

# **FINANCIACIÓN SANITARIA EN ESPAÑA Y RENDICIÓN DE CUENTAS: LA HISTORIA DE MUCHOS DÉFICITS**

EVA SÁENZ ROYO

## SUMARIO

1. INTRODUCCIÓN. 2. LA FINANCIACIÓN DE LA SANIDAD EN ESPAÑA VÍA IMPUESTOS. 3. LA FINANCIACIÓN DE LA SANIDAD A TRAVÉS DE LOS PRESUPUESTOS GENERALES DEL ESTADO (PGE). 3.1. La garantía de un nivel mínimo en todo el Estado a través de los PGE según el art. 158.1 CE. 3.2. La corrección de desigualdades interterritoriales a través del principio de solidaridad según el art. 158.2 CE. 3.2.1. El resultado de la aplicación de los instrumentos de redistribución en la práctica. 3.2.2. ¿Cuáles son los principales problemas de la aplicación del principio de solidaridad? 3.3. El poder de gasto del Estado y su aplicación en el ámbito sanitario. 4. LA FINANCIACIÓN DE LA SANIDAD A TRAVÉS DE LOS PRESUPUESTOS AUTONÓMICOS. 4.1. La financiación autonómica de los mínimos en la prestación sanitaria. 4.2. La financiación autonómica de las mejoras en la cartera de servicios complementaria. 5. ALGUNAS CONSIDERACIONES FINALES

# FINANCIACIÓN SANITARIA EN ESPAÑA Y RENDICIÓN DE CUENTAS: LA HISTORIA DE MUCHOS DÉFICITS

EVA SÁENZ ROYO<sup>1</sup>

Universidad de Zaragoza

## 1. INTRODUCCIÓN

En todo Estado Federal, y también en nuestro Estado Autonómico como variante de Estado Federal, los ciudadanos deben saber quién es la Administración responsable de cada una de las políticas y, de esta manera, decidir premiar o castigar a la Administración responsable en el momento electoral. Es lo que se llama rendición de cuentas<sup>2</sup> y constituye un elemento esencial en democracia.

Pues bien, empíricamente se ha demostrado que en España los ciudadanos tienen serias dificultades para distinguir cuál es la Administración responsable en la política sanitaria<sup>3</sup>. En este trabajo se trata de analizar la responsabilidad del Estado y de las Comunidades Autónomas en la financiación sanitaria y proponer soluciones para mejorar la rendición de cuentas en esta materia.

Tras una descripción de la opción constitucional por un sistema de financiación sanitaria vía impuestos, se analizará, en primer lugar, la implicación que tienen los

---

<sup>1</sup> Profesora Titular de Derecho Constitucional. Facultad de Derecho. Universidad de Zaragoza. Pedro Cerbuna, 13, 50009, Zaragoza. Email: evasaenz@unizar.es ORCID ID: 0000-0002-5502-3870 Trabajo realizado en el marco del Proyecto de Investigación del Plan Nacional de I+D financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación, IN-SALVAN (Ref. PID2021-127828NB-I00).

<sup>2</sup> La rendición de cuentas en sentido amplio se puede definir como «el requerimiento a una organización tanto pública como privada para explicar a la sociedad sus acciones y aceptar consecuentemente la responsabilidad de las mismas» (Nonell, R., (2006). *Transparencia y Buen Gobierno: La rendición de cuentas en una sociedad avanzada*. Icaria Editorial, Barcelona, p. 12). En el ámbito político, la noción de rendición de cuentas tiene dos dimensiones básicas. «Incluye, por un lado, la obligación de políticos y funcionarios de informar sobre sus decisiones y de justificarlas en público (answerability). Por otro, incluye la capacidad de sancionar a políticos y funcionarios en caso de que hayan violado sus deberes públicos (enforcement)». Sheedler, A. (2004). «¿Qué es la rendición de cuentas», *Cuadernos de transparencia*, núm. 3, IFAL, p. 12.

<sup>3</sup> Herrero, A., Goenaga, M. y Ruiz-Huerta, J. (2015). «Finanzas autonómicas: visibilidad, transparencia y atribución de responsabilidades», *Papeles de Economía Española*, núm. 143, pp. 185-204.

Presupuestos Generales del Estado en la financiación sanitaria, así como los principales problemas que se plantean con esa financiación estatal. Especial atención se dará a los problemas en la aplicación del principio de solidaridad interterritorial, entre los que destaca la falta de transparencia en su reparto, y a los problemas en la potestad de gasto estatal en el ámbito sanitario y su falta de control sobre el destino de los fondos. En segundo lugar, analizaremos el papel de los presupuestos autonómicos en la financiación de la sanidad en España, poniendo de manifiesto la contradicción del protagonismo autonómico en materia de financiación de los mínimos en la prestación sanitaria y el sistema de competencial. Terminaremos con unas consideraciones finales.

Como veremos, el confuso sistema de financiación autonómica, la opacidad en la aplicación del principio de solidaridad, la falta de control sobre las transferencias de recursos del Estado a las Comunidades Autónomas, junto con la inexistencia de unas reglas de contabilidad adecuadas, imposibilitan conocer quién está pagando qué y, con ello, imposibilitan una rendición de cuentas en el ámbito sanitario.

## 2. LA FINANCIACIÓN DE LA SANIDAD EN ESPAÑA VÍA IMPUESTOS

Una de las cuestiones discutidas en el debate constituyente español fue el carácter contributivo o no del sistema sanitario. Durante el régimen de Franco, la prestación de la asistencia sanitaria tenía una clara inspiración bismarkiana, era de carácter contributivo y estuvo íntimamente vinculada al haz de derechos de los trabajadores y de sus familias y, en consecuencia, al ámbito abarcado por el sistema de Seguridad Social. Ahora bien, la vinculación de estas prestaciones de asistencia sanitaria con el sistema de Seguridad Social dejaba fuera a importantes colectivos sociales, habida cuenta del no desarrollo pleno sobre la base del principio de universalidad de ambos sistemas. La necesidad de que la protección de la salud se extienda a colectivos ajenos a los trabajadores explicaría que en los debates constituyentes fuera constante e indiscutido el reconocimiento de un derecho a la salud a todos los ciudadanos desvinculado del régimen público de Seguridad Social. De ahí la separación constitucional tanto en la distribución de competencias como en el capítulo referente a los principios rectores de política social y económica entre la regulación del derecho a la salud (arts. 43 y 149.1.16 CE) y el sistema de Seguridad Social (arts. 41 y 149.1.17 CE). Esta separación competencial de la prestación sanitaria respecto al esquema de la Seguridad Social ha sido ratificada por la jurisprudencia del Tribunal Constitucional (por todas, STC 98/2004).

Con el objetivo de ampliación de la asistencia sanitaria a todos los ciudadanos se aprobó la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (en adelante, LGS). En esta Ley quedaron plasmadas las coordenadas básicas de lo que es un sistema sanitario asentado sobre el modelo de provisión pública directa de servicios sanitarios (art. 66.1 LGS) y por la idea del servicio de salud universalizado, es decir, dirigido a toda

la población (art. 1.2, 3.2 y 46 LGS)<sup>4</sup>. En el tránsito hacia su financiación fundamentalmente por vía impositiva, tampoco se descartan las cotizaciones ni las aportaciones del usuario (art. 46 y 79 LGS).

Actualmente la financiación de la asistencia sanitaria pública se encuentra ya completamente desvinculada de la Seguridad Social, al haberse eliminado totalmente la aportación procedente de las cotizaciones sociales. Se asume, por tanto, una financiación de la sanidad vía impuestos, teniendo carácter excepcional el copago del usuario ya que se limita actualmente a la prestación farmacéutica extrahospitalaria<sup>5</sup>. La cuestión es si esta financiación debería hacerse vía Presupuestos Generales del Estado (en adelante, PGE) y, por tanto, a través de impuestos estatales, o vía presupuestos de las Comunidades Autónomas y, por tanto, a través de impuestos autonómicos. A continuación, abordaremos cuál es la financiación de la sanidad vía PGE y vía presupuestos autonómicos, así como su transparencia.

### 3. LA FINANCIACIÓN DE LA SANIDAD A TRAVÉS DE LOS PRESUPUESTOS GENERALES DEL ESTADO (PGE)

#### 3.1. *La garantía de un nivel mínimo en todo el Estado a través de los PGE según el art. 158.1 CE*

Señala el art. 158.1 CE que «(e)n los Presupuestos Generales del Estado podrá establecerse una asignación a las Comunidades Autónomas en función del volumen de los servicios y actividades estatales que hayan asumido y de la garantía de un nivel

<sup>4</sup> El reconocimiento de la universalidad subjetiva de la Ley al extender la asistencia sanitaria pública a toda la población española y a los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en territorio nacional (arts. 1.2 y 3.2) se prevé que se hará de forma progresiva en la DT quinta.

<sup>5</sup> De acuerdo con los arts. 8 bis, 8 ter, 8 quáter y 8 quinqués de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (en adelante, LCC), modificados por el Real Decreto-ley 16/2012, no cabría copago en la cartera común básica, pero sí cabría establecer copago en los servicios accesorios y la cartera suplementaria, siendo la cuantía aprobada por orden ministerial estatal. También las CCAA podrían establecer tasas para el copago de la cartera de servicios complementarios. Así también lo ha corroborado la jurisprudencia constitucional (vid. STC 71/2014, de 6 de mayo, FJ 7). Al margen de la prestación farmacéutica extrahospitalaria (art. 102 Real Decreto-Legislativo 1/2015, de 14 de julio, que aprueba el Texto Refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios), actualmente el Estado no ha previsto el copago de ningún servicio accesorio ni de la cartera suplementaria, aunque alguna Comunidad Autónoma y algún ayuntamiento han aprobado el copago para el transporte sanitario no urgente (Vid. Orden de 3 de febrero de 2015 de la Consejería de Economía y Hacienda de la Región de Murcia). Recientemente pueden verse estudios sobre la posibilidad de extender el copago a otros servicios sanitarios en España. Vid. Lucas Durán, M. (2020). «Cuestiones jurídicas que plantea el copago sanitario», en Agulló Agüero, A. (directora), Marco Peñas, E. (editora), *Financiación de la sanidad. Tributación, gestión, control del gasto y reparto constitucional del poder financiero*, Valencia: Tirant lo blanch, pp. 115-170; Navarro García, A. (2020). «Experiencias europeas en materia de copago sanitario», en Agulló Agüero, A. (directora), Marco Peñas, E. (editora), *Financiación de la sanidad. Tributación, gestión, control del gasto y reparto constitucional del poder financiero*, ob. cit., pp. 171-194.

mínimo en la prestación de los servicios públicos fundamentales en todo el territorio español».

Por tanto, y según dispone el art. 158.1 CE, son los Presupuestos Generales del Estado, es decir, a través de impuestos estatales, los que tienen que garantizar «un nivel mínimo en la prestación de los servicios públicos fundamentales» que, de acuerdo con el legislador<sup>6</sup>, son los servicios sanitarios, educativos y los servicios sociales. Si, como señala el artículo, las Comunidades Autónomas han asumido la gestión del servicio, como es el caso de la política sanitaria, se deberá distribuir el dinero entre ellas, en cuyo caso lo problemático será fijar los criterios de distribución del gasto estatal, a lo que nos referiremos más adelante.

Esta interpretación, literal, del art. 158.1 CE es coherente con la distribución de competencias establecida en el ámbito sanitario al asignar al Estado las competencias sobre las «Bases y coordinación general de la sanidad» (art. 149.1.16 CE). Así, la Constitución española de 1978 reservó al poder legislativo estatal la competencia para fijar los servicios fundamentales mínimos en sanidad y, en coherencia con ello, garantizarlos en los Presupuestos Generales del Estado.

De acuerdo con el sistema de distribución de competencias en materia sanitaria, el Estado ha hecho uso ampliamente de su competencia en legislación básica. Aunque el principio general del que parte la LGS es la atribución de las competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas siempre que no se hayan reservado expresamente al Estado<sup>7</sup>, éste se reserva numerosas y amplias competencias normativas que, sin llegar a excluir la posibilidad de regulaciones autonómicas en materia sanitaria, restringen fuertemente su ámbito potencial. De ahí que durante los años transcurridos desde la promulgación de la LGS hayan sido numerosas las disposiciones estatales legales y reglamentarias que han complementado o desarrollado las previsiones contenidas en la misma, siendo muchas de ellas íntegramente ordenadoras de los supuestos de hecho que contemplan y de aplicación directa. En este sentido, es el Estado el que ha fijado los sujetos que tienen acceso al Sistema Nacional de Salud (Real Decreto-Ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud), la fijación de la cartera de servicios con financiación pública (Real Decreto 63/1995, de 20 de enero) o el régimen estatutario del personal sanitario (Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias; Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud).

En contra, sin embargo, de lo previsto en el art. 158.1 CE, desde la aprobación de la Ley Orgánica 7/2001, de 27 de diciembre, de modificación de la Ley Orgánica 8/1980, de 22 de septiembre, de Financiación de las Comunidades Autónomas, la

<sup>6</sup> Según el art. 15 LOFCA: «Uno. El Estado garantizará en todo el territorio español el nivel mínimo de los servicios públicos fundamentales de su competencia. A efectos de este artículo se considerarán servicios públicos fundamentales la educación, la sanidad y los servicios sociales esenciales.»

<sup>7</sup> Según el art. 41.2 LGS, «Las decisiones y actuaciones públicas previstas en esta Ley que no se hayan reservado expresamente al Estado, se entenderán atribuidas a las Comunidades Autónomas».

financiación de los servicios sanitarios, que incluiría la financiación de las infraestructuras, los equipamientos médicos, los conciertos y el personal sanitario, se financia fundamentalmente a través de impuestos cedidos a las Comunidades Autónomas, es decir, a través de los presupuestos autonómicos. Así se establece en el art. 2 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (en adelante, LCC), al señalar como principio que informa la ley «(l)a financiación pública del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con el vigente sistema de financiación autonómica». Y más concretamente en el art. 10 LCC:

1. Las prestaciones que establece esta ley son responsabilidad financiera de las Comunidades Autónomas de conformidad con los acuerdos de transferencias y el actual sistema de financiación autonómica,

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 apartado 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.

Al asignarse la financiación de los servicios sanitarios mínimos a los presupuestos autonómicos, analizaremos cómo se ha realizado esa financiación en el apartado correspondiente más adelante.

### 3.2. *La corrección de desigualdades interterritoriales a través del principio de solidaridad según el art. 158.2 CE*

Existen en España unos desequilibrios económicos interterritoriales no ya sólo explicitados en su diferente capacidad de recaudación fiscal, sino también de las diferentes necesidades de gasto determinadas por factores sociales (dispersión de la población), demográficos (envejecimiento de la población), geográficos (una topografía más o menos montañosa) o climáticos.

Para hacer frente a estos desequilibrios se hace necesario el principio de solidaridad. De manera genérica y novedosa<sup>8</sup>, se reconoce en la Constitución española como principio que debe inspirar el funcionamiento de nuestro Estado Autonómico en los artículos 2 y 138. También se reconoce como principio que debe inspirar un aspecto

<sup>8</sup> González Hernández, E. (2004). «El artículo 138 de la Constitución española de 1978 y el principio de solidaridad», *Cuadernos de Derecho Público*, 21, p. 48.

concreto del Estado Autonómico como es la financiación de las Comunidades Autónomas en el artículo 156 CE, refiriéndose a la solidaridad como límite a la autonomía financiera, y en el art. 158.2 CE, estableciendo un deber positivo de actuación de las Cortes Generales contra los desequilibrios económicos<sup>9</sup>. En este artículo la CE prevé genéricamente, como elemento de cierre del sistema de financiación autonómica, un fondo estatal destinado a gastos de inversión: el Fondo de Compensación Interterritorial (FCI) (art. 158.2 CE). Señala el art. 158.2 CE:

Con el fin de corregir los desequilibrios económicos interterritoriales y hacer efectivo el principio de solidaridad, se constituirá un Fondo de Compensación con destino a gastos de inversión, cuyos recursos serán distribuidos por las Cortes Generales entre las Comunidades Autónomas y provincias, en su caso.

Según este artículo, se trata de un fondo que aprueban y distribuyen las Cortes Generales, por tanto, a través de los Presupuestos Generales del Estado, que tiene como fin corregir los desequilibrios económicos interterritoriales. Debería ser una cláusula de cierre del sistema de financiación clara, sencilla y excepcional, dirigida a las Comunidades Autónomas infradotadas.

Sin embargo, lejos de los principios de excepcionalidad, sencillez y claridad que debería regir el funcionamiento de un único fondo de redistribución, actualmente las asignaciones niveladoras se realizan de manera confusa, mezclando fondos estatales y autonómicos, a través del Fondo de Garantía de Servicios Públicos Fundamentales, dos fondos de convergencia (Fondo de Competitividad y Fondo de Cooperación) y el Fondo de suficiencia global creados por la Ley 22/2009, de 18 de diciembre. A continuación, veremos qué resultados ha tenido la aplicación de este principio en la práctica, así como sus principales dificultades.

### 3.2.1. El resultado de la aplicación de los instrumentos de redistribución en la práctica

En la práctica el peso de estos recursos redistributivos ha ido perdiendo peso, aunque su importancia relativa varía lógicamente en función de las Comunidades Autónomas. Ello se debe a la evolución del sistema de financiación autonómica ha supuesto un incremento sustantivo de los ingresos incondicionados de las Comunidades Autónomas y de su poder impositivo a través de la figura de los impuestos cedidos.

---

<sup>9</sup> Lagos Rodríguez, M. G. (2022). «El principio de solidaridad en España», en García Guerrero, J. L. /Martínez Alarcón, M. L. (dirs.), *La solidaridad. Estudio constitucional comparado*, Valencia, pp. 94, 116.



Según la liquidación del 2019<sup>10</sup>, en promedio los ingresos tributarios regionales representan el 91,7% de la financiación efectiva a competencias homogéneas, aunque varía muy significativamente de unas regiones a otras, oscilando entre 134 en Madrid y 52 en Canarias<sup>11</sup>.

También según la liquidación del 2019, las transferencias a través de los instrumentos de redistribución han alcanzado un importe de casi 19.000 millones de euros. Estos recursos provienen en parte del Estado (que aporta unos 10.300 millones de euros en términos netos) y en parte de las Comunidades con mayor renta per cápita (Madrid, Cataluña y Baleares) que aportan otros 8.500 millones. Las aportaciones a la nivelación suponen en torno a un 10% de los ingresos tributarios autonómicos en Cataluña y Baleares y casi un 25% en Madrid. En el lado de las Comunidades receptoras, los ingresos por esta vía exceden el 20% de los ingresos tributarios homogéneos en diez casos y son particularmente importantes en Canarias, donde suponen más de la mitad de los ingresos totales<sup>12</sup>.

### 3.2.2. ¿Cuáles son los principales problemas de la aplicación del principio de solidaridad?

#### a. La no participación en la solidaridad de País Vasco y Navarra

Como denuncia el *Informe de la Comisión de Expertos para la revisión del modelo de financiación autonómica* de 2017<sup>13</sup>, las Comunidades forales no participan en la solidaridad interterritorial debido a la forma de cálculo del cupo.

Al margen del modelo común y en virtud de la DA 1ª CE, existe el modelo de concierto económico, que se aplica a las comunidades forales del País Vasco y Navarra. Este modelo de convenio y concierto es único en el mundo y su coexistencia con el régimen común no está exenta de problemas en nuestro ordenamiento. Exceptuando las dos comunidades forales españolas, en ningún lugar del mundo existe un sistema de financiación federal en el que la titularidad, recaudación, gestión e inspección de la práctica totalidad de los impuestos sea competencia de las entidades territoriales. Lo propio de los Estados Federales es que el poder impositivo esté de una manera u otra repartido entre la Federación y las unidades subestatales para el ejercicio de sus respectivas competencias. Por otra parte, la forma de cálculo del cupo, realizada de

<sup>10</sup> La liquidación de 2019 se realiza y se paga en 2021, que es cuando se dispone de toda la información necesaria para hacer algunos de los cálculos que exige el sistema.

<sup>11</sup> De la Fuente, A. (2021). «La liquidación de 2019 del sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común», *Estudios sobre la Economía Española. Fedea*, 2021/26, p. 12.

<sup>12</sup> De la Fuente, A. (2021), *ob. cit.*, p. 14.

<sup>13</sup> *Informe de la Comisión de Expertos para la revisión del modelo de financiación autonómica*, julio de 2017, por ejemplo, p. 66. Disponible en línea: [http://www.minhfp.gob.es/es-ES/CDI/Paginas/SistemasFinanciacionDeuda/InformacionCCAAs/Reforma\\_SFA.aspx](http://www.minhfp.gob.es/es-ES/CDI/Paginas/SistemasFinanciacionDeuda/InformacionCCAAs/Reforma_SFA.aspx) (consultado el 1 de junio de 2023).

forma paccionada entre el Estado y cada una de las Comunidades forales y aprobada por procedimiento de lectura única en el Congreso de forma opaca<sup>14</sup>, ha conllevado una progresiva sobrefinanciación de estas autonomías. Para competencias iguales, se estima que la financiación por habitante proporcionada por el sistema foral es mucho mayor que la que resulta del sistema común. Respecto a las dos Comunidades forales, Castells *et al.* sitúan esta diferencia en el 77% a favor del País Vasco y en el 73% a favor de Navarra; las cifras correspondientes que da Zubiri son 64% y 65%; y De La Fuente estima la ventaja del País Vasco en un 59%<sup>15</sup>.

El agravio comparativo que genera el sistema de concierto ha generado pretensiones de igualación financiera por parte de las demás Comunidades Autónomas, como se revela en el debate generado a raíz del Estatuto de Autonomía de Cataluña sobre las balanzas fiscales territoriales. Precisamente el desequilibrio entre ambos sistemas es potencialmente la amenaza más seria a la estabilidad del proceso español de descentralización política.

Tal y como señala Zubiri Oria<sup>16</sup>, no parece que la solución pase por un hipotético sistema «foral generalizado», por su inviabilidad política y financiera. Más bien, como apunta Sevilla Segura<sup>17</sup>, la solución debería pasar por hacer confluir a medio plazo los resultados financieros del sistema foral con los del sistema común.

En definitiva, y a efectos de lo que aquí nos interesa, por aplicación de este régimen especial al País Vasco y Navarra, estas autonomías forales disfrutan hoy de más del doble de financiación pública por habitante que la media de las Comunidades Autónomas de régimen común. Su inversión sanitaria per cápita es muy alta<sup>18</sup>, pero no es tanto resultado de una opción política, sino de un privilegio sustentado en la opacidad.

<sup>14</sup> Recientemente se actualizó el cupo vasco por Ley 10/2023, de 3 de abril, para el quinquenio 2022-2026. Por Ley 22/2022, de 19 de octubre, se introducen modificaciones en el Convenio económico entre el Estado y la Comunidad Foral de Navarra.

<sup>15</sup> Castells/Sorribas/Vilalta (2005). «Las subvenciones de nivelación en la financiación de las CCAA: propuesta de incorporación de las CCAA forales», en Bosch/Durán (eds), *La financiación de las comunidades autónomas: políticas tributarias y solidaridad interterritorial*, Barcelona: Publicaciones y Ediciones de la Universidad de Barcelona, pp. 221-237; Zubiri Oria, I. (2007). «Los sistemas forales: características, resultados y su posible generalización», en LAGO (ed.), *La financiación del Estado de las Autonomías: perspectivas de futuro*, Madrid: Instituto de Estudios Fiscales, pp. 355-387; De la Fuente, A. (2010). «¿Está bien calculado el cupo?», *Moneda y Crédito*, 231, pp. 93-150. Todos ellos citados en Zabalza, A. (2012). «El pacto fiscal catalán», *Cuadernos de la Fundación Giménez Abad*, núm. 3, p. 2. En línea: [http://www.fundacionmgimenezabad.es/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=302&Itemid=100916](http://www.fundacionmgimenezabad.es/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=302&Itemid=100916)

<sup>16</sup> Zubiri Oria, I. (2007), *ob. cit.*, pp. 355-387.

<sup>17</sup> Sevilla Segura, J. V. (2001). *Las claves de la financiación autonómica*, Barcelona: Crítica.

<sup>18</sup> El País Vasco tiene la mayor inversión per cápita en sanidad en 2022, mientras que Navarra es la cuarta más alta en inversión sanitaria per cápita, superada solo por Asturias y Extremadura. Los datos pueden verse en <https://datosmacro.expansion.com/estado/presupuestos/espana-comunidades-autonomas?sc=PR-G-F-31> (consulta el 15 de junio de 2023).

## b. Las dificultades de llegar a un acuerdo con los criterios de reparto

Uno de los elementos de mayor discusión en todo proceso de negociación en la financiación autonómica es el de los criterios de reparto de los fondos de solidaridad. La Constitución no prejuzga el contenido concreto de esos criterios y es la LOFCA la que los enumera en su art. 16.4<sup>19</sup>. No obstante, el legislador ordinario dispone de un amplio margen de apreciación, avalado por la jurisprudencia del TC (STC 183/1988, de 13 de octubre). De ahí que en el proceso de negociación de los fondos cada Comunidad Autónoma pretenda hacer priorizar el criterio de reparto más conveniente a sus propios intereses.

La discusión se centra en torno a lo que se llama la *población ajustada* que corrige la población real de cada territorio en función de otros criterios que afectan a los costes unitarios relativos de provisión de los servicios públicos de titularidad autonómica en base a variables demográficas y geográficas, incluyendo entre otras cosas el grado de envejecimiento de la población y su dispersión, así como la extensión del territorio.

Durante los últimos años las Comunidades Autónomas han se han agrupado, independientemente de su adscripción política, para tratar de imponer los criterios para fijar las necesidades de gasto más acordes a sus intereses<sup>20</sup>. Se trata de un debate en el que prevalecen sobre todo los intereses políticos, por encima de los técnicos, y que tiene una difícil solución. Acaso la solución pasaría por la creación de un organismo independiente<sup>21</sup>.

<sup>19</sup> Art. 16.4 LOFCA: «El importe resultante de aplicar el apartado a) del apartado precedente se distribuirá entre Comunidades autónomas receptoras conforme a los siguientes criterios: a) la inversa de la renta por habitante; b) la tasa de población emigrada en los últimos diez años; c) el porcentaje de desempleo sobre la población activa; d) la superficie territorial; e) el hecho insular, en relación con la lejanía del territorio peninsular; f) otros criterios que se estimen convenientes. La ponderación de los criterios anteriores y de los índices de distribución se establecerá por Ley y será revisable cada cinco años.»

<sup>20</sup> Un análisis sobre este fenómeno de la cooperación entre Comunidades Autónomas en función de sus intereses para tratar de influir en la fijación de las necesidades de gasto y en el que se subraya la prevalencia de criterios políticos sobre técnicos en la fijación de estas necesidades en Romero Caro, F. J. (2023). «Horizontal cooperation and financial relations in Spain: An analysis on how the Autonomous Communities set the agenda for the reform of territorial financing», *Revista de Estudios Políticos*, 199, 133-164.

<sup>21</sup> En esta línea se expresa López Laborda, J. (2014). «Posibles reformas en la regulación constitucional de la financiación autonómica», *Fedea Policy Papers*, 2014/2, p. 13. En línea: <http://documentos.fedea.net/pubs/fpp/2014/09/FPP2014-02.pdf> (consultado el 14 de junio de 2023). En esta misma línea de crear una comisión independiente *Informe de la Comisión de Expertos para la revisión del modelo de financiación autonómica*, julio de 2017, por ejemplo, p. 67. Disponible en línea: [http://www.minhfp.gob.es/es-ES/CDI/Paginas/SistemasFinanciacionDeuda/InformacionCCAA/Reforma\\_SFA.aspx](http://www.minhfp.gob.es/es-ES/CDI/Paginas/SistemasFinanciacionDeuda/InformacionCCAA/Reforma_SFA.aspx) (consultado el 1 de junio de 2023).

## c. Los límites a la solidaridad y el principio de ordinalidad

Sobre todo, a partir del art. 206 de la Ley Orgánica 6/2006, de 19 de julio, de reforma del Estatuto de Autonomía de Cataluña, se discute el alcance que ha de tener la solidaridad y, en concreto, que la aplicación de los mecanismos de compensación pueda o no tener como resultado una alteración de la posición de partida de manera que las Comunidades Autónomas más pobres se conviertan en ricas y a la inversa. El conocido principio de ordinalidad.

Según la STC 31/2010, este principio está implícito en el propio artículo 138.1 CE. Señala el alto tribunal que el principio de solidaridad interterritorial excluye que «el resultado de la peor condición relativa de quien contribuye respecto de quien se beneficia de una contribución que dejaría entonces de ser solidaria y servir al fin del equilibrio para propiciar, en cambio, un desequilibrio de orden distinto al que se pretende corregir» (FJ 134). Pero, señala el TC, la fijación de los límites a la solidaridad no es competencia de una Comunidad Autónoma, sino que es competencia del Estado *ex* artículos 149.1.14, 138.1 y 157.3 CE.

El problema que se plantea en la práctica es la forma de cuantificar ese desequilibrio. El instrumento de las balanzas fiscales permite evaluar la diferencia entre lo que cada Autonomía aporta a los ingresos fiscales del Estado y los recursos financieros que recibe. Conviene recordar, no obstante, que no hay un acuerdo sobre la metodología a la hora de calcular esas balanzas fiscales<sup>22</sup>.

No obstante, si se entiende ese principio —como parece que debe ser— como el mantenimiento de la ordenación de las Comunidades Autónomas de acuerdo con su capacidad tributaria por unidad de necesidad, según los cálculos técnicos, en la práctica no se cumpliría<sup>23</sup>. Y según DE LA FUENTE, la alteración de la ordenación se produce no con el Fondo de Garantía sino cuando entran en juego los otros Fondos de distribución<sup>24</sup>.

<sup>22</sup> García Novoa, C., (2012). *Financiación autonómica y reforma del Senado*, Marcial Pons, pp. 106-107.

<sup>23</sup> Ruíz-Huerta, J. (2017). «Financiación autonómica: un año más de transición», *Informe Comunidades Autónomas 2016*, Barcelona: Instituto de Derecho Público, pp. 407-408. También puede verse este incumplimiento en *Informe de la Comisión de Expertos para la revisión del modelo de financiación autonómica*, julio de 2017, p. 14. Disponible en línea: [http://www.minhfp.gob.es/es-ES/CDI/Paginas/SistemasFinanciacionDeuda/InformacionCCAAs/Reforma\\_SFA.aspx](http://www.minhfp.gob.es/es-ES/CDI/Paginas/SistemasFinanciacionDeuda/InformacionCCAAs/Reforma_SFA.aspx) (consultado el 1 de junio de 2023).

<sup>24</sup> «El Fondo de Garantía reduce enormemente las disparidades de recursos entre regiones respetando aproximadamente la ordenación inicial de las comunidades autónomas por capacidad fiscal bruta. La introducción de los otros fondos aumenta apreciablemente la dispersión de la financiación por habitante ajustado y, sobre todo, altera por completo la ordenación de las comunidades autónomas hasta hacer que el reparto final de la tarta se parezca muy poco a la distribución inicial de los ingresos tributarios brutos». De la Fuente, A. (2021), *ob. cit.*, p. 13. En el mismo sentido, Bosch, N., Vilalta, M. y Lago, I. (2022). «Escenarios para la reforma del sistema de financiación de las comunidades autónomas en España: entre los principios técnicos y las preferencias políticas», *Revista de Estudios Políticos*, 197, 233-259, p. 239.

## d. La falta de transparencia en el sistema de reparto

El principio de solidaridad debe inspirar el funcionamiento del Estado Autónomo y, muy concretamente, su sistema de financiación. Y tal como se prevé en el art. 158.2, debería funcionar como cláusula de cierre del sistema para compensar los desequilibrios económicos territoriales. Una cláusula de cierre clara, sencilla y excepcional, dirigida a las Comunidades Autónomas infradotadas.

Sin embargo, el principio de solidaridad se incardina en un sistema de financiación opaco y que tiene como resultado la opacidad también en la redistribución. Actualmente la solidaridad se realiza de manera confusa a través del Fondo de Garantía de Servicios Públicos Fundamentales (FGSPF), dos fondos de convergencia (Fondo de Competitividad y Fondo de Cooperación) y el Fondo de suficiencia global creados por la Ley 22/2009. La falta de transparencia es evidente y se da tanto en el origen de los fondos, en el reparto de los mismos entre las Comunidades Autónomas, así como en la asignación concreta de las transferencias.

La falta de transparencia empieza por el origen de los fondos, al mezclarse fondos estatales con ingresos autonómicos. Mientras los dos fondos de convergencia y el Fondo de suficiencia global son fondos estatales, el FGSPF, que es el más importante, se trata de una cesta común que se nutre con un 75% de los ingresos tributarios teóricos o normativos de las Comunidades Autónomas y con una aportación adicional del Estado<sup>25</sup>. La mezcla de recursos conlleva la imposibilidad de discernir responsabilidades.

La falta de transparencia se extiende al momento del reparto de los fondos entre las Comunidades Autónomas. Los fondos se distribuyen cada año con criterios de necesidad, generando transferencias niveladoras entre regiones en proporción a la *población ajustada* de cada región. A la dificultad de fijar el criterio de la *población ajustada* se suma la falta de transparencia a la hora de repartir algunos fondos. Resulta imposible conocer el criterio que prima por la acumulación de fondos.

La falta de transparencia también se produce en el momento de asignar el destino a los fondos. En los presupuestos autonómicos no se disgregan los gastos sanitarios en función de su origen. No se puede saber si es un impuesto autonómico el que va dirigido a mejorar plantillas o retribuciones del personal sanitario. Tampoco si los fondos de redistribución han ido a parar al destino que le corresponde ya que se trata de transferencias incondicionadas (salvo el FCI, que es una transferencia condicionada). En el caso del FGSPF, que se trata de una transferencia incondicionada, «(n)o existe ningún mecanismo que asegure que el gobierno autonómico utilizará esta asignación en educación, sanidad o asistencia social»<sup>26</sup>.

<sup>25</sup> Díaz de Sarralde, S. (2011). «La garantía de servicios públicos fundamentales en el nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas», *Presupuesto y Gasto Público*, 62/2011, pp. 85-99.

<sup>26</sup> Zabalza, A. (2018), «El mecanismo de nivelación de la financiación autonómica», *Hacienda Pública Española/Review of Public Economics*, 225-2, p. 82.

Ocurre lo mismo en el caso del Fondo de suficiencia, donde se integra la financiación de las competencias singulares, incluyendo la política lingüística. Pues bien, en el acuerdo de financiación de 2009 se produce un injustificado aumento en la valoración de las políticas lingüísticas, concretamente se ha multiplicado por 3,5, lo que implica una transferencia de 237 millones adicionales en 2009 a las Comunidades con una segunda lengua co-oficial<sup>27</sup>. Como nada obliga a las Comunidades beneficiarias a justificar presupuestariamente que estos recursos han ido dirigidos a la promoción de sus respectivas lenguas co-oficiales es imposible conocer si había un error de cálculo antes o si el cálculo actual es excesivo.

El resultado de toda la confusión es un resultado igualmente confuso. La aplicación de todos los fondos «altera por completo la ordenación de las comunidades autónomas hasta hacer que el reparto final de la tarta se parezca muy poco a la distribución inicial de los ingresos tributarios brutos»<sup>28</sup>.

### 3.3. *El poder de gasto del Estado y su aplicación en el ámbito sanitario*

Al margen del sistema de financiación autonómico se encuentra el poder de gasto del Estado, es decir, la capacidad que tiene el centro de, en el marco de las relaciones intergubernamentales y —por tanto— de la voluntariedad, ofrecer dinero a las Comunidades Autónomas en ámbitos de sus competencias para fines que considera de interés general. El ejercicio de este poder de gasto se intensifica en situaciones de crisis como la vivida durante la pandemia del Covid-19.

Es habitual en los Estados Federales el reconocimiento de un poder de gasto desde el centro en el marco de las relaciones intergubernamentales. Además, en una mayor o menor medida, en todas las Federaciones se permite que ese poder de gasto más allá de sus competencias sea condicionado, es decir, se permite que la Federación tenga capacidad de influencia en el destino de dicho gasto y con ello se permite que la Federación tenga capacidad de influencia sobre las políticas territoriales, que es el verdadero fin del dinero y con ello de la relación de cooperación<sup>29</sup>. A este respecto, como señalaría en un voto particular el juez Stone en 1936, es una contradicción reconocer el poder de gasto del centro e impedir el establecer condiciones de ese gasto. El poder de gasto es inseparable a la imposición de condiciones a los que reciben ese gasto<sup>30</sup>, siendo la voluntariedad el elemento que permite compatibilizar ese poder de gasto con la autonomía política de los territorios.

---

<sup>27</sup> De la Fuente, A. (2021), *ob. cit.*, p. 10.

<sup>28</sup> *Ibid.*, p. 13.

<sup>29</sup> *Vid.* Anderson, G. (2010). *Fiscal Federalism: A comparative introduction*, Oxford University Press, p. 60.

<sup>30</sup> «El poder de gasto del Congreso es inseparable de la persuasión a la acción sobre la que el Congreso carece de control legislativo... Es una contradicción en los términos afirmar que hay un poder de gasto para el bienestar nacional, mientras que se rechaza todo poder de imponer condiciones razo-

También en España, según ha dejado sentado la jurisprudencia del Tribunal Constitucional, la voluntariedad ha de ser una de las notas esenciales que han de regir las relaciones intergubernamentales, ya que el Estado y las Comunidades Autónomas son dos instancias con autonomía política que no están sometidas a relación jerárquica<sup>31</sup>. Sin embargo, en contra de la práctica federal en el derecho comparado y de la práctica que se ha impuesto en nuestro Estado Autonómico, en un principio negó la posibilidad de un poder de gasto condicionado del Estado en materias de competencia autonómica. El Tribunal Constitucional admite que el Estado pueda gastar en materias que no son de su competencia.

el Estado siempre podrá, en uso de su soberanía financiera (de gasto, en este caso), asignar fondos públicos a unas finalidades u otras, pues existen otros preceptos constitucionales (y singularmente los del Capítulo III del Título I) que legitiman la capacidad del Estado para disponer de su Presupuesto en la acción social o económica (STC 13/1992, FJ 7).

Pero niega que en estos casos pueda establecer condiciones:

«la sola decisión de contribuir a la financiación no autoriza al Estado para invadir competencias ajenas» (STC 13/1992, FJ 4), es decir, «el Estado usando su poder de gasto en materia de subvenciones» no puede «condicionar o mediatizar el ejercicio por las Comunidades Autónomas de sus propias competencias (su autonomía política y financiera) de modo tal que convierta, de hecho, su poder de gastar en un poder para regular la materia al margen del reparto competencial establecido en la Constitución y en los Estatutos de Autonomía» (STC 13/1992, FJ 7).

El Tribunal Constitucional niega esta capacidad de gasto condicionado del Estado en competencias autonómicas con dos argumentos. Por una parte, señalando que las Comunidades Autónomas no tienen autonomía financiera y por tanto no son libres en la aceptación de ese poder de gasto. Por otra parte, con el argumento de que las competencias son indisponibles. Concretamente señala:

Se podría pensar que mal puede el Estado lesionar la autonomía política y financiera de las Comunidades Autónomas cuando éstas en modo alguno están obligadas a aceptar la subvención establecida en los Presupuestos Generales del Estado para acciones de fomento en materias o servicios de competencia exclusiva de aquéllas. De manera que la Comunidad Autónoma siempre podría evitar la lesión a su autonomía política o la invasión competencial rechazando la subvención en la forma prevista en los Presupuestos Generales del Estado y si en uso de su autonomía de la voluntad la acepta, prestando su consentimiento a las condiciones y modo de la subvención, ello

---

nablemente adecuadas al logro del objetivo que justifica el gasto». Voto particular en *United States v. Butler*, 297 US 1 (1936).

<sup>31</sup> STC 18/1982, de 4 de mayo, primer pronunciamiento expreso sobre la cuestión que se ha ido reiterando a lo largo de su jurisprudencia: SSTC 80/1985, de 4 de julio; 46/1990, de 15 de marzo; 118/1998, de 4 de junio; 194/2004, de 10 de noviembre; 13/2007, de 18 de enero, entre otras.



priva de fundamento a toda queja competencial en este sentido, pues sería como ir contra sus propios actos. Pero un razonamiento semejante sería constitucionalmente inaceptable porque la autonomía y las propias competencias son indisponibles tanto para el Estado como para las Comunidades Autónomas y porque, como se dijo en la STC 201/1988, fundamento jurídico 4, la autonomía financiera de las Comunidades Autónomas reconocida en los artículos 156.1 de la Constitución y 1.1 de la LOFCA exige la plena disposición de medios financieros para poder ejercer, sin condicionamientos indebidos y en toda su extensión, las competencias propias, en especial las que se configuran como exclusivas (la STC 13/1992, de 6 de febrero, FJ 7).

Partiendo de los argumentos utilizados por la STC 13/1992, se aprueban las reformas de varios Estatutos de Autonomía. En este sentido, el art. 114 del Estatuto de Autonomía de Cataluña (Ley Orgánica 6/2006, de 19 de julio, de reforma del Estatuto de Autonomía de Cataluña), el art. 45 del Estatuto de Autonomía de Andalucía (Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía) y el art. 79 del Estatuto de Autonomía de Aragón (Ley Orgánica 5/2007, de 20 de abril, de reforma del Estatuto de Autonomía de Aragón).

El argumento de que las competencias son indisponibles resulta poco convincente. Por una parte, el propio ejercicio de la competencia por la Comunidad Autónoma en una determinada dirección —la marcada o no por el Estado—, ¿no es en sí mismo «disposición de la propia competencia»? Si por indisponibilidad se entiende que cada Administración debe ejercer las competencias asignadas constitucionalmente, la Comunidad Autónoma, aunque siga las pautas marcadas estatalmente, no hace dejación de su competencia, sino que se limita a ejercerla siguiendo una determinada dirección.

Respecto al argumento de la falta de autonomía financiera, la exigencia de que el poder de gasto del Estado fuera incondicionado por parte de la jurisprudencia constitucional en España se entendía en un marco en el que las Comunidades Autónomas no disponían de suficientes recursos para el ejercicio de sus competencias y el poder de gasto sirvió, durante los primeros años, para cubrir esa deficiencia.

No es éste, sin embargo, el escenario que tienen hoy en día las Comunidades Autónomas desde que, con la Ley Orgánica 7/2001, de 27 de diciembre, de modificación de la Ley Orgánica 8/1980, de 22 de septiembre, de Financiación de las Comunidades Autónomas, y con las posteriores Leyes Orgánicas 3/2009, de 18 de diciembre, y 22/2009, de 18 de diciembre, se produce una profunda descentralización financiera, con el progresivo incremento del peso en la financiación autonómica de lo que se obtiene por los impuestos estatales cedidos (Impuesto sobre el Patrimonio, Sucesiones y Donaciones, Transmisiones Patrimoniales, Impuesto sobre Actos Jurídicos Documentados, Impuestos especiales sobre la fabricación o el consumo y Tributos sobre el juego) y por el aumento en el porcentaje de participación de impuestos estatales (IRPF, IVA, Impuestos especiales de Fabricación y otros), incluyendo la cesión del rendimiento territorializado y la competencia normativa sobre algunos de ellos.



Por tanto, desaparece el argumento utilizado por el Tribunal Constitucional en 1992 para rechazar que el consentimiento autonómico a una subvención estatal convierta el poder de gasto condicionado estatal en constitucional. Desde el momento en el que es el sistema de financiación autonómico el que garantiza la suficiencia financiera de las Comunidades Autónomas, el poder de gasto condicionado estatal ya no tiene ese objetivo sino, como en otros Estados Federales, es un instrumento de política económica del Estado para, en el marco de las relaciones intergubernamentales, orientar el ejercicio de competencias autonómicas para la consecución de un fin que se entiende de interés general<sup>32</sup>.

Desde mi punto de vista, la potestad de gasto condicionado del Estado en competencias autonómicas no ha de justificarse en ningún título competencial estatal por cuanto estamos en el ámbito de las relaciones intergubernamentales y de la voluntariedad. Tratar de encajar la potestad de gasto condicionado del Estado en un título competencial de éste, tal y como ha hecho la jurisprudencia del Tribunal Constitucional, desvirtúa la voluntariedad en la que ha de funcionar ya que, si el Estado puede competencialmente regular el ámbito material de la subvención, la Comunidad Autónoma no podrá negarse a la misma. Ya no estaríamos ante el ejercicio del poder de gasto del Estado, sino ante el ejercicio por parte del Estado de una competencia sustancial. Por tanto, si hablamos propiamente de ejercicio de poder de gasto estatal, las condiciones de la subvención las marcará el Estado (incluso su gestión centralizada) y las Comunidades Autónomas la aceptarán o no<sup>33</sup>.

Si bien el Tribunal Constitucional hace una interpretación expansiva de títulos transversales del Estado, como el art. 149.1.1 o el art. 149.1.13, o de la competencia estatal en legislación básica, que permite en la práctica la financiación condicionada por parte del centro, admitiendo incluso la gestión centralizada de algunas subvenciones, los casos de competencias asumidas por las Comunidades Autónomas donde el Estado no alega título competencial ninguno —genuino ejercicio de poder de gasto del Estado— se permite al Estado gastar, pero no controlar la finalidad del gasto. Se trata este de un déficit de nuestro Estado Autonómico sin parangón con otros Estados Federales.

Concretamente en el ámbito sanitario, el ejercicio del poder de gasto estatal se ha hecho a través de las subvenciones estatales dirigidas a la promoción, por ejemplo, de actividades para la salud bucodental infantil (Real Decreto 111/2008, de 1 de febrero). Igualmente se incluiría en su potestad de gasto las subvenciones a particulares y

<sup>32</sup> En este mismo sentido Sáenz Royo, E. (2013). «Relaciones intergubernamentales de carácter vertical en el Estado Autonómico: el ser, el deber ser y posibles retos de futuro», *Revista Española de Derecho Constitucional*, núm. 97, pp. 47-62.

<sup>33</sup> Otra cosa diferente es que el Estado tenga competencia para establecer, «desde una perspectiva general y abstracta», una regulación general del procedimiento de otorgamiento de subvenciones; competencia ejercida por la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones y amparada por el Tribunal Constitucional por su competencia definida en las reglas 13, 14 y 18 del art. 149.1 CE (STC 130/2013, de 4 de junio).

organizaciones, cuya gestión directa por el Estado ha sido justificada en algunos casos por el TC «dada la naturaleza y objetivos de las concretas acciones de que se trata (trasplantes de órganos; información, prevención, detección y tratamiento del SIDA; donación de sangre)» (STC 13/1992, de 6 de febrero, FJ 12 A) o dado que se dirigen al desarrollo de programas de ámbito nacional, como las subvenciones a familias y organizaciones no gubernamentales sin ánimo de lucro para el desarrollo del Plan Nacional sobre Drogas, que «no admiten la compartición de su gestión en cada Comunidad Autónoma, o en los que su gestión descentralizada supone graves riesgos de ineficacia para el logro de los objetivos propuestos», formando parte estos programas «de las competencias básicas del Estado» (STC 13/1992, de 6 de febrero, FJ 13 J).

A raíz de la crisis del Covid-19 el gobierno de España ha aprobado la mayor transferencia de recursos a las Comunidades Autónomas al margen del sistema de financiación, especialmente en el ámbito sanitario. Así, se incluye, por Real Decreto-ley 22/2020, el Fondo Covid-19 para hacer frente a la incidencia presupuestaria derivada de la crisis originada por el Covid-19. Dentro de este fondo dos tramos se dirigen específicamente al incremento del gasto sanitario originado por la crisis pandémica. El primero de ellos fue aprobado mediante la Orden HAC/667/2020, de 17 de julio, con una dotación de 6.000 millones de euros, repartidos entre las Comunidades Autónomas y ciudades con estatuto de autonomía según los siguientes criterios: ingresos UCI (30%); pacientes hospitalizados (25%); las PCR totales realizadas (10%) y población protegida (35%), según los datos del impacto del virus a 30 de abril de 2020. El segundo tramo sanitario fue aprobado mediante la Orden HAC/1098/2020, de 24 de noviembre, dotado con 3.000 millones de euros, que se repartió según los siguientes criterios: ingresos UCI (25%); pacientes hospitalizados (20%); las PCR totales realizadas (10%) y población protegida (45%), según los datos del impacto del virus a 31 de octubre de 2020<sup>34</sup>. Con el mismo objetivo, el Real Decreto 684/2021, de 3 de agosto, aprueba un Fondo extraordinario de 13.486 millones de euros repartidos entre las Comunidades Autónomas en dos fases (el 70% en septiembre de 2021 y el 30% en noviembre de 2021) según la población ajustada<sup>35</sup>.

Pues bien, tal y como he señalado, salvo el caso de la gestión centralizada de las subvenciones amparada por un título competencial sustantivo del Estado, en el resto de los casos la potestad de gasto del Estado, en aplicación de la jurisprudencia constitucional, se ha tenido que ejercer sin el control sobre el destino de los fondos. Es decir, el Estado gasta, pero no puede controlar si los territorios realmente invierten el dinero donde se supone que deben hacerlo. Así, por ejemplo, respecto a las transferencias a raíz del Covid-19, las Comunidades señalaron que los recursos se habían

<sup>34</sup> Ministerio de Hacienda y Función Pública. Fondo Covid (2020). En línea: [https://www.hacienda.gob.es/es-ES/CDI/Paginas/SistemasFinanciacionDeuda/InformacionCCAAs/Fondo\\_COVID.aspx](https://www.hacienda.gob.es/es-ES/CDI/Paginas/SistemasFinanciacionDeuda/InformacionCCAAs/Fondo_COVID.aspx) (consulta el 16 de junio de 2023).

<sup>35</sup> Ministerio de Hacienda y Función Pública. Fondo extraordinario (2021). En línea: <https://www.hacienda.gob.es/es-ES/CDI/Paginas/SistemasFinanciacionDeuda/AyudasCOVID/Fondo-extraordinario.aspx> (consulta el 16 de junio de 2023).

gastado en aumentar plantillas en sanidad, en equipos y pruebas contra el Covid, inversiones en centros sanitarios o ayudas sociales a personas que no han podido beneficiarse del ingreso mínimo. Pues bien, según datos del Ministerio de Hacienda<sup>36</sup>, las Comunidades Autónomas no invirtieron todo el dinero que les ha dado el Estado en los gastos derivados del Covid-19. Un total de 3000 millones de euros no se sabe a dónde han ido a parar.

Un entendimiento adecuado del poder de gasto estatal exige desvincular éste del sistema de distribución de competencias y enmarcarlo en el ámbito de las relaciones intergubernamentales y de la voluntariedad. En este ámbito es al Estado al que le corresponde señalar el destino del dinero y exigir a las Comunidades Autónomas que lo acepten una rendición de cuentas y, en caso de no invertir donde deben, un reembolso de las cantidades. Esta es la práctica habitual en otros Estados Federales y una exigencia mínima de transparencia en los sistemas democráticos.

#### 4. LA FINANCIACIÓN DE LA SANIDAD A TRAVÉS DE LOS PRESUPUESTOS AUTONÓMICOS

##### 4.1. *La financiación autonómica de los mínimos en la prestación sanitaria*

Actualmente en España y en contra de lo expresamente previsto en el art. 158.1 CE y del sistema de distribución de competencias<sup>37</sup>, la financiación ordinaria de los servicios sanitarios, que incluiría la financiación de las infraestructuras, los equipamientos médicos, los conciertos y el personal sanitario, corre a cargo de los ingresos propios de las Comunidades Autónomas. Así se reconoce en la LCC, que recoge en su art. 2, como principios básicos del sistema, «(e)l aseguramiento universal y público (de los servicios sanitarios) por parte del Estado» y, por otro lado, «(l)a financiación pública del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con el vigente sistema de financiación autonómica».

Es decir, el grueso duro de la financiación sanitaria, al margen de los fondos de redistribución y de la potestad estatal de gasto, se deja en manos de las Comunidades Autónomas. Así se establece por el legislador estatal. Según el art. 10 LCC,

1. Las prestaciones que establece esta ley son responsabilidad financiera de las comunidades autónomas de conformidad con los acuerdos de transferencias y el actual sistema de financiación autonómica.

<sup>36</sup> Ministerio de Hacienda y Función Pública: [https://www.hacienda.gob.es/es-ES/CDI/Paginas/SistemasFinanciacionDeuda/InformacionCCAAs/Fondo\\_COVID.aspx](https://www.hacienda.gob.es/es-ES/CDI/Paginas/SistemasFinanciacionDeuda/InformacionCCAAs/Fondo_COVID.aspx) (consulta el 31 de mayo de 2023)

<sup>37</sup> Mientras que el Estado tiene la competencia básica y de coordinación en materia sanitaria (149.1.16 CE), todas las Comunidades Autónomas han asumido estatutariamente competencias de desarrollo y gestión. Vid. Sáenz Royo, E. (2022). *La financiación de la sanidad y de la educación en el Estado autonómico. Reformas necesarias a la luz de la experiencia comparada*, Marcial Pons, pp. 44-52.

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 apartado 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.

Concretamente, la garantía en la uniformidad de la prestación sanitaria se financia a través fundamentalmente del FGSPF con recursos procedentes fundamentalmente de tributos cedidos a las Comunidades Autónomas. Así también lo señala el Tribunal Constitucional:

(...) En fin, la conexión entre la sanidad y su financiación se encuadra en la actualidad expresamente recogida en el art. 15.1 LOFCA, a cuyo tenor “(e)l Estado garantizará en todo el territorio español el nivel mínimo de los servicios públicos fundamentales de su competencia. A efectos de este artículo se considerarán servicios públicos fundamentales la educación, la sanidad y los servicios sociales esenciales”. Esta garantía se concreta en la “transferencia del Fondo de Garantía de Servicios Públicos Fundamentales”, que recoge el art. 9 de la Ley 22/2009, de 18 de diciembre, por la que se regula el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y ciudades con Estatuto de Autonomía (...) (STC 71/2014, de 6 de mayo, FJ 7).

Como hemos señalado más arriba, el FGSPF se trata de una cesta común que se nutre con un 75% de los ingresos tributarios teóricos o normativos de las Comunidades Autónomas y con una aportación adicional del Estado. Por tanto, en contra de lo dispuesto por el art. 158.1 CE y del sistema de distribución de competencias, es a través de los impuestos cedidos a las Comunidades Autónomas como se financia fundamentalmente el nivel mínimo de la prestación sanitaria. Además de esta vulneración constitucional, no deja de ser un contrasentido que los impuestos cedidos, que son en teoría de libre disposición para las Comunidades Autónomas, constituyan la base para calcular los fondos asignados a las Comunidades para cubrir los servicios fundamentales. Tal y como defendemos en estas líneas, deberían ser los ingresos derivados de impuestos estatales la base del cálculo para distribuir luego el dinero entre las Comunidades Autónomas<sup>38</sup>, ya que son éstas las que han asumido la gestión del servicio. Si se modificara este aspecto en la financiación autonómica, se mantendría lo

---

<sup>38</sup> Una propuesta de recentralizar la financiación sanitaria con un fondo específico y una recuperación por el Estado de los recursos necesarios puede verse también en Cuenca, A. (2020). «Recentralizar (en parte) la sanidad: una opción viable», Agulló Agüero, A. (directora), Marco Peñas, E. (editora),

problemático en la fijación de los criterios de distribución del dinero de acuerdo con el concepto de *población ajustada*, aunque se financiaría los mínimos en la prestación sanitaria de acuerdo con lo previsto en la Constitución y de acuerdo con una adecuada concepción de rendición de cuentas, en donde la Administración responsable de la decisión se hace cargo de su financiación y así lo explicita (lo explica y lo justifica) presupuestariamente.

Además, también en contra de una adecuada concepción de la rendición de cuentas, los recursos del FGSPF que luego se transfieren a las Comunidades Autónomas para la garantía de los servicios públicos fundamentales son incondicionados con lo cual, tal y como ya hemos señalado, «(n)o existe ningún mecanismo que asegure que el gobierno autonómico utilizará esta asignación en educación, sanidad o asistencia social»<sup>39</sup>. Tampoco los presupuestos autonómicos desgagan el gasto sanitario en función del origen de los ingresos, así que resulta imposible saber lo que se financia vía impuestos propios o lo que se financia a través de los presupuestos generales del Estado.

Lejos de tratar de corregirse esta contradicción del sistema, similar fondo se propone en el *Informe de la Comisión de Expertos para la revisión del modelo de financiación autonómica* de 2017. En este caso lo llaman Fondo Básico de Financiación (FBF), que «se formaría con la recaudación total de los tramos autonómicos del IVA e Impuestos Especiales (IIIE) que corresponda a las Comunidades Autónomas de régimen común y con un porcentaje de los ingresos normativos de estas por las demás figuras que se integran en la cesta de tributos cedidos»<sup>40</sup>.

#### 4.2. La financiación autonómica de las mejoras en la cartera de servicios complementaria

Las Comunidades Autónomas no sólo pueden, ya que sus Estatutos de Autonomía lo permiten, concretar y ejecutar la legislación estatal sobre prestación sanitaria, sino que en el marco de desarrollo normativo también podrían complementarla, añadiendo, por ejemplo, nuevas prestaciones sanitarias o medicamentos, siempre que se mantenga una coherencia y coordinación con los reconocidos estatalmente y sean financiados con sus propios recursos. Así, señala el TC:

esa necesaria uniformidad mínima, que corresponde establecer al Estado, asegurando así un nivel mínimo homogéneo o nivel de suficiencia de las prestaciones sanitarias públicas, puede ser susceptible de mejora, en su caso, por parte de las Co-

---

*Financiación de la sanidad. Tributación, gestión, control del gasto y reparto constitucional del poder financiero*, ob. cit., pp. 100-107.

<sup>39</sup> Zabalza, A. (2018), ob. cit., p. 82.

<sup>40</sup> *Informe de la Comisión de Expertos para la revisión del modelo de financiación autonómica*, julio de 2017, por ejemplo, p. 73. Disponible en línea: [http://www.minhfp.gob.es/es-ES/CDI/Paginas/SistemasFinanciacionDeuda/InformacionCCAAs/Reforma\\_SFA.aspx](http://www.minhfp.gob.es/es-ES/CDI/Paginas/SistemasFinanciacionDeuda/InformacionCCAAs/Reforma_SFA.aspx) (consultado el 1 de junio de 2023).

munidades Autónomas, en virtud de su competencia sustantiva y de su autonomía financiera, siempre y cuando, con ello, no se contravengan las exigencias que impone el principio de solidaridad (arts. 2 y 138 CE) (STC 98/2004, de 25 de mayo, FJ 7; en el mismo sentido, SsTC 64/2017 y 80/2017).

En coherencia con ello, el catálogo de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, aprobado por Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, salvaguarda las competencias de las CCAA para realizar actividades y prestaciones sanitarias «con cargo a sus propios recursos o financiadas mediante precios, tasas u otros ingresos propios, con arreglo a sus Estatutos de Autonomía y normas de desarrollo» (DA quinta). Así, también, el art. 8 quinquies LCC señala:

1. Las comunidades autónomas, en el ámbito de sus competencias, podrán aprobar sus respectivas carteras de servicios que incluirán, cuando menos, la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud en sus modalidades básica de servicios asistenciales, suplementaria y de servicios accesorios, garantizándose a todos los usuarios del mismo. 2. Las comunidades autónomas podrán incorporar en sus carteras de servicios una técnica, tecnología o procedimiento no contemplado en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, para lo cual establecerán los recursos adicionales necesarios. 3. Las Comunidades Autónomas deberán destinar los recursos económicos necesarios para asegurar la financiación de la cartera común de servicios, siendo preceptiva, para la aprobación de la cartera de servicios complementaria de una Comunidad Autónoma, la garantía previa de suficiencia financiera de la misma, en el marco del cumplimiento de los criterios de estabilidad presupuestaria.

Por tanto, la diversidad autonómica en relación con las bases estatales se admite bajo una serie de condiciones: mejor protección, título competencial propio, autonomía financiera y respeto del principio de solidaridad<sup>41</sup>. A ello se añade «la garantía previa de suficiencia financiera de la misma, en el marco del cumplimiento de los criterios de estabilidad presupuestaria». Esta nueva condición, añadida por el Real Decreto-Ley 16/2012, fue declarada constitucional en la STC 139/2016<sup>42</sup>.

Gracias al reconocimiento de esta posibilidad de mejora, las Comunidades Autónomas han ido incorporando algunas novedades. La primera fue referida a la prestación farmacéutica y consistió en la asunción por parte de Andalucía, a través de un Decreto 195/1998, de la financiación pública de los medicamentos excluidos por la normativa estatal contenida en el Real Decreto 1663/1998, de 24 de julio. La misma medida sería tomada poco después por Navarra (Decreto Foral 258/98). En esa misma línea, las distintas Comunidades Autónomas han ido aprobando otras mejoras en la

<sup>41</sup> Torres Pérez, A. (2017). «Autonomía política y Estado social ante la crisis económica: la tendencia a la uniformidad territorial en menoscabo de la diversidad de políticas sociales», *Revista Vasca de la Administración Pública*, 109-II, p. 65.

<sup>42</sup> Una crítica a dicha sentencia puede verse en Sobrino Guijarro, I. (2017). «Contenido constitucional del derecho a la protección de la salud a la luz de la STC 139/2016», *Ius et Scientia*, 3/1, pp. 86-87.

cartera de servicios, siendo las más comunes la asistencia dental básica en determinadas franjas de la población (siguiendo el modelo de «Programa de Asistencia Dental Infantil»: País Vasco, Navarra, Andalucía, Aragón, Baleares, Canarias, Extremadura y Murcia)<sup>43</sup>, ortodoncia dental para menores (Cantabria), métodos anticonceptivos<sup>44</sup>, cirugía de cambio de sexo en transexuales (Andalucía, Madrid, Cataluña, País Vasco, Extremadura, Valencia, Murcia —Malagón, (2017)— o Aragón) o financiación de productos ortoprotésicos (Andalucía, Galicia, Comunidad Valenciana)<sup>45</sup>.

No obstante, los márgenes de mejora que tienen las Comunidades Autónomas han sido precisados y matizados en recientes sentencias del Tribunal Constitucional a raíz de la aprobación del RD-ley 16/2012, de 20 de abril. Este RD-ley introdujo dos novedades que han tenido repercusiones competenciales: la vinculación del acceso a la condición de asegurado (o beneficiario), que implicó la exclusión de los extranjeros en situación de irregularidad; y la exigencia de aportación de los beneficiarios a la prestación farmacéutica ambulatoria, el denominado «copago farmacéutico». Pues bien, el Tribunal Constitucional ha excluido la posibilidad de que una Comunidad Autónoma pueda ampliar los sujetos beneficiarios en el ámbito estatal<sup>46</sup> o mejorar en el copago de la prestación farmacéutica<sup>47</sup>.

## 5. ALGUNAS CONSIDERACIONES FINALES

Actualmente en España la financiación de la asistencia sanitaria pública es a través de impuestos, teniendo carácter excepcional el copago del usuario ya que se

<sup>43</sup> Llena Puy, C. *et al.* (2016). «La atención bucodental en CCAA con modelos público o mixto en España», *RCOE*, 21/4.

<sup>44</sup> El DIU de cobre lo financian todas las comunidades salvo Baleares, Cataluña, Madrid y Murcia. La píldora del día después lo distribuyen gratuitamente con recursos propios 9 comunidades: Andalucía, Aragón, Baleares, Cantabria, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia y Navarra. Vid. Europa Press / Murcia, 2016.

<sup>45</sup> Asenjo, C. y Quirarte, A. (2003). «Cobertura, acceso y nuevos derechos de los ciudadanos: el desarrollo de la normativa autonómica», *Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2003. Aenxo II*, Observatorio Nacional de la Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo, pp. 159-162.

<sup>46</sup> SsTC 134/2017, de 16 de noviembre (para el Decreto vasco 114/2012, de 26 de junio); 145/2017, de 14 de diciembre (para el Decreto Ley valenciano 3/2015); 2/2018, de 11 de enero (para la Ley extremeña 7/2016); 17/2018, de 22 de febrero (para la Ley Foral 8/2013) y 18/2018, de 22 de febrero (para el Decreto Foral 117/2012). Del recurso de inconstitucionalidad promovido contra la Ley catalana 9/2017, el Gobierno desistió y el Tribunal Constitucional admitió el desistimiento y declaró extinguido el proceso en el ATC de 16 de octubre de 2018.

<sup>47</sup> SsTC 64/2017, de 25 de mayo; 134/2017, de 16 de noviembre; 140/2017, de 30 de noviembre o 145/2017, de 14 de diciembre. Se manifiestan a favor de la posibilidad de reducción autonómica de la aportación del usuario los Votos Particulares a estas sentencias de los Magistrados don Fernando Valdés Dal-Ré, don Juan Antonio Xiol Ríos, don Cándido Conde-Pumpido Tourón y la Magistrada doña María Luisa Balaguer Callejón. Parte de la doctrina se ha manifestado igualmente en contra de la interpretación restrictiva de la capacidad de mejora en la prestación farmacéutica. Así, Torres Pérez, A. (2017), *ob. cit.*, pp. 72-73.



limita a la prestación farmacéutica extra-hospitalaria. Por tanto, para una adecuada rendición de cuentas en la política sanitaria en nuestro Estado Autonómico, donde tanto el Estado como las Comunidades Autónomas tienen competencias en la materia, es necesario analizar la implicación que tienen tanto los Presupuestos Generales del Estado como los presupuestos autonómicos y, así, conocer la responsabilidad asumida por cada una de las Administraciones implicadas. En esta materia prestacional, los presupuestos se convierten en el instrumento que —en términos de Sheedler<sup>48</sup>— permite informar y justificar las decisiones de las diferentes Administraciones en público como premisa para que los ciudadanos decidan libremente en las elecciones.

Tal y como hemos podido comprobar a lo largo de este estudio, existe una opacidad en la financiación de la sanidad en España que impide una adecuada rendición de cuentas de las distintas Administraciones implicadas. El confuso sistema de financiación autonómica, la opacidad en la aplicación del principio de solidaridad, la falta de control sobre las transferencias de recursos del Estado a las Comunidades Autónomas, junto con la inexistencia de unas reglas de contabilidad adecuadas, imposibilitan conocer quién está pagando qué y, con ello, imposibilitan una rendición de cuentas en el ámbito sanitario.

En primer lugar, en contra de lo previsto expresamente en el art. 158.1 CE y del sistema de distribución de competencias, la garantía en la uniformidad de la prestación sanitaria se financia a través fundamentalmente del FGSPF con recursos procedentes fundamentalmente de tributos cedidos a las Comunidades Autónomas. En definitiva, las Comunidades Autónomas están financiando los servicios sanitarios básicos que establece normativamente el Estado, cuando deberían ser los Presupuestos Generales del Estado los que financien ese mínimo común denominador.

En segundo lugar, la opacidad es la regla que rige en la financiación sanitaria. A la mezcla de recursos autonómicos y del Estado que se da en el principal fondo de financiación, el FGSPF, se suma la no participación en la solidaridad del País Vasco y Navarra a través de un opaco sistema de actualización del cupo y concierto, una acumulación de fondos que impide conocer el criterio de reparto que prima entre Comunidades Autónomas, además de que hace incumplir el principio de ordinalidad, la incondicionalidad de los fondos para corregir los desequilibrios interterritoriales —a salvo el FCI— o la falta de control en el destino del dinero que el Estado da a las Comunidades Autónomas en el ejercicio de su poder de gasto que hace que las Comunidades Autónomas no deben rendir cuentas del destino del dinero que reciben. Se trata de una acumulación de déficits que impiden una rendición adecuada de cuentas en el ámbito de la financiación de la política sanitaria.

Son los Presupuestos Generales del Estado los que deben financiar los mínimos legalmente establecidos en materia de sanidad (arts. 149.1.16 y 158.1 CE). La territorialización de estos fondos debería seguir criterios claros y ser transferencias

---

<sup>48</sup> Sheedler, A. (2004). «¿Qué es la rendición de cuentas», *Cuadernos de transparencia*, núm. 3, IFAI, p. 12.



condicionadas, con su reflejo contable en los presupuestos autonómicos. A partir de esos mínimos, tendrían que ser las autonomías, a través de los presupuestos autonómicos, las que decidieran o no su mejora, en correspondencia con la competencia de desarrollo de bases que tienen reconocida estatutariamente. Y como cierre del sistema un Fondo de Compensación, financiado por los Presupuestos Generales del Estado (art. 158.2 CE) dirigido a corregir los desequilibrios interterritoriales donde se fijen con claridad la dotación presupuestaria destinada a tal fin, los criterios de reparto, los límites de la nivelación y los servicios a nivelar. Por su propia naturaleza, esta fuente de financiación autonómica debería ser excepcional y sólo extensible a algunas Comunidades Autónomas. Por supuesto, debería ser condicionada y con su reflejo contable en los presupuestos autonómicos.

Además, el Estado podría, en todo caso y en ejercicio de su potestad de gasto, proponer —que no imponer— financiación a las Comunidades Autónomas para la consecución de objetivos entendidos de interés general, siempre en el marco de las relaciones intergubernamentales. En cualquier caso, esos fondos tendrían que tender un carácter condicionado y las autonomías rendir cuentas en sus presupuestos del destino final de esos recursos.

En definitiva, «el control y transparencia del gasto sanitario público se aprecian como mecanismos indispensables para la mejora de la gestión de los servicios y, al mismo tiempo, como elementos indispensables de la rendición de cuentas hacendaria que caracteriza a los gobiernos contemporáneos»<sup>49</sup>.

#### Title

Health financing in Spain and accountability: the history of many deficits

#### Summary:

1. INTRODUCTION. 2. THE FINANCING OF HEALTH IN SPAIN THROUGH TAXES. 3. THE FINANCING OF HEALTH THROUGH THE GENERAL STATE BUDGET. 3.1. The guarantee of a minimum level throughout the State through the General State Budget according to art. 158.1 Spanish Constitution (SC). 3.2. The correction of interterritorial inequalities through the principle of solidarity according to art. 158.2 SC. 3.2.1. The result of the application of redistribution instruments in practice. 3.2.2. What are the main problems of applying the principle of

<sup>49</sup> Figueroa Neri, A. (2020). «Control y transparencia del gasto público sanitario», en Agulló Agüero, A. (directora), Marco Peñas, E. (editora), *Financiación de la sanidad. Tributación, gestión, control del gasto y reparto constitucional del poder financiero*, ob. cit., p. 358.

solidarity? 3.3. The spending power of the State and its application in the health field. 4. THE FINANCING OF HEALTH THROUGH THE REGIONAL BUDGETS. 4.1. The regional financing of the minimums in health care. 4.2. The regional financing of improvements in the complementary services. 5. SOME FINAL CONSIDERATIONS.

### **Resumen:**

En este trabajo se trata de analizar la responsabilidad del Estado y de las Comunidades Autónomas en la financiación sanitaria española y proponer soluciones para mejorar la rendición de cuentas en esta materia.

Tras una descripción de la opción constitucional por un sistema de financiación sanitaria vía impuestos, se analiza, en primer lugar, la implicación que tienen los Presupuestos Generales del Estado en la financiación sanitaria, así como los principales problemas que se plantean con esa financiación estatal. Especial atención se dará a los problemas en la aplicación del principio de solidaridad interterritorial, entre los que destaca la falta de transparencia en su reparto, y a los problemas en la potestad de gasto estatal en el ámbito sanitario y su falta de control sobre el destino de los fondos. En segundo lugar, esta investigación estudia el papel de los presupuestos autonómicos en la financiación de la sanidad en España, poniendo de manifiesto la contradicción del protagonismo autonómico en materia de financiación de los mínimos en la prestación sanitaria y el sistema competencial. Terminaremos con unas consideraciones finales.

Tal y como se comprueba a lo largo del estudio, el confuso sistema de financiación autonómica, la opacidad en la aplicación del principio de solidaridad, la falta de control sobre las transferencias de recursos del Estado a las Comunidades Autónomas, junto con la inexistencia de unas reglas de contabilidad adecuadas, imposibilitan conocer quién está pagando qué y, con ello, imposibilitan una rendición de cuentas en el ámbito sanitario español.

### **Abstract:**

This paper analyzes the responsibility of the State and the Autonomous Communities in Spanish health financing and propose solutions to improve accountability in this matter.

After a description of the constitutional option for a healthcare financing system via taxes, the implication of the General State Budgets in healthcare financing is analyzed, as well as the main problems that arise with this state financing. Special attention will be given to the problems in the application of the principle of interterritorial solidarity, among which the lack of transparency in its distribution stands out, and to the problems in the state spending power in the health field and its lack of control over the destination of funds. Secondly, this research studies the role of regional budgets in the financing of healthcare in Spain, highlighting the contradiction of the regional leadership in terms of financing the minimums in

healthcare provision and the distribution of competences. We will finish with some final considerations.

As verified throughout the study, the confusing regional financing system, the opacity in the application of the principle of solidarity, the lack of control over the transfer of resources from the State to the Autonomous Communities, together with the non-existence of some rules of adequate accounting, make it impossible to know who is paying what and, with this, make it impossible to render accounts in the Spanish health field.

**Palabras clave:**

Financiación sanitaria, Estado autonómico, potestad de gasto, principio de solidaridad, rendición de cuentas, financiación autonómica

**Keywords:**

Health financing, Autonomous State, spending power, principle of solidarity, accountability, Autonomous financing