidades Autónomas obligaciones de gasto no previstas a la fecha de aprobación del sistema de financiación vigente”. De ahí que, en último extremo, la coordinación de las políticas sanitarias se vea mediatizada por una restricción financiera, pues las CCAA difícilmente acordarán en el Consejo Interterritorial medidas de política sanitaria cuya financiación no esté garantizada, o que no vayan a dar lugar a una valoración del CPFF que determine un incremento de financiación correlativo. Y es que si puede considerarse lógico –y razonable– que el Estado, en ejercicio de sus competencias en la materia, e incluso haciendo empleo de sus potestades de coordinación, pueda aprobar la incorporación de una prestación a la cartera de servicios (VAQUER CABALLERÍA, 2003, pág. 10); también lo es que, en ese caso, en ausencia de recursos suficientes para su financiación o, si se prefiere, cuando los recursos que se le han asignado por el modelo vigente no resulten suficientes al efecto, haya de proceder a incorporarlos, previo acuerdo del CPFF, lógicamente mediante el incremento de la dotación correspondiente al Fondo de suficiencia.

Es más, esa restricción financiera da lugar a una superposición de los mecanismos de coordinación sanitaria y financiera cuando se trata de la incorporación de nuevas prestaciones al correspondiente catálogo del Sistema nacional de Salud; porque en ese caso, debe elaborarse una memoria económica que contenga la valoración del impacto positivo o negativo que pueda suponer, para su elevación al CPFF, que deberá analizar si genera para las CCAA obligaciones de gasto no previstas en el modelo de financiación vigente (art. 10.3 LCCSNS). De ese modo, al tiempo que se produce la discusión en el Consejo Interterritorial, con carácter previo a la incorporación al catálogo de prestaciones, tendrá lugar una valoración paralela de los efectos financieros derivados de la misma, esta vez en el CPFF; sin que pueda ignorarse que ambos procesos, formalmente independientes, van a condicionarse mutuamente, ya que difícilmente se aceptará por las CCAA la incorporación de nuevas prestaciones cuya financiación no se encuentre garantizada²⁹.

4.2. Junto a ello, resulta un tanto sorprendente que la LCCSNS, apenas se refiera al Fondo de cohesión, salvo como mecanismo de financiación del uso tutelado de determinadas técnicas, tecnologías o procedimientos, antes de decidir sobre la conveniencia o necesidad de su inclusión en la cartera de servicios del Sistema

²⁹ Así parece demostrarlo la experiencia reciente, como resulta de la noticia publicada en el diario ABC del jueves 4 de diciembre de 2003, pág. 40, según la cual ocho CCAA rechazaron los planes de salud de Sanidad por falta de financiación y en la que se atribuye a la Ministra de Sanidad unas manifestaciones sobre la intervención del CPFF para que, de no existir financiación “decida si ofrece más aportaciones”.

Nacional de Salud (art. 22.3), y para atender al gasto generado por la atención de pacientes en centros que dispongan de servicios de referencia acreditados (art. 28.2 *in fine*). En efecto, salvo error por nuestra parte, no existen otras menciones al citado Fondo en la LCCSNS, salvo la efectuada en su Disposición Adicional quinta, que carece de contenido normativo preciso, ya que se limita a proclamar –en términos un tanto ampulosos– la finalidad que se le atribuye, como medio para “garantizar la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria pública en todo el territorio español y la atención a ciudadanos desplazados” y su carácter de instrumento a través del cual el Ministerio de Sanidad y Consumo “realizará políticas que aseguren la cohesión sanitaria y la corrección de desigualdades”.

Pues bien, de acuerdo con la regulación del Fondo de cohesión, tanto en el art. 4 de la Ley 21/2001, como en el Real Decreto 1247/2002, puede considerarse coherente financiar con cargo al mismo la asistencia en servicios de referencia, en cuanto resulta necesaria para la garantía de la igualdad de acceso y, además, con frecuencia se referirá a pacientes desplazados. Por contra, no creemos que este Fondo sea un instrumento adecuado para la financiación del denominado “uso tutelado”, relacionado con la experimentación de nuevas técnicas, tecnologías y procedimientos, con arreglo a un diseño de investigación y que, ni parece tener relación alguna con la igualdad en las condiciones de acceso, ni tampoco con la asistencia a desplazados, a la que se agrega ahora una nueva función en virtud del art. 22.3 de la LCCSNS. Una nueva función mucho más concreta que la de realizar esas políticas de cohesión e igualdad que pomposamente le atribuye la Disposición Adicional quinta del citado texto legal y que, dicho sea de paso, no parece fácil financiar con las escasas dotaciones que hasta la fecha se le han asignado, sobre todo si además, como resulta con claridad del Real Decreto que regula sugestión, su objetivo fundamental es atender a la compensación de los gastos incurridos por las CCA que realizan la asistencia a desplazados, residentes en España o con cargo a instituciones de otros estados.

4.3. En todo caso, lo que debe quedar claro es que el denominado Fondo de cohesión no es un instrumento para la coordinación de las políticas sanitarias de las CCAA; de modo que, en el desarrollo de sus funciones de garantía de la cohesión y corrección de desigualdades, la Administración General del Estado deberá utilizar las técnicas constitucional y legalmente previstas (RUIZ HUERTA/GRANADO MARTÍNEZ 2003, pág. 42), sin que le sea dado acudir a este instrumento financiero para, a su través, interferir en el ejercicio de las competencias sanitarias de las CCAA.

Y es que, como ya hemos advertido, la LCCSNS confunde en ocasiones la coordinación financiera y la de las competencias sanitarias de las CCAA, empleando la una al servicio de la otra o disponiendo mecanismos que operan en paralelo, como muestra el art. 71.1.n) y ñ) de dicho texto legal, que atribuye al Consejo Interterritorial competencias concurrentes con las del CPFF, o que debe ejercer, según dice el último precepto citado “sin perjuicio de las competencias del Consejo de Política Fiscal y Financiera de las Comunidades Autónomas”. Algo parecido ocurre

en relación a otros órganos, como los de Alta Inspección, a los que el art. 76.2.c) y d) de la LCCSNS atribuye competencias concurrentes con las de la Intervención General de la Administración del Estado, seguramente como signo de la especial proximidad que existe entre los aspectos financieros y los aspectos substantivos en el ámbito de las competencias sanitarias. Una proximidad que parece requerir un especial contacto entre los responsables de ambas clases de actuaciones, lo que explica que la Disposición Final segunda de la LCCSNS comprometa al Gobierno a dictar las disposiciones necesarias para la creación de un órgano colegiado e interministerial que, con carácter preceptivo, deberá informar los asuntos que tengan trascendencia presupuestaria para el equilibrio financiero del Sistema nacional de Salud o implicaciones económicas significativas; aunque sea solo para que el informe se ponga en conocimiento del Consejo Interterritorial y, de otro lado, el Ministerio de Hacienda lo traslade al CPFF, de modo que este órgano esté en condiciones de proponer, “en su caso, las medidas necesarias para garantizar el equilibrio financiero del Sistema Nacional de Salud”.

5. UNA VALORACIÓN FINAL: A MODO DE CONCLUSIONES

A diferencia de lo ocurrido respecto a las restantes competencias autonómicas, en que su traspaso no generaba otro problema financiero que la determinación del coste efectivo, que se integraba luego en la financiación general resultante del modelo vigente en cada momento, la transferencia de competencias de gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social ha tenido importantes consecuencias en la configuración del mismo modelo de financiación de las CCAA. A lo largo de un dilatado período temporal, porque el traspaso de las competencias sanitarias fue acompañado del establecimiento de un modelo propio y específico para su financiación, distinto y separado del que, con carácter general, proporcionaba los recursos para la financiación de las restantes competencias autonómicas. Y, en tiempos recientes, cuando la asistencia sanitaria de la Seguridad Social se transfirió a la totalidad de las CCAA, porque fue preciso modificar profundamente el propio modelo de financiación, para integrar en él la correspondiente a las competencias sanitarias, tanto en términos cuantitativos como cualitativos.

Desde la primera perspectiva, el carácter integrador del nuevo modelo de financiación ha obligado a incrementar notablemente el volumen de los recursos que lo integran, debido a la importancia del gasto sanitario. Y, sobre todo, desde la perspectiva cualitativa, el nuevo modelo general de financiación, al comprender también la financiación sanitaria, ha debido incorporar toda una serie de elementos novedosos que, en algún caso, resultan harto discutibles.

En este sentido, el propio proceso de implantación del nuevo modelo ha sido discutido, al vincularse la aplicación del mismo a la aceptación del traspaso de las

competencias sanitarias, lo que no sólo era innecesario, dada la lógica del funcionamiento del Estado de las autonomías, sino que seguramente es también contrario a la Constitución, por resultar incompatible con las exigencias del principio dispositivo y la lógica de la intervención en la financiación autonómica de las Comisiones Mixtas.

Junto a ello, en segundo lugar, el nuevo modelo incorpora elementos muy positivos desde la perspectiva de los recursos que pone a disposición de las CCAA, por ejemplo en cuanto a la incorporación a la lista de tributos cedidos de los grandes impuestos sobre el consumo. Sin embargo, no es seguro que alcance a garantizar la suficiencia financiera en el ámbito sanitario, por un lado, al haber calculado las necesidades de gasto sobre los datos del año 1999, actualizados conforme a índices que no reflejan el crecimiento real del gasto sanitario; por otro, en cuanto el cálculo de tales necesidades de gasto no ha tomado en cuenta el catálogo de prestaciones hoy incorporadas a la cartera de servicios que prevé la LCCSNS, que tampoco establece mecanismos idóneos para asegurar la incorporación de las nuevas necesidades de financiación; y, por fin, porque se establece un incremento anual del gasto sanitario de acuerdo con un índice de crecimiento nacional, que no es seguro coincida con el de crecimiento de los recursos tributarios en el territorio de cada Comunidad.

En tercer lugar, una cierta desconfianza hacia la gestión autonómica de los recursos sanitarios, unida a un discutible empleo de la financiación como instrumento de garantía de la igualdad y cohesión del sistema sanitario, ha llevado al legislador a establecer un principio de afectación que, si bien es de limitado alcance, al no existir mecanismos que garanticen su cumplimiento, resulta difícilmente compatible con el entendimiento de la autonomía financiera de las CCAA en la jurisprudencia constitucional, que la STC 13/1992, de 6 de febrero, cifra precisamente en “su capacidad para disponer libremente de sus recursos financieros, asignándoles a los fines mediante programas de gasto elaborados según sus propias prioridades” (FJ. 7º). Ello, dejando al margen los perniciosos efectos que este tipo de disposiciones producen en términos de corresponsabilidad financiera, dado que un ente territorial cuyo gasto es predeterminado por la legislación estatal se sentirá siempre legitimado para reclamar al Estado mayores recursos, en lugar de responsabilizarse de su obtención mediante el ejercicio del poder tributario que se le confiere al efecto.

De ahí que no sea sencillo predecir los resultados que cabe esperar de un modelo cuya radical novedad invita a mantener una cierta prudencia en su valoración, a la espera de que los datos disponibles permitan evaluar si ha sido capaz de garantizar la suficiencia financiera a las CCA para la gestión de unos servicios particularmente sensibles, en cuanto afectan a derechos fundamentales de los ciudadanos. Unos servicios respecto de cuya prestación no puede desentenderse la Administración General del Estado, a la que incumben tareas de coordinación sustantiva y financiera que, aunque pueda parecer redundante, convendría ejercer de manera coordinada, con el fin de evitar que los intereses presentes en una de dichas áreas puedan llevar

a desconocer los implicados en la otra; porque, siendo pragmáticos, ello terminaría traduciéndose, de forma casi inevitable, en la prevalencia de los intereses financieros sobre los de la adecuada provisión de los servicios sanitarios.

BIBLIOGRAFÍA

- AJA FERNÁNDEZ, E. Principios, normas y procedimientos constitucionales de la financiación autonómica, en GONZÁLEZ PÁRAMO, J.M. (ed.) Bases para un sistema estable de financiación autonómica, Madrid 2001.
- ALBILLOS FERNÁNDEZ, M.L./ GAMAZO CHILLÓN, J.C./GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, J.M./SAÑUDO GARCÍA, S. *Presupuestación pública y financiación sanitaria. Análisis presupuestario del modelo de financiación de la asistencia sanitaria para el período 1998-2001*, Revista Valenciana de Economía y Hacienda nº 4, I/2002.
- CABASÉS HITTA, J.M. *La financiación sanitaria autonómica*. Bases para una propuesta, en Papeles de Economía Española nº 76, 1998.
- CABASÉS HITTA, J.M. *La financiación de la sanidad en España*, en AAVV Informe SESPAS 1998, Madrid 1999.
- CABASÉS HITTA, J.M./MARTÍN MARTÍN, J.J. *La financiación de la sanidad en España*, El Médico, Anuario 2000.
- GAMAZO CHILLÓN, J.C./ALBILLOS FERNÁNDEZ, M.L./GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, J.M. *Financiación territorial de la sanidad en España. Estudio de su evolución en las últimas décadas (1981-2001)*, Revista de Administración Sanitaria vol. IV nº 16, 2000.
- GAMAZO CHILLÓN, J.C./GAYUBO PÉREZ, P./SAÑUDO GARCÍA, S. *Estudio de la financiación autonómica del gasto sanitario*, Revista Valenciana de Economía y Hacienda nº 1, I/2001.
- GIMÉNEZ MONTERO, A. *La financiación autonómica de la sanidad*, Cuadernos de Información Económica 128-129, 1997.
- GRUPO DE ESTUDIO CONSTITUIDO A PROPUESTA DEL CONSEJO DE POLÍTICA FISCAL Y FINANCIERA *Informe sobre el actual sistema de financiación autonómica y sus problemas*, Madrid 1995.
- LOPEZ CASASNOVAS, G. *La financiación autonómica de la sanidad*, en AAVV La organización de los servicios públicos sanitarios, Madrid 2001.
- LOPEZ CASASNOVAS, G. *La financiación autonómica y la financiación de la sanidad: algunas claves*, Centre de recerca en economia i salut, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona 2001.
- LOPEZ CASASNOVAS, G. *Reflexiones acerca de la nueva financiación autonómica de la sanidad*, mimeo, Barcelona 2003.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO *Recursos económicos del Sistema Nacional de Salud. Datos y Cifras 2003*, Madrid 2004.
- MONTERO GRANADOS, R./MARTÍN MARTÍN, J. J./JIMENEZ AGUILERA, J. D./SÁNCHEZ CAMPILLO/JIMÉNEZ RUBIO, D./LÓPEZ DEL AMO, M. P. *Financiación autonómica de la sanidad: escenarios dinámicos básicos*, mimeo, Granada 2000.

- ORTIZ CALLE, E. *Procesos negociadores e inestabilidad del sistema de financiación autonómica: una perspectiva de derecho comparado*, en *Impuestos* nº 24, diciembre de 2000.
- RAMALLO MASSANET, J. y ZORNOZA PÉREZ, J. *El Consejo de Política Fiscal y Financiera y las Comisiones Mixtas en la financiación de las Comunidades Autónomas*, Cuadernos de Derecho Público nº 2, 1997.
- RAMALLO MASSANET, J. *Elementos jurídicos de la financiación autonómica*, en GONZÁLEZ PÁRAMO, J.M. (ed.) *Bases para un sistema estable de financiación autonómica*, Madrid 2001.
- RUIZ ALMENDRAL, V. *Impuestos cedidos y corresponsabilidad fiscal*, Valencia 2004.
- RUIZ HUERTA CARBONELL, J. y GRANADOS MARTÍNEZ, O. *La sanidad en el nuevo modelo de financiación autonómica*, Documento de trabajo 31/2003, Fundación Alternativas, Madrid 2003.
- TAMAYO LORENZO, P.A. *Descentralización y financiación de la asistencia sanitaria pública en España*, Madrid 2001.
- TORRES COBO, F. *Análisis de la financiación de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social (INSALUD)*, en AAVV *El funcionamiento del Estado Autonómico*, Madrid 1999.
- UTRILLA DE LA HOZ, A. *La suficiencia financiera en el nuevo sistema autonómico de financiación: un ejercicio de simulación dinámica*, VI Encuentro de Economía Aplicada, Granada 2003.
- VAQUER CABALLERÍA, M. *La función de coordinación interterritorial del sistema de las Administraciones. Su organización en relaciones de coordinación y cooperación; trabajo presentado a las II Jornadas sobre la organización de los servicios públicos sanitarios*, Universidad Carlos III de Madrid, mimeo, 2003, que se publica en este mismo volumen.
- VIDA FERNÁNDEZ, J. *Las prestaciones del SNS: carteras de servicios y prestaciones farmacéuticas; trabajo presentado a las II Jornadas sobre la organización de los servicios públicos sanitarios*, Universidad Carlos III de Madrid, mimeo, 2003, que se publica en este mismo volumen.
- ZORNOZA PÉREZ, J. *Corresponsabilidad fiscal y financiación de las Comunidades Autónomas: el modelo para el quinquenio 1997-2001*, en JIMENEZ BLANCO, A. (ed.) *El Estado de las Autonomías. Los sectores productivos y la organización territorial del estado*, Madrid 1997.
- ZORNOZA PÉREZ, J. *Los Impuestos Especiales en el marco del Sistema tributario español: impuestos estatales o impuestos cedidos a las Comunidades Autónomas*, en AAVV *Los Impuestos Especiales hoy en España y en la unión Europea*, VII Jornadas de Estudios Aduaneros, Madrid 1997.