



Menos tabaco... ¿menos dinero para la sanidad? Los impuestos finalistas sobre el tabaco son un hecho. ¿Puede esto afectar a la recaudación para paliar la deuda sanitaria?

Muchos no están de acuerdo, pero la realidad, ratificada el pasado mes de septiembre durante la segunda Conferencia de Presidentes, es que los impuestos finalistas para financiar la sanidad son un hecho. Las comunidades autónomas tienen en su mano aumentar los recargos sobre el tabaco, al tiempo que implantan una ley que busca reducir su consumo. ¿Cómo puede afectar esto a la recaudación? Varios economistas y expertos en la materia han contestado a esta pregunta.

Carlos B. Rodríguez

La ley antitabaco tiene un objetivo claro: reducir el número de fumadores. Y todo indica que lo conseguirá. Las repercusiones económicas de una medida como ésta serán evidentes. Hacienda ya ha hecho sus cálculos y cree que este año dejará de ingresar al menos 1.600 millones de euros por impuestos al tabaco. Pero las consecuencias financieras de la norma pueden ir más allá y alcanzar, concretamente, los acuerdos que se alcanzaron el pasado mes de septiembre durante la segunda Conferencia de Presidentes, que abordó la financiación sanitaria como asunto monográfico y finalizó con un compromiso del Ejecutivo para

paliar la deuda autonómica que incluía un posible incremento de los recargos sobre alcohol y tabaco para obtener unos 200 millones de euros.

Claro está que es decisión de las comunidades autónomas hacer uso o no de esta capacidad normativa, pero en el caso de que así lo decidieran, parece obvio que una reducción en el consumo llevaría a una menor recaudación. Según los economistas consultados por *Revista española de Economía de la Salud*, es el efecto perverso que conlleva aplicar un impuesto finalista vinculado a 'malos comportamientos sanitarios'. Según su opinión, existen otros métodos.

“En el caso del tabaco, es indudable que su consumo, igual que el del alcohol, tiene costes sanitarios de gran trascendencia para el sistema sanitario, pero desde un punto de vista estrictamente financiero la realidad, dice Casasnovas, es que ‘cuanto mejor controle una región ese consumo, menos dinero obtendrá’”

La situación, dice Guillem López Casasnovas, catedrático del Departamento de Economía y Empresa de la Universidad Pompeu Fabra, se parece mucho a la que se daba al comienzo de la financiación autonómica, en la que si las comunidades recaudaban impuestos propios a través de los tributos cedidos iniciales, la transferencia estatal se reducía. Por aquel entonces, la financiación estaba ligada a la morbi-mortalidad. “Cuanta más tenías, se pensaba que tenías un gasto sanitario más alto y te daban más financiación. Cuando la reducías, perdías dinero”, recuerda Casasnovas. Es decir, el sistema otorgaba un “incentivo perverso” al control de la morbi-mortalidad, en lugar de premiarlo.

Aparecieron entonces los denominados ‘tributos normados’, según los cuales se hallaba el estándar medio de recaudación de todas las comunidades, a efectos de calcular las transferencias. Según esta fórmula, si una región recaudaba más que el estándar medio, el ‘sobrante’ era para ella y no se redu-

cía el dinero que recibía del Estado. Se trataba precisamente de no penalizar a las comunidades que ‘mejor se portaban’, fiscalmente hablando.

El control de las incapacidades transitorias constituye otro buen ejemplo. A diferencia del modelo que imperaba anteriormente (cuantas más incapacidades tienes, más dinero recibes), el patrón actual fija un objetivo y en la medida en que se cumple se otorga una financiación u otra.

El caso del tabaco

En el caso del tabaco, es indudable que su consumo, igual que el del alcohol, tiene costes sanitarios de gran trascendencia para el sistema sanitario, pero desde un punto de vista estrictamente financiero, la realidad, dice Casasnovas, es que “cuanto mejor controle una región ese consumo, menos dinero obtendrá”.

Para este experto, el hecho de que una comunidad tenga un consumo menor de tabaco no debiera sustraerle financiación, porque esta situación

podría dar lugar a una especie de ‘desincentivo’ a rebajar el consumo. Por ello, cree que la participación en la recaudación obtenida a través de los impuestos del tabaco debería estandarizarse a consumos medios, precisamente para premiar a aquellas regiones que más incentiven el abandono del hábito, sobre todo en estos momentos en que la nueva regulación antitabaco se está implantando a distinto ritmo en las comunidades autónomas y los logros que se alcancen pueden, por tanto, ser muy dispares. Precisamente representantes autonómicos y del Ministerio de Sanidad se han reunido ya en varias ocasiones para tratar de establecer unos criterios homogéneos de aplicación de la norma. Algunas regiones, como Madrid o la Comunidad Valenciana, habían dejado claro que no aplicarían la ley hasta disponer de un decreto en materia de inspecciones y denuncias.

Jaume Puig-Junoy, catedrático del Departamento de Economía y Empresa de la Universidad Pompeu Fabra,

El precio del tabaco

A pesar de las tres recientes subidas consecutivas de impuestos, el mercado de los cigarrillos no ha experimentado un alza significativa de los precios. El Consejo de Ministros aprobó el pasado mes de febrero un real decreto que modificaba los tipos impositivos sobre las labores del tabaco. Fue la tercera subida, tras las llevadas a cabo en septiembre de 2005 y enero de 2006, pero esas tres iniciativas sólo tuvieron repercusión en las marcas de bajo precio que aparecieron el verano pasado.

La última decisión del Gobierno de Rodríguez Zapatero consistió en incrementar en 1,05 puntos porcentuales el tipo ‘ad valorem’ (que pasó del 55,95 al 57%) y también el tipo específico (que subió 2 euros y quedó establecido en 8,20 euros por cada mil cigarrillos). Además, se estableció un nivel mínimo de impo-

sición de 55 euros por cada mil cigarrillos, que se aplica cuando la suma del impuesto específico y el ‘ad valorem’ sea inferior a esa cifra.

Con estas medidas, adoptadas en febrero, se perseguía que las marcas baratas subieran el precio de las cajetillas, un objetivo sólo logrado a medias. Porque si bien es cierto que estas cajetillas experimentaron un incremento de entre 35 y 70 céntimos, también lo es que su precio, tras las rebajas de los fabricantes a principios de año continúa prácticamente en los mismos niveles de marzo de 2005.

El Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo establece que el impuesto mínimo debe ser de 88 euros por cada mil cigarrillos. Para ello habría que subir el impuesto específico a 23 euros. Ahora está en 8,2.

“El debate sobre si tiene sentido ligar la financiación de la sanidad a impuestos finalistas, como es el caso de ‘vicios’ como el tabaco y el alcohol, es amplio (...). Como pregunta Joan Rovira: ‘¿Por qué no aplicarlos a otros comportamientos y productos poco saludables, como los alimentos con elevado contenido de colesterol?’”

comparte la opinión de Casasnovas. No obstante, considera que dentro del espacio de autonomía fiscal de las comunidades, aún se pueden subir los impuestos, por lo que considera que el alcohol y el tabaco continúan siendo fuentes adecuadas de financiación.

También Joan Rovira, director del Centro de Estudios en Economía de la Salud y de la Política Social Soikos, considera que la propuesta de López Casasnovas evitaría el efecto perverso de ‘no premiar’ a aquellas comunidades autónomas que más controlen y desincentiven la rebaja del consumo de tabaco, pero no elimina la falta de justificación que, en su opinión, tiene un impuesto finalista para financiar la sanidad.

A su juicio, un gravamen de este tipo sobre el tabaco podría tener cierta justificación si después se invirtiese en la promoción de técnicas y programas de deshabituación tabáquica, pero cree que son herramientas muy ineficientes. “Por ejemplo, puede ser que no haya ningún tratamiento efectivo para ayu-

dar a dejar de fumar, pero aun así se gaste el dinero proveniente del impuesto finalista en estos tratamientos inútiles y en cambio no se puedan financiar, por falta de recursos, programas efectivos y eficientes para prevenir, por ejemplo, la infección por el virus de inmunodeficiencia adquirida o cualquier otro objetivo”, dice.

Por otra parte, añade este experto, si se reduce el consumo de tabaco, bajarían los ingresos para financiar la sanidad, mientras que pueden aumentar las necesidades sanitarias, pues aunque se reduzca el gasto en enfermedades asociadas al tabaquismo, los individuos vivirán más años y, consecuentemente, será necesario invertir más dinero para tratar el alzheimer y otras enfermedades propias de la edad avanzada, que son muy costosas.

En ocasiones se ha argumentado que el fumador debe pagar el gasto sanitario adicional que genera a la sociedad. Éste es un argumento con una base empírica más que discutible, a juicio de Rovira. Para él, depende de qué cos-

tes se tengan en cuenta y cómo se contabilicen. Este experto ha sugerido que el flujo total neto estimado de recursos financieros de un fumador a lo largo de su vida a favor de la Hacienda Pública en países con un sistema de protección social bien establecido supera al de un no fumador. “Básicamente —explica— porque el fumador muere antes y le cuesta menos en pensiones al sistema de protección social”.

El debate sobre si tiene sentido ligar la financiación de la sanidad a impuestos finalistas, como es el caso de ‘vicios’ como el tabaco y el alcohol, es amplio. Sobre él existen opiniones muy divergentes, basadas en valores e ideologías distintas, más que en la evidencia empírica o el análisis económico, y con muchas vertientes a discutir. Un ejemplo es la pregunta que lanza Joan Rovira: “Si aceptamos el impuesto finalista para el tabaco, ¿por qué no aplicarlo a otros comportamientos y productos poco saludables, como los alimentos con elevado contenido de colesterol?”.]

Los primeros traspasos

En total, las comunidades autónomas percibirán entre 2005 y 2007 hasta 2.300 millones de euros adicionales para paliar su déficit sanitario, de los cuales 949 millones (más otros 500 millones adicionales como máximo en función de la evolución del Producto Interior Bruto) se transferirán a lo largo de 2006. El Ministerio de Administraciones Públicas, que dirige Jordi Sevilla, ha comenzado ya el reparto de los fondos extraordinarios para la financiación de la sanidad pública, en virtud de lo acordado durante la segunda Conferencia de Presidentes. Todas las autonomías han solicitado ya reuniones para formalizar el traspaso de dicha financiación.

La primera ha sido Extremadura, que ha recibido 21,6 millones de euros. La segunda, la Comunidad Valenciana, que acordó el traspaso de 56 millones,

cantidad a la que hay que añadir 26 millones de euros por el incremento de los impuestos de alcoholes y tabacos y los efectos inducidos que tal incremento tiene en el IVA y en el Fondo de Suficiencia en el año 2006. Por su parte, Castilla-La Mancha recibirá 23,7 millones de euros, más otros 12 por el incremento de los impuestos sobre los alcoholes y el tabaco.

A todo ello hay que sumar la cantidad que las comunidades podrán ingresar vía anticipos de tesorería correspondientes a 2006 (236 millones de euros para la Comunidad Valenciana; 139 millones para Castilla-La Mancha y 95 para Extremadura); junto a la parte correspondiente de los 1.177 millones de euros que se distribuirán entre todas las comunidades autónomas al liquidarse el ejercicio en curso.