



El gasto sanitario de las CCAA y su financiación

Alain Cuenca
Profesor titular de Economía Aplicada
Universidad de Zaragoza

*The financing of public health systems in the context of fiscal
consolidation and financial sustainability*

Universitat Pompeu Fabra. 4 de marzo de 2016

MOTIVACIÓN

- En Cuenca y González (2015) constatamos la notable actividad del Estado en sanidad entre 2002 y 2012, más allá de sus competencias y de acuerdo con CCAA
- En el debate público se repite el mensaje de “igualdad” de todos los ciudadanos ante los servicios públicos
- Algunos economistas y políticos reivindican un fondo específico de financiación sanitaria para lograr esa “igualdad”
- Existen fuerzas contrapuestas: unas piden más descentralización, otras más centralización
- Y.... me han invitado Uds a este seminario... 😊

ÍNDICE

- 1. Rasgos básicos del SFA vigente**
- 2. El gasto sanitario en la crisis y su financiación**
- 3. ¿Un sistema sanitario asimétrico?**

REGÍMENES DE FINANCIACIÓN AUTONÓMICA EN ESPAÑA



**COMUNIDADES DE RÉGIMEN COMÚN:
(Régimen L.O.F.C.A)**



**COMUNIDADES DE RÉGIMEN FORAL :
PAÍS VASCO Y NAVARRA (Concierto y Convenio)**

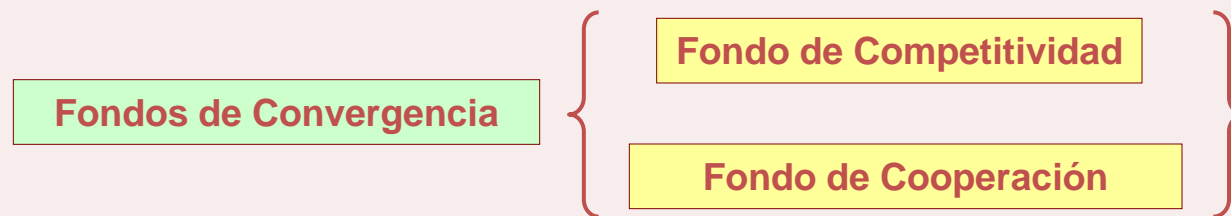
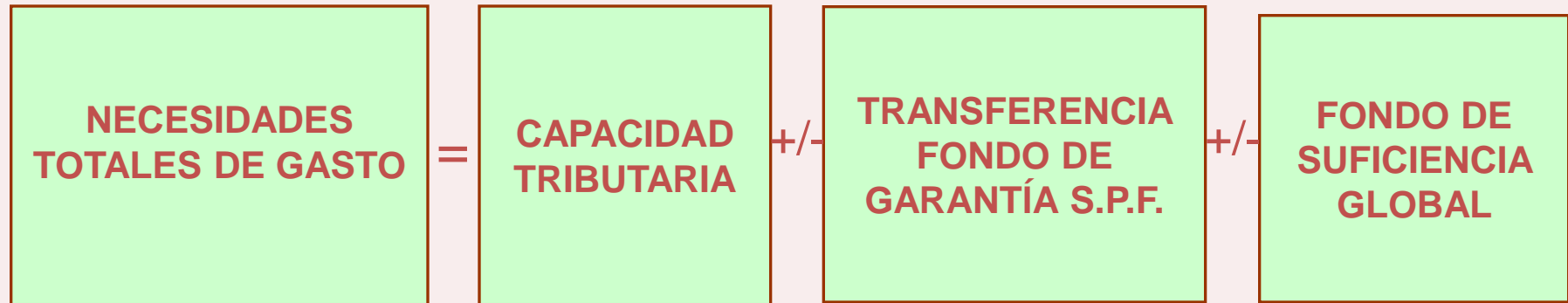
CAPACIDAD TRIBUTARIA CON CAPACIDAD NORMATIVA Y GESTORA

- ✓ **IMPUESTO SOBRE TRANSMISIONES PATRIMONIALES Y ACTOS JURÍDICOS DOCUMENTADOS**
- ✓ **IMPUESTO SOBRE SUCESIONES Y DONACIONES**
- ✓ **IMPUESTO SOBRE EL PATRIMONIO**
- ✓ **TRIBUTOS SOBRE EL JUEGO**
- ✓ **IMPUESTO ESPECIAL SOBRE DETERMINADOS MEDIOS DE TRANSPORTE**
- ✓ **TASAS AFECTAS A LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS TRANSFERIDOS**

CAPACIDAD TRIBUTARIA SIN CAPACIDAD DE GESTIÓN

- ✓ **IMPUESTO SOBRE LA RENTA PERSONAS FÍSICAS CEDIDO AL 50% (CON CAPACIDAD NORMATIVA AMPLIA)**
- ✓ **IMPUESTO SOBRE EL VALOR AÑADIDO CEDIDO AL 50%**
- ✓ **IMPUESTOS ESPECIALES CEDIDOS AL 58%**
 - Alcohol y b. alcohólicas
 - Hidrocarburos (capacidad normativa limitada)
 - Labores el tabaco
- ✓ **IMPUESTO SOBRE LA ELECTRICIDAD 100%**
- ✓ **IMPUESTO SOBRE DEPÓSITOS EN ENTIDADES DE CRÉDITO**

FUNCIONAMIENTO BÁSICO DEL SFA: SUFICIENCIA Y EQUIDAD

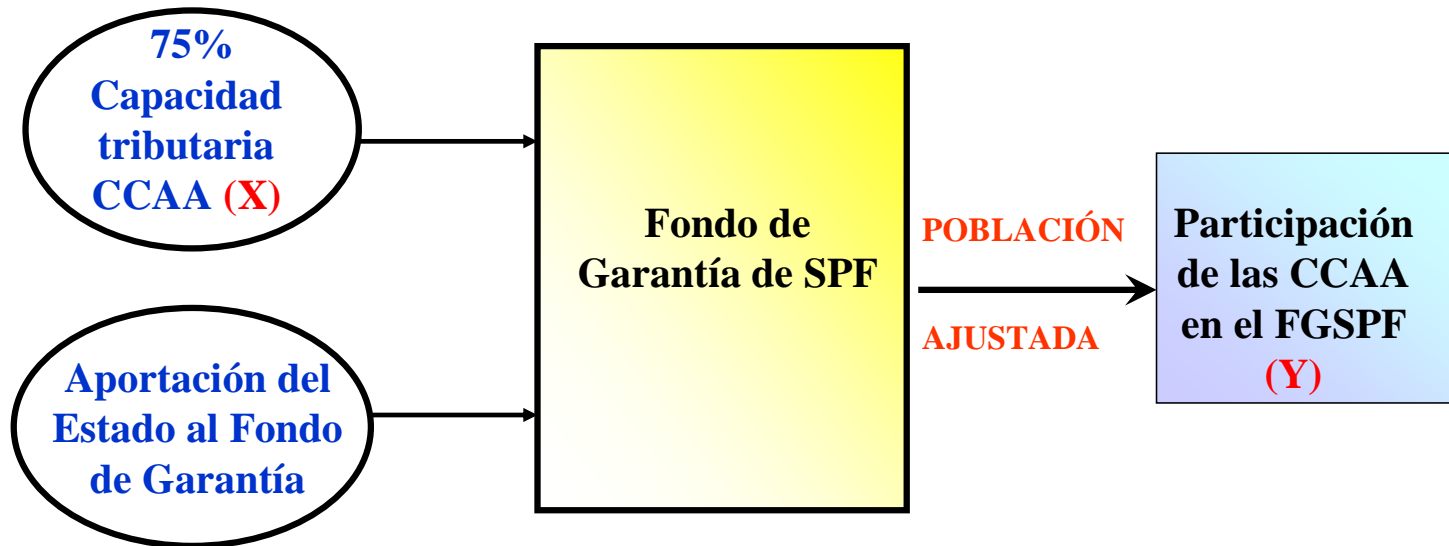


Ingresos proporcionados por el SFA en 2013 (millones €)

Tributos cedidos totalmente	14.451	
IRPF, IVA, IIEE	71.152	
Total Capacidad tributaria		85.604
Aportación CCAA (75% CT)	64.503	
Aportacion Estado	7.680	
Dotación FGSF		72.183
Fondo de suficiencia global	1.235	
Total sistema antes Fondos Conv.		94.519
Fondo de Competitividad	2.433	
Fondo de Cooperación	1.952	
Total financiación		98.904

FONDO DE GARANTÍA DE SERVICIOS PÚBLICOS FUNDAMENTALES

2009 y ANUALMENTE



TRANSFERENCIA DEL FGSPF = X - Y

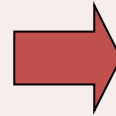
FONDO DE GARANTÍA DE SERVICIOS PÚBLICOS FUNDAMENTALES

MECANISMO DE NIVELACIÓN:

Los mismos recursos por habitante ajustado para Servicios Públicos Fundamentales: Educación, Sanidad y Servicios sociales.

MECANISMO DE COBERTURA DE RIESGOS:

- El importe global depende de la evolución de los recursos totales
- La participación individual depende de la evolución de las necesidades
- Recálculo anual



POBLACIÓN	30%
SUPERFICIE	1,8%
DISPERSIÓN	0,6%
INSULARIDAD	0,6%
POBLACIÓN PROTEGIDA EQUIVALENTE	38%
POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS	8,5%
POBLACIÓN ENTRE 0 Y 16 AÑOS	20,5%

EQUIDAD EN EL SFA

1. Nivelación de “Necesidades de gasto”: enfoque tradicional del SFA hasta 2009
2. Nivelación de los ingresos:
 1. Nivelación total: como en el SFA desde 2009
 2. Nivelación parcial: subyacía en el EAC de 2006 y en el FGSSF
3. Principio de ordinalidad: está en la CE según STC 31/2010 (FJ 134)

1. Rasgos básicos del SFA vigente
- 2. El gasto sanitario en la crisis y su financiación**
3. ¿Un sistema sanitario asimétrico?

Gasto sanitario CCAA 2009-2014

(miles de euros)	2009	2014*	Índice 2009=100
Cataluña	10.926.885	9.261.000	84,8
Galicia	4.147.214	3.615.000	87,2
Andalucía	10.666.086	8.934.000	83,8
Asturias (Principado de)	1.814.586	1.580.000	87,1
Cantabria	843.093	880.000	104,4
Rioja (La)	485.659	421.000	86,7
Murcia (Región de)	2.344.045	2.020.000	86,2
Comunitat Valenciana	6.902.565	6.308.000	91,4
Aragón	2.129.480	1.835.000	86,2
Castilla-La Mancha	3.287.729	2.564.000	78,0
Canarias	3.107.560	2.635.000	84,8
Extremadura	1.815.772	1.572.000	86,6
Balears (Illes)	1.431.757	1.346.000	94,0
Madrid (Comunidad de)	8.347.733	7.599.000	91,0
Castilla y León	3.675.037	3.401.000	92,5
TOTAL	61.925.201	53.971.000	87,2

* Se toman de la IGAE actualizado a 22-12-2015. Los demás se han tomado de IVIE

SFA y gasto sanitario CCAA 2013

(miles de euros)	Financiación SFA	Gasto sanitario
Cataluña	17.930.262	51,9%
Galicia	6.921.840	54,1%
Andalucía	17.598.175	52,8%
Principado de Asturias	2.680.734	57,1%
Cantabria	1.788.030	47,5%
La Rioja	912.397	46,6%
Región de Murcia	2.938.516	68,3%
C. Valenciana	10.201.223	58,5%
Aragón	3.396.548	54,5%
Castilla-La Mancha	4.800.716	53,5%
Canarias	4.216.367	60,8%
Extremadura	2.844.077	54,3%
Illes Balears	2.442.546	53,6%
Madrid	13.916.105	53,6%
Castilla y León	6.315.807	54,2%
Total	98.903.344	54,4%

Financiación condicionada

(miles de euros)	Subvenciones gestionadas, Convenios y otras transferencias		Por habitante ajustado
	2009	2013	2013
Cataluña	62.017,0	16.373,6	93,8
Galicia	6.949,3	3.645,4	52,1
Andalucía	22.372,5	17.014,5	88,6
Principado de Asturias	19.989,5	342,9	12,9
Cantabria	8.654,6	1.829,8	130,4
La Rioja	817,9	106,4	13,6
Región de Murcia	4.687,2	4.834,0	142,7
C. Valenciana	16.959,6	26.098,3	226,6
Aragón	2.652,2	83,1	2,5
Castilla-La Mancha	3.846,5	340,8	6,5
Canarias	7.988,9	14.040,5	277,8
Extremadura	2.812,5	872,9	31,5
Illes Balears	6.828,9	9.761,5	376,2
Madrid	48.209,1	5.201,4	35,5
Castilla y León	4.605,0	912,1	14,2
Total	219.390,5	103.470,2	100,0

Gasto sanitario por habitante 2013

CCAA	Gasto en Salud (millones €)	Gasto sanitario por habitante ajustado	Gasto sanitario por habitante
Cataluña	9.300	102,3	100,9
Galicia	3.748	103,0	111,0
Andalucía	9.296	93,1	90,3
Principado de Asturias	1.531	110,7	117,5
Cantabria	849	116,2	117,5
La Rioja	425	104,8	108,2
Región de Murcia	2.007	113,9	111,7
C. Valenciana	5.968	99,6	95,6
Aragón	1.852	105,3	112,7
Castilla-La Mancha	2.570	94,9	100,2
Canarias	2.565	97,5	99,2
Extremadura	1.545	107,3	114,7
Illes Balears	1.310	97,0	96,6
Madrid	7.458	97,8	94,1
Castilla y León	3.423	102,2	111,3
Total	53.847	100	100
Rango (Cant. - And.)		23,2	27,3

1. Rasgos básicos el SFA vigente
2. El gasto sanitario en la crisis y su financiación
3. **¿Un sistema sanitario asimétrico?**

RAZONES PARA LA DESCENTRALIZACIÓN

1. Si las preferencias sociales difieren por territorios => los gobiernos subcentrales proveen una combinación más eficiente de gastos e ingresos públicos
2. Los gobiernos subcentrales se controlan mejor por los votantes más cercanos => los mecanismos políticos son más eficaces para proveer la combinación de gastos e ingresos públicos preferida

RAZONES PARA RECENTRALIZACIÓN

1. En algunos territorios se aprecia una preferencia social por la centralización. Es posible que haya preferencias sociales homogéneas entre ellos
2. No hay visibilidad suficiente de ingresos y gastos para un control democrático eficiente. Parece más grave en las CCAA de “vía lenta”
3. Facilitaría implementar criterios de equidad comunes para toda España

DEVOLUCIÓN DE COMPETENCIAS

Si las 10 CCAA de vía lenta devolvieran la competencia sanitaria, los servicios de asistencia sanitaria serían:

Padrón municipal 1-1-2013	Personas
Andalucía	8.440.300
INGESA	18.301.240
Canarias	2.118.679
Cataluña	7.553.650
Comunitat Valenciana	5.113.815
Galicia	2.765.940
Navarra	644.477
País Vasco	2.191.682

REQUISITOS PARA LA DEVOLUCIÓN

- i) Traspaso de los servicios de asistencia sanitaria desde 10 CCAA hacia INGESA:
Acuerdos Comisiones Mixtas (coste efectivo)
- ii) Un nuevo sistema de financiación de competencias comunes para las 15 CCAA
- iii) Creación un fondo específico de financiación de la asistencia sanitaria para las 5 CCAA y para INGESA

PROPIEDADES DEL FONDO ESPECÍFICO

- i) Debería financiar con idénticas reglas a las cinco CCAA y al INGESA
- b) A la cantidad inicial se aplicaría una regla de evolución como la actual (índice ITE)
- c) Regla de reparto entre las CCAA: según población protegida + factores como edad, dispersión de la población u otros
- d) El mecanismo debe incluir incentivos correctos

VIABILIDAD POLÍTICA

- i) La reversión no tiene que ser en las 10 CCAA. En Aragón, Baleares y quizá Cantabria, parece difícil que se haga una devolución voluntaria
- ii) Las élites políticas regionales se opondrán. Podría incentivarse la devolución manteniendo algunos poderes
- iii) En caso de no ser voluntaria, podría ser resultado de un pacto político nacional, por ejemplo en la reforma constitucional

VENTAJAS DE LA ASIMETRÍA

- i) Más incentivos a la cooperación intergubernamental
- ii) Menos agentes implicados => más facilidad para la coordinación
- iii) Igualdad entre los 8 agentes. INGESA no sería financiador del resto, sino un agente más al servicio de los ciudadanos
- iv) Aprovechamiento de economías de escala (si las hay): no existiría ningún servicio de salud < 2 millones personas

INCONVENIENTES DE LA ASIMETRÍA

- Las cinco CCAA de nivel alto pierden autonomía sobre el total del gasto
- No obstante, mantienen la autonomía “en el margen” que garantiza la eficiencia económica
- La sanidad no es independiente de servicios sociales y educación: no separar la responsabilidad del servicio público
- ¿Centralizar todos los servicios del Estado de bienestar en CCAA vía lenta?



Universidad
Zaragoza

Moltes gràcies!

Alain Cuenca
Universidad de Zaragoza
acuenca@unizar.es