

# **A N E X O V I I**

---

**Borrador de propuesta a elevar a la Conferencia de  
Presidentes  
“EL GASTO SANITARIO Y SU FINANCIACIÓN”**

---

# **BORRADOR DE PROPUESTA A ELEVAR POR EL CONSEJO DE POLITICA FISCAL Y FINANCIERA A LA CONFERENCIA DE PRESIDENTES**

## **“EL GASTO SANITARIO Y SU FINANCIACIÓN”**

### **1. INTRODUCCIÓN.**

El sensible incremento de la población experimentado en los últimos años, debido en gran medida al fenómeno de la inmigración, ha planteado el tema de la adecuación entre dicho incremento de la población y la evolución de los recursos proporcionados por el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas establecido en la Ley 21/2001. La cuestión, así planteada, se ha visto, además, condicionada por la heterogeneidad del crecimiento de la población, que se ha producido de manera más concentrada en algunas CC.AA, mientras que otras han visto estancada o incluso reducida su población. Frente a dicha heterogeneidad, el sistema de financiación ha proporcionado unos incrementos de financiación bastante homogéneos produciéndose, como consecuencia, una disminución relativa del ratio de financiación por habitante en aquellas Comunidades Autónomas en que el incremento de población ha sido más acusado.

En paralelo con la circunstancia anterior se ha observado un crecimiento importante del gasto sanitario por habitante a consecuencia de múltiples causas como las mejoras tecnológicas, el envejecimiento de la población o las decisiones relacionadas con la gestión de dicho gasto, entre otras.

Para abordar estos problemas, la Conferencia de Presidentes celebrada el día 28 de octubre del 2004 en su “Informe sobre Financiación Sanitaria” acordó la creación de un Grupo de trabajo de Análisis del Gasto Sanitario Público, dirigido por la Intervención General de la Administración del Estado. Asimismo, acordó fortalecer el Grupo de trabajo de población que había sido creado en el seno del Consejo de Política Fiscal y Financiera en su reunión del 14 de septiembre del 2004.

El Grupo de trabajo de Análisis del Gasto Sanitario tenía como misión la elaboración de *“un estudio de la situación del gasto sanitario en el Sistema Nacional de Salud, desde una perspectiva contable, pero también de composición y origen del gasto, de eficacia y eficiencia”*. Dicha misión ha sido desarrollada a lo largo de los últimos meses, dando como resultado un informe en el que se analiza

de manera exhaustiva el gasto sanitario público en el período 1999-2003 y se trata de determinar, con el máximo nivel de detalle posible, cuales son los factores que explican el volumen y composición del gasto público sanitario y la evolución de sus distintos componentes en las Comunidades y Ciudades Autónomas, evaluando asimismo su importancia relativa.

El Grupo de trabajo de población ha desarrollado, prácticamente en el mismo período, una importante labor de análisis de la influencia que presentan las variaciones de población sobre el sistema de financiación de las CC.AA. Uno de los elementos fundamentales del Grupo de trabajo ha estado constituido por el suministro, por parte de la Administración General del Estado, de información homogeneizada y actualizada de las diferentes variables que influyen en los temas objeto del mandato del Grupo. Una vez conocida toda la información relevante, se produjo un fructífero intercambio de documentos y análisis con la participación de la totalidad de las CC. AA., a lo largo de las seis reuniones celebradas del Grupo de Trabajo. Asimismo, se ha elaborado un informe final del grupo de trabajo que, aunque no ha alcanzado un consenso definitivo por parte de las CC.AA., refleja la posición de las distintas Administraciones sobre los temas objeto del Grupo.

Algunos de los problemas, como el del crecimiento del gasto sanitario, deben ser abordados de manera inmediata, mediante la adopción de una serie de medidas que puedan ser efectivas a corto plazo, incluso dentro de los Presupuestos del Estado y de las CC.AA. para el año 2006. Otras medidas que pudieran requerir una revisión del modelo de financiación de las Comunidades Autónomas actualmente vigente y que precisan de un análisis en un plazo más largo, necesitarán de una mayor reflexión y deberán comenzar a ser abordadas a lo largo de los próximos meses por parte del Consejo de Política Fiscal y Financiera.

## **2. EL GASTO SANITARIO Y SU FINANCIACIÓN.**

Como se ha expresado en la introducción, las Comunidades Autónomas se están viendo sometidas a tensiones de gasto debidas a un crecimiento del gasto sanitario por encima de la tasa de crecimiento del PIB nacional. Dicho crecimiento puede dividirse en dos componentes: el estrictamente cuantitativo debido al crecimiento de la población y un componente cualitativo originado por el aumento del gasto sanitario por habitante. Si bien algunas de las causas del crecimiento cualitativo pueden considerarse exógenas y, en cierta medida, ajenas a las decisiones de política sanitaria adoptadas por las CC.AA., otras son, sin embargo, el resultado de sus propias decisiones.

Aunque la prestación de los servicios sanitarios es competencia de las Comunidades Autónomas se ha entendido conveniente un acuerdo global entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas en una Conferencia de Presidentes, fundamentalmente por dos razones:

- ✓ La AGE tiene la competencia de coordinación general de la sanidad que le atribuye la Constitución, así como de fijación de los ingresos tributarios.
- ✓ Para las Comunidades Autónomas pueden existir ventajas si las decisiones, a veces complejas, derivadas de la necesidad de contener los gastos o aumentar los impuestos son tomadas de común acuerdo entre todas las Comunidades Autónomas.

El ánimo que ha impulsado el desarrollo y presentación de estas propuestas es el de enfrentarse a un problema real, el aumento sensible del gasto sanitario, analizar sus posibles causas y buscar los instrumentos más adecuados, tanto por la vía del gasto como del ingreso para poder darle solución.

El análisis realizado se ha basado estrictamente en el sistema de financiación actual de las Comunidades Autónomas, desechando posibles cambios en el mismo. También se ha descartado financiar los aumentos de gasto sanitario mediante déficit.

Las soluciones que se contemplan presentan dos posibles dimensiones:

- ✓ La moderación en el crecimiento de los gastos.
- ✓ El incremento de los ingresos.

En cuanto a las medidas de moderación del crecimiento del gasto de las CC.AA., se pueden plantear a dos niveles:

- ⇒ Gasto sanitario: Medidas de racionalidad que permitan contener el crecimiento excesivo y que proporcionen el adecuado grado de sostenibilidad del gasto sanitario.
- ⇒ Gasto no sanitario: En tanto en cuanto dichas medidas no se adopten o no sean suficientes para alcanzar los resultados esperados, será necesario priorizar las políticas de gasto de modo que se cree el margen necesario para dar cabida al incremento del gasto sanitario.

Dado que las medidas de contención del crecimiento del gasto pueden no ser suficientes para resolver el problema planteado, habría que contemplar las siguientes medidas de ingresos:

- ⇒ En primer lugar, la AGE colaborará mediante la consignación de una partida presupuestaria en los PGE para 2006 y 2007 que sirva para paliar a corto plazo el problema.
- ⇒ Además, se propone un acuerdo entre la AGE y las CC.AA. para incrementar los tributos sobre alcoholes y tabaco. Esta medida tiene su fundamento en la estrecha relación existente entre el gasto sanitario y el consumo de alcohol y tabaco, por lo que incrementar los tipos de dichos impuestos puede presentar un doble efecto:
  - incremento de la recaudación. Parte de dicho incremento, al tratarse de Impuestos compartidos, irá directamente a las CC.AA. La parte que corresponda a la AGE contribuirá, a corto plazo, a financiar parte de la dotación de la partida presupuestaria transitoria anteriormente mencionada y, a largo plazo, permitirá la contención del déficit derivado de las tensiones presupuestarias previstas.
  - reducción del gasto sanitario asociado a un consumo excesivo de dichos productos.
- ⇒ Asimismo, se propone habilitar nuevos espacios para que las CC.AA. ejerzan su capacidad normativa mediante la ampliación de la capacidad normativa actualmente existente en el Impuesto sobre las Ventas Minoristas de Determinados Hidrocarburos (en adelante, IVMDH) y la concesión de competencia normativa sobre los tipos de gravamen del Impuesto sobre la Electricidad, impuesto cedido íntegramente a las CC.AA.
- ⇒ Finalmente, como medida para coadyuvar a mitigar inmediatamente el problema del gasto sanitario, se propone que la AGE aumente los anticipos a cuenta de los impuestos cedidos en 2 puntos porcentuales (del 98 al 100%) en este mismo año 2005.

### **3. DESARROLLO DE LAS POSIBLES SOLUCIONES**

#### **3.1. Medidas para moderar el crecimiento del gasto**

El grupo de análisis del gasto sanitario ha estudiado en profundidad el problema y ha planteado un paquete de medidas para la racionalización de dicho gasto que se pueden resumir del modo siguiente:

- ✓ Implantar criterios racionales en la gestión de compras, en particular, la centralización de compras de los productos sanitarios de uso hospitalario en cada ámbito territorial.
- ✓ Asegurar la calidad y el uso racional de los medicamentos (extensión de guías farmacológicas, programas de “protocolización” de la prescripción, regulación y control de la visita médica, sistemas de información independiente y objetiva para los médicos, desarrollo de programas de formación continuada, promoción de los medicamentos genéricos).
- ✓ Establecer mecanismos que promuevan la demanda responsable de los servicios sanitarios, eviten la utilización inadecuada y estimulen estilos de vida saludable.
- ✓ Acceso a la mejor evidencia científica disponible en relación con el uso racional de las tecnologías diagnósticas y terapéuticas.
- ✓ Consolidar los mecanismos de incentivos a los profesionales sanitarios que ya están desarrollando las CC.AA.
- ✓ Reforzar el papel de las Agencias de Evaluación de Tecnologías.
- ✓ Aumentar los recursos y la capacidad de resolución de la atención primaria.
- ✓ Desarrollar el Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud.

Además de las medidas anteriores, el Grupo de análisis del Gasto Sanitario continuará sus trabajos para proponer al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y al Consejo de Política Fiscal y Financiera medidas adicionales de racionalización del gasto sanitario.

Las Comunidades Autónomas, mediante la adopción de estas y otras medidas que consideren oportunas, se comprometen a moderar el crecimiento del gasto sanitario para que éste no aumente por encima del PIB.

Asimismo, las Comunidades Autónomas se comprometerán a revisar sus gastos no sanitarios para que, a través de la priorización de los mismos, se puedan obtener recursos adicionales para la financiación del incremento del gasto sanitario.

### **3.2. Medidas para aumentar los ingresos:**

⇒ *Apoyo de los Presupuestos del Estado para 2006 y 2007*

La situación presupuestaria del Estado se encuentra en unos niveles razonables debido a la buena marcha en la recaudación de algunos tributos como es el caso del Impuesto sobre Sociedades, una favorable evolución del paro que contiene el gasto en prestaciones por desempleo y unos tipos de interés que se sitúan en los niveles más bajos de los últimos años. No obstante, esta situación relativamente favorable (relativa porque el Estado todavía continúa en déficit) de las cuentas del Estado se verá amenazada, a partir de 2007, con unos menores fondos procedentes de la U.E. y unos mayores pagos a la misma, al margen de una posible elevación de los tipos de interés y de un menor crecimiento mundial que pudiera afectar a la economía española. Por este motivo, cualquier esfuerzo que pueda efectuar el Estado debe realizarse con carácter temporal para cubrir el plazo hasta que se produzcan los efectos derivados de la adopción de medidas de moderación en el crecimiento del gasto sanitario, de la utilización por parte de las Comunidades Autónomas de la capacidad normativa tributaria actual y de la que se propone en este Acuerdo.

Por ello, la AGE estaría dispuesta a realizar un esfuerzo excepcional, aportando una partida presupuestaria extraordinaria, transitoria y no consolidable que resuelva el problema planteado de manera coyuntural. Dicha partida tendrá una cuantía máxima de 500 millones de euros dividida en dos tramos:

- ✓ Un tramo de cohesión sanitaria de 50 Millones de €, que se canalizaría a través del Ministerio de Sanidad y Consumo y que atendería a los criterios que se establezcan en un Plan de Calidad e Igualdad del Sistema Nacional de Salud.
- ✓ Un segundo tramo de 450 Millones de € que se canalizaría a través de transferencias a las CC.AA. y que tendría un carácter transitorio (2 años) y no consolidable.

Estos 450 millones de € se distribuirán con los mismos criterios que el sistema de financiación vigente utilizó en el año base (1999) para distribuir los recursos destinados a financiar la competencia de sanidad. Para ello, se utilizarán los últimos datos disponibles (2004) de las variables de reparto establecidas por el sistema para dicha competencia.

⇒ *Incrementar los tipos de los Impuestos Especiales sobre Alcoholes y Tabacos.*

Los Impuestos sobre Alcoholes y Tabacos son los más adecuados para abordar el problema del gasto sanitario debido a que presentan un doble impacto:

- Disuaden el consumo y mejoran, por tanto, la salud de las personas.
- Incrementan los ingresos a percibir por las Comunidades Autónomas.

Los incrementos que se contemplan son los siguientes:

- ✓ Elevación de un 10% de los Impuestos sobre Alcoholes, Cervezas y Productos Intermedios. El tipo normal para el Impuesto sobre Alcoholes es de 754,77 euros por cada hectolitro de alcohol puro. El tipo propuesto equivale a 830,25 € por hectolitro de alcohol puro y se adoptará un incremento similar en los Impuestos sobre Cervezas y Productos Intermedios.
- ✓ En relación con el Impuesto sobre las Labores del Tabaco se procede a adoptar dos medidas. Por una parte, se incrementa el tipo específico del impuesto aplicable a los cigarrillos que pasaría de 3,99 euros por 1000 cigarrillos a 4,20 euros por 1000 cigarrillos. Por otra parte, se incrementa el tipo "ad valorem" del impuesto desde el 54% actual hasta el 54,95%. Ambas medidas se adoptarían respetando las condiciones y requisitos establecidos en las Directivas del Consejo de la Unión Europea 92/79/CEE y 95/59/CE.

El conjunto de los incrementos de tipos de estos tributos supone un aumento de recursos para las CC.AA. de 127,2 millones de € anuales.

⇒ *Ejercicio de la capacidad normativa tributaria.*

Las medidas anteriores de incremento de los tributos compartidos afectarán a todas las CC.AA. procurando un incremento de sus recursos. A partir de ahí, deberán ser las propias CC.AA. las que deben autónomamente decidir cuanto énfasis deben poner en las medidas de reducción del crecimiento del gasto y cuanto en un incremento de la presión fiscal que procure unos ingresos adicionales

para financiar el nivel de prestaciones deseado. En este sentido, la solución más adecuada parece consistir en aumentar la capacidad normativa que, sobre tributos cedidos, tienen actualmente las Comunidades Autónomas.

Hay que tener en cuenta que la verdadera responsabilidad fiscal depende de la existencia de un espacio fiscal propio donde las CC.AA. puedan ejercer su autonomía en el ingreso del mismo modo que hoy ejercen su autonomía en relación con el gasto. Si fuera la AGE la que utilizara su capacidad normativa para incrementar los impuestos, lo haría de manera indiscriminada para todos los españoles no dejando a las CC.AA. la posibilidad de decidir sobre el ingreso, de modo que las CC.AA. que contuvieran en mayor medida su gasto no podrían evitar el aumento de impuestos para sus ciudadanos. Por el contrario, si el incremento de ingresos se decide autónomamente por las CC.AA., aquellas que apuesten por una mayor moderación del crecimiento del gasto podrían también moderar el aumento de impuestos para sus ciudadanos. En esta misma línea, el incremento por la AGE de los impuestos compartidos supone que las CC.AA. perciban sólo entre el 33% y el 40% de la recaudación derivada de dicho incremento, mientras que si tal incremento lo deciden las CC.AA., mediante el uso de su capacidad normativa tributaria, disfrutarán del 100% de la recaudación que se obtenga.

Es cierto que las Comunidades Autónomas disponen ya de una capacidad normativa importante sobre los tributos cedidos tradicionales (Patrimonio, Sucesiones y Donaciones, Transmisiones Patrimoniales y Actos Jurídicos Documentados y Juego) y sobre la imposición directa (IRPF) pero apenas disponen de capacidad normativa en impuestos indirectos.

Por ello, en el marco de la Conferencia de Presidentes, se propone avanzar en el incremento de la capacidad normativa de las CC.AA. mediante las siguientes medidas:

- ✓ Conceder una capacidad normativa adicional en el IVMDH. Este impuesto representa un instrumento idóneo porque su recaudación está afectada a la sanidad. La capacidad normativa que se plantea sería idéntica a la ya existente, 2,4 céntimos de €/litro en el IVMDH (0,6 céntimo de € para usos especiales), de modo que se pueda elevar la capacidad normativa de las CC.AA. hasta los 4,8 céntimos de € por litro. La utilización máxima de la nueva capacidad normativa de las CC.AA. sobre el IVMDH supone una recaudación estimada adicional de 819,8 millones de € al año.
- ✓ Habilitar nuevos espacios fiscales para que las CC.AA. puedan ejercer su capacidad normativa mediante la posibilidad del establecimiento de un recargo de hasta 2 puntos en el Impuesto sobre la Electricidad. Siendo el tipo actual de

dicho impuesto el 4,864%, el recargo propuesto supone elevar el tipo al 6,864%. Si todas las CC.AA. ejercieran el máximo de esta capacidad normativa, la recaudación estimada anual ascendería a 321,4 millones de €.

Por último, podemos recordar que ya existe una capacidad normativa que ha sido usada solo por algunas Comunidades Autónomas. En concreto, el sistema actual de financiación de las CC.AA introdujo dos importantes novedades en materia de capacidad normativa que permitían obtener recursos adicionales a los proporcionados por el sistema:

- ✓ En el IVMDH, las CC.AA. pueden establecer tipos autonómicos máximos de 24 euros por 1000 litros y 6 euros por 1000 litros para usos especiales y calefacción. Actualmente, dicha capacidad normativa ha sido ejercida totalmente por Cataluña y de modo parcial por Galicia, Asturias y Madrid. La utilización máxima de dicha capacidad normativa supondría una recaudación adicional anual de 549,9 millones de € para las CC.AA. que no la han utilizado.
- ✓ En el IEDMT, las CC.AA. disponen de capacidad normativa para subir el tipo de los vehículos de baja cilindrada entre el 7 y el 7,70% y de los de alta, entre el 12 y el 13,2%<sup>1</sup>. Ejerciendo al máximo esta capacidad normativa, las CC.AA podrían alcanzar una recaudación de 147 millones de euros anuales. En la actualidad ninguna C.A. ha ejercido esta capacidad normativa.

En conjunto, el uso de la capacidad normativa actual y adicional en estos tributos indirectos supone un incremento de la financiación de 1.838,1 millones de euros anuales.

⇒ *Otras medidas*

- ✓ Por último, dado que algunas medidas tomarán algún tiempo para rendir recursos y para coadyuvar a resolver cuanto antes el problema del gasto sanitario, se propone aumentar inmediatamente – en el propio 2005 - los anticipos a cuenta por los impuestos cedidos, pasando del 98% al 100%. Esta medida tiene un impacto presupuestario estimado, en 2005, de 815,6 millones de euros.

El conjunto de medidas planteadas, sin considerar el incremento de los anticipos a cuenta, supone un aumento de los recursos para las CC.AA. de 2.465,3 millones de euros anuales. Si se considera el mencionado incremento de los anticipos a cuenta, el aumento de los recursos se eleva a 3.280,9 millones de €.

---

<sup>1</sup> En Canarias los tipos van del 6 al 6,60% para los vehículo de baja cilindrada y del 11 al 12,10 % para los de alta.