



# La financiación de la sanidad pública española. Especial referencia a la crisis sanitaria generada por COVID-19

## FINANCING THE SPANISH PUBLIC HEALTH SYSTEM. SPECIAL REFERENCE TO THE COVID-19 HEALTH CRISIS

**Nuria Benítez-Llamazares**

Profesora Sustituta Interina de Economía Aplicada (Hacienda Pública)

Universidad de Málaga

[nurbenitez@uma.es](mailto:nurbenitez@uma.es)  0000-0003-0939-3536

Recibido: 12.12.2020 | Aceptado: 13.12.2020

### RESUMEN

La protección de la salud de los ciudadanos se configura como un derecho fundamental recogido en la Constitución Española, siendo deber de los poderes públicos garantizar tales prestaciones. El Sistema Nacional de Salud en España se encuentra integrado por todas las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud en todos los niveles de gobierno –estatal, autonómico y local-. La definición de las prestaciones de asistencia sanitaria como no contributivas implica que la alternativa más apropiada sea la financiación impositiva de un elevado porcentaje del gasto sanitario público. Adicionalmente, otros mecanismos de financiación son posibles, como los ingresos por donaciones al Estado COVID-19, una alternativa que ha dado buenos resultados para financiar los costes asociados a la gestión de la actual pandemia y que podría ser susceptible de revisión para intentar mantenerlo como ingreso corriente en los planes presupuestarios futuros.

### ABSTRACT

Health population is considered as a fundamental right according to the Spanish Constitution, and public administrations have the duty to guarantee such benefits. National Health System in Spain is configured by public structures and Health services at all levels of government. The definition of health care benefits as non-contributory implies that the most appropriate alternative is the tax financing of a high percentage of public health spending. Additionally, other financing mechanisms are possible, such as income from donations to the COVID-19 State, an alternative that has given good results to finance the costs associated with the management of the current pandemic.

### PALABRAS CLAVE

Sistema Nacional de Salud  
Gasto sanitario  
Financiación  
Donaciones  
COVID-19

### KEYWORDS

National Health System  
Health expenditure  
Financing, donations  
COVID-19

## SUMARIO

- I. EL DERECHO FUNDAMENTAL DE LA SALUD
- II. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN ESPAÑA
- III. DATOS ECONÓMICOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
- IV. FACTORES DETERMINANTES DEL GASTO SANITARIO. EVOLUCIÓN RECIENTE Y PERSPECTIVAS FUTURAS
- V. MECANISMOS DE FINANCIACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: ESPECIAL REFERENCIA A LOS INGRESOS POR DONACIONES COVID-19
- VI. CONCLUSIONES
- VII. ANEXO  
Bibliografía

### I. EL DERECHO FUNDAMENTAL DE LA SALUD

La *Constitución Española*, en su Capítulo Tercero -De los principios rectores de la política social y económica-, reconoce el derecho fundamental de los ciudadanos a la protección de la salud “a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios”, siendo competencia de los poderes públicos organizar y tutelar actividades de esta índole (Constitución Española, 1978; art. 43). Asimismo, la Ley General de Sanidad (LGS) reconoce que “son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional”, además de “los extranjeros no residentes en España, así como los españoles fuera del territorio nacional”, que tendrán garantizado tal derecho en virtud de las leyes y convenios internacionales pertinentes (Ley 14/1986, 1986; art. 1).

Este acceso universal a los servicios sanitarios públicos, establecido como una prestación no contributiva en especie del régimen general de la Seguridad Social (Real Decreto Legislativo 8/2015, 2015; art. 109.3.b) –y, en consecuencia, en ausencia del pago de cotizaciones, cuotas o primas sanitarias– aboca a una necesaria financiación del sistema sanitario público español mediante ingresos de naturaleza tributaria, fundamentalmente impuestos. La justificación resulta más que evidente, pues estamos considerando que el acceso y la promoción de la salud es lo que en términos económicos se entiende como un *servicio preferente para la sociedad* y, por tanto, la financiación de tales prestaciones debe ir vinculada al principio de capacidad de pago en lugar de al principio del beneficio<sup>1</sup>.

Esta aplicación del principio de capacidad de pago en la financiación del gasto sanitario hace efectiva la equidad e igualdad del sistema, y así se entiende en la LGS al señalar como principio general que “la asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española”, y que “el acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en

1. El principio de capacidad de pago establece que los servicios públicos deben ser financiados por los contribuyentes atendiendo a su capacidad económica, conllevando asociado de forma inherente un componente redistributivo. Por el contrario, el principio del beneficio determina que los usuarios de los servicios públicos deberían aportar al sistema en función del uso que hagan de estos, convirtiendo *de facto* su financiación en un sistema de precios públicos.

condiciones de igualdad efectiva". E igualmente, apela a la solidaridad interterritorial al mencionar que "la política de salud estará orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales" (Ley 14/1986, 1986; art. 3) y que "los poderes públicos orientarán sus políticas de gasto sanitario en orden a corregir desigualdades sanitarias y garantizar la igualdad de acceso a los Servicios Sanitarios Públicos en todo el territorio español, según lo dispuesto en los artículos 9.2 y 158.1 de la Constitución" (Ley 14/1986, 1986; art. 12).

El conjunto de actuaciones en materia de asistencia sanitaria prestado por el Sistema Nacional de Salud en nuestro país configura el denominado *catálogo de prestaciones del sistema*, e incluye los servicios o conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y de promoción y mantenimiento de la salud dirigidos a los ciudadanos. En concreto, la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud enumera los siguientes: atención primaria, atención especializada, atención sociosanitaria, atención de urgencias, la prestación farmacéutica, la ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario (Ley 16/2003, 2003; art. 7).

Estas prestaciones sanitarias pueden y deben ser garantizadas por los poderes públicos; quedando reconocido expresamente, en el artículo 148 de la Constitución Española, el derecho de las Comunidades Autónomas a asumir competencias en materia de sanidad, y manteniendo el Estado las competencias exclusivas sobre la sanidad exterior, el sistema de bases y coordinación general de la sanidad y la legislación sobre los productos farmacéuticos (Constitución española, 1978; art. 149). Este modelo de organización descentralizado de la sanidad, vigente desde la aprobación de la Ley 21/2001<sup>2</sup>, ha permitido acercar la gestión de la asistencia sanitaria a los ciudadanos y mejorar la calidad del servicio público sanitario<sup>3</sup>, pero ha resultado en la creación de un sistema complejo de gestión que procederemos a analizar en el siguiente epígrafe.

## II. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN ESPAÑA

El artículo 41 de la LGS define el *Sistema Nacional de Salud* como el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, integrado por todas las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud (Ley 14/1986, 1986; art. 41).

A nivel estatal, el organismo responsable para la administración y gestión de los servicios sanitarios es el *Instituto Nacional de Gestión Sanitaria* (INGESA), entidad gestora dependiente de la Seguridad Social (Real Decreto Legislativo 8/2015, 2015; art. 66). Adicionalmente, en cada Comunidad Autónoma se constituye un *Servicio Regional de Salud* –17 en total– integrado por todos los centros, servicios y esta-

2. Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatutos de Autonomía.

3. Marqués Fernández, F.: "El Sistema Nacional de Salud después de las transferencias sanitarias", *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI*, Vol. 1, núm. 4, 2003, pp. 543-554. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-el-sistema-nacional-salud-despues-13055234>.

blecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias, que estará gestionado bajo responsabilidad de la respectiva Comunidad Autónoma (Ley 14/1986, 1986; art. 50). Estas entidades gestoras sanitarias –estatal y autonómicas– son financiadas fundamentalmente mediante recursos impositivos, propios y cedidos de las Administraciones Públicas, que van destinados prioritariamente a la cobertura de gastos de los Centros de Atención Primaria, Hospitales Públicos, productos farmacéuticos –en parte, pues en esta categoría existe el denominado copago sanitario– y otros gastos de Salud Pública. Adicionalmente, con cargo a estos ingresos se pueden financiar prestaciones subcontratadas mediante conciertos con hospitales privados y servicios subcontratados de profesionales sanitarios privados.

Adicionalmente, en el Capítulo IV de la Ley General de la Seguridad Social se regula la posibilidad de participación en la gestión del sistema de la Seguridad Social a través de mutuas y entidades colaboradoras (Real Decreto Legislativo 8/2015, 2015; art. 79) que podrán gestionar prestaciones de asistencia sanitaria. Estas entidades colaboradoras se integran en el sector público estatal con independencia de su posible naturaleza privada, y su principal fuente de financiación son las cuotas de la seguridad social pagadas por sus asociados o mutualistas. Las prestaciones sanitarias ofrecidas por estas entidades colaboradoras permiten, por lo general, el acceso a hospitales y especialistas privados en régimen de concierto con el Sistema Nacional de Salud, permitiendo descargar parte de la presión sanitaria hacia el sector privado (figura II.1).

Por último, para completar el circuito de la actividad sanitaria, hemos de mencionar la prestación de estos servicios en el ámbito privado –quedando, por tanto, excluidos del Sistema Nacional de Salud–. La asistencia sanitaria privada se rige por el principio del beneficio económico y la ley de la oferta y la demanda, y, en consecuencia, no está obligada a cumplir con los criterios establecidos para el sector sanitario público. En esta modalidad de provisión de asistencia sanitaria los interesados pueden optar, como bien es sabido, por dos alternativas básicas: la contratación de un seguro privado que les permita acceder a un amplio catálogo de prestaciones con sus entidades colaboradoras a cambio del pago de una cuota o prima anual, o la contratación directa del servicio sanitario privado realizando el pago correspondiente.

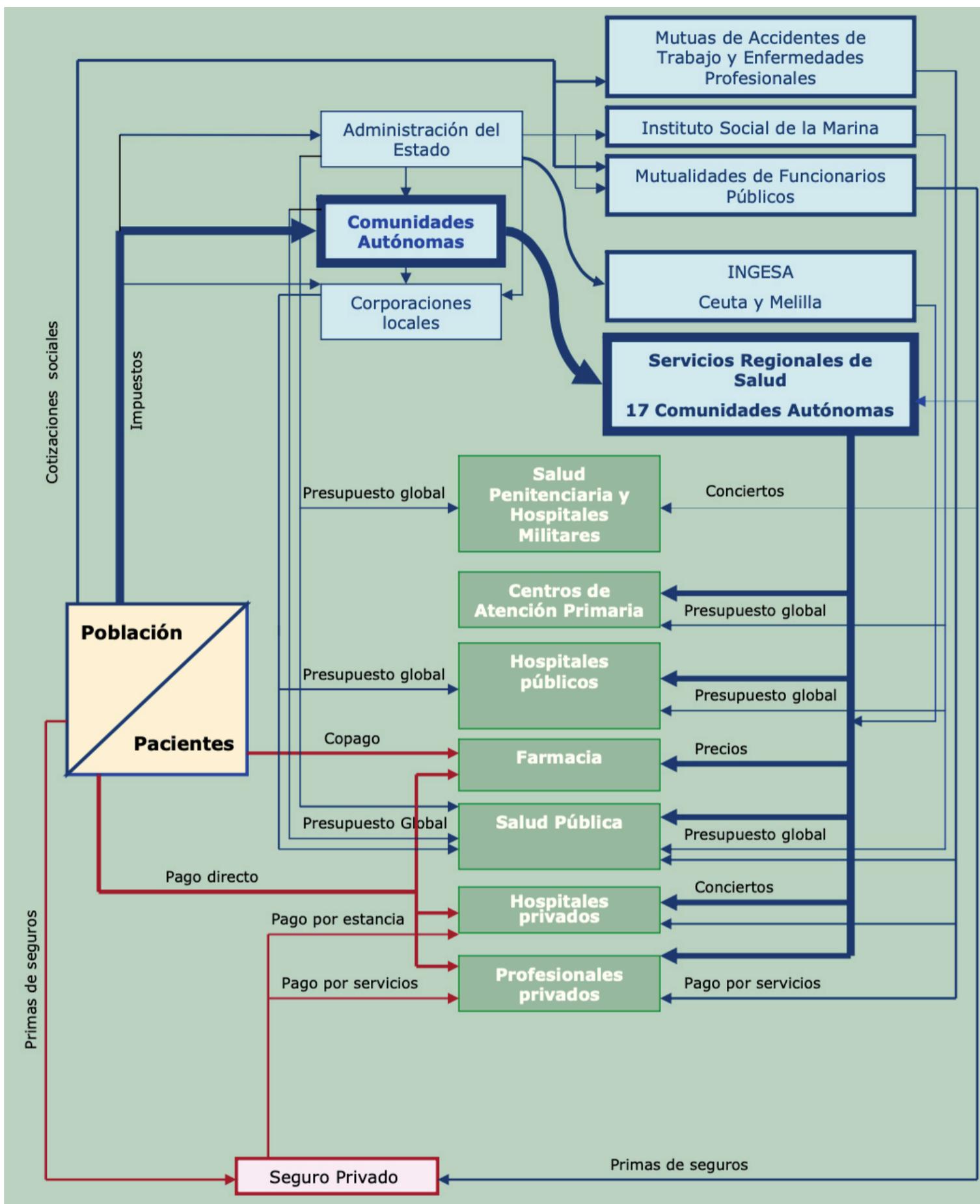


Figura II.1. Flujos financieros del sistema sanitario español desde la reforma del año 2002. Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo, D.G. de Cohesión del Sistema Nacional de Salud y Alta Inspección. Elaborado por la S.G. de Análisis Económico y Fondo de Cohesión.

### III. DATOS ECONÓMICOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

La complejidad del Sistema Nacional de Salud español se pone de manifiesto, entre sus múltiples vertientes, en las de naturaleza jurídica y económica. Desde una perspectiva jurídica, la existencia de un elevado número de agentes implicados en el proceso, que pueden ser de ámbito público y privado, con distintas funciones asignadas –financiación, administración y gestión, prestación del servicio, etc.–, y a distintos niveles de descentralización –estatal, autonómico y local–, requiere de una especial atención a la definición del marco legal regulatorio y del sistema de coordinación entre administraciones, que dote de eficacia y seguridad jurídica al sistema sanitario. En la dimensión económica, resulta esencial que la financiación del sistema sea suficiente para cubrir las necesidades de gasto asociadas y a la vez que la asignación de recursos se realice con la mayor eficiencia posible para garantizar su sostenibilidad a largo plazo.

La importancia de la participación del sector público en el sistema sanitario de un país se puede determinar analizando el porcentaje de gasto sanitario que es asumido por las administraciones públicas en relación con el gasto sanitario total del sistema, tal y como se muestra en el gráfico III.1. Asimismo, el porcentaje de gasto sanitario asumido por el sector público es un buen indicador del Estado del Bienestar de los países y, por ende, de su desarrollo socioeconómico. De este modo, se observa que en la mayoría de los países de la OCDE el peso del sector público en la cobertura de las prestaciones sanitarias es bastante elevado, superando el gasto sanitario público el 50% de los gastos sanitarios totales en la mayoría de los países. Este nivel de gasto sanitario público es especialmente elevado en la mayoría de los países nórdicos, Luxemburgo y Japón, donde se alcanzan niveles de gasto público que superan el 80% del gasto sanitario total de estos países. España se sitúa en la media del porcentaje de gasto público sanitario de la OCDE con un porcentaje del 71% de gasto público sanitario con respecto al total de gasto sanitario de nuestro país.

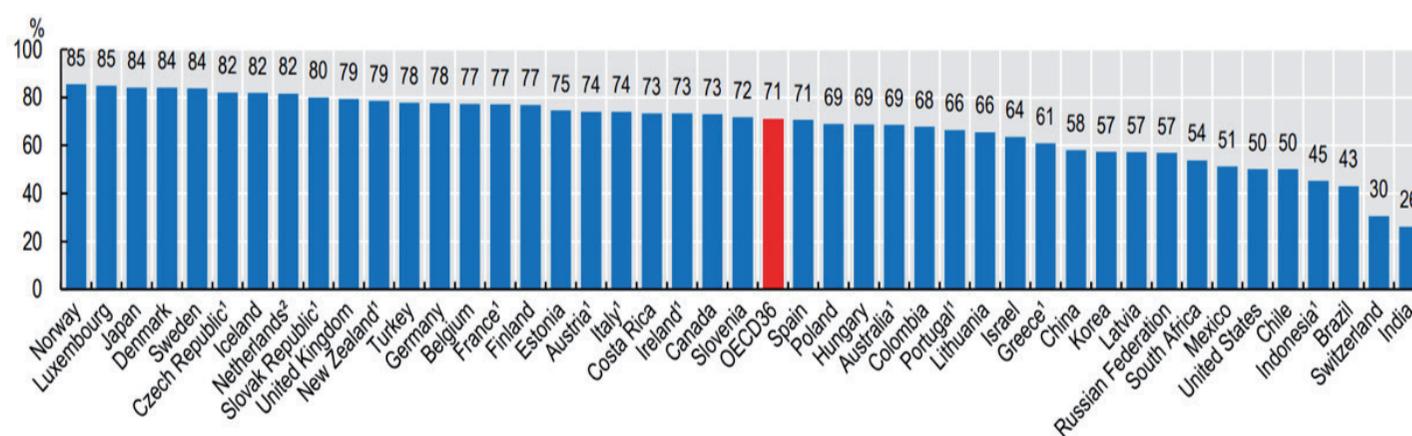


Gráfico III.1. Gasto sanitario financiado con recursos públicos con relación al total de gasto sanitario, 2017 (o año más reciente).  
 Fuente: OCDE, 2019

Por otra parte, el peso que la sanidad tiene en el conjunto del sector público puede ser fácilmente expresado en términos de porcentaje de gasto sanitario público con respecto al total del gasto público de un país. El gráfico III.2. muestra esta ratio para el conjunto de países de la OCDE, y en el que se expone que España dedica el 15% de su

gasto público total a programas de sanidad pública –en consonancia con la media de los países de la OCDE–. Los países en los que la sanidad pública representa una mayor prevalencia en el nivel de gasto público –por encima del 20% del total– son Japón, Estados Unidos, Nueva Zelanda, Irlanda y Alemania. Resulta especialmente llamativo que países tradicionalmente poco intervencionistas como Estados Unidos, Nueva Zelanda o Irlanda tengan proporciones tan elevadas de gasto sanitario con relación al gasto público total. No obstante, una posible explicación para tal circunstancia se deba precisamente a la existencia de sectores públicos limitados, y dedicados casi en exclusiva a la provisión de servicios básicos esenciales para la sociedad.

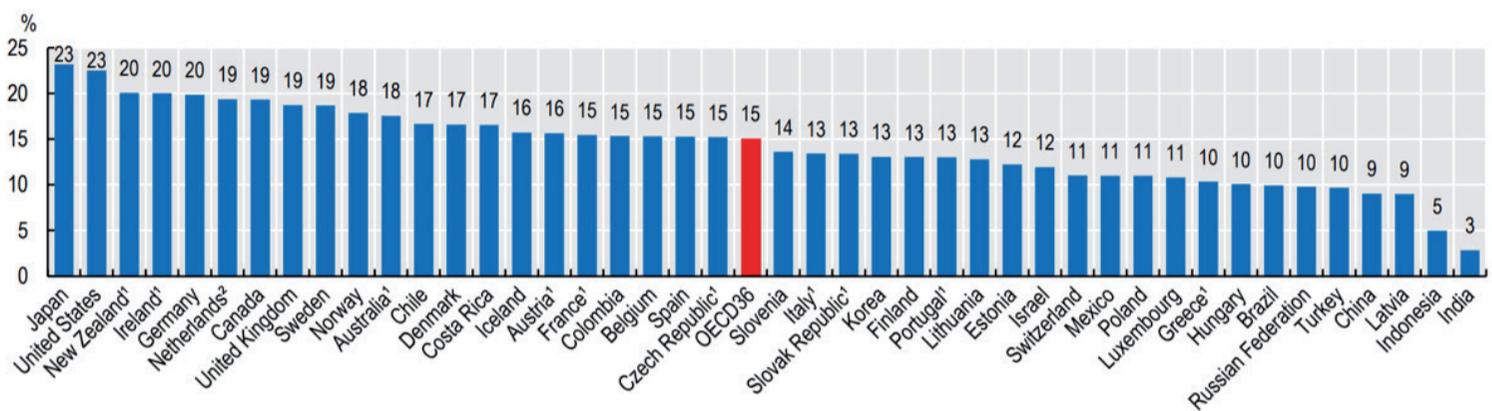


Gráfico III.2. Gasto sanitario financiado con recursos públicos con relación al total de gasto público, 2017 (o año más reciente). Fuente: OCDE, 2019

Por último, si analizamos el gasto sanitario por tipo de financiación recibida –gráfico III.3– podemos observar que la mayoría del gasto sanitario global de los países se financia mediante aportaciones del Estado –*government schemes*– y aportaciones obligatorias de los ciudadanos a seguros obligatorios de salud –*compulsory health insurance*–. Quedando relegadas a un segundo plano las financiaciones de carácter voluntario y privado: seguros de salud voluntarios –*voluntary health insurance*– y pagos directos por los servicios recibidos –*out-of-pocket*–.

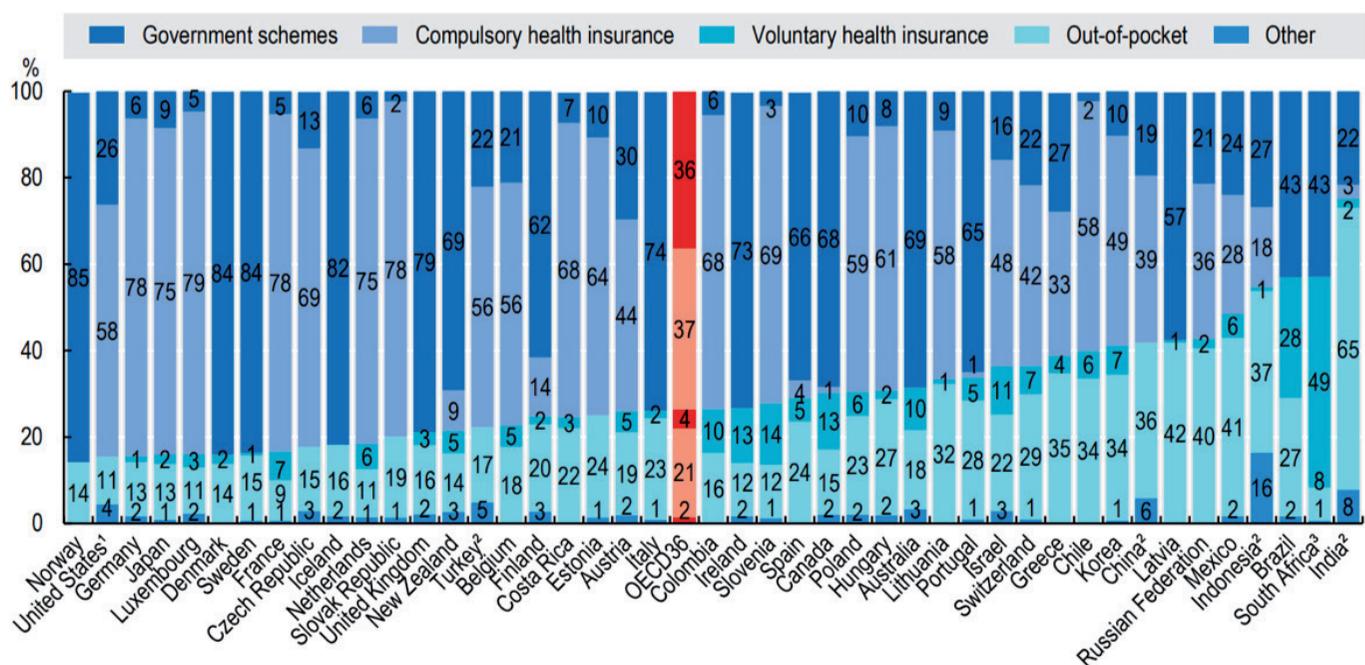


Gráfico III.3. Gasto sanitario por tipo de financiación, 2017 (o año más reciente). Fuente: OCDE, 2019

#### IV. FACTORES DETERMINANTES DEL GASTO SANITARIO. EVOLUCIÓN RECIENTE Y PERSPECTIVAS FUTURAS

El importe y la estructura del gasto sanitario público se encuentra afectado por un conjunto de factores tanto de naturaleza intrínseca como extrínseca del propio Sistema Nacional de Salud. Desde una perspectiva externa, resulta innegable afirmar que la propia dimensión del sector público –estudiada en el epígrafe anterior– y la coyuntura económica del país son las principales variables que han incidido en el mayor o menor gasto sanitario público de los últimos años, tal y como se demuestra en los cuadros VII 1 a VII 4 del anexo del presente artículo. Así, se pone de manifiesto que, como consecuencia de la crisis económica de 2008, el gasto sanitario público experimentó tasas de variación interanual negativas durante cuatro ejercicios económicos seguidos –años 2011 a 2014–; no siendo hasta el año 2018 cuando se alcanzaron los niveles de gasto sanitario público existentes previos a la crisis económica –tras un período de nueve años presupuestos inferiores de gasto sanitario público–.

Desde una perspectiva interna, el Sistema Nacional de Salud se encuentra directamente influido por las características socioeconómicas de la población, y en especial, por las variables sociodemográficas como son el envejecimiento de la población y el aumento de la esperanza de vida de la ciudadanía. Como podemos observar en el gráfico IV.2., la pirámide de población española está invirtiendo su forma natural. Avanzamos hacia una sociedad envejecida, de la que se estima que, en 2060, aproximadamente un tercio de su población tendrá más de 60 años.

Esta inversión de la pirámide de población se debe a factores como la caída de la natalidad en los últimos años y el incremento mantenido de la esperanza de vida en el nacimiento, que en 2019 alcanzó los 80,9 años para los hombres y los 86,2 años para las mujeres. En la actualidad, una persona de 65 años tiene una esperanza de vida 6 años superior a lo esperado para una persona de la misma edad en 1975; longevidad que en proyecciones futuras será 8 años superior a la actual en 2060. Además, la tasa de mortalidad seguirá una tendencia descendente moderada, tal y como lo ha hecho en los últimos años.

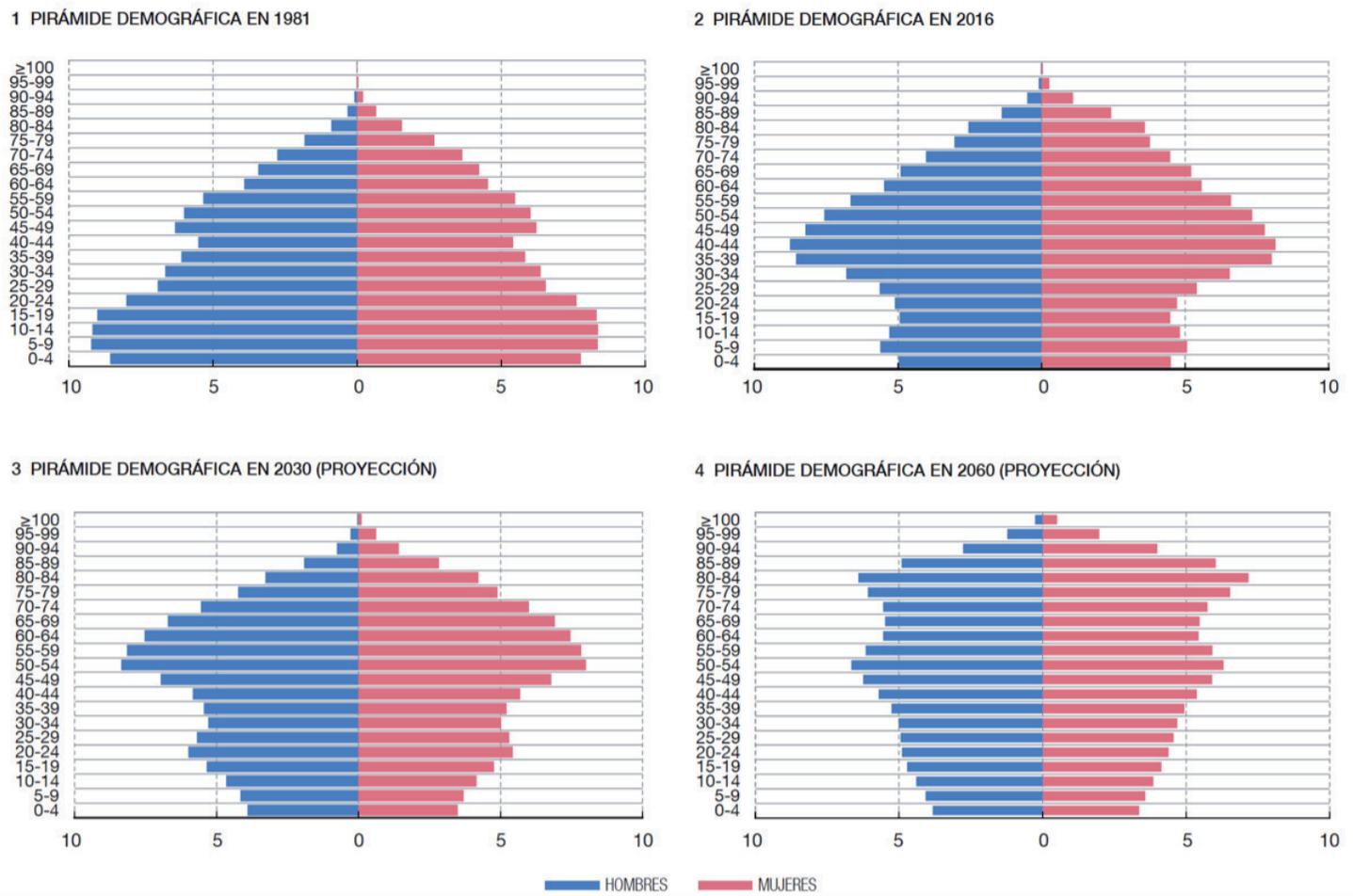


Gráfico IV.2. Pirámides de población española. Años 1981, 2016, 2030 y 2060. Fuente: Hernández de Cos, et al., 2017.

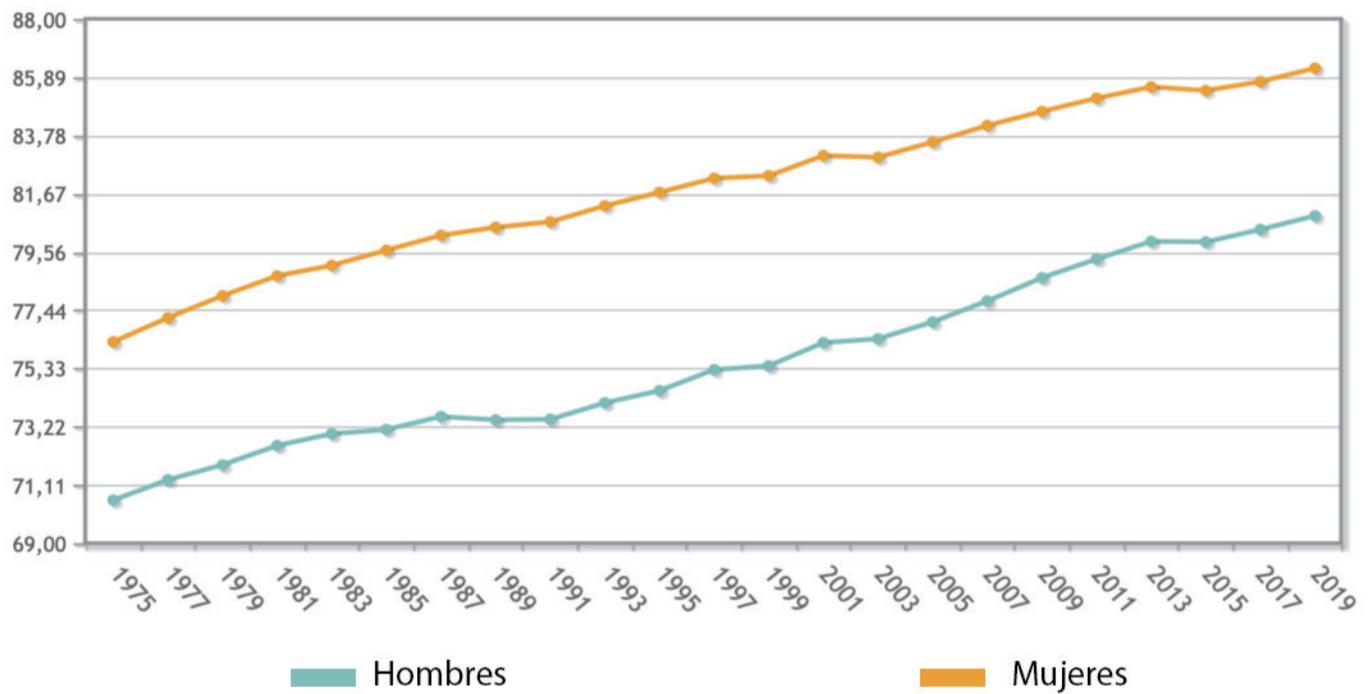


Gráfico IV.1. Esperanza de vida al nacer. Evolución 1975-2019. Hombres Mujeres. Fuente: INE, 2020.

Como resultado de lo anteriormente expuesto, el número de personas con edades superiores a los 50 años ha ido aumentando progresivamente en los últimos años, siendo ésta una población especialmente de riesgo para el desarrollo de enfermedades de naturaleza crónica y en las que el gasto en asistencia primaria, especializada y farmacéutico se incrementa considerablemente.

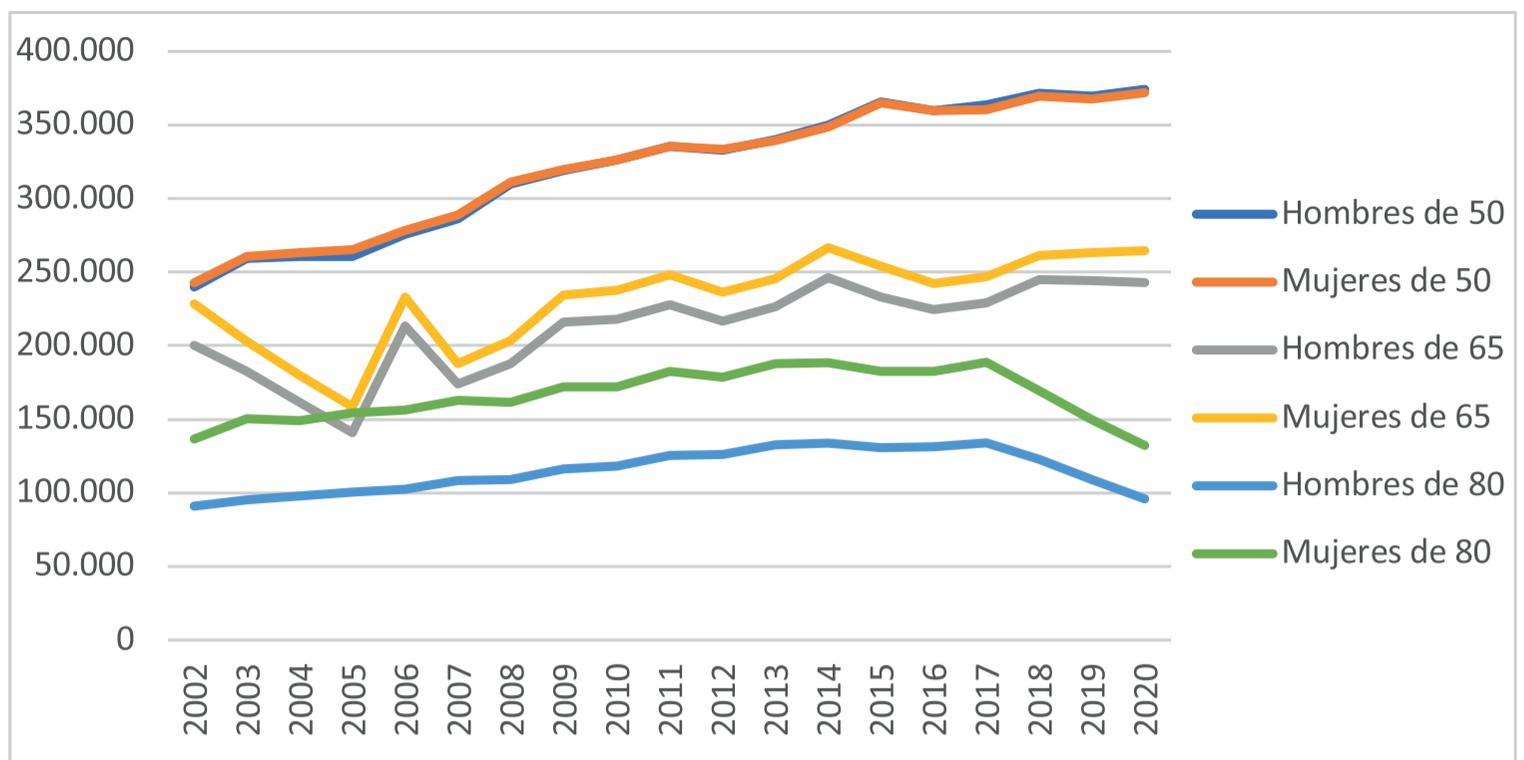


Gráfico IV.3. Número de personas con edades de 50, 65 y 80 años. Evolución 2002-2020. Fuente: elaboración propia a partir de datos de INE, 2020

De este modo, las proyecciones de gasto sanitario futuro de la OCDE estiman incrementos de gasto sostenidos y generalizados en la mayoría de los países para los próximos diez años. En el caso español, la previsión es que el gasto sanitario global aumente en un 9,9% del PIB para el año 2030, aumentando consecuentemente las partidas de gasto sanitario del Sistema Nacional de Salud.

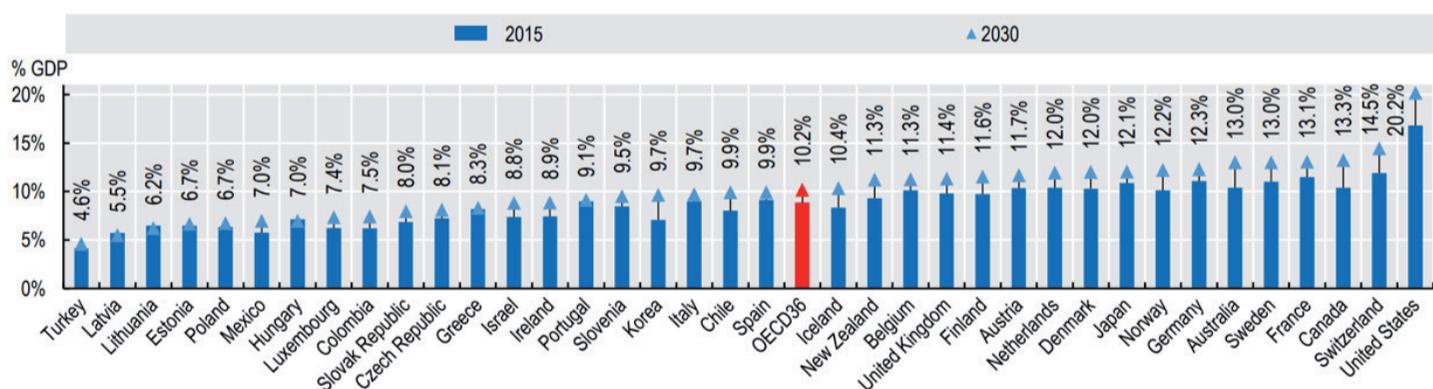


Gráfico IV.4. Gasto sanitario en porcentaje del PIB, proyección a 2030. Fuente: OCDE, 2019

## V. MECANISMOS DE FINANCIACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: ESPECIAL REFERENCIA A LOS INGRESOS POR DONACIONES COVID-19

La principal dificultad a la que nos enfrentamos a la hora de determinar si la financiación de la sanidad pública española es adecuada o no, consiste en la ausencia

de relación directa entre la obtención de los ingresos necesarios y su aplicación en forma de gasto sanitario de los servicios prestados. El carácter universal que nuestra sanidad pública comporta, necesariamente le desvincula de la capacidad de pago de la ciudadanía; a diferencia de otro tipo de prestaciones contributivas ofrecidas por el Régimen de la Seguridad Social –que están directamente afectadas a las cotizaciones sociales aportadas por los posibles beneficiarios del sistema–. En consecuencia, al ser tratada la asistencia sanitaria como una prestación del Régimen de la Seguridad Social de naturaleza no contributiva, su principal vía de financiación son las transferencias realizadas por las administraciones públicas correspondientes –Estado, Comunidades Autónomas o Corporaciones Locales–, las cuales provienen fundamentalmente de los ingresos impositivos del sector público.

Los impuestos son por definición ingresos tributarios de naturaleza coactiva exigidos sin establecer contraprestación directa alguna a los contribuyentes. Esta ausencia de contraprestación directa en el pago del impuesto impide su posterior afectación a partidas de gasto concretas, de modo que resulta imposible determinar si el Sistema Nacional de Salud –así establecido– es deficitario o no. Así pues, la única solución para este tipo de bienes públicos consiste en establecer el nivel de provisión del servicio que se considera adecuado, presupuestar el gasto público asociado y determinar las vías de financiación que mejor se ajusten a lo presupuestado.

Modificar el sistema de financiación de la sanidad pública en España hacia un modelo de ingreso afectado al pago de la prestación del servicio –por ejemplo, estableciendo seguros de salud obligatorios o incluyendo cotizaciones sanitarias obligatorias adicionales a las ya existentes– implicaría redefinir la asistencia sanitaria como una prestación contributiva, y perdería el carácter universal que actualmente posee; además de incrementar los costes laborales de los trabajadores pudiendo tener consecuencias negativas para el mercado laboral. En contrapartida, el coste de la asistencia sanitaria tendría una mayor visibilidad para los ciudadanos –pues se les descontaría directamente de sus retribuciones– con la posibilidad de que se realizase un uso más racional de los servicios sanitarios públicos. En cualquier caso, una modificación del Sistema Nacional de Salud de tal envergadura sería inviable a corto plazo, y requeriría de una elevada planificación a largo plazo.

En el caso de disponer de necesidades urgentes de financiación sobrevenidas, como ha ocurrido este año 2020 con la crisis sanitaria por COVID-19, se pueden adoptar medidas en el marco del sistema con el objetivo de obtener ingresos adicionales extraordinarios; como ha sucedido con los denominados ingresos por donaciones al Estado COVID-19 –medida que también han adoptado algunas Comunidades Autónomas para obtener recursos adicionales en la gestión de la pandemia–. Desde una perspectiva jurídica, este tipo de donaciones a la sanidad pública no se encuentran expresamente recogidas en ninguna de las alternativas de financiación del Sistema Nacional de Salud, pero apela al principio de solidaridad recogido en el artículo 2º de la Constitución Española y que debe entenderse como un principio rector que rige no solamente entre regiones, sino que es extensible al comportamiento de la ciudadanía en su conjunto. Este ingreso de naturaleza extraordinaria se encuentra expresamente

afectado a la financiación de los gastos derivados de la crisis sanitaria por COVID-19, y se estima que durante los tres primeros meses de pandemia recaudó aproximadamente 17 millones de euros –lo que supone aproximadamente el 25% del gasto sanitario público anual del conjunto de las Comunidades Autónomas en nuestro país–, siendo el número de donaciones realizadas de 4.000 aproximadamente, tanto de empresas como de particulares. A la vista de los resultados, tal vez sería interesante intentar transformar este recurso de naturaleza extraordinaria en una vía ordinaria de obtención de ingresos adicionales para la financiación del Sistema Nacional de Salud.

## VI. CONCLUSIONES

La protección de la salud de los ciudadanos se configura como un derecho fundamental recogido en la Constitución Española, siendo deber de los poderes públicos garantizar tales prestaciones. El Sistema Nacional de Salud en España se encuentra integrado por todas las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud en todos los niveles de gobierno –estatal, autonómico y local–. Es un sistema complejo, tanto a nivel jurídico como económico, debido a la existencia de un elevado número de agentes implicados en el proceso y la naturaleza diversa de estos. Desde un punto de vista económico, hemos visto que España se sitúa en la media de los países de la OCDE en cuanto a indicadores del gasto sanitario público, siendo unos datos, aunque aceptables, susceptibles de mejora. Los principales factores que inciden en la evolución del gasto sanitario público son la propia dimensión del sector público, la coyuntura económica y los factores sociodemográficos de la población. La reciente crisis económica de 2008 ha supuesto un retroceso en los niveles de gasto sanitario que no ha sido posible recuperar hasta fechas recientes. Adicionalmente, la estructura sociodemográfica de la población –una población envejecida y con elevadas esperanzas de vida presentes y futuras– incidirá muy probablemente en un necesario incremento de la asistencia sanitaria en este tipo de población según las previsiones futuras de la OCDE para el año 2030.

Desde el punto de vista financiero, la definición de las prestaciones de asistencia sanitaria con la naturaleza de no contributividad limita la variedad de mecanismos de financiación posibles a emplear, siendo la alternativa más apropiada la financiación impositiva de un elevado porcentaje del gasto sanitario público. Otras alternativas de financiación serían posibles a medio y largo plazo, pero sería necesario realizar una valoración exhaustiva de los beneficios e inconvenientes del cambio del sistema, pues en Economía no existen soluciones perfectas a los problemas, si no que toda elección conlleva un coste de oportunidad asociado. Por último, hemos visto que otros mecanismos de financiación son posibles, como los ingresos por donaciones al Estado COVID-19, una alternativa que ha dado buenos resultados para financiar los costes asociados a la gestión de la actual pandemia y que podría ser susceptible de revisión para intentar mantenerlo como ingreso corriente en los planes presupuestarios futuros.

## VII. ANEXO

	Miles de euros corrientes													
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>COMUNIDADES AUTÓNOMAS</b>	<b>52.328.839</b>	<b>56.518.611</b>	<b>58.909.680</b>	<b>59.767.615</b>	<b>57.360.289</b>	<b>56.491.330</b>	<b>53.164.176</b>	<b>53.052.299</b>	<b>54.466.783</b>	<b>56.438.689</b>	<b>58.713.698</b>	<b>60.990.687</b>	<b>62.092.216</b>	<b>65.434.767</b>
Andalucía	8.730.590	9.565.458	9.826.539	9.827.380	9.379.092	9.420.021	8.474.981	8.204.893	8.458.779	8.826.775	9.326.116	9.834.104	9.815.747	11.050.090
Aragón	1.635.880	1.746.825	1.879.305	1.907.634	1.849.152	1.856.717	1.620.361	1.605.304	1.600.433	1.802.290	1.898.407	1.991.285	2.000.557	2.072.958
Asturias (Principado de)	1.338.673	1.368.387	1.559.042	1.639.961	1.551.686	1.551.686	1.486.030	1.485.056	1.496.453	1.523.345	1.641.293	1.682.523	1.765.509	1.828.524
Baleares (Illes)	1.086.683	1.197.301	1.257.526	1.176.349	1.176.349	1.222.481	1.174.188	1.195.017	1.318.084	1.392.211	1.492.584	1.584.351	1.730.482	1.730.396
Canarias	2.522.347	2.803.522	2.929.877	2.857.009	2.540.923	2.605.948	2.578.065	2.607.637	2.633.376	2.643.052	2.718.928	2.936.749	3.014.185	3.147.436
Cantabria	721.331	754.779	793.574	795.926	729.379	753.697	773.156	786.713	788.822	805.758	824.906	854.603	874.228	922.064
Castilla y León	3.048.015	3.333.440	3.408.749	3.518.637	3.461.605	3.429.864	3.246.743	3.200.341	3.275.726	3.308.487	3.485.944	3.597.144	3.592.949	3.583.993
Castilla-La Mancha	2.406.306	2.634.185	2.852.557	2.918.501	2.814.097	2.606.714	2.443.160	2.390.245	2.423.201	2.635.703	2.728.965	2.806.828	2.806.827	3.023.926
Cataluña	8.683.930	9.159.636	9.426.529	9.888.282	9.200.862	8.760.892	8.291.791	8.290.594	8.466.990	8.453.274	8.876.115	8.876.083	8.876.083	9.789.102
Comunitat Valenciana	5.089.957	5.455.613	5.659.738	5.720.255	5.515.299	5.492.485	4.964.006	5.374.512	5.492.995	5.909.145	6.084.267	6.390.695	6.635.407	6.765.083
Extremadura	1.459.767	1.599.915	1.717.678	1.694.261	1.572.092	1.513.429	1.311.006	1.324.428	1.404.483	1.577.223	1.566.080	1.631.546	1.718.749	1.770.476
Galicia	3.388.135	3.639.001	3.767.119	3.728.814	3.547.323	3.530.927	3.419.362	3.302.150	3.410.273	3.513.531	3.613.980	3.861.434	3.987.978	4.109.640
Madrid (Comunidad de)	6.500.450	6.953.825	7.122.488	7.081.232	7.134.380	7.172.498	7.111.512	6.980.824	7.292.488	7.449.915	7.635.710	7.870.552	8.108.966	8.165.992
Murcia (Región de)	1.571.200	1.765.535	1.853.664	1.984.828	2.023.453	1.803.524	1.567.002	1.623.243	1.648.424	1.746.369	1.776.745	1.861.698	1.919.543	1.922.870
Navarra (Comunidad Foral de)	807.269	873.248	906.935	986.761	971.926	914.609	856.596	893.089	933.439	988.433	1.047.713	1.059.988	1.086.649	1.163.219
País Vasco	2.925.456	3.267.864	3.546.438	3.630.279	3.506.229	3.489.750	3.498.839	3.437.225	3.469.389	3.497.306	3.620.775	3.763.542	3.770.794	3.978.458
Rioja (La)	412.851	400.078	401.942	411.505	386.440	366.087	347.377	351.029	353.430	365.872	375.170	387.565	387.565	410.540

Cuadro VII 1. Presupuestos iniciales de las CC.AA. por ejercicio económico, 2007-2020. Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Secretaría General de Sanidad, 2020

	Estructura porcentual										
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
<b>COMUNIDADES AUTÓNOMAS</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	
Andalucía	16,68	16,92	16,68	16,44	16,35	16,68	15,94	15,47	15,53	15,64	
Aragón	3,13	3,09	3,19	3,19	3,22	3,29	3,05	3,03	2,94	3,19	
Asturias (Principado de)	2,56	2,42	2,65	2,74	2,71	2,75	2,80	2,80	2,75	2,70	
Balears (Illes)	2,08	2,12	2,13	1,97	2,05	2,16	2,21	2,25	2,42	2,47	
Canarias	4,82	4,96	4,97	4,78	4,43	4,61	4,85	4,92	4,83	4,68	
Cantabria	1,38	1,34	1,35	1,33	1,27	1,33	1,45	1,48	1,45	1,43	
Castilla y León	5,82	5,90	5,79	5,89	6,03	6,07	6,11	6,03	6,01	5,86	
Castilla-La Mancha	4,60	4,66	4,84	4,88	4,91	4,61	4,60	4,51	4,45	4,67	
Cataluña	16,59	16,21	16,00	16,54	16,04	15,51	15,60	15,63	15,55	14,98	
Comunitat Valenciana	9,73	9,65	9,61	9,57	9,62	9,72	9,34	10,13	10,09	10,47	
Extremadura	2,79	2,83	2,92	2,83	2,74	2,68	2,47	2,50	2,58	2,79	
Galicia	6,47	6,44	6,39	6,24	6,18	6,25	6,43	6,22	6,26	6,23	
Madrid (Comunidad de)	12,42	12,30	12,09	11,85	12,44	12,70	13,38	13,16	13,39	13,20	
Murcia (Región de)	3,00	3,12	3,15	3,32	3,53	3,19	2,95	3,06	3,03	3,09	
Navarra (Comunidad Foral de)	1,54	1,55	1,54	1,65	1,69	1,62	1,61	1,68	1,71	1,75	
País Vasco	5,59	5,78	6,02	6,07	6,11	6,18	6,58	6,48	6,37	6,20	
Rioja (La)	0,79	0,71	0,68	0,69	0,67	0,65	0,65	0,66	0,65	0,65	

Cuadro VII 2. Presupuestos iniciales de las CC.AA. por ejercicio económico, 2007-2020. Distribución porcentual. Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Secretaría General de Sanidad, 2020

	Variación interanual															
	2008/2007	2009/2008	2010/2009	2011/2010	2012/2011	2013/2012	2014/2013	2015/2014	2016/2015	2017/2016	2018/2017	2019/2018	2020/2019			
<b>COMUNIDADES AUTÓNOMAS</b>	<b>8,01</b>	<b>4,23</b>	<b>1,46</b>	<b>-4,03</b>	<b>-1,51</b>	<b>-5,89</b>	<b>-0,21</b>	<b>2,67</b>	<b>3,62</b>	<b>4,03</b>	<b>3,88</b>	<b>1,81</b>	<b>5,38</b>			
Andalucía	9,56	2,73	0,01	-4,56	0,44	-10,03	-3,19	3,09	4,35	5,66	5,45	-0,19	12,58			
Aragón	6,78	7,58	1,51	-3,07	0,41	-12,73	-0,93	-0,30	12,61	5,33	4,89	0,47	3,62			
Asturias (Principado de)	2,22	13,93	5,19	-5,38	0,00	-4,23	-0,07	0,77	1,80	7,74	2,51	4,93	3,57			
Baleares (Illes)	10,18	5,03	-6,46	0,00	3,92	-3,95	1,77	10,30	5,62	7,21	6,15	9,22	-0,01			
Canarias	11,15	4,51	-2,49	-11,06	2,56	-1,07	1,15	0,99	0,37	2,87	8,01	2,64	4,42			
Cantabria	4,64	5,14	0,30	-8,36	3,33	2,58	1,75	0,27	2,15	2,38	3,60	2,30	5,47			
Castilla y León	9,36	2,26	3,22	-1,62	-0,92	-5,34	-1,43	2,36	1,00	5,36	3,19	-0,12	-0,25			
Castilla-La Mancha	9,47	8,29	2,31	-3,58	-7,37	-6,27	-2,17	1,38	8,77	3,54	2,85	0,00	7,73			
Cataluña	5,48	2,91	4,90	-6,95	-4,78	-5,35	-0,01	2,13	-0,16	5,00	0,00	0,00	10,29			
Comunitat Valenciana	7,18	3,74	1,07	-3,58	-0,41	-9,62	8,27	2,20	7,58	2,96	5,04	3,83	1,95			
Extremadura	9,60	7,36	-1,36	-7,21	-3,73	-13,38	1,02	6,04	12,30	-0,71	4,18	5,34	3,01			
Galicia	7,40	3,52	-1,02	-4,87	-0,46	-3,16	-3,43	3,27	3,03	2,86	6,85	3,28	3,05			
Madrid (Comunidad de)	6,97	2,43	-0,58	0,75	0,53	-0,85	-1,84	4,46	2,16	2,49	3,08	3,03	0,70			
Murcia (Región de)	12,37	4,99	7,08	1,95	-10,87	-13,11	3,59	1,55	5,94	1,74	4,78	3,11	0,17			
Navarra (Comunidad Foral de)	8,17	3,86	8,80	-1,50	-5,90	-6,34	4,26	4,52	5,89	6,00	1,17	2,52	7,05			
País Vasco	11,70	8,52	2,36	-3,42	-0,47	0,26	-1,76	0,94	0,80	3,53	3,94	0,19	5,51			
Rioja (La)	-3,09	0,47	2,38	-6,09	-5,27	-5,11	1,05	0,68	3,52	2,54	3,30	0,00	5,93			

Cuadro VII 3. Presupuestos iniciales de las CC.AA. por ejercicio económico, 2007-2020. Variación interanual. Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Secretaría General de Sanidad, 2020

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020 (P)
	<b>Euros por habitante (*)</b>													
<b>COMUNIDADES AUTÓNOMAS</b>	<b>1.172</b>	<b>1.242</b>	<b>1.278</b>	<b>1.290</b>	<b>1.233</b>	<b>1.211</b>	<b>1.142</b>	<b>1.145</b>	<b>1.177</b>	<b>1.220</b>	<b>1.267</b>	<b>1.312</b>	<b>1.328</b>	<b>1.387</b>
Andalucía	1.093	1.178	1.196	1.187	1.126	1.124	1.010	978	1.007	1.050	1.109	1.169	1.165	1.304
Aragón	1.264	1.318	1.400	1.419	1.375	1.382	1.211	1.206	1.207	1.367	1.443	1.516	1.515	1.558
Asturias (Principado de)	1.257	1.278	1.449	1.523	1.442	1.444	1.392	1.402	1.425	1.463	1.587	1.637	1.727	1.795
Baleares (Illes)	1.081	1.148	1.175	1.086	1.078	1.111	1.058	1.071	1.172	1.226	1.297	1.358	1.456	1.429
Canarias	1.296	1.407	1.447	1.397	1.231	1.249	1.225	1.233	1.239	1.238	1.262	1.349	1.366	1.407
Cantabria	1.270	1.308	1.357	1.352	1.234	1.272	1.310	1.339	1.348	1.383	1.419	1.470	1.503	1.583
Castilla y León	1.212	1.311	1.337	1.381	1.360	1.352	1.289	1.282	1.322	1.348	1.431	1.487	1.492	1.493
Castilla-La Mancha	1.221	1.296	1.380	1.400	1.341	1.238	1.167	1.152	1.175	1.286	1.337	1.381	1.379	1.478
Cataluña	1.214	1.253	1.269	1.325	1.228	1.166	1.108	1.118	1.145	1.141	1.193	1.185	1.173	1.279
Comunitat Valenciana	1.060	1.107	1.136	1.146	1.103	1.096	995	1.084	1.112	1.198	1.233	1.292	1.334	1.345
Extremadura	1.349	1.468	1.569	1.541	1.426	1.370	1.191	1.208	1.287	1.454	1.453	1.524	1.613	1.667
Galicia	1.236	1.321	1.361	1.345	1.279	1.274	1.238	1.202	1.247	1.292	1.334	1.428	1.477	1.521
Madrid (Comunidad de)	1.070	1.117	1.126	1.111	1.116	1.116	1.109	1.094	1.142	1.160	1.179	1.202	1.221	1.210
Murcia (Región de)	1.134	1.244	1.286	1.366	1.387	1.234	1.072	1.110	1.126	1.191	1.206	1.262	1.290	1.278
Navarra (Comunidad Foral de)	1.339	1.416	1.446	1.559	1.526	1.429	1.341	1.403	1.467	1.551	1.636	1.646	1.672	1.772
País Vasco	1.365	1.513	1.631	1.666	1.606	1.597	1.607	1.586	1.602	1.616	1.671	1.734	1.731	1.817
Rioja (La)	1.340	1.265	1.257	1.286	1.204	1.141	1.090	1.114	1.127	1.170	1.200	1.239	1.236	1.299

(\*): Datos de población: Instituto Nacional de Estadística. Cifras de Población (series detalladas desde 2002). Población residente a 1 de enero.  
 (P): Datos provisionales.

Cuadro VII 4. Presupuestos iniciales de las CC.AA. por ejercicio económico, 2007-2020. Gasto sanitario per cápita. Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Secretaría General de Sanidad, 2020

## Bibliografía

- Hernández de Cos, P., Jimeno Serrano, J. F. y Ramos, R.: "El sistema público de pensiones en España: situación actual, retos y alternativas de reforma", *Documentos Ocasionales-Banco de España*, núm. 1701, 2017, disponible en: <https://repositorio.bde.es/handle/123456789/6382>.
- Instituto Nacional de Estadística: *Esperanza de vida al nacimiento según sexo*. [consulta on line: 25 de octubre, 2020], disponible en [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736177003&menu=ultiDatos&idp=1254735573002](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177003&menu=ultiDatos&idp=1254735573002).
- Marqués Fernández, F.: "El Sistema Nacional de Salud después de las transferencias sanitarias", *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI*, vol. 1, núm. 4, 2003, disponible en <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-el-sistema-nacional-salud-despues-13055234>.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social: *Recursos Económicos del Sistema Nacional de Salud*, Secretaría General de Sanidad, Madrid, 2020, disponible en <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/presupuestosIniciales.pdf>.
- OECD: *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>, disponible en <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09-en.pdf?expires=1607646806&id=id&accname=guest&checksum=559FABFA245523B036CC-118D548993C1>.