

La sanidad en el nuevo modelo de financiación autonómica

**Jesús Ruiz-Huerta Carbonell
Octavio Granado Martínez**

Documento de trabajo 31/2003



Jesús Ruiz-Huerta Carbonell

Catedrático de Economía Aplicada de la Universidad Rey Juan Carlos. Sus principales campos de investigación son los estudios de distribución de la renta, efectos de las políticas públicas y descentralización del sector público, en los que ha publicado múltiples trabajos. Ha sido Vicerrector de Economía de la Universidad de Salamanca y Director de Investigaciones del Instituto de Estudios Fiscales.

Octavio Granado Martínez

De 1983 a 2001 fue senador por la Comunidad Autónoma de Castilla y León y ocupó la portavocía del PSOE en las Comisiones de Economía y Presupuestos. Coordinó dentro del equipo de trabajo de la Secretaría de Economía la negociación del Sistema de Financiación de las Comunidades Autónomas vigente.

Es autor de diversas publicaciones sobre programas de prevención de situaciones de exclusión, acreditación de centros sociales y sanitarios y sobre el sistema de financiación de las CC AA.

Ninguna parte ni la totalidad de este documento puede ser reproducida, grabada o transmitida en forma alguna ni por cualquier procedimiento, ya sea electrónico, mecánico, reprográfico, magnético o cualquier otro, sin autorización previa y por escrito de la Fundación Alternativas

© Fundación Alternativas

© Jesús Ruiz-Huerta Carbonell y Octavio Granado Martínez

ISBN: 84-96204-31-6

Depósito Legal: M-51692-2003

Contenido

Resumen ejecutivo	5
1 Introducción. Los riesgos de la descentralización de los servicios sanitarios y de su financiación	7
2 El modelo previo a la reforma de 2001	10
2.1 Financiación de la sanidad desde el inicio de los traspasos hasta el Acuerdo de 1997	11
2.2 El Acuerdo de 1997	12
3 La introducción de la sanidad en el sistema de financiación de las CC AA de régimen común y ciudades con estatuto de autonomía	17
3.1 Las razones de la incorporación	17
3.2 Características del Sistema	18
3.3 Los resultados del nuevo Sistema: la financiación de la sanidad de las CC AA con competencias asumidas. El cómputo del coste efectivo de los nuevos decretos de traspaso de medios y servicios de asistencia sanitaria	23
4 Valoración del nuevo sistema: principales ventajas e inconvenientes	26
4.1 Introducción	26
4.2 Garantía, suficiencia dinámica y afectación	28
4.3 Suficiencia general de las CC AA. Diferencias territoriales en ingresos	33
4.4 Dinámica demográfica y provisión de servicios públicos	37
4.5 La evolución del gasto sanitario por capítulos: Insuficiencias coyunturales y estructurales	39
4.6 Nuevas prestaciones, nuevos servicios, nuevas inversiones	40
5 Sistemas comparados	44
6 Propuestas de reforma del modelo actual	48
6.1 Un modelo global de reforma	48
6.2 Las reformas parciales	52
6.3 Definición del bloque de competencias en salud de las Comunidades Autónomas	53
6.4 Lealtad institucional	54
6.5 Intercambios de información entre administraciones e interlocutores sociales	55

6.6	Suficiencia dinámica y equidad territorial: obligación de gasto, afectación, garantía y asignaciones de nivelación	56
6.7	Recursos financieros del sistema. Corresponsabilidad fiscal. Fondos nacionales y recursos adicionales de las CC AA	60
Bibliografía		64
Índice de Tablas		65

Siglas y abreviaturas

AGE	Administración General del Estado
AISNA	Administración Institucional de la Sanidad Nacional
CC AA	Comunidades Autónomas
CHST	Canadian Health and Social Transfer
FCI	Fondo de Compensación Interterritorial
FEDER	Fondo Europeo de Desarrollo Regional
FUNCAS	Fundación de Cajas de Ahorros
II EE	Impuestos Especiales
ILT	Incapacidad Laboral Transitoria
INE	Instituto Nacional de Estadística
INSALUD	Instituto Nacional de la Salud
INSERSO	Instituto Nacional de Servicios Sociales
IRPF	Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas
ISFAS	Instituto Social de las Fuerzas Armadas
ITAE	Ingresos Tributarios Ajustados Estructuralmente
ITE	Ingresos Tributarios del Estado
IVA	Impuesto sobre el Valor Añadido
LOFCA	Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas
MUFACE	Mutualidad de Funcionarios de la Administración Central del Estado
MUGEJU	Mutualidad General Judicial
OCDE	Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico
PIB	Producto Interior Bruto
PIG	Participación en los Ingresos Generales
SS	Seguridad Social

La sanidad en el nuevo modelo de financiación autonómica

Jesús Ruiz-Huerta Carbonell

Catedrático de Economía Aplicada
de la Universidad Rey Juan Carlos

Octavio Granado Martínez

Ex senador por Castilla y León

El nuevo modelo de financiación autonómica aprobado al finalizar el año 2001 incorpora por primera vez el gasto sanitario de todas las Comunidades Autónomas. Aquellas comunidades que se mantenían en el ámbito del INSALUD gestión directa han pasado a gestionar los servicios sanitarios de forma autónoma, en igualdad de condiciones que las comunidades que, al acceder a la autonomía por la vía rápida, se habían hecho cargo de tales servicios con anterioridad.

El doble proceso de reforma, descentralización total de la sanidad y modificación del sistema de financiación, ha implicado, por un lado, la búsqueda de un mecanismo más estable de financiación, sustentado sobre una cesta de tributos; por otro, la integración del procedimiento de financiación de la sanidad en el ámbito general del nuevo modelo financiero. En todo caso, ambas reformas han significado el traspaso de un importante volumen de recursos de la Administración Central a las Comunidades Autónomas y, desde la óptica de quienes firmaron los acuerdos, el final del proceso de descentralización del Sector Público Español, lo que justificaba la pretensión de lograr un modelo financiero estable.

Sin embargo, ante cambios de tanta envergadura se han suscitado algunas dudas sobre la viabilidad del sistema sanitario concebido en la Constitución y plasmado en la Ley General de Sanidad y en las normas de desarrollo del Pacto de Toledo, es decir, un sistema de carácter público y universal que asegurara los recursos financieros necesarios (suficiencia) y que respondiera adecuadamente a los criterios esenciales de eficacia, eficiencia y equidad.

En este documento se presentan los rasgos básicos del modelo de financiación de la sanidad en el proceso de descentralización a lo largo de los años que transcurren desde la aprobación de la Constitución y, especialmente, a raíz del Acuerdo de 2001, en el contexto del sistema de financiación aprobado ese año en el Consejo de Política Fiscal y Financiera. Desde nuestro punto de vista, el Acuerdo provoca algunas disfunciones y los riesgos de insuficiencia e ineficiencia del sistema son claros, como lo es el de garantizar la igualdad de acceso de todos los ciudadanos en todas las comunidades. Tanto esas disfunciones, como los riesgos mencionados, son objeto de análisis detallado en el apartado 4 del documento.

Ante las dificultades para gestionar un modelo de sanidad descentralizada como el aprobado en 2001 en España, después de un breve repaso de algunas experiencias comparadas y de explicitar las dificultades para proponer un cambio radical del sistema, se proponen algunas vías de reforma en una doble dirección: en primer lugar, algunas propuestas generales de cierta entidad, en los campos de la delimitación competencial, la coordinación del sistema, los instrumentos de financiación y de gasto (con objeto de asegurar suficiencia y eficiencia) y las exigencias de información y conocimiento de cómo se comportan las variables básicas.

En el último apartado se exponen con detalle una serie de recomendaciones más específicas dirigidas a asegurar un mejor funcionamiento del mecanismo aprobado en 2001. Aunque se trata de propuestas más concretas, son, sin embargo, importantes para garantizar que el modelo de financiación descentralizada de la sanidad funcione de manera estable y asegure el mantenimiento de los principios básicos de nuestro sistema sanitario.

1. Introducción. Los riesgos de la descentralización de los servicios sanitarios y de su financiación

Con motivo de la reforma del sistema de financiación autonómica firmada en diciembre de 2001, el sistema sanitario ha quedado totalmente integrado dentro del modelo, al procederse a transferir los servicios sanitarios a las Comunidades que aún no los habían recibido y a aplicar los recursos autonómicos generales para su financiación. De este modo, se ha pretendido cerrar el modelo autonómico español, a salvo de algunas competencias de menor entidad. Como consecuencia de estos traspasos, el presupuesto de muchas Comunidades ha crecido de forma notable y lo mismo ha ocurrido con el volumen total de gasto que ahora gestionan la totalidad de las Comunidades Autónomas (CC AA) españolas.

La gran importancia del gasto sanitario, la elevada sensibilidad social de los objetivos a los que está destinado y su crecimiento constante a lo largo del tiempo, en cierto modo inducido por los proveedores a partir del intenso proceso de innovación tecnológica y los desarrollos de los sistemas de diagnóstico y nuevos tratamientos¹, han puesto en cuestión la suficiencia financiera del sistema aprobado a finales del año 2001, así como las garantías mínimas de equidad en todo el territorio, en el marco del proceso de descentralización total de las competencias sanitarias y de los recursos para financiarlas.

Aunque nadie discute la necesidad de culminar el proceso de traspasos y de integrar todas las competencias en el modelo general de financiación autonómica, que se ha visto facilitada por la universalización de las prestaciones sanitarias recogida en la Ley General de Sanidad y por la separación de fuentes respecto de otras prestaciones de la Seguridad Social establecidas en los Pactos de Toledo, la extensión e intensidad de los cambios que se han producido en el sector sanitario plantean algunos interrogantes y riesgos, especialmente conectados con el sistema de financiación, que es conveniente examinar².

¹ Los problemas demográficos, cuestiones vinculadas con lo que se ha llamado el “riesgo de manipulación” (tendencia de los individuos asegurados a consumir mayores cantidades de asistencia sanitaria de la que consumirían en ausencia de seguro) o el crecimiento de nuevas demandas sociales y la difuminación de las fronteras entre las prestaciones sanitarias y otros bienes y servicios sociales serían otras causas que explicarían, además de las citadas, el crecimiento del gasto sanitario (Ruiz-Huerta, J. y López Laborda, J., 1998: 635-636).

² Hay que recordar que, a pesar de la universalización de la sanidad en España, el grado de extensión y profundidad de la protección sanitaria está aún alejado de los estándares existentes en otros países europeos, como Alemania o Francia.

- a) El primer interrogante del que hay que hablar es la suficiencia del sistema. Este tipo de riesgos no tienen tanto que ver con el proceso de descentralización, cuanto con la evolución de un sector especialmente sensible para los ciudadanos, por las características del bien que se protege (la salud) y por el proceso de cambio tecnológico. La demanda de gasto sanitario crece más, proporcionalmente, que la renta y ello explica el crecimiento generalizado de este gasto en todos los países de la OCDE. Por otra parte, la descentralización puede afectar a la suficiencia, como consecuencia de la pérdida de economías de escala que inevitablemente se produce en un proceso de descentralización, especialmente en lo que respecta a los gastos relacionados con la innovación tecnológica o los asociados a los productos farmacéuticos.
- b) Un segundo tipo de riesgos, más valorado por los ciudadanos, es el que tiene que ver con el principio de equidad. Por decirlo de una manera sencilla y utilizar un criterio de equidad generalmente aceptado, la duda que se plantea es si el sistema descentralizado de prestaciones garantiza o no la igualdad de acceso a las prestaciones sanitarias a todos los residentes del país, con independencia del territorio en el que vivan. El fundamento de dicha duda tiene que ver con las importantes diferencias de población, actividad económica y capacidad recaudatoria que existen entre los territorios españoles, así como la distinta evolución de las necesidades y recursos que se produce en ellas, lo que nos obliga a analizar si los sistemas compensatorios instrumentados van a poder cumplir o no de manera adecuada sus objetivos.
- c) Un tercer interrogante alude al mantenimiento efectivo de la financiación pública del sistema sanitario (básicamente a través de impuestos generales no afectados). La pregunta se podría formular en los siguientes términos: ¿no existe el peligro de una privatización subrepticia de la sanidad pública de carácter diferencial (según territorios) por la vía de la extensión del principio de beneficio o de los sistemas de copago en la financiación de las prestaciones sanitarias, sin mecanismos de control suficientes? En realidad este problema se refiere a una cuestión más general que tiene que ver con la naturaleza del gasto sanitario o del bien protegido, que no es público en sentido puro, y la justificación de su financiación exclusiva por medio de impuestos basados en el principio de capacidad de pago. Alude de nuevo al problema de la suficiencia e implica que, ante las dificultades para obtener recursos, se generaría una tendencia a reducir la protección, especialmente en los territorios con menos recursos y mayor proclividad a introducir elementos privados de provisión.
- d) Por último se plantean algunos interrogantes asociados al principio de eficiencia: dificultades para disponer de un buen sistema de información, imprescindible para asegurar un buen funcionamiento del modelo sanitario; ausencia de mecanismos de control eficaces y eficientes (como por ejemplo, el insuficiente desarrollo de la alta inspección o el establecimiento de medios eficaces para combatir el incumplimiento del principio de igualdad de acceso); inexistencia de los sistemas de tres listas propios de los modelos federales y duplicación ineficiente de servicios en algunos, especialmente

en el caso de la existencia de competencias concurrentes; insuficientes atribuciones del Gobierno Central en el sistema sanitario descentralizado: por un lado, la ausencia de competencias gestoras o sus limitadas atribuciones en el ámbito de la salud pública dificultan su papel coordinador y el eventual aprovechamiento de economías de escala; por otro lado, se plantean serios problemas de coordinación ante la ausencia de principios explícitos pactados por todas las instituciones con competencias sanitarias para asegurar su cumplimiento y el eventual establecimiento de un sistema sancionador (de control efectivo) en caso de incumplimiento; por último, las dificultades relacionadas con la articulación práctica del principio de lealtad fiscal, de modo que se evite el desplazamiento de cargas entre administraciones sin justificación ni acuerdo previos, o la falta de incentivos para la coordinación, especialmente en el caso de las Comunidades uniprovinciales en las que se pretende lo que podría llamarse una situación de “suficiencia autárquica”.

Aunque no se pretende dar respuesta a todos los interrogantes reflejados en este trabajo, después de sintetizar los principales antecedentes, se efectúa una valoración del sistema de financiación sanitaria aprobado en el contexto del nuevo modelo de financiación de las Comunidades de régimen común, analizando los principales aciertos, sus puntos débiles y los riesgos que plantea hacia el futuro. Además, a partir de la experiencia comparada, se ofrecen algunas propuestas de reforma que pueden servir para garantizar la viabilidad financiera del sistema, siempre con el objetivo de asegurar una asistencia sanitaria universal, gratuita y de calidad a todos los ciudadanos españoles con independencia del lugar en que vivan, tal como se prevé en la Constitución española, en la Ley General de Sanidad y en el artículo 2 de la Ley de Cohesión y Calidad del Servicio Nacional de Salud. Tanto la valoración del modelo de financiación de la sanidad como las propuestas de reforma se harán a partir de las consideraciones de garantía de suficiencia, equidad (asegurar la igualdad de acceso y de servicios a todos los ciudadanos) y eficiencia (evitar los despilfarros y conseguir los mejores resultados con los recursos disponibles) que deben servir de fundamento a la prestación de cualquier servicio público; en todo caso, para asegurar dichos principios, deben tenerse en cuenta las restricciones presupuestarias y la necesidad de no vaciar de contenidos y recursos a otros programas de gasto.

Además de estudiar los posibles recursos impositivos necesarios para garantizar la suficiencia financiera de la sanidad, pretendemos analizar la articulación del sistema, tanto en términos institucionales como de los fondos de compensación necesarios y examinar los sistemas de incentivos implícitos así como la conveniencia de incluir otros adicionales.

2. El modelo previo a la reforma de 2001

Cuando se puso en marcha el proceso de descentralización español, se cedieron competencias de salud pública muy amplias a la totalidad de las CC AA. Puede decirse que las competencias transferidas en este ámbito tuvieron mayor alcance que las existentes en algunos países federales (como Suiza o Estados Unidos), en los que son mayores las posibilidades de intervención del Gobierno Federal en este campo. Todas las Comunidades recibieron, además de las competencias en salud, las instalaciones localizadas en su territorio de la antigua Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNA), hospitales de bajo perfil tecnológico y operativo, ligados a antiguas redes (antituberculosos, de enfermedades respiratorias como la silicosis o psiquiátricos). En este contexto, los profesionales sanitarios pasaron a depender de las Comunidades Autónomas en los aspectos relativos a la salud pública, aunque en el caso de las Comunidades que permanecían en el llamado territorio INSALUD, también dependían de la Seguridad Social en lo referente a la asistencia sanitaria.

Las CC AA que accedieron a la autonomía por la vía prevista en el artículo 151 de la Constitución y las que obtuvieron leyes orgánicas específicas de transferencias recibieron las competencias en asistencia sanitaria y comenzaron a poner en marcha sus propios servicios de salud autonómicos. Este proceso de transferencias se inició en los años 80 y culminaría en 1994 con la cesión de estas competencias a las Comunidades de Navarra y Canarias, y su financiación se fundamentó en criterios de necesidad a partir de la cifra de población protegida con algunas correcciones puntuales³.

Puede decirse, en consecuencia, que durante la primera fase de traspasos se aplicaron dos criterios diferenciados en la cesión de transferencias sanitarias: la población protegida en el campo de la asistencia sanitaria y el coste efectivo de la salud pública⁴.

Las reformas estatutarias de 1993 preveían que las Comunidades que accedieron a la autonomía por el cauce del artículo 143 de la Constitución, asumirían las competencias sa-

³ Sobre los criterios aplicados en cada caso puede verse en Tamayo, P., 2001: 63-110.

⁴ En algunos casos, como ocurrió con la descentralización de los servicios sociales, se produjo una importante contradicción entre uno y otro criterio. Especialmente en ciertas Comunidades, como las dos Castillas o Extremadura, el coste efectivo arrojaba una cifra muy superior al que correspondía según el criterio de población protegida.

nitarias en cinco años, como efectivamente ocurriría con un cierto retraso en 2001. El modelo sanitario estaría, por lo tanto, totalmente descentralizado, a salvo del traspaso de las competencias sanitarias de las instituciones penitenciarias y de las mínimas funciones sanitarias del Instituto Social de la Marina ubicadas en las Comunidades costeras. Queda pendiente también la adecuada articulación institucional del sistema y la aplicación efectiva del principio de lealtad fiscal, de modo que se evite que quien tiene el poder legislativo genere obligaciones de gasto a otras unidades de gobierno sin contar con ellas o planificar los recursos necesarios para atender dichas obligaciones.

Desde el punto de vista temporal, la evolución del sistema sanitario antes de la reforma de 2001 puede dividirse en tres etapas: la primera se extendería hasta 1994, año en el que se aplica la reforma decidida el 21 de septiembre de ese año; la segunda, la que transcurre desde 1994 hasta 1997; y la tercera, la comprendida entre 1997 y 2001⁵.

2.1 Financiación de la sanidad desde el inicio de los traspasos hasta el acuerdo de 1997

La primera etapa es la que incluye todos los procesos de traspasos a las comunidades que accedían a la autonomía por la “vía rápida”. Como antes se señalaba, las transferencias de INSALUD se llevaron a cabo según el criterio de población protegida con diversos matices. Cada comunidad que firmaba un convenio de traspasos accedía a la gestión de los servicios sanitarios transferidos procedentes del INSALUD, y obtenía un porcentaje del presupuesto del Instituto, determinado a partir del coste de los servicios transferidos en el último ejercicio disponible, del que se descontaban los gastos referidos a los servicios comunes estatales y algunos centros especiales.

La Ley General de Sanidad de 1986 establecía que la asignación de recursos a las comunidades se realizaría progresivamente en función de su población protegida⁶, entendiéndose por tal a la diferencia entre la población total y las personas integradas en las mutualidades públicas de asistencia sanitaria. El mecanismo de financiación empleado, transferencias condicionadas, no era muy adecuado ni desde el punto de vista de la corresponsabilidad, ni desde el de la eficiencia. La recepción de los medios financieros no implicaba riesgo alguno para las Comunidades y generaba una tendencia al agotamiento de los cré-

⁵ Entre los múltiples trabajos sobre los problemas de financiación de la sanidad en el proceso de descentralización en España pueden mencionarse el de López Casasnovas, G. (1997) y el de Giménez Montero, A. (1997).

⁶ Artículo 82 de la LGS. La misma Ley determinaba, en su artículo tercero, que el Estado garantizaba la universalidad de las prestaciones, la igualdad efectiva en el acceso y la superación de los desequilibrios territoriales y sociales.

ditos y al aumento inmoderado del gasto, que coincidía con la tendencia observada en el INSALUD no transferido.

La utilización habitual de la ampliación de créditos para hacer frente a la insuficiencia de ingresos, junto a los elementos anteriores, daba lugar a una insuficiencia financiera crónica y a la permanente asunción de las deudas sanitarias por parte del Gobierno Central a través de los sucesivos planes de saneamiento financiero entre 1991 y 1993. No debe olvidarse, además, la incongruencia de que fuera la Administración Central la que determinaba la cuantía total de un gasto que, al comienzo de los años noventa, sólo gestionaba de forma minoritaria, lo que le obligaba a asumir en exclusiva las consecuencias derivadas de las constantes desviaciones presupuestarias.

La reforma de 21 de septiembre de 1994, que tuvo una vigencia de tres años, aprobó una serie de medidas orientadas a acabar con las tendencias mencionadas e introducir criterios objetivos y racionalizadores del gasto sanitario. En ese sentido, el acuerdo incorporaba, además de la aplicación de un criterio poblacional común y la fijación de un horizonte presupuestario específico para cada Comunidad Autónoma, un mecanismo para garantizar la suficiencia inicial, en función del “gasto efectivo” de 1993 del INSALUD⁷.

La regla de crecimiento adoptada, o el criterio de suficiencia dinámica, fue la evolución del PIB nominal a coste de los factores desde 1993 y, a efectos de la distribución del presupuesto de INSALUD entre las Comunidades con servicios sanitarios, el criterio seguido sería el de la población protegida, tal como ha sido definida. No obstante, el acuerdo preveía un proceso de adaptación desde los criterios aplicados por cada Comunidad a los índices de distribución del nuevo modelo. Adicionalmente, el acuerdo contemplaba el establecimiento de un mecanismo de compensación financiera por la atención prestada a los desplazados (que no llegó a definirse) y, en otro orden, cerraba la posibilidad de acudir a la ampliación de créditos, como una vía de disciplina presupuestaria destinada a acabar con los comportamientos anteriores.

2.2 El Acuerdo de 1997

El modelo aprobado el 27 de noviembre de 1997 para el período 1998-2001 se sustentaba en siete principios expresamente explicitados: suficiencia estática y dinámica, homogeneidad distributiva, satisfacción de la demanda de servicios, eficiencia en la aplicación

⁷ Que, además de la liquidación del presupuesto de dicho año, incluía la estimación de las deudas del INSALUD para ese ejercicio, descontando los gastos correspondientes a los Centros Nacionales, el Fondo de Investigación Sanitaria, Colaboración de Empresas y Fondo de Asistencia Sanitaria, así como las amortizaciones.

de recursos, equidad en el reparto de los costes y equilibrio financiero. Sin embargo, los elementos centrales del modelo anterior subsisten en el nuevo: las necesidades se miden en función de la población protegida y la evolución del PIB nominal sigue siendo el criterio de suficiencia dinámica asumido. No obstante, se introducen algunos elementos nuevos para atender necesidades no contempladas hasta entonces.

Los recursos ahora se aplican a dos finalidades distintas: garantizar la suficiencia de las administraciones gestoras y financiar programas específicos. El montante global de la financiación, basado en el criterio de población protegida y medido a partir del Padrón de 1 de mayo de 1996, arrojaba un aumento de 878.000 personas más que en el modelo anterior, de las que una tercera parte se concentraba en Andalucía y una quinta parte en la Comunidad Valenciana, según puede observarse en la Tabla 1. Frente al crecimiento de la población en tres Comunidades con transferencias de INSALUD, las demás mostraban una disminución poblacional, especialmente las integradas en el INSALUD gestión directa.

Tabla 1. Diferencias de población protegida en las CC AA entre 1991 y 1996

Comunidades autónomas	Porcentaje de variación
Cataluña	- 0,2404
Galicia	- 0,1175
Andalucía	+ 0,3508
Comunidad Valenciana	+ 0,1955
Canarias	+ 0,1752
País Vasco	- 0,0945
Navarra	- 0,0258
Total CC AA gestión transferida	+ 0,2435
INSALUD	- 0,2435
Total Sistema	= 0,0000

Fuente: Ministerio de Administraciones Públicas (1998).

Para financiar tales necesidades, el Acuerdo, como se señalaba, incluía dos fondos complementarios:

a) El Fondo General, dirigido a asegurar la suficiencia del sistema desde el año 1998, que ascendía a una cuantía de 3,7 billones de pesetas y estaba integrado por cuatro conceptos: la cantidad destinada a prorrogar el modelo anterior y otras tres partidas (tan sólo 75.000 millones) dedicadas a mejorar el sistema, garantizar la cobertura de la cifra inicial y combatir el fraude en Incapacidad Laboral Transitoria (ILT).

El reparto de este Fondo se hace según población protegida y, como se ha dicho, se mantenía como garantía de suficiencia dinámica la tasa de evolución del PIB al coste de los

factores. El Acuerdo determinaba también que las cantidades anteriores podían incrementarse en 65.000 millones adicionales en función de las medidas de racionalización del gasto farmacéutico que se adoptaran. Este elemento se concebía como un medio para aumentar el compromiso de las Comunidades con la buena gestión de un gasto especialmente sensible para los ciudadanos. El reparto de dichos recursos se haría también según la cifra de población protegida aunque, como se recoge en el documento del Acuerdo, “los ahorros resultantes de las medidas que se adopten se producirán según su incidencia real”, queriendo aludir al esfuerzo realizado por cada comunidad.

b) El Fondo dedicado a finalidades específicas. A su vez, se compone de dos partidas principales: una destinada a asegurar la financiación mínima a las administraciones que perdieron población y que, en consecuencia, se veían perjudicadas en el reparto del Fondo general; y la otra dirigida a financiar los gastos extraordinarios de docencia y atención hospitalaria a los residentes de otros territorios. Aunque las finalidades del segundo componente son muy claras, el documento del Acuerdo no explica los recursos que se destinan a docencia y desplazados ni los criterios seguidos para su distribución⁸.

Como resultado final del sistema acordado en 1997 se puede afirmar que, a pesar de optar por el criterio de población protegida para homogeneizar las distintas situaciones, las diferencias según Comunidades siguen siendo importantes, como pone de manifiesto la Tabla 2.

Tabla 2. Grado de adecuación de la financiación acordada en 1997 y el criterio de población protegida

Administración gestora	% Financiación	% Población protegida	Diferencia
Cataluña	16,2636	15,7496	0,5140
Galicia	6,9268	6,9125	0,0143
Andalucía	18,0703	18,0708	- 0,0005
C. Valenciana	10,1313	10,2255	- 0,0942
Canarias	4,0242	4,0673	0,0431
País Vasco	5,4408	5,4456	- 0,0048
Navarra	1,3455	1,3442	0,0013
CCAA gestoras	62,2025	61,8155	0,3870
INSALUD	37,7975	38,1845	-0,3870
Total Sistema	100,0000	100,0000	0,0000

Fuente: MAP (1998)

⁸ Aunque la cantidad asignada era modesta (apenas 50.000 millones), Cataluña recibía el 50% de este fondo y Andalucía el 25%.

A partir de los datos incluidos en la Tabla pueden señalarse algunas conclusiones de interés: por un lado, el conjunto de la financiación sí muestra una apreciable adecuación respecto del criterio de población protegida, mayor que en acuerdos anteriores. Sin embargo, desde una perspectiva individual, sólo una comunidad resulta muy beneficiada (Cataluña)⁹. Por otro, la aplicación del criterio de suficiencia dinámica significó que en algún ejercicio se produjera una compensación de cierta importancia por parte del Gobierno. Concretamente en 1999, como consecuencia de la inflación y del mayor crecimiento del PIB nominal respecto del gasto sanitario, el Gobierno asignó 25.000 millones adicionales a la financiación de la sanidad. Por último, las diferencias entre los porcentajes de financiación y de población protegida por Comunidades han ido disminuyendo en los ejercicios presupuestarios posteriores al acuerdo de 1997. Eso no significa, no obstante, que se diera una convergencia importante en términos de gasto, porque las Comunidades con gestión transferida dedicaban otros fondos de sus presupuestos a la financiación de la sanidad. Con todo, las diferencias en gasto por persona eran mayores dentro del territorio INSALUD gestión directa que la existente entre el valor medio del INSALUD gestión directa y las Comunidades con competencias transferidas.

En la memoria del INSALUD de 1999 el gasto por habitante del INSALUD gestión directa realizado en cada uno de los territorios era el siguiente:

Tabla 3. Gasto por habitante en las Comunidades del INSALUD gestión directa

Comunidad Autónoma	Gasto per cápita en € (1999)
Aragón	717,8
Asturias	713,4
I. Baleares	600,3
Cantabria	708,2
Castilla-La Mancha	634,0
Castilla y León	653,4
Extremadura	674,0
La Rioja	620,4
Madrid	663,4
Murcia	661,1
Ceuta	782,9
Melilla	813,0

Fuente: INSALUD (1999), datos transformados en euros.

⁹ Conviene recordar que en el período que analizamos, el Gobierno de la Generalitat de Catalunya colaboraba con el Gobierno del Partido Popular que sólo disponía de mayoría relativa en el Congreso de los Diputados.

Debemos recordar que un gasto sanitario por persona similar no es necesariamente un buen indicador de equidad, ya que las diferencias en el coste de prestación de los servicios implican que el gasto debería ser mayor en los territorios con población más dispersa o aislada (insularidad) respecto de aquéllos en los que la población esté más concentrada. Por otra parte, la obligada referencia a los territorios autonómicos impide detectar los efectos generados por servicios localizados en un determinado territorio, pero que tienen un ámbito de influencia superior al de una Comunidad.

3. La introducción de la sanidad en el sistema de financiación de las CC AA de régimen común y ciudades con estatuto de autonomía

3.1 Las razones de la incorporación

El sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común (además de Ceuta y Melilla), pactado el 27 de julio de 2001 en el Consejo de Política Fiscal y Financiera de las Comunidades Autónomas, considera por primera vez a la sanidad como uno de los elementos integrados orgánicamente en el sistema. Las necesidades de financiación de la sanidad se incorporan a las necesidades homogéneas de financiación de las Comunidades Autónomas, y se cubren con los recursos financieros del sistema.

Las razones que explican este proceso de integración son tres: ya en 1999 la separación de fuentes establecida en el Pacto de Toledo había desarrollado plenamente algunas de sus previsiones, y entre ellas la financiación de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social con cargo a impuestos, atribuyendo a las cotizaciones sociales la financiación de la parte contributiva del sistema de pensiones. El hecho de que la asistencia sanitaria de la Seguridad Social no fuera sino una política pública encaminada a dar respuesta al derecho universal a la salud no planteaba pues los problemas metodológicos con que se abordaron los primeros traspasos.

Por otra parte, todas las reflexiones sobre el sistema de financiación de las CC AA señalaban la necesidad de diversificar las figuras impositivas cuyo rendimiento se cediera en todo o en parte a las Comunidades, y esto sólo era posible si las necesidades de financiación se incrementaban de forma que justificaran el correlativo incremento de los recursos tributarios. Dicho de otra forma, la diversificación de la cesta de impuestos sólo era posible si, con el incremento de recursos que implicaba, se financiaban todas las políticas autonómicas derivadas de sus competencias.

Por fin, un elemento más contingente lo constituía la conveniencia de completar el traspaso de los medios y servicios de gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las CC AA que todavía no lo habían recibido; por una doble razón: por hacer coincidir un nuevo sistema que se pretende “estable” de provisión de recursos con un marco com-

petencial también estable de las CC AA; y porque la previsión de una negociación larga y costosa de los traspasos pendientes aconsejaba la disolución de este proceso en otro más amplio como el del modelo de financiación.

La incorporación de la sanidad al sistema general de financiación de las CC AA dio lugar a un duro proceso político y al empleo de formas de dudosa constitucionalidad. Para que la sanidad pudiera figurar dentro de las competencias que con carácter general habían asumido las quince Comunidades Autónomas de régimen común, y tras un proceso de negociación política que amenazaba con no culminar en las fechas en que estaba prevista la entrada en vigor del Sistema (1º de enero de 2002), el Gobierno decidió “impulsar” la aceptación del traspaso de medios y servicios por parte de las CC AA mediante la incorporación a la Ley 21/2001 de 27 de diciembre¹⁰, en su disposición final segunda, de una enmienda que establecía que, en el caso de que una Comunidad no aceptara el traspaso de la gestión de los servicios sanitarios de la Seguridad Social, no le sería de aplicación el sistema¹¹.

3.2 Características del Sistema

El Acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera de 27 de julio de 2001 menciona como bases jurídicas de la financiación de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a cargo de las Comunidades Autónomas los artículos 41 y 149 de la Constitución, la Ley General de la Seguridad Social y, a través de una mención anterior, la separación de fuentes establecida por las normas resultantes del Pacto de Toledo. Las referencias a la legislación sobre Seguridad Social permitirán, destacando “la responsabilidad exclusiva –del Estado– en lo que se refiere al régimen económico de la Seguridad Social”, que el Acuerdo establezca la afectación de los recursos necesarios a las necesidades de gasto sanitarias¹². El Acuerdo fija textualmente en este sentido que “el Sistema de Financiación impone a las Comunidades Autónomas la obligación de destinar a la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, como mínimo, una cantidad igual a la resultante de evolucionar las necesidades financieras en la forma señalada” (art. 7,3, Ley 21/2001), sin perjuicio de las mejoras que deseen aplicar las CC AA.

¹⁰ Ley de Medidas Fiscales y Administrativas del Nuevo Sistema de Financiación de las Comunidades Autónomas de Régimen Común y Ciudades con Estatuto de Autonomía.

¹¹ “Las Comunidades Autónomas que no hayan recibido la transferencia de los servicios que se financiarán mediante el nuevo sistema o que, en Comisión Mixta, no acepten este último en su integridad, incluida la cesión de todos los tributos susceptibles de ser cedidos, se financiarán mediante entregas a cuenta que a tal efecto se establecerán en las Leyes de Presupuestos Generales del Estado hasta que hayan recibido la transferencia de los servicios que se financiarán mediante el nuevo sistema, y, en Comisión Mixta, acepten este último”.

¹² Tal y como se hace también para los servicios sociales, que ven reconocida la misma afectación en el acuerdo.

Las competencias de gestión de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social componen uno de los bloques competenciales¹³ al que se asigna inicialmente una masa homogénea de financiación, integrada en el año base (1999), para las CC AA con competencias asumidas, por la liquidación definitiva de dicho ejercicio del modelo de financiación sanitaria, y para las restantes por el importe que les correspondía para dicho año en el “INSALUD gestión directa”.

Sobre esta masa homogénea de financiación se determinan las necesidades de financiación de las respectivas Comunidades Autónomas, con criterios que se analizarán en posteriores apartados, y que se financian con la recaudación de tributos cedidos sobre Patrimonio, Transmisiones Patrimoniales y Actos Jurídicos Documentados, Sucesiones y Donaciones, Determinados Medios de Transporte, tributos sobre el Juego, Tasas, Tarifa autonómica del IRPF (33%), cesión del 35% de la recaudación líquida por IVA, cesión del 40% de la recaudación líquida por los Impuestos Especiales sobre la Cerveza, el Vino y Bebidas Fermentadas, Hidrocarburos, Labores del Tabaco, cesión del 100 % de la recaudación líquida por el Impuesto sobre la Electricidad y el Impuesto sobre Determinados Medios de Transporte (matriculación), y el Fondo de Suficiencia, transferencia del Estado calculada el año base por importe de la cantidad necesaria para cubrir la diferencia entre las necesidades de financiación y los recursos anteriores.

El Fondo de Suficiencia, por tanto, viene a suplementar la financiación de aquellas Comunidades que no pueden cubrir todas sus necesidades de gasto con los recursos tributarios que ahora les corresponden. En ese sentido el Fondo tiene la misión de realizar la misma función que en el anterior sistema de financiación cumplía la Participación en los Ingresos Generales (PIG)¹⁴. La evolución de este nuevo instrumento es común para todos los territorios y se determina por la aplicación del índice de los ITEn (Ingresos Tributarios del Estado nacional), que incluye los rendimientos del IRPF, el IVA y los Impuestos Especiales no cedidos a las Comunidades Autónomas.

En la tramitación parlamentaria se introdujo como enmienda un nuevo impuesto, que se refleja asimismo en la Ley 21/2001, sobre las Ventas Minoristas de Determinados Hidrocarburos, cuyo rendimiento se cede al 100%, y que se considera afectado a la financiación sanitaria, como todos los recursos del Sistema. Es la pieza clave, junto con la capacidad normativa del Impuesto de Matriculación, sobre la que se quiere hacer descansar el cumplimiento de la legislación en materia de Estabilidad presupuestaria, ya que son dos de los escasos instrumentos que poseen las CC AA para conseguir que su política de gasto (o simplemente, la que les viene impuesta por la determinación del crecimiento mínimo de sus partidas presupuestarias destinadas a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social)

¹³ El Acuerdo alude a tres bloques diferenciados: competencias comunes, sanidad y servicios sociales.

¹⁴ En sentido estricto, sin embargo, este Fondo no garantiza la suficiencia global del sistema ni del gasto sanitario a lo largo del tiempo, al no haberse concebido con esa finalidad.

no incurra en déficits por crecimientos superiores a sus recursos. La afectación general de todos los recursos del sistema a la política sanitaria permite que el nuevo impuesto cumpla lo preceptuado en la directiva 92/12/CEE del Consejo, de 25 de febrero de 1992, al poseer una finalidad específica (la financiación del gasto sanitario)¹⁵.

En el nuevo Sistema, la determinación de las necesidades de financiación sanitaria de cada Comunidad se realiza a través de un Fondo General y de dos Fondos específicos, de menor importancia.

El Fondo General reparte su financiación de acuerdo con tres criterios:

- 75%, según la población protegida;
- 24,5% en función del número de ciudadanos mayores de 65 años (a partir de los datos del Padrón de 1º de enero de 1999);
- 0,5% vinculado a la insularidad, determinada con los procedimientos usuales del sistema (proporción a la distancia entre las capitales insulares y la península).

Este bloque competencial tiene, como el resto de los bloques del sistema, su propia garantía de mantenimiento del *statu quo*: la aplicación de estas variables de reparto no puede provocar que ninguna Comunidad reciba por el Fondo General una cantidad menor a la que tuviera atribuida la masa homogénea de financiación.

Como puede suponerse, 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. No parece que se hayan efectuado estudios previos suficientes para justificar la asignación de tales coeficientes o la determinación de su cuantía¹⁶. En realidad, el empleo de estos indicadores se explica, bien para que algunas Comunidades que no obtenían mejoras en su financiación dentro del bloque de financiación de competencias comunes consiguieran alguna compensación, bien para alcanzar el incremento global pactado en las negociaciones bilaterales entre determinadas Comunidades y el Gobierno, o bien para establecer de partida una mejora en la financiación del traspaso que incentivara su aceptación por parte de las Comunidades¹⁷.

¹⁵ Esta Directiva, por otra parte, permitiría el establecimiento de otros tributos de mayor calado para asegurar la suficiencia del Sistema, en la línea de los impuestos previstos en los sistemas italiano y canadiense.

¹⁶ A diferencia de la práctica, usual en otros países, de analizar con carácter previo las propuestas de reforma política.

¹⁷ Esta determinación de variables y ponderaciones en función exclusiva de los resultados es especialmente visible en los criterios de reparto del bloque competencial de gestión de servicios sociales de la SS. A pesar de que el conjunto de la financiación se reparte en proporción directa al número de habitantes mayores de 65

Conviene no olvidar, por otra parte, que la introducción de la variable “insularidad” sirve para compensar la menor importancia de esta misma variable en las competencias comunes, y que la introducción de la variable “mayores de 65 años” retribuye fundamentalmente a algunas CC AA con traspasos pendientes, además de mejorar en algún caso la financiación de Comunidades con escasos avances en los otros bloques de financiación.

Al lado de este Fondo General, el Acuerdo establece dos fondos específicos. El primero no es sino la reedición de los fondos establecidos en el Acuerdo de 1997 vinculados al cumplimiento de actividades inspectoras y de control de las situaciones de incapacidad temporal. Este programa mantiene la dotación de ejercicios precedentes de 240,40 millones de euros, que se reparten entre las CC AA de acuerdo con la población protegida, con las revisiones que en su caso establezca la Ley de Presupuestos de cada ejercicio.

El segundo Fondo, el de “desplazados”, rebautizado como Fondo de Cohesión sanitaria, sirve para pagar los servicios prestados por una Comunidad Autónoma a pacientes provenientes de otras CC AA (cuyas administraciones no pueden cubrir dichos servicios por carecer de ellos en su territorio, al no existir en el momento en que se produjeron los traspasos), de otros países de la Unión Europea o de países con convenio de asistencia recíproca suscrito con España. El Fondo ha tenido diferentes consignaciones en los Presupuestos de 2002 a 2003, que tienden a la baja¹⁸.

El Fondo de Cohesión ha tenido en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud un realce mediático notable. En palabras de la ministra Ana Pastor¹⁹, “el Fondo de Cohesión Sanitaria permitirá que todos puedan utilizar los mejores servicios especializados, profesionales y tecnológicos, en las mismas condiciones, independientemente de su ubicación”²⁰.

Además de facilitar la movilidad de los pacientes, el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través del Fondo de Cohesión Sanitaria, financiará las políticas que aseguren la cohesión sanitaria y la corrección de desigualdades. Textualmente se dice que estas “políticas se desarrollarán mediante los planes integrales de salud, que tendrán en cuenta las variables epidemiológicas y sociales que supongan una mayor necesidad de servicio, tales

años de cada Comunidad, son Cataluña, Andalucía y la C. Valenciana las que reciben más del 75% de la adicionalidad (los recursos sumados al nuevo modelo), por haber recibido sus traspasos insuficientemente valorados en su día. Las Comunidades más envejecidas no se benefician para nada de un criterio que teóricamente les era favorable.

¹⁸ La cuantía del Fondo de Cohesión es muy modesta (60 millones de €), claramente insuficiente para atender los múltiples fines contemplados por la normativa. Por otra parte, la Ley no establece mecanismos de información adecuados para asegurar una correcta distribución de los recursos del Fondo (Tamayo, P., 2003).

¹⁹ La primera gran ley sanitaria del siglo XXI, “El País, viernes 7 de marzo de 2003”, pág. 33 edición nacional.

²⁰ El artículo 2.2 de la propia Ley señala además que el Fondo “servirá para financiar el uso tutelado de determinadas técnicas, tecnologías o procedimientos”.

como patologías crónicas, morbimortalidad estandarizada por edad, población infantil, población inmigrante y otras de carácter similar.”²¹

El texto citado no es sino el segundo apartado de la Disposición Adicional Quinta de la mencionada Ley; el primero, explica que la finalidad del Fondo es garantizar la igualdad de acceso a los servicios públicos de asistencia en todo el territorio español, y la atención a desplazados provenientes de la UE o de países con los que España tenga suscritos convenios²².

El Sistema incorpora, con carácter único y específicamente para la asistencia sanitaria, una garantía de crecimiento mínimo de los recursos para los primeros tres años, que se recoge en el Acuerdo en los siguientes términos: “Durante los tres primeros años, el Estado garantiza a las Comunidades Autónomas que hayan asumido competencias en materia de gestión de los servicios sanitarios de la Seguridad Social que el índice de evolución de los recursos asignados a los mismos tendrá un índice de evolución del PIB nominal a precios de mercado”.

De todas las políticas públicas, la asistencia sanitaria es la única que en el Sistema de Financiación de las Comunidades Autónomas tiene garantizada la suficiencia dinámica de sus dotaciones presupuestarias, con la correspondiente afectación de recursos. Esto es lo que indica el tenor literal del artículo 7,3 de la mencionada Ley 21/2001 de Medidas del nuevo sistema: “Las Comunidades Autónomas deberán destinar cada año a la financiación de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, excluida la parte correspondiente al Fondo Programa de Ahorro en Incapacidad Temporal, como mínimo, el importe que resulte de aplicar al valor en el año base establecido para tales servicios el índice de crecimiento del ITEn a que se refiere el artículo 16. A tal fin quedan vinculados todos los recursos del sistema de financiación.” A pesar de su rotundidad, como se comentará más adelante, esta vinculación del 100% de los ingresos a la financiación de la sanidad oculta de hecho la desaparición de la condicionalidad anterior de los recursos destinados a ella.

Como ya hemos señalado con anterioridad, el ITE (Ingresos Tributarios del Estado) nacional está constituido por la recaudación estatal, excluida la susceptible de cesión a las Comunidades Autónomas, por IRPF, IVA y los Impuestos Especiales de Fabricación sobre la Cerveza, el Vino y Bebidas Fermentadas, sobre Productos Intermedios, sobre Alcohol y Bebidas derivadas, sobre Hidrocarburos y sobre Labores del Tabaco. Inicialmente el proyecto de Ley de Medidas afectaba un conjunto de recursos tributarios al cumplimiento de esta

²¹ En apartados posteriores de este trabajo explicaremos en qué medida estos objetivos y declaraciones pueden tener aplicabilidad práctica.

²² En realidad, ya figura con idéntica literalidad en el artículo 4, apartado B, letra c de la mencionada Ley 21/2001.

obligación, pero, como se ha visto en su redacción final, más precisa y contundente, se afectan al cumplimiento de la obligación de suficiencia dinámica todos los recursos del sistema.

El Sistema también contempla el desarrollo de las asignaciones de nivelación previstas en el apartado 3 del artículo 15 de la Ley Orgánica 8/1980, de 22 de septiembre, de Financiación de las Comunidades Autónomas, señalando en el artículo 67 de la Ley 21/2001 que, a los efectos de la LOFCA, “queda afectado el nivel de prestación del servicio público fundamental de sanidad, cuando el incremento de la población protegida, debidamente ponderada en función de la edad, en la Comunidad Autónoma entre un año y el siguiente, expresado en términos porcentuales, sea superior, en más de 3 puntos, al incremento porcentual que experimente en ese mismo periodo la media nacional”. Tal desviación dará origen a un proceso de negociación en el que el acuerdo de ambas partes puede concluir en la procedencia o no de que la Comunidad participe en las asignaciones de nivelación. La disposición adicional primera de la Ley explica que lo dispuesto en el artículo 67 sólo será aplicable a las desviaciones que se produzcan a partir de 1º de enero de 2002.

3.3 Los resultados del nuevo Sistema: la financiación de la sanidad de las CCAA con competencias asumidas. El cómputo del coste efectivo de los nuevos decretos de traspaso de medios y servicios de asistencia sanitaria

Una vez determinada la masa homogénea de financiación de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, aplicada la regla de *statu quo* y fijado el valor de los fondos específicos (Programa de Ahorro en Incapacidad Temporal y Fondo de Cohesión Sanitaria), se obtiene la necesidad de financiación de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, definida en valores del año 1999. Dicho indicador se aplica tanto para definir las cantidades destinadas a la financiación de la asistencia sanitaria en el nuevo sistema, de las Comunidades que ya tuvieran asumidas sus competencias de gestión, como para definir los costes que deben aparecer en los decretos de traspaso de medios, servicios y funciones aprobados en diciembre de 2001 de las Comunidades que pasaban a hacerse cargo de esta nueva competencia.

El resultado final del proceso concluido en los decretos de traspaso de diciembre de 2001, que culminan la descentralización de la sanidad española es, en términos cuantitativos, muy inferior a la incidencia que tuvo sobre la financiación sanitaria el acuerdo de 1997, que, además, tuvo repercusión fundamental sólo sobre las CC AA de gestión transferida²³. En términos globales, puede hablarse de una cifra entre 500 y 600 millones de euros. En este

²³ Aunque en los últimos ejercicios el INSALUD recuperó parte del peso proporcional de financiación perdido en el primer momento del Acuerdo.

caso, aunque teóricamente el sistema define criterios de reparto para todas las Comunidades, la parte del león recae sobre las dos Castillas, las CC AA insulares y Galicia.

Interesa destacar como tal vez lo más novedoso de este proceso la configuración de criterios de reparto de servicios cuyo traspaso todavía no había sido ultimado. En los anteriores procesos de negociación Estado-CC AA para el traspaso de medios y funciones adscritas a una determinada competencia, la discusión se centraba sobre el coste efectivo, demandando la Comunidad una mayor cuantía y defendiendo el Estado una menor. En este caso particular, una vez definida la necesidad de financiación de una Comunidad, la negociación del coste efectivo pierde interés para ella o incluso paradójicamente la negociación se concentra en que no se traspasen determinados medios, para que la Comunidad mantenga un remanente líquido mayor que le permita la puesta en marcha de nuevos servicios²⁴.

Tabla 4. La masa de financiación sanitaria de las CC AA en el Acuerdo de 27 de julio de 2001 y en los decretos de trasposos (año base 1999; miles de €)

Comunidad	Incremento	Causa
Andalucía	0	<i>Statu quo</i>
Aragón	20.820	Traspaso ^(a)
Asturias	775	Traspaso ^(a)
I. Baleares	87.670	Cálc. Necesidad Sistema
Canarias	46.880	Cálc. Necesidad Sistema
Cantabria	45.800	Traspaso
Castilla- La Mancha	76.600	Cálc. Necesidad Sistema
Cstilla y León	96.940	Cálc. Necesidad Sistema
Cataluña	0	<i>Statu quo</i>
Extremadura	22.350	Traspaso
Galicia	48.700	Cálc. Necesidad Sistema
C. Madrid	0	<i>Statu quo</i> ^(b)
R. de Murcia	7.600	Cálc. Necesidad Sistema
La Rioja	47.790	Traspaso
C. Valenciana	5.500	Cálc. Necesidad Sistema

^(a) Anunciadas compensaciones fuera del decreto de traspaso.

^(b) La compensación consistirá, según la información disponible, en el traspaso de medios procedentes de la sanidad militar.

Fuente: Elaboración propia a partir de la Memoria y la Liquidación de Presupuestos del INSALUD (1999), Decretos de Traspasos de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social (diciembre de 2001) y Aplicación del nuevo Sistema de Financiación.

²⁴ Aunque sea difícil de creer, en estas inusuales negociaciones, la Administración del Estado intentó aplicar, contra la financiación excedente derivada de la determinación de necesidades del Sistema, el traspaso de la sanidad penitenciaria y otros servicios, lo que naturalmente fue rechazado por las CC AA.

Sin embargo, las CC AA que en función de la determinación de necesidades no recibieron recursos adicionales a los ya gestionados por el INSALUD han ido a una negociación convencional, que en algunos casos ha logrado el incremento de la cuantificación del coste efectivo inicialmente considerado, y en otros se ha traducido en compromisos de financiación, por imputación al FEDER o a otros Fondos de la UE, o por cofinanciación estatal, de determinados compromisos de inversión.

A partir de un trabajo anterior²⁵, hemos reelaborado los datos a fin de ofrecer una visión, en la Tabla 4, de las mejoras de financiación producidas en la valoración del año base, 1999, de la financiación sanitaria de las distintas CC AA, por el Acuerdo sobre el Sistema de Financiación o por la negociación previa a la aprobación del correspondiente decreto de traspaso para las CC AA pendientes de asumir la gestión de la sanidad.

²⁵ Ruiz-Huerta, J. y Granado, O. (2002).

4. Valoración del nuevo sistema: principales ventajas e inconvenientes

4.1 Introducción

En el modelo que finaliza el año 2001, caracterizado como los anteriores por la existencia de un Sistema de Financiación de competencias comunes y por un Acuerdo sobre financiación de la sanidad, los distintos bloques de ingresos de las Comunidades Autónomas evolucionaban de manera diferente, no tanto en función del comportamiento de la recaudación, sino por la utilización de distintos tipos de garantías de mínimos y de indicadores de cálculo. Así, los ingresos vinculados al IRPF evolucionaban de acuerdo con la recaudación territorializada, garantizándose como incremento mínimo el PIB nominal²⁶. A la financiación de la sanidad se le garantizaba asimismo el incremento del PIB nominal. Los tributos cedidos evolucionaban de acuerdo con su recaudación, claramente superior al PIB. La Participación en Ingresos Generales del Estado (PIG) crecía de acuerdo con la tasa de variación de los Ingresos Tributarios Ajustados Estructuralmente (ITAE) del Estado, también claramente superiores en crecimiento al PIB. Sólo la financiación de la gestión de la asistencia de los servicios sociales de la Seguridad Social, una rúbrica de peso muy reducido, evolucionaba a un ritmo inferior al PIB, vinculándose a las previsiones de incremento del IPC.

La media de los ingresos de las Comunidades crecía, por tanto, más que la financiación sanitaria. Esto suponía que las CC AA debían destinar otros recursos a la financiación aportada por el Estado si deseaban simplemente que la sanidad creciera de forma similar al resto de las áreas de gasto.

El nuevo modelo pretende operar de manera diferente, sustentado sobre la aplicación de garantías teóricas de ingresos y la afectación de recursos impositivos. No obstante, esta voluntad supone en parte la progresiva desaparición de responsabilidades por parte de la Administración Central. Una vez concluya la garantía temporal de ingresos, prevista para tres años, la responsabilidad de la Administración del Estado habrá concluido. Incluso

²⁶ Por acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera de marzo de 1998, que se aplicó con efectos desde 1º de enero de 1997.

puede considerarse que el legislador estatal ha excedido sus competencias al determinar la afectación de recursos para la provisión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social impuesta a los poderes legislativos de las Comunidades Autónomas, en una clara limitación de sus funciones presupuestarias y de control de sus poderes ejecutivos correspondientes.

Esta dilución de responsabilidad se ha producido, probablemente, no tanto por la voluntad explícita del legislador, ni tampoco por los deseos del actual Gobierno de descargar en las Administraciones Territoriales las políticas sociales con mayor potencialidad desequilibradora de las finanzas públicas. El factor predominante es, a nuestro juicio, la falta de mecanismos de control conjunto de las políticas de responsabilidad compartida entre la Administración del Estado y las Comunidades Autónomas, que con frecuencia se resuelve, como ha ocurrido en la Ley de Cohesión, con una legislación estatal declarativa, sin voluntad ni mecanismos de traducirse en procesos de coordinación basados en el principio de lealtad.

A la definición de la masa homogénea de financiación en el año base se han acompañado los acuerdos de las Comisiones Mixtas de Transferencias que fijaban la cesión de los correspondientes porcentajes de IVA e Impuestos especiales, además de la dotación correspondiente del Fondo de Suficiencia²⁷ para la financiación de la sanidad, en sustitución de las antiguas transferencias finalistas o como recurso vinculado a los nuevos traspasos. Pero en la práctica, como este proceso ha coincidido con la negociación del nuevo sistema financiero y las modificaciones inherentes al mismo, incluyendo la incorporación de las tres Comunidades que habían rechazado el antiguo acuerdo y el traspaso de los servicios sociales, no podemos hablar de una financiación sanitaria, como en los anteriores modelos, que disponía de sus propios recursos y evolucionaba de acuerdo a sus indicadores específicos, sino de la financiación de una política pública más, cuyos recursos evolucionan de forma integrada en el sistema general.

Como veremos, el factor que va a marcar el crecimiento del gasto sanitario de las diferentes administraciones territoriales será la evolución global del conjunto de sus recursos, lo que el propio sistema reconoce al afectar a la financiación de la sanidad todos los recursos, y no sólo los teóricamente más vinculados a la financiación de esta política por el acuerdo de cada Comisión Mixta de Transferencias.

En consecuencia, debemos analizar el grado de suficiencia de los ingresos de las CC AA en el nuevo Sistema de Financiación, y el que otorgan a la sanidad específicamente la garantía de ingresos y la afectación de recursos establecidas en el Acuerdo de 27 de julio de 2001 y en la Ley 21/2001 respectivamente.

²⁷ Sólo la Comunidad de Madrid y la de las Islas Baleares han visto financiadas todas sus políticas transferidas con el IRPE, el IVA, los Impuestos Especiales y los antiguos tributos cedidos.

4.2 Garantía, suficiencia dinámica y afectación

Como se explicaba en el capítulo anterior, el Sistema prevé un doble mecanismo de garantía de recursos para la asistencia sanitaria de la Seguridad Social. De un lado, y durante tres años, el Estado garantiza a cada una de las CC AA que los ingresos tributarios con que se financia esta competencia experimentarán un crecimiento al menos similar al que se haya producido en el PIB nominal a precios de mercado. De otro, cada una de las CC AA debe asegurar que las partidas presupuestarias en las que tiene reflejo este gasto aumentan en la misma medida en que haya subido el ITEn (Indicador nacional de los Ingresos Tributarios del Estado), magnitud compuesta por el 67% del IRPF, 65% del IVA y el 60% de los Impuestos Especiales no cedidos a las CC AA²⁸.

La interpretación concurrente de ambos preceptos presenta serias dificultades. Lo más razonable hubiera sido que tanto la garantía de evolución de los recursos como la prescripción legal de gasto dependieran del mismo indicador, ya que, de lo contrario, si la primera es superior a la segunda (% de crecimiento del PIB respecto de los ITEn), simplemente no se entiende por qué el Estado ha de garantizar para la financiación sanitaria recursos que luego pueden derivarse a otras políticas; si la segunda tasa de aumento es superior a la primera, las Comunidades deben seguir derivando recursos destinados a la financiación de otras políticas hacia la sanidad o, en todo caso, aplicar la capacidad normativa que tienen atribuida para cumplir con el requisito de crecimiento mínimo del gasto sanitario sin incurrir en los déficits también preceptivamente regulados por la Ley de Estabilidad. En todo caso, utilizar el mismo indicador para un precepto y otro nos llevaría a preguntarnos por qué razón uno de los dos tiene vigencia por tres años y el otro es permanente.

Con la finalidad de intentar asegurar el equilibrio de las CC AA, se ha regulado su capacidad normativa en el nuevo Impuesto sobre las Ventas Minoristas de Hidrocarburos, y se ha previsto, de forma muy limitada, la posibilidad de establecer recargos en el Impuesto Especial sobre Determinados Medios de Transporte (matriculación), amén del incremento también muy reducido de la capacidad normativa de las CC AA sobre aspectos parciales del IRPF o el más significativo sobre los antiguos tributos cedidos.

La afectación de todos los recursos del sistema a la financiación de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social ha sido presentada por los portavoces del Ministerio de Sanidad como un triunfo frente a la “indefensión” en la que quedaba la sanidad en el nuevo Sistema, pero en realidad es una mala solución. De hecho, con este precepto el Gobierno queda liberado de cualquier responsabilidad específica en la financiación del gasto sanitario, ya que sólo un crecimiento que desbordara todos los ingresos de las CC AA produciría en términos legales una situación de insuficiencia. En realidad, los recursos tributarios de las Comunidades están

²⁸ Según prevé el artículo 15 de la Ley 21/2001.

afectados legalmente a la financiación de todas sus competencias. Por lo tanto, la distinción aplicada a la sanidad tiene un valor más simbólico que real y no se garantiza con ella, en la práctica, el nivel de gasto sanitario necesario²⁹.

Por otra parte, no es una solución adecuada porque constituye una limitación de la autonomía de las Comunidades en orden a fijar su política de ingresos y gastos, y este precedente podrá ser invocado en otros momentos para justificar otras decisiones del legislador estatal que afecten a las CC AA. Además, se trata de un precepto de discutible valor jurídico. ¿Puede una Ley de las Cortes Generales limitar la capacidad de un Parlamento Autonómico para aprobar sus Presupuestos, obligándole a dirigir su gasto en una dirección y cuantía predeterminada?

Adicionalmente, el criterio de afectación no parece que sirva para garantizar una determinada calidad en el servicio público: en un subsector público tan dependiente en sus cifras globales del Capítulo I (Personal), el crecimiento o decrecimiento de las magnitudes presupuestarias puede coexistir perfectamente con mejoras o empeoramientos en la calidad del servicio. Lo más llamativo de este precepto legal es, no obstante, que el Estado obliga a las CC AA a hacer crecer el presupuesto de 2003 sobre el de 1999³⁰ de acuerdo con una magnitud, el ITE nacional, mientras que los recursos necesarios para cumplir este precepto crecen de acuerdo con otra: en el caso de trece CC AA, el crecimiento del IVA, de sus Impuestos Especiales y del Fondo de Suficiencia; en el caso de la Comunidad de Madrid y de Islas Baleares, el crecimiento del IRPF, del IVA y de sus Impuestos Especiales.

Esta contradicción no ha implicado un problema insalvable porque la financiación sanitaria no es sino una pieza en un engranaje más amplio, la financiación de las CC AA, y las aparentes disfunciones del sector sanitario se compensan con otras de signo contrario en diferentes partidas de ingresos y gastos de los presupuestos autonómicos. También, porque las magnitudes de las que estamos hablando no tienen una evolución demasiado dispar.

La evolución del ITE y la del PIB a precios corrientes no se diferencian demasiado en la práctica. Aunque la estimación a la baja de las entregas a cuenta del Fondo de Suficiencia para el año 2003 parte de una tasa de crecimiento desde 1999 del 1,2677, si aceptamos las estimaciones del Presupuesto de 2003, según las cuales el PIB habría evolucionado a pre-

²⁹ Las diferencias de este tipo de servicio respecto de otras prestaciones públicas, como el hecho de que afecte a toda la población y a todas las edades, de que se trate, especialmente en algunos casos, de servicios costosos, no siempre asequibles para las familias y cuyo gasto tiene un intenso e imprevisible ritmo de crecimiento, difícil de prever, es lo que explicaría un tratamiento especial, más allá de la pura competencia con otros tipos de gastos.

³⁰ El año 2002 una disposición transitoria en la Ley 21/2001 resolvió este problema, dando por bueno el cumplimiento de la garantía si las CC AA destinaban al gasto sanitario el mismo dinero que recibieron en el acuerdo de la Comisión Mixta para financiarlo dentro del nuevo Sistema.

cios corrientes desde 1999 a una tasa algo menor que el 1,29 en términos reales, la evolución del indicador ITEn será sin duda algo superior.

Más interesante es la comparación entre el ITEn y el conjunto de ingresos de las CC AA, ya que una vez superado el marco temporal de los tres primeros años, las CC AA deberán financiar la sanidad con sus ingresos y gastar al menos la cantidad resultante del crecimiento del ITEn. Si utilizamos como marco temporal para una comparación los Presupuestos del Estado para 2003, el ITEn tendría la siguiente composición estimada:

Tabla 5. Ingresos Tributarios del Estado (ITEn) 2003 (millones de euros)

Ingreso	Cuantía	Porcentaje/Total
67% IRPF	32.217,2	47,49
65% IVA	25.741,9	37,95
60% II EE	9.880,1	14,56
Total	67.839,2	100,00

Fuente: Elaboración propia a partir del Presupuesto de 2003

Por su parte, los recursos financieros de las Comunidades Autónomas contemplados en el Sistema (artículo 6 de la Ley 21/2001), con excepción de los tributos cedidos y tasas, serían, según la estimación realizada a partir de los Presupuestos Generales del Estado para el año 2003 los siguientes:

Tabla 6. Recursos de las Comunidades Autónomas 2003 (millones de euros)

Ingreso	Cuantía	Porcentaje/Total
33 % IRPF	13.502,6	23,34
35 % IVA	13.439,0	23,23
40 % II EE	7.065,7	12,22
Fondo Suficiencia	23.833,6	41,21
Total	57.840,9	100,00

Fuente: Presupuestos Generales 2003 y elaboración propia

Como el Fondo de Suficiencia evoluciona de acuerdo con el ITEn, serán las distintas variaciones del IRPF, IVA e Impuestos Especiales las que determinen las diferencias entre las obligaciones de gasto y los ingresos para el conjunto de las CC AA. Entre 1997 y 2003, según cifras presupuestarias, las tasas de evolución de estas figuras o agregados tributarios han sido las siguientes:

Tabla 7. Evolución de las figuras tributarias entre 1997 y 2003 (millones de euros)

Impuesto	1997	2003	Incremento (%)	Índice, base 1997
IRPF	29.801,2	45.719,6	53,4	1,534
IVA	24.148,7	39.180,6	62,2	1,622
II EE	12.446,4	16.945,5	36,1	1,361

Fuente: Presupuestos liquidados 1997 y Presupuestos Generales del Estado 2003

Si proyectamos sobre el año 2003 idénticos incrementos tributarios para los próximos siete años, las diferencias entre la evolución del ITEn y de los recursos de las CC AA (excluidos los tributos cedidos y tasas) son prácticamente inapreciables (1,5422 y 1,5366 respectivamente)³¹.

En cuanto a la comparación entre ITEn y PIB a precios corrientes, tampoco ofrece resultados que permitan hacer pensar que la financiación del gasto sanitario en nuestro país vaya a sufrir importantes limitaciones derivadas del Sistema de Financiación. El actual Sistema, por tanto, no va a suponer una importante merma de recursos para la financiación del gasto sanitario aunque, como los modelos anteriores, tampoco va a resolver los problemas asociados a su crecimiento estructural. En consecuencia, es razonable esperar que se acaben produciendo las mismas insuficiencias que caracterizaron a los modelos anteriores.

Para ilustrar, no obstante, la evolución que ha experimentado el gasto sanitario en el nuevo Sistema, y a falta de datos solventes (únicamente disponemos de las liquidaciones del presupuesto de INSALUD, de los presupuestos de las CC AA del año 1999, de las cuantificaciones de los decretos de traspaso³² y de los presupuestos de las CC AA para 2003), va-

³¹ Hay que hacer constar no obstante las limitaciones de estas proyecciones:

- Los Impuestos Especiales de Electricidad y Matriculación, cuya recaudación corresponde al 100% a las Comunidades, no tienen por qué evolucionar al mismo ritmo que los del Estado.
- La evolución de la recaudación del IRPF es claramente diferente en unas Comunidades que otras. La ausencia de garantías en el actual Sistema es posible que acabe generando problemas en las Comunidades que vean crecer sus ingresos tributarios muy por debajo de la media.
- De la misma forma, los componentes de la financiación son diferentes en cada Comunidad, y las proyecciones se han realizado sobre el conjunto de las CC AA. Una Comunidad, por ejemplo, que tenga un Fondo de Suficiencia escaso y un mayor peso en su financiación de los Impuestos Especiales verá crecer en principio sus ingresos por debajo del ITEn (lo normal sin embargo es que esta Comunidad tenga un mayor nivel de recursos tributarios propios, como ocurre con Madrid o las Islas Baleares, y en ella la recaudación tributaria crezca por encima de la media)

³² En los que, por cierto, no figuran algunas partidas que se han presentado a la prensa, como hipotéticos compromisos de financiación de inversiones con fondos europeos.

mos a exponer tres supuestos de financiación del gasto sanitario en el Sistema: a) el de una Comunidad con competencias asumidas en 1999 y, por ser ésta la posición más general en las CC AA con sanidad transferida, escasos avances en la determinación de sus necesidades de gasto sanitario en el Sistema: Cataluña; b) el de una Comunidad sin sanidad transferida que no obtiene aumentos en la determinación de sus necesidades de gasto sanitario, pero sí incrementos considerables en el bloque de competencias comunes: la Comunidad de Madrid; c) por último, la Comunidad de Castilla y León, también con sanidad no transferida, que experimentó con el nuevo Sistema de Financiación un incremento muy notable de sus necesidades de gasto sanitario sobre el gasto que realizaba el INSALUD, pero en la que en conjunto su situación es mucho peor (de hecho en el nuevo Sistema no consiguió mejora alguna, salvo en la rúbrica sanitaria).

a) La Comunidad de Cataluña tuvo en 1999 un presupuesto sanitario liquidado de 4.109,60 millones de euros. En 2003 el presupuesto aprobado por el Parlament es de 5.479,9 millones de euros, excluidos los capítulos financieros. El ITEn aplicado a su gasto en 1999 (formalmente sólo debería aplicarse a la rúbrica de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, pero no a sus políticas sanitarias procedentes de otros traspasos, tales como AISNA o salud pública) le obligaba a gastar 5.219,7 millones³³.

b) La Comunidad de Madrid recibió el traspaso valorado, en pesetas de 1999, de 2.989,40 millones de euros (excluido el Programa de Ahorro en Incapacidad Temporal), a los que hay que sumar los 497,02 millones que sumaban los programas sanitarios ese año (excluida la Agencia Antidroga) en los Presupuestos de la Comunidad. Si aplicamos a ambas cantidades el indicador utilizado para el crecimiento del Fondo de Suficiencia, el 1,2677 %, el resultado es 4.419,73 millones de euros. Para 2003, el Presupuesto de los Programas sanitarios de Madrid, excluida la Agencia Antidroga, es de 4.520,55 millones, a los que habría que restar los ingresos provenientes del Fondo de Cohesión (desplazados) y del Programa de Ahorro en Incapacidad Temporal. Es decir, se ha respetado el incremento mínimo fijado en la legislación según el indicador de crecimiento previsto para el ITEn por el Gobierno, aunque probablemente tanto el crecimiento del ITEn como del gasto van a ser mayores y habrá que esperar a conocer el Presupuesto liquidado para comprobar si se han cumplido las prescripciones legales.

c) La Comunidad de Castilla y León vió valorado su traspaso en 1.609,41 millones de euros de 1999, excluido el Programa de Ahorro en Incapacidad Temporal. El Presupuesto de 1999 de Castilla y León destinaba a gastos sanitarios (exceptuando la parte imputable de los servicios centrales de la Consejería) 144,65 millones de euros, con los que afrontaba las competencias en materia de salud pública o AISNA. Aplicando el precepto legal de forma estricta, la asistencia sanitaria de la Seguridad Social debía contar en 2003 con un presu-

³³ Para el cálculo del ITEn hemos empleado el indicador contenido en los Presupuestos de 2003, con el que se han calculado las entregas a cuenta del fondo de suficiencia, es decir, el 1,2677.

puesto de 2.042,25 millones de euros, a los que habría que sumar los gastos procedentes de traspasos anteriores, además de los financiados por el Programa de Ahorro en Incapacidad Temporal y por el Fondo de Cohesión, es decir, un total de 2.250 millones, como mínimo. Sin embargo, el Presupuesto sanitario de Castilla y León para 2003 es de 2.169,9 millones de euros. La Comunidad, pues, incumplirá el artículo 7,3 de la Ley 21/2001³⁴.

En términos de simple evolución, y dando por buena la comparación entre los presupuestos liquidados de las CC AA o del INSALUD en 1999, y de los presupuestos preventivos de 2003, el presupuesto sanitario de Cataluña habrá crecido en estos cuatro años un 33,34%, el de Madrid un 30,03% y el de Castilla y León un 23,71%.

El problema, en un sistema que integra la sanidad dentro del modelo general de financiación, aunque con un bloque competencial propio, no reside tanto en la valoración de los traspasos, o en la aplicación de las garantías como en el diseño de la suficiencia general de las CC AA en el nuevo Sistema. Madrid cumple mejor sus obligaciones de crecimiento del gasto sanitario que Castilla y León porque obtuvo fondos adicionales en el conjunto de la financiación del Sistema (aunque no en sanidad) y porque en términos de IRPF es la primera Comunidad en crecimiento de la recaudación, mientras que Castilla y León es la última. Cataluña, que obtuvo también crecimientos adicionales de sus necesidades de financiación, y con un comportamiento más moderado del IRPF pero muy positivo en otros impuestos, supera al de la Comunidad teóricamente más beneficiada por el nuevo Sistema.

4.3 Suficiencia general de las CC AA. Diferencias territoriales en ingresos

Si se trata de analizar el grado de suficiencia de los ingresos tributarios de las CC AA, puede ser útil estudiar cómo van a comportarse en el nuevo Sistema de Financiación. El Acuerdo de julio de 2001 se caracteriza por el paso desde un mecanismo basado en el IRPF y los tributos cedidos a una cesta de impuestos más diversa, la ausencia de garantías y la participación de cada Comunidad en el IVA y en los Impuestos Especiales de acuerdo con indicadores que intentan traducir el consumo y la actividad económica generada en el territorio de cada Comunidad. Así, el IVA correspondiente a cada Comunidad se determinará de acuerdo con un indicador de consumo fijado por el INE; un índice específico de consumo, certificado por el INE, se utilizará asimismo para determinar la participación de las CC AA en el Impuesto

³⁴ Este resultado sirve para poner de manifiesto cómo, a pesar de las buenas intenciones, el diseño del sistema no garantiza el cumplimiento de la obligación de destinar las cantidades fijadas para la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, como tampoco prevé las consecuencias derivadas del incumplimiento de tales obligaciones. Por otra parte, los problemas para disponer de información suficiente aumentan la dificultad de conocer si se cumplen o no dichas obligaciones y de controlar la eficacia y la eficiencia del gasto.

sobre el Vino y Bebidas Fermentadas o el Impuesto sobre la Cerveza³⁵, mientras que serán las ventas a expendedorías las que determinarán la participación de cada Comunidad en el Impuesto sobre Labores del Tabaco; por otra parte, el consumo eléctrico servirá para determinar la participación de las CC AA en el Impuesto sobre Electricidad, y las entregas de carburantes para el de Hidrocarburos. Aunque el peso del Fondo de Suficiencia sigue siendo relevante, éste también por definición evoluciona de acuerdo con el ITEn previsto, y luego será liquidado en función de su evolución real.

Incluimos en este apartado tres tablas que pueden ayudar a explicar las posibles disparidades territoriales en el sistema. La primera (Tabla 8) recoge la cuantía del Fondo de Suficiencia en 2003 que, como puede comprobarse, en muchas CC AA es mayor que el presupuesto sanitario (Castilla y León, Castilla-La Mancha, Extremadura, Andalucía, Canarias), en otras, mucho menor (Cataluña), o simplemente inexistente (Madrid, I. Baleares). Si comparamos sus magnitudes con el gasto sanitario de algunas Comunidades, empezando por las tres comentadas en el apartado anterior, vemos cómo Castilla y León tiene como Fondo de Suficiencia una cantidad muy similar a la de su gasto sanitario. Madrid, como ya se ha dicho, no tiene Fondo de Suficiencia, mientras que Cataluña cubriría con el Fondo escasamente el 38% de su presupuesto sanitario; en la Comunidad Valenciana el porcentaje sería del 62%; en Extre-

Tabla 8. Fondo de Suficiencia 2003 (millones de euros)

CC AA	Fondo 2003	% sobre el total
Cataluña	1.973,67	8,28
Galicia	2.650,10	11,12
Andalucía	6.441,95	27,03
Asturias	787,92	3,31
Cantabria	503,89	2,11
La Rioja	275,26	1,15
R. de Murcia	803,07	3,37
C. Valenciana	1.911,87	8,02
Aragón	803,62	3,37
Castilla-La mancha	1.712,45	7,19
Canarias	2.334,31	9,79
Extremadura	1.402,65	5,89
Castilla y León	2.232,82	9,37
Madrid	0,00	0,00
I. Baleares	0,00	0,00
Totales	23.833,58	100,00

Fuente: Presupuestos Generales del Estado 2003 y elaboración propia

³⁵ La distribución de estos impuestos en función de los indicadores de consumo determinados por el INE no aportan mucho a la corresponsabilidad del sistema, ni siquiera en relación con la “visibilidad” de los nuevos ingresos que servirán para financiar los gastos autonómicos.

madura, Galicia o Castilla la Mancha dicho presupuesto es menor que el Fondo de Suficiencia y en Cantabria o La Rioja, las dotaciones presupuestarias tampoco alcanzan su importe. En todo caso, la financiación de la sanidad se cubrirá con el IVA, los Impuestos Especiales cedidos y el Fondo de Suficiencia, si las dos primeras magnitudes no fueran suficientes.

La segunda, Tabla 9, refleja el crecimiento del IRPF por CC AA desde 1996 a 2000, según los datos aportados por las liquidaciones del Sistema de Financiación de las CC AA 1996-2001, cuyo balance total no podemos efectuar en este momento, al no estar disponibles todavía los datos de las declaraciones efectuadas en 2001, y que indican cuál puede ser, en un Sistema sin garantías de recursos, la horquilla en la que nos moveremos en un capítulo muy importante para las CC AA³⁶.

La tercera, Tabla 10 (pág. 36), pone de manifiesto el crecimiento del PIB por CC AA durante el último periodo, según los datos aportados por los estudios de FUNCAS. Los diversos indicadores de consumo utilizados para calcular la participación de las CC AA en el IVA y en los distintos Impuestos Especiales seguirán en el futuro sendas paralelas a la evolución del PIB en cada Comunidad, aunque lógicamente los crecimientos de recaudación deberán ser superiores. Los datos precedentes son en este sentido orientativos de lo que puede ocurrir si los próximos años reproducen las tendencias que se han dado con anterioridad.

Tabla 9. Evolución del IRPF en las CC AA (1996-2000)

CC AA	Incremento (%) 2000/1996	Crecimiento medio anual (%)
Andalucía	8,79	2,13
Extremadura	0,34	0,08
Castilla-La Mancha	0,74	0,18
Cataluña	13,87	3,30
Galicia	1,65	0,41
Cantabria	10,33	2,49
La Rioja	10,48	2,52
R. de Murcia	10,84	2,60
C. Valenciana	12,80	3,05
Canarias	14,20	3,37
I. Baleares	22,74	5,25
C. de Madrid	23,08	5,33
Castilla y León	- 1,47	-0,37
Aragón	5,99	1,46
Asturias	3,27	0,81

Fuente: Liquidaciones del Sistema de Financiación 1997-2000
Dirección General de Fondos Comunitarios y Financiación Territorial. Ministerio de Hacienda.

³⁶ Los datos globales figuran en las tablas de los apartados anteriores.

De continuar las actuales tendencias, es evidente que a medio plazo las diferencias de recursos por IRPF sí incidirán en el nivel de suficiencia de las CC AA, aunque el resultado estará sin duda compensado por el mayor nivel del Fondo de Suficiencia en aquellas CC AA con menor recaudación por IRPF, que son asimismo las que experimentan un menor incremento.

Tabla 10. Evolución del PIBR por CC AA a precios constantes

CC AA	Incremento (%) 2000/1996	Crecimiento medio anual (%)
I. Baleares	31,96	4,73
Extremadura	31,61	4,68
R. de Murcia	30,37	4,52
Canarias	30,02	4,47
Andalucía	29,60	4,42
La Rioja	29,05	4,34
Castilla-La Mancha	28,74	4,30
C. Valenciana	28,65	4,29
Cataluña	27,22	4,09
C. de Madrid	27,01	4,07
Galicia	25,00	3,79
Cantabria	24,51	3,72
Castilla y León	24,01	3,65
Aragón	22,27	3,41
Asturias	20,16	3,11

Fuente: FUNCAS. Balance Económico Regional (Autonomías y Provincias)1995-2001.
Julio Alcaide Inchausti y Pablo Alcalde Guindo.

Los diferentes indicadores de consumo y de actividad económica, en el caso de continuar las tendencias actuales, crecerían más acusadamente en las zonas donde más crece la construcción que en el resto del país y, en este sentido, las diferencias territoriales serían mayores que las que se expresan en la tabla de crecimientos del PIB regional, aunque es razonable suponer que las diferencias en la recaudación de los impuestos indirectos sean menores entre territorios que en la del IRPF.

En cualquier caso, el sistema de financiación no parece haber previsto las consecuencias de una caída general en la recaudación, aunque tampoco nos permite prever que esta caída afectará de modo especialmente intenso a algunos de los territorios. En el caso de que se produjera, la capacidad normativa de las CC AA es tan reducida que sus posibilidades de compensar la disminución de ingresos con incrementos impositivos basados en su capacidad discrecional son muy limitadas, por lo que parece razonable defender el mantenimiento de garantías de ingresos que compensen esta reducida capacidad normativa. Además, habría que intentar aumentar dicha capacidad.

4.4 Dinámica demográfica y provisión de servicios públicos

El comportamiento estructural del gasto sanitario viene determinado fundamentalmente por factores vinculados a la innovación tecnológica y por su resistencia a la reducción en momentos de recesión económica³⁷. Con todo, la evolución demográfica es también un factor relevante en este proceso, y los datos demográficos indican de forma clara que uno de los problemas nucleares de la financiación sanitaria es conseguir su adecuación flexible a una demanda de prestaciones en crecimiento, desigualmente localizada.

En los últimos diez años, según el Censo de 2001, la población española ha crecido en dos millones de personas, pero el número de menores de dieciocho años ha disminuido en casi dos millones. Los mayores de 65 años (6,9 millones) superan por primera vez en la historia a los menores de 16 (6,3 millones). Pero este incremento es desigual en su implantación geográfica, ya que más de 1,2 millones de los nuevos españoles son inmigrantes extranjeros, que se sitúan esencialmente en seis CC AA: Madrid, Cataluña, C. Valenciana, Andalucía, Canarias y Murcia. Los cambios de la estructura demográfica de la sociedad española, tanto en su vertiente territorial como en la pirámide de edad, ya han sido considerados en algunos trabajos³⁸ como causa objetiva que determinará necesidades adicionales de financiación sanitaria. Pero, incluso si consideramos sólo la población residente española, también su crecimiento es muy dispar según las zonas geográficas, como pone de manifiesto la Tabla 11 (pág. 38).

Desde un punto de vista optimista, en cuanto a la distribución territorial de los recursos y su flexibilidad frente a una evolución demográfica muy dispar territorialmente, el nuevo Sistema puede adecuarse mejor a esta realidad que los anteriores. El problema del envejecimiento ya ha sido tenido en cuenta en la determinación de las necesidades de financiación sanitaria, incrementando los recursos de las CC AA con población más envejecida³⁹. Por otra parte, si las previsiones del Sistema de Financiación se cumplen razonablemente, en el actual Sistema los ingresos evolucionarán de una forma algo más acompasada al crecimiento de la población, ya que existe una importante relación entre el consumo y la población, que incrementará los recursos, vía participación impositiva, según los indicadores de consumo en IVA e Impuestos Especiales.

Pero desde la perspectiva más pesimista se señala que las asignaciones de nivelación han excluido los grandes aumentos de población generados entre 1999 y 2002, de manera que hay CC AA que empezaron a gestionar sus competencias el 1º de enero de 2002 con una

³⁷ En situaciones de crisis sólo se aplican reducciones a partidas periféricas del gasto, mientras se procura mantener las prestaciones fundamentales del sistema incluso aumentando, si para ello es necesario, la presión fiscal, como muestra recientemente el caso alemán.

³⁸ Urbanos, R. M^º. y Utrilla de la Hoz, A. (2001).

³⁹ Aunque los últimos estudios parecen señalar que el gasto sanitario se relaciona más directamente con el último año de vida de los individuos, con independencia de la edad que tengan.

Tabla 11. Población residente española en CC AA: 1995-2001

CC AA	Incremento (%) 2000/1996	Crecimiento medio anual (%)
I. Baleares	15,11	2,37
Canarias	12,05	1,91
R. Murcia	8,84	1,42
C. Madrid	6,56	1,06
Navarra	5,70	0,93
C. Valenciana	5,34	0,87
Cataluña	3,44	0,57
Andalucía	3,30	0,54
Castilla-La Mancha	2,96	0,49
La Rioja	2,09	0,35
Cantabria	1,40	0,23
Aragón	0,61	0,10
Extremadura	0,26	0,04
País Vasco	-0,26	- 0,04
Galicia	- 0,46	- 0,08
Asturias	- 1,44	- 0,24
Castilla y León	- 1,82	- 0,31

Fuente: FUNCAS (2002).

población superior en casi un 10% a la contemplada en el Sistema en el año base de 1999. Es muy dudoso que los incrementos poblacionales permitan que se inicie la ampliación de las asignaciones de nivelación, nada seguras en cualquier caso, y queda excluido ya el incremento del envejecimiento de la población como causa para las asignaciones. El aumento de la población es superior en las zonas más vinculadas al crecimiento del PIB, y, por tanto, la demanda puede crecer a mayor velocidad que los recursos destinados a satisfacerla.

4.5 La evolución del gasto sanitario por capítulos: Insuficiencias coyunturales y estructurales

Algunos de los procesos de crecimiento de gasto pueden generar a corto y medio plazo insuficiencias en la financiación del Sistema. A continuación se recogen las que son, a nuestro juicio, más relevantes.

El primero, puramente coyuntural, pero muy importante, se refiere a la evolución de los gastos en el capítulo de personal. Hasta la fecha, la simple previsión del traspaso de funciones y servicios del Estado o de la Seguridad Social a las Comunidades Autónomas abría en el respectivo departamento un período de interinidad en el que los problemas

funcionales entraban en un estado de latencia, y se trasladaba la resolución de los conflictos o de las medidas onerosas para atenderlos al erario público. En este sentido, se ha entendido tanto en servicios sociales o en educación antes como en los últimos tiempos en sanidad que las reivindicaciones salariales pendientes del colectivo de empleados públicos tendrían su satisfacción después del traspaso. El agravio comparativo tenía, además, fundamentos sólidos, pues los profesionales traspasados a las Administraciones Territoriales gestoras obtuvieron notables incrementos salariales, que ponían sus retribuciones globales en el entorno del 125% de las correspondientes a los puestos similares en la administración periférica del Estado o de la Seguridad Social.

Por término medio, en el primer año desde el traspaso, los acuerdos salariales suscritos para todos los empleados públicos, estatutarios, funcionarios y laborales han supuesto, tanto para los profesionales de la sanidad como antes para los de la educación y los servicios sociales, incrementos retributivos en torno a los dos mil euros anuales, con lo cual buena parte de los recursos adicionales obtenidos por la Comunidad Autónoma (con motivo del cálculo de la masa de financiación en el año base, de la negociación del decreto de traspaso, o simplemente de la reorientación presupuestaria de créditos no comprometidos pero incluidos en el decreto de traspasos) han tenido como único destino el incremento de las retribuciones de los empleados públicos, lo cual viene a satisfacer los mínimos garantizados en el Sistema, y han dejado poco margen para otras partidas.

Los costes del Capítulo I de Personal son en el Sistema sanitario la mitad de los costes generales, lo que normalmente juega del lado de la moderación del incremento de costes del sistema, debido a las medidas de contención de los salarios de los empleados públicos. En este caso, sin embargo, las medidas tomadas sobre el conjunto de la plantilla disparan el Presupuesto. La situación descrita se agudiza porque, en paralelo al traspaso de medios y servicios que ha afectado sólo a algunas CC AA, en todas se está culminando en estos momentos el proceso de consolidación y funcionarización de empleados públicos interinos, lo que también generará costes directos e indirectos. Aunque la Administración del Estado se ha comprometido a hacer frente a los compromisos que tengan origen en su esfera de competencias, y al final los órganos de gestión territorial obtendrán de una forma u otra la revisión del coste efectivo con que se produjeron los traspasos, es evidente que una parte de los costes de esta operación repercutirá en el traspaso y, a medio plazo, en los gastos de los gestores territoriales.

Un problema estructural esencial lo constituye la evolución del gasto farmacéutico, que en los últimos veinte años ha crecido por encima de la media del crecimiento del gasto total todos los ejercicios, y que por consiguiente gana peso en el conjunto del sistema, drenando un volumen importante de recursos públicos que dejan de ser utilizados en otros procesos y componentes del Sistema, e incluso justificando privatizaciones y pérdidas de control público pretendidamente “necesarias” ante el incontenible crecimiento de los gastos. De la magnitud del problema nos ilustran los datos de la siguiente tabla, que únicamente refleja el crecimiento de la aportación del Estado al gasto farmacéutico.

Tabla 12. Crecimiento de la aportación del Estado al gasto farmacéutico

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Inc. (%)	7,85	5,63	11,54	12,90	5,82	10,57	9,96	7,52	7,90	9,89

Fuente: Ministerio de Sanidad, Diario El País y elaboración propia

Ni el incremento de la población ni el aumento de los precios están correlacionados con esta serie, cuya evolución depende esencialmente de la eficiencia de las medidas de control del gasto. Después del enésimo incumplimiento del pacto de control suscrito entre Farmaindustria y el Ministerio de Sanidad, el Ministerio ya ha anunciado nuevas medidas, como la realización de programas de formación e información de los profesionales sanitarios.

La Disposición Final Tercera de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud modifica la Ley del Medicamento, estableciendo que el precio de referencia (entendido como la media aritmética de los tres costes de los tratamientos por día menores de las presentaciones de especialidades farmacéuticas en él agrupadas por cada vía de administración, calculados según la dosis diaria definida) “será la cuantía máxima que se financiará de las presentaciones de especialidades farmacéuticas”.

No sabemos si medidas como la anterior serán capaces de alterar las tendencias tan dominantes en los últimos años. Porque el problema ya no es el ingente volumen de recursos drenados y la disminución del peso público en otros capítulos presupuestarios, precisamente para contener los gastos incontenibles en farmacia, sino también la propia equidad de la subvención estatal al gasto. El hecho de que familias con unos ingresos muy superiores a otras vean sus gastos subvencionados al 100%, mientras las segundas lo son sólo en parte, la continua derivación del gasto desde unos usuarios a otros, la aplicación de diferentes subvenciones y prestaciones según las modalidades de aseguramiento, etc., hace pensar que realmente el actual modelo necesita una reforma en profundidad para seguir funcionando. Sin olvidar, como es natural, el efecto inducido sobre la demanda por parte del sector productivo y comercializador, relacionado con factores tales como las pautas de prescripción, el papel de los laboratorios y sus relaciones con los profesionales o la ausencia de control efectivo en los perfiles de prescripción.

4.6 Nuevas prestaciones, nuevos servicios, nuevas inversiones

El permanente incremento de los gastos de base tecnológica en el sistema sanitario y de una demanda que crece muy por encima de los recursos destinados a satisfacerla han sido suficientemente estudiados por la literatura. Estas nuevas demandas y necesidades socia-

les se vuelcan en el ordenamiento jurídico español con una dificultad añadida: la existencia de un Estado legislador sin obligaciones de gasto, y el insuficiente desarrollo de las fórmulas de lealtad institucional o lealtad fiscal.

Los consumidores, la opinión pública, el desarrollo tecnológico, los intereses económicos de las empresas y corporativos de los profesionales son factores que incentivan la aparición de nuevas prestaciones y procesos, de nuevos servicios, a través de mecanismos que se retroalimentan y en los que la existencia de una Administración con competencias normativas, pero sin obligaciones ni compromisos de gestión, puede ser un instrumento amplificador, tal y como ha sucedido ya con la enseñanza obligatoria o con los servicios sociales (legislación sobre menores o extranjería), imponiéndose obligaciones a las CC AA sin la adecuada responsabilidad de quien pone en marcha las actuaciones.

La cuestión de quién debe asumir la responsabilidad de financiar las nuevas actuaciones no está resuelta en el Sistema de Financiación. En efecto, el Acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera de 27 de julio de 2001 despacha la espinosa cuestión de la lealtad fiscal con una fórmula curiosa: "... la adopción de medidas de interés general puede hacer recaer sobre las Comunidades Autónomas obligaciones de gasto no previstas a la fecha de aprobarse el Sistema de Financiación. Por todo lo anterior, se propone que, anualmente, el Consejo de Política Fiscal y Financiera de las Comunidades Autónomas realice un informe que, a tal efecto, preparará un Grupo de Trabajo del mismo Consejo, sobre las consecuencias derivadas de las actuaciones del Estado legislador tanto en materia de ingresos como de gastos." Es decir, se reconoce un hecho patente (van a imponerse a las CC AA obligaciones de gasto nuevas) y se pone en marcha un posible procedimiento para resolver el eventual conflicto financiero. En muy similares términos se incorpora este precepto al artículo 2,1 e) de la LOFCA, Ley 8/1980⁴⁰.

Por su parte, la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud transcurre por la misma senda de indefinición. Así, cuando en su artículo 10 expone los criterios normativos sobre la financiación, comienza con una afirmación taxativa, atribuyendo la responsabilidad a las CC AA, para acabar invocando los acuerdos autonómicos y el mencionado art. 2,1 e) de la LOFCA, y reconociendo que, cuando se produzca una nueva inclusión en el catálogo de prestaciones del Sistema, se elaborará una memoria y el Consejo de Política Fiscal decidirá⁴¹.

⁴⁰ Recientemente, el Consejero de Economía y Hacienda de la Generalitat de Catalunya recordaba que había al menos 13 leyes en el Parlamento Español con claras repercusiones financieras para las Comunidades Autónomas.

⁴¹ "Art. 10. Financiación

1. Las prestaciones que establece la presente Ley son responsabilidad financiera de las Comunidades Autónomas de conformidad con los acuerdos de transferencias y el actual sistema de financiación autonómica, sin perjuicio de la existencia de un tercero obligado al pago. Las Comunidades Autónomas deberán destinar a la financiación de dichas prestaciones los mínimos previstos en la Ley 21/2001 de 27 de diciembre. Los sistemas de garantías que prevé esta Ley son asimismo responsabilidad financiera de las Comunidades Autónomas.

En este sentido, la Ley supone un avance declarativo sobre los procedimientos, en un intento evidente de buscar fórmulas de acuerdo tanto en materia de sistemas de información sanitaria (capítulo V) como en materia de coordinación interadministrativa (Capítulo VII, de los planes integrales y VIII, de la salud pública). Pero estas fórmulas de cooperación no afectan a lo esencial de la financiación.

Por ejemplo, aunque lógicamente la financiación es uno de los contenidos del Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud, no se extraen de él las consecuencias que debieran en el sentido de determinar desigualdades, carencias o disfunciones y de arbitrar medidas que puedan paliar unas o evitar otras, a fin de garantizar precisamente la equidad, objetivo prioritario de la Ley. Tampoco, cuando se exponen los criterios que informarán los Planes integrales de salud o las actuaciones coordinadas en salud pública y en seguridad alimentaria, se menciona el problema de la financiación de unos y otras, que se entiende regulado en el artículo 10.

En realidad, el Ministerio promete en la Ley (en la Disposición Adicional Quinta, cuando se refiere al Fondo de Cohesión) que “realizará políticas que aseguren la cohesión sanitaria y la corrección de desigualdades”, sin caer en la cuenta de que este Fondo, administrado por el Ministerio, tiene una finalidad precisa tanto en la legislación sobre financiación autonómica como en la propia Ley de Cohesión. Las formas mediante las cuales el Estado puede intervenir para corregir las desigualdades están muy especificadas en la Constitución y las leyes, y no pueden decidirse unilateralmente por el Estado en temas de competencia exclusiva de las Comunidades Autónomas, como reiteradamente ha sancionado el Tribunal Constitucional, anulando la libre disposición de determinadas partidas de los Presupuestos Generales del Estado por el Gobierno de la Nación y obligando a su gestión compartida con los Gobiernos autonómicos.

En definitiva, el modelo de cooperación descrito por el actual ordenamiento jurídico se limita a señalar que, cuando el Estado Legislador impone obligaciones de gasto a las CC AA, deberán elevarse Informes al Consejo de Política Fiscal y Financiera y determinar los recursos económicos “correctores” administrados por el Estado. Sin duda hay otros modelos más respetuosos con el principio de lealtad institucional y con la suficiencia financiera del Sistema Sanitario, como propondremos más adelante.

2. La suficiencia para la financiación de las prestaciones y de las garantías establecidas en esta Ley viene determinada por los recursos asignados a las Comunidades Autónomas conforme a lo establecido en la mencionada Ley 21/2001 de 27 de diciembre, y de acuerdo con el principio de lealtad institucional, en los términos del artículo 2,1 e) de la Ley Orgánica 8/1980, de 22 de septiembre, de Financiación de las Comunidades Autónomas.
3. De acuerdo con el punto anterior, la inclusión de una nueva prestación en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud se acompañará de una memoria económica que contenga la valoración del impacto positivo o negativo que pueda suponer. Dicha memoria se elevará al Consejo de Política Fiscal y Financiera para su análisis en el contexto de dicho principio de lealtad institucional.”

Una referencia complementaria al problema de las nuevas prestaciones o de las actuaciones de respuesta ante eventuales riesgos es inevitablemente el de las políticas de inversión sanitaria. Como es bien sabido, los traspasos sanitarios no han contemplado en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, como en ninguna otra materia, la inversión nueva (teóricamente cubierta por el FCI y por los recursos generales del Sistema de Financiación); sin duda la atención a esta imperiosa necesidad ha sido uno de los factores que explican el crecimiento diferencial del déficit sanitario. Tanto las CC AA con competencias sanitarias ya asumidas como las que negociaron en diciembre de 2001 los traspasos intentaron buscar vías alternativas de financiación de la inversión nueva, a través de convenios que comprometían la inclusión de determinadas actuaciones en sus territorios de las partidas correspondientes a España de los recursos del FEDER, fundamentalmente, o incluso de acuerdos que reconocían la responsabilidad estatal en la financiación de la construcción de determinadas inversiones en marcha⁴².

No hay referencia a estos acuerdos o a las fórmulas de cofinanciación ni en los decretos de traspaso ni en la Ley de Cohesión, a pesar de que, por ejemplo, uno de los resultados relevantes del intercambio de información solvente sobre los recursos humanos y materiales y la financiación del Sistema sería determinar las zonas del territorio con menores dotaciones, necesitadas de inversiones diferenciales que podrían ser financiadas con el Fondo de Compensación Interterritorial o los Fondos Europeos.

En este sentido, convendría recordar que, al lado de los nuevos equipamientos de base tecnológica y de los nuevos procesos de diagnóstico y tratamiento, sigue siendo esencial completar nuestra red de atención para mejorar la accesibilidad de los servicios y consecuentemente la equidad del sistema en la asistencia prestada a la población que vive en entornos más alejados de dichos servicios.

Un reciente estudio⁴³ sobre las características de la salud en el medio rural en nuestro país, realizado con la colaboración de facultativos de once CC AA, señalaba cómo el tiempo medio de atención a una urgencia (isocrona) superaba en la mayoría de los casos los treinta minutos, y que la despoblación del medio rural no debe implicar automáticamente el trasvase de los recursos a las zonas donde se concentran las necesidades (en el medio urbano). Por el contrario, hay que posibilitar nuevos recursos que compensen la desvertebración de zonas antes más provistas de recursos generales por su mayor población. Paradójicamente, donde la población crece son necesarios nuevos recursos, pero donde disminuye, las necesidades sociales no suelen ser menores. Una población protegida menor en número, pero más envejecida y dispersa, puede requerir más dotaciones para compensar sus mayores carencias.

⁴² Repitiendo un modelo ya ensayado algunos años antes con los últimos decretos de traspasos de los medios y servicios del INSERSO.

⁴³ Pérez Escamilla, F. (2002).

5. Sistemas comparados

Las características de la sanidad y su evolución a lo largo de las últimas décadas muestra rasgos similares, con matizaciones, en los sistemas comparados. En todas partes, especialmente condicionado por la intensa innovación tecnológica y la creciente valoración de los ciudadanos, el peso del gasto sanitario en relación con el PIB de los diversos países ha tendido a crecer a lo largo del tiempo, y el sistema sanitario ha tendido a mostrar síntomas claros de insuficiencia crónica, especialmente en los países en donde el sector privado tiene una presencia muy significativa, como ocurre en Estados Unidos. En todos los países se observa una clara tendencia al crecimiento por razones similares a las explicadas en la primera parte de este trabajo: la importancia del bien que se quiere proteger, la salud, y la existencia en nuestros días de sociedades “medicalizadas”, en las que se vincula la salud con otras necesidades/prestaciones, junto con la intensidad del cambio tecnológico y la presión inducida sobre la demanda por parte de productores y distribuidores de bienes y servicios sanitarios.

La tendencia al crecimiento del gasto sanitario ha sido también la pauta predominante en los países descentralizados o que viven procesos intensos de descentralización. La propia descentralización plantea algunas dudas sobre el mantenimiento de sistemas de cobertura universal e igualdad de acceso, ante la pérdida de economías de escala que se produce en la negociación con los sectores suministradores de bienes y servicios, o la eventual pérdida de información como consecuencia del propio proceso de descentralización. Sistemas más descentralizados, en buena medida autofinanciados, parecen generar dudas sobre la capacidad del sistema sanitario de garantizar prestaciones equivalentes en todo el territorio.

Hay otras tendencias comunes que merecen ser destacadas. Por un lado, los mecanismos financieros básicos de los sistemas sanitarios son las cotizaciones en los sistemas de aseguramiento profesional o los impuestos generales en el caso de los modelos universales de sanidad pública. En general, no obstante, salvo el caso de Estados Unidos antes mencionado, la cobertura prácticamente universal es la norma en los países descentralizados. En esa dirección, la garantía de dicha cobertura universal, que se concreta en algunos principios básicos en la mayoría de los países, debe afrontar, como señalábamos, algunos riesgos en los modelos descentralizados, pues la autonomía de los gobiernos intermedios puede aparejar diferencias en el tipo de prestaciones suministradas y/o en el acceso a los servicios sanitarios. En algunos casos incluso pueden darse supuestos de desatención o postergación de algunos colectivos, por el hecho de tener que acudir a centros sanitarios ubicados fuera de su propia comunidad.

Los principios básicos mencionados, que se incluyen en leyes específicas o, como ocurre en Canadá, son objeto de una negociación expresa entre la Administración Central y la de las Provincias, se refieren a cuestiones tales como la aplicación del principio de equidad, entendido como igualdad básica en el acceso a los servicios sanitarios, la cobertura universal (a todos los ciudadanos y de manera uniforme) de servicios en todo el territorio y de carácter completo, la administración pública de los planes sanitarios, compatible con la producción privada de distintos tipos de servicios, la gratuidad esencial y accesibilidad, y la garantía de coordinación interregional.

La aceptación de tales principios implica su concreción en una ley expresa o en un acuerdo que deben ser objeto de aplicación. Para asegurar su cumplimiento en algunos países se establece un sistema de garantías con frecuencia sustentado en el mantenimiento de una participación significativa en la financiación por parte del gobierno federal o central, como un mecanismo de supervisión y control del sistema. Así sucede, por ejemplo, en el caso de Italia, con el Fondo Sanitario Nacional o en Canadá, con la transferencia de nivelación de servicios sociales y sanitarios, CHST (Canadian Health and Social Transfer). La existencia de esos recursos centrales permite intervenir a los gobiernos federales con la finalidad de asegurar el mantenimiento de la universalidad y la equidad de los sistemas sanitarios respectivos.

En algunos casos, como sucede en Canadá, la aprobación de los principios implica incluso que, en caso de su incumplimiento por parte de alguna de las provincias, ésta será penalizada a través de la minoración de la transferencia prevista a estos efectos.

Otro rasgo de los sistemas sanitarios en la mayoría de los países, y también en el caso de los países descentralizados, se refiere a la necesidad de buscar ingresos complementarios para asegurar la suficiencia del sistema. Las dificultades para allegar los recursos suficientes dan lugar a situaciones de verdadero racionamiento de las prestaciones. Cuando no se dispone de los recursos necesarios para atender adecuadamente los objetivos del sistema, una posibilidad es acudir a mecanismos de financiación privada. Este es el sentido de la extensión de los sistemas de copago, aplicados a la financiación de los productos farmacéuticos o a la cobertura de otras prestaciones sanitarias.

En cierto modo, y así se plantea en algunos países, el sistema de copago puede justificarse ante la necesidad de completar la financiación de la sanidad mediante la aplicación de ingresos basados en el principio del beneficio. A la crítica de la privatización y de ruptura de los elementos esenciales de la financiación pública se suele oponer el hecho de que algunos colectivos utilizan determinados servicios que podrían financiar por sí mismos, al menos parcialmente, sin grandes dificultades, de modo que incluso desde criterios de equidad podría tener sentido la aplicación de mecanismos de copago. Como es obvio, cuando se plantean los sistemas de copago como sistemas complementarios de financiación, se proponen diversas cautelas para evitar que se rompa el principio de igualdad de acceso.

Alternativamente cabe pensar en el empleo de recursos tributarios complementarios o incluso impuestos específicos para garantizar la suficiencia del gasto sanitario. En ese sentido, algunos países han propuesto la aplicación de impuestos afectados a la financiación de la sanidad. En España, como se ha dicho, la última reforma del modelo de financiación autonómica establece la afectación general de los principales tributos a la financiación de la sanidad que en la práctica no implica un aseguramiento real sino más bien un riesgo, ante las dificultades para asegurar una completa cobertura cuando, como ocurre en el nuevo modelo español, desaparecen los fondos finalistas previstos para este objetivo en el modelo anterior.

En otros países como Italia o Canadá se han propuesto impuestos específicos, con capacidad recaudatoria real para financiar con garantías los servicios sanitarios. Concretamente el Comité Permanente de Asuntos Sociales del Senado canadiense⁴⁴, ante la necesidad inevitable de cubrir la insuficiencia del Sistema Canadiense de Sanidad⁴⁵ a la vista de las reformas imprescindibles para garantizar su eficacia y eficiencia, ha propuesto la creación de un recurso finalista especial para financiar la sanidad.

En un amplio informe el Comité canadiense pone de manifiesto que el nuevo recurso debe respetar cinco criterios básicos (equidad, eficiencia, justicia intergeneracional, estabilidad y visibilidad), evitar efectos adversos sobre la actividad económica y el crecimiento, y minimizar los costes de recaudación de la administración tributaria y de cumplimiento por parte de los contribuyentes.

Después de analizar diversas alternativas disponibles, el Comité concluye que hay dos alternativas básicas para allegar los recursos necesarios que se ajustan a los criterios establecidos: el primero es un Impuesto sobre las Ventas del Sistema Nacional de Salud; el segundo, una Prima Variable de Seguro del Sistema Sanitario (Variable National Health Care Insurance Premium), hecha efectiva a través del sistema fiscal a partir de la tarifa del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas. Aunque ambas alternativas tienen diversas ventajas e inconvenientes, el Comité, después de reconocer que es el Gobierno quien debe decidir entre las dos, se muestra más partidario de la segunda, que es la que recomienda aplicar.

Por otra parte, el Comité señala la necesidad de garantizar recursos suficientes para el Sistema de Salud⁴⁶ a través del mecanismo ordinario del CHST. En esa dirección propone la expresa afectación de recursos al Fondo de Transferencias para asegurar la suficiencia

⁴⁴ The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology (2002).

⁴⁵ La estimación que realiza dicho Comité del gasto adicional necesario para cubrir los objetivos del Sistema se eleva a 5.000 millones de dólares anuales.

⁴⁶ Más allá de los ingresos antes mencionados, que se dirigen a reformar el sistema y garantizar unos estándares mínimos de eficiencia, eficacia y equidad.

del sistema sanitario. Concretamente el Informe que comentamos incluye una recomendación al Gobierno federal para que “fije una fuente de ingresos afectados (como el Impuesto General sobre las Ventas) que serviría para financiar aproximadamente el 62% del CHST, que es la cantidad que actualmente entrega el Gobierno Federal para el Programa de Aseguramiento Sanitario⁴⁷”. Y, en el caso de que el tributo afectado fuera el Impuesto General sobre las Ventas, el Comité estima que eso significaría alrededor de la mitad de los ingresos totales obtenidos con dicho impuesto. Como última propuesta, el Comité canadiense propone introducir a la población mayor de 70 años entre los criterios que hay que tener en cuenta a la hora de repartir el CHST.

En otros sistemas descentralizados la tradición y la experiencia en la aplicación de buenos modelos de transferencias de recursos de carácter vertical (Australia o Canadá) u horizontal (Alemania) sirven para garantizar adecuadamente la suficiencia de los sistemas de asistencia sanitaria.

Por último, la coordinación y articulación de las políticas aplicadas por los diversos niveles de gobierno en los sistemas descentralizados se convierten en la clave de bóveda de sus sistemas sanitarios. En términos de coordinación de las políticas, del control y garantía de información suficiente, los sistemas de articulación varían entre los diversos países, aunque en todos este aspecto constituye, y así es valorado, un tema de interés fundamental.

⁴⁷ The Standing (2002), p. 292.

6. Propuestas de reforma del modelo actual

6.1. Un modelo global de reforma

¿Es posible pensar en una reforma financiera de la sanidad alternativa a la contemplada por el Acuerdo de Financiación de las Comunidades Autónomas del 27 de julio de 2001? ¿Debería plantearse con carácter diferenciado respecto de otros componentes del gasto autonómico, a la luz de las características específicas del gasto sanitario y de los problemas recogidos en los capítulos precedentes?

Desde el momento en que se adoptó en el Pacto de Toledo la decisión de financiar la asistencia sanitaria con los recursos aportados por tributos generales, la consecuencia inevitable del proceso de descentralización español era que, una vez se produjeran los correspondientes trasposos a las CC AA, fueran los tributos en régimen de cesión o de participación los que financiaran la asistencia sanitaria. En este sentido, no es fácil diferenciar la financiación de la sanidad de la correspondiente a otras políticas sociales propias de las CC AA.

Por otra parte, desde nuestro punto de vista, la sanidad como servicio público tiene especificidades que podrían justificar la adopción de un modelo propio, a semejanza de los que existen en algunos de los países mencionados en el capítulo anterior. Desde algunos ámbitos se insiste en los problemas derivados de la integración de la sanidad en el conjunto del gasto autonómico y se plantea la conveniencia de introducir algunos cambios, con la finalidad de evitar que se pongan en cuestión la universalidad y la igualdad de acceso, criterios básicos inspiradores del sistema sanitario español.

Las dificultades de la reformulación, sin embargo, no residen a nuestro juicio en el plano teórico, sino que son de índole práctica, ante los serios problemas que implicaría la renegociación de un nuevo sistema de financiación. La necesidad de respetar la regla del *statu quo*, o la gran dificultad objetiva de pactar en un sistema compuesto nuevos criterios de evolución de ingresos y gastos, aunque paliaran las distorsiones apreciadas en la determinación inicial, apuntan a que las pretensiones de globalidad volverían a quedar desbordadas, y que el “nuevo” sistema se reduciría una vez más a la mera distribución casuística de los recursos disponibles.

Esto explica que, desde nuestro punto de vista, no tenga mucho sentido proponer una alternativa radical al modelo financiero actual, lo que no quiere decir que no se deban realizar propuestas alternativas de mayor calado que las meras reformas puntuales. En otros términos, nuestra posición se orientaría no tanto a proponer un modelo alternativo, separado de la financiación general, cuanto a intentar proponer algunos elementos básicos para que, a partir del modelo actual, se pueda garantizar el cumplimiento de los principios que justifican un sistema universal y público de salud⁴⁸ en todos los territorios del Estado español, procurando evitar al máximo los riesgos de insuficiencia.

El sistema sanitario y su financiación actual derivan de una serie sucesiva de acuerdos aceptados por todos los agentes implicados. Las discriminaciones que se puedan producir en su ámbito o la quiebra de los principios en los que se sustenta, aunque sean posibles, es difícil que se produzcan y se mantengan en el tiempo, principalmente por la sensibilidad de los ciudadanos ante este tipo de prestaciones, que sirve para explicar el permanente crecimiento de su demanda, pero también su preocupación ante las situaciones de falta de equidad o de agravio comparativo. Por lo general, nadie quiere renunciar a las prestaciones garantizadas por el sistema ni está dispuesto a recibir menos prestaciones que los ciudadanos de otros territorios. En todo caso, desde nuestro punto de vista, es necesario buscar mecanismos para resolver conflictos y no tiene sentido imponer la voluntad de uno u otro agente (sea la Administración Central o alguna Comunidad Autónoma) en perjuicio de un adecuado y democrático funcionamiento del Sistema. Es evidente que, más allá de un planteamiento voluntarista, las consideraciones anteriores implican la búsqueda de un encaje de los diversos intereses y aspiraciones en un juego complicado y sutil, pero sin duda necesario.

Las observaciones siguientes se concentran en tres aspectos que nos parecen claves: los procedimientos para controlar el gasto, la determinación de los mecanismos de financiación más adecuados y los instrumentos de organización, información y control pertinentes para asegurar un buen funcionamiento del sistema sanitario.

La financiación de la sanidad no requiere únicamente medidas que garanticen el flujo de recursos necesarios para asegurar los derechos constitucionales y las prestaciones públicas, sino también el control y la paulatina disminución de los capítulos de gasto menos

⁴⁸ Como señalamos en otros capítulos de este trabajo, entendemos que el aseguramiento de la Salud, entendido como un bien público en sentido amplio, integraría la asistencia sanitaria, como bloque fundamental, y los otros servicios que, de una u otra forma, se relacionan con el bien público mencionado. Como en el resto de este trabajo, hemos intentado evitar la discusión competencial que se ha planteado en España en relación con las diferentes adscripciones constitucionales de las diversas prestaciones que confluyen en este sector.

necesarios, o en los que el interés público coexista con un interés privado que pueda acabar convirtiéndose en el prevalente, poniendo en cuestión las garantías de cobertura universal e igualdad de acceso a las prestaciones. En este sentido, la existencia de un órgano director del Sistema puede permitir encontrar fórmulas de acuerdo, con compromisos explícitos entre todos los gestores territoriales y políticos que impliquen la adopción de medidas legales y de gestión que sirvan para erradicar determinadas prácticas y situaciones.

Queda fuera del objeto de este trabajo el diseño de una estructura administrativa o de coordinación del sistema sanitario en nuestro país, aunque en numerosos apartados se ha entrado ya en esta cuestión, ante la necesidad de poner en marcha, a través de cauces administrativos, determinadas medidas económicas. No obstante, son muchos los órganos y procedimientos de coordinación que se han propuesto para incrementar la eficiencia en la relación de los diferentes subsectores del Sector Público.

Profundizando en esa dirección, deberíamos plantearnos la cuestión de hasta qué punto podría dibujarse una estructura directiva del Sistema Sanitario Español en la que participaran de forma acordada las CC AA y la Administración Central del Estado, y que diera una respuesta integral y permanente a las diferentes necesidades de colaboración sectoriales y temporales: seguridad alimentaria, drogodependencias, SIDA, políticas sociosanitarias, políticas financieras y de personal, etc. Esta estructura debe partir del reconocimiento de las competencias de cada nivel de la Administración, para evitar estériles discusiones, pero también de la existencia de una responsabilidad estatal, para lo cual parece imprescindible que la Administración Central no se desvincule de los problemas de financiación de la sanidad.

Por lo que se refiere a la preocupación por controlar los excesos de gasto o la inducción del aumento de la demanda por parte del sector productivo, deben aplicarse medidas para evitar que el sector privado parasite el sistema público como intermediario, comprando (en condiciones ventajosas) sus servicios allí donde no llega o no le es rentable. Por otro lado, deben buscarse procedimientos de ahorro de gastos no prioritarios desde el punto de vista social, como los que se producen cuando los ciudadanos pertenecientes a los niveles mayores de renta se benefician de las bonificaciones del gasto farmacéutico.

Además, puede invocarse razonablemente que, de la misma forma que se han vinculado recursos al cumplimiento de objetivos de reducción del gasto en algunas prestaciones en las que existían importantes indicios de prácticas fraudulentas (incapacidad temporal), pueden aplicarse incentivos adicionales al cumplimiento de los objetivos de equidad social y territorial y de eficiencia económica para estimular el comportamiento adecuado de los gestores territoriales, en línea con el funcionamiento del sistema canadiense a este respecto.

Estas políticas deben incentivarse a través de una regulación flexible que estimule los procesos de ahorro y que garantice su legitimidad social en un área en la que la opinión

pública tiende a identificar la constricción del gasto más como una expresión de ineficiencia que de eficiencia. En la misma dirección, es necesario poner en marcha las regulaciones legales pertinentes para que los desplazamientos territoriales de los empleados públicos puedan continuar produciéndose sin las cortapisas que existen en otros sectores de la Administración.

Por otra parte, puede estudiarse la posibilidad de crear un órgano consultivo, formado por especialistas, que elabore informes sobre la creación de nuevos servicios, y pueda señalar sin restricciones cuáles de estos nuevos servicios son necesarios para incrementar la equidad y accesibilidad del sistema y cuáles no se justifican por razones económicas ni de equidad, sino que son fruto más bien de las reivindicaciones territoriales a las que, sin apoyos externos, no pueden sustraerse indefinidamente los poderes públicos locales o autonómicos.

En una dirección paralela a las propuestas anteriores debe asimismo considerarse la posibilidad de que, tras la implantación de los procedimientos de información adecuados, se ponga en marcha un sistema acordado de incentivos a la eficiencia. Y adicionalmente debería establecerse algún mecanismo para incentivar los incrementos de población atendida directamente por los servicios públicos, a partir de decisiones voluntarias de los ciudadanos que dependen en la actualidad de las mutualidades, entidades y empresas colaboradoras⁴⁹, o el ahorro de gasto farmacéutico.

Las críticas razonables que se han lanzado en contra de la configuración del nuevo Impuesto sobre la Venta Minorista de Hidrocarburos no tienen por qué extenderse a todas las figuras tributarias nuevas. En este sentido, si las necesidades objetivas del Sistema Sanitario lo exigen porque se haya producido una grave situación de insuficiencia, es sin duda preferible para asegurar la equidad y suficiencia del sistema que se estudien fórmulas como el establecimiento de un impuesto específico para la financiación de la sanidad antes que la utilización de fórmulas de copago que afecten a prestaciones básicas, y pongan en peligro la accesibilidad a estas prestaciones de los grupos sociales con menos poder de compra. La propuesta de un impuesto específico afectado a la financiación de la sanidad se sitúa en línea con el impuesto italiano destinado a tal finalidad o las propuestas canadienses comentadas en el capítulo anterior.

Alternativamente puede defenderse que las CC AA vean incrementada su capacidad normativa en la imposición indirecta sobre la producción y venta de bebidas alcohólicas y tabaco, considerando la eventual aplicación de impuestos sobre venta minorista en estos

⁴⁹ En realidad, en el sistema actual, los aumentos de población protegida no aseguran un aumento de recursos equivalente al crecimiento del gasto generado. En ese sentido, podría decirse que el sistema tiene un incentivo perverso para estimular la salida de los empleados públicos desde el sistema público al de mutuas y entidades colaboradoras.

ámbitos que son más próximos en la percepción social a las necesidades de financiación de la sanidad.

Parece especialmente interesante analizar las propuestas del Senado Canadiense encaminadas a garantizar los recursos suficientes para un sistema sanitario en clara expansión. Cualquiera de las propuestas contenidas en dicho Informe deberían ser objeto de especial atención, con el fin de buscar alguna alternativa viable y fundamentada ante una eventual reforma de la financiación del sistema sanitario español.

La creación de un Fondo de Asistencia Sanitaria debiera ser contemplada como un mecanismo esencial de cierre del modelo pudiendo, en su caso, determinar el sistema de incentivos más conveniente (incluyendo la posibilidad de aplicar algún tipo de penalización) para asegurar el cumplimiento de los principios básicos del sistema sanitario. Para poder aplicar un sistema de esas características es imprescindible conseguir que las Comunidades suministren la información necesaria, que la AGE sea especialmente cuidadosa en la negociación de las condiciones de reparto del Fondo y que se avise convenientemente de las limitaciones y de la eventual aplicación de sanciones.

6.2. Las reformas parciales

Ya se ha señalado la gran dificultad de poner en marcha un sistema alternativo de financiación de la sanidad, al haberse aprobado recientemente el actual modelo y resultar muy complicado plantear una alternativa que implicase una vuelta hacia atrás del sistema autonómico, tal como quedaba configurado después de los Acuerdos financieros de 2001.

Por lo tanto, vamos a concentrarnos en el planteamiento de propuestas que, sin alterar las características tributarias del sistema actualmente vigente, puedan suponer, en el caso de ser incorporadas, una clara mejora cualitativa del sistema en el ámbito de la delimitación de competencias y la coordinación entre administraciones, la defensa de la suficiencia financiera de los órganos gestores del Sistema, la previsión y el control de distorsiones que amenacen la equidad en la distribución de los recursos y el acceso a las prestaciones básicas por parte de los usuarios, con independencia de sus circunstancias de renta, territoriales, etc. Las propuestas enunciadas supondrían de hecho una revisión en profundidad de la financiación sanitaria, pero sin alterar los aspectos nucleares del Sistema en vigor. El criterio de selección de las propuestas comentadas entre otros posibles ha sido evitar la generación de problemas territoriales irresolubles (CC AA claramente perjudicadas por los cambios), así como problemas de estabilidad presupuestaria general. Sin entrar en el análisis de las variables de reparto y su eventual modificación, las propuestas se refieren primero a diversos aspectos funcionales del Sistema, para acabar concentrándose en los más estrictamente económicos.

6.3 Definición del bloque de competencias en salud de las Comunidades Autónomas

Los traspasos efectuados previamente en favor de todas las Comunidades Autónomas en materias tales como salud pública⁵⁰ (que llevaban aparejados una parte importante de la masa salarial de los profesionales sanitarios en el medio rural en nuestro país), la gestión de los servicios de AISNA, etc., están fuera del bloque que corresponde a la financiación de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social⁵¹. A pesar de su diferente recepción constitucional, ambos tipos de competencias tienen evidentes conexiones de todo tipo, por lo que deberían ser financiadas con criterios comunes. Por eso, a nuestro juicio, no tiene mucho sentido que las políticas de salud de las CC AA se financien, de una parte, como competencias comunes, y de otra como asistencia sanitaria de la Seguridad Social, con garantías, afectación de recursos, criterios de determinación de la financiación inicial, etc., diferentes⁵².

En los Presupuestos Generales del Estado existen numerosas partidas de gasto que son gestionadas por instituciones externas al sector sanitario y que deberían ser administradas por el Estado, bien el Ministerio de Sanidad o bien las Comunidades Autónomas. Ello permitiría conocer y contabilizar mejor los recursos destinados a la sanidad y lograr su asignación más eficiente. Es especialmente importante, además, la consideración, dentro de la financiación sanitaria, de las partidas gestionadas en la actualidad, de una u otra forma, por las Mutualidades (MUFACE, MUGEJU, ISFAS), las Mutuas Patronales y las Entidades Colaboradoras.

En consecuencia, a nuestro juicio, esta dispersión de recursos financieros, de rúbricas presupuestarias y de procedimientos de gestión puede perjudicar la eficiencia del Sistema al impedir la fijación de prioridades y la reasignación de recursos. Por lo tanto, proponemos que:

- a) debería ser traspasada a las Comunidades Autónomas la gestión de la asistencia sanitaria⁵³ en instituciones penitenciarias y los recursos sanitarios vinculados a redes sociales para colectivos específicos;
- b) la gestión de las transferencias finalistas del Estado a las Comunidades Autónomas en función de Planes Nacionales (Drogas o Sida), así como los fondos con los que el Estado

⁵⁰ En función de la aplicación del artículo 148,1 de la Constitución Española

⁵¹ Competencia contemplada en el artículo 149,1,16 de la Constitución.

⁵² La situación en el medio rural aún es especialmente paradójica. Un profesional sanitario del medio rural de una Comunidad Autónoma que recibió su traspaso de asistencia sanitaria el 1º de enero de 2002 ha estado años cobrando dos nóminas: una de su Comunidad (como profesional de salud pública) y otra del INSALUD (como profesional de la asistencia de la SS), pero a partir del traspaso y con diferentes retrasos ahora sólo cobra una. Parte de su nómina está incluida en el bloque de competencias comunes del Sistema, y otra parte en el bloque de competencias en asistencia sanitaria.

⁵³ También la acción social.

colabora para el mantenimiento de instituciones sanitarias dependientes de Corporaciones Locales deben incorporarse al Fondo de Acciones Sanitarias del Estado;

- c) todos los traspasos sanitarios en favor de las CC AA deben integrarse en el bloque de competencias sanitarias en el Sistema de Financiación en su próxima revisión, a partir de la valoración correspondiente en el año base, y quedar incluidos en el sistema de garantías, gasto mínimo y afectación de recursos⁵⁴.

6.4 Lealtad institucional

Las referencias legales vigentes tanto en la última modificación de la LOFCA, el Acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera y la Ley de Medidas 21/2001 como en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Sanitario, aunque ponen de manifiesto por primera vez la existencia de un importante problema, no implican el cumplimiento del principio de lealtad institucional, sino más bien su negación, ya que consagran el principio de que el Estado legislador puede imponer sin límite alguno nuevas obligaciones de gasto a las CC AA sin que derive para él otro compromiso que el estudio de los costes. El principio de lealtad institucional obligaría, en sentido estricto, a que fuera en cada caso la Administración promotora del gasto la que lo financiara. Esta interpretación abocaría, sin embargo, a una limitación excesiva del Estado en relación con su competencia sobre bases y coordinación general de la sanidad (Art. 149,1,16 CE).

Aunque deban defenderse, por tanto, fórmulas flexibles, es evidente que la definitiva institucionalización del principio de lealtad institucional en las relaciones entre Administraciones Públicas pasa por la aplicación de acuerdos razonables, que determinen que las Comunidades Autónomas renuncian a solicitar la colaboración financiera del Estado en materias de su competencia, a la vez que el Estado legislador renuncia a imponer sin acuerdo o sin cofinanciación nuevas obligaciones de gasto a las Comunidades Autónomas mediante el ejercicio de su potestad planificadora o legisladora.

Igualmente, la Ley de Cohesión ha perdido una magnífica oportunidad de configurar el Observatorio del Sistema Nacional de Salud como un órgano coparticipado por el Ministerio de Sanidad y las CC AA, con independencia suficiente para asumir la realización de estudios que determinen las necesidades de financiación de nuevas prestaciones, propuestas y actuaciones, cuáles deben asumirse en función del criterio de competencia, y cuáles en función del principio de lealtad institucional.

⁵⁴ La cuantía de estos recursos, aunque sensiblemente inferior a los procedentes de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social no es en absoluto despreciable, especialmente si actualizamos los valores recogidos en su día en los decretos de traspasos.

Por otro lado, sorprende que, como ya se ha mencionado, en la Ley se proponga nada menos que “la corrección de desigualdades” como uno de los objetivos del Fondo de Cohesión, aludiendo al empleo de los Fondos de Compensación, y, sin embargo, no se señala que una de las finalidades de dicho fondo sea la asunción por parte del Estado de las responsabilidades que se le atribuyan en función precisamente del principio de lealtad institucional.

En este sentido se pueden señalar algunas vías de reforma para evitar que la ausencia de mecanismos de coordinación y la inexistencia a lo largo de la historia de referencias de un estilo de trabajo conjunto entre CC AA y Estado puedan producir serios riesgos de insuficiencia o de inequidad:

- a) la sustitución del actual Consejo Interterritorial de Salud por un órgano directivo del Sistema⁵⁵, con participación de las CC AA y la Administración Central, y con un sistema de adopción de acuerdos que impida a cada uno de los dos subsectores imponer acuerdos al otro;
- b) este órgano decidirá por acuerdo sobre los proyectos normativos que afecten a las prestaciones sanitarias, su financiación y el gasto farmacéutico; determinará cuál es el aumento de gasto previsto para cada modificación normativa, qué incrementos deben asumir las CC AA como administraciones titulares de la competencia, y a partir de qué cuantías será necesaria la cofinanciación del Estado por medio de los correspondientes Fondos o Planes;
- c) esta institución, además, asumirá las funciones del Consejo de Política Fiscal y Financiera de las Comunidades Autónomas en materias relacionadas con las políticas sanitarias;
- d) el Ministerio de Sanidad debe consignar en sus Presupuestos los recursos suficientes para hacer frente, en la forma más adecuada, a las responsabilidades del Estado legislador en sanidad, en aplicación del principio de “lealtad institucional”. También debe definirse, pues, un gasto mínimo estatal.

6.5 Intercambios de información entre administraciones e interlocutores sociales

Como hemos reiterado, la información es una pieza clave para articular un sistema sanitario descentralizado que funcione con criterios de coherencia. En relación con este pro-

⁵⁵ Cuando hablamos de “órgano directivo”, más allá de los problemas nominalistas, queremos aludir a una institución con capacidad resolutive y habilitada para decidir sobre la administración de fondos financieros, obviamente alejada de la perspectiva específicamente consultiva de las conferencias sectoriales.

blema básico podrían hacerse dos sugerencias mínimas en cuanto al tratamiento de la información.

La primera hace referencia al Sistema de Información Sanitaria regulado en el capítulo V de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Como se ha puesto de manifiesto en el apartado anterior, la falta de una definición expresa sobre la colaboración efectiva y al mismo nivel entre el Estado y las CC AA en el órgano que debe acumular y tratar esta información, algo que sólo puede conseguirse con una estructura independiente de los dos niveles de Administración, implica que la asignación de fondos siga siendo fruto de negociaciones basadas en la capacidad de presión de los interlocutores, más que en datos solventes, aceptados por todos y elaborados por especialistas reconocidos.

La segunda sugerencia alude al tipo de información relevante desde el punto de vista económico. En este sentido, urge una protocolización urgente de indicadores sobre recursos, procesos, financiación, población atendida, etc., y la realización de informes periódicos que cuenten con la aceptación y el respaldo del conjunto de gestores sanitarios. No deja de resultar sorprendente que los indicadores oficiales comparativos de gestión sanitaria que son conocidos por la opinión pública española sean los elaborados por el Tribunal de Cuentas, el Defensor del Pueblo u otros organismos poco relacionados específicamente con las políticas de salud. Aunque muy poco puedan servir de ejemplo, los Informes sobre la gestión de Tributos Cedidos por parte de las CC AA que anualmente acompañan al Proyecto de Presupuestos Generales del Estado tienen la utilidad muy estimable de proporcionar series amplias en el tiempo de indicadores claves para la toma de decisiones económicas.

En este sentido, desde nuestro punto de vista:

- a) debe asegurarse la existencia de un organismo coparticipado de dirección del Sistema de Información Sanitaria entre el Estado y las CC AA, funcionalmente dependiente del órgano directivo sugerido en el apartado anterior, que posibilite un mayor grado de confianza y de autoridad en el funcionamiento del sistema;
- b) deberían realizarse informes bienales a partir de los indicadores más relevantes para facilitar la toma de decisiones en materia de financiación sanitaria por parte de especialistas reconocidos y técnicos de las administraciones central y autonómicas, una vez alcanzado un “consenso técnico” sobre indicadores, variables y bases de datos disponibles.

6.6 Suficiencia dinámica y equidad territorial: obligación de gasto, afectación, garantía y asignaciones de nivelación

En los apartados precedentes se ha realizado una descripción de los sistemas actuales de garantía de ingresos, en función de la evolución del PIB para los tres primeros años de

funcionamiento del Sistema, el gasto mínimo obligatorio y la afectación de recursos que de forma combinada actúan sobre la financiación de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social en el Sistema. De la misma manera que se han criticado los preceptos que formalmente atentan contra la autonomía de las Comunidades y contra la distribución constitucional de poderes, se reconoce la importancia de que existan normas que garanticen, no sólo en el plano simbólico, los recursos del sistema destinados a las políticas de asistencia sanitaria y salud pública.

Como hemos tenido ocasión de comentar, no parece que la evolución de los recursos sanitarios en este Sistema sea sustancialmente diferente de los anteriores. En todo caso, la financiación de la sanidad por parte de sus gestores territoriales depende más de los ingresos globales de estos últimos que de los ingresos afectados especialmente al gasto sanitario. Sin embargo, con este Sistema, como con los anteriores, pueden darse procesos de insuficiencia financiera que podemos concretar en los siguientes supuestos:

A) Problemas de insuficiencia

- Los recursos disponibles, aun creciendo en términos aceptables, no son suficientes (como ocurría en los sistemas anteriores) para financiar los incrementos de costes del sistema sanitario, fundamentalmente debido al intenso proceso de cambio tecnológico y al crecimiento de la demanda inducida por los nuevos procesos diagnósticos y terapéuticos.
- Los recursos vinculados al sistema (ITEn, IRPF, IVA e Impuestos Especiales cedidos) crecen a partir del tercer año muy por debajo del PIB nominal.
- En períodos de recesión los ingresos tributarios son insuficientes para financiar las necesidades de gasto. De hecho, el incremento del gasto sanitario en relación con el PIB también tiene su origen en la dificultad de reducir los gastos sanitarios en etapas de crisis (los esfuerzos suelen concentrarse en otros capítulos de gasto, aunque las reducciones afecten al Capítulo I, Gasto de Personal, y, por tanto, tengan repercusiones en el sector).
- El gasto mínimo obligatorio crece por encima de los recursos aportados por el Sistema y las CC AA no suelen incrementar la presión fiscal ni pueden vulnerar la estabilidad presupuestaria.

B) Problemas de inequidad

- En algunas CC AA su IVA y sus Impuestos Especiales crecen por debajo del ITEn, aumentando, por tanto, la financiación de su gasto menos que su gasto obligatorio.
- En determinadas CC AA las necesidades de gasto, originadas por el incremento de su población o de su envejecimiento y dispersión, crecen por encima tanto de sus propios recursos, como incluso del ITEn.

- La evolución dispar de los recursos y de los gastos del Sistema hace que sus prestaciones reduzcan paulatinamente en términos reales, con lo que los grupos sociales con menor poder de compra, que no pueden acceder a la sanidad privada complementaria, ven deteriorarse gradualmente la asistencia sanitaria que reciben.

El actual sistema o bien deja la resolución de estas posibles insuficiencias en la vía de las asignaciones de nivelación, configurada simplemente como un proceso de discusión sin prever resultados concretos, o bien las niega explícitamente, como las desviaciones de población ocurridas entre 1999 y 2002, o las producidas por el envejecimiento de la población, que no son objeto de consideración en el cálculo de tales asignaciones.

Pero, además, el tratamiento por separado de estas tres cuestiones (gasto, afectación y garantía) tampoco es demasiado razonable, porque puede acabar generando los mismos efectos perversos denunciados. Por ejemplo, una Comunidad en la que la necesidad de gasto haya crecido muy por encima de la media y que podría considerarse acreedora de asignaciones de nivelación, aunque sus recursos hayan crecido en mayor cuantía que las necesidades.

Si nos centramos en las medidas de distribución de recursos y de su incremento formal, para empezar, está fuera de toda duda que el gasto mínimo obligatorio sólo puede exigirse, a juicio de los autores, si se mantiene por el Estado una cierta garantía de los recursos que percibe cada Comunidad, y nunca por un importe superior al de los recursos transferidos. Lo contrario sería una dejación de responsabilidades estatales, ya que se traspasa sin consideración alguna la obligación legal y la consecuente obtención de los recursos a las CC AA. También constituye una clara intromisión en la autonomía fiscal de las Comunidades y es ajeno absolutamente al principio de corresponsabilidad fiscal. La garantía debe mantenerse, el gasto obligatorio debe ser el equivalente absoluto del garantizado y la afectación de recursos debe ser similar a la garantía, procurando asegurar el mantenimiento de la universalidad y la equidad del Sistema.

En cuanto a las asignaciones de nivelación, deberían entrar en juego en algunas CC AA cuando, bien por la peor evolución de sus ingresos, bien por la evolución más acelerada de sus gastos, existe una diferencia entre ambas magnitudes en un periodo fijado. Es decir, la asignación de nivelación no se aplicaría sólo cuando la Administración del Estado consienta, como predica el actual Sistema, pero tampoco en un supuesto de un determinado diferencial entre la evolución del conjunto de las CC AA y de una en concreto, sino cuando la utilización de los recursos financieros otorgados no pudiera asegurar un nivel mínimo en la prestación del servicio público de salud (el que tenía garantizado por el Sistema, que empeora), que es precisamente lo que establece el aludido artículo 15,2 de la LOFCA.

Este nivel mínimo en la prestación del servicio público no puede venir dado tan sólo por la evolución de los indicadores fiscales. Por el contrario, éstos deberían ser complementados por la valoración de las consecuencias económicas derivadas de las decisiones adoptadas que efectúe el órgano director del Sistema. La puesta en marcha de nuevos procesos diagnósticos y terapéuticos, de nuevos servicios o la asunción de criterios de equidad más exigentes que obligan a completar la red territorial de atención deben incorporarse a los indicadores de gasto, con la finalidad de garantizar los recursos financieros correspondientes. En todo caso, el esfuerzo de nivelación debe tener en cuenta algunos indicadores de nivelación de carácter sanitario, como la accesibilidad o las dotaciones diferenciales, además de los estrictamente financieros.

Naturalmente, integrar todo este conjunto de actuaciones nos obliga a incorporar al Sistema un procedimiento de revisión permanente, único proceso en el que pueden recogerse todas las variables, así como otras ya mencionadas (traspasos finales, integración de todo el gasto sanitario). Este proceso de revisión permanente debería acabar imponiéndose para el conjunto del Sistema cuando las cuentas públicas tuvieran menor holgura (con respecto a la situación actual), pero debe ser configurado en el inicio, para recoger las especificidades de la financiación sanitaria dentro de un Sistema General de Financiación. En consecuencia se pueden proponer los siguientes puntos:

- **Garantía, financiación mínima y afectación**

Garantía: La Ley de Medidas 21/2001 debería incorporar la garantía de que los recursos que financien las competencias de las CC AA en materia de salud crecerán durante todos los ejercicios como mínimo según la evolución del ITEn⁵⁶.

Asimismo, en ejecución del principio de lealtad fiscal, los recursos deben crecer en la cuantía necesaria para afrontar el gasto de las CC AA generado como consecuencia de las decisiones del órgano director del Sistema, prolongando la garantía del PIB nominal existente en el sistema actual más allá de los tres primeros años.

Financiación mínima del gasto sanitario: El art. 7 de la citada Ley debe recoger expresamente que los recursos que las CC AA deben destinar como mínimo a la financiación del gasto sanitario son los garantizados por el Estado a tal fin, sin perjuicio de que posibles acuerdos que se tomen en el ámbito del Sistema prevean incrementos superiores de gasto, en consonancia con crecimientos más elevados de los ingresos públicos.

⁵⁶ Lo que supondría asegurar el ITEn al crecimiento anual del IVA e II EE cedidos para todas las CC AA, salvo Madrid e I. Baleares, en los que también habría que asegurar un componente de IRPF, ya que estas CC AA no tienen Fondo de Suficiencia (carece de sentido garantizar este último, porque crece el ITEn por Ley).

Afectación o vinculación de recursos: La actual afectación debería desaparecer, simplemente porque es innecesaria, aunque se mantendría para las CC AA la obligación de destinar al gasto sanitario los recursos garantizados; podría estudiarse incluso la posibilidad de aplicar una penalización a las Comunidades que no incrementen sus recursos sanitarios en la misma medida que sus ingresos, o, en cualquier caso, a las CC AA que no cumplan con el incremento mínimo garantizado.

• **Asignaciones de nivelación: Revisión periódica del Sistema**

La masa homogénea de financiación del bloque de servicios de salud de las CC AA debería ser revisada en valores del año 2004, y con efectos del 1º de enero de 2007.

En este bloque deberían incorporarse todos los traspasos en materia sanitaria efectuados desde 1º de enero de 2002 a las CC AA, así como los traspasos anteriores en salud pública, AISNA, etc., que serán ponderados en valores de 2004 con procedimientos neutrales y acordados entre las CC AA y el Estado. Además, se integrará la financiación descrita por el art. 3,2 de la mencionada Ley, corrigiendo los valores de 1999 según el incremento del ITEn entre 1999 y 2004, así como los gastos producidos en ejecución de las decisiones del órgano director del Sistema.

La masa homogénea de financiación definida por la suma de sus diversos componentes se asignará entre las CC AA, con los mismos criterios contenidos en el art. 4.B de la citada Ley, computándose la población protegida y los mayores de 65 años según las estadísticas de 2004 (es decir, incorporando también el movimiento demográfico producido entre 1999 y 2002).

En cada Comunidad se calculará el crecimiento de los ingresos vinculados a la financiación de los gastos. Si el porcentaje de crecimiento de los ingresos, incluidas las transferencias del Fondo de Acciones Sanitarias del Estado, es inferior al porcentaje de crecimiento de los gastos, la cantidad obtenida dará lugar a una asignación de nivelación que se abonará anualmente hasta la siguiente revisión periódica. La periodicidad de estas revisiones será decidida por el órgano director del Sistema.

Como se ha puesto de manifiesto, la asignación de nivelación recupera el sentido de la LOFCA de compensar un desequilibrio en la financiación de servicios públicos, ocasionado, bien por el crecimiento mayor de las necesidades de gasto, bien por el crecimiento menor de los recursos. Podría también añadirse, aunque esta propuesta sería más lógica en un análisis general del Sistema que de las referencias a una de sus políticas sectoriales, que debería garantizarse asimismo un mínimo de financiación porcentual de la media por habitante para todos los gestores territoriales, similar al 90% sobre las competencias comunes que existía en el Sistema 2001-2006, ya que el elevado incremento de la población inmigrante ha desequilibrado el Sistema en algunas CC AA. Pero, desde la perspectiva de la LOFCA, las asignaciones de nivelación no son tanto un fondo de

compensación o de corrección de desequilibrios territoriales como un recurso adicional en una situación de insuficiencia financiera por escasez de recursos. A la corrección de desequilibrios territoriales irán encaminadas algunas de las sugerencias del siguiente punto.

- **Recursos financieros del sistema. Corresponsabilidad fiscal. Fondos nacionales y recursos adicionales de las CC AA**

Ya se ha indicado cómo la lectura conjunta de la normativa que limita la autonomía de las CC AA en virtud de la estabilidad presupuestaria y la que determina las obligaciones de gasto sanitario en el Sistema de Financiación fuerzan de hecho a las CC AA con menores ingresos a incrementar la presión fiscal, a pesar de su escasa capacidad a estos efectos (matriculación en el ámbito de los Impuestos Especiales y el nuevo Impuesto sobre Venta Minorista de Carburantes).

Como ya hemos señalado en otros trabajos, la pretensión inicial de las CC AA cuando se negociaba el Sistema de Financiación era separar los actuales Impuestos Especiales en dos grupos: unos que mantuvieran los elementos básicos sin alteraciones, en el contexto de armonización europea, en los que no existiría capacidad normativa alguna en manos de las CC AA, y otros complementarios, en los que podría residenciarse esta capacidad. El incremento de la capacidad normativa de los gestores territoriales es una cuestión que no puede olvidarse, porque en períodos de recesión deberán hacer uso de ella.

En todo caso, parece en principio más congruente asignar la capacidad normativa de las CC AA sobre materias más conectadas con los problemas de la salud, si los recursos quieren afectarse a la financiación de políticas de salud, entre otras razones por cumplimiento de la normativa europea. En este sentido sí que merece alguna mención la discusión planteada por algunos autores criticando las propuestas de afectación de los impuestos sobre el tabaco a la financiación de la sanidad, ya que estos impuestos afectan a los grupos sociales de menor poder adquisitivo. El problema es que, normalmente, los grupos con menor capacidad económica son los que tienen comportamientos menos cuidadosos respecto de la salud, y esto nos lleva a una clara contradicción: si renunciamos a la disuasión fiscal, da la impresión de que aceptamos el diferencial de esperanza de vida; pero, si por el contrario, aplicamos un aumento de presión fiscal disuasoria, nos enfrentamos a un problema de regresividad.

Puede defenderse, en consecuencia, como propuesta el incremento de la capacidad normativa de las CC AA en materias conexas con problemas de salud: por ejemplo, la separación en los Impuestos Especiales entre un tramo armonizado sin capacidad normativa y otro tramo no armonizado, con posibilidad de que las CC AA apliquen un recargo. Por otro lado, la existencia del Impuesto sobre Venta Minorista de Carburantes abre una interesante reflexión. Si puede haber un Impuesto de esta naturaleza para financiar la sanidad, cuando los carburantes ya pagan IVA e Impuestos Especiales, ¿no sería más

razonable un Impuesto sobre la venta minorista de bebidas alcohólicas, tabaco, la elaboración y difusión de mensajes publicitarios de bebidas alcohólicas o de labores del tabaco, mientras se mantenga este tipo de consumos?⁵⁷

De la misma forma, parece razonable a la luz de los sistemas comparados, que los gestores territoriales dispongan de alguna capacidad para imponer exenciones de la bonificación existente a una determinada cuantía del gasto farmacéutico en un año (por ejemplo, para las personas con un nivel mínimo de ingresos, pensionistas o no, la obligación de pagar el 100% de los primeros 50 ó 100 euros cada año), en un momento en el que las tarjetas sanitarias pueden acumular sin demasiados problemas técnicos información de este tipo.

En cuanto a los recursos aportados al Sistema por el Estado, desde nuestro punto de vista, el incremento de la presión fiscal sobre el tabaco, que vendrá impuesto a pesar de la tenaz oposición del Gobierno español tanto por la armonización europea como por la presión de los organismos internacionales (que acaban de asestar un golpe a la publicidad y han proclamado la clara relación inversa entre precio y consumo), puede permitir la obtención de recursos adicionales con los que financiar las asignaciones de nivelación, las revisiones de coste efectivo consecuencia de medidas de estabilización de los empleados públicos, la extensión de los servicios de emergencia, nuevos trasposos, etc.

Para el Estado, estos recursos adicionales deberían permitir la puesta en marcha de un Fondo de Acciones Sanitarias, que puede llamarse “de cohesión”, pero que no debe mezclarse con la subvención a los gastos ocasionados por pacientes desplazados.

Este Fondo asumiría en el Sistema español funciones similares a la transferencia de recursos del programa sociosanitario canadiense (Canada Health and Social Transfer), permitiendo, mediante la concertación de inversiones o de programas con las CC AA, la atenuación de los desequilibrios territoriales, aunque también podría asumir funciones de otra naturaleza como:

- la financiación de la parte estatal de lo que la Ley de Cohesión llama, sin aclarar su financiación, “planes integrales” y siempre en la Administración Española se llamaron “planes concertados”, que definen fórmulas de cofinanciación para la extensión concertada de determinados servicios o prestaciones;

⁵⁷ La aplicación de este tipo de figuras con carácter finalista ha sido objeto de una abundante literatura y ha tenido una cierta acogida en la jurisprudencia de los tribunales europeos a pesar de la relativa contradicción que implica utilizar estos tributos con la doble finalidad de desincentivar su consumo y financiar el creciente gasto sanitario. Si la primera función se cumple, la segunda se vería limitada en términos de recursos, aunque cabría esperar que el gasto sanitario también se redujera.

- la financiación de las obligaciones que en virtud de la lealtad institucional corresponden al Estado legislador;
- la financiación de actuaciones coordinadas frente a emergencias y riesgos de diversa naturaleza;
- la financiación de un Fondo de reserva para el Sistema sanitario.

En todo caso, es necesario volver a recordar que la jurisprudencia del Tribunal Constitucional no permite al Estado otorgar subvenciones, ni para corregir desequilibrios ni para cualquier otro objetivo igualmente loable, en materias de competencia exclusiva de las CC AA, sin contar con éstas.

Para las Comunidades Autónomas, el aumento a lo largo del tiempo de los recursos debe permitir hacer frente a las necesidades específicas de financiación del gasto sanitario, que, de no preverse, acabarán ocasionando la restricción de otras políticas públicas.

En relación con las consideraciones anteriores, se pueden ofrecer las siguientes sugerencias:

- aumentar paulatinamente el porcentaje de cesión a las CC AA de la recaudación líquida del Impuesto sobre la Cerveza, sobre el Alcohol y Bebidas derivadas y sobre Labores del Tabaco, en el marco de un Acuerdo Nacional de Financiación de la Sanidad, que debería adoptar el órgano directivo del Sistema Nacional de Salud;
- incrementar la participación normativa de las CC AA en el Impuesto sobre Labores del Tabaco, en el que se distinguirían dos tramos: uno, el armonizado, de competencia normativa exclusivamente estatal, y otro que reconocería capacidad normativa a CC AA para establecer recargos;
- el incremento de la recaudación del Impuesto sobre el Tabaco se dirigiría, en su parte autonómica, a la mejora de recursos del sistema sanitario; en el tramo estatal, los recursos permitirían la creación de un Fondo de Acciones Sanitarias (Cohesión, pero sin desplazados) destinado a financiar la responsabilidad del Estado (asignaciones de nivelación, planes concertados, corrección de desequilibrios, lealtad institucional, actuaciones coordinadas, etc.). Todos estos aspectos podrían recogerse asimismo en el Acuerdo Nacional mencionado;
- en su caso, cabría estudiar el establecimiento de otra figura tributaria que pudiera afectarse para garantizar de manera eficaz la suficiencia del Sistema Sanitario sin restringir la accesibilidad a las prestaciones de la asistencia, en línea con las figuras existentes o propuestas en los sistemas comparados.

Bibliografía

- FUNCAS (2002), Balance Económico Regional 1995-2001, Madrid.
- Giménez Montero, A. (1997), La financiación de la sanidad autonómica, Cuadernos de Información Económica, nº 128/129, Madrid, pp.67-76.
- López Casasnovas, G. (1997), Financiación autonómica y gasto sanitario público en España, II Asamblea de la Asociación Española de Economía Pública, Madrid.
- Ministerio de Administraciones Públicas (1998), Informe Económico-Financiero de las Administraciones Territoriales en 1997, Madrid.
- Pérez Escamilla, F., La salud de nuestros pueblos, Medicina General 2002, nº 48, pp. 768-780.
- Ruiz-Huerta, J. y López Laborda, J. (1998), Las haciendas autonómicas en 1997: Reforma de la financiación de la sanidad y del Concierto Económico con el País Vasco, en Instituto de Derecho Público (1998), Informe de Comunidades Autónomas 1997, Ed. Instituto de Derecho Público, pp. 631-652, Barcelona.
- Ruiz-Huerta, J. y Granados, O. (2002), La reforma de la Financiación Autonómica en el 2001. Cierre del modelo de reparto competencial y corresponsabilidad fiscal, Papeles de Trabajo, Instituto Universitario Ortega y Gasset, Madrid, 2002.
- Tamayo, P. (2001), Descentralización y Financiación de la Asistencia Sanitaria Pública en España, Consejo Económico y Social (CES), Colección de Estudios, Madrid
- Tamayo, P. (2003a), Descentralización sanitaria y asignación de recursos en España: un análisis desde la perspectiva de la equidad, en Información Comercial Española (ICE), nº 804, monográfico de Economía de la Salud, Edit. Ministerio de Economía.
- Tamayo, P. (2003b), La compensación por desplazados en la financiación de la sanidad descentralizada: valoración del nuevo Fondo de Cohesión Sanitaria, Cuadernos de Información Económica, núm. 173, marzo/abril 2003.
- The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology (2002), The Health of Canadians-The Federal Role, Canadian Senate, October 2002.
- Urbanos, R.Mª. y Utrilla de la Hoz, A.(2001), El nuevo sistema de financiación sanitaria y sus implicaciones económicas en las Comunidades Autónomas, Revista de Administración Sanitaria, Vol. V, nº 20, octubre/diciembre 2001.

Índice de Tablas

Tabla 1. Diferencias de población protegida en las CC AA entre 1991 y 1996	13
Tabla 2. Grado de adecuación de la financiación acordada en 1997 y el criterio de población protegida	14
Tabla 3. Gasto por habitante en las comunidades del INSALUD gestión directa	15
Tabla 4. La masa de financiación sanitaria de las CC AA en el Acuerdo de 27 de julio de 2001 y en los decretos de traspasos (año base 1999; miles de euros)	24
Tabla 5. Ingresos tributarios del Estado (ITEn) 2003 (millones de euros)	30
Tabla 6. Recursos de las Comunidades Autónomas 2003 (millones de euros)	30
Tabla 7. Evolución de las figuras tributarias entre 1997 y 2003 (millones de euros)	31
Tabla 8. Fondo de Suficiencia 2003 (millones de euros)	34
Tabla 9. Evolución del IRPF en las CC AA (1996-2000)	35
Tabla 10. Evolución del PIBR por CC AA a precios constantes	36
Tabla 11. Población residente española en las CC AA: 1995-2001	38
Tabla 12. Crecimiento de la aportación del Estado al gasto farmacéutico	40

Documentos de trabajo publicados

- 1/2003. **Servicios de atención a la infancia en España: estimación de la oferta actual y de las necesidades ante el horizonte 2010.** María José González López.
- 2/2003. **La formación profesional en España. Principales problemas y alternativas de progreso.** Francisco de Asís de Blas Aritio y Antonio Rueda Serón.
- 3/2003. **La Responsabilidad Social Corporativa y políticas públicas.** Alberto Lafuente Félez, Víctor Viñuales Edo, Ramón Pueyo Viñuales y Jesús Llaría Aparicio.
- 4/2003. **V Conferencia Ministerial de la OMC y los países en desarrollo.** Gonzalo Fanjul Suárez.
- 5/2003. **Nuevas orientaciones de política científica y tecnológica.** Alberto Lafuente Félez.
- 6/2003. **Repensando los servicios públicos en España.** Alberto Infante Campos.
- 7/2003. **La televisión pública en la era digital.** Alejandro Perales Albert.
- 8/2003. **El Consejo Audiovisual en España.** Ángel García Castillejo.
- 9/2003. **Una propuesta alternativa para la Coordinación del Sistema Nacional de Salud español.** Javier Rey del Castillo.
- 10/2003. **Regulación para la competencia en el sector eléctrico español.** Luis Atienza Serna y Javier de Quinto Romero.
- 11/2003. **El fracaso escolar en España.** Alvaro Marchesi Ullastres.
- 12/2003. **Estructura del sistema de Seguridad Social. Convergencia entre regímenes.** José Luis Tortuero Plaza y José Antonio Panizo Robles.
- 13/2003. **The Spanish Child Gap: Rationales, Diagnoses, and Proposals for Public Intervention.** Fabrizio Bernardi.
- 13*/2003. **El déficit de natalidad en España: análisis y propuestas para la intervención pública.** Fabrizio Bernardi.
- 14/2003. **Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias.** José Jesús Martín Martín.
- 15/2003. **Una propuesta de servicios comunitarios de atención a personas mayores.** Sebastián Sarasa Urdiola.
- 16/2003. **El Ministerio Fiscal. Consideraciones para su reforma.** Olga Fuentes Soriano.

- 17/2003. **Propuestas para una regulación del trabajo autónomo.** Jesús Cruz Villalón.
- 18/2003. **El Consejo General del Poder Judicial. Evaluación y propuestas.** Luis López Guerra.
- 19/2003. **Una propuesta de reforma de las prestaciones por desempleo.** Juan López Gandía.
- 20/2003. **La Transparencia Presupuestaria. Problemas y Soluciones.** Maurici Lucena Betriu.
- 21/2003. **Análisis y evaluación del gasto social en España.** Jorge Calero Martínez y Mercè Costa Cuberta.
- 22/2003. **La pérdida de talentos científicos en España.** Vicente E. Larraga Rodríguez de Vera.
- 23/2003. **La industria española y el Protocolo de Kioto.** Antonio J. Fernández Segura.
- 24/2003. **La modernización de los Presupuestos Generales del Estado.** Enrique Martínez Robles, Federico Montero Hita y Juan José Puerta Pascual.
- 25/2003. **Movilidad y transporte. Opciones políticas para la ciudad.** Carme Miralles-Guasch y Àngel Cebollada i Frontera
- 26/2003. **La salud laboral en España: propuestas para avanzar.** Fernando G. Benavides.
- 27/2003. **El papel del científico en la sociedad moderna.** Pere Piugdomènech Rosell.
- 28/2003. **Tribunal Constitucional y Poder Judicial.** Pablo Pérez Tremps.
- 29/2003. **La Audiencia Nacional: una visión crítica.** José María Asencio Mellado.
- 30/2003. **El control político de las misiones militares en el exterior.** Javier García Fernández.

