EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO EN ESPAÑA Y SUS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Sostenibilidad y reformas

José María Abellán Perpiñán (Dir.)

Fundación BBVA

EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO EN ESPAÑA Y SUS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

El sistema sanitario público en España y sus comunidades autónomas

Sostenibilidad y reformas

Dirigido por
José María Abellán Perpiñán

Fernando I. Sánchez Martínez
Ildefonso Méndez Martínez
Jorge E. Martínez Pérez

Prólogo de
Carmen Herrero Blanco

Fundación BBVA

La decisión de la Fundación BBVA de publicar el presente libro no implica responsabilidad alguna sobre su contenido ni sobre la inclusión, dentro de esta obra, de documentos o información complementaria facilitada por los autores.

No se permite la reproducción total o parcial de esta publicación, incluido el diseño de la cubierta, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión por cualquier forma o medio, sea electrónico, mecánico, reprográfico, fotoquímico, óptico o de grabación sin permiso previo y por escrito del titular del *copyright*.

DATOS INTERNACIONALES DE CATALOGACIÓN

El sistema sanitario público en España y sus comunidades autónomas: Sostenibilidad y reformas / dirigido por José María Abellán Perpiñán; Fernando I. Sánchez Martínez, Ildefonso Méndez Martínez y Jorge E. Martínez Pérez – 1.ª ed. - Bilbao : Fundación BBVA, 2013.
400 p. ; 24 cm
ISBN: 978-84-92937-45-5
1. Sistema sanitario. 2. Sanidad pública. 3. Gasto público en sanidad. 4. España. I. Abellán Perpiñán, José María dir. II. Sánchez Martínez, Fernando I. III. Méndez Martínez, Ildefonso IV. Martínez Pérez, Jorge E. V. Fundación BBVA, ed.
614(460)
364.444(460)

Primera edición, mayo 2013

© los autores, 2013

© Fundación BBVA, 2013
Plaza de San Nicolás, 4. 48005 Bilbao

IMAGEN DE CUBIERTA: © Marta CÁRDENAS, VEGAP, Madrid, 2013
Mercadillo: sartenes (fragmento), 2007
Aguatinta y bruñidor, 560 x 760 mm
Colección de Arte Gráfico Contemporáneo
Fundación BBVA – Calcografía Nacional

ISBN: 978-84-92937-45-5
DEPÓSITO LEGAL: BI-317-2013

EDICIÓN Y PRODUCCIÓN: Grupo Ibersaf

Impreso por Ibersaf Industrial, S.A.

Impreso en España - *Printed in Spain*

Los libros editados por la Fundación BBVA están elaborados sobre papel con un 100% de fibras recicladas, según las más exigentes normas ambientales europeas.

Í N D I C E

Prólogo, *Carmen Herrero Blanco* 11

Introducción 15

PRIMERA PARTE

Sostenibilidad

1. El gasto sanitario público en España 23
   1.1. El gasto sanitario español en el contexto internacional 23
      1.1.1. Evolución del gasto sanitario en el periodo 1991-2010 en los países de la OCDE 23
      1.1.2. Gasto sanitario total según función de atención a la salud 38
      1.1.3. Gasto sanitario corriente según proveedor de atención de la salud 42
      1.1.4. Gasto sanitario corriente según financiador de atención de la salud 45
   1.2. Análisis del gasto sanitario público en España 48
      1.2.1. El gasto sanitario público en 2010: dimensión y composición 48
      1.2.2. Evolución del gasto sanitario público en el periodo 1991-2010 55
      1.2.3. Gasto público en sanidad territorializado: análisis por comunidades autónomas en el periodo 1991-2010 59
      1.2.4. Gasto público en servicios sanitarios 1991-2010 por comunidades autónomas 67

1.3. Conclusiones 112

2. Factores determinantes de la evolución del gasto sanitario público 117
2.1. El enfoque del residual 117
2.1.1. Fundamentos y antecedentes 117
2.1.2. Descomposición del crecimiento del gasto sanitario público de las comunidades autónomas según el enfoque del residual 122
2.1.3. Un intento de explicar el factor residual mediante el análisis de regresión 138
2.2. Los determinantes del crecimiento del gasto sanitario público: estimaciones con datos de panel 157
2.2.1. Análisis de la relación entre crecimiento económico y gasto sanitario público 157
2.2.2. Una aplicación de los modelos de datos de panel al análisis de la relevancia de los componentes del enfoque del residual 162
2.3. Conclusiones 168

3. Escenarios de evolución futura de las necesidades de gasto sanitario público 171
3.1. Introducción 171
3.2. Material y métodos 173
3.3. Proyecciones de gasto sanitario para el periodo 2011-2016 basadas en el factor demográfico 179
3.3.1. Perfiles de gasto de las comunidades autónomas por grupos de edad en 2010 179
3.3.2. Proyecciones de gasto por comunidades autónomas basadas en el factor demográfico: 2011-2016 185
3.4. Proyecciones de gasto sanitario para el periodo 2011-2016 a partir del conjunto de factores que determinan su evolución 196
3.5. Conclusiones 201

4. Financiación y sostenibilidad 205
4.1. La financiación del gasto sanitario público de las comunidades autónomas 205

4.1.1. Introducción y marco normativo 205
4.1.2. Evolución comparada de los recursos de las comunidades autónomas 2002-2010 209
4.1.3. Comparación retrospectiva de la relación entre recursos y gasto sanitario de las comunidades autónomas 225
4.2. Sostenibilidad del gasto sanitario público autonómico y nacional 232
4.2.1. Crecimiento económico y sostenibilidad del sistema sanitario público 232
4.2.2. Proyecciones de la ratio gasto sanitario/PIB 242
4.3. Conclusiones 244

SEGUNDA PARTE

Reformas

5. Cambio en el modelo de sistema sanitario 251
5.1. La regulación del derecho a la asistencia sanitaria 251
5.1.1. La cobertura sanitaria en la Unión Europea 251
5.1.2. Origen y evolución del modelo de cobertura sanitaria vigente en España hasta la entrada en vigor del Real Decreto Ley 16/2012 254
5.1.3. El cambio de modelo introducido por el Real Decreto Ley 16/2012 257
5.2. Una valoración de la reforma del modelo de sistema sanitario en España 266
5.2.1. La lógica de la reforma expuesta en el Real Decreto Ley 16/2012 266
5.2.2. Evidencia sobre la utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante y su impacto económico sobre el gasto sanitario 271
5.3. Conclusiones y recomendaciones 273

6. Cambios en la gestión y en las formas organizativas 277
6.1. Introducción: fundamentos teóricos y marco normativo 277
6.2. Las nuevas formas de gestión y organización en el Sistema Nacional de Salud 283

6.3. Evidencia empírica acerca de los resultados de las innovaciones en la gestión 287
6.4. Conclusiones y recomendaciones 296

7. Copago sanitario 299
7.1. Fundamentos teóricos y evidencia empírica 299
7.1.1. Legitimación teórica del copago sanitario 299
7.1.2. Evidencia empírica del impacto del copago 302
7.2. El copago en la práctica 305
7.2.1. Los sistemas de copago en la UE 305
7.3. El copago en España 312
7.3.1. Origen, evolución y reforma del copago farmacéutico en España 312
7.3.2. Una valoración de la reforma introducida por el Real Decreto Ley 16/2012 315
7.4. Conclusiones y recomendaciones 318

8. Conclusiones 321

Apéndice metodológico sobre estadísticas de gasto sanitario

A.1. Descripción de las estadísticas de gasto sanitario de la OCDE 341
A.2. Clasificación funcional de la atención de la salud 345
A.3. Clasificación de los proveedores de atención de la salud 349
A.4. Clasificación de la financiación de la atención de salud 353
A.5. Descripción de las estadísticas de gasto sanitario público en España 355

Bibliografía 371

Índice de cuadros 379

Índice de gráficos y esquemas 385

Índice alfabético 391

Nota sobre los de autores 399

Prólogo

LOS efectos de la crisis económica se concentran de manera muy especial en las capas más desfavorecidas de la sociedad, con familias enteras en situación de desamparo, sin trabajo, y con posibilidades escasas de vislumbrar expectativas mejores a corto plazo. Para estos grupos sociales, el mantenimiento del Estado de bienestar es crucial. Tener garantizada la provisión de servicios de salud, la educación y determinados servicios sociales, al margen de las coyunturas personales, mitiga los tremendos efectos de la crisis en las familias y contribuye de forma eficaz a la estabilidad social.

Y un grave problema es que en España, en la actualidad, el mantenimiento en el futuro del nivel y la calidad de los servicios públicos de salud, educación y servicios sociales que hemos disfrutado en los años de bonanza económica está siendo cuestionado, con riesgo de que se produzca una importante quiebra de lo que había sido en el pasado reciente el *contrato social*, y el peligro subsiguiente de una ruptura en la cohesión y la estabilidad de nuestra sociedad.

El mantenimiento de los servicios públicos de salud es, quizá, el elemento más aglutinante de la preocupación ciudadana, por una razón sencilla, y es que afecta sin excepción a toda la población. La preocupación se hace mayor cuando algunos Gobiernos autonómicos están proponiendo un cambio sustancial del sistema de gestión y provisión de la sanidad pública, en aras de la contención del gasto, sin proporcionar simultáneamente análisis precisos sobre la mejora en la eficiencia del sistema.

A nadie se le escapa que, en un escenario de recesión económica, de alto endeudamiento, con una evolución demográfica que lleva a poblaciones cada vez más envejecidas y con un sistema descentralizado de provisión, se presentan enormes dificultades ante la tarea de abordar el sostenimiento de un sistema de salud universal, público y de calidad.

Pero para poder encontrar las mejores soluciones, es preciso realizar primero un diagnóstico certero de la situación actual del gasto sanitario público, analizar sus determinantes, estimar qué ocurriría en un escenario de mantenimiento de la situación actual y, dentro de lo posible, realizar un ejercicio de prospectiva sobre los efectos de la implantación de determinadas políticas de contención de gasto y/o cambios en los sistemas de provisión. En pocas palabras: las soluciones solo pueden ser eficaces cuando su propuesta de implantación proviene de un conocimiento informado.

Esta monografía supone una importante contribución a la creación de este conocimiento informado, y entronca con dos líneas de trabajos del Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas (Ivie), la que he dirigido sobre economía de la salud y la referida al gasto público y las diferencias regionales del sector público español, de las que se han derivado diversas monografías y bancos de datos. El análisis de la territorialización del gasto sanitario se apoya en un trabajo de generación de nueva información estadística que acompaña en una base de datos (debida a Vicent Cucarella) a la presente monografía, realizada por el equipo de investigación en economía de la salud de la Universidad de Murcia.

En la primera parte, y paso a paso, se analiza la situación actual del gasto sanitario público en España y sus comunidades autónomas; los determinantes del gasto sanitario público; los escenarios de la evolución futura del gasto público; la financiación del gasto sanitario público y su sostenibilidad en el futuro inmediato, dadas las condiciones actuales de financiación de las comunidades autónomas, lo que los autores denominan *análisis de la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.*

Una de las partes más novedosas, en este sentido, es el análisis de los determinantes del gasto sanitario, donde, alejándose del enfoque tradicional, se realiza un estudio econométrico de datos de panel, en el que se identifican como determinantes más relevantes del gasto sanitario público, y en orden de importancia decreciente, los siguientes: el incremento en el valor de los consumos intermedios hospitalarios por habitante, el crecimiento en la retribución salarial media en los hospitales, el incremento en el número de trabajadores en hospitales y centros de atención pri-

maria y el incremento en el salario medio en los centros de atención primaria. De esta forma, se identifican las partidas sobre las que se debería concentrar el esfuerzo de contención del gasto.

En un escenario sin reformas, se estima, asimismo, la evolución del gasto sanitario público para los próximos años, en un entorno descentralizado, y tomando en consideración la situación actual de suficiencia relativa, y las necesidades de crecimiento de la economía española para poder garantizar su sostenibilidad, muy lejanas de las previsiones estimadas en el actual contexto de recesión económica.

El panorama descrito explica y justifica la necesidad de tomar medidas para el futuro. Y este ejercicio está realizado con un alto grado de coherencia, profesionalidad, rigor y madurez, que hablan por sí solas de la calidad científica del grupo de autores, por otro lado de sobra conocido y reconocido en el ámbito académico de la economía de la salud.

En un ejercicio meritorio de prospectiva, en la segunda parte del trabajo, los autores repasan los posibles efectos de varias de las *soluciones* que se están poniendo sobre la mesa, como la regulación del derecho a la asistencia sanitaria (con la exclusión de los inmigrantes irregulares), las nuevas formas organizativas de gestión público-privada (cambios en la gestión, modelos de concesión administrativa) o el copago. Y en este punto, su coherencia, profesionalidad y madurez se complementan para fijar los límites de lo conocido sin entrar a comprometer lo no testado, al margen de cualquier tentación de índole política, ideológica e, incluso, académica.

El conocimiento informado derivado de la lectura de esta monografía puede ser clave para encontrar, combinando sensatez y responsabilidad, una vía de solución al futuro de nuestro sistema sanitario público, abriendo, a su vez, perspectivas de profundización en trabajos futuros.

Gracias por ello, José María, Jorge, Ilde y Fernando. Mi enhorabuena.

CARMEN HERRERO BLANCO
Universidad de Alicante e Ivie

Introducción

LOS juicios y opiniones sobre la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) español describen un movimiento pendular que oscila entre el rechazo acérrimo de quienes niegan que atraviese problemas estructurales que pongan en riesgo su viabilidad, y la aceptación entusiasta de quienes diagnostican que el sistema está, de hecho, quebrado. Los negacionistas utilizan argumentos de diverso tipo para defender que, en realidad, el sistema sanitario público español es básicamente modélico. En general, y sin ánimo de ser exhaustivos, tres son las razones principales esgrimidas por quienes mantienen esta opinión. Por un lado, suele recurrirse a la comparativa entre el nivel de gasto sanitario español, en relación con el producto interior bruto (PIB) o dividido por la población, y el de otros países industrializados. El lugar común instalado en el inconsciente colectivo a este respecto es que en España se gasta *poco* en sanidad. Pues bien, de acuerdo con los últimos datos disponibles de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), el gasto sanitario total en relación con el PIB en España fue del 9,6%, una décima de punto superior al del promedio de la OCDE. Si restringimos la comparación exclusivamente al gasto sanitario público, entonces la diferencia es incluso mayor, de dos décimas. Llegados a este punto, podría argüirse que, como la recesión ocasionada por la crisis económica actual se prolonga en España a diferencia de lo que les sucede a otros países desarrollados, es natural que el índice relativo de gasto sanitario sea algo superior en España. El impacto diferencial de la crisis en la economía española no ha impedido, sin embargo, que el gasto sanitario público (el numerador de la ratio) haya aumentado, entre 2007 y 2010, un 18,2% en términos nominales. Bien es cierto, no obstante, que todo ese crecimiento se ha acumulado en realidad hasta 2009, pues en 2010 sí que se produce un decrecimiento en el volumen de gasto sanitario público en España, del

–1,7%. Minoración, dicho sea de paso, que también ha acontecido en otros países del entorno como Finlandia, Italia o Irlanda.

En cualquier caso, una comparativa más reveladora sería la que pusiera en relación el índice de gasto sanitario público sobre el PIB de los diferentes países con su nivel de renta per cápita. Resulta este un indicador o medida del *esfuerzo* que, en relación con su nivel de bienestar material, realiza cada nación para ofrecer cobertura sanitaria a su población. En el año 2010, España tenía un PIB por habitante equivalente al 94% del PIB per cápita medio de la OCDE, mientras que, como ya vimos, su gasto sanitario público sobre el PIB rebasaba en dos décimas al de la OCDE. Así pues, la conclusión no puede ser otra más que reconocer que España gasta (por el momento, al menos) en su sanidad pública lo que le corresponde, ateniéndonos a su riqueza media. De hecho, el esfuerzo relativo que efectúa es superior al que otros países, más prósperos en términos económicos, realizan.

El segundo argumento empleado para defender la solvencia del Sistema Nacional de Salud español son sus resultados agregados, su desempeño macroscópico, podríamos decir. Se alude en este caso a la posición destacada que ocupa España en los *rankings* internacionales en los que se intenta evaluar el grado de eficiencia global de los sistemas sanitarios. El ejemplo paradigmático de este tipo de análisis es el informe sobre la salud en el mundo, elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2000. La OMS, poniendo en relación los recursos del sistema con un indicador compuesto que pretende informar del logro global en términos de salud, satisfacción de los usuarios y equidad en el reparto de la financiación, atribuyó a España la séptima posición mundial. Otro análisis más reciente, abordado por la OCDE (Joumard *et al.* 2008), que pone en relación gasto sanitario y esperanza de vida, concluye que el sistema español es muy eficiente; cuando la relación se establece entre el gasto y el número de profesionales sanitarios, entonces España solo está ligeramente por encima del promedio OCDE.

Clasificaciones como las expuestas son, sin duda, útiles para conocer el grado de desempeño agregado del sistema sanitario. No obstante, estas aproximaciones siempre serán hasta cierto punto groseras, por cuanto con frecuencia han de medirse los

resultados de salud mediante indicadores convencionales como, por ejemplo, la esperanza de vida al nacer. El informe de la OMS utilizó como medida de resultados los *años de vida ajustados por la discapacidad,* un indicador que pretende mostrar la *carga* de la enfermedad, en términos de muertes prematuras y discapacidades, que soporta una nación. Si bien la utilización de esta medida representa un avance con respecto al empleo de la tasa de mortalidad o la esperanza de vida, no es menos cierto que los pesos de discapacidad empleados por la OMS en su informe (los parámetros necesarios para ajustar los años de vida por la carga de la discapacidad) eran arbitrarios, ya que obedecían a juicios de expertos, y no a mediciones con poblaciones reales. En cualquier caso, más allá de disquisiciones de índole metodológica, habría que preguntarse si basta con este tipo de análisis para saber si el dinero público se está invirtiendo eficientemente en el SNS, y no habría, por el contrario, que indagar también en las *costuras* del sistema; lo que los economistas denominamos un *análisis marginal.* Aun así, solo alcanzaríamos a saber (que no es poco) si el retorno del dinero público invertido es positivo, pero no (y esta es la variable que falta en la ecuación) si el gasto sanitario puede ser asumido con los recursos disponibles. No importa solo la relación entre gasto y resultados, siendo esencial, sino también la relación entre recursos (o financiación) y gasto. Si el primer análisis, aplicado al ámbito global del sistema, podría ser considerado algo así como un análisis coste-beneficio *generalizado,* el segundo, correspondería a un análisis de impacto presupuestario también generalizado. A esto, al examen del balance entre recursos financieros y gasto sanitario, es a lo que en este estudio denominamos *análisis de sostenibilidad financiera del SNS.*

Nos quedaría un último argumento, el más banal de los tres, consistente en *negar la mayor;* esto es, negar que la financiación de la asistencia sanitaria, como cualquier otro destino del dinero público, tiene un coste de oportunidad. Dicha negativa no contribuye en nada al objetivo de evaluar racionalmente cómo distribuir los recursos sanitarios. Es precisamente en coyunturas difíciles como la actual, cuando ese coste de oportunidad que había permanecido oculto, camuflado tras la bonanza económica, se

hace más evidente y, por tanto, más imperativo resulta analizar la sostenibilidad del sistema sanitario.

Decíamos al principio de esta introducción que, en el extremo opuesto a quienes no vislumbran ninguna fisura de entidad en la salud financiera de nuestro sistema sanitario, se encuentran los que pronostican la inviabilidad completa del SNS, a menos que se ceda la gestión sanitaria pública a la iniciativa privada. Así, desde diferentes instancias, se proclama la supremacía de la gestión privada respecto de la pública, vaticinándose ahorros millonarios de procederse a la transferencia de la responsabilidad de gestión a empresas privadas.[1] Estas cifras, no obstante, nunca son debidamente justificadas, y no lo pueden ser porque, simplemente, se carece de información que permita establecer comparaciones entre los resultados de la gestión privada y la pública en el sector sanitario español. Como se pone de manifiesto en esta monografía, lo que sabemos acerca de los resultados de las colaboraciones público-privadas proviene de otras latitudes, y dichos resultados distan de ser convincentes. Este es otro de los objetivos de la presente obra: contribuir a la evaluación de las políticas sanitarias en nuestro país, desterrando posturas prejuiciosas y analizando, con la teoría económica en una mano y el análisis de la evidencia empírica en la otra, qué reformas son necesarias para apuntalar el SNS sin mudarle la faz de modo gratuito, haciéndolo irreconocible. Parafraseando el título de un texto de Xavier Calsamiglia (1994), los autores de este libro pretendemos defender el SNS pese a sus partidarios y detractores.

No creemos que siempre sea cierto el aforismo aristotélico que asevera que «la virtud está en el punto medio entre dos extremos viciosos», pero ciertamente para el caso que nos ocupa, el debate sobre la sostenibilidad del SNS y las reformas que precisa, viene muy a cuento. Entre la negación irreflexiva y la afirmación interesada debe abrirse un hueco el método científico, que no persigue

---

[1] El caso paradigmático de este tipo de proclamas que carecen de una fundamentación rigurosa sería el de la auditoría Russell Bedford, que en un supuesto informe (nunca publicado) llegó a asegurar que «la sanidad pública española podría ahorrar más de 13.000 millones de euros anuales con la puesta en marcha de nuevas fórmulas de gestión público-privada» (diario *ABC*, 12/03/2012).

otra cosa más que la objetivación de los fenómenos. Los autores de esta monografía confían en que el trabajo aquí planteado cumpla con estas expectativas.

La obra, dirigida por José María Abellán y realizada por un equipo de investigación formado por Fernando I. Sánchez, Ildefonso Méndez y Jorge E. Martínez, se estructura en siete capítulos centrales, más un capítulo final de conclusiones. Acompaña a estos capítulos un apéndice metodológico, que describe los conceptos, clasificaciones y operaciones de las dos fuentes estadísticas básicas que se han empleado para analizar el gasto sanitario público español. Además cuenta con una base de datos, elaborada por Vicent Cucarella, con las tablas matriciales que han servido para la elaboración de la mayor parte de los cuadros y gráficos que se presentan a lo largo del libro y que está disponible en el sitio web de la Fundación BBVA.[2]

En el capítulo 1, tras describir la evolución del gasto sanitario en España en el contexto de los países de la OCDE, se exponen los rasgos más sobresalientes de la dinámica y composición (por categorías y funciones) del gasto sanitario público en el conjunto del Estado y en las comunidades autónomas, a lo largo de las dos últimas décadas (entre 1991 y 2010); se ponen de manifiesto en este capítulo los comportamientos singulares de algunos sistemas regionales de salud, así como las diferencias territoriales existentes en el nivel y estructura del gasto en servicios públicos de salud.

El segundo capítulo de la monografía aborda el análisis de los determinantes del gasto sanitario, completando el tradicional *enfoque del residual* con dos ejercicios econométricos que suponen una aportación original de este trabajo. De un lado, se identifican mediante el análisis de regresión los factores que explican el crecimiento del factor residual, lo que permite estimar un nuevo componente de inflación aumentado y un residuo cuya capacidad explicativa es ahora menor. De otra parte, se utiliza un enfoque alternativo para analizar los determinantes del crecimiento del gasto sanitario utilizando datos de panel.

---

[2] Véase http://w3.grupobbva.com/TLFU/tlfu/esp/areas/econosoc/bbdd/sistema_sanitario.jsp).

El capítulo 3 contiene proyecciones referidas a la evolución futura del gasto sanitario en un horizonte de medio plazo: hasta el año 2016. Estas proyecciones se presentan en dos etapas: la primera está basada únicamente en el factor demográfico; y la segunda, en el conjunto de factores explicativos de la variación del gasto identificados en el capítulo anterior.

El análisis descriptivo de la evolución reciente de la financiación de las comunidades autónomas precede, en el capítulo 4, al planteamiento del problema de la sostenibilidad presupuestaria del gasto sanitario público en España. Junto a un ejercicio de evaluación retrospectiva de la relación gasto-ingresos públicos, se estima el crecimiento económico que sería necesario para garantizar la sostenibilidad en el medio plazo, así como se plantean escenarios alternativos de evolución de la ratio gasto/PIB.

Los capítulos 5 al 7 se dedican al estudio de tres ámbitos en los que se sitúa el debate acerca de las reformas que requiere el sistema sanitario público en nuestro país, abordando, sucesivamente, el modelo de aseguramiento y su reciente modificación por el Real Decreto Ley 16/2012; los cambios en los modelos de gestión y las nuevas formas organizativas para la prestación de servicios sanitarios; y los mecanismos de participación de los usuarios (copago) en el coste de la prestación.

El capítulo de conclusiones que cierra el libro resume los principales hallazgos de la investigación.

PRIMERA PARTE

SOSTENIBILIDAD

1. El gasto sanitario público en España

1.1. El gasto sanitario español en el contexto internacional

1.1.1. Evolución del gasto sanitario en el periodo 1991-2010 en los países de la OCDE

El gasto sanitario total (sin distinguir su fuente de financiación, privada o pública) para los 27 países de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos) considerados,[3] ascendió en el año 2010 a casi 5 billones de dólares de paridad de poder adquisitivo (PPA). Esta cifra multiplica por más de tres la cuantía correspondiente al año 1991, lo que representa un incremento en términos nominales del 217%, un 6,3% en media anual. Estados Unidos acapara más de la mitad del gasto combinado de los 27 países, seguido a mucha distancia por Japón y Alemania, con porcentajes del 7,8% y 7,1% respectivamente. España es el octavo país con un mayor gasto total en términos absolutos, con una participación relativa en el agregado de la OCDE del 2,8%. España adelanta una posición si atendemos a la variación relativa experimentada por el gasto sanitario entre 1991 y 2010, un 280%, de modo que el gasto en 2010 casi cuadriplica al existente en 1991. Este crecimiento fue superior al de la mayoría de los países de la Unión Europea (UE) incluidos en la selección, siendo solo rebasado por Irlanda, Luxemburgo, Polonia y Portugal. El país que encabeza la clasificación de países cuyo gasto sanitario total mostró un mayor dinamismo fue Corea del Sur, con un crecimiento medio del 10,4% anual. En el extremo opuesto se hallan Italia, Finlandia e Islandia, con crecimientos anuales inferiores al 5%.

---

[3] Aquellos países para los que se dispone de la serie completa de gasto sanitario total (público y privado), en porcentaje del PIB y por habitante, para el periodo 1991-2010, en la base de datos Eco-Salud de la OCDE. El periodo temporal escogido es análogo al empleado en la serie de gasto sanitario público para España que se presenta en el epígrafe 1.2. Para conocer los pormenores de la base Eco-Salud remitimos al lector al apéndice metodológico.

CUADRO 1.1: Gasto sanitario total. Países OCDE, 1991-2010

(millones de dólares de PPA)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Alemania	112.700	161.084	162.752	173.914	185.937	196.819	198.475	204.258	212.594	220.149	230.993	242.773	255.477	261.279	277.272	293.796	306.224	325.745	346.048	354.783
Australia	21.968	23.793	25.346	27.156	29.046	31.321	33.566	36.523	39.695	43.413	46.358	50.280	53.185	57.915	60.768	65.482	70.418	74.211	80.581	80.581
Austria	13.532	14.559	15.994	17.324	17.934	18.511	19.583	20.865	22.072	23.217	23.561	24.922	26.197	27.991	28.826	30.908	32.431	34.791	36.358	36.871
Canadá	52.523	55.784	57.638	59.496	60.188	60.870	64.301	69.630	73.451	77.297	84.767	90.015	96.757	102.509	111.184	119.684	126.773	133.344	145.566	151.609
Corea del Sur	15.339	17.651	18.612	20.451	21.659	24.731	26.632	26.229	31.015	36.226	43.467	46.009	50.039	54.547	62.128	70.926	79.939	84.361	91.672	100.570
Dinamarca	8.192	8.610	9.182	9.651	9.780	10.403	10.890	11.310	12.828	13.388	14.348	15.432	15.597	16.879	17.575	19.451	20.570	22.281	24.218	24.764
España	**37.037**	**40.198**	**42.485**	**43.696**	**46.927**	**49.264**	**51.410**	**54.945**	**57.911**	**61.918**	**66.579**	**72.095**	**85.083**	**91.152**	**98.690**	**112.608**	**122.906**	**135.094**	**142.164**	**140.777**
Estados Unidos	777.706	842.835	905.027	954.938	1.008.787	1.064.053	1.122.993	1.187.532	1.263.253	1.351.720	1.465.606	1.604.400	1.739.434	1.861.537	1.988.825	2.121.022	2.255.165	2.360.561	2.450.164	2.544.377
Finlandia	7.546	7.592	7.051	6.959	7.546	7.936	8.313	8.551	8.994	9.594	10.220	11.179	11.734	12.817	13.580	14.564	15.384	16.800	17.461	17.436
Francia	90.398	96.729	102.870	107.052	124.710	128.773	133.202	138.660	144.603	154.625	166.200	180.048	185.073	194.380	207.527	221.007	234.069	240.643	253.585	257.799
Grecia	8.950	10.089	11.348	12.930	13.420	13.917	14.599	14.975	15.972	15.842	19.208	21.592	22.353	23.123	26.122	29.093	30.480	33.688	35.049	32.947
Hungría	5.984	6.376	6.500	7.322	6.807	6.788	6.987	7.838	8.291	8.709	9.881	11.314	13.318	13.448	14.461	15.220	14.610	15.305	15.628	16.005
Irlanda	3.121	3.579	3.700	4.004	4.290	4.620	5.042	5.483	5.906	6.704	7.959	9.180	10.127	11.277	12.288	13.694	15.384	16.839	17.588	16.639
Islandia	451	453	475	490	510	531	573	679	764	771	811	907	924	975	978	995	1.052	1.152	1.130	1.052
Italia	83.406	86.514	86.438	87.040	87.166	91.550	98.422	104.374	107.270	117.551	126.915	127.738	130.475	137.974	147.459	160.732	164.408	177.539	180.863	179.252
Japón	148.557	160.153	171.334	183.967	195.183	208.662	213.931	220.767	231.852	250.509	264.037	272.791	285.258	299.612	318.242	333.076	350.882	367.449	386.945	386.945
Luxemburgo	672	735	792	818	887	943	959	1.041	1.231	1.751	1.761	2.122	2.101	2.440	2.524	2.875	2.893	2.962	3.264	3.264
México	28.857	32.864	35.500	37.889	35.359	34.424	38.413	41.535	45.617	50.056	55.022	58.918	64.106	70.887	75.962	81.817	88.450	95.141	99.267	101.587
Noruega	6.483	6.950	7.168	7.598	8.108	8.939	10.354	11.246	12.404	13.667	14.730	16.467	17.506	18.719	19.884	21.493	22.997	25.012	25.826	26.341
Nueva Zelanda	3.650	3.871	3.982	4.313	4.584	4.744	5.123	5.532	5.838	6.199	6.631	7.270	7.447	8.069	8.782	9.993	10.347	11.523	12.617	13.195
Países Bajos	22.843	24.341	25.544	26.392	27.772	28.894	29.917	32.268	34.438	37.270	40.976	45.750	50.266	53.860	56.309	60.511	72.246	77.763	80.771	84.011
Polonia	13.177	13.964	14.197	14.335	15.698	18.289	19.056	21.415	21.938	22.326	24.537	28.012	28.577	30.816	32.689	35.649	40.454	47.312	52.083	53.025
Portugal	7.425	7.913	8.276	8.569	10.182	11.007	11.721	12.262	13.516	16.919	17.643	18.451	19.773	20.952	23.339	24.389	25.658	27.071	28.674	29.016
Reino Unido	60.313	66.489	69.681	75.005	78.215	83.436	86.742	91.053	98.406	108.035	118.310	129.759	138.222	152.068	162.596	179.442	184.768	192.958	208.864	213.656
R. Checa	5.566	5.858	7.917	8.430	9.275	9.452	9.500	9.530	9.650	10.084	11.053	12.188	13.655	14.150	15.092	15.990	17.140	18.400	21.481	19.814
Suecia	13.605	14.049	14.460	14.613	15.386	16.440	16.692	17.547	18.863	20.288	22.246	24.114	25.370	26.560	26.758	29.011	31.388	33.705	34.506	35.240
Suiza	15.120	16.208	16.685	17.389	18.060	19.328	20.179	21.202	21.955	23.144	24.764	26.756	27.727	29.081	29.862	31.824	34.507	37.727	39.765	41.221
Total OCDE	**1.565.121**	**1.729.242**	**1.830.956**	**1.931.741**	**2.043.417**	**2.154.642**	**2.257.575**	**2.377.249**	**2.520.328**	**2.701.368**	**2.918.584**	**3.150.483**	**3.375.781**	**3.595.015**	**3.839.722**	**4.115.249**	**4.371.543**	**4.609.374**	**4.832.139**	**4.962.777**

Fuente: OCDE (2012b).

CUADRO 1.2: Gasto sanitario total. Países OCDE, 1991-2010

(porcentaje sobre el PIB)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Alemania	8,3	9,6	9,6	9,8	10,1	10,4	10,3	10,3	10,4	10,4	10,5	10,7	10,9	10,7	10,8	10,6	10,5	10,7	11,7	11,6
Australia	7,0	7,1	7,2	7,2	7,2	7,4	7,5	7,6	7,8	8,0	8,1	8,4	8,3	8,5	8,4	8,5	8,5	8,7	9,1	9,1
Austria	8,5	8,7	9,4	9,7	9,6	9,5	9,8	10,0	10,2	10,0	10,1	10,1	10,3	10,4	10,4	10,2	10,3	10,5	11,2	11,0
Canadá	9,6	9,8	9,7	9,4	9,0	8,8	8,8	9,0	8,9	8,8	9,3	9,6	9,8	9,8	9,8	10,0	10,0	10,3	11,4	11,4
Corea del Sur	3,9	4,1	4,0	3,9	3,8	3,9	3,9	4,1	4,3	4,5	5,1	4,9	5,2	5,3	5,7	6,0	6,3	6,5	6,9	7,1
Dinamarca	8,2	8,3	8,6	8,4	8,1	8,2	8,2	8,2	9,0	8,7	9,1	9,3	9,5	9,7	9,8	9,9	10,0	10,2	11,5	11,1
España	**6,7**	**7,1**	**7,4**	**7,3**	**7,4**	**7,5**	**7,3**	**7,3**	**7,3**	**7,2**	**7,2**	**7,3**	**8,2**	**8,2**	**8,3**	**8,4**	**8,5**	**8,9**	**9,6**	**9,6**
Estados Unidos	13,1	13,4	13,7	13,6	13,7	13,7	13,6	13,6	13,6	13,7	14,3	15,1	15,7	15,8	15,8	15,9	16,2	16,6	17,7	17,6
Finlandia	8,8	9,0	8,2	7,7	7,8	8,0	7,7	7,4	7,4	7,2	7,4	7,8	8,2	8,2	8,4	8,3	8,0	8,3	9,2	8,9
Francia	8,6	8,9	9,3	9,3	10,4	10,4	10,3	10,1	10,2	10,1	10,2	10,6	10,9	11,0	11,2	11,1	11,1	11,0	11,7	11,6
Grecia	6,5	7,1	8,0	8,7	8,7	8,6	8,5	8,4	8,7	8,0	8,9	9,2	9,0	8,8	9,7	9,7	9,8	10,1	10,6	10,2
Hungría	7,1	7,6	7,6	8,2	7,3	7,1	6,8	7,2	7,3	7,2	7,2	7,6	8,6	8,2	8,4	8,3	7,7	7,5	7,7	7,8
Irlanda	6,4	7,0	6,9	6,9	6,6	6,4	6,3	6,1	6,0	6,1	6,7	7,0	7,3	7,5	7,6	7,6	7,8	8,9	9,9	9,2
Islandia	8,0	8,2	8,3	8,1	8,2	8,2	8,1	8,9	9,6	9,5	9,3	10,2	10,4	9,9	9,4	9,1	9,1	9,1	9,6	9,3
Italia	7,9	7,9	7,8	7,6	7,2	7,3	7,6	7,7	7,7	8,0	8,2	8,3	8,3	8,6	8,9	9,0	8,6	8,9	9,3	9,3
Japón	5,9	6,1	6,4	6,7	6,8	7,0	6,9	7,2	7,4	7,6	7,8	7,9	8,0	8,0	8,2	8,2	8,2	8,6	9,5	9,5
Luxemburgo	5,1	5,4	5,5	5,3	5,6	5,7	5,6	5,7	5,8	7,5	7,4	8,3	7,7	8,2	7,9	7,7	7,1	6,8	7,9	7,9
México	4,7	5,1	5,3	5,3	5,1	4,7	4,8	4,9	5,1	5,1	5,5	5,6	5,8	6,0	5,9	5,7	5,8	5,8	6,4	6,2
Noruega	8,0	8,1	7,9	7,9	7,9	7,8	8,4	9,3	9,3	8,4	8,8	9,8	10,0	9,6	9,0	8,6	8,7	8,6	9,8	9,4
Nueva Zelanda	7,3	7,4	7,1	7,1	7,1	7,0	7,2	7,7	7,5	7,6	7,7	8,0	7,9	8,0	8,4	8,8	8,5	9,3	10,0	10,1
Países Bajos	8,2	8,4	8,5	8,3	8,3	8,2	7,9	8,1	8,1	8,0	8,3	8,9	9,8	10,0	9,8	9,7	10,8	11,0	11,9	12,0
Polonia	6,0	6,1	5,8	5,5	5,5	5,9	5,6	5,9	5,7	5,5	5,9	6,3	6,2	6,2	6,2	6,2	6,3	6,9	7,2	7,0
Portugal	6,2	6,4	6,7	6,7	7,5	7,8	7,8	7,7	7,9	9,3	9,3	9,3	9,7	10,0	10,4	10,0	10,0	10,2	10,8	10,7
Suiza	8,9	9,3	9,4	9,4	9,6	9,9	10,0	10,1	10,2	10,2	10,6	10,9	11,3	11,3	11,2	10,8	10,6	10,7	11,4	11,4
República Checa	4,7	4,9	6,4	6,6	6,7	6,4	6,4	6,4	6,3	6,3	6,4	6,8	7,1	6,9	6,9	6,7	6,5	6,8	8,0	7,5
Suecia	8,0	8,2	8,4	8,0	8,0	8,2	8,0	8,1	8,2	8,2	8,9	9,2	9,3	9,1	9,1	8,9	8,9	9,2	9,9	9,6
Reino Unido	6,3	6,8	6,8	6,9	6,8	6,8	6,6	6,7	6,9	7,0	7,3	7,6	7,8	8,0	8,2	8,5	8,5	8,8	9,8	9,6
Promedio OCDE	**7,3**	**7,6**	**7,8**	**7,8**	**7,8**	**7,8**	**7,8**	**7,9**	**8,0**	**8,1**	**8,4**	**8,7**	**8,9**	**9,0**	**9,0**	**9,0**	**9,0**	**9,2**	**10,0**	**9,8**

Fuente: OCDE (2012b).

CUADRO 1.3: Gasto sanitario total. Países OCDE, 1991-2010

(dólares de PPA por habitante)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Alemania	1.789	1.998	2.005	2.136	2.277	2.403	2.419	2.490	2.589	2.678	2.805	2.943	3.095	3.166	3.362	3.567	3.722	3.967	4.225	4.338
Australia	1.271	1.360	1.435	1.521	1.607	1.711	1.813	1.952	2.097	2.267	2.388	2.559	2.673	2.877	2.980	3.164	3.351	3.452	3.670	3.670
Austria	1.745	1.857	2.023	2.183	2.256	2.326	2.458	2.616	2.762	2.898	2.930	3.084	3.226	3.425	3.503	3.738	3.907	4.173	4.346	4.395
Canadá	1.873	1.966	2.009	2.051	2.054	2.056	2.150	2.309	2.416	2.519	2.733	2.871	3.058	3.209	3.448	3.674	3.850	4.002	4.317	4.445
Corea del Sur	354	404	421	458	480	543	580	567	665	771	918	966	1.046	1.136	1.291	1.466	1.645	1.724	1.864	2.035
Dinamarca	1.589	1.665	1.770	1.854	1.869	1.977	2.061	2.132	2.411	2.507	2.678	2.871	2.893	3.123	3.243	3.577	3.767	4.056	4.385	4.464
España	951	1.029	1.084	1.112	1.191	1.248	1.299	1.383	1.450	1.538	1.635	1.745	2.026	2.135	2.274	2.553	2.739	2.966	3.097	3.056
Estados Unidos	3.074	3.286	3.482	3.629	3.789	3.950	4.119	4.305	4.527	4.791	5.142	5.576	5.993	6.355	6.728	7.107	7.483	7.761	7.990	8.233
Finlandia	1.505	1.506	1.392	1.368	1.477	1.549	1.617	1.659	1.741	1.854	1.970	2.150	2.251	2.452	2.589	2.766	2.909	3.162	3.271	3.251
Francia	1.546	1.647	1.744	1.808	2.099	2.160	2.226	2.309	2.396	2.545	2.716	2.921	2.981	3.109	3.294	3.484	3.667	3.750	3.930	3.974
Grecia	873	973	1.084	1.225	1.262	1.300	1.355	1.382	1.468	1.451	1.754	1.965	2.028	2.090	2.353	2.610	2.723	2.998	3.106	2.914
Hungría	577	615	628	708	659	658	679	763	810	853	970	1.114	1.315	1.331	1.434	1.511	1.453	1.525	1.559	1.601
Irlanda	883	1.006	1.035	1.115	1.189	1.271	1.373	1.477	1.574	1.762	2.059	2.336	2.535	2.772	2.956	3.217	3.533	3.806	3.944	3.718
Islandia	1.747	1.735	1.800	1.844	1.907	1.975	2.115	2.479	2.756	2.741	2.843	3.156	3.195	3.333	3.304	3.271	3.379	3.606	3.539	3.309
Italia	1.470	1.523	1.521	1.531	1.533	1.610	1.730	1.834	1.885	2.064	2.228	2.235	2.265	2.372	2.516	2.727	2.769	2.967	3.005	2.964
Japón	1.198	1.287	1.373	1.471	1.554	1.658	1.696	1.745	1.830	1.974	2.074	2.141	2.235	2.347	2.491	2.607	2.746	2.878	3.035	3.035
Luxemburgo	5.620	4.937	4.733	4.353	1.908	1.988	1.973	2.083	2.384	3.269	3.181	3.746	3.633	4.117	4.152	4.606	4.493	4.445	4.786	4.786
México	337	377	400	420	386	370	407	434	470	509	552	584	629	688	731	780	836	892	923	916
Noruega	1.521	1.621	1.662	1.752	1.860	2.040	2.350	2.538	2.780	3.043	3.263	3.629	3.835	4.076	4.301	4.612	4.884	5.246	5.348	5.388
Nueva Zelanda	1.044	1.096	1.115	1.191	1.248	1.271	1.355	1.450	1.522	1.607	1.709	1.841	1.849	1.974	2.124	2.388	2.447	2.697	2.923	3.022
Países Bajos	1.516	1.603	1.671	1.716	1.797	1.861	1.917	2.054	2.178	2.340	2.554	2.833	3.098	3.308	3.450	3.702	4.410	4.729	4.886	5.056
Polonia	345	364	369	372	407	474	493	554	568	581	642	733	748	807	857	935	1.061	1.241	1.365	1.389
Portugal	745	794	829	857	1.015	1.094	1.162	1.211	1.329	1.655	1.714	1.780	1.894	1.995	2.212	2.304	2.419	2.549	2.697	2.728
Reino Unido	1.049	1.153	1.206	1.295	1.348	1.434	1.487	1.557	1.677	1.834	2.002	2.187	2.321	2.540	2.700	2.961	3.030	3.143	3.379	3.433
República Checa	540	568	766	816	898	916	922	926	938	982	1.080	1.194	1.338	1.385	1.475	1.557	1.659	1.765	2.048	1.884
Suecia	1.579	1.621	1.659	1.664	1.743	1.860	1.887	1.983	2.130	2.287	2.501	2.702	2.832	2.953	2.963	3.195	3.431	3.656	3.711	3.758
Suiza	2.224	2.357	2.405	2.486	2.565	2.733	2.847	2.982	3.073	3.222	3.427	3.673	3.778	3.935	4.015	4.252	4.570	4.933	5.135	5.270
Promedio OCDE	1.443	1.494	1.541	1.590	1.570	1.646	1.722	1.821	1.942	2.094	2.239	2.427	2.547	2.704	2.842	3.049	3.218	3.411	3.573	3.594

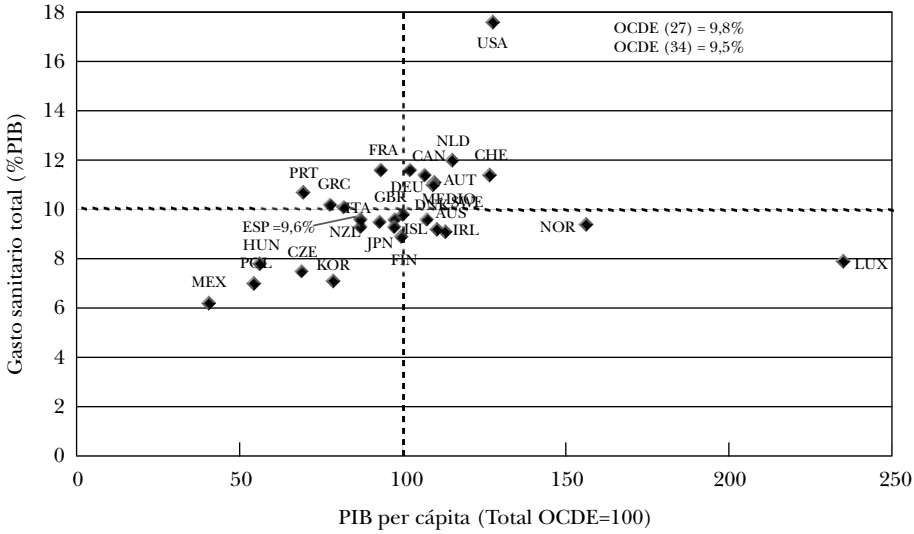
Fuente: OCDE (2012b).

En relación con el producto interior bruto (PIB) agregado, el gasto sanitario medio de los países de la OCDE seleccionados supuso el 9,8% en 2010, dos décimas menos que en 2009, techo del gasto promedio de la OCDE para todos los años considerados. El grado de dispersión de dichos valores es notable, de modo que el recorrido absoluto representa más de 11 puntos porcentuales, la distancia que separa a Estados Unidos, con un gasto del 17,6% del PIB, de México donde solo representa el 6,2% del PIB. El índice relativo de gasto sanitario sobre el PIB español se asemeja mucho (9,6%) a la media de la OCDE. Ese valor sitúa a España en duodécimo lugar entre los países con mayor gasto sanitario en relación con su PIB, empatado con Suecia y el Reino Unido. Países centrales de la UE, como los Países Bajos, Francia y Alemania encabezan la clasificación tras Estados Unidos, mientras que los otros dos países fundadores incluidos en la muestra (Italia y Luxemburgo) poseen un porcentaje de gasto sanitario sobre el PIB inferior al español. Si tomamos como referencia los 34 países que integran en la actualidad la OCDE, entonces el gasto sanitario en relación con el PIB español estaría por encima de la media (9,6% *vs.* 9,5%).

Cuando dicho índice se compara con el nivel de PIB per cápita se observa una relación directa entre ambos indicadores, habitual por lo demás en este tipo de comparativas internacionales. Esta asociación positiva es congruente con la observación acreditada en numerosos estudios empíricos (Newhouse 1977; Leu 1986; Gerdtham *et al.* 1992a, 1992b y 1998) que apuntan a la renta per cápita como la variable determinante a la hora de explicar las diferencias de gasto sanitario entre países. No obstante, cabe apreciar como la mencionada relación directa no es perfecta, sino aproximada, de modo que persisten diferencias significativas en los niveles relativos de gasto sanitario que no guardan correlación con el nivel de PIB per cápita. Así, para un mismo nivel de renta por habitante pueden observarse diferencias apreciables en los cocientes de gasto sanitario/PIB. Este es el caso, por ejemplo, de Suecia y Canadá, países ambos con rentas por habitante que rondan los 39.000 dólares PPA, pero con un gasto sanitario en términos del PIB en el caso de Canadá un 19% superior al de Suecia. Otro tanto podría decirse de Francia y Japón, donde la diferencia es del 22% a favor del primero pese a que ambos países poseen rentas per cápita similares. España, por su parte, con una

renta por habitante que representa un 88% de la media de los 27 países, tiene un porcentaje de gasto sanitario sobre el PIB casi análogo al gasto promedio. Esta relación sugiere que el índice relativo de gasto sanitario sobre el PIB de España es algo superior al que le correspondería de depender este exclusivamente del nivel de bienestar material de la nación, tal y como se mide con el PIB per cápita. Así, pueden identificarse países como, por ejemplo, Suecia, Irlanda o Australia, con una renta por habitante superior a la española, más próxima a la renta per cápita media de la OCDE, con porcentajes de gasto sanitario en relación con el PIB inferiores.

GRÁFICO 1.1: PIB per cápita y gasto sanitario total en porcentaje del PIB, 2010



Nota: DEU: Alemania; AUS: Australia; AUT: Austria; CAN: Canadá; KOR: Corea del Sur; DNK: Dinamarca; ESP: España; USA: Estados Unidos; FIN: Finlandia; FRA: Francia; GRC: Grecia; HUN: Hungría; IRL: Irlanda; ISL: Islandia; ITA: Italia; JPN: Japón; LUX: Luxemburgo; MEX: México; NOR: Noruega; NZL: Nueva Zelanda; NLD: Países Bajos; POL: Polonia; PRT: Portugal; GBR: Reino Unido; CZE: República Checa; SWE: Suecia; CHE: Suiza.

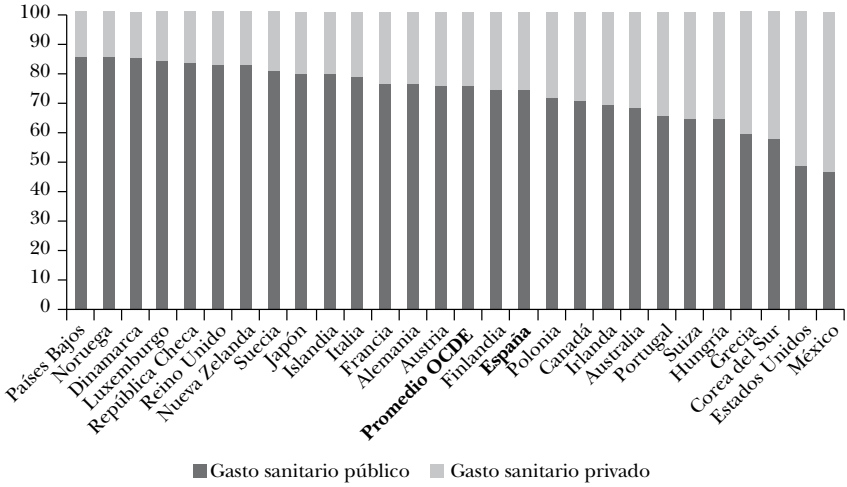
Fuente: Elaboración propia a partir de OCDE (2012b).

Para poder interpretar la relación entre renta por habitante y gasto sanitario en porcentaje del PIB como manifestación del *esfuerzo* relativo que acomete la sociedad para suministrar asistencia

sanitaria a todos sus ciudadanos, es preciso tomar en consideración solo aquella parte del gasto sufragada con fondos públicos, ya sean ingresos generales o cotizaciones al sistema de Seguridad Social. A este respecto, el gráfico 1.2 muestra como el gasto sanitario público en España representa algo más del 74% del gasto sanitario total (unos 21.000 millones de dólares de PPA), lo que sitúa a España en la zona intermedia del conjunto de los países considerados, muy alejado de las posiciones ocupadas por los países del norte de Europa, con los Países Bajos y Noruega a la cabeza, con porcentajes superiores al 85%, pero también por detrás de Italia, Francia o Alemania (con valores algo superiores al 76%). En el extremo opuesto destacan México y Estados Unidos, los dos únicos países que exhiben un porcentaje de gasto sanitario público inferior al 50% del gasto sanitario total. En comparación al promedio de la OCDE, el gasto sanitario público español en porcentaje del PIB es prácticamente idéntico (7,1% *vs.* 7,2%), con lo cual cabría concluir que España, para el nivel de PIB per cápita de que disfruta, realiza un esfuerzo relativo mayor en materia de gasto sanitario que otros países de rentas medias más elevadas.

GRÁFICO 1.2: Proporción del gasto sanitario público y privado sobre el total, 2010

(porcentaje)

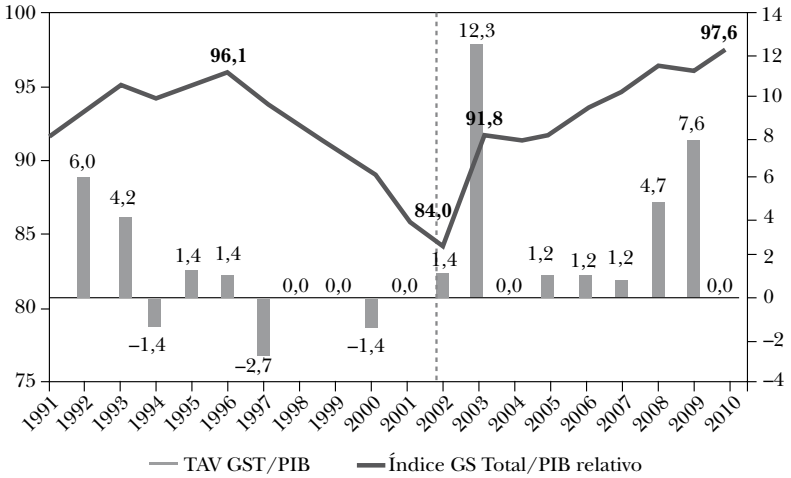


Fuente: OCDE (2012b).

El gráfico 1.3 muestra la evolución seguida por el gasto sanitario español en porcentaje del PIB respecto de la media de la OCDE a lo largo de los años objeto de estudio. En términos globales, el índice de gasto sanitario en relación con el PIB creció con mayor intensidad en España entre 1991 y 2010, aproximadamente un 43%, nueve puntos porcentuales más que la media de la OCDE. La senda de avance de dicho gasto no fue, sin embargo, lineal. Puede observarse a este respecto, como el gasto sanitario español inicia en 1991 un proceso de convergencia con la media de la OCDE, de forma que alcanza el 96,1% de esta en el año 1996. El crecimiento medio durante esos años fue un punto porcentual superior en España (2,3% *vs.* 1,3%). A partir de ahí, sin embargo, se produce un retroceso en dicho proceso, de modo que en 2002, el gasto sanitario español en términos del PIB había perdido 14 puntos porcentuales con respecto al promedio OCDE. Este retroceso es algo insólito en el contexto de la muestra de países seleccionados, ya que solo otro país de los 27, Finlandia, experimentó un decrecimiento en su nivel de gasto sanitario sobre el PIB durante la misma etapa.

GRÁFICO 1.3: Gasto sanitario total en porcentaje sobre el PIB en España en relación con el promedio de la OCDE

(1991 = 100)



Nota: Las columnas del gráfico corresponden al eje derecho, y la línea, al eje izquierdo. TAV: Tasa anual de variación. GST: Gasto sanitario total.

Fuente: Elaboración propia a partir de OCDE (2012b).

CUADRO 1.4: Gasto sanitario público. Países OCDE, 1991-2010

(millones de dólares de PPA)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Alemania	85.877	130.385	130.723	139.990	151.373	161.341	160.067	163.198	169.705	175.107	183.220	191.910	200.505	200.573	212.514	224.619	234.081	249.395	266.182	272.402
Australia	14.479	15.572	16.479	17.653	19.106	20.436	22.454	24.235	27.147	29.009	30.727	33.642	35.161	38.620	40.645	43.601	47.539	50.359	55.210	55.198
Austria	9.849	10.701	11.807	12.867	13.182	13.547	14.720	15.705	16.711	17.561	17.686	18.633	19.514	20.907	21.710	23.384	24.587	26.551	27.776	28.096
Canadá	39.171	41.330	41.888	42.793	42.882	43.080	45.087	49.134	51.390	54.381	59.319	62.582	67.890	71.980	78.067	83.505	89.031	94.044	103.253	107.722
Corea del Sur	5.472	6.149	6.638	7.161	8.334	10.318	11.816	12.856	15.562	17.618	23.874	24.711	26.236	28.684	32.874	39.232	44.619	47.197	53.333	58.568
Dinamarca	6.840	7.166	7.593	7.935	8.071	8.573	8.960	9.284	10.770	11.227	12.078	13.038	13.187	14.223	14.847	16.463	17.361	18.864	20.595	21.082
España	**28.703**	**31.099**	**32.538**	**33.000**	**33.872**	**35.648**	**37.255**	**39.669**	**41.711**	**44.348**	**47.402**	**51.398**	**59.884**	**64.323**	**70.040**	**80.673**	**88.364**	**98.829**	**106.237**	**104.432**
Estados Unidos	318.418	355.265	391.105	426.040	454.670	479.354	502.708	516.402	543.124	581.311	644.950	704.407	761.187	820.595	879.391	954.867	1.019.093	1.085.143	1.159.207	1.225.904
Finlandia	6.117	6.043	5.364	5.251	5.409	5.684	5.994	6.197	6.427	6.837	7.355	8.100	8.749	9.609	10.237	10.900	11.442	12.514	13.131	12.992
Francia	68.954	74.064	78.688	81.307	99.376	102.455	106.087	110.260	114.887	122.749	131.937	143.429	146.068	153.210	163.604	174.031	183.362	184.641	195.091	198.568
Grecia	4.783	5.510	6.186	6.489	6.984	7.369	7.714	7.796	8.532	9.507	11.670	12.522	13.365	13.671	15.702	18.047	18.394	20.194	21.611	19.570
Hungría	5.333	5.610	5.682	6.393	5.716	5.539	5.679	5.861	6.000	6.160	6.815	7.944	9.468	9.360	10.127	10.618	9.827	10.262	10.265	10.367
Irlanda	2.275	2.538	2.699	2.869	3.111	3.305	3.778	4.095	4.445	5.032	6.027	7.003	7.764	8.688	9.327	10.281	11.608	12.645	12.670	11.567
Islandia	391	384	396	410	428	442	470	546	628	625	656	743	755	792	795	816	868	951	926	846
Italia	66.169	66.744	65.283	63.985	61.698	64.620	69.730	73.431	75.891	85.237	94.741	95.165	97.192	104.805	112.363	123.094	125.859	140.147	143.964	142.676
Japón	116.365	125.135	135.692	144.615	160.574	171.750	173.775	177.469	187.185	202.442	214.927	221.681	229.391	241.936	259.610	264.619	282.036	296.830	311.537	311.491
Luxemburgo	624	682	736	751	820	875	887	962	1.105	1.489	1.484	1.815	1.770	2.070	2.143	2.447	2.433	2.489	2.742	2.742
México	12.656	14.166	15.348	17.067	14.898	14.253	17.173	19.116	21.810	23.307	24.655	25.847	28.314	32.013	34.209	36.996	40.155	44.637	47.906	48.066
Noruega	5.475	5.894	6.063	6.430	6.830	7.524	8.419	9.243	10.240	11.274	12.308	13.746	14.654	15.641	16.612	18.007	19.340	21.110	21.840	22.527
Nueva Zelanda	3.001	3.060	3.052	3.343	3.537	3.638	3.960	4.261	4.524	4.836	5.067	5.663	5.834	6.426	6.997	8.001	8.525	9.546	10.475	10.981
Países Bajos	16.629	18.586	19.750	20.171	20.933	20.198	21.289	21.646	22.656	24.732	26.954	29.977	33.447	35.340	37.063	49.836	60.782	65.953	69.004	71.983
Polonia	9.968	10.661	10.470	10.431	11.443	13.422	13.712	14.002	15.604	15.635	17.642	19.933	19.979	21.134	22.653	24.918	28.477	33.956	37.281	38.009
Portugal	4.661	4.715	5.218	5.430	6.376	7.182	7.699	8.229	9.132	11.264	11.818	12.649	13.582	14.265	15.862	16.340	17.108	17.678	19.076	19.092
Reino Unido	50.250	56.218	59.323	62.919	65.592	69.204	69.704	73.165	79.342	85.152	94.094	103.254	110.319	123.443	132.824	145.833	150.038	159.182	174.236	177.810
República Checa	5.386	5.594	7.509	7.914	8.430	8.570	8.577	8.618	8.732	9.108	9.922	11.027	12.262	12.615	13.177	13.868	14.602	15.189	18.034	16.596
Suecia	12.006	12.246	12.634	12.722	13.332	14.291	14.325	15.054	16.170	17.223	18.050	19.634	20.805	21.612	21.716	23.536	25.537	27.471	28.124	28.561
Suiza	7.985	8.718	9.062	9.427	9.673	10.529	11.089	11.588	12.106	12.829	14.097	15.448	16.178	16.981	17.757	18.816	20.388	24.581	26.062	26.882
OCDE total	**907.839**	**1.024.235**	**1.087.927**	**1.155.364**	**1.236.650**	**1.303.147**	**1.353.127**	**1.402.021**	**1.481.535**	**1.585.998**	**1.729.476**	**1.855.902**	**1.973.457**	**2.103.518**	**2.252.866**	**2.437.348**	**2.595.457**	**2.770.358**	**2.955.770**	**3.044.729**

Fuente: OCDE (2012b).

CUADRO 1.5: Gasto sanitario público. Países OCDE, 1991-2010

(porcentaje sobre el PIB)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Alemania	6,3	7,8	7,7	7,9	8,2	8,5	8,3	8,2	8,3	8,3	8,3	8,5	8,6	8,2	8,3	8,1	8,0	8,2	9,0	8,9
Australia	4,6	4,6	4,7	4,7	4,7	4,8	5,0	5,0	5,3	5,3	5,4	5,6	5,5	5,7	5,6	5,7	5,7	5,9	6,2	6,2
Austria	6,2	6,4	6,9	7,2	7,1	7,0	7,4	7,5	7,7	7,6	7,6	7,6	7,7	7,8	7,8	7,7	7,8	8,0	8,6	8,4
Canadá	7,2	7,3	7,0	6,8	6,4	6,2	6,2	6,4	6,2	6,2	6,5	6,7	6,9	6,9	6,9	7,0	7,0	7,3	8,1	8,1
Corea del Sur	1,4	1,4	1,4	1,4	1,5	1,6	1,7	2,0	2,2	2,2	2,8	2,6	2,7	2,8	3,0	3,3	3,5	3,6	4,0	4,1
Dinamarca	6,8	6,9	7,1	6,9	6,7	6,8	6,7	6,7	7,6	7,3	7,7	7,9	8,0	8,2	8,3	8,4	8,4	8,6	9,8	9,4
España	**5,2**	**5,5**	**5,7**	**5,5**	**5,3**	**5,4**	**5,3**	**5,3**	**5,3**	**5,2**	**5,1**	**5,2**	**5,8**	**5,8**	**5,9**	**6,0**	**6,1**	**6,5**	**7,2**	**7,1**
Estados Unidos	5,4	5,6	5,9	6,1	6,2	6,2	6,1	5,9	5,8	5,9	6,3	6,6	6,9	7,0	7,0	7,2	7,3	7,6	8,4	8,5
Finlandia	7,1	7,2	6,2	5,8	5,6	5,7	5,6	5,4	5,3	5,1	5,3	5,7	6,1	6,1	6,3	6,2	6,0	6,2	6,9	6,6
Francia	6,6	6,8	7,1	7,1	8,3	8,3	8,2	8,0	8,1	8,0	8,1	8,4	8,6	8,7	8,8	8,7	8,7	8,4	9,0	8,9
Grecia	3,5	3,9	4,4	4,4	4,5	4,6	4,5	4,4	4,6	4,8	5,4	5,3	5,4	5,2	5,8	6,0	5,9	6,1	6,5	6,1
Hungría	6,3	6,7	6,6	7,2	6,1	5,8	5,5	5,4	5,3	5,1	5,0	5,3	6,1	5,7	5,9	5,8	5,2	5,0	5,1	5,1
Irlanda	4,7	5,0	5,0	4,9	4,8	4,6	4,7	4,6	4,5	4,6	5,1	5,3	5,6	5,8	5,8	5,7	5,9	6,7	7,1	6,4
Islandia	6,9	7,0	6,9	6,8	6,9	6,8	6,6	7,2	7,9	7,7	7,5	8,4	8,5	8,0	7,6	7,5	7,5	7,5	7,9	7,5
Italia	6,3	6,1	5,9	5,6	5,1	5,2	5,4	5,4	5,4	5,8	6,1	6,2	6,2	6,5	6,8	6,9	6,6	7,0	7,4	7,4
Japón	4,6	4,8	5,1	5,3	5,6	5,8	5,6	5,8	6,0	6,1	6,3	6,4	6,4	6,5	6,7	6,5	6,6	6,9	7,6	7,6
Luxemburgo	4,7	5,0	5,1	4,9	5,2	5,3	5,2	5,3	5,2	6,4	6,2	7,1	6,5	7,0	6,7	6,6	6,0	5,7	6,6	6,6
México	2,1	2,2	2,3	2,4	2,1	1,9	2,1	2,3	2,4	2,4	2,5	2,5	2,6	2,7	2,7	2,6	2,6	2,7	3,1	2,9
Noruega	6,8	6,9	6,7	6,7	6,7	6,6	6,8	7,6	7,7	6,9	7,4	8,2	8,4	8,0	7,5	7,2	7,3	7,3	8,3	8,0
Nueva Zelanda	6,0	5,8	5,4	5,5	5,5	5,4	5,6	5,9	5,8	5,9	5,9	6,2	6,2	6,4	6,7	7,0	7,0	7,7	8,3	8,4
Países Bajos	6,0	6,4	6,6	6,3	6,3	5,7	5,6	5,4	5,3	5,3	5,5	5,8	6,5	6,6	6,5	8,0	9,1	9,3	10,2	10,3
Polonia	4,5	4,7	4,3	4,0	4,0	4,3	4,0	3,9	4,1	3,9	4,2	4,5	4,3	4,3	4,3	4,3	4,4	5,0	5,2	5,0
Portugal	3,9	3,8	4,2	4,2	4,7	5,1	5,1	5,2	5,3	6,2	6,2	6,4	6,7	6,8	7,1	6,7	6,7	6,7	7,2	7,0
Reino Unido	5,2	5,7	5,8	5,8	5,7	5,6	5,3	5,4	5,6	5,5	5,8	6,0	6,2	6,5	6,7	6,9	6,9	7,3	8,2	8,0
República Checa	4,5	4,7	6,1	6,2	6,1	5,8	5,8	5,8	5,7	5,7	5,7	6,2	6,4	6,2	6,0	5,8	5,5	5,6	6,7	6,3
Suecia	7,1	7,1	7,3	7,0	6,9	7,1	6,9	6,9	7,0	7,0	7,2	7,5	7,6	7,4	7,4	7,2	7,2	7,5	8,1	7,8
Suiza	4,7	5,0	5,1	5,1	5,1	5,4	5,5	5,5	5,6	5,7	6,0	6,3	6,6	6,6	6,7	6,4	6,3	7,0	7,5	7,4
Promedio OCDE	**5,4**	**5,6**	**5,7**	**5,6**	**5,6**	**5,6**	**5,6**	**5,7**	**5,8**	**5,8**	**6,0**	**6,3**	**6,4**	**6,4**	**6,5**	**6,5**	**6,5**	**6,8**	**7,4**	**7,2**

Fuente: OCDE (2012b).

CUADRO 1.6: Gasto sanitario público. Países OCDE, 1991-2010

(dólares de PPA por habitante)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Alemania	1.363	1.617	1.611	1.719	1.853	1.970	1.951	1.989	2.067	2.130	2.225	2.326	2.429	2.431	2.577	2.727	2.845	3.037	3.250	3.331
Australia	838	890	933	989	1.057	1.116	1.213	1.295	1.434	1.515	1.583	1.712	1.767	1.919	1.993	2.107	2.262	2.342	2.515	2.514
Austria	1.270	1.365	1.494	1.621	1.658	1.702	1.847	1.969	2.091	2.192	2.199	2.306	2.403	2.558	2.639	2.828	2.962	3.185	3.320	3.349
Canadá	1.397	1.457	1.460	1.475	1.463	1.455	1.508	1.629	1.690	1.772	1.912	1.996	2.146	2.254	2.421	2.563	2.704	2.823	3.062	3.158
Corea del Sur	126	141	150	160	185	227	257	278	334	375	504	519	548	597	683	811	918	964	1.084	1.185
Dinamarca	1.327	1.386	1.463	1.524	1.542	1.629	1.695	1.750	2.024	2.103	2.254	2.425	2.446	2.632	2.740	3.028	3.179	3.434	3.729	3.800
España	**737**	**796**	**830**	**840**	**860**	**903**	**941**	**999**	**1.045**	**1.101**	**1.164**	**1.244**	**1.426**	**1.507**	**1.614**	**1.829**	**1.969**	**2.169**	**2.314**	**2.267**
Estados Unidos	1.259	1.385	1.505	1.619	1.708	1.779	1.844	1.872	1.946	2.060	2.263	2.448	2.623	2.801	2.975	3.200	3.381	3.567	3.780	3.967
Finlandia	1.220	1.199	1.059	1.032	1.059	1.109	1.166	1.202	1.244	1.321	1.418	1.557	1.678	1.838	1.951	2.070	2.164	2.355	2.459	2.422
Francia	1.180	1.261	1.334	1.373	1.672	1.718	1.773	1.836	1.904	2.020	2.156	2.327	2.353	2.450	2.597	2.743	2.873	2.877	3.024	3.061
Grecia	466	531	591	615	657	688	716	720	784	871	1.066	1.140	1.212	1.236	1.414	1.619	1.643	1.797	1.915	1.731
Hungría	514	541	549	618	553	537	552	571	586	603	669	782	935	926	1.004	1.054	977	1.022	1.024	1.037
Irlanda	644	713	755	799	862	909	1.029	1.103	1.184	1.323	1.560	1.782	1.944	2.136	2.243	2.415	2.666	2.858	2.841	2.585
Islandia	1.515	1.472	1.500	1.541	1.601	1.644	1.735	1.993	2.264	2.221	2.302	2.584	2.609	2.707	2.688	2.681	2.788	2.978	2.901	2.662
Italia	1.166	1.175	1.149	1.126	1.085	1.136	1.226	1.290	1.333	1.497	1.663	1.665	1.687	1.802	1.917	2.088	2.120	2.342	2.392	2.359
Japón	938	1.006	1.088	1.157	1.279	1.365	1.377	1.403	1.478	1.595	1.688	1.740	1.797	1.895	2.032	2.071	2.207	2.325	2.443	2.443
Luxemburgo	5.224	4.583	4.397	3.993	1.764	1.845	1.825	1.925	2.140	2.781	2.680	3.204	3.060	3.491	3.526	3.921	3.779	3.736	4.021	4.020
México	148	163	173	189	162	153	182	200	225	237	247	256	278	311	329	353	380	418	445	433
Noruega	1.285	1.375	1.406	1.483	1.567	1.717	1.911	2.086	2.295	2.510	2.727	3.029	3.210	3.406	3.593	3.863	4.107	4.427	4.523	4.607
Nueva Zelanda	859	866	854	923	963	975	1.047	1.117	1.180	1.254	1.306	1.434	1.449	1.572	1.693	1.912	2.016	2.235	2.427	2.515
Países Bajos	1.103	1.224	1.292	1.311	1.354	1.301	1.364	1.378	1.433	1.553	1.680	1.856	2.061	2.171	2.271	3.049	3.710	4.010	4.174	4.332
Polonia	261	278	272	271	296	347	355	362	404	407	461	521	523	554	594	653	747	891	977	995
Portugal	468	473	523	543	636	714	763	812	898	1.102	1.148	1.220	1.301	1.358	1.504	1.544	1.613	1.664	1.794	1.795
Reino Unido	874	975	1.027	1.086	1.131	1.190	1.195	1.251	1.352	1.446	1.592	1.740	1.852	2.062	2.205	2.407	2.460	2.593	2.819	2.857
República Checa	522	542	727	766	816	831	832	837	849	887	969	1.081	1.201	1.235	1.287	1.350	1.413	1.457	1.720	1.578
Suecia	1.393	1.413	1.449	1.449	1.510	1.616	1.619	1.701	1.826	1.941	2.029	2.200	2.323	2.403	2.405	2.592	2.792	2.980	3.025	3.046
Suiza	1.174	1.268	1.306	1.348	1.374	1.489	1.564	1.630	1.695	1.786	1.951	2.121	2.204	2.298	2.388	2.514	2.700	3.214	3.366	3.437
Promedio OCDE	**1.058**	**1.093**	**1.124**	**1.152**	**1.133**	**1.185**	**1.242**	**1.303**	**1.397**	**1.501**	**1.609**	**1.747**	**1.833**	**1.946**	**2.050**	**2.219**	**2.344**	**2.499**	**2.633**	**2.636**

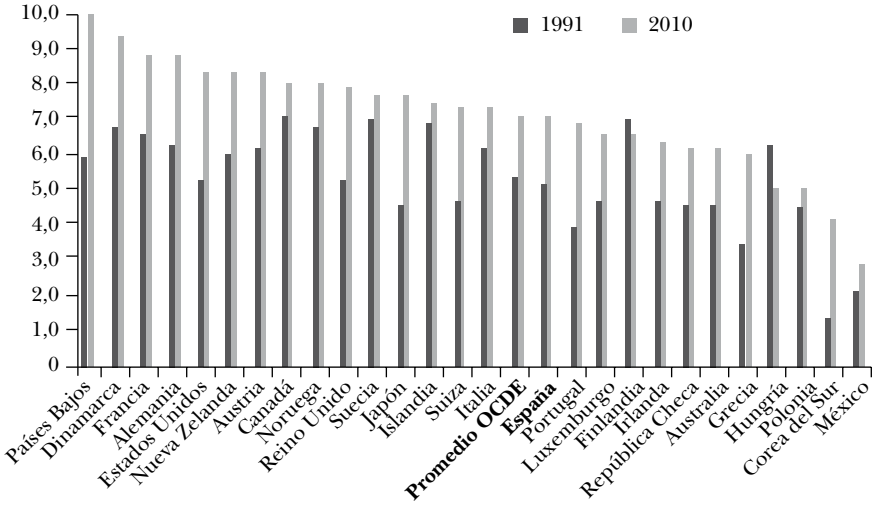
Fuente: OCDE (2012b).

Para el promedio de la OCDE, por el contrario, el gasto aumentó a razón de un 1,8% anual a lo largo de ese periodo. De 2002 en adelante, no obstante, tiene lugar un nuevo recorte de diferencias entre España y la media de la OCDE, que sitúa el índice en 2010 en un valor de 97,6. Esta aproximación al promedio de la OCDE se sostuvo merced al diferencial de crecimiento acumulado por España a lo largo del periodo 2002-2010 (tasa media acumulada anual del 3,5% frente al 1,6% para el promedio OCDE).

La cesura que parece producirse en el año 2002, se percibe más claramente cuando se contrasta el porcentaje medio de gasto sanitario sobre el PIB entre 1991 y 2002, con el acaecido entre 2002 y 2010, siendo un 17% superior este último (8,6% *vs.* 7,3%). Para explicar el cambio de tendencia que parece producirse en 2002, sería necesario abordar un análisis de los factores determinantes de la evolución del gasto sanitario, algo que haremos en el capítulo 2. Sin embargo, sí que resulta interesante apuntar ahora que 2002 fue el año en que se completó el traspaso de las competencias en materia sanitaria a las comunidades autónomas de régimen común. Abstrayéndonos de posibles factores de confusión que pudieran explicar el cambio ocurrido a partir de 2002, parece que, cuando menos, el traspaso competencial sustanciado en ese año debería considerarse como una variable explicativa que se ha de tener en cuenta.

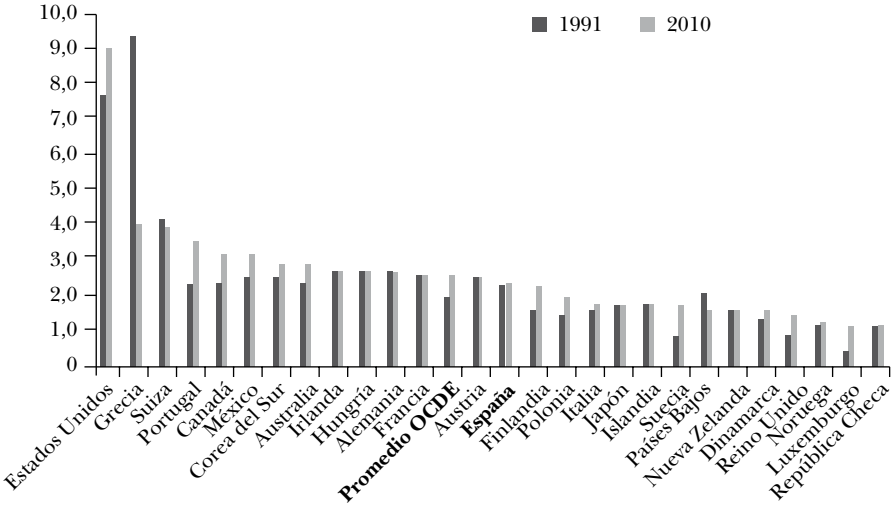
Como ponen de manifiesto los gráficos 1.4 y 1.5, el gasto sanitario público en porcentaje sobre el PIB creció en términos absolutos más intensamente que el privado en el ámbito de la OCDE. En España, el gasto sanitario público creció 1,9 puntos del PIB, mientras que el gasto privado lo hizo en un punto porcentual. Cuando se relativizan dichos incrementos respecto del valor del indicador en el año 1991, se observa, en cambio, que la tasa de variación del gasto privado en porcentaje del PIB (64,2%) ha sido superior a la del gasto público (37,2%). El incremento absoluto del gasto sanitario público sobre el PIB fue escasamente mayor en España que en la OCDE (una décima superior), siendo rebasado por 9 países, 7 de ellos europeos. Mayor fue, en términos comparados, el incremento registrado por el gasto sanitario privado español en porcentaje del PIB (tres décimas más). Este aumentó, en términos relativos, un 88% por encima del promedio de la OCDE.

GRÁFICO 1.4: Gasto sanitario público en porcentaje sobre el PIB, 1991 y 2010



Fuente: OCDE (2012b).

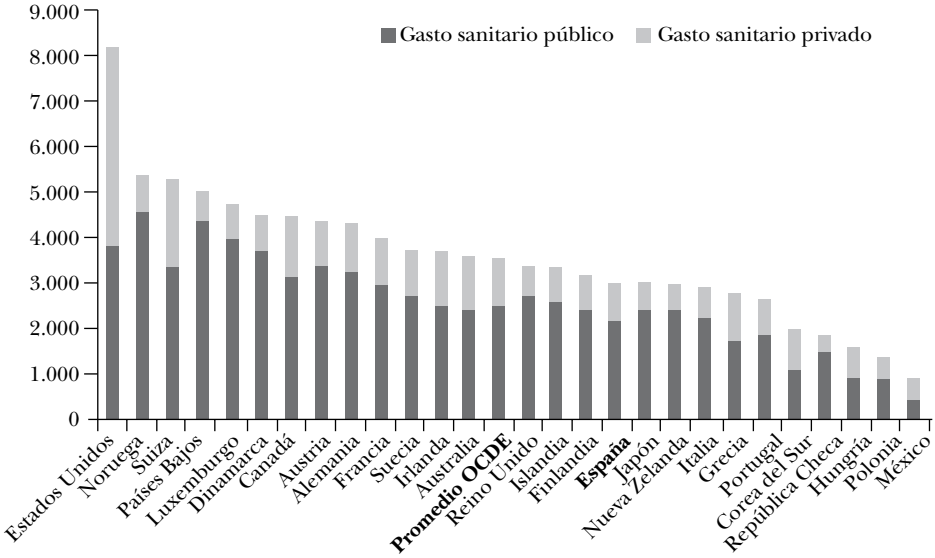
GRÁFICO 1.5: Gasto sanitario privado en porcentaje sobre el PIB, 1991 y 2010



Fuente: OCDE (2012b).

Si establecemos ahora la comparación en términos capitativos, observamos que durante el periodo 1991-2010 el gasto sanitario total per cápita de la OCDE-27 aumentó a un ritmo medio anual de casi el 5%, y se situó en 2010 en el umbral de los 3.600 dólares. El gasto español se encuentra por debajo de la media con un valor ligeramente superior a los 3.000 dólares, muy distanciado de los valores acreditados por los países más desarrollados de la muestra, tal y como se aprecia en el gráfico 1.6 donde se ordenan los países según la magnitud de su gasto sanitario total per cápita. Esta distancia respecto a la media es algo menor cuando atendemos a la cifra de gasto sanitario público por habitante (2.267 dólares per cápita España, frente a 2.636 la OCDE), tal y como se refleja en el gráfico 1.7, si bien empeora la posición que ocupa España en relación con el resto de los países de la muestra, que pasa del decimoséptimo lugar en gasto sanitario total por habitante a la vigésima posición en nivel de gasto sanitario público per cápita. La variación experimentada por el indicador de gasto sanitario público per cápita en España no ha sido, sin embargo, despreciable, ya que se ha triplicado entre 1991 y 2010, incremento claramente superior al de la OCDE-27 (149%), superado solo por 9 países.

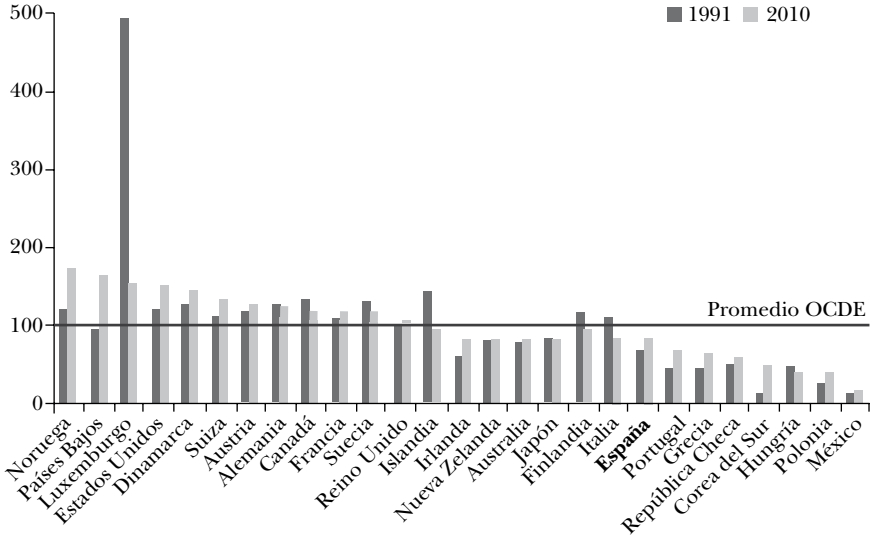
GRÁFICO 1.6: Gasto sanitario total per cápita, 2010
(dólares de PPA)



Fuente: OCDE (2012b).

GRÁFICO 1.7: Gasto sanitario público per cápita, 1991 y 2010

(dólares de PPA, OCDE = 100)

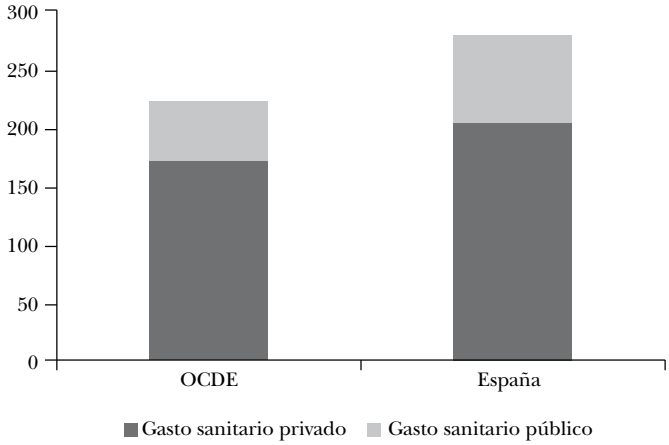


Fuente: OCDE (2012b).

Pese a que el incremento relativo del gasto sanitario privado en España fue superior al registrado por el gasto sanitario público en el periodo considerado (un 264% el gasto público, frente a un 336% el gasto privado), el mayor peso relativo del gasto público sobre el total de gasto sanitario hace que llegue a aportar casi tres cuartas partes del crecimiento del agregado (un 73% en concreto); una contribución, eso sí, inferior a la correspondiente al promedio de la OCDE que roza el 80% (véase gráfico 1.8). No hay que olvidar, empero, que el crecimiento del gasto sanitario público en España fue superior al del promedio de la OCDE entre 1991 y 2010, significativamente por encima del registrado por países como Francia, Alemania e Italia. Lo único que sucede es que el dinamismo del gasto sanitario privado fue incluso mayor, lo que sitúa a España como el sexto país en el que más aumentó el nivel de gasto sanitario privado.

GRÁFICO 1.8: Contribuciones del gasto público y privado al crecimiento del gasto sanitario total en el periodo 1991-2010

(porcentaje)



Fuente: Elaboración propia a partir de OCDE (2012b).

1.1.2. Gasto sanitario total según función de atención a la salud

El cuadro 1.7 recoge el peso porcentual de cada una de las categorías de gasto funcional sobre el PIB, en el año 2010. Puede observarse como, sin excepción, la importancia del gasto en formación bruta de capital en relación con el PIB es muy reducida, menos del 0,5% de media. Por tanto, la práctica totalidad del gasto sanitario es gasto corriente para todos los países considerados.[4] Este porcentaje se ha mantenido prácticamente inalterado entre 2003 y 2010. En contraste, las dos primeras funciones, HC1-HC2 *Servicios curativos y de rehabilitación,* aglutinan más de la mitad del gasto sanitario total (el 55% en ambos años), lo cual viene a representar más del 5% del PIB. España pasa de encontrarse algo por debajo de la media en 2003 en estas dos funciones, a situarse escasamente por encima en 2010 (55,4% del total).

[4] En este epígrafe y los dos siguientes (1.1.3 y 1.1.4) la muestra inicial de 27 países se limita a 24, dado que no se dispone de información desagregada por funciones, proveedores y financiadores —la clasificación tripartita del Sistema de Cuentas de Salud de la OCDE— para la totalidad de ellos durante el periodo 2003-2010; periodo en el cual se realizó el sexto cuestionario conjunto de recogida de datos OCDE-Eurostat-OMS (2011). Para una descripción detallada de dicha clasificación, consúltese el apéndice metodológico.

CUADRO 1.7: Gasto sanitario según función de atención de la salud, 2010

(porcentaje sobre el PIB)

	HC1-HC9; HCR1: Gasto total	HC1-HC9: Gasto corriente	HC1-HC2: Servicios curativos y rehabilitación	HC3: Servicios larga duración	HC4: Servicios auxiliares	HC5: Productos médicos pacientes ambulatorios	HC6: Servicios prevención salud pública	HC7: Administración aseguramiento sanitario	HC9: Servicios no asignados por función	HCR1: Formación bruta de capital
Alemania	11,6	11,2	6,0	1,4	0,5	2,3	0,4	0,6	n. d.	0,4
Australia	9,1	8,7	6,1	0,0	0,5	1,6	0,2	0,3	n. d.	0,4
Austria	11,0	10,4	6,2	1,5	0,3	1,8	0,2	0,4	n. d.	0,6
Canadá	11,4	10,8	5,1	1,6	0,7	2,2	0,7	0,4	0,1	0,6
Corea del Sur	7,1	6,7	3,9	0,6	0,1	1,6	0,2	0,3	n. d.	0,4
Dinamarca	11,1	10,7	6,0	2,6	0,5	1,2	0,2	0,1	0,0	0,4
Eslovaquia	9,0	8,5	3,9	0,0	0,7	3,1	0,5	0,3	0,0	0,5
Eslovenia	9,0	8,6	4,9	0,7	0,3	2,1	0,3	0,3	n. d.	0,4
España	**9,6**	**9,3**	**5,3**	**1,0**	**0,5**	**2,0**	**0,2**	**0,3**	**0,0**	**0,2**
Estados Unidos	17,6	16,9	11,7	1,0	n. d.	2,4	0,6	1,2	n. d.	0,7
Estonia	6,3	6,3	3,5	0,3	0,7	1,5	0,2	0,1	0,0	0,1
Finlandia	8,9	8,5	5,1	0,9	0,3	1,5	0,5	0,2	n. d.	0,4
Francia	11,6	11,2	6,0	1,2	0,6	2,4	0,2	0,8	n. d.	0,4
Hungría	7,8	7,6	3,6	0,3	0,4	2,8	0,3	0,1	0,0	0,2
Islandia	9,3	9,3	5,4	1,7	0,2	1,7	0,1	0,2	n. d.	n. d.
Japón	9,5	9,3	5,9	0,9	0,1	2,1	0,2	0,2	0,0	0,2
Luxemburgo	6,8	6,2	3,6	1,2	0,4	0,8	0,1	0,1	0,0	0,6
Noruega	9,4	9,1	4,5	2,6	0,6	1,0	0,2	0,1	0,0	0,3
Países Bajos	12,0	11,2	5,6	2,7	0,2	1,6	0,5	0,4	0,1	0,8
Polonia	7,0	6,5	3,9	0,4	0,3	1,7	0,1	0,1	n. d.	0,5
Portugal	10,7	10,2	6,3	0,1	0,9	2,4	0,2	0,2	n. d.	0,6
República Checa	7,5	7,3	4,4	0,3	0,4	1,7	0,2	0,2	0,1	0,2
Suecia	9,6	9,1	6,0	0,7	0,4	1,5	0,3	0,1	0,1	0,5
Suiza	11,4	11,4	6,6	2,2	0,4	1,3	0,3	0,5	n. d.	n. d.
Promedio OCDE	**9,8**	**9,4**	**5,4**	**1,1**	**0,4**	**1,8**	**0,3**	**0,3**	**0,0**	**0,4**

Fuente: OCDE (2012b).

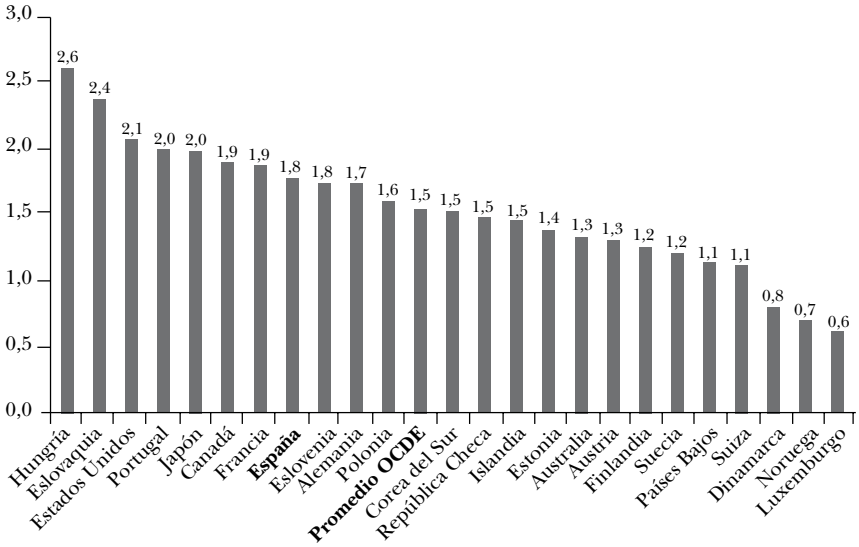
La distribución del gasto corriente experimenta algunos cambios entre 2003 y 2010, tanto en el promedio de la OCDE como también en España. En concreto pierde importancia la función HC5 *Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios*. Esta función integra dos tipos de productos: HC.5.1 *Productos farmacéuticos y otros productos médicos perecederos,* y HC.5.2 *Dispositivos terapéuticos y otros productos médicos no perecederos.* Mientras la primera categoría está formada fundamentalmente por medicamentos (de prescripción y de venta libre), la segunda abarca todo tipo de prótesis y dispositivos médicos técnicos, como las sillas de ruedas o los audífonos.[5] Aunque en España el porcentaje que representa la función HC5 sobre el gasto sanitario total excede significativamente a la media en ambos años, el descenso registrado a lo largo del periodo es más intenso (–10,5% en España *vs.* –8,6% en la OCDE), de modo que el diferencial con respecto al promedio se ha acortado en 2010 (21,05% en España *vs.* 19,56% en la OCDE). La totalidad de la disminución acaecida en España se ha debido al descenso del gasto en medicamentos y otros productos médicos perecederos, cuyo peso relativo al total del gasto sanitario pasa del 21% en 2003 al 18,4% en 2010. Esta evolución es congruente con la intensificación de la regulación que pesa en España sobre el reembolso público de los medicamentos dispensados en oficinas de farmacia desde el año 2003, fecha en la que se introduce un nuevo sistema de precios de referencia, al que siguen reducciones lineales en los precios industriales de los medicamentos y en los márgenes comerciales, una nueva modificación del sistema de precios de referencia en el año 2007, y nuevas medidas de contención de costes en años más recientes. Pese a todo, puede apreciarse en el gráfico 1.9 como España continúa teniendo un gasto farmacéutico en porcentaje del PIB superior a la media de la OCDE, solo por detrás de 7 países de la muestra.

---

[5] Para una descripción más precisa de las funciones de gasto mostradas en el cuadro 1.7, véase el apéndice metodológico.

GRÁFICO 1.9: Gasto en medicamentos y otros productos médicos perecederos, 2010

(porcentaje del PIB)



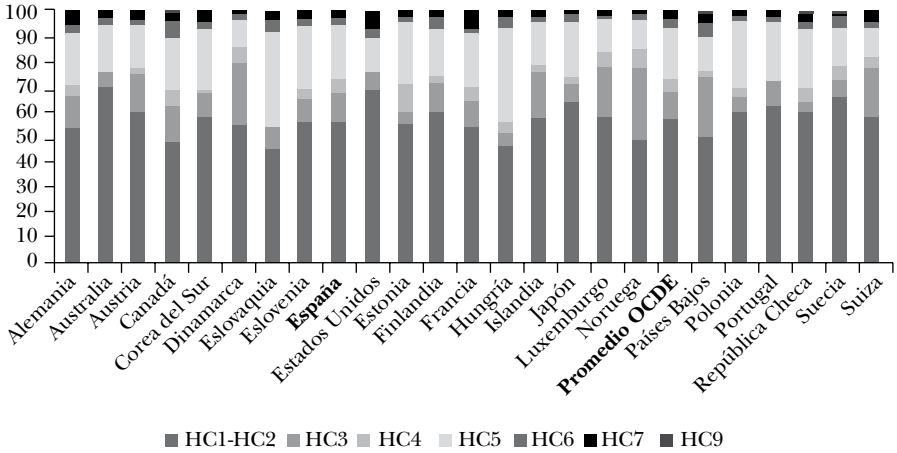
Fuente: Elaboración propia a partir de OCDE (2012b).

El gráfico 1.10 permite tener una idea más intuitiva de las diferencias existentes entre los diferentes países objeto de comparación en el año 2010. Así, pese a la ya comentada preponderancia del gasto en servicios curativos y de rehabilitación, observamos notables diferencias entre los distintos países, que abarcan desde el mínimo de Hungría (47,1%) hasta el máximo de Australia (69,9%). Esta disparidad se traslada a otras funciones, de modo que, por ejemplo, se aprecia como en Dinamarca, Noruega y los Países Bajos el gasto en cuidados de larga duración (función HC3) rebasa el 20% del gasto corriente, mientras que en Australia y Eslovaquia no supera el 1%. En España el gasto en servicios de esa naturaleza representa casi el 11% del total de gasto corriente. Otra categoría en la que se manifiestan importantes divergencias es la referida función HC5 de productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios. Si nos fijamos en los países nórdicos, hallamos un peso para este tipo de gasto que oscila entre el 11,5% de Dinamarca y algo menos del 18% de Finlandia. En cambio,

en países del centro y sur de Europa, como Alemania, Francia y España, el peso de esta función se sitúa en torno al 20-21%, incrementándose notablemente en el caso de Portugal y la totalidad de los países de la Europa del Este, con cifras en el caso de Eslovaquia y Hungría próximas al 37%.

GRÁFICO 1.10: Gasto sanitario según función de atención de la salud, 2010

(porcentaje sobre gasto sanitario corriente)



Nota: Véase la equivalencia de las abreviaturas en el cuadro A.2.1 del apéndice.

Fuente: Elaboración propia a partir de OCDE (2012b).

1.1.3. Gasto sanitario corriente según proveedor de atención de la salud

El cuadro 1.8 muestra el porcentaje del PIB que representa el gasto sanitario corriente de cada tipo de proveedor de cuidados de salud en 2010, para los 24 países seleccionados. Como puede apreciarse, con carácter general, hay tres tipos de proveedores que destacan sobre el resto (por orden de importancia): hospitales (HP1), proveedores de servicios sanitarios ambulatorios (HP3) y proveedores minoristas de bienes médicos (HP4). La categoría HP1 aglutina todo tipo de centros hospitalarios, ya sean generales o especializados, así como de salud mental y adicciones. La categoría HP3 integra los consultorios médicos

CUADRO 1.8: Gasto sanitario según proveedor de atención de salud, 2010

(porcentaje sobre el PIB)

	HP1-HP9: Gasto corriente	HP1: Hospitales	HP2: Residencias de larga estancia y enfermería	HP3: Proveedores de servicios sanitarios ambulatorios	HP4: Proveedores minoristas de bienes médicos	HP5: Provisión y administración de programas de salud pública	HP6: Administración sanitaria y aseguramiento	HP7: Otras industrias (resto de la economía)	HP9: Resto del mundo
Alemania	11,2	3,3	0,9	3,4	2,4	0,1	0,7	0,3	0,1
Australia	8,7	3,7	0,0	3,1	1,5	0,1	0,3	0,0	0,0
Austria	10,4	4,0	0,9	2,5	1,8	0,1	0,4	0,7	0,0
Canadá	10,8	3,3	1,1	3,0	2,2	0,7	0,4	0,0	n. d.
Corea del Sur	6,7	2,8	0,3	1,8	1,4	0,1	0,3	0,1	0,0
Dinamarca	10,7	4,8	1,4	3,0	1,2	0,0	0,2	0,0	0,0
Eslovaquia	8,5	2,2	0,0	2,3	3,1	0,2	0,3	0,4	0,0
Eslovenia	8,6	3,6	0,5	2,1	2,0	0,1	0,3	0,1	0,0
España	**9,3**	**3,7**	**0,7**	**2,4**	**2,0**	**0,1**	**0,3**	**0,1**	**0,0**
Estados Unidos	16,9	5,6	1,0	6,1	2,4	0,6	1,2	n. d.	n. d.
Estonia	6,3	2,8	0,2	1,4	1,5	0,2	0,1	0,0	0,0
Finlandia	8,5	2,9	0,6	2,9	1,5	0,1	0,1	0,3	n. d.
Francia	11,2	4,0	0,7	3,2	2,4	0,1	0,8	0,1	n. d.
Hungría	7,6	2,4	0,3	1,6	2,8	0,2	0,1	0,2	0,0
Islandia	9,3	3,3	1,1	2,8	1,7	0,1	0,2	n. d.	0,1
Japón	9,3	4,5	0,3	2,5	1,6	0,2	0,2	0,0	0,0
Luxemburgo	6,2	2,0	1,0	1,6	0,7	0,0	0,1	0,2	0,6
Noruega	9,4	3,6	1,8	2,6	1,0	0,2	n. d.	0,2	0,0
Países Bajos	11,2	3,9	2,6	2,2	1,5	0,1	0,5	0,3	0,1
Polonia	6,5	2,3	0,1	1,9	1,7	0,1	0,1	0,3	0,0
Portugal	10,2	3,9	0,1	3,3	2,4	0,0	0,2	0,1	0,1
República Checa	7,3	3,2	0,1	1,9	1,6	0,0	0,2	0,0	0,0
Suecia	9,1	4,1	n. d.	2,0	1,5	0,1	0,2	0,8	0,0
Suiza	11,4	4,1	2,0	3,6	1,0	0,0	0,7	n. d.	n. d.
Promedio OCDE	**9,4**	**3,5**	**0,8**	**2,6**	**1,8**	**0,1**	**0,3**	**0,2**	**0,1**

Fuente: OCDE (2012b).

y odontológicos, así como los centros ambulatorios y proveedores de muy diversa especie como los servicios de ambulancia, centros de diálisis, bancos de sangre, etc.[6] Finalmente, entre los proveedores minoristas de bienes médicos se encuadran las oficinas de farmacia, ópticas, ortopedias y proveedores de ayudas auditivas. Los datos ofrecen pocas variaciones entre los dos años considerados, si bien España pasa a situarse por encima de la media de la OCDE-24 en relación con el peso de los hospitales y los proveedores minoristas de bienes médicos. El gasto del resto de proveedores se encuentra por debajo del promedio de la OCDE.

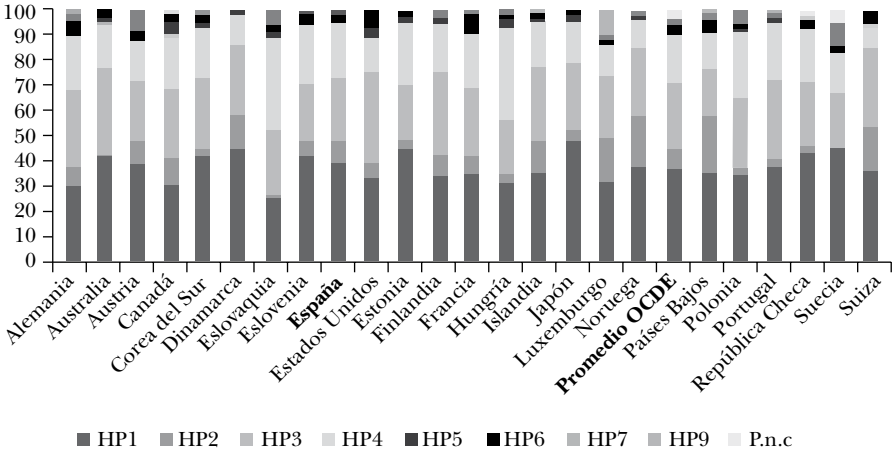
Si intentamos profundizar en las diferencias y similitudes que se manifiestan entre los diferentes países, podemos observar en el gráfico 1.11 como en las cuatro primeras categorías se registra una considerable dispersión. Así, mientras Eslovaquia presenta un gasto hospitalario que no sobrepasa el 26% del total de gasto corriente, hay varios países (de diferentes latitudes) con un peso superior al 40%. Es el caso de países nórdicos como Dinamarca y Suecia, del este de Europa como Eslovenia, Estonia y la República Checa, de Eurasia y Oceanía como Japón, Corea del Sur y Australia. España registra un gasto hospitalario que es justamente el 40% del total corriente. El resto de naciones ocupa un estrato intermedio, y es difícil identificar un patrón geográfico claro. La dispersión es también considerable en lo que respecta al peso que representan los establecimientos de atención residencial (categoría HP2), aspecto este en el que España se localiza por debajo del porcentaje promedio, muy distanciado de países como Canadá, Dinamarca, Noruega o los Países Bajos, todos ellos con pesos que exceden el 10%. Las divergencias son, por lo general, menores en las categorías HP3 y HP4, si bien el rango de variación sigue siendo importante. El resto de categorías desempeña un papel marginal dentro de la estructura porcentual del gasto sanitario corriente.

---

[6] Para una descripción detallada de los tipos de proveedores de atención a la salud, remitimos al lector al apéndice metodológico.

GRÁFICO 1.11: Gasto sanitario según proveedor de atención de la salud, 2010

(porcentaje sobre gasto sanitario corriente)



Nota: Véase la equivalencia de las abreviaturas en el cuadro A.3.1 del apéndice. P.n.c.: Proveedores no clasificados en otra parte.

Fuente: Elaboración propia a partir de OCDE (2012b).

1.1.4. Gasto sanitario corriente según financiador de atención de la salud

El cuadro 1.9 muestra el porcentaje del PIB que representa el gasto sanitario corriente según agentes de financiación en el año 2010.[7] Para el promedio de la OCDE, el gasto de las administraciones de Seguridad Social ha ganado peso a lo largo de los años a expensas de la reducción del gasto del resto de las Administraciones Públicas. Lo contrario sucede en España, donde el peso del gasto del conjunto de las Administraciones Públicas, excluidas las administraciones de Seguridad Social (categoría HF11), pasa de representar algo menos del 63% del gasto sanitario total en 2003, a suponer más del 67% en 2010, mientras que el gasto de las administraciones de Seguridad Social (HF12) disminuye en medio punto aproximadamente sobre el total. El resto del descenso proviene de los pagos directos de los hogares (HF23), que pasan de aproximadamente el 23% a menos del 20%.

[7] Para un conocimiento detallado de la clasificación de financiadores de atención sanitaria, véase el apéndice metodológico.

CUADRO 1.9: Gasto sanitario según financiador de atención de salud, 2010

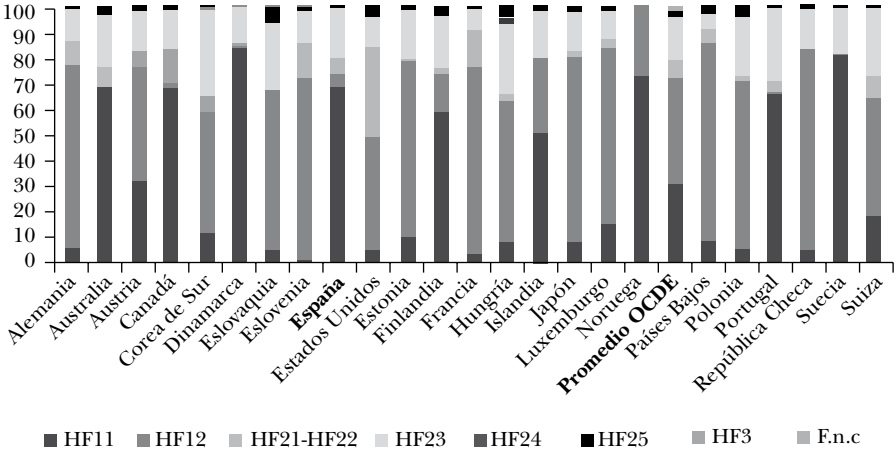
(porcentaje sobre el PIB)

	HF1-HF3: Gasto corriente	HF11: AA. PP. (excluida Seguridad Social)	HF12: Administraciones de la Seguridad Social	HF21-HF22: Seguros privados	HF23: Pagos directos de los hogares	HF24: Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares	HF25: Sociedades (excepto seguros médicos)	HF3: Resto del mundo
Alemania	11,2	0,8	7,9	1,1	1,4	0,0	0,0	n. d.
Australia	8,7	6,0	0,0	0,7	1,7	0,0	0,3	n. d.
Austria	10,4	3,4	4,7	0,5	1,8	0,1	0,0	n. d.
Canadá	10,8	7,4	0,2	1,4	1,6	n. d.	0,2	n. d.
Corea del Sur	6,7	0,8	3,2	0,4	2,3	0,0	0,0	n. d.
Dinamarca	10,7	9,1	0,0	0,2	1,5	0,0	0,0	n. d.
Eslovaquia	8,5	0,5	5,2	0,0	2,3	0,1	0,3	0,0
Eslovenia	8,6	0,1	6,1	1,1	1,2	0,0	0,1	0,0
España	**9,3**	**6,5**	**0,4**	**0,5**	**1,9**	**0,0**	**n. d.**	**n. d.**
Estados Unidos	16,9	1,0	7,3	5,9	2,1	0,6	0,0	n. d.
Estonia	6,3	0,7	4,3	0,0	1,2	0,0	0,1	0,0
Finlandia	8,5	5,0	1,3	0,2	1,7	0,1	0,2	n. d.
Francia	11,2	0,4	8,3	1,6	0,8	0,0	0,1	n. d.
Hungría	7,6	0,6	4,2	0,2	2,0	0,1	0,3	n. d.
Islandia	9,3	4,7	2,7	n. d.	1,7	0,1	n. d.	n. d.
Japón	9,3	0,8	6,6	0,2	1,5	0,0	0,1	0,0
Luxemburgo	7,9	1,3	5,4	0,2	0,9	0,1	n. d.	n. d.
Noruega	9,4	6,8	1,1	n. d.	1,4	n. d.	0,0	0,0
Países Bajos	11,2	1,0	8,6	0,6	0,6	0,2	0,2	0,0
Polonia	6,5	0,4	4,3	0,0	1,5	0,1	0,2	n. d.
Portugal	10,2	6,7	0,1	0,5	2,8	0,0	0,1	n. d.
República Checa	7,3	0,4	5,7	0,0	1,1	0,1	0,0	n. d.
Suecia	9,1	7,3	n. d.	0,0	1,6	0,0	0,1	n. d.
Suiza	11,4	2,2	5,3	1,0	2,9	0,1	n. d.	n. d.
Promedio OCDE	**9,5**	**3,1**	**4,0**	**0,7**	**1,6**	**0,1**	**0,1**	**0,0**

Fuente: OCDE (2012b).

GRÁFICO 1.12: Gasto sanitario según financiador de atención de la salud, 2010

(porcentaje sobre gasto sanitario corriente)



Nota: Véase la equivalencia de las abreviaturas en el cuadro A.4.1 del apéndice. F.n.c.: Financiadores no clasificados en otra parte.

Fuente: Elaboración propia a partir de OCDE (2012b).

El gráfico 1.12 muestra claramente los diferentes modelos de financiación de la sanidad pública vigentes en los diferentes países. Mientras que el porcentaje de gasto absorbido por las Administraciones Públicas diferentes de las administraciones de Seguridad Social en Australia, Canadá, Dinamarca, Noruega, Finlandia, Islandia, Suecia, Portugal y España sugiere una financiación vía ingresos generales (Sistema Nacional de Salud), el escaso peso observado en Alemania, Francia, Luxemburgo, los Países Bajos y la totalidad de los países del este de Europa apunta a un sistema de financiación basado en cotizaciones sociales (Sistema de Seguridad Social); Austria encarnaría un caso mixto. Estados Unidos representa un caso especial, en el que los seguros privados (HF21-HF22) suponen casi el 35% del total del gasto corriente, lo que multiplica por más de cuatro el promedio de la OCDE. Otra significativa diferencia entre los diferentes países comparados radica en la importancia de los pagos directos de los hogares, incluyéndose aquí todos los esquemas de financiación compartida de las prestaciones sanitarias públicas, así como los pagos directos en contraprestación de servicios sanitarios netamente privados. En este aspecto, España es el

séptimo país de la muestra con un mayor peso de los pagos directos (20,2%), por encima de países del entorno europeo como Alemania, Francia, Luxemburgo o Suecia.

1.2. Análisis del gasto sanitario público en España

1.2.1. El gasto sanitario público en 2010: dimensión y composición

Según la Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP) elaborada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad,[8] el gasto público en sanidad alcanzó en 2010 una cifra agregada de 69.169,4 millones de euros, lo que representa un 6,6% del PIB español y 1.471 euros por habitante. Esta cifra consolidada de gasto público supone una disminución en magnitudes nominales del 1,65% respecto del ejercicio anterior (un 2,2% menos en términos de gasto per cápita).

El desglose del gasto por categorías, según su naturaleza económica (gráfico 1.13), muestra como el capítulo que absorbe una mayor porción del gasto público en sanidad es el destinado a gastos de personal (un 44% del total antes de deducir las transferencias internas). Le siguen en importancia las transferencias corrientes (22%) y los consumos intermedios (20%), ocupando el gasto en conciertos el cuarto lugar (11%) en orden de relevancia cuantitativa dentro de la clasificación económico-presupuestaria. Los gastos de capital apenas computan un 3% del gasto agregado, siendo marginal la aportación del consumo de capital fijo.

El análisis de la estructura del gasto por funciones (gráfico 1.14) permite constatar el predominio de los servicios hospitalarios y especializados (56%) frente al resto de destinos del gasto sanitario público. En segundo lugar se sitúa el gasto en farmacia (19%), seguido de los servicios primarios de salud (16%). La salud pública y los servicios colectivos de salud suman un 4% del gasto total, mientras que el peso relativo del gasto en traslados, prótesis y aparatos terapéuticos roza el 2%. El gasto de capital, como se señaló en el desglose según naturaleza económica, representa algo más del 3% del total.

---

[8] En el apéndice metodológico se describe en detalle la estructura y principales operaciones de esta fuente estadística.

CUADRO 1.10: Gasto sanitario público en España. Clasificación económico-presupuestaria, 2002-2010

(miles de euros)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Remuneración del personal	16.230.693	17.915.439	19.369.266	20.831.638	23.188.862	26.136.716	29.025.213	31.328.772	31.038.217
Consumo intermedio	7.033.417	7.922.989	8.696.612	9.791.409	11.384.572	11.808.381	13.690.623	14.640.321	13.966.752
Consumo de capital fijo	88.845	108.542	118.476	373.085	174.174	197.204	224.217	273.867	284.475
Conciertos	4.996.918	5.473.385	5.891.733	6.278.915	6.621.026	7.041.259	7.643.863	7.537.951	7.554.802
Transferencias corrientes	17.704.341	11.013.180	11.757.855	12.578.222	13.841.357	14.559.241	15.294.896	15.834.282	16.036.832
Gasto de capital	1.712.475	1.841.685	1.913.804	2.216.092	2.702.387	2.756.900	2.949.424	2.701.190	2.341.192
Gasto total sectores	**47.766.689**	**44.275.221**	**47.747.746**	**52.069.360**	**57.912.378**	**62.499.702**	**68.828.235**	**72.316.383**	**71.222.270**
(–) Transferencias intersectoriales	9.203.644	1.318.331	1.399.064	1.482.521	2.229.088	2.273.140	2.202.350	1.988.769	2.052.841
Total consolidado	**38.563.045**	**42.956.889**	**46.348.681**	**50.586.839**	**55.683.290**	**60.226.561**	**66.625.885**	**70.327.614**	**69.169.428**

Fuente: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2012).

CUADRO 1.11: Gasto sanitario público en España. Clasificación funcional, 2002-2010

(miles de euros)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Servicios hospitalarios y especializados	20.067.713	22.502.542	24.576.854	27.004.400	30.033.835	32.497.320	36.767.192	39.000.670	38.700.289
Servicios primarios de salud	5.952.089	6.561.856	7.148.588	7.824.212	8.441.886	9.453.451	10.443.678	10.839.885	10.699.542
Servicios de salud pública	571.254	491.616	572.054	630.734	752.274	839.331	784.701	1.157.795	760.863
Servicios colectivos de salud	1.274.344	1.373.673	1.320.176	1.486.662	1.644.086	1.839.048	1.885.718	2.043.867	2.029.385
Farmacia	8.487.170	9.611.402	10.152.795	10.757.586	11.300.933	11.901.724	12.720.630	13.435.199	13.380.441
Traslado, prótesis y ap. terapéuticos	632.157	694.624	767.875	799.382	971.365	1.074.905	1.220.703	1.286.351	1.338.995
Gasto de capital	1.578.320	1.721.175	1.810.339	2.083.862	2.538.910	2.620.781	2.803.264	2.563.846	2.259.914
Total consolidado	**38.563.045**	**42.956.889**	**46.348.681**	**50.586.839**	**55.683.290**	**60.226.561**	**66.625.885**	**70.327.614**	**69.169.428**

Fuente: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2012).

CUADRO 1.12: Gasto sanitario público en España. Distribución por sectores de gasto, 2002-2010

(miles de euros)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Administración central	516.132	648.343	634.910	670.426	817.659	900.052	930.196	1.217.299	905.787
Sistema de Seguridad Social	1.330.378	1.354.015	1.460.663	1.588.775	1.766.646	1.832.774	1.918.668	1.666.888	1.640.808
Mutualidades de funcionarios	1.411.135	1.538.222	1.634.231	1.701.237	1.769.957	1.854.760	1.972.070	2.053.746	2.076.131
Comunidades autónomas	34.552.342	38.561.129	41.742.699	45.692.842	50.336.961	54.545.424	60.634.574	64.093.751	63.233.146
Ciudades con Estatuto de Autonomía	10.313	10.402	11.170	12.414	13.333	14.154	16.635	18.513	17.827
Corporaciones locales	742.744	844.778	865.010	921.144	978.733	1.079.397	1.153.742	1.277.416	1.295.728
Gasto sanitario público	**38.563.045**	**42.956.889**	**46.348.681**	**50.586.839**	**55.683.290**	**60.226.561**	**66.625.885**	**70.327.614**	**69.169.428**

Fuente: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2012).

CUADRO 1.13: Gasto sanitario público en España. Distribución por comunidades autónomas, 2002-2010

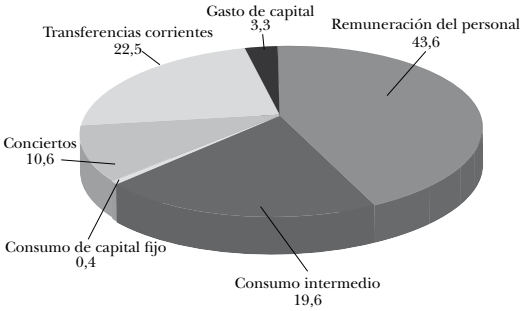
(miles de euros)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Andalucía	6.047.658	6.663.255	7.251.812	7.789.908	8.621.170	9.160.903	10.595.829	10.634.511	10.320.816
Aragón	1.110.147	1.264.889	1.402.976	1.476.531	1.633.118	1.782.592	1.945.759	2.114.851	2.069.503
Asturias, P. de	994.519	1.119.454	1.195.209	1.270.030	1.359.339	1.445.179	1.572.966	1.781.803	1.696.499
Balears, I.	717.694	828.157	904.252	1.092.343	1.117.686	1.261.505	1.363.080	1.431.681	1.609.966
Canarias	1.673.391	1.897.030	2.008.319	2.244.015	2.460.213	2.668.069	3.024.070	3.184.908	2.995.659
Cantabria	533.328	622.264	672.992	726.570	778.945	837.487	787.682	840.262	877.040
Castilla y León	2.180.297	2.490.882	2.648.400	2.861.882	3.283.168	3.198.630	3.737.382	3.675.974	3.768.314
Castilla-La Mancha	1.549.004	1.713.905	1.714.838	2.147.365	2.478.315	2.561.355	2.697.494	3.221.437	3.168.935
Cataluña	5.687.264	6.421.837	6.738.057	7.276.570	8.307.520	9.254.331	10.227.320	10.934.646	10.949.133
C. Valenciana	3.577.168	4.106.526	4.370.972	4.821.459	5.271.034	5.737.225	6.285.599	6.809.939	6.946.910
Extremadura	1.000.346	1.126.712	1.209.831	1.278.165	1.427.111	1.616.896	1.745.118	1.830.268	1.814.368
Galicia	2.379.000	2.610.894	2.886.227	3.002.856	3.310.780	3.541.374	3.898.247	4.112.845	3.917.641
Madrid, C. de	4.451.489	4.858.089	5.557.833	5.956.102	6.468.718	7.135.692	7.806.074	8.464.811	7.805.358
Murcia, R. de	1.035.919	1.188.060	1.318.554	1.458.393	1.613.950	1.811.039	2.187.733	2.333.709	2.286.978
Navarra, C. F. de	571.547	626.494	676.045	707.878	770.499	844.380	934.770	1.029.681	1.019.359
País Vasco	2.045.221	2.228.118	2.360.077	2.575.087	2.754.966	3.089.103	3.409.751	3.687.018	3.676.636
Rioja, La	248.657	278.914	317.128	361.862	464.629	565.133	485.493	481.913	497.737
Ceuta y Melilla, cc. aa. de	120.669	129.772	143.333	154.932	164.597	192.923	224.148	236.153	200.958
Total territorializado	**35.923.318**	**40.175.249**	**43.376.856**	**47.201.948**	**52.285.758**	**56.703.815**	**62.928.516**	**66.806.408**	**65.621.810**
Gasto no territorializado	2.639.727	2.781.640	2.972.041	3.384.890	3.397.531	3.522.746	3.697.369	3.521.206	3.547.619
Gasto sanitario público	**38.563.045**	**42.956.889**	**46.348.681**	**50.586.839**	**55.683.290**	**60.226.561**	**66.625.885**	**70.327.614**	**69.169.428**

Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012); Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011); Pérez *et al.* (2011) y Mas y Cucarella (2007).

GRÁFICO 1.13: Gasto sanitario público por categorías económicas, 2010

(porcentaje)

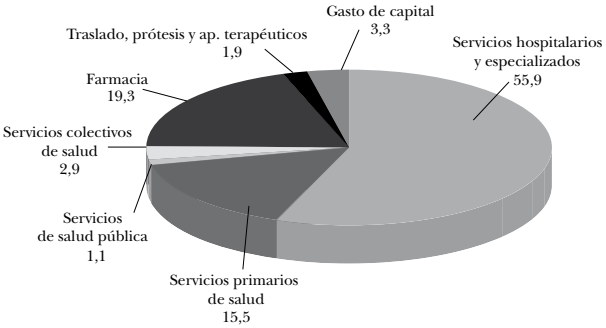


Fuente: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2012).

Si atendemos a la distribución por sectores (gráfico 1.15), el gasto público en sanidad en España se encuentra muy concentrado en la Administración autonómica. Las comunidades autónomas son responsables en 2010 de un 91,4% del gasto sanitario público, siendo muy minoritarias las aportaciones del resto de sectores: mutualidades de funcionarios (3,0%), Seguridad Social (2,4%), corporaciones locales (1,9%) y Administración central (1,3%). La participación hegemónica de las comunidades autónomas en la estructura sectorial del gasto es reflejo de la culminación del proceso de descentralización de las competencias en materia de asistencia sanitaria. Dicha participación relativa, además, ha continuado aumentando desde que en 2002 se cerrase el traspaso de competencias a la totalidad de comunidades (en dicho año el peso de las comunidades autónomas en el gasto consolidado era del 89,6%; casi 2 puntos menor que en 2010).

GRÁFICO 1.14: Gasto sanitario público por funciones, 2010

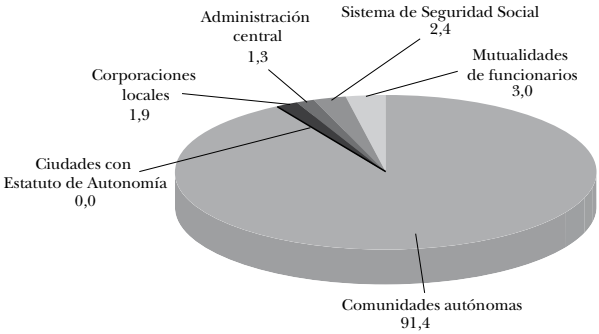
(porcentaje)



Fuente: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2012).

GRÁFICO 1.15: Gasto sanitario público por sectores, 2010

(porcentaje)

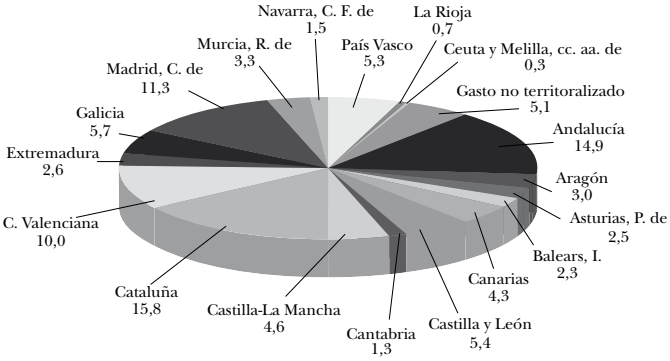


Fuente: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2012).

La territorialización del gasto sanitario público permite comprobar (gráfico 1.16) como Cataluña es la comunidad autónoma que concentra un porcentaje mayor (15,8%) de los recursos totales destinados a sanidad por las distintas Administraciones Públicas.[9] Le sigue en importancia Andalucía (14,9%), la Comunidad de Madrid (11,3%) y la Comunitat Valenciana (10,0%). Estas cuatro comunidades aglutinan más de la mitad (52,1%) del total de gasto sanitario público en nuestro país en 2010.

GRÁFICO 1.16: Territorialización del gasto sanitario público, 2010

(porcentaje)



Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012); Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011); Pérez *et al.* (2011) y Mas y Cucarella (2007).

---

[9] Comunidades autónomas, Administración central y corporaciones locales. Los gastos realizados por el Sistema de Seguridad Social y las mutualidades de funcionarios se incluyen en el agregado de *gasto no territorializado.*

1.2.2. Evolución del gasto sanitario público en el periodo 1991-2010

En las dos décadas que abarca el periodo de análisis, el gasto sanitario consolidado de todas las Administraciones Públicas pasó de algo menos de 18.000 millones de euros a casi 70.000 millones de euros, creciendo a una tasa media anual del 7,4% en términos nominales. Teniendo en cuenta que los precios sanitarios aumentaron en el mismo lapso de tiempo a un ritmo anual del 3,5%,[10] cabe concluir que el gasto en salud creció en España, en términos reales, una media del 3,8% acumulado cada año en el periodo 1991-2010.

En porcentaje sobre el PIB, los recursos públicos destinados a sanidad pasaron de un 5,4% a un 6,6% entre 1991 y 2010 (el máximo se alcanzó en 2009 con un 6,7%). En el gráfico 1.17 se detecta como en los años iniciales se registra una mayor volatilidad en los ritmos de evolución del gasto sanitario, lo que hace oscilar el peso que este tiene sobre el PIB más de medio punto porcentual al alza y a la baja. A partir de 1995 la participación del gasto en salud en el PIB se estabiliza entre el 5,2% y el 5,4% (con una ligera tendencia decreciente) para comenzar a subir desde 2002 y, con especial intensidad, al desencadenarse la crisis económica en 2008 (que presiona a la baja el denominador de la ratio).

Resulta de interés apuntar que el ritmo de variación del gasto sanitario en términos reales se aceleró de modo significativo en el septenio 2002-2009, coincidiendo con el periodo en que todas las comunidades autónomas habían asumido ya las competencias en asistencia sanitaria. Durante dicho periodo, la tasa media acumulada (5,8%) es dos puntos superior a la del periodo de idéntica duración inmediatamente anterior, 1995-2002 (3,8%). El brusco cambio en la tendencia que se registra en 2010, cuando la tasa de variación real llega a ser negativa (–2,6%), es reflejo de los ajustes presupuestarios a los que el gasto sanitario no es, en modo alguno, ajeno.

---

[10] En el apartado 2.1.1 del capítulo 2 se explica con detalle el procedimiento de construcción del índice de precios sanitarios.

CUADRO 1.14: Gasto sanitario público en España. Distribución por comunidades autónomas, 1991-2010

(miles de euros)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Andalucía	2.974.188	3.480.101	3.654.442	3.931.132	3.996.128	4.239.915	4.582.006	4.723.215	5.008.604	5.277.170	5.590.895	6.047.658	6.663.255	7.251.812	7.789.908	8.621.170	9.160.903	10.595.829	10.634.511	10.320.816
Aragón	556.290	665.399	643.822	691.463	702.048	742.143	786.212	848.082	898.560	940.908	1.040.686	1.110.147	1.264.889	1.402.976	1.476.531	1.633.118	1.782.592	1.945.759	2.114.851	2.069.503
Asturias, P. de	488.525	618.635	622.920	659.062	661.612	702.006	713.077	753.871	810.482	858.764	923.557	994.519	1.119.454	1.195.209	1.270.030	1.359.339	1.445.179	1.572.966	1.781.803	1.696.499
Balears, I.	266.898	342.891	334.797	364.578	372.412	395.786	431.110	475.741	518.437	545.995	605.438	717.694	828.157	904.252	1.092.343	1.117.686	1.261.505	1.363.080	1.431.681	1.609.966
Canarias	623.658	775.619	783.722	808.780	895.962	958.688	1.013.111	1.166.275	1.162.288	1.427.779	1.497.440	1.673.391	1.897.030	2.008.319	2.244.015	2.460.213	2.668.069	3.024.070	3.184.908	2.995.659
Cantabria	222.356	281.529	287.601	306.889	308.766	331.156	344.874	370.166	403.396	431.021	481.778	533.328	622.264	672.992	726.570	778.945	837.487	787.682	840.262	877.040
Castilla y León	1.117.223	1.364.232	1.323.903	1.420.085	1.453.931	1.547.556	1.609.364	1.712.464	1.829.704	1.953.259	2.086.424	2.180.297	2.490.882	2.648.400	2.861.882	3.283.168	3.198.630	3.737.382	3.675.974	3.768.314
Castilla-La Mancha	667.435	825.095	830.847	898.513	900.496	981.020	1.009.996	1.091.429	1.174.214	1.246.656	1.351.106	1.549.004	1.713.905	1.714.838	2.147.365	2.478.315	2.561.355	2.697.494	3.221.437	3.168.935
Cataluña	2.667.965	3.098.086	3.377.730	3.524.600	3.568.235	3.800.324	3.962.528	4.138.746	4.485.479	4.759.164	5.244.283	5.687.264	6.421.837	6.738.057	7.276.570	8.307.520	9.254.331	10.227.320	10.934.646	10.949.133
C. Valenciana	1.712.107	1.912.729	2.091.644	2.135.939	2.257.116	2.371.028	2.420.417	2.632.200	2.872.825	2.989.336	3.176.822	3.577.168	4.106.526	4.370.972	4.821.459	5.271.034	5.737.225	6.285.599	6.809.939	6.946.910
Extremadura	490.446	584.298	590.510	609.865	617.078	674.351	709.743	752.941	801.543	852.215	898.641	1.000.346	1.126.712	1.209.831	1.278.165	1.427.111	1.616.896	1.745.118	1.830.268	1.814.368
Galicia	944.474	1.149.047	1.257.991	1.340.555	1.493.460	1.632.927	1.709.917	1.822.442	1.954.590	2.070.124	2.233.609	2.379.000	2.610.894	2.886.227	3.002.856	3.310.780	3.541.374	3.898.247	4.112.845	3.917.641
Madrid, C. de	2.269.067	2.886.718	2.780.100	3.105.548	2.981.782	3.156.982	3.249.515	3.496.905	3.687.290	3.887.563	4.218.931	4.451.489	4.858.089	5.557.833	5.956.102	6.468.718	7.135.692	7.806.074	8.464.811	7.805.358
Murcia, R. de	397.275	501.742	501.433	521.268	566.108	617.041	665.691	704.388	775.410	844.321	922.533	1.035.919	1.188.060	1.318.554	1.458.393	1.613.950	1.811.039	2.187.733	2.333.709	2.286.978
Navarra, C. F. de	271.323	304.483	337.987	342.189	357.728	380.319	405.788	435.955	469.760	501.098	527.254	571.547	626.494	676.045	707.878	770.499	844.380	934.770	1.029.681	1.019.359
País Vasco	1.028.724	1.129.494	1.232.801	1.248.134	1.331.385	1.421.271	1.464.880	1.587.604	1.709.781	1.784.738	1.906.258	2.045.221	2.228.118	2.360.077	2.575.087	2.754.966	3.089.103	3.409.751	3.687.018	3.676.636
Rioja, La	102.706	126.553	125.797	139.958	146.905	147.972	160.881	173.989	185.745	201.873	217.784	248.657	278.914	317.128	361.862	464.629	565.133	485.493	481.913	497.737
Total 17 CC. AA.	**16.800.660**	**20.046.650**	**20.778.047**	**22.048.557**	**22.611.152**	**24.100.485**	**25.239.112**	**26.886.416**	**28.748.110**	**30.571.986**	**32.923.440**	**35.802.650**	**40.045.477**	**43.233.523**	**47.047.017**	**52.121.161**	**56.510.892**	**62.704.368**	**66.570.255**	**65.420.852**
Ceuta, c. a. de	24.016	26.944	30.699	35.189	36.335	36.901	52.340	53.660	59.498	59.215	61.421	59.493	64.994	71.049	75.918	81.315	96.158	112.422	118.552	98.763
Mellilla, c. a. de	25.627	30.272	29.217	30.650	32.301	34.926	47.264	50.312	55.113	58.353	63.574	61.176	64.778	72.283	79.013	83.282	96.765	111.726	117.601	102.195
Total territorializado	**16.850.303**	**20.103.867**	**20.837.963**	**22.114.395**	**22.679.787**	**24.172.312**	**25.338.716**	**26.990.389**	**28.862.720**	**30.689.553**	**33.048.435**	**35.923.318**	**40.175.249**	**43.376.856**	**47.201.948**	**52.285.758**	**56.703.815**	**62.928.516**	**66.806.408**	**65.621.810**
Gasto no territorializado	1.090.836	1.273.139	1.345.446	1.368.251	1.455.641	1.540.959	1.708.600	1.852.374	2.032.688	2.162.397	2.406.567	2.639.727	2.781.640	2.972.041	3.384.890	3.397.531	3.522.746	3.697.369	3.521.206	3.547.619
Gasto sanitario público	**17.941.139**	**21.377.006**	**22.183.409**	**23.482.647**	**24.135.428**	**25.713.271**	**27.047.316**	**28.842.763**	**30.895.408**	**32.851.951**	**35.455.002**	**38.563.045**	**42.956.889**	**46.348.898**	**50.586.839**	**55.683.290**	**60.226.561**	**66.625.885**	**70.327.614**	**69.169.428**

Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012); Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011); Pérez *et al.* (2011) y Mas y Cucarella (2007).

CUADRO 1.15: Gasto sanitario público en España. Distribución por comunidades autónomas, 1991-2010

(porcentaje sobre el PIB)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Andalucía	6,59	7,24	7,46	7,52	6,64	6,65	6,77	6,59	6,54	6,29	6,17	6,19	6,25	6,28	6,20	6,35	6,32	7,12	7,44	7,19
Aragón	4,88	5,48	5,16	5,24	4,80	4,78	4,77	4,92	4,96	4,81	4,96	4,89	5,21	5,40	5,28	5,39	5,42	5,61	6,39	6,22
Asturias, P. de	5,85	6,81	6,73	6,73	6,11	6,26	6,16	6,10	6,37	6,18	6,17	6,26	6,64	6,64	6,49	6,36	6,30	6,64	7,96	7,47
Balears, I.	3,37	3,97	3,71	3,75	3,62	3,60	3,56	3,62	3,56	3,39	3,46	3,86	4,22	4,30	4,82	4,57	4,83	5,03	5,50	6,18
Canarias	5,44	6,13	5,75	5,57	5,25	5,30	5,23	5,52	4,94	5,64	5,41	5,62	5,91	5,88	6,12	6,26	6,39	7,18	7,91	7,43
Cantabria	5,18	6,00	6,04	6,04	5,53	5,68	5,61	5,59	5,66	5,54	5,68	5,83	6,39	6,41	6,36	6,30	6,27	5,94	6,58	6,79
Castilla y León	5,72	6,52	5,98	6,15	5,31	5,43	5,46	5,55	5,59	5,61	5,61	5,48	5,85	5,81	5,84	6,24	5,65	6,62	6,70	6,76
Castilla-La Mancha	5,50	6,32	6,25	6,45	5,70	5,84	5,72	5,78	5,92	5,84	5,88	6,30	6,45	6,06	7,01	7,48	7,17	6,91	8,56	8,47
Cataluña	4,25	4,56	4,84	4,72	4,24	4,20	4,13	4,07	4,08	4,00	4,08	4,14	4,36	4,26	4,28	4,51	4,69	5,09	5,65	5,61
C. Valenciana	5,24	5,47	5,82	5,63	5,34	5,30	5,02	5,06	5,14	4,90	4,78	5,02	5,39	5,34	5,45	5,49	5,60	5,85	6,73	6,87
Extremadura	7,80	8,54	8,37	8,08	7,97	8,27	8,34	8,33	8,24	8,09	7,96	8,27	8,67	8,67	8,40	8,79	9,24	9,90	10,63	10,47
Galicia	5,22	5,88	6,22	6,30	5,94	6,23	6,22	6,29	6,35	6,33	6,39	6,39	6,55	6,73	6,47	6,58	6,55	6,73	7,33	6,91
Madrid, C. de	4,38	5,15	4,80	5,01	3,98	3,97	3,81	3,74	3,64	3,50	3,50	3,44	3,51	3,73	3,71	3,70	3,83	4,04	4,47	4,18
Murcia, R. de	4,88	5,77	5,62	5,47	5,51	5,66	5,61	5,50	5,65	5,55	5,57	5,74	6,03	6,22	6,27	6,40	6,68	7,50	8,42	8,18
Navarra, C. F. de	4,97	5,21	5,70	5,43	4,70	4,67	4,63	4,68	4,71	4,58	4,53	4,59	4,71	4,74	4,60	4,65	4,76	5,11	5,81	5,63
País Vasco	4,90	5,09	5,41	5,17	4,73	4,81	4,65	4,67	4,65	4,49	4,48	4,52	4,63	4,57	4,60	4,53	4,74	5,15	5,81	5,70
Rioja, La	4,12	4,71	4,56	4,73	4,30	4,11	4,17	4,23	4,23	4,21	4,25	4,59	4,75	5,10	5,41	6,41	7,28	5,86	6,10	6,24
Total 17 CC. AA.	**5,11**	**5,66**	**5,69**	**5,68**	**5,08**	**5,11**	**5,03**	**5,00**	**4,98**	**4,87**	**4,85**	**4,93**	**5,13**	**5,16**	**5,20**	**5,31**	**5,38**	**5,78**	**6,38**	**6,25**
Ceuta y Melilla, cc. aa. de	5,47	5,94	5,76	6,05	5,33	5,41	7,05	6,73	6,84	6,48	6,50	5,87	5,80	5,95	5,98	5,86	6,45	7,81	8,28	6,94
Total territorializado	**5,11**	**5,67**	**5,69**	**5,69**	**5,08**	**5,11**	**5,03**	**5,01**	**4,98**	**4,87**	**4,86**	**4,93**	**5,13**	**5,16**	**5,20**	**5,32**	**5,39**	**5,79**	**6,38**	**6,25**
Gasto sanitario público	**5,43**	**6,02**	**6,06**	**6,03**	**5,40**	**5,43**	**5,37**	**5,35**	**5,33**	**5,21**	**5,21**	**5,29**	**5,49**	**5,51**	**5,57**	**5,66**	**5,72**	**6,13**	**6,71**	**6,58**

Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012); Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011); Pérez *et al.* (2011); Mas y Cucarella (2007) y Contabilidad Regional de España (INE varios años).

CUADRO 1.16: Gasto sanitario público en España. Distribución por comunidades autónomas,1991 y 1996-2010

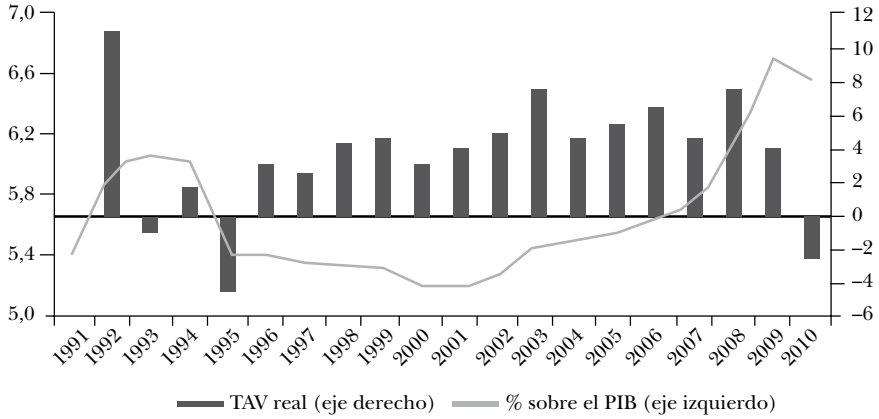
(euros por habitante)

	1991	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Andalucía	429	586	633	653	686	719	755	809	876	943	992	1.081	1.137	1.292	1.281	1.233
Aragón	468	625	663	717	757	791	867	912	1.028	1.123	1.164	1.278	1.375	1.466	1.572	1.536
Asturias, P. de	447	645	657	697	747	798	859	926	1.041	1.113	1.180	1.262	1.345	1.456	1.642	1.565
Balears, I.	376	521	554	597	631	646	689	783	874	947	1.111	1.117	1.224	1.271	1.307	1.456
Canarias	418	597	626	715	695	832	841	908	1.001	1.048	1.140	1.233	1.317	1.457	1.514	1.414
Cantabria	422	628	654	702	763	811	896	984	1.132	1.213	1.292	1.371	1.462	1.353	1.426	1.481
Castilla y León	439	617	645	689	735	788	841	879	1.001	1.062	1.140	1.301	1.265	1.461	1.434	1.472
Castilla-La Mancha	402	573	589	636	680	719	770	869	944	928	1.133	1.283	1.295	1.320	1.548	1.510
Cataluña	440	624	648	673	723	760	824	874	958	989	1.040	1.164	1.283	1.389	1.463	1.457
C. Valenciana	444	591	603	654	706	725	756	827	919	962	1.027	1.097	1.174	1.250	1.337	1.359
Extremadura	462	630	663	704	747	797	837	932	1.049	1.125	1.179	1.314	1.483	1.590	1.660	1.639
Galicia	346	595	626	669	716	758	817	869	949	1.049	1.087	1.196	1.277	1.400	1.471	1.400
Madrid, C. de	459	629	643	687	717	747	785	805	849	957	999	1.077	1.173	1.245	1.325	1.209
Murcia, R. de	380	562	602	632	686	735	775	844	936	1.018	1.092	1.178	1.301	1.534	1.613	1.564
Navarra, C. F. de	523	731	772	821	873	922	948	1.003	1.084	1.156	1.193	1.280	1.394	1.507	1.633	1.600
País Vasco	489	677	698	756	814	850	907	970	1.055	1.116	1.212	1.291	1.442	1.581	1.697	1.688
Rioja, La	390	559	609	660	700	764	805	883	971	1.080	1.202	1.517	1.829	1.529	1.498	1.544
Total 17 CC. AA.	**434**	**610**	**637**	**677**	**717**	**758**	**804**	**859**	**941**	**1.004**	**1.070**	**1.170**	**1.254**	**1.363**	**1.429**	**1.396**
Ceuta y Melilla, cc. aa. de	400	560	765	786	877	831	865	830	905	1.005	1.101	1.153	1.321	1.506	1.552	1.283
Total territorializado	**433**	**609**	**637**	**677**	**718**	**758**	**804**	**859**	**940**	**1.004**	**1.070**	**1.169**	**1.254**	**1.363**	**1.429**	**1.396**
Gasto sanitario público	**462**	**648**	**680**	**724**	**769**	**811**	**862**	**922**	**1.006**	**1.073**	**1.147**	**1.245**	**1.332**	**1.443**	**1.504**	**1.471**

Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012); Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011); Pérez *et al.* (2011); Mas y Cucarella (2007); Padrón de habitantes (INE varios años) e INE (1991).

GRÁFICO 1.17: Evolución del gasto sanitario público, 1991-2010

(porcentaje sobre el PIB y tasa anual de variación real en porcentaje)



Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012); Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011); Pérez *et al.* (2011); Mas y Cucarella (2007) y Contabilidad Regional de España (INE varos años).

El gasto por habitante ascendía en el año 1991 (con datos del censo de población de dicho año) a 462 euros/persona. Diecinueve años después, dicha ratio alcanza los 1.471 euros/persona. Este incremento nominal del 6,3% anual queda reducido al 2,7% de aumento anual acumulado en términos reales, una vez descontamos el crecimiento del índice de precios sanitarios. Aproximadamente una sexta parte de este crecimiento en el gasto real per cápita (0,45 puntos) es imputable al cambio en la composición por sexo y edad de la población y, más concretamente, al envejecimiento poblacional.[11]

1.2.3. Gasto público en sanidad territorializado: análisis por comunidades autónomas en el periodo 1991-2010

No todo el gasto sanitario público es susceptible de ser territorializado a partir de la información estadística disponible,

[11] Como se tendrá ocasión de comentar en extenso más adelante, cuando se analice el crecimiento del gasto sanitario a partir del enfoque del residual, uno de los factores que explican el incremento del gasto en sanidad es el factor demográfico, que no solo incluye la variación del número de beneficiarios del sistema, sino también los cambios en su estructura por tramos de edad, toda vez que el consumo de servicios sanitarios es más intenso entre los grupos de población de mayor edad (también, aunque menos, en los niños de edad inferior a los 5 años).

aunque sí su mayor parte.[12] Las cifras de gasto territorializado que se analizan en este apartado incluyen, además del gasto realizado por las propias comunidades autónomas y las ciudades autónomas, el ejecutado por el Insalud en las comunidades sin competencias en sanidad hasta el año 2001 y en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla; el gestionado por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (Ingesa) en estas dos últimas una vez desaparecido el Insalud; el gasto de las corporaciones locales y el de la Administración central. Quedan fuera de este agregado, pues, el resto de gastos del sistema de Seguridad Social (distintos de los que realiza el Ingesa en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla) y los gestionados por las mutualidades de funcionarios. Los gastos excluidos de la territorialización representan, como se mostró más arriba (gráfico 1.16.), apenas un 5% del total en el año 2010 y un 6% en promedio a lo largo del periodo de estudio.

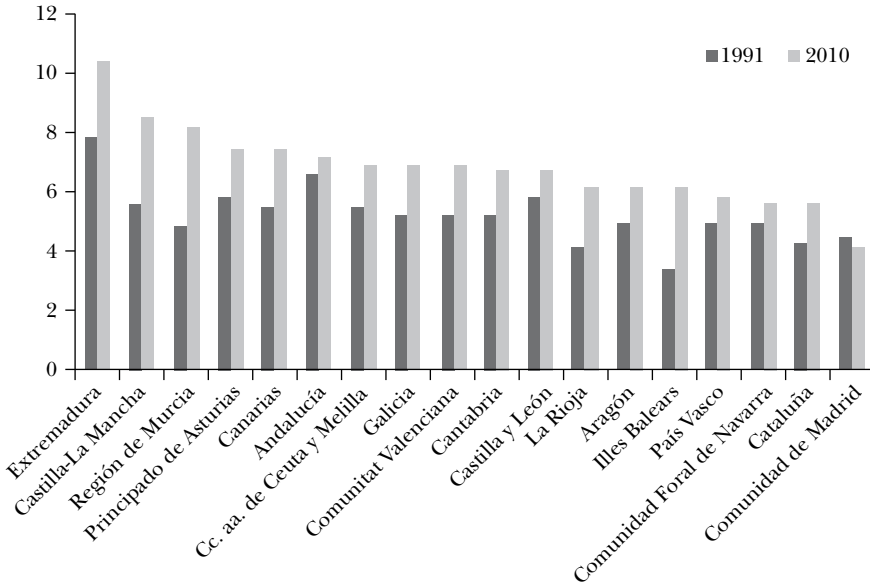
Si atendemos a la dimensión relativa del gasto en el contexto de la economía del respectivo territorio (gráfico 1.18), observamos como para el conjunto de comunidades y ciudades autónomas, el gasto en sanidad territorializado representa en 2010 un 6,2% del PIB (algo inferior al 6,6% que aparece en el cuadro 1.15, toda vez que ahora se excluye la parte no territorializable del gasto sanitario). Sin embargo, dicha ratio presenta una notable dispersión entre territorios, habiendo alcanzado sus valores mínimo y máximo en el año en cuestión en la Comunidad de Madrid (4,2%) y Extremadura (10,5%), respectivamente.

Esta dispersión ha aumentado, además, en las dos últimas décadas: en 1991, la diferencia entre el valor máximo del indicador de gasto en relación con el PIB (7,8% en Extremadura) y el valor mínimo (3,4% en Illes Balears) era de 4,4 puntos; casi dos puntos menos que la que se registra en 2010 entre Extremadura y la Comunidad de Madrid.

---

[12] Véase el apéndice metodológico.

GRÁFICO 1.18: Gasto sanitario público territorializado en porcentaje sobre el PIB, 1991 y 2010



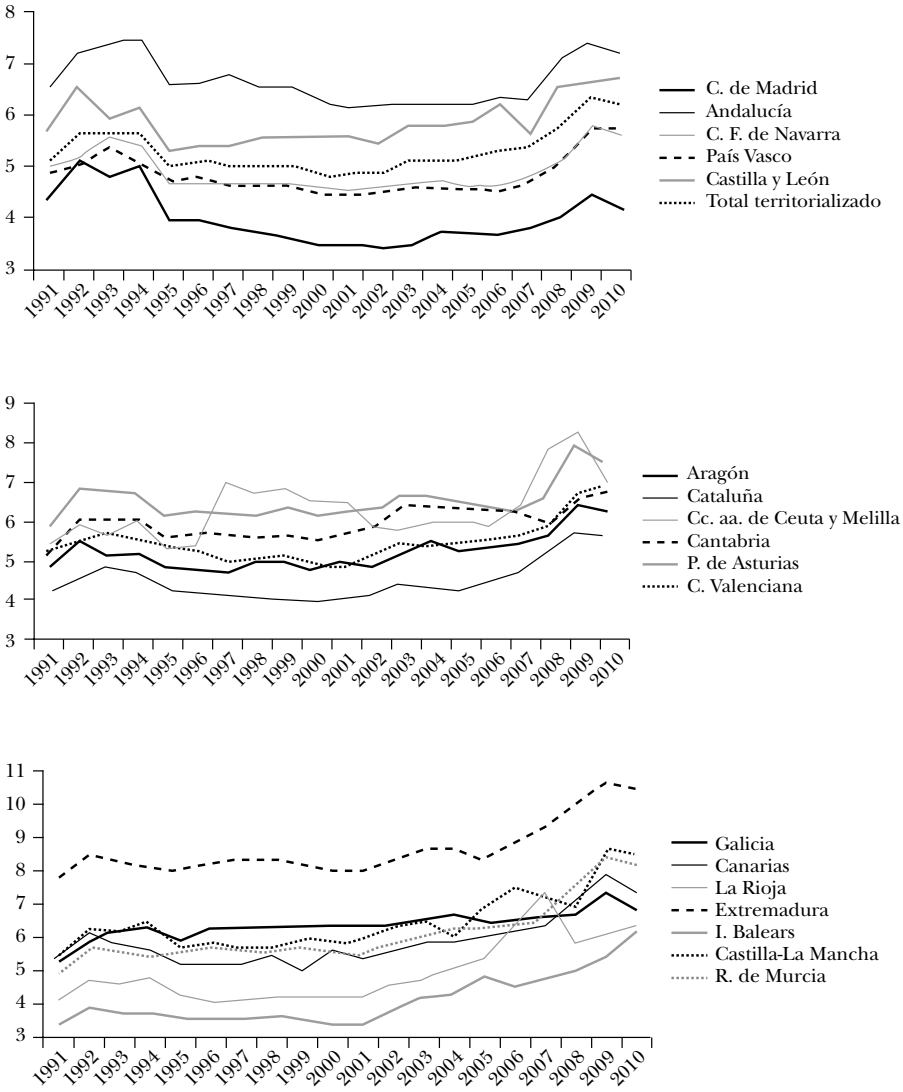
Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012); Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011); Pérez *et al.* (2011); Mas y Cucarella (2007) y Contabilidad Regional de España (INE varios años).

En el gráfico 1.19 se muestra la evolución de la ratio gasto/PIB a lo largo del periodo analizado. Para confeccionar los gráficos se han agrupado las comunidades en función de su menor o mayor dinamismo por lo que atañe al crecimiento de dicho indicador.

Por otra parte, la ratio entre gasto público en sanidad y PIB muestra una correlación apreciable con el nivel de desarrollo del territorio medido a través del PIB por habitante (gráfico 1.20). Las comunidades con mayor PIB per cápita (País Vasco, Comunidad de Madrid, Comunidad Foral de Navarra, Cataluña) presentan cifras relativas de gasto sanitario más bajas (entre el 4 y el 6% del PIB), mientras que las regiones con menor nivel de renta por habitante (Extremadura, Castilla-La Mancha, Andalucía, Región de Murcia) tienen indicadores de gasto sobre el PIB claramente superiores a la media (en todos los casos por encima del 7%).

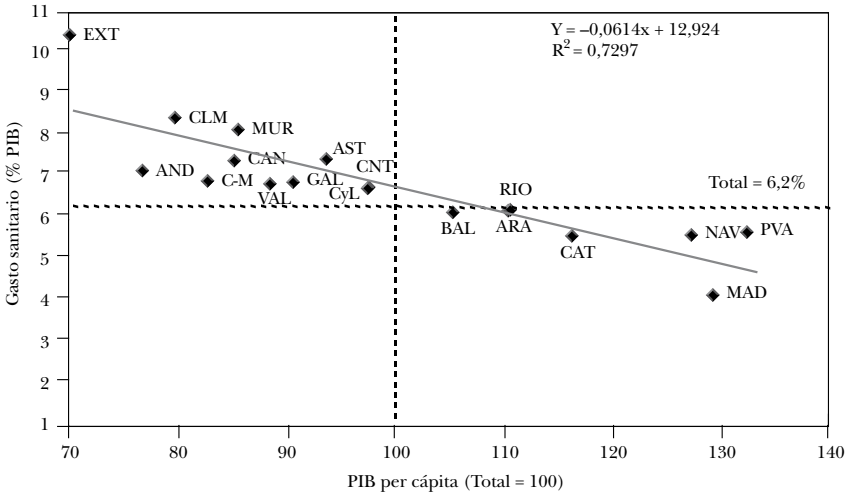
GRÁFICO 1.19: Evolución del gasto sanitario público territorializado, 1991-2010

(porcentaje sobre el PIB)



Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012); Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011); Pérez *et al.* (2011); Mas y Cucarella (2007) y Contabilidad Regional de España (INE varios años).

GRÁFICO 1.20: Relación entre el gasto sanitario público en porcentaje del PIB y el PIB per cápita de las comunidades y ciudades autónomas, 2010



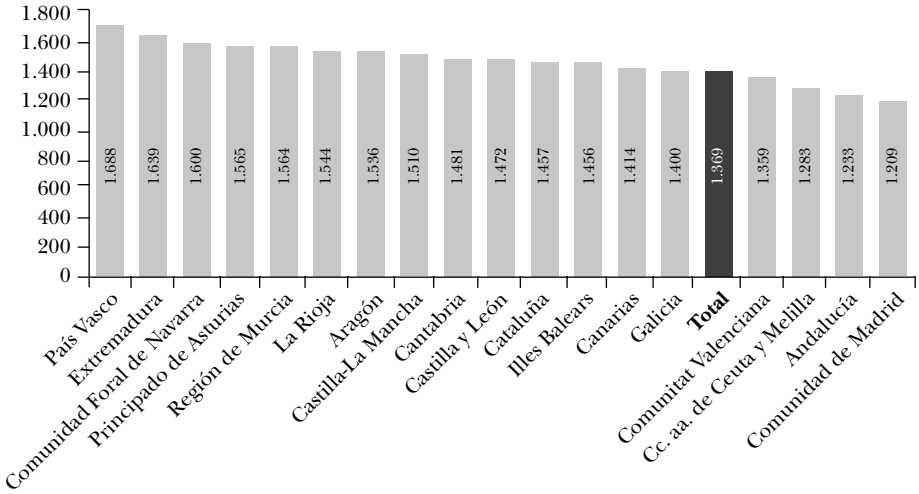
Nota: AND: Andalucía; ARA: Aragón; AST: Principado de Asturias; BAL: Illes Balears; CAN: Canarias; CAT: Cataluña; CLM: Castilla-La Mancha; C-M: Ciudades autónomas de Ceuta y Melilla; CNT: Cantabria; CyL: Castilla y León; EXT: Extremadura; GAL: Galicia; MAD: Comunidad de Madrid; MUR: Región de Murcia; NAV: Comunidad Foral de Navarra; PVA: País Vasco; RIO: La Rioja; VAL: Comunitat Valenciana.

Fuente: Elaboración propia a partir de INE (varios años); Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012); Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011); Pérez *et al.* (2011); Mas y Cucarella (2007) y Contabilidad Regional de España (INE varios años).

El gasto sanitario público territorializado en términos per cápita alcanza en 2010 la cifra de 1.396 euros por persona (gráfico 1.21). El valor máximo se registra en el País Vasco (1.688 euros por habitante) y el mínimo en la Comunidad de Madrid (1.209 euros por habitante). Por debajo de la media nacional se sitúan, junto a esta última comunidad, Andalucía, la Comunitat Valenciana y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla (cuyas cifras en esta sección se consideran de manera agregada). Entre las comunidades con un mayor gasto sanitario público por persona, además del País Vasco, se encuentran Extremadura, la Comunidad Foral de Navarra, el Principado de Asturias, la Región de Murcia, La Rioja y Aragón; todas ellas con una cifra que supera la media nacional en más de un 10%.

GRÁFICO 1.21: Gasto público sanitario territorializado por habitante, 2010

(euros por persona)



Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012); Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011); Pérez *et al.* (2011); Mas y Cucarella (2007) y Padrón de habitantes (INE varios años).

Las diferencias en gasto sanitario per cápita pueden deberse, en parte, a unas mayores necesidades derivadas de la diferente composición de la población por grupos de edad. Con el fin de ofrecer una imagen de las disparidades en gasto per cápita que tenga en cuenta esta circunstancia, hemos calculado un índice de gasto por habitante *equivalente* ponderando las cifras de población de cada comunidad autónoma mediante una serie de índices que tratan de recoger las distintas necesidades de gasto asociadas a diferentes grupos de población. En el gráfico 1.22 se muestra el resultado de utilizar dos conjuntos de ponderaciones alternativos: el propuesto por Puig Junoy, Castellanos y Planas (2004)[13] y el

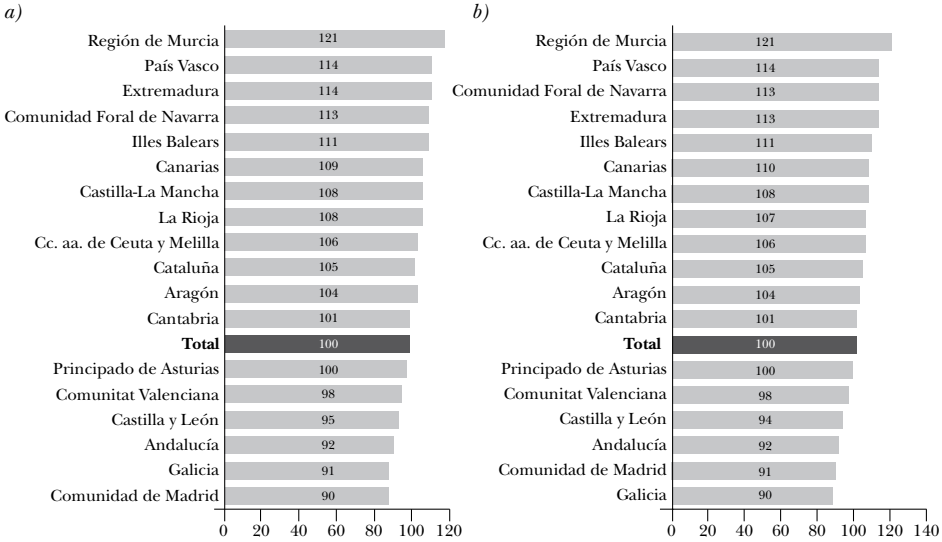
[13] Estos coeficientes, que distinguen por grupos de edad y por sexo, son los siguientes:

	Edad																
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75 y más
Hombres	1,77	0,83	0,67	0,64	0,72	0,56	0,65	0,82	0,81	1,00	1,25	1,92	2,43	3,12	3,54	4,27
Mujeres	1,70	0,79	0,65	0,69	0,90	0,95	1,14	1,06	1,11	1,28	1,73	2,05	2,47	2,93	3,46	3,83

derivado por el Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario (Ministerio de Economía y Hacienda 2005) que más adelante empleamos para calcular el *factor demográfico* en el capítulo donde se analizan los determinantes de gasto sanitario, así como para realizar las proyecciones de gasto para el periodo 2011-2016 (véase el cuadro 2.1 del capítulo 2).

GRÁFICO 1.22: Gasto público sanitario territorializado por habitante equivalente, 2010

(total nacional = 100)



a) Ponderaciones por sexo y grupo de edad de Puig Junoy, Castellanos y Planas (2004).
b) Ponderaciones por tramos de edad del Grupo de Análisis de Gasto Sanitario (Ministerio de Economía y Hacienda 2005).

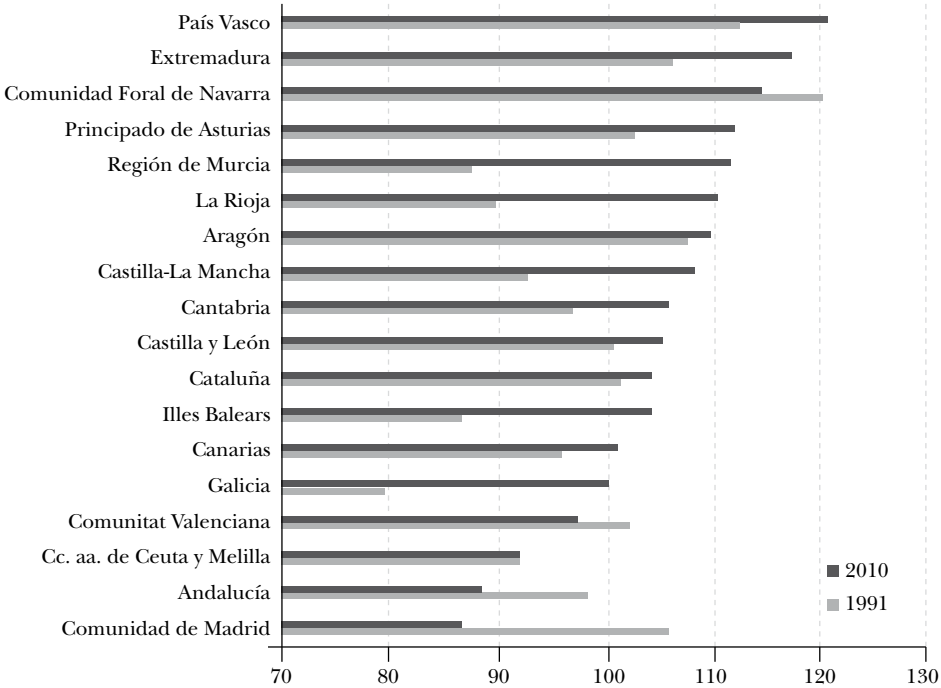
Fuente: Elaboración propia.

Los resultados son muy similares y, comparados con los del gráfico anterior, permiten comprobar como, una vez incorporadas en el denominador de la ratio las ponderaciones correspondientes a cada grupo de población en función de su diferente intensidad de uso de los servicios sanitarios, hay determinadas comunidades que descienden varios puestos en el *ranking*, como el Principado de Asturias (del 4.º al 13.er puesto), Castilla y León (del 10.º al 15.º lugar), Aragón (del 7.º al 11.º), Galicia (del 14.º al 17.º o 18.º, según el conjunto de ponderaciones que se utilice) y Cantabria (del 9.º al 12.º). Lo que tienen en común estas regiones es el hecho de que su población está más concentrada en los grupos que generan mayor gasto (principalmente, los mayores de 65 años).

Por el contrario, el gasto por habitante equivalente resulta ser, en términos relativos, significativamente superior al gasto por persona en determinadas comunidades (y ciudades) autónomas que ascienden varios peldaños en la ordenación. Es el caso de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla (del 16.º al 9.º lugar), Canarias (del 13.º al 6.º), Illes Balears (del 12.º al 5.º) o la Región de Murcia, que pasa a ocupar el primer lugar en gasto sanitario por habitante equivalente cuando en el *ranking* de gasto per cápita se situaba en el 5.º escalón.

GRÁFICO 1.23: Gasto público sanitario territorializado por habitante, 1991 y 2010

(total nacional territorializado = 100)



Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad; Política Social e Igualdad (2011 y 2012); Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011); Pérez *et al.* (2011); Mas y Cucarella (2007); INE (1991) y Padrón de habitantes (INE varios años).

Las diferencias en gasto sanitario territorializado per cápita se han reducido ligeramente desde 1991 (gráfico 1.23), al tiempo que algunas comunidades han visto alterada de manera notable

su posición relativa en dicho indicador. En 1991, la cifra más elevada de gasto por habitante (523 euros por persona en la Comunidad Foral de Navarra) superaba en más del 51% el valor más bajo (346 euros por persona en la Comunidad de Madrid). La brecha se ha reducido en 2010 al casi 40% en que el gasto territorializado per cápita en el País Vasco (1.688 euros/habitante) supera al realizado en la Comunidad de Madrid (1.209 euros/habitante).

Precisamente la comunidad madrileña es la que ha cambiado de un modo más drástico su posición relativa en la ordenación según gasto sanitario público territorializado por habitante, al haber pasado del 5.º lugar en 1991 al último en 2010. Otras comunidades que han visto como su situación comparada se ha modificado en las dos últimas décadas son la Comunitat Valenciana (que cae 8 puestos en el *ranking:* del 7.º al 15.º) o Andalucía (que pierde 7 posiciones y desciende desde la 10.ª a la 17.ª y penúltima plaza). En el extremo opuesto se encuentran la Región de Murcia (que asciende desde el antepenúltimo escalón hasta el 5.º lugar), La Rioja (que sube desde el 15.º al 6.º peldaño) o Castilla-La Mancha (que gana 5 puestos, al haber pasado del 13.º al 8.º).

1.2.4. Gasto público en servicios sanitarios 1991-2010 por comunidades autónomas

1.2.4.1. Evolución del gasto sanitario de las comunidades autónomas y el Insalud e Ingesa en el periodo 1991-2010

Para poder analizar con mayor detalle la evolución del gasto sanitario público en el periodo 1991-2010 en las distintas comunidades autónomas atendiendo a su composición por categorías de la clasificación económico-presupuestaria, así como a su estructura funcional, hemos de restringir el ámbito de estudio a una parte del gasto, por lo demás mayoritaria. Nos referimos a aquel en que se materializan las competencias hoy transferidas a todas las comunidades autónomas y que, durante buena parte del periodo objeto de interés, fueron desarrolladas por el Insalud en el territorio de las comunidades que no recibieron el traspaso competencial hasta 2002. En el caso de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, cuyas Administraciones no han asumido las competencias sanitarias, es el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (Ingesa) el ente que, desaparecido el Insalud, se encarga de la prestación

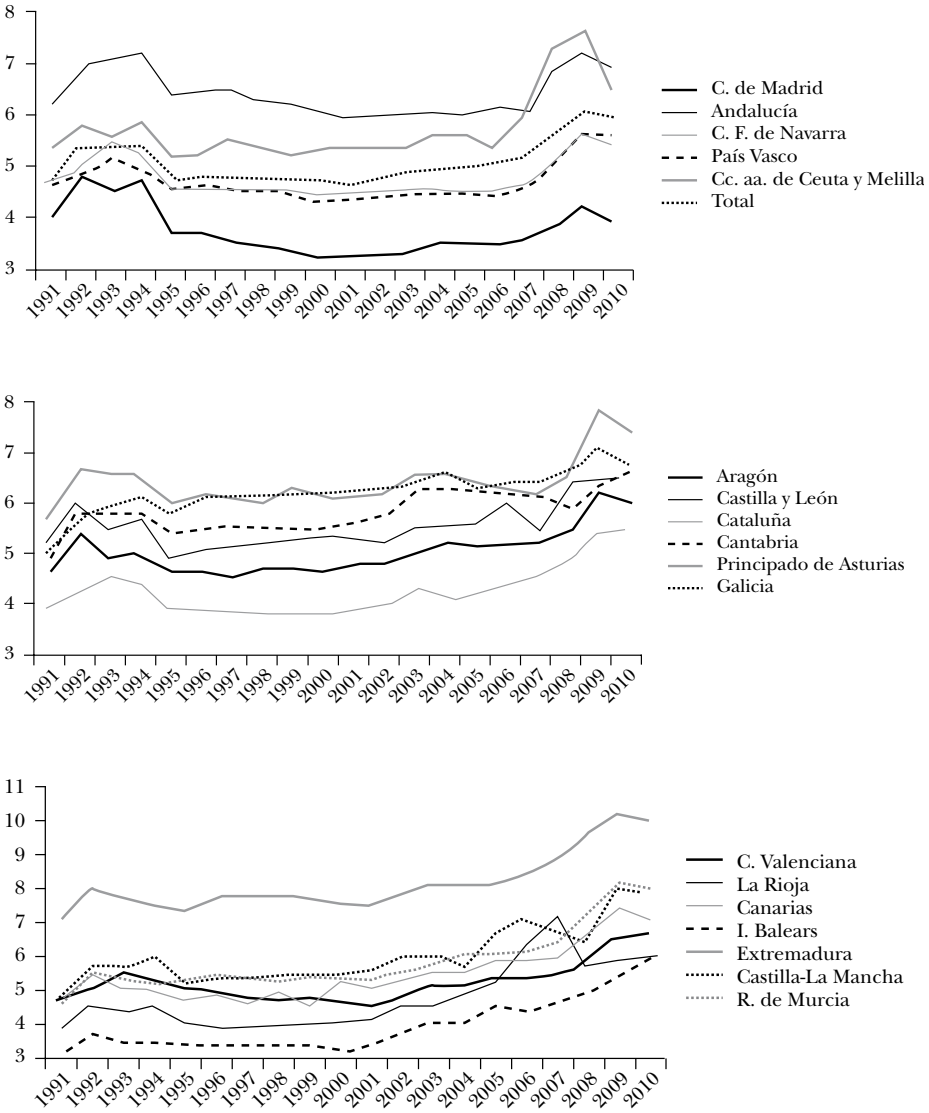
de los servicios sanitarios en su territorio. Estos gastos también forman parte del agregado que se analiza en esta sección.

Para este componente hegemónico del gasto público en servicios sanitarios que, en promedio del periodo 1991-2010, representa un 90% del total (más del 91% en el trienio que cierra el periodo), no solo se dispone del desglose por categorías y funciones a nivel agregado, sino también de idéntico detalle para las diecisiete comunidades y las dos ciudades autónomas; lo que permitirá un análisis de las diferencias existentes entre ellas, así como la identificación de patrones de convergencia o divergencia territorial en los principales indicadores, a lo largo de los años sometidos a escrutinio.

Comenzamos el estudio del gasto sanitario de las comunidades autónomas, el Insalud y el Ingesa, en el periodo 1991-2010, analizando su dimensión relativa en el contexto de la economía regional, lo que se evalúa a través de la ratio gasto/PIB en términos porcentuales. Dado que las diferencias entre este agregado de gasto y el gasto territorializado en la sección anterior se limitan a los recursos gestionados por las corporaciones locales, los resultados a escala global son muy similares a los presentados en páginas anteriores. Para el conjunto de comunidades y ciudades autónomas, el gasto público en servicios sanitarios representa en 2010 un 6% del PIB (las dos décimas que faltan hasta el 6,2% del gasto territorializado corresponden a las corporaciones locales). También en este caso, la ratio presenta una notable dispersión entre territorios, siendo, de nuevo, sus valores mínimo y máximo los registrados en la Comunidad de Madrid (4%) y Extremadura (10%), respectivamente.

El indicador relativo de gasto en porcentaje del PIB (gráfico 1.24) creció con un mayor ritmo a lo largo del periodo 1991-2010 en la Región de Murcia (donde aumentó la ratio 3,4 puntos), Castilla-La Mancha, Extremadura, Illes Balears y Canarias (en todos los casos por encima de los 2 puntos porcentuales de incremento). El menor avance de la ratio (menos de 1 punto porcentual) se registró en el País Vasco, Andalucía y la Comunidad Foral de Navarra. En la Comunidad de Madrid, el indicador incluso se redujo una décima entre 1991 y 2010. En el resto de comunidades el gasto sanitario realizado por las Administraciones autonómicas y el Insalud e Ingesa aumentó entre 1 y 2 puntos sobre el PIB, algo que también ocurrió para el total nacional (+1,3 puntos).

GRÁFICO 1.24: Evolución del gasto sanitario público de las comunidades autónomas, Insalud e Ingesa en porcentaje sobre el PIB, 1991-2010



Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012); Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011); Pérez *et al.* (2011); Mas y Cucarella (2007) y Contabilidad Regional de España (INE varios años).

CUADRO 1.17: Gasto sanitario público realizado por comunidades autónomas, Insalud e Ingesa, 1991-2010

(miles de euros)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Andalucía	2.841.476	3.342.206	3.507.066	3.783.435	3.860.795	4.101.539	4.427.500	4.561.478	4.819.158	5.119.499	5.424.683	5.872.658	6.450.192	7.025.753	7.539.191	8.339.228	8.867.511	10.307.068	10.275.784	10.008.978
Aragón	536.712	645.123	622.002	669.733	681.961	721.419	752.844	815.252	859.014	915.006	1.012.240	1.083.021	1.230.313	1.368.430	1.441.258	1.589.130	1.738.781	1.897.573	2.051.556	1.991.048
Asturias, P. de	475.685	605.475	608.520	643.838	648.280	688.122	704.944	745.806	800.534	849.805	914.766	981.442	1.102.532	1.178.919	1.253.681	1.339.114	1.423.253	1.550.407	1.748.185	1.672.215
Balears, I.	245.780	320.812	311.490	342.196	351.102	373.944	407.631	450.562	488.949	521.709	580.558	689.941	799.363	874.479	1.064.151	1.077.552	1.209.518	1.312.111	1.379.365	1.567.591
Canarias	548.532	697.182	702.620	731.554	823.199	886.428	902.556	1.044.457	1.067.107	1.347.155	1.413.026	1.585.628	1.793.534	1.896.751	2.148.011	2.317.723	2.509.037	2.854.531	2.993.846	2.852.465
Cantabria	215.345	274.312	279.762	298.759	301.510	323.646	340.280	365.278	392.082	425.873	475.951	526.275	611.281	660.908	718.122	766.157	825.218	773.223	812.242	858.446
Castilla y León	1.014.865	1.257.917	1.214.053	1.314.544	1.355.873	1.450.576	1.504.676	1.600.191	1.710.399	1.859.190	1.975.217	2.062.155	2.369.489	2.532.688	2.752.846	3.164.216	3.073.042	3.621.070	3.540.557	3.616.111
Castilla-La Mancha	598.950	753.753	756.901	827.645	834.141	915.033	945.853	1.022.251	1.100.627	1.183.348	1.284.909	1.471.894	1.607.100	1.614.193	2.073.055	2.354.915	2.425.780	2.540.583	2.989.387	2.944.635
Cataluña	2.489.277	2.912.330	3.183.458	3.336.505	3.392.535	3.624.047	3.805.588	3.965.653	4.292.295	4.603.302	5.048.163	5.519.616	6.260.653	6.555.858	7.140.233	8.070.644	8.966.701	9.872.154	10.527.040	10.688.086
C. Valenciana	1.581.418	1.776.568	1.949.587	1.998.894	2.128.926	2.242.752	2.294.418	2.498.295	2.727.915	2.871.116	3.049.949	3.435.592	3.930.856	4.242.076	4.718.251	5.119.756	5.589.768	6.136.590	6.649.981	6.805.430
Extremadura	444.023	536.016	540.652	562.049	572.546	630.280	664.575	704.587	750.030	808.746	853.670	946.483	1.059.068	1.133.799	1.223.321	1.348.811	1.526.277	1.659.212	1.749.328	1.730.317
Galicia	903.347	1.106.645	1.212.357	1.293.606	1.451.501	1.589.962	1.669.975	1.781.774	1.908.394	2.030.562	2.191.465	2.331.420	2.547.871	2.827.233	2.930.798	3.231.003	3.452.597	3.805.445	3.995.456	3.820.067
Madrid, C. de	2.109.124	2.720.579	2.607.151	2.937.006	2.826.088	3.001.686	3.060.233	3.294.540	3.460.656	3.644.096	3.959.461	4.228.002	4.601.404	5.265.938	5.686.537	6.140.493	6.777.571	7.444.430	8.042.266	7.363.377
Murcia, R. de	377.338	480.994	479.234	499.025	545.583	596.034	640.142	676.907	743.816	818.564	891.970	1.007.853	1.153.836	1.284.084	1.425.846	1.566.505	1.755.530	2.132.190	2.258.270	2.234.606
Navarra, C. F. de	260.183	292.913	325.690	330.192	346.492	368.782	396.164	425.849	456.280	490.474	516.909	559.147	610.205	661.838	694.066	753.309	826.706	916.413	1.005.880	998.242
País Vasco	979.212	1.078.206	1.178.925	1.194.759	1.282.527	1.372.407	1.426.679	1.547.734	1.649.484	1.743.749	1.866.632	2.007.086	2.160.636	2.308.590	2.529.603	2.702.510	3.021.762	3.341.272	3.606.720	3.605.635
Rioja, La	99.074	122.805	121.727	135.777	143.139	144.068	157.491	170.430	181.508	198.410	214.048	244.129	272.795	311.161	353.875	455.874	556.373	470.302	467.888	475.896
Total 17 CC. AA.	**15.720.341**	**18.923.835**	**19.601.194**	**20.899.518**	**21.546.197**	**23.030.722**	**24.101.551**	**25.671.046**	**27.408.249**	**29.430.603**	**31.673.617**	**34.552.342**	**38.561.129**	**41.742.699**	**45.692.842**	**50.336.942**	**54.545.424**	**60.634.574**	**64.093.751**	**63.233.146**
Ceuta, c. a. de	23.425	26.107	29.613	33.810	35.324	36.303	40.108	42.023	44.530	47.121	49.997	54.985	60.338	66.457	71.363	74.924	88.951	105.406	109.372	91.932
Mellilla, c. a. de	24.996	29.853	28.896	30.489	31.969	34.095	37.733	40.902	43.231	49.042	54.454	57.254	60.856	68.305	74.993	77.642	90.405	105.535	109.499	96.166
Total	**15.768.762**	**18.979.795**	**19.659.704**	**20.963.817**	**21.613.490**	**23.101.120**	**24.179.392**	**25.753.970**	**27.496.010**	**29.526.766**	**31.778.068**	**34.664.581**	**38.682.323**	**41.877.461**	**45.839.198**	**50.489.509**	**54.724.779**	**60.845.516**	**64.312.622**	**63.421.244**

Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012); Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011), Pérez *et al.* (2011) y Mas y Cucarella (2007).

CUADRO 1.18: Gasto sanitario público realizado por comunidades autónomas, Insalud e Ingesa, 1991-2010

(porcentaje sobre el PIB)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Andalucía	6,29	6,96	7,15	7,24	6,41	6,44	6,54	6,36	6,30	6,11	5,99	6,01	6,05	6,08	6,00	6,14	6,12	6,92	7,19	6,97
Aragón	4,71	5,31	4,99	5,07	4,66	4,65	4,56	4,73	4,74	4,67	4,83	4,77	5,06	5,27	5,16	5,25	5,28	5,47	6,20	5,99
Asturias, P. de	5,70	6,66	6,57	6,58	5,99	6,14	6,09	6,04	6,29	6,12	6,12	6,18	6,54	6,55	6,41	6,27	6,21	6,55	7,81	7,37
Balears, I.	3,11	3,71	3,45	3,52	3,41	3,40	3,36	3,43	3,36	3,24	3,32	3,71	4,08	4,16	4,70	4,40	4,63	4,84	5,30	6,02
Canarias	4,78	5,51	5,16	5,04	4,82	4,90	4,66	4,94	4,54	5,32	5,11	5,32	5,59	5,55	5,86	5,90	6,01	6,78	7,43	7,07
Cantabria	5,01	5,85	5,87	5,88	5,40	5,55	5,54	5,52	5,50	5,47	5,61	5,75	6,28	6,30	6,29	6,20	6,18	5,83	6,36	6,65
Castilla y León	5,19	6,01	5,49	5,69	4,95	5,09	5,10	5,19	5,23	5,34	5,31	5,19	5,57	5,55	5,62	6,01	5,43	6,41	6,45	6,48
Castilla-La Mancha	4,94	5,77	5,70	5,94	5,28	5,45	5,36	5,41	5,54	5,55	5,59	5,99	6,05	5,70	6,76	7,11	6,79	6,51	7,95	7,87
Cataluña	3,97	4,29	4,57	4,47	4,03	4,01	3,97	3,90	3,90	3,86	3,92	4,02	4,25	4,14	4,20	4,38	4,55	4,91	5,44	5,47
C. Valenciana	4,84	5,08	5,42	5,27	5,04	5,01	4,76	4,80	4,88	4,71	4,59	4,82	5,16	5,18	5,33	5,33	5,45	5,71	6,57	6,73
Extremadura	7,07	7,84	7,67	7,45	7,40	7,73	7,81	7,80	7,71	7,67	7,56	7,83	8,15	8,12	8,04	8,30	8,72	9,41	10,16	9,98
Galicia	5,00	5,66	6,00	6,08	5,77	6,06	6,07	6,15	6,20	6,21	6,27	6,26	6,39	6,59	6,31	6,42	6,38	6,57	7,12	6,74
Madrid, C. de	4,07	4,86	4,50	4,74	3,78	3,77	3,58	3,52	3,41	3,28	3,28	3,27	3,32	3,54	3,54	3,52	3,63	3,86	4,25	3,95
Murcia, R. de	4,63	5,53	5,37	5,24	5,31	5,46	5,40	5,29	5,42	5,38	5,38	5,58	5,86	6,06	6,13	6,21	6,48	7,31	8,15	7,99
Navarra, C. F. de	4,76	5,01	5,49	5,24	4,56	4,53	4,52	4,57	4,57	4,49	4,44	4,49	4,59	4,64	4,51	4,54	4,66	5,01	5,67	5,51
País Vasco	4,66	4,86	5,17	4,95	4,55	4,64	4,53	4,55	4,48	4,39	4,38	4,44	4,49	4,47	4,52	4,45	4,64	5,04	5,68	5,59
Rioja, La	3,97	4,57	4,41	4,59	4,19	4,00	4,08	4,14	4,13	4,13	4,18	4,51	4,65	5,00	5,29	6,29	7,17	5,68	5,92	5,97
Total 17 CC. AA.	**4,78**	**5,35**	**5,37**	**5,39**	**4,84**	**4,88**	**4,80**	**4,78**	**4,74**	**4,69**	**4,67**	**4,76**	**4,94**	**4,98**	**5,05**	**5,13**	**5,20**	**5,59**	**6,14**	**6,04**
Ceuta y Melilla, cc. aa. de	5,33	5,81	5,62	5,90	5,23	5,30	5,51	5,37	5,24	5,30	5,43	5,46	5,42	5,59	5,65	5,44	6,00	7,35	7,67	6,49
Total	**4,78**	**5,35**	**5,37**	**5,39**	**4,84**	**4,88**	**4,80**	**4,78**	**4,75**	**4,69**	**4,67**	**4,76**	**4,94**	**4,98**	**5,05**	**5,13**	**5,20**	**5,60**	**6,14**	**6,04**

Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012); Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011); Pérez *et al.* (2011); Mas y Cucarella (2007) y Contabilidad Regional de España (INE varios años).

CUADRO 1.19: Gasto sanitario público realizado por comunidades autónomas, Insalud e Ingesa,1991 y 1996-2010

(euros por habitante)

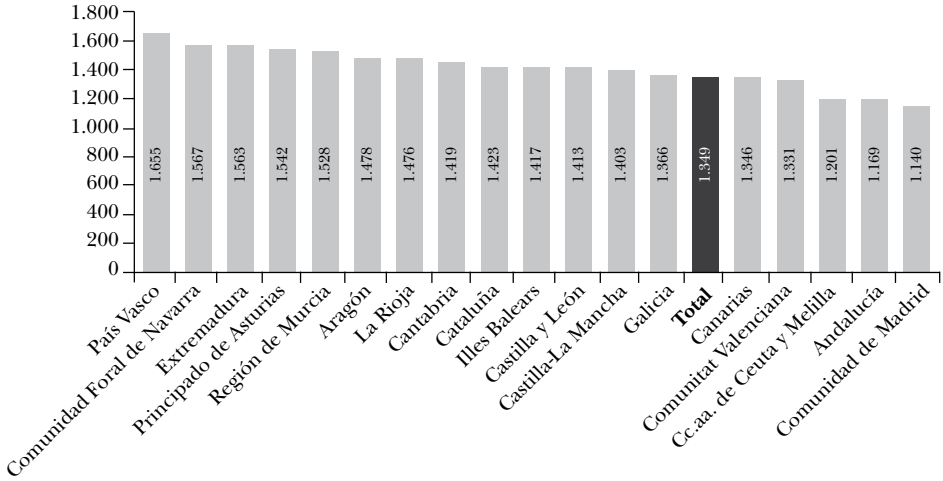
	1991	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Andalucía	409	567	612	630	660	697	733	785	848	914	960	1.046	1.100	1.257	1.238	1.196
Aragón	451	607	635	689	724	769	844	890	1.000	1.095	1.136	1.244	1.341	1.430	1.525	1.478
Asturias, P. de	435	633	650	689	738	789	851	914	1.025	1.098	1.164	1.243	1.324	1.435	1.611	1.542
Balears, I.	347	492	524	566	595	617	661	752	844	916	1.082	1.076	1.174	1.223	1.259	1.417
Canarias	367	552	558	641	638	785	793	860	947	990	1.091	1.161	1.238	1.375	1.423	1.346
Cantabria	408	614	645	693	742	802	885	970	1.112	1.191	1.277	1.349	1.441	1.328	1.378	1.449
Castilla y León	399	578	603	644	687	750	797	831	953	1.016	1.096	1.254	1.215	1.416	1.381	1.413
Castilla-La Mancha	361	534	552	596	638	682	732	826	885	873	1.094	1.219	1.227	1.243	1.436	1.403
Cataluña	411	595	622	645	691	735	794	848	934	962	1.021	1.131	1.244	1.341	1.408	1.423
C. Valenciana	410	559	571	621	671	697	726	794	879	934	1.005	1.065	1.144	1.220	1.305	1.331
Extremadura	418	589	621	659	699	756	795	882	986	1.054	1.129	1.242	1.400	1.511	1.587	1.563
Galicia	331	580	611	654	699	743	802	852	926	1.028	1.061	1.167	1.245	1.367	1.429	1.365
Madrid, C. de	426	598	605	647	673	700	737	765	805	907	953	1.022	1.114	1.187	1.259	1.140
Murcia, R. de	361	543	579	607	658	712	749	821	909	992	1.067	1.143	1.261	1.495	1.561	1.528
Navarra, C. F. de	501	708	754	802	848	902	929	982	1.055	1.132	1.170	1.252	1.364	1.477	1.595	1.567
País Vasco	465	654	680	737	785	831	888	952	1.023	1.091	1.190	1.267	1.411	1.549	1.660	1.655
Rioja, La	376	544	596	646	684	751	792	867	949	1.060	1.175	1.488	1.801	1.481	1.454	1.476
Total 17 CC. AA.	**406**	**582**	**608**	**646**	**684**	**729**	**773**	**829**	**906**	**970**	**1.039**	**1.129**	**1.211**	**1.318**	**1.376**	**1.349**
Ceuta y Melilla, cc. aa. de	390	548	597	627	672	680	723	772	845	945	1.040	1.069	1.228	1.417	1.439	1.201
Total	**406**	**582**	**608**	**646**	**684**	**729**	**773**	**829**	**906**	**969**	**1.039**	**1.129**	**1.211**	**1.318**	**1.376**	**1.349**

Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012); Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011); Pérez *et al.* (2011); Mas y Cucarella (2007); Padrón de habitantes (INE varios años) e INE (1991).

El gasto sanitario agregado de las comunidades autónomas y el Ingesa en euros por habitante en 2010 (gráfico 1.25) muestra una distribución muy parecida a la observada para el conjunto del gasto público territorializado, de manera que corresponde, también aquí, el valor más alto al País Vasco (1.655 euros/habitante) y el más bajo a la Comunidad de Madrid (1.140 euros por persona). Las comunidades con una cifra mayor de gasto per cápita siguen siendo la Comunidad Foral de Navarra, Extremadura, el Principado de Asturias y la Región de Murcia; y ocupan los últimos lugares Andalucía, las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, la Comunitat Valenciana y Canarias (que ahora caen por debajo de la media nacional). Las diferencias son mínimas y apenas dan lugar a cambios en las posiciones en el *ranking* respecto a las observadas al analizar el agregado de gasto que incluía el de las corporaciones locales (el salto más significativo es el que da Castilla-La Mancha, que pierde cuatro puestos en la ordenación al limitar el análisis al gasto de las comunidades y las entidades de la Seguridad Social).

GRÁFICO 1.25: Gasto público sanitario por habitante de comunidades autónomas e Ingesa, 2010

(euros por persona)

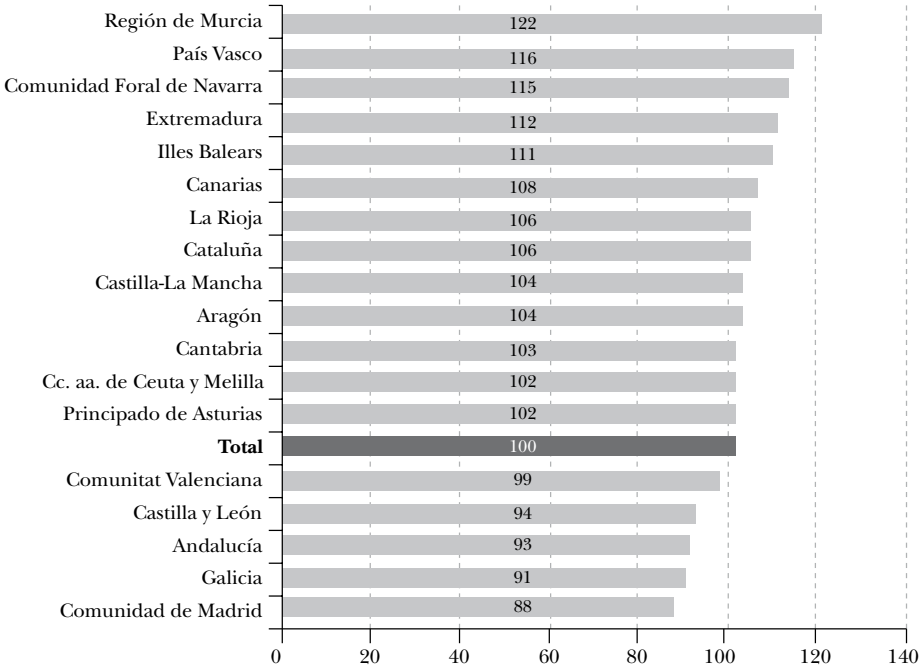


Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012); Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011); Pérez *et al.* (2011); Mas y Cucarella (2007) y Padrón de habitantes (INE varios años).

Al igual que en la sección precedente, con el fin de tomar en consideración el impacto que la diferente composición por sexo y edad de la población regional pudiera tener en las necesidades de gasto sanitario, se ha obtenido la ratio de gasto por habitante equivalente para las diecisiete comunidades autónomas y las ciudades autónomas (estas últimas consideradas de manera conjunta), cuyo resultado se expresa en forma de índice respecto del valor obtenido para el total nacional. Dado que las cifras resultantes son prácticamente idénticas, se utilicen las ponderaciones de Puig Junoy, Castellanos y Planas (2004) o los índices del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario (Ministerio de Economía y Hacienda 2005), presentamos en el gráfico 1.26 únicamente el resultado de aplicar las segundas, por ser coincidentes con las que se emplearán más adelante al explicar el crecimiento del gasto sanitario a partir de sus factores determinantes.

GRÁFICO 1.26: Gasto público sanitario por habitante equivalente de comunidades autónomas e Ingesa, 2010

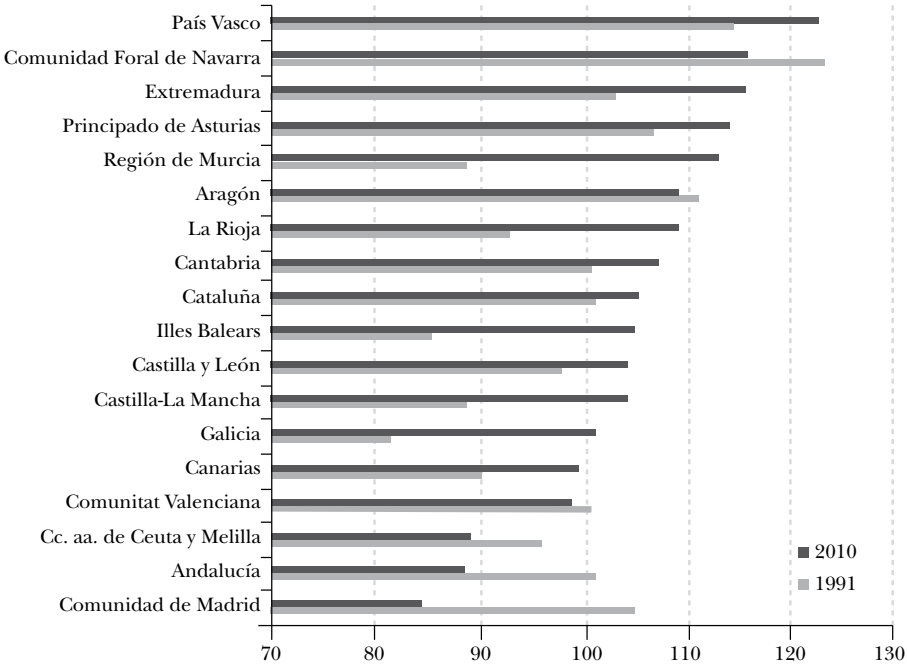
(total nacional = 100)



Fuente: Elaboración propia.

De nuevo es la Región de Murcia la que ocupa el lugar preeminente del *ranking*, con un gasto sanitario por habitante equivalente que supera en un 22% la media nacional. Exceden ampliamente el valor medio los valores correspondientes a las dos comunidades forales, Extremadura e Illes Balears. Por el contrario, la Comunidad de Madrid, Galicia, Andalucía, Castilla y León y la Comunitat Valenciana quedan por debajo de la media nacional.

GRÁFICO 1.27: Gasto público sanitario por habitante de comunidades autónomas, Insalud e Ingesa, 1991 y 2010
(total nacional = 100)

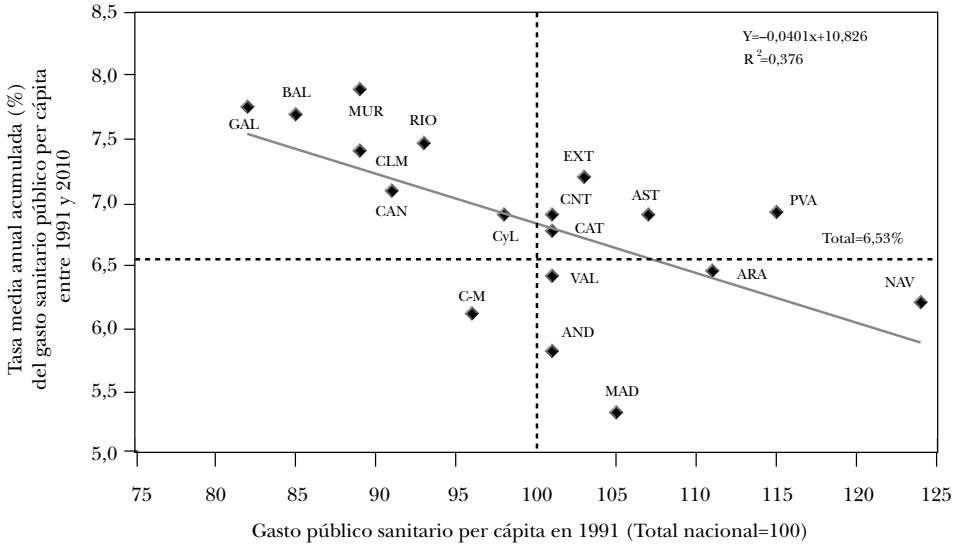


Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012); Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011); Pérez *et al.* (2011) y Mas y Cucarella (2007).

El rango de las diferencias en el gasto sanitario de las comunidades autónomas y el Insalud e Ingesa por habitante no ha cambiado apenas entre 1991 y 2010. Diecinueve años atrás, la cifra relativa de la Comunidad Foral de Navarra multiplicaba a la de Galicia por 1,45; idéntica razón a la que existe en 2010 entre el gasto per cápita del País Vasco y el de la Comunidad de Madrid.

Precisamente la Comunidad de Madrid es la que ha visto deteriorarse en mayor grado su posición relativa en este indicador, y ha pasado del 5.º lugar al último del escalafón. Un camino opuesto al recorrido por la Región de Murcia que partía en 1991 de un nivel de gasto per cápita inferior a la media nacional, al ocupar el penúltimo lugar del *ranking*, y ha ascendido hasta la quinta posición en 2010, superando la cifra de gasto medio en un 13% (un 22% si utilizamos el indicador de gasto por persona equivalente).

GRÁFICO 1.28: Gasto sanitario público per cápita de comunidades autónomas, Insalud e Ingesa y su evolución en el periodo 1991-2010



Nota: Véase la equivalencia de las abreviaturas en el gráfico 1.20.

Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012); Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011); Pérez *et al.* (2011) y Mas y Cucarella (2007).

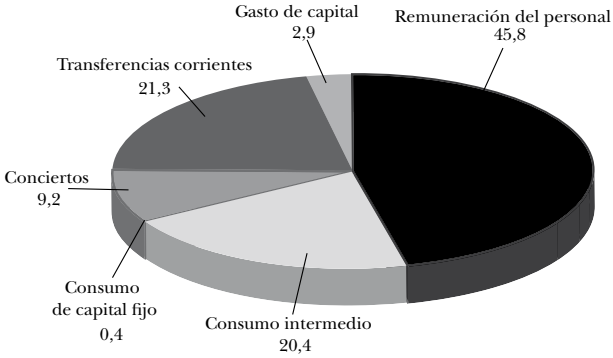
A pesar de que la amplitud del intervalo que engloba las cifras regionales de gasto sanitario per cápita no ha menguado a lo largo del periodo, se ha de señalar que, en términos generales, el gasto per cápita creció más en los dos últimos decenios en aquellas comunidades en las que los niveles iniciales eran más bajos, como puede observarse en el diagrama de convergencia (gráfico 1.28) que relaciona los índices de gasto per cápita con las tasas medias

de variación entre 1991 y 2010. Existen, no obstante, excepciones a este comportamiento general que restan robustez a la relación negativa que se observa entre gasto per cápita en 1991 y tasa de variación entre 1991 y 2010. Se trata, fundamentalmente, de los casos de la Comunidad de Madrid, las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla y, Andalucía (si se excluyen estas tres observaciones, el R^2 que se obtiene del ajuste lineal aumenta hasta 0,7).

1.2.4.2. Composición del gasto sanitario según naturaleza económica: análisis por comunidades autónomas

La clasificación económico-presupuestaria del gasto sanitario distingue las categorías remuneración del personal, consumo intermedio, consumo de capital fijo, conciertos, transferencias corrientes y gasto de capital.[14] En el año 2010, y para el conjunto de comunidades y ciudades autónomas, la estructura del gasto sanitario público aparece dominada por las remuneraciones al personal (46%), seguidas en importancia de las transferencias corrientes (21%) y de los consumos intermedios (20%). El gasto en conciertos (9%) es la última categoría de gasto corriente de relevancia, quedando el consumo de capital fijo en un 1% y los gastos de capital en el 3%.

GRÁFICO 1.29: Composición del gasto sanitario público de comunidades autónomas e Ingesa por categorías económicas, 2010
(porcentaje)



Fuente: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2012).

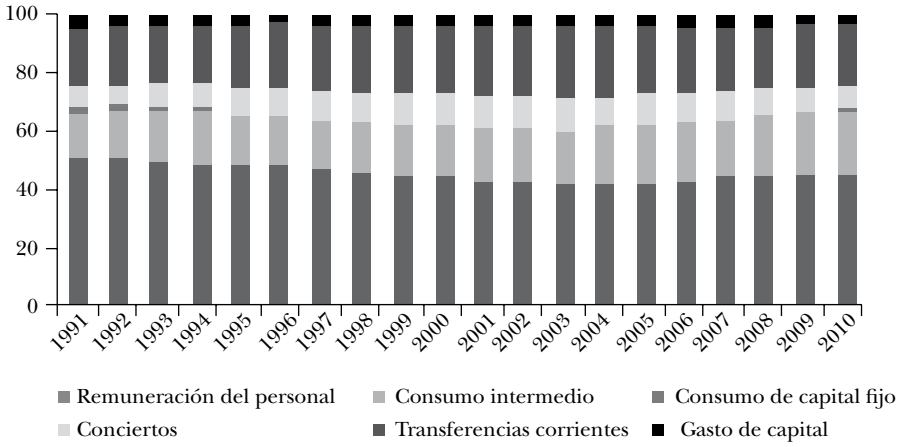
[14] Para una delimitación precisa del contenido de estas categorías, véase el apéndice metodológico.

La evolución en el periodo de esta estructura no pone de manifiesto grandes cambios. Si acaso, cabe destacar que los gastos de personal (un 51% al comienzo del periodo) perdieron peso paulatinamente hasta mediados de la década inicial de este siglo, en beneficio de las transferencias corrientes y el consumo intermedio, para experimentar en los años más recientes un ligero repunte (gráfico 1.30).

Esta composición del gasto sanitario por naturaleza económica presenta notables diferencias territoriales (gráfico 1.31), entre las que resultan particularmente destacables los casos de Cataluña, donde el gasto en conciertos alcanza casi una cuarta parte del gasto total, y la Comunitat Valenciana, donde los consumos intermedios representan un 29% del gasto, reduciéndose las remuneraciones del personal a un 35% y un 37% del agregado, respectivamente. Estas diferencias se explican, en parte, por la distinta intensidad con la que las comunidades autónomas recurren a esquemas de colaboración público-privada para la provisión de los servicios sanitarios.

GRÁFICO 1.30: Evolución de la estructura por categorías económicas del gasto sanitario público de comunidades autónomas, Insalud e Ingesa, 1991-2010

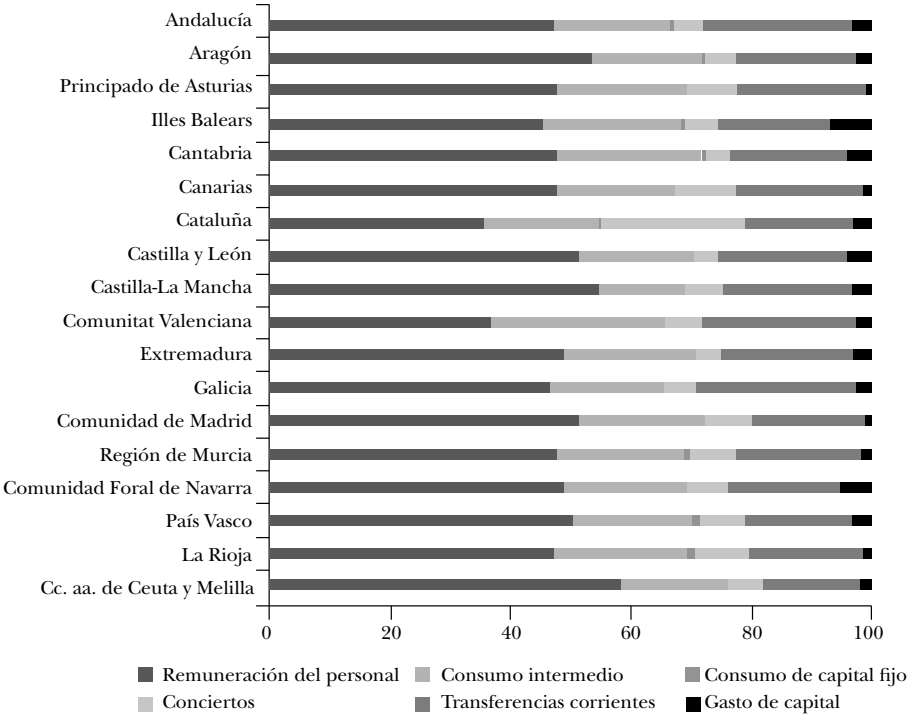
(porcentaje)



Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012); Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011); Pérez *et al.* (2011) y Mas y Cucarella (2007).

GRÁFICO 1.31: Estructura por categorías económicas del gasto sanitario público de comunidades autónomas e Ingesa, 2010

(porcentaje)



Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012); Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011); Pérez *et al.* (2011) y Mas y Cucarella (2007).

Los gastos en remuneraciones al personal aparecen, pues, como el principal componente de la clasificación económico presupuestaria del gasto sanitario público realizado por las comunidades autónomas e Insalud e Ingesa, si bien, como se ha señalado, su importancia cuantitativa se ha visto reducida a lo largo del periodo de estudio de manera significativa en la práctica totalidad de territorios (las únicas excepciones son Cataluña y Castilla-La Mancha). Analizamos, a continuación, con un mayor detalle las diferencias regionales en lo que atañe a esta importante categoría de gasto, así como su evolución en el periodo objeto de estudio.

CUADRO 1.20: Gasto sanitario público realizado por comunidades autónomas, Insalud e Ingesa. Clasificación económico-presupuestaria, 1991-2010

(miles de euros)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Remuneración del personal	8.166.087	9.668.607	9.881.045	10.328.184	10.575.579	11.228.586	11.450.228	11.902.123	12.453.676	13.275.361	14.038.135	15.011.416	16.498.680	17.916.398	19.489.926	21.561.239	24.404.954	27.169.242	29.454.984	29.160.939
Consumo intermedio	2.427.112	3.218.147	3.423.058	3.795.004	3.701.334	3.913.608	4.078.307	4.422.277	4.759.103	5.213.142	5.623.057	6.183.121	7.134.216	7.882.928	8.949.001	10.381.200	10.815.043	12.683.389	13.381.757	12.991.006
Consumo de capital fijo	87.496	91.402	105.001	99.134	8.757	12.132	13.957	50.277	57.874	67.401	72.935	88.706	108.347	117.952	136.846	162.338	184.405	210.045	259.691	270.632
Conciertos	1.362.082	1.645.900	1.782.174	1.942.215	2.054.223	2.231.475	2.415.305	2.581.698	2.818.934	2.969.010	3.257.094	3.656.886	4.012.413	4.366.652	4.776.469	4.976.506	5.352.202	5.860.206	5.828.888	5.837.221
Transferencias corrientes	3.100.568	3.838.310	3.895.396	4.409.285	4.815.898	5.274.840	5.668.810	6.094.841	6.676.040	7.099.559	7.676.600	8.559.153	9.664.967	10.251.044	10.944.031	11.436.594	12.065.283	12.880.908	13.561.776	13.571.237
Gasto de capital	769.657	670.909	738.330	568.303	642.481	642.983	729.549	904.970	946.058	1.015.895	1.244.313	1.406.290	1.505.546	1.593.163	1.827.067	2.228.668	2.165.711	2.304.975	2.049.484	1.815.154
Total	**15.913.003**	**19.133.274**	**19.825.005**	**21.142.126**	**21.798.273**	**23.303.625**	**24.356.156**	**25.956.186**	**27.711.684**	**29.640.368**	**31.912.134**	**34.905.572**	**38.924.169**	**42.128.136**	**46.123.339**	**50.746.545**	**54.987.598**	**61.108.764**	**64.536.580**	**63.646.188**

Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012); Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011); Pérez *et al.* (2011) y Mas y Cucarella (2007).

CUADRO 1.21: Gasto sanitario público realizado por comunidades autónomas, Insalud e Ingesa. Clasificación económico-presupuestaria, 2010

(miles de euros)

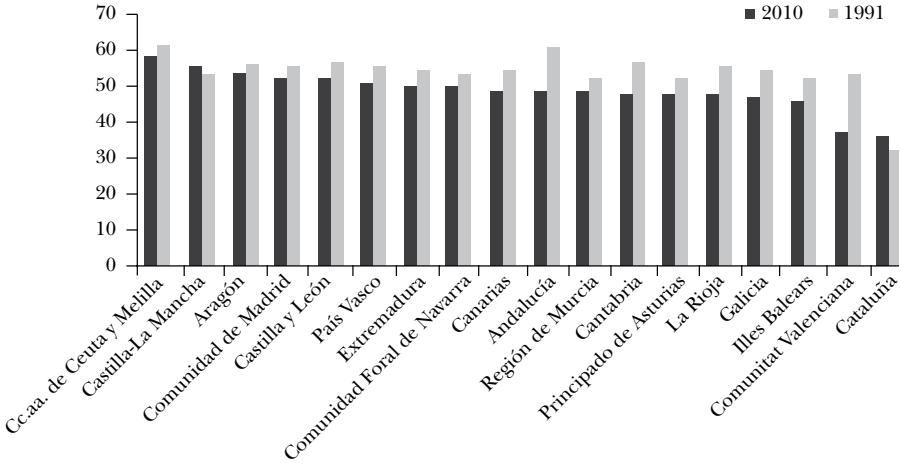
	Andalucía	Aragón	P. de Asturias	I. Balears	Canarias	Cantabria	Castilla y León	Castilla-La Mancha	Cataluña	C. Valenciana	Extrema-dura	Galicia	C. de Madrid	R. de Murcia	C. F. de Navarra	País Vasco	La Rioja	C. a. de Ceuta	C. a. de Melilla
Remuneración del personal	4.799.159	1.067.346	791.041	714.291	408.238	1.377.741	3.802.020	1.873.416	1.618.938	2.523.436	859.387	1.787.188	3.822.952	1.070.818	491.917	1.819.017	225.030	53.762	55.243
Consumo intermedio	1.899.090	363.729	371.668	357.325	212.865	565.508	2.053.387	670.709	428.094	1.952.688	348.058	708.858	1.528.809	466.990	202.431	717.570	108.662	13.963	20.603
Consumo de capital fijo	29.662	19.450	n.d.	12.078	723	273	80.279	174	n.d.	n.d.	26.072	3.038	n.d.	33.759	n.d.	59.465	5.660	n.d.	n.d.
Conciertos	515.167	74.961	128.524	80.513	33.803	287.846	2.577.635	156.738	167.157	429.289	66.839	215.371	572.710	161.892	66.110	251.130	41.213	5.352	4.971
Transferencias corrientes	2.488.032	409.240	367.527	290.656	164.236	605.292	1.911.825	780.016	642.876	1.731.599	384.040	1.023.127	1.363.324	460.418	184.514	642.695	91.704	16.892	13.225
Gasto de capital	302.841	57.812	15.253	114.415	38.582	49.017	339.969	141.681	92.842	178.996	53.875	99.648	98.596	42.930	56.628	120.897	7.085	1.964	2.124
Total	**10.033.950**	**1.992.537**	**1.674.014**	**1.569.277**	**858.446**	**2.885.676**	**10.765.114**	**3.622.733**	**2.949.907**	**6.816.007**	**1.738.271**	**3.837.230**	**7.386.391**	**2.236.807**	**1.001.601**	**3.610.774**	**479.355**	**91.932**	**96.166**

Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012); Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011); Pérez *et al.* (2011) y Mas y Cucarella (2007).

Los territorios donde mayor es el peso relativo de los gastos en remuneración del personal en 2010 son las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, Castilla-La Mancha, Aragón y la Comunidad de Madrid, mientras que Cataluña y la Comunitat Valenciana son las únicas comunidades en las que dicho capítulo no alcanza el 40% del total, como se ha puesto de manifiesto con anterioridad.

Al expresar el gasto de personal en relación con la población (gráfico 1.33) se observa como solo Aragón se mantiene entre los cinco primeros lugares del *ranking* que ahora comanda el País Vasco. Regiones como la Comunidad Foral de Navarra o la Región de Murcia, cuyos gastos de personal no alcanzan en 2010 el 50% del gasto sanitario público total, se sitúan entre los territorios donde mayor es el gasto en remuneración del personal por habitante, debido a su mayor nivel de gasto agregado per cápita.[15]

GRÁFICO 1.32: Remuneraciones al personal como porcentaje del gasto sanitario público total de comunidades autónomas, Insalud e Ingesa, 1991 y 2010



Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012); Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011); Pérez *et al.* (2011) y Mas y Cucarella (2007).

---

[15] Como se señaló antes, algunas de las diferencias que afloran en el gráfico 1.33 y, en particular, los reducidos valores del indicador per cápita en Cataluña y la Comunitat Valenciana se explican por las especificidades de los modelos de organización y gestión (el *mix* público-privado en las formas de provisión).

CUADRO 1.22: Gasto sanitario público realizado por comunidades autónomas, Insalud e Ingesa. Remuneración del personal, 1991-2010

(miles de euros)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Andalucía	1.714.386	2.017.135	1.993.625	2.002.054	2.102.973	2.183.222	2.213.239	2.259.936	2.352.795	2.518.293	2.652.936	2.803.560	3.045.593	3.246.571	3.502.624	3.841.588	4.321.707	4.775.553	4.999.608	4.799.159
Aragón	300.359	323.688	345.828	372.145	380.998	399.722	405.888	423.213	441.261	471.888	522.773	549.484	624.215	661.785	722.674	786.869	863.362	977.891	1.064.996	1.067.346
Asturias, P. de	246.746	280.695	312.697	332.222	332.030	353.304	357.592	364.901	387.425	407.961	427.470	461.088	514.687	558.091	568.302	616.109	696.021	774.399	832.661	791.041
Balears, I.	127.485	149.028	160.458	176.273	181.129	192.396	204.023	219.973	233.066	251.576	272.003	326.299	397.682	447.576	488.239	528.062	610.640	684.353	732.544	714.291
Canarias	294.076	336.452	345.699	371.782	382.763	411.644	428.040	463.340	485.271	599.761	641.984	710.400	768.893	831.147	912.807	1.002.338	1.135.169	1.326.940	1.415.907	1.377.741
Cantabria	120.148	147.170	149.426	160.103	161.785	171.601	177.572	183.717	191.525	205.760	222.805	239.687	270.913	306.952	333.614	363.619	406.046	417.903	428.062	408.238
Castilla y León	571.104	633.038	677.115	734.580	759.710	802.813	821.624	852.939	883.037	939.469	989.343	1.044.132	1.142.457	1.228.482	1.377.614	1.475.258	1.638.343	1.787.567	1.889.405	1.873.416
Cast-La Mancha	315.407	355.746	394.579	432.101	440.389	470.815	482.389	502.890	529.427	566.006	598.934	650.048	723.266	804.644	911.390	1.049.936	1.192.037	1.286.885	1.595.518	1.618.938
Cataluña	799.032	986.644	1.016.699	1.020.173	1.032.564	1.101.030	1.086.068	1.118.323	1.160.041	1.223.144	1.272.486	1.333.370	1.562.962	1.711.040	1.847.070	2.371.731	2.801.925	3.179.269	3.637.826	3.802.020
C. Valenciana	828.442	978.832	972.186	1.005.662	1.018.052	1.074.662	1.082.789	1.147.868	1.221.235	1.287.166	1.340.403	1.443.968	1.573.720	1.721.525	1.824.616	1.949.703	2.167.276	2.365.347	2.537.950	2.523.436
Extremadura	238.896	272.541	281.679	292.455	301.993	325.005	334.790	340.787	358.840	382.998	403.736	427.430	503.632	535.400	577.698	633.426	726.216	807.698	863.652	859.387
Galicia	485.003	612.079	624.242	622.328	650.710	741.750	784.031	811.978	860.827	905.681	965.820	1.022.056	1.074.967	1.151.556	1.240.406	1.364.485	1.511.429	1.675.373	1.823.424	1.787.188
Madrid, C. de	1.165.842	1.447.140	1.384.392	1.556.278	1.510.787	1.586.138	1.612.382	1.690.164	1.758.276	1.833.850	1.921.314	2.090.028	2.225.159	2.491.879	2.769.220	2.965.330	3.387.355	3.690.413	3.900.788	3.822.952
Murcia, R. de	197.102	238.707	242.417	251.704	276.085	302.134	311.552	324.841	347.470	379.175	402.780	428.326	489.201	532.991	601.300	664.778	771.655	961.326	1.072.238	1.070.818
Navarra, C. F. de	136.110	166.031	185.933	190.502	194.885	205.284	216.728	228.256	241.891	257.878	279.038	291.532	319.026	341.222	364.349	381.382	406.748	464.732	502.195	491.917
País Vasco	542.233	627.777	694.188	696.973	733.635	786.855	800.771	829.595	858.540	890.752	958.922	1.007.132	1.059.749	1.123.520	1.213.995	1.308.416	1.467.604	1.655.894	1.806.453	1.819.017
Rioja, La	54.203	63.044	64.632	72.353	74.647	77.596	84.707	90.472	93.004	100.022	107.184	122.491	136.921	148.818	155.810	173.752	207.794	231.670	231.571	225.030
Total 17 CC. AA.	**8.136.573**	**9.635.746**	**9.845.795**	**10.289.687**	**10.535.132**	**11.185.972**	**11.404.185**	**11.853.193**	**12.403.932**	**13.221.381**	**13.979.932**	**14.951.029**	**16.433.045**	**17.843.198**	**19.411.729**	**21.476.782**	**24.311.329**	**27.063.213**	**29.334.799**	**29.051.934**
Ceuta, c. a. de	13.598	15.082	17.227	19.661	20.160	21.517	23.298	24.706	24.957	27.095	28.896	30.608	33.003	36.518	38.508	41.574	46.320	52.391	59.435	53.762
Melilla, c. a. de	15.917	17.778	18.023	18.837	20.287	21.097	22.745	24.224	24.788	26.886	29.307	29.778	32.632	36.682	39.688	42.883	47.305	53.638	60.750	55.243
Total	**8.166.087**	**9.668.607**	**9.881.045**	**10.328.184**	**10.575.579**	**11.228.586**	**11.450.228**	**11.902.123**	**12.453.676**	**13.275.361**	**14.038.135**	**15.011.416**	**16.498.680**	**17.916.398**	**19.489.926**	**21.561.239**	**24.404.954**	**27.169.242**	**29.454.984**	**29.160.939**

Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012); Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011); Pérez *et al.* (2011) y Mas y Cucarella (2007).

CUADRO 1.23: Gasto sanitario público realizado por comunidades autónomas, Insalud e Ingesa. Remuneración del personal, 1991-2010

(porcentaje sobre el total)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Andalucía	60,33	60,35	56,85	52,92	54,47	53,23	49,99	49,54	48,82	49,19	48,90	47,74	47,22	46,21	46,46	46,07	48,74	46,33	48,65	47,95
Aragón	55,96	50,17	55,60	55,57	55,87	55,41	53,91	51,91	51,37	51,57	51,65	50,74	50,74	48,36	50,14	49,52	49,65	51,53	51,91	53,61
Asturias, P. de	51,87	46,36	51,39	51,60	51,22	51,34	50,73	48,93	48,40	48,01	46,73	46,98	46,68	47,34	45,33	46,01	48,90	49,95	47,63	47,30
Balears, I.	51,87	46,45	51,51	51,51	51,59	51,45	50,05	48,82	47,67	48,22	46,85	47,29	49,75	51,18	45,88	49,01	50,49	52,16	53,11	45,57
Canarias	53,61	48,26	49,20	50,82	46,50	46,44	47,43	44,36	45,48	44,52	45,43	44,80	42,87	43,82	42,50	43,25	45,24	46,49	47,29	48,30
Cantabria	55,79	53,65	53,41	53,59	53,66	53,02	52,18	50,30	48,85	48,32	46,81	45,54	44,32	46,44	46,46	47,46	49,20	54,05	52,70	47,56
Castilla y León	56,27	50,32	55,77	55,88	56,03	55,34	54,60	53,30	51,63	50,53	50,09	50,63	48,22	48,51	50,04	46,62	53,31	49,37	53,36	51,81
Castilla-La Mancha	52,66	47,20	52,13	52,21	52,80	51,45	51,00	49,19	48,10	47,83	46,61	44,16	45,00	49,85	43,96	44,58	49,14	50,65	53,37	54,98
Cataluña	32,10	33,88	31,94	30,58	30,44	30,38	28,54	28,20	27,03	26,57	25,21	24,16	24,96	26,10	25,87	29,39	31,25	32,20	34,56	35,57
C. Valenciana	52,39	55,10	49,87	50,31	47,82	47,92	47,19	45,95	44,77	44,83	43,95	42,03	40,04	40,58	38,67	38,08	38,77	38,54	38,16	37,08
Extremadura	53,80	50,85	52,10	52,03	52,75	51,57	50,38	48,37	47,84	47,36	47,29	45,16	47,55	47,22	47,22	46,96	47,58	48,68	49,37	49,67
Galicia	53,69	55,31	51,49	48,11	44,83	46,65	46,95	45,57	45,11	44,60	44,07	43,84	42,19	40,73	42,32	42,23	43,78	44,03	45,64	46,78
Madrid, C. de	55,28	53,19	53,10	52,99	53,46	52,84	52,69	51,30	50,81	50,32	48,52	49,43	48,36	47,32	48,70	48,29	49,98	49,57	48,50	51,92
Murcia, R. de	52,23	49,63	50,58	50,44	50,60	50,69	48,67	47,99	46,71	46,32	45,16	42,50	42,40	41,51	42,17	42,44	43,96	45,09	47,48	47,92
Navarra, C. F. de	52,31	56,68	57,09	57,69	56,25	55,67	54,71	53,60	53,01	52,58	53,98	52,14	52,28	51,56	52,49	50,63	49,20	50,71	49,93	49,28
País Vasco	55,37	58,22	58,88	58,34	57,20	57,33	56,13	53,60	52,05	51,08	51,37	50,18	49,05	48,67	47,99	48,41	48,57	49,56	50,09	50,45
Rioja, La	54,71	51,34	53,10	53,29	52,15	53,86	53,79	53,08	51,24	50,41	50,07	50,17	50,19	47,83	44,03	38,11	37,35	49,26	49,49	47,29
Total 17 CC. AA.	**51,76**	**50,92**	**50,23**	**49,23**	**48,90**	**48,57**	**47,32**	**46,17**	**45,26**	**44,92**	**44,14**	**43,27**	**42,62**	**42,75**	**42,48**	**42,67**	**44,57**	**44,63**	**45,77**	**45,94**
Ceuta y Melilla, cc. aa. de	60,95	58,72	60,25	59,87	60,11	60,53	59,15	59,01	56,68	56,13	55,72	53,80	54,16	54,32	53,43	55,36	52,20	50,26	54,91	57,95
Total	**51,79**	**50,94**	**50,26**	**49,27**	**48,93**	**48,61**	**47,36**	**46,21**	**45,29**	**44,96**	**44,18**	**43,30**	**42,65**	**42,78**	**42,52**	**42,70**	**44,60**	**44,65**	**45,80**	**45,98**

Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012); Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011), Pérez *et al.* (2011) y Mas y Cucarella (2007).

CUADRO 1.24: Gasto sanitario público realizado por comunidades autónomas, Insalud e Ingesa. Remuneración del personal, 1991 y 1996-2010

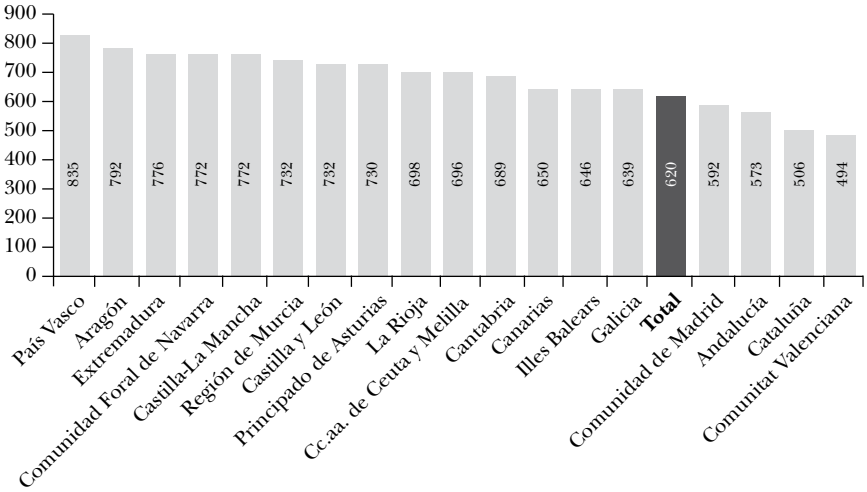
(euros por habitante)

	1991	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Andalucía	247	302	306	312	322	343	358	375	400	422	446	482	536	582	602	573
Aragón	253	337	342	358	372	397	436	451	507	530	569	616	666	737	792	792
Asturias, P. de	226	325	330	337	357	379	398	429	479	520	528	572	648	717	767	730
Balears, I.	180	253	262	276	284	298	310	356	420	469	497	528	592	638	669	646
Canarias	197	256	265	284	290	349	360	385	406	434	464	502	560	639	673	650
Cantabria	228	325	337	349	362	387	414	442	493	553	593	640	709	718	726	689
Castilla y León	224	320	329	343	355	379	399	421	459	493	549	585	648	699	737	732
Castilla-La Mancha	190	275	281	293	307	326	341	365	398	435	481	543	603	630	767	772
Cataluña	132	181	177	182	187	195	200	205	233	251	264	332	389	432	487	506
C. Valenciana	215	268	270	285	300	312	319	334	352	379	389	406	444	470	498	494
Extremadura	225	304	313	319	334	358	376	398	469	498	533	583	666	736	783	776
Galicia	178	270	287	298	315	332	353	373	391	419	449	493	545	602	652	639
Madrid, C. de	236	316	319	332	342	352	358	378	389	429	464	494	557	588	611	592
Murcia, R. de	189	275	282	291	307	330	338	349	385	412	450	485	554	674	741	732
Navarra, C. F. de	262	394	412	430	450	474	502	512	552	584	614	634	671	749	796	772
País Vasco	258	375	382	395	409	424	456	478	502	531	571	613	685	768	832	835
Rioja, La	206	293	321	343	351	379	396	435	476	507	517	567	673	730	720	698
Total 17 CC. AA.	**210**	**283**	**288**	**298**	**310**	**328**	**341**	**359**	**386**	**414**	**441**	**482**	**540**	**588**	**630**	**620**
Ceuta y Melilla, cc. aa. de	238	332	353	370	381	381	403	415	458	513	556	592	641	712	790	696
Total	**210**	**283**	**288**	**299**	**310**	**328**	**341**	**359**	**386**	**415**	**442**	**482**	**540**	**589**	**630**	**620**

Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012); Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011); Pérez *et al.* (2011); Mas y Cucarella (2007); Padrón de habitantes (INE varios años) e INE (1991).

GRÁFICO 1.33: Gasto público sanitario por habitante de comunidades autónomas e Insalud. Remuneración del personal, 2010

(euros por persona)



Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012); Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011); Pérez *et al.* (2011); Mas y Cucarella (2007) y Padrón de habitantes (INE varios años).

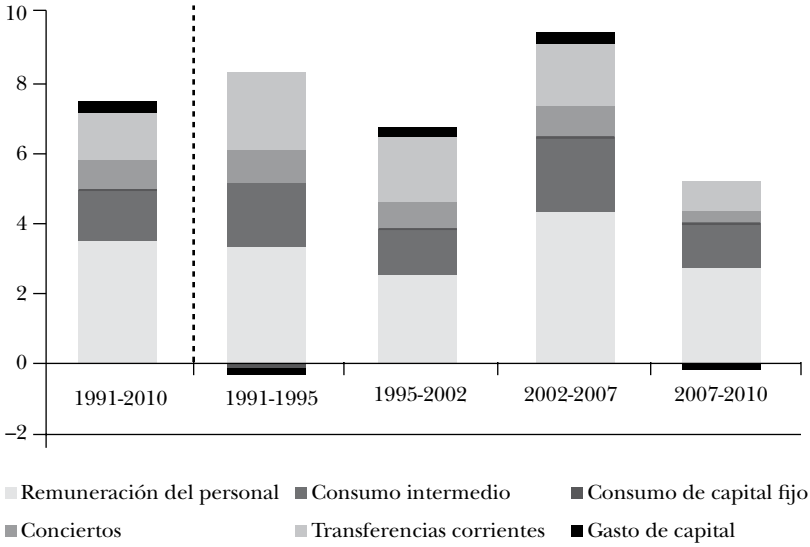
La relevancia de las remuneraciones al personal en el conjunto del gasto sanitario se pone también de manifiesto al analizar las contribuciones de las distintas categorías de gasto a su variación en el periodo. Entre 1991 y 2010, el gasto sanitario público de las comunidades autónomas y el Insalud e Ingesa aumentó a una tasa media anual del 7,6% en términos nominales, correspondiendo 3,6 puntos (un 47% del crecimiento total) al comportamiento de las remuneraciones del personal. La segunda categoría que más contribuye al crecimiento del gasto agregado es la de transferencias corrientes (1,6 puntos porcentuales; el 21% de la variación total), seguida de los consumos intermedios (1,4 puntos; el 19% del total).

Para contrastar si el dinamismo de los gastos de personal ejerce similar efecto sobre la variación del gasto sanitario público a lo largo de todo el periodo, hemos dividido el mismo atendiendo a las fases del ciclo económico (1991-1995; 1995-2007; 2007-2010) y, dentro del segundo periodo, correspondiente a la última fase

expansiva de la economía española, hemos distinguido entre los años previos a la culminación del traspaso de competencias sanitarias (1995-2002) y el quinquenio 2002-2007 cuando todas las comunidades ya han asumido en su integridad las competencias en asistencia sanitaria (solo en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla queda la sanidad al cuidado de las entidades gestoras de la Seguridad Social; concretamente del Ingesa).

GRÁFICO 1.34: Contribuciones al crecimiento del gasto sanitario público de comunidades autónomas, Insalud e Ingesa de las diferentes categorías económicas que lo integran, 1991-2010

(porcentaje)



Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012); Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011); Pérez *et al.* (2011) y Mas y Cucarella (2007).

El protagonismo de los gastos de personal en la evolución del gasto sanitario público emerge en todos los subperiodos analizados, si bien la magnitud de su impacto es heterogénea (gráfico 1.34). Así, en el septenio 1995-2002 (primera mitad de la fase expansiva presidida por políticas de contención del gasto orientadas a la consolidación fiscal), la remuneración del personal apenas

contribuye en un 36% al crecimiento del gasto que, además, alcanza su ritmo de crecimiento más bajo, si exceptuamos el periodo final de crisis económica. Los gastos de personal aportan 2,5 puntos porcentuales de aumento nominal anual al crecimiento del 7% que se registra de media durante este periodo. Justo lo contrario ocurre en la segunda parte de la fase expansiva (2002-2007), cuando la tasa media de variación anual del gasto asciende hasta el 9,5% en términos nominales y los gastos de personal contribuyen con 4,4 puntos de media anual (más del 46% del total) a dicho crecimiento. En el trienio más reciente (2007-2010), si bien el ritmo de crecimiento del gasto se modera hasta el 5% (debido, sobre todo, a la caída del 1,4% en términos nominales de 2010), las remuneraciones al personal registran su mayor contribución en términos relativos: un 54,3% del incremento total.

Tras las remuneraciones al personal, las otras dos categorías que contribuyen en mayor grado al incremento del gasto sanitario público son las Transferencias corrientes y los Consumos intermedios. Durante los dos primeros subperiodos en que se ha dividido el ámbito temporal de estudio, esto es, entre 1991 y 1995 y entre este último año y 2002, la contribución relativa de las transferencias corrientes es mayor (por encima del 27% del total en ambos casos, frente al 21% y 19% de contribución del consumo intermedio, respectivamente en cada subperiodo). Por el contrario, a partir de 2002 es mayor la aportación de los gastos en consumo intermedio que la de las transferencias (22% frente a 18% entre 2002 y 2007 y 25% frente a 18% en el trienio 2007-2010). Habida cuenta de que el capítulo de transferencias está estrechamente ligado al gasto en prestación farmacéutica, volveremos sobre esta cuestión al analizar la evolución del gasto sanitario atendiendo a su clasificación por funciones.[16]

Resulta, por último, digno de mención el comportamiento procíclico de los gastos de capital, cuya contribución a la variación del gasto sanitario en las fases recesivas (1991-1995 y 2007-2010) tiene signo

---

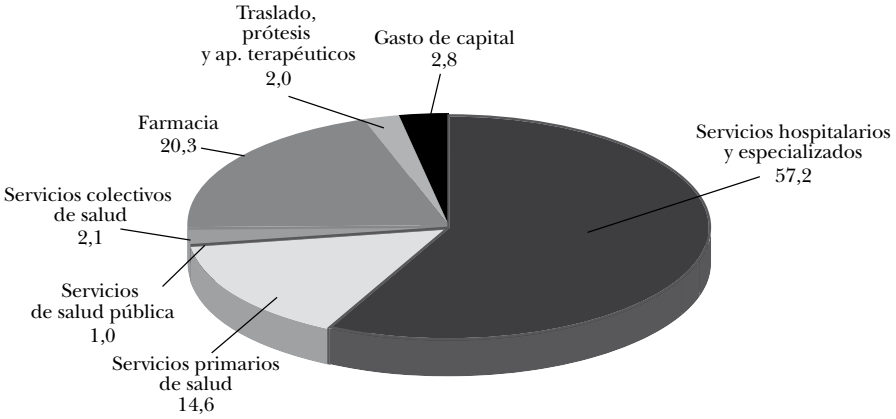
[16] El gasto farmacéutico mediante receta médica, dispensada en oficinas de farmacia, se adscribe al capítulo de transferencias corrientes en la clasificación económico-presupuestaria. No es este el caso del gasto en farmacia hospitalaria, esto es, en medicamentos suministrados directamente a los pacientes en los centros sanitarios, que forma parte de los consumos intermedios.

negativo. Los gastos de capital se redujeron en términos nominales a un ritmo anual de casi el 10% en el primero de los periodos mencionados y a una tasa media cercana al 6% en el trienio más próximo.

1.2.4.3. Distribución funcional del gasto sanitario público: análisis por comunidades autónomas

La composición del gasto sanitario público por funciones se articula en siete grupos: servicios hospitalarios y especializados, servicios primarios de salud, servicios de salud pública, servicios colectivos de salud, farmacia, traslado, prótesis y aparatos terapéuticos, y gastos de capital.[17] En el año 2010, y para el conjunto de comunidades y ciudades autónomas, la estructura del gasto sanitario público por funciones aparece dominada por los servicios hospitalarios y especializados (57%), seguidos en importancia del gasto en farmacia (20%) y de los servicios de atención primaria (15%). El gasto en el resto de funciones de naturaleza corriente apenas suma un 5% del total, mientras que los gastos de capital representan el 3%, como ya se pudo constatar en el análisis del gasto por categorías económicas.

GRÁFICO 1.35: Composición del gasto sanitario público de comunidades autónomas e Ingesa por funciones, 2010



Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012); Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011); Pérez *et al.* (2011) y Mas y Cucarella (2007).

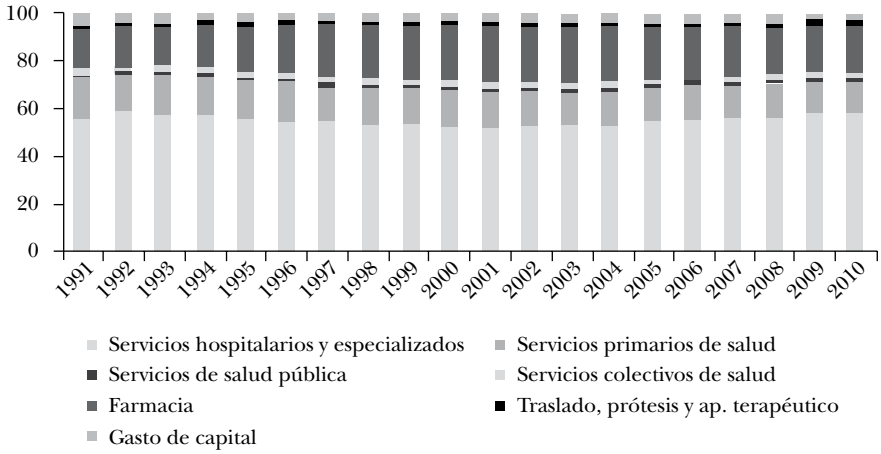
---

[17] Para una delimitación precisa del contenido de estas funciones, véase el apéndice metodológico.

La evolución a lo largo del periodo 1991-2010 de esta estructura está caracterizada, en términos generales, por una cierta estabilidad. No obstante, si bien el peso relativo de la función servicios hospitalarios y especializados se ha mantenido entre el 53% y el 59% (media del 55,5% en el periodo), los gastos en servicios primarios de salud han perdido peso de manera continuada, al pasar del 17,7% de 1991 al 14,6% de 2010 (el mínimo se registró en 2006, con un 14%). Ruta inversa esta a la recorrida por el gasto en farmacia que, partiendo de una participación relativa del 16,6% al inicio del periodo llegó a alcanzar un 23,8% en 2003 para descender hasta el 20% en 2008; nivel que mantiene desde entonces.

GRÁFICO 1.36: Evolución de la estructura por funciones del gasto sanitario público de comunidades autónomas, Insalud e Ingesa, 1991-2010

(porcentaje)



Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012); Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011); Pérez *et al.* (2011) y Mas y Cucarella (2007).

La estructura del gasto sanitario por funciones no es, sin embargo, totalmente homogénea a lo largo del territorio nacional, si bien la función con mayor cuota en la distribución funcional del gasto es, en todos los casos, la de servicios hospitalarios y especializados. Las participaciones relativas de las diferentes funciones de gasto presentan una notable dispersión entre comunidades autónomas, como se pone de manifiesto en el gráfico 1.37.

CUADRO 1.25: Gasto sanitario público realizado por comunidades autónomas, Insalud e Ingesa. Clasificación funcional, 1991-2010

(miles de euros)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Servicios hospitalarios y especializados	8.865.025	11.106.830	11.519.296	12.306.139	12.058.946	12.832.414	13.231.755	13.949.258	14.826.512	15.804.535	16.907.723	18.500.577	20.635.127	22.662.326	25.051.700	27.901.814	30.256.447	34.440.195	36.687.275	36.296.526
Servicios primarios de salud	2.789.832	3.133.956	3.195.851	3.315.488	3.557.149	3.738.922	3.831.564	4.036.245	4.213.107	4.503.147	4.805.642	5.012.392	5.553.143	5.968.510	6.525.943	7.047.311	8.006.277	8.907.878	9.389.542	9.251.389
Servicios de salud pública	126.706	151.470	156.455	165.483	169.391	200.961	219.729	223.233	258.820	357.252	359.923	416.153	378.058	470.214	515.365	602.893	717.670	667.151	725.948	649.800
Servicios colectivos de salud	367.120	446.969	469.878	505.845	508.506	532.232	502.787	548.824	545.829	604.593	647.609	755.093	879.326	864.260	944.088	1.065.662	1.251.554	1.263.934	1.426.113	1.338.017
Farmacia	2.621.688	3.186.074	3.287.247	3.793.536	4.365.394	4.804.114	5.349.515	5.747.922	6.330.841	6.824.853	7.382.809	8.126.473	9.206.935	9.719.692	10.306.122	10.835.020	11.412.560	12.201.066	12.903.838	12.874.475
Traslado, prótesis y ap. terapéuticos	244.996	300.636	310.816	331.202	331.446	371.617	339.086	379.755	399.927	435.093	455.514	495.914	566.524	630.981	706.170	873.895	970.750	1.104.284	1.182.118	1.237.672
Gasto de capital	753.395	653.860	720.161	546.124	622.658	620.860	704.957	868.734	920.974	997.293	1.218.848	1.357.978	1.463.210	1.561.478	1.789.811	2.162.934	2.109.521	2.261.008	2.010.324	1.773.365
Total	**15.768.762**	**18.979.795**	**19.659.704**	**20.963.817**	**21.613.490**	**23.101.120**	**24.179.392**	**25.753.970**	**27.496.010**	**29.526.766**	**31.778.068**	**34.664.581**	**38.682.323**	**41.877.461**	**45.839.198**	**50.489.528**	**54.724.779**	**60.845.516**	**64.325.157**	**63.421.244**

Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012); Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011); Pérez *et al.* (2011) y Mas y Cucarella (2007).

CUADRO 1.26: Gasto sanitario público realizado por comunidades autónomas, Insalud e Ingesa. Clasificación funcional, 2010

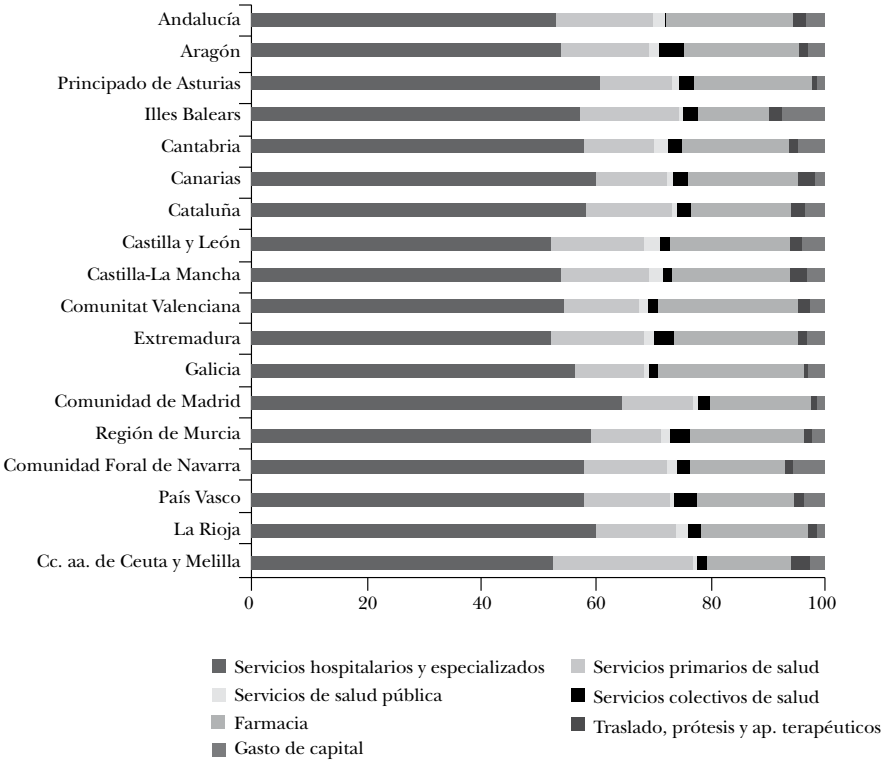
(miles de euros)

	Andalucía	Aragón	P. de Asturias	I. Balears	Canarias	Cantabria	Castilla y León	Castilla-La Mancha	Cataluña	C. Valenciana	Extrema-dura	Galicia	C. de Madrid	R. de Murcia	C. F. de Navarra	País Vasco	La Rioja	C. a. de Ceuta	C. a. de Melilla
Servicios hospitalarios y especializados	5.369.749	1.078.431	1.020.100	896.783	497.425	1.695.874	6.325.299	1.885.636	1.579.845	3.753.156	900.849	2.131.055	4.763.030	1.327.000	582.862	2.104.547	285.361	50.978	48.546
Servicios primarios de salud	1.676.130	308.972	216.224	275.311	105.500	385.292	1.540.868	606.519	477.026	869.241	281.774	490.613	932.965	280.240	144.655	544.079	70.278	18.085	27.617
Servicios de salud pública	31.741	28.744	16.782	10.419	21.178	28.586	70.204	84.388	51.792	94.185	40.041	31.082	59.403	27.722	18.113	25.439	8.292	1.689	n.d.
Servicios colectivos de salud	115.774	89.644	38.537	38.639	22.125	59.634	277.063	69.530	54.771	109.163	54.404	44.780	132.650	73.754	17.231	127.924	9.712	1.354	1.327
Farmacia	2.281.384	402.183	348.414	202.123	161.137	564.943	1.854.738	757.043	611.273	1.666.831	364.344	988.461	1.317.877	451.324	165.931	618.883	89.718	15.778	12.090
Traslado, prótesis y ap. terapéuticos	235.689	26.231	16.905	29.901	12.499	72.941	292.251	75.542	78.127	140.363	37.772	34.428	58.856	32.237	14.337	64.566	8.482	2.084	4.463
Gasto de capital	298.510	56.843	15.253	114.415	38.582	45.195	327.664	137.453	91.801	172.491	51.133	99.648	98.596	42.330	55.113	120.197	4.053	1.964	2.124
Total	**10.008.978**	**1.991.048**	**1.672.215**	**1.567.591**	**858.446**	**2.852.465**	**10.688.086**	**3.616.111**	**2.944.635**	**6.805.430**	**1.730.317**	**3.820.067**	**7.363.377**	**2.234.606**	**998.242**	**3.605.635**	**475.896**	**91.932**	**96.166**

Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012); Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011); Pérez *et al.* (2011) y Mas y Cucarella (2007).

GRÁFICO 1.37: Estructura por funciones del gasto sanitario público de comunidades autónomas e Ingesa, 2010

(porcentaje)

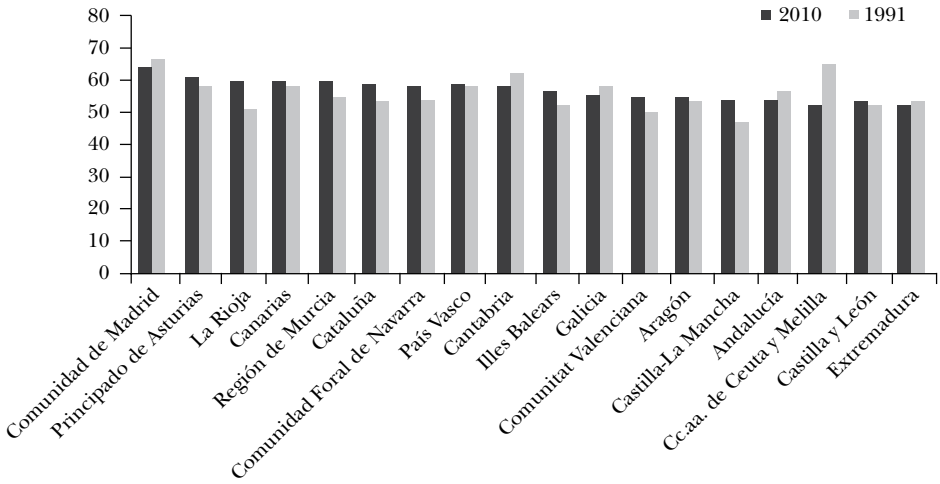


Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012); Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011); Pérez *et al.* (2011) y Mas y Cucarella (2007).

El gasto en asistencia hospitalaria y especializada absorbe entre un 52% (Extremadura) y un 64,7% (Comunidad de Madrid) de todo el gasto en salud realizado por las comunidades autónomas, y el Ingesa en 2010. A comienzos del periodo analizado, cuando el Insalud se encargaba aún de la gestión de las competencias sanitarias en diez de las diecisiete comunidades autónomas, además de en las ciudades autónomas de Ceuta y en Melilla, el peso de los servicios especializados oscilaba entre el 47,4% de Castilla-La Mancha y el 65,2% de las ciudades autónomas, consideradas conjuntamente (la Comunidad de Madrid era la comunidad autónoma con una mayor participación del

gasto en asistencia hospitalaria). Si consideramos el promedio del periodo 2002-2010, cuando todas las comunidades han asumido ya las competencias sanitarias, el porcentaje más bajo de gasto en servicios hospitalarios y especializados corresponde a Castilla-La Mancha (49,3%) y el más elevado es el de la Comunidad de Madrid (62,7%).

GRÁFICO 1.38: Gasto en servicios hospitalarios y especializados como porcentaje del gasto sanitario público total de comunidades autónomas, Insalud e Ingesa, 1991 y 2010



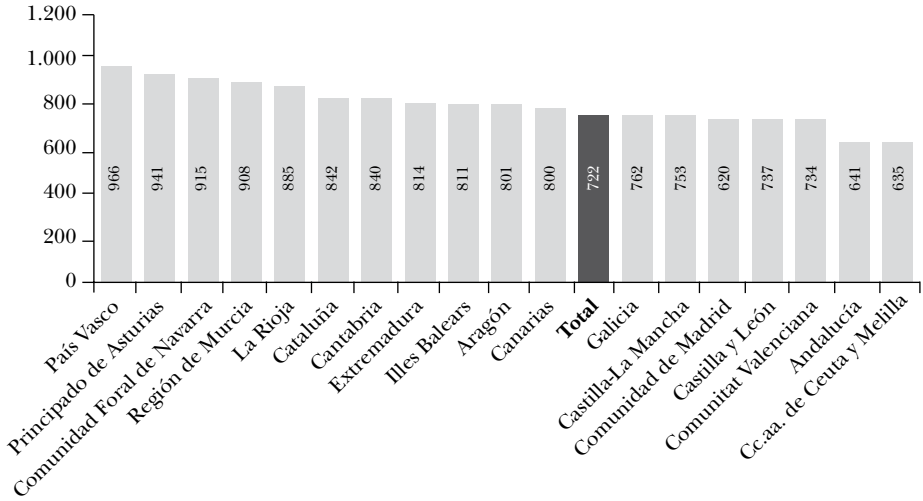
Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012), Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años), Uriel y Barberán (2007), Mas, Pérez y Uriel (2011), Pérez *et al.* (2011) y Mas y Cucarella (2007).

El gasto per cápita en la citada función (cuadro 1.29 y gráfico 1.39), que para el promedio nacional se sitúa en el año 2010 en 772 euros por habitante, alcanza su valor máximo en el País Vasco (966 euros/persona) y el mínimo en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla (635 euros/persona).

Por lo que respecta al gasto en atención primaria, su participación en el total se mueve en 2010 entre el 12,3% de Cantabria y el 17,6% de Illes Balears (en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla supera el 24%). Diecinueve años atrás la orientación del gas-

to hacia la asistencia primaria era más intensa en Castilla y León (un 22,8% del total de gasto destinado a tal función), mientras que Cantabria se hallaba también entonces en el polo opuesto (un 14,3% del total). Si comparamos los porcentajes medios del periodo 2002-2010, emerge Galicia como la comunidad con una menor porción de su presupuesto sanitario destinada a atención primaria (11,9%) y Andalucía como la que más fondos destina a los servicios primarios de salud en términos relativos (un 17%).

GRÁFICO 1.39: Gasto público sanitario por habitante de comunidades autónomas e Ingesa. Servicios hospitalarios y especializados, 2010
(euros por persona)



Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012); Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011); Pérez *et al.* (2011) y Mas y Cucarella (2007).

El gasto en asistencia primaria por habitante roza los 200 euros por persona para el total nacional en 2010 (gráfico 1.41). El valor máximo se registra en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla (292 euros/persona), mientras que la cifra más elevada entre las comunidades autónomas corresponde a Extremadura (254 euros/persona). La Comunidad de Madrid presenta el nivel más bajo de gasto per cápita en servicios primarios de salud, con 144 euros por habitante.

CUADRO 1.27: Gasto sanitario público realizado por comunidades autónomas, Insalud e Ingesa. Servicios hospitalarios y especializados, 1991-2010

(miles de euros)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Andalucía	1.612.148	2.110.468	2.232.031	2.337.123	2.208.322	2.325.056	2.425.916	2.537.655	2.636.014	2.722.909	2.832.680	3.085.928	3.351.368	3.755.911	4.067.614	4.598.051	4.814.706	5.805.518	5.691.539	5.369.749
Aragón	288.233	327.267	340.349	368.181	364.073	384.821	396.178	417.247	444.422	476.013	540.721	568.288	675.549	752.814	792.554	870.585	953.280	1.048.918	1.142.360	1.078.431
Asturias, P. de	281.103	336.847	363.342	386.910	378.371	403.336	415.538	422.797	446.378	476.341	509.202	548.213	615.346	658.545	723.709	780.216	813.485	903.705	1.083.659	1.020.100
Balears, I.	130.022	159.894	167.685	185.985	183.698	197.751	216.885	239.648	257.990	285.121	307.653	381.516	448.786	507.141	562.974	613.563	708.478	799.933	834.006	896.783
Canarias	321.815	390.378	398.820	418.490	451.073	467.370	453.525	493.240	526.868	748.016	773.195	890.209	1.019.872	1.058.099	1.179.364	1.308.646	1.465.308	1.635.711	1.784.145	1.695.874
Cantabria	134.242	167.816	170.637	183.488	179.882	191.576	201.638	209.261	219.515	237.880	267.909	286.158	345.912	335.917	370.487	399.512	443.723	427.813	448.301	497.425
Castilla y León	528.857	620.679	645.945	704.371	700.604	756.392	771.650	805.461	854.759	913.612	979.154	1.008.921	1.142.840	1.203.917	1.410.619	1.708.167	1.494.283	1.854.349	1.764.220	1.885.636
Castilla-La Mancha	284.112	339.125	367.026	404.314	396.051	434.014	448.493	478.739	508.908	547.480	582.695	662.560	763.319	767.434	1.037.552	1.214.874	1.155.836	1.239.641	1.540.150	1.579.845
Cataluña	1.334.640	1.732.064	1.801.745	1.935.729	1.833.162	1.989.267	2.066.648	2.133.163	2.339.148	2.479.192	2.757.627	2.902.484	3.272.947	3.525.154	3.899.128	4.448.004	5.055.819	5.602.778	6.013.216	6.325.299
C. Valenciana	799.221	1.057.964	1.067.729	1.112.732	1.110.093	1.133.366	1.159.559	1.263.688	1.363.427	1.430.686	1.495.633	1.748.677	1.990.254	2.163.127	2.458.904	2.673.327	2.929.227	3.253.923	3.587.573	3.753.156
Extremadura	237.226	282.606	290.362	303.976	304.514	321.030	344.958	361.929	379.220	399.430	426.536	425.213	531.771	561.016	605.963	635.948	756.476	831.832	904.838	900.849
Galicia	526.349	635.400	708.951	743.947	793.936	887.690	913.705	953.110	1.034.705	1.080.407	1.162.129	1.269.402	1.342.618	1.538.549	1.528.783	1.754.148	1.916.362	2.110.000	2.183.305	2.131.055
Madrid, C. de	1.394.397	1.767.704	1.699.360	1.914.482	1.807.919	1.889.333	1.895.001	2.012.161	2.094.819	2.179.320	2.298.826	2.566.871	2.776.777	3.242.978	3.552.148	3.768.025	4.235.160	4.837.435	5.303.229	4.763.030
Murcia, R. de	207.494	259.530	263.398	274.380	293.345	325.491	333.620	349.475	383.484	421.409	457.576	529.837	593.390	677.854	776.576	866.310	1.012.607	1.282.801	1.348.146	1.327.000
Navarra, C. F. de	139.394	175.555	191.870	199.592	198.897	210.976	225.141	237.122	254.665	269.700	289.701	310.530	340.089	372.982	400.459	435.541	468.966	534.083	590.720	582.862
País Vasco	563.355	646.804	709.732	719.869	742.784	797.043	832.530	896.913	940.930	984.548	1.059.015	1.136.961	1.212.255	1.306.523	1.431.839	1.541.322	1.703.539	1.896.928	2.076.576	2.104.547
Rioja, La	50.864	60.910	62.015	70.334	69.169	72.764	83.433	89.161	91.494	99.278	110.022	115.064	143.696	157.501	170.982	201.414	242.239	279.672	281.729	285.361
Total 17 CC. AA.	**8.833.472**	**11.071.010**	**11.480.996**	**12.263.901**	**12.015.892**	**12.787.278**	**13.184.418**	**13.900.772**	**14.776.747**	**15.751.343**	**16.850.275**	**18.436.832**	**20.566.790**	**22.585.462**	**24.969.654**	**27.817.653**	**30.169.494**	**34.345.041**	**36.577.712**	**36.197.002**
Ceuta, c. a. de	14.978	16.736	19.087	21.872	22.277	22.838	24.785	25.544	26.011	27.491	29.359	32.433	34.829	39.102	41.712	43.430	44.454	48.714	56.122	50.978
Melilla, c. a. de	16.575	19.084	19.213	20.366	20.777	22.299	22.552	22.942	23.754	25.700	28.089	31.311	33.508	37.762	40.334	40.731	42.499	46.440	53.440	48.546
Total	**8.865.025**	**11.106.830**	**11.519.296**	**12.306.139**	**12.058.946**	**12.832.414**	**13.231.755**	**13.949.258**	**14.826.512**	**15.804.535**	**16.907.723**	**18.500.577**	**20.635.127**	**22.662.326**	**25.051.700**	**27.901.814**	**30.256.447**	**34.440.195**	**36.687.275**	**36.296.526**

Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012), Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años), Uriel y Barberán (2007), Mas, Pérez y Uriel (2011), Pérez *et al.* (2011) y Mas y Cucarella (2007).

CUADRO 1.28: Gasto sanitario público realizado por comunidades autónomas, Insalud e Ingesa. Servicios hospitalarios y especializados, 1991-2010

(porcentaje sobre el total)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Andalucía	56,74	63,15	63,64	61,77	57,20	56,69	54,79	55,63	54,70	53,19	52,22	52,55	51,96	53,46	53,95	55,14	54,30	56,33	55,39	53,65
Aragón	53,70	50,73	54,72	54,97	53,39	53,34	52,62	51,18	51,74	52,02	53,42	52,47	54,91	55,01	54,99	54,78	54,82	55,28	55,68	54,16
Asturias, P. de	59,09	55,63	59,71	60,09	58,37	58,61	58,95	56,69	55,76	56,05	55,66	55,86	55,81	55,86	57,73	58,26	57,16	58,29	61,99	61,00
Balears, I.	52,90	49,84	53,83	54,35	52,32	52,88	53,21	53,19	52,76	54,65	52,99	55,30	56,14	57,99	52,90	56,94	58,58	60,97	60,46	57,21
Canarias	58,67	55,99	56,76	57,21	54,80	52,73	50,25	47,22	49,37	55,53	54,72	56,14	56,86	55,78	54,90	56,46	58,40	57,30	59,59	59,45
Cantabria	62,34	61,18	60,99	61,42	59,66	59,19	59,26	57,29	55,99	55,86	56,29	54,37	56,59	50,83	51,59	52,14	53,77	55,33	55,19	57,94
Castilla y León	52,11	49,34	53,21	53,58	51,67	52,14	51,28	50,34	49,97	49,14	49,57	48,93	48,23	47,54	51,24	53,98	48,63	51,21	49,83	52,15
Castilla-La Mancha	47,43	44,99	48,49	48,85	47,48	47,43	47,42	46,83	46,24	46,27	45,35	45,01	47,50	47,54	50,05	51,59	47,65	48,79	51,52	53,65
Cataluña	53,62	59,47	56,60	58,02	54,04	54,89	54,31	53,79	54,50	53,86	54,63	52,58	52,28	53,77	54,61	55,11	56,38	56,75	57,12	59,18
C. Valenciana	50,54	59,55	54,77	55,67	52,14	50,53	50,54	50,58	49,98	49,83	49,04	50,90	50,63	50,99	52,11	52,22	52,40	53,02	53,95	55,15
Extremadura	53,43	52,72	53,71	54,08	53,19	50,93	51,91	51,37	50,56	49,39	49,96	44,93	50,21	49,48	49,53	47,15	49,56	50,13	51,72	52,06
Galicia	58,27	57,42	58,48	57,51	54,70	55,83	54,71	53,49	54,22	53,21	53,03	54,45	52,70	54,42	52,16	54,29	55,50	55,45	54,64	55,79
Madrid, C. de	66,11	64,98	65,18	65,18	63,97	62,94	61,92	61,08	60,53	59,80	58,06	60,71	60,35	61,58	62,47	61,36	62,49	64,98	65,94	64,69
Murcia, R. de	54,99	53,96	54,96	54,98	53,77	54,61	52,12	51,63	51,56	51,48	51,30	52,57	51,43	52,79	54,46	55,30	57,68	60,16	59,70	59,38
Navarra, C. F. de	53,58	59,93	58,91	60,45	57,40	57,21	56,83	55,68	55,81	54,99	56,04	55,54	55,73	56,36	57,70	57,82	56,73	58,28	58,73	58,39
País Vasco	57,53	59,99	60,20	60,25	57,92	58,08	58,35	57,95	57,04	56,46	56,73	56,65	56,11	56,59	56,60	57,03	56,38	56,77	57,58	58,37
Rioja, La	51,34	49,60	50,95	51,80	48,32	50,51	52,98	52,32	50,41	50,04	51,40	47,13	52,68	50,62	48,32	44,18	43,54	59,47	60,21	59,96
Total 17 CC. AA.	**56,19**	**58,50**	**58,57**	**58,68**	**55,77**	**55,52**	**54,70**	**54,15**	**53,91**	**53,52**	**53,20**	**53,36**	**53,34**	**54,11**	**54,65**	**55,26**	**55,31**	**56,64**	**57,07**	**57,24**
Ceuta y Melilla, cc. aa. de	65,16	64,01	65,46	65,69	63,98	64,12	60,81	58,47	56,70	55,31	55,00	56,79	56,39	57,04	56,06	55,16	48,48	45,11	50,06	52,91
Total	**56,22**	**58,52**	**58,59**	**58,70**	**55,79**	**55,55**	**54,72**	**54,16**	**53,92**	**53,53**	**53,21**	**53,37**	**53,35**	**54,12**	**54,65**	**55,26**	**55,29**	**56,60**	**57,05**	**57,23**

Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012); Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011); Pérez *et al.* (2011) y Mas y Cucarella (2007).

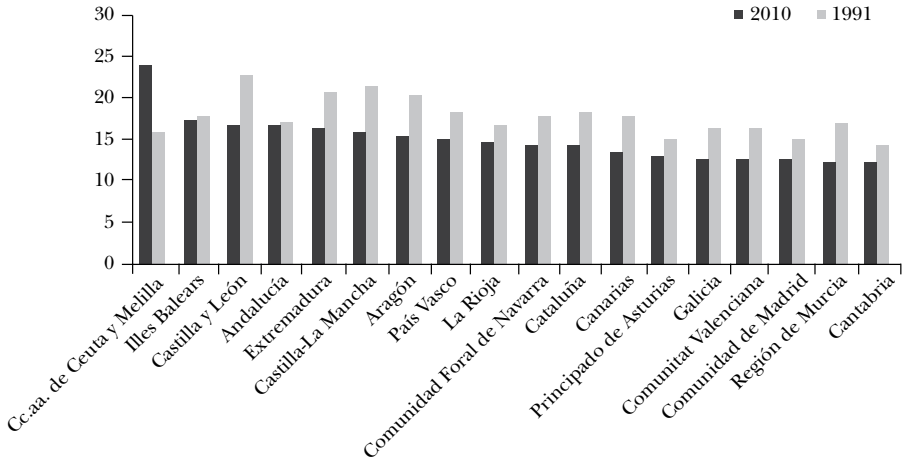
CUADRO 1.29: Gasto sanitario público realizado por comunidades autónomas, Insalud e Ingesa. Servicios hospitalarios y especializados, 1991 y 1996-2010

(euros por habitante)

	1991	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Andalucía	232	321	335	351	361	371	383	413	441	489	518	577	597	708	685	641
Aragón	242	324	334	353	374	400	451	467	549	602	625	681	735	790	849	801
Asturias, P. de	257	371	383	391	412	442	474	510	572	613	672	725	757	837	998	941
Balears, I.	183	260	279	301	314	337	350	416	474	531	573	613	687	746	761	811
Canarias	215	291	280	303	315	436	434	483	538	552	599	656	723	788	848	800
Cantabria	255	363	382	397	415	448	498	528	629	605	659	703	775	735	761	840
Castilla y León	208	302	309	324	344	369	395	407	459	483	562	677	591	725	688	737
Castilla-La Mancha	171	253	262	279	295	316	332	372	420	415	548	629	585	607	740	753
Cataluña	220	327	338	347	377	396	433	446	488	517	557	623	701	761	804	842
C. Valenciana	207	283	289	314	335	347	356	404	445	476	524	556	600	647	704	734
Extremadura	223	300	322	338	353	374	397	396	495	522	559	585	694	758	821	814
Galicia	193	324	334	350	379	395	425	464	488	559	553	634	691	758	781	762
Madrid, C. de	282	376	375	395	407	419	428	464	486	559	596	627	696	771	830	737
Murcia, R. de	198	297	302	313	339	367	384	432	468	524	581	632	727	900	932	908
Navarra, C. F. de	268	405	428	447	473	496	521	545	588	638	675	724	774	861	937	915
País Vasco	268	380	397	427	448	469	504	539	574	618	674	722	795	879	956	966
Rioja, La	193	275	316	338	345	376	407	409	500	537	568	657	784	881	876	885
Total 17 CC. AA.	**228**	**323**	**333**	**350**	**369**	**390**	**411**	**442**	**483**	**525**	**568**	**624**	**670**	**746**	**785**	**772**
Ceuta y Melilla, cc. aa. de	254	352	363	367	381	376	398	439	477	539	583	590	595	639	720	635
Total	**228**	**323**	**333**	**350**	**369**	**390**	**411**	**442**	**483**	**525**	**568**	**624**	**669**	**746**	**785**	**772**

Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012); Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011); Pérez *et al.* (2011); Mas y Cucarella (2007); Padrón de habitantes (INE varios años) e INE (1991).

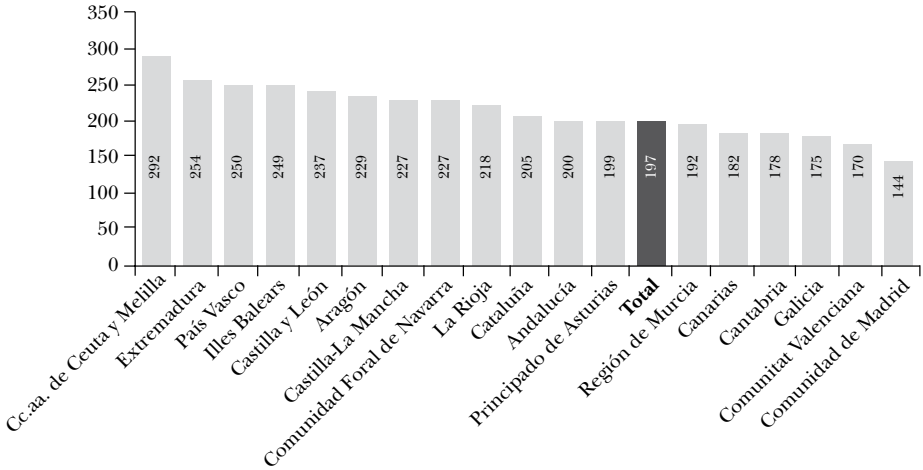
GRÁFICO 1.40: Gasto en servicios primarios de salud como porcentaje del gasto sanitario público total de comunidades autónomas e Ingesa, 1991 y 2010



Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012); Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011); Pérez *et al.* (2011) y Mas y Cucarella (2007).

GRÁFICO 1.41: Gasto público sanitario por habitante de comunidades autónomas e Ingesa. Servicios primarios de salud, 2010

(euros por persona)



Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012); Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011); Pérez *et al.* (2011) y Mas y Cucarella (2007).

CUADRO 1.30: Gasto sanitario público realizado por comunidades autónomas, Insalud e Ingesa. Servicios primarios de salud, 1991-2010

(miles de euros)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Andalucía	485.459	554.359	555.939	559.287	607.586	644.946	659.582	704.307	744.556	830.577	895.955	987.902	1.084.586	1.153.994	1.286.894	1.402.744	1.600.876	1.812.084	1.751.900	1.676.130
Aragón	108.930	112.298	117.967	124.861	134.458	128.022	130.793	135.195	140.471	150.499	163.219	158.270	178.603	190.648	194.541	195.013	234.707	280.390	307.116	308.972
Asturias, P. de	71.574	77.807	85.133	89.088	93.514	99.324	101.677	107.495	112.091	121.047	125.903	127.363	135.128	150.590	146.911	160.259	186.584	201.904	216.025	216.224
Balears, I.	43.634	48.453	50.968	55.124	59.022	63.336	64.189	66.830	70.450	77.098	83.573	87.005	106.567	118.962	126.191	136.999	148.553	178.728	193.960	275.311
Canarias	98.792	107.171	109.642	115.876	127.412	135.295	136.935	152.465	152.618	163.408	183.552	199.864	220.788	230.886	254.669	278.217	321.396	373.063	403.695	385.292
Cantabria	30.782	35.851	36.711	38.966	40.845	44.468	46.491	48.643	51.360	56.505	62.881	62.809	64.812	74.604	85.311	95.337	107.719	115.174	121.093	105.500
Castilla y León	230.880	244.223	257.727	274.433	300.177	307.740	314.408	327.797	336.413	332.232	345.493	340.192	369.781	399.003	430.689	459.724	520.293	562.112	632.457	606.519
Castilla-La Mancha	128.792	138.348	150.502	162.067	173.747	181.509	185.668	193.406	201.568	207.553	221.300	237.030	218.711	237.565	281.792	338.646	407.729	435.533	503.088	477.026
Cataluña	455.915	523.297	530.120	539.394	573.621	605.036	609.081	627.557	660.713	719.828	761.677	844.319	983.050	1.047.589	1.164.208	1.220.664	1.384.074	1.511.189	1.581.057	1.540.868
C. Valenciana	259.803	297.429	294.328	302.132	319.310	333.922	348.954	375.365	397.026	421.914	446.773	450.996	521.366	553.966	608.277	643.055	720.708	796.241	860.782	869.241
Extremadura	92.347	99.788	101.828	103.918	113.131	121.793	123.714	129.082	135.309	138.037	145.729	152.621	197.405	207.021	218.825	220.763	246.331	269.713	279.063	281.774
Galicia	148.418	175.612	182.148	181.381	201.168	221.335	230.089	238.718	252.895	268.728	297.383	280.072	300.397	316.663	328.557	373.794	409.299	456.305	503.328	490.613
Madrid, C. de	319.888	375.895	357.997	398.726	402.918	424.561	440.251	460.994	470.589	496.978	519.565	504.256	541.876	620.727	680.889	745.577	870.028	920.553	964.434	932.965
Murcia, R. de	64.538	74.118	74.600	76.370	88.151	92.552	97.270	104.803	107.664	116.151	123.356	134.267	149.384	158.464	172.688	192.705	185.662	246.811	270.089	280.240
Navarra, C. F. de	46.804	53.509	58.426	59.682	63.564	65.967	69.802	75.217	78.705	86.124	92.580	93.976	101.899	101.509	105.188	109.381	118.586	138.286	149.402	144.655
País Vasco	178.817	189.122	204.329	203.813	226.177	234.462	233.800	245.511	255.047	265.889	281.646	294.659	314.199	333.871	364.549	393.519	448.146	501.800	541.840	544.079
Rioja, La	16.602	18.321	18.738	20.868	22.223	23.833	23.419	24.691	26.112	28.928	30.854	31.740	37.529	42.753	43.633	47.272	58.184	63.473	64.923	70.278
Total 17 CC. AA.	**2.781.974**	**3.125.601**	**3.187.100**	**3.305.985**	**3.547.025**	**3.728.100**	**3.816.123**	**4.018.074**	**4.193.585**	**4.481.497**	**4.781.440**	**4.987.342**	**5.526.081**	**5.938.816**	**6.493.811**	**7.013.671**	**7.968.873**	**8.863.358**	**9.344.252**	**9.205.687**
Ceuta, c. a. de	3.384	3.681	4.119	4.624	4.918	5.360	6.466	7.232	7.809	8.376	9.250	9.824	11.017	12.034	12.761	13.317	14.670	17.714	18.018	18.085
Melilla, c. a. de	4.475	4.674	4.632	4.878	5.207	5.461	8.975	10.938	11.713	13.275	14.952	15.226	16.044	17.660	19.371	20.323	22.735	26.805	27.272	27.617
Total	**2.789.832**	**3.133.956**	**3.195.851**	**3.315.488**	**3.557.149**	**3.738.922**	**3.831.564**	**4.036.245**	**4.213.107**	**4.503.147**	**4.805.642**	**5.012.392**	**5.553.143**	**5.968.510**	**6.525.943**	**7.047.311**	**8.006.277**	**8.907.878**	**9.389.542**	**9.251.389**

Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012); Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011); Pérez *et al.* (2011) y Mas y Cucarella (2007).

CUADRO 1.31: Gasto sanitario público realizado por comunidades autónomas, Insalud e Ingesa. Servicios primarios de salud, 1991-2010

(porcentaje sobre el total)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Andalucía	17,08	16,59	15,85	14,78	15,74	15,72	14,90	15,44	15,45	16,22	16,52	16,82	16,81	16,43	17,07	16,82	18,05	17,58	17,05	16,75
Aragón	20,30	17,41	18,97	18,64	19,72	17,75	17,37	16,58	16,35	16,45	16,12	14,61	14,52	13,93	13,50	12,27	13,50	14,78	14,97	15,52
Asturias, P. de	15,05	12,85	13,99	13,84	14,42	14,43	14,42	14,41	14,00	14,24	13,76	12,98	12,26	12,77	11,72	11,97	13,11	13,02	12,36	12,93
Balears, I.	17,75	15,10	16,36	16,11	16,81	16,94	15,75	14,83	14,41	14,78	14,40	12,61	13,33	13,60	11,86	12,71	12,28	13,62	14,06	17,56
Canarias	18,01	15,37	15,60	15,84	15,48	15,26	15,17	14,60	14,30	12,13	12,99	12,60	12,31	12,17	11,86	12,00	12,81	13,07	13,48	13,51
Cantabria	14,29	13,07	13,12	13,04	13,55	13,74	13,66	13,32	13,10	13,27	13,21	11,93	10,60	11,29	11,88	12,44	13,05	14,90	14,91	12,29
Castilla y León	22,75	19,41	21,23	20,88	22,14	21,22	20,90	20,48	19,67	17,87	17,49	16,50	15,61	15,75	15,65	14,53	16,93	15,52	17,86	16,77
Castilla-La Mancha	21,50	18,35	19,88	19,58	20,83	19,84	19,63	18,92	18,31	17,54	17,22	16,10	13,61	14,72	13,59	14,38	16,81	17,14	16,83	16,20
Cataluña	18,32	17,97	16,65	16,17	16,91	16,70	16,00	15,82	15,39	15,64	15,09	15,30	15,70	15,98	16,30	15,12	15,44	15,31	15,02	14,42
C. Valenciana	16,43	16,74	15,10	15,11	15,00	14,89	15,21	15,02	14,55	14,70	14,65	13,13	13,26	13,06	12,89	12,56	12,89	12,98	12,94	12,77
Extremadura	20,80	18,62	18,83	18,49	19,76	19,32	18,62	18,32	18,04	17,07	17,07	16,13	18,64	18,26	17,89	16,37	16,14	16,26	15,95	16,28
Galicia	16,43	15,87	15,02	14,02	13,86	13,92	13,78	13,40	13,25	13,23	13,57	12,01	11,79	11,20	11,21	11,57	11,85	11,99	12,60	12,84
Madrid, C. de	15,17	13,82	13,73	13,58	14,26	14,14	14,39	13,99	13,60	13,64	13,12	11,93	11,78	11,79	11,97	12,14	12,84	12,37	11,99	12,67
Murcia, R. de	17,10	15,41	15,57	15,30	16,16	15,53	15,20	15,48	14,47	14,19	13,83	13,32	12,95	12,34	12,11	12,30	10,58	11,58	11,96	12,54
Navarra, C. F. de	17,99	18,27	17,94	18,07	18,35	17,89	17,62	17,66	17,25	17,56	17,91	16,81	16,70	15,34	15,16	14,52	14,34	15,09	14,85	14,49
País Vasco	18,26	17,54	17,33	17,06	17,64	17,08	16,39	15,86	15,46	15,25	15,09	14,68	14,54	14,46	14,41	14,56	14,83	15,02	15,02	15,09
Rioja, La	16,76	14,92	15,39	15,37	15,53	16,54	14,87	14,49	14,39	14,58	14,41	13,00	13,76	13,74	12,33	10,37	10,46	13,50	13,88	14,77
Total 17 CC. AA.	**17,70**	**16,52**	**16,26**	**15,82**	**16,46**	**16,19**	**15,83**	**15,65**	**15,30**	**15,23**	**15,10**	**14,43**	**14,33**	**14,23**	**14,21**	**13,93**	**14,61**	**14,62**	**14,58**	**14,56**
Ceuta y Melilla, cc. aa. de	16,23	14,93	14,96	14,78	15,04	15,37	19,84	21,91	22,24	22,51	23,17	22,32	22,33	22,03	21,95	22,05	20,85	21,11	20,69	24,30
Total	**17,69**	**16,51**	**16,26**	**15,82**	**16,46**	**16,19**	**15,85**	**15,67**	**15,32**	**15,25**	**15,12**	**14,46**	**14,36**	**14,25**	**14,24**	**13,96**	**14,63**	**14,64**	**14,60**	**14,59**

Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012); Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011); Pérez *et al.* (2011) y Mas y Cucarella (2007).

CUADRO 1.32: Gasto sanitario público realizado por comunidades autónomas, Insalud e Ingesa. Servicios primarios de salud, 1991 y 1996-2010

(euros por habitante)

	1991	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Andalucía	70	89	91	97	102	113	121	132	143	150	164	176	199	221	211	200
Aragón	92	108	110	114	118	126	136	130	145	153	153	153	181	211	228	229
Asturias, P. de	65	91	94	99	103	112	117	119	126	140	136	149	174	187	199	199
Balears, I.	62	83	82	84	86	91	95	95	112	125	128	137	144	167	177	249
Canarias	66	84	85	94	91	95	103	108	117	121	129	139	159	180	192	182
Cantabria	58	84	88	92	97	106	117	116	118	134	152	168	188	198	206	178
Castilla y León	91	123	126	132	135	134	139	137	149	160	172	182	206	220	247	237
Castilla La Mancha	78	106	108	113	117	120	126	133	120	128	149	175	206	213	242	227
Cataluña	75	99	100	102	106	115	120	130	147	154	166	171	192	205	212	205
C. Valenciana	67	83	87	93	98	102	106	104	117	122	130	134	148	158	169	170
Extremadura	87	114	116	121	126	129	136	142	184	193	202	203	226	246	253	254
Galicia	54	81	84	88	93	98	109	102	109	115	119	135	148	164	180	175
Madrid, C. de	65	85	87	91	91	95	97	91	95	107	114	124	143	147	151	144
Murcia, R. de	62	84	88	94	95	101	104	109	118	122	129	141	133	173	187	192
Navarra, C. F. de	90	127	133	142	146	158	166	165	176	174	177	182	196	223	237	227
País Vasco	85	112	111	117	121	127	134	140	149	158	172	184	209	233	249	250
Rioja, La	63	90	89	94	98	110	114	113	131	146	145	154	188	200	202	218
Total 17 CC. AA.	**72**	**94**	**96**	**101**	**105**	**111**	**117**	**120**	**130**	**138**	**148**	**157**	**177**	**193**	**201**	**196**
Ceuta y Melilla, cc. aa. de	63	84	119	137	149	153	168	172	189	208	228	236	256	299	298	292
Total	**72**	**94**	**96**	**101**	**105**	**111**	**117**	**120**	**130**	**138**	**148**	**158**	**177**	**193**	**201**	**197**

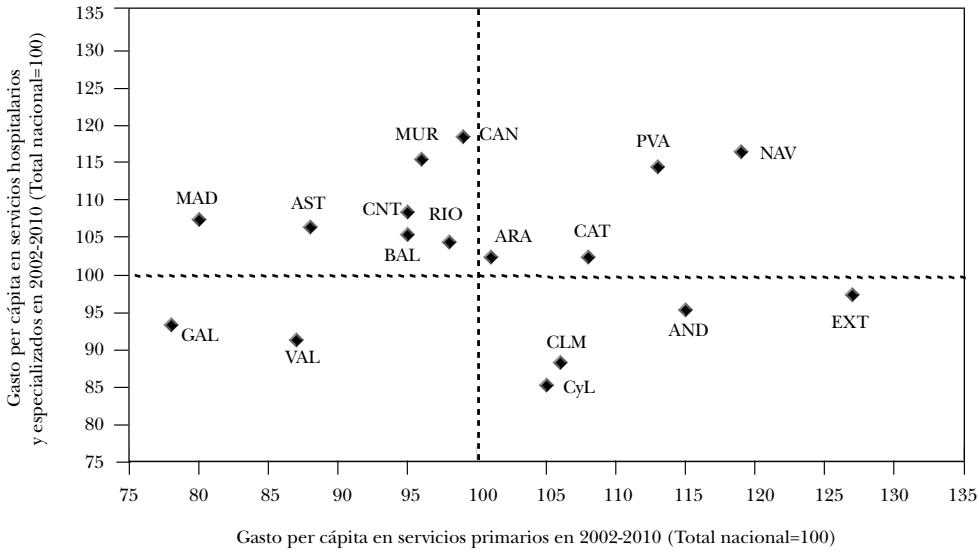
Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012); Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011); Pérez *et al.* (2011); Mas y Cucarella (2007); Padrón de habitantes (INE varios años) e INE (1991).

La comparación entre los niveles de gasto en asistencia especializada y en asistencia primaria permite, en cierto modo, caracterizar los sistemas regionales de salud según sus pautas de gasto en relación con la media nacional. Para ello hemos construido los índices de gasto por población equivalente (utilizando los coeficientes por edad y sexo de Ministerio de Economía y Hacienda [2005]) y hemos calculado el promedio para el periodo 2002-2010, cuando todas las comunidades han asumido las competencias en servicios de salud. El resultado se muestra en el gráfico 1.42 y permite agrupar las comunidades en cuatro grupos:

- Comunidades que realizan un gasto per cápita igual o superior a la media en ambas funciones. Se trata de Aragón, Cataluña, la Comunidad Foral de Navarra y el País Vasco. Dentro de este grupo, el caso de Cataluña difiere de los demás en la medida en que el promedio de sus índices de gasto per cápita se aleja más de la media nacional en la función de servicios especializados que en la de servicios primarios. Las otras tres comunidades presentan desviaciones respecto de la media de gasto por habitante muy similares en las dos funciones.
- En un segundo grupo se hallan dos comunidades cuyos índices son inferiores a la media nacional en ambas funciones de gasto: la Comunitat Valenciana y Galicia. En los dos casos la desviación por debajo de la media es mayor en la función de asistencia primaria (en especial en el caso de Galicia).
- El tercer grupo (el más numeroso) lo componen las regiones que gastan por encima de la media en servicios hospitalarios y especializados pero por debajo del total nacional en asistencia primaria. Este es el caso del Principado de Asturias, Illes Balears, Canarias, Cantabria, la Comunidad de Madrid, la Región de Murcia y La Rioja. Los casos del Principado de Asturias y la Comunidad de Madrid son los más extremos por cuanto se alejan más de 10 y 20 puntos, respectivamente, de la media de gasto per cápita en atención primaria.

- Por último, Andalucía, Extremadura, Castilla y León, y Castilla-La Mancha dedican a la asistencia primaria unos recursos por habitante superiores a la media pero gastan en servicios especializados por habitante menos que la media nacional.

GRÁFICO 1.42: Índices de gasto per cápita en servicios hospitalarios y especializados y en servicios primarios de salud de las comunidades autónomas, promedio 2002-2010



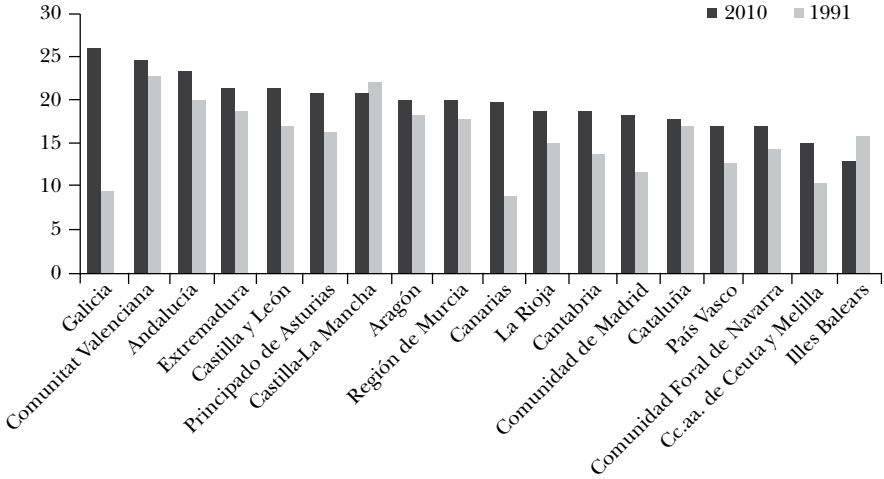
Nota: Gasto por habitante equivalente; ponderaciones por sexo y grupo de edad del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario (Ministerio de Economía y Hacienda 2005).Véase la equivalencia de las abreviaturas en el gráfico 1.20.

Fuente: Elaboración propia.

Si asumimos que una de las estrategias para mejorar la calidad y sostenibilidad de los sistemas sanitarios públicos pasa por potenciar los servicios primarios de salud, parece que la pauta seguida por las comunidades citadas en cuarto lugar podría identificarse como un ejemplo de *buenas prácticas* en lo que a política sanitaria se refiere y servir como referente al resto de comunidades.

La función farmacia es, como se ha señalado al comienzo de esta sección, la segunda en importancia cuantitativa dentro del gasto sanitario de las comunidades autónomas y el Insalud e Ingesa. Las diferencias regionales en lo que atañe a esta función de gasto se han reducido de modo apreciable desde 1991 hasta 2010. En este último año, el gasto en farmacia absorbe un mínimo del 13% en Illes Balears y un máximo del 26% en Galicia. Precisamente la comunidad gallega presentaba en 1991 una de las cifras de gasto en farmacia en relación con el total más bajas del territorio nacional (9,6%), solo superior a la de Cantabria, donde el gasto en farmacia no llegaba al 9% del gasto sanitario público total realizado por el Insalud (en 1991 Cantabria aún no había asumido el traspaso de las competencias en servicios de salud). La cifra más alta de la ratio gasto en farmacia / gasto total en 1991 correspondía a la Comunitat Valenciana (22,7%). Tomando como referencia el periodo 2002-2010, la participación relativa de la función farmacia en el gasto sanitario total de las comunidades autónomas alcanza, en promedio, su valor máximo en la Comunitat Valenciana (26,6%) y el mínimo en Illes Balears (17,2%).

GRÁFICO 1.43: Gasto en farmacia como porcentaje del gasto sanitario público total de comunidades autónomas, Insalud e Ingesa, 1991 y 2010



Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012); Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011); Pérez *et al.* (2011) y Mas y Cucarella (2007).

CUADRO 1.33: Gasto sanitario público realizado por comunidades autónomas, Insalud e Ingesa. Farmacia, 1991-2010

(miles de euros)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Andalucía	573.252	477.153	490.095	677.746	846.305	921.863	1.144.371	1.071.330	1.194.863	1.283.845	1.386.564	1.467.876	1.647.158	1.697.854	1.744.973	1.794.391	1.891.018	2.009.909	2.132.946	2.281.384
Aragón	98.154	164.768	121.289	135.775	141.163	156.754	166.205	181.750	202.335	215.507	236.703	258.677	279.638	304.416	323.895	340.626	361.219	387.102	408.473	402.183
Asturias, P. de	78.574	145.925	112.296	122.819	127.657	141.710	151.429	167.288	184.759	198.417	212.157	232.011	259.804	272.007	281.888	297.212	317.520	336.153	351.842	348.414
Balears, I.	38.690	78.202	56.425	66.901	70.829	79.094	83.833	93.242	104.025	112.484	125.432	137.307	156.670	165.976	188.974	191.224	202.386	205.651	218.882	202.123
Canarias	48.445	116.341	105.270	120.394	155.519	177.738	190.106	238.182	238.843	260.065	286.829	318.151	368.659	399.653	433.156	462.527	486.421	531.576	569.603	564.943
Cantabria	29.976	48.449	49.025	53.850	56.871	63.528	67.621	75.064	82.132	86.377	93.506	102.115	115.267	114.243	130.502	137.337	146.327	157.456	168.227	161.137
Castilla y León	176.402	313.780	226.832	252.619	268.609	297.769	313.021	346.536	384.551	411.011	448.418	475.732	579.411	613.060	598.519	635.534	669.177	712.894	752.888	757.043
Cast.-La Mancha	131.419	220.463	177.474	200.078	202.110	230.507	241.855	268.101	293.455	315.986	345.530	375.289	438.822	424.925	499.991	503.194	536.156	578.693	613.107	611.273
Cataluña	420.798	346.219	558.380	553.194	664.564	695.792	823.191	905.112	999.216	1.084.216	1.161.102	1.344.928	1.505.606	1.580.636	1.639.589	1.737.399	1.780.104	1.876.542	1.933.831	1.854.738
C. Valenciana	359.421	254.945	414.716	417.666	533.192	592.020	622.601	688.153	768.616	813.197	884.447	976.887	1.105.667	1.189.966	1.269.625	1.354.714	1.434.433	1.568.949	1.691.176	1.666.831
Extremadura	83.724	122.276	113.400	122.984	124.015	139.813	144.768	158.083	174.244	189.249	205.459	221.733	250.325	264.584	277.993	294.556	309.755	327.041	355.392	364.344
Galicia	87.071	177.530	164.398	252.049	295.836	329.800	364.694	410.105	433.745	488.199	520.197	611.105	691.081	731.423	821.111	839.031	876.375	943.545	1.006.158	988.461
Madrid, C. de	245.241	413.872	383.388	463.359	455.014	501.350	524.655	582.268	638.627	681.479	745.447	791.597	890.669	970.590	1.022.049	1.107.456	1.182.767	1.242.660	1.314.318	1.317.877
Murcia, R. de	67.034	109.012	99.447	110.616	124.333	138.552	148.214	161.826	184.112	198.138	218.155	239.992	275.186	304.258	330.627	358.423	383.839	421.523	442.205	451.324
Navarra, C. F. de	37.909	28.447	40.826	43.680	55.908	62.493	67.954	72.440	81.358	87.232	89.629	105.972	119.555	127.378	135.846	145.197	152.171	161.890	183.045	165.931
País Vasco	125.685	135.430	143.859	164.085	205.579	232.868	250.821	279.451	312.515	341.260	360.145	397.558	444.876	473.483	516.535	540.992	564.332	599.393	624.907	618.883
Rioja, La	14.844	25.636	23.199	27.704	29.024	32.691	34.159	38.101	41.805	45.317	49.062	53.886	60.863	65.403	69.430	72.692	77.088	83.235	89.312	89.718
Total 17 CC. AA.	**2.616.639**	**3.178.449**	**3.280.321**	**3.785.518**	**4.356.528**	**4.794.341**	**5.339.497**	**5.737.030**	**6.319.203**	**6.811.979**	**7.368.782**	**8.110.817**	**9.189.258**	**9.699.855**	**10.284.704**	**10.812.504**	**11.371.089**	**12.144.213**	**12.856.312**	**12.846.606**
Ceuta, c. a. de	2.716	3.278	3.664	4.545	4.773	5.428	5.676	6.183	6.704	7.432	8.124	8.993	10.023	11.241	12.126	12.748	23.480	32.189	26.908	15.778
Melilla, c. a. de	2.333	4.346	3.261	3.473	4.093	4.345	4.342	4.709	4.934	5.442	5.903	6.663	7.654	8.597	9.292	9.768	17.991	24.664	20.618	12.090
Total	**2.621.688**	**3.186.074**	**3.287.247**	**3.793.536**	**4.365.394**	**4.804.114**	**5.349.515**	**5.747.922**	**6.330.841**	**6.824.853**	**7.382.809**	**8.126.473**	**9.206.935**	**9.719.692**	**10.306.122**	**10.835.020**	**11.412.560**	**12.201.066**	**12.903.838**	**12.874.475**

Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012); Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011); Pérez *et al.* (2011) y Mas y Cucarella (2007).

CUADRO 1.34: Gasto sanitario público realizado por comunidades autónomas, Insalud e Ingesa. Farmacia, 1991-2010

(porcentaje sobre el total)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Andalucía	20,17	14,28	13,97	17,91	21,92	22,48	25,85	23,49	24,79	25,08	25,56	25,00	25,54	24,17	23,15	21,52	21,33	19,50	20,76	22,79
Aragón	18,29	25,54	19,50	20,27	20,70	21,73	22,08	22,29	23,55	23,55	23,38	23,88	22,73	22,25	22,47	21,43	20,77	20,40	19,91	20,20
Asturias, P. de	16,52	24,10	18,45	19,08	19,69	20,59	21,48	22,43	23,08	23,35	23,19	23,64	23,56	23,07	22,48	22,19	22,31	21,68	20,13	20,84
Balears, I.	15,74	24,38	18,11	19,55	20,17	21,15	20,57	20,69	21,28	21,56	21,61	19,90	19,60	18,98	17,76	17,75	16,73	15,67	15,87	12,89
Canarias	8,83	16,69	14,98	16,46	18,89	20,05	21,06	22,80	22,38	19,30	20,30	20,06	20,55	21,07	20,17	19,96	19,39	18,62	19,03	19,81
Cantabria	13,92	17,66	17,52	18,02	18,86	19,63	19,87	20,55	20,95	20,28	19,65	19,40	18,86	17,29	18,17	17,93	17,73	20,36	20,71	18,77
Castilla y León	17,38	24,94	18,68	19,22	19,81	20,53	20,80	21,66	22,48	22,11	22,70	23,07	24,45	24,21	21,74	20,09	21,78	19,69	21,26	20,94
Castilla-La Mancha	21,94	29,25	23,45	24,17	24,23	25,19	25,57	26,23	26,66	26,70	26,89	25,50	27,31	26,32	24,12	21,37	22,10	22,78	20,51	20,76
Cataluña	16,90	11,89	17,54	16,58	19,59	19,20	21,63	22,82	23,28	23,55	23,00	24,37	24,05	24,11	22,96	21,53	19,85	19,01	18,37	17,35
C. Valenciana	22,73	14,35	21,27	20,89	25,05	26,40	27,14	27,54	28,18	28,32	29,00	28,43	28,13	28,05	26,91	26,46	25,66	25,57	25,43	24,49
Extremadura	18,86	22,81	20,97	21,88	21,66	22,18	21,78	22,44	23,23	23,40	24,07	23,43	23,64	23,34	22,72	21,84	20,29	19,71	20,32	21,06
Galicia	9,64	16,04	13,56	19,48	20,38	20,74	21,84	23,02	22,73	24,04	23,74	26,21	27,12	25,87	28,02	25,97	25,38	24,79	25,18	25,88
Madrid, C. de	11,63	15,21	14,71	15,78	16,10	16,70	17,14	17,67	18,45	18,70	18,83	18,72	19,36	18,43	17,97	18,04	17,45	16,69	16,34	17,90
Murcia, R. de	17,76	22,66	20,75	22,17	22,79	23,25	23,15	23,91	24,75	24,21	24,46	23,81	23,85	23,69	23,19	22,88	21,86	19,77	19,58	20,20
Navarra, C. F. de	14,57	9,71	12,54	13,23	16,14	16,95	17,15	17,01	17,83	17,79	17,34	18,95	19,59	19,25	19,57	19,27	18,41	17,67	18,20	16,62
País Vasco	12,84	12,56	12,20	13,73	16,03	16,97	17,58	18,06	18,95	19,57	19,29	19,81	20,59	20,51	20,42	20,02	18,68	17,94	17,33	17,16
Rioja, La	14,98	20,88	19,06	20,40	20,28	22,69	21,69	22,36	23,03	22,84	22,92	22,07	22,31	21,02	19,62	15,95	13,86	17,70	19,09	18,85
Total 17 CC. AA.	**16,64**	**16,80**	**16,74**	**18,11**	**20,22**	**20,82**	**22,15**	**22,35**	**23,06**	**23,15**	**23,26**	**23,47**	**23,83**	**23,24**	**22,51**	**21,48**	**20,85**	**20,03**	**20,06**	**20,32**
Ceuta y Melilla, cc. aa. de	10,43	13,62	11,84	12,47	13,17	13,88	12,87	13,13	13,26	13,39	13,43	13,95	14,59	14,72	14,63	14,76	23,12	26,95	21,71	14,82
Total	**16,63**	**16,79**	**16,72**	**18,10**	**20,20**	**20,80**	**22,12**	**22,32**	**23,02**	**23,11**	**23,23**	**23,44**	**23,80**	**23,21**	**22,48**	**21,46**	**20,85**	**20,05**	**20,06**	**20,30**

Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012); Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011); Pérez *et al.* (2011) y Mas y Cucarella (2007).

CUADRO 1.35: Gasto sanitario público realizado por comunidades autónomas, Insalud e Ingesa. Farmacia,1991 y 1996-2010

(euros por habitante)

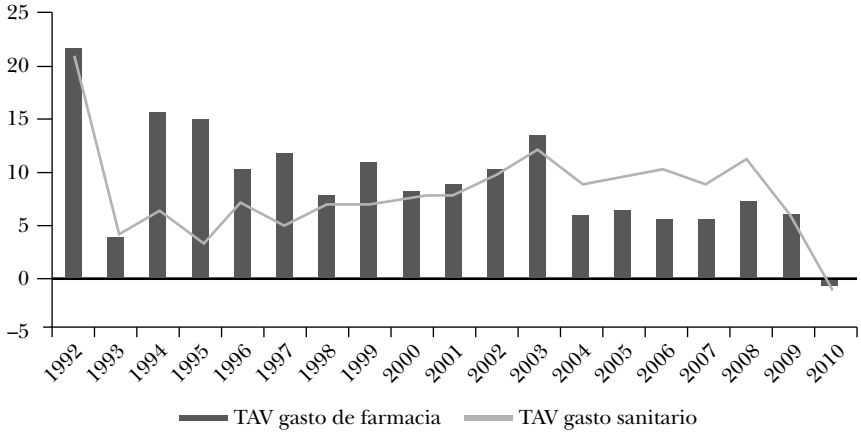
	1991	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Andalucía	83	127	158	148	164	175	187	196	217	221	222	225	235	245	257	273
Aragón	83	132	140	154	170	181	197	212	227	244	255	267	279	292	304	299
Asturias, P. de	72	130	140	155	170	184	197	216	242	253	262	276	295	311	324	321
Balears, I.	55	104	108	117	127	133	143	150	165	174	192	191	196	192	200	183
Canarias	32	111	117	146	143	152	161	173	195	209	220	232	240	256	271	267
Cantabria	57	120	128	142	155	163	174	188	210	206	232	242	255	270	286	272
Castilla y León	69	119	125	139	155	166	181	192	233	246	238	252	265	279	294	296
Castilla-La Mancha	79	135	141	156	170	182	197	211	242	230	264	260	271	283	295	291
Cataluña	69	114	135	147	161	173	183	207	225	232	234	244	247	255	259	247
C. Valenciana	93	148	155	171	189	197	210	226	247	262	271	282	294	312	332	326
Extremadura	79	131	135	148	162	177	191	207	233	246	256	271	284	298	322	329
Galicia	32	120	133	151	159	179	190	223	251	266	297	303	316	339	360	353
Madrid, C. de	50	100	104	114	124	131	139	143	156	167	171	184	194	198	206	204
Murcia, R. de	64	126	134	145	163	172	183	196	217	235	248	262	276	296	306	309
Navarra, C. F. de	73	120	129	136	151	160	161	186	207	218	229	241	251	261	290	261
País Vasco	60	111	120	133	149	163	171	189	211	224	243	254	263	278	288	284
Rioja, La	56	123	129	145	158	172	181	191	212	223	231	237	250	262	278	278
Total 17 CC. AA.	**68**	**121**	**135**	**144**	**158**	**169**	**180**	**195**	**216**	**225**	**234**	**243**	**252**	**264**	**276**	**274**
Ceuta y Melilla, cc. aa. de	41	76	77	82	89	91	97	108	123	139	152	158	284	382	312	178
Total	**67**	**121**	**135**	**144**	**157**	**169**	**180**	**194**	**216**	**225**	**234**	**242**	**252**	**264**	**276**	**274**

Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012); Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011); Pérez *et al.* (2011); Mas y Cucarella (2007); Padrón de habitantes (INE varios años) e INE (1991).

No obstante, no está de más insistir en el cambio de tendencia que se produce a partir de 2004 por lo que atañe a la evolución del gasto en farmacia y, por ende, a su participación relativa en el conjunto del gasto sanitario público. En el gráfico 1.44, que compara las tasas de variación anuales del gasto total y del gasto en la función farmacia (en términos nominales), se observa la moderación en el ritmo de crecimiento del gasto en prestación farmacéutica que tiene lugar en la fase final del periodo objeto de análisis. En el quinquenio 2003-2008 el gasto en farmacia crece, aproximadamente, la mitad que el gasto sanitario total, lo que en buena medida se debe a la política de reducción de precios (y de márgenes de las oficinas de farmacia) aplicada en dicho periodo.

GRÁFICO 1.44: Tasas anuales de variación del gasto sanitario público de comunidades autónomas, Insalud e Ingesa y del gasto en farmacia, 1992-2010

(porcentaje)

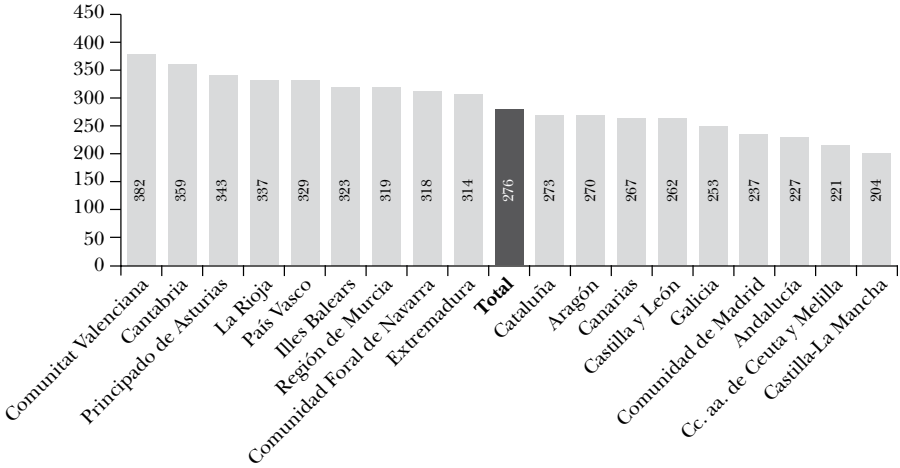


Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012); Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011); Pérez *et al.* (2011) y Mas y Cucarella (2007).

En 2010 se destinaron en España, por término medio, 276 euros por habitante a gasto en farmacia. La Comunitat Valenciana es la que registra en dicho año un indicador más elevado (382 euros/persona), que casi duplica el de Castilla-La Mancha (204 euros/persona).

GRÁFICO 1.45: Gasto público sanitario por habitante de comunidades autónomas e Ingesa. Farmacia, 2010

(euros por persona)



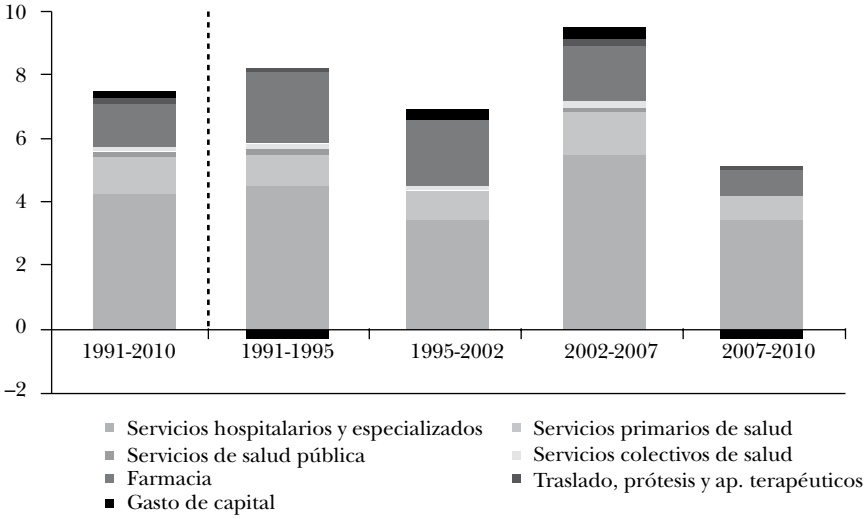
Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012); Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011); Pérez *et al.* (2011) y Mas y Cucarella (2007).

Para finalizar el estudio de la composición funcional del gasto sanitario de las comunidades autónomas y el Insalud e Ingesa y, con ello, concluir el análisis de la dimensión y evolución del gasto sanitario público en el periodo 1991-2010, examinaremos las aportaciones de las diferentes funciones de gasto al crecimiento del agregado, con el fin de identificar las partidas que más contribuyen a la dinámica registrada por el gasto en el ámbito temporal al que se extiende la presente investigación.

Al igual que se hizo al abordar este mismo ejercicio desde la óptica de la clasificación económico-presupuestaria, fraccionaremos el periodo de estudio en cuatro subperiodos a fin de identificar posibles cambios en la magnitud y estructura de las contribuciones al crecimiento. Para las casi dos décadas que transcurren entre 1991 y 2010, consideradas en su totalidad, la función servicios hospitalarios y especializados aporta 4,3 puntos porcentuales de media anual al crecimiento agregado, lo que representa un 57% del incremento total que, en media, se situó en el 7,6%. Le sigue en poder explicativo la función farmacia, que aporta casi 1,5

puntos (casi el 20%) a este ritmo anual de crecimiento acumulado. La evolución registrada por el gasto en servicios primarios de salud contribuye a explicar algo más del 15% (1,2 puntos) del crecimiento total, resultando marginal la aportación del resto de funciones.

GRÁFICO 1.46: Contribuciones al crecimiento del gasto sanitario público de comunidades autónomas, Insalud e Ingesa de las diferentes funciones de gasto, 1991-2010



Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012); Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011); Pérez *et al.* (2011) y Mas y Cucarella (2007).

El gasto en servicios hospitalarios y especializados explica en todos los periodos más de la mitad del crecimiento del gasto sanitario, si bien su aportación es mayor a partir del año 2002. En el periodo 2002-2007 aporta cada año, de media, 5,5 puntos al crecimiento agregado del 9,6% (esto es, un 58% del total); en el trienio que coincide con el arranque de la crisis económica (2007-2010) su contribución es aún mayor: 3,5 puntos porcentuales de los 5 que, en media anual, crece el gasto sanitario en términos nominales en este periodo o, lo que es lo mismo, casi un 70% del crecimiento total.

La otra función cuyo comportamiento diferenciado en los subperiodos de análisis interesa destacar es la de farmacia. Dicha función contribuye a explicar cerca del 30% del crecimiento del gasto sanitario en la primera década del periodo objeto de estudio. Así, entre 1991 y 1995 su contribución al crecimiento del gasto es de 2,3 puntos anuales sobre una tasa media agregada del 8,2%; en el periodo 1995-2002 aporta casi 2 puntos al ritmo anual de variación del gasto total que en dicho septenio alcanza el 7%. Por el contrario, como se ha señalado antes, la dinámica del gasto en farmacia cambia de manera significativa en la segunda mitad de la década de 2000, de suerte que la contribución de dicha función a la variación del gasto sanitario entre 2002 y 2007 y en el trienio final cae hasta el 17% del crecimiento total (1,6 puntos de 9,6 en el primer periodo y 0,9 puntos sobre 5 entre 2007 y 2010).

1.3. Conclusiones

Es habitual escuchar o leer la afirmación de que España tiene un sistema sanitario de calidad y barato. Confirmar o refutar lo primero requeriría de un análisis que escapa a las intenciones de este estudio y que no resulta fácil teniendo en cuenta la complejidad que conlleva valorar la calidad de un sistema sanitario. Para juzgar si el sistema de salud español es barato o caro, no hay mejor opción que evaluar comparativamente los recursos destinados a la atención a la salud en nuestro país respecto del entorno internacional. El resultado de dicha comparación sitúa a España en décimo lugar entre los países con mayor gasto sanitario (público y privado) en relación con su PIB, empatado con Suecia y el Reino Unido. Si se toman como referencia los 34 países que integran en la actualidad la OCDE, entonces el gasto sanitario en relación con el PIB español estaría por encima de la media (9,6% *vs.* 9,5%). En términos capitativos, el gasto español se encuentra por debajo de la media, con un valor ligeramente superior a los 3.000 dólares PPA por habitante; muy distanciado de los valores acreditados por los países más desarrollados de la muestra.

España, con una renta por habitante que representa un 87% de la media de los 27 países, tiene un porcentaje de gasto sanitario público sobre el PIB casi análogo al gasto promedio. Esta

relación sugiere que el índice relativo de gasto sanitario público sobre el PIB de España es algo superior al que le correspondería de depender este exclusivamente del nivel de bienestar material de la nación, tal y como se mide con el PIB per cápita. Cabría concluir que España, dado el nivel de PIB per cápita de que disfruta, realiza un esfuerzo relativo mayor en materia de gasto sanitario público que otros países de rentas medias más elevadas.

A lo largo del periodo 1991-2010, el gasto sanitario público español creció 1,9 puntos del PIB, mientras que el gasto privado lo hizo en un punto porcentual. Cuando se relativizan dichos incrementos respecto del valor del indicador en el año 1991 se observa, en cambio, que la tasa de variación del gasto privado en porcentaje del PIB (64,2%) ha sido superior a la del gasto público (37,2%). El incremento absoluto del gasto sanitario público sobre el PIB fue escasamente mayor en España que en la OCDE (apenas una décima más), siendo rebasado por nueve países; siete de ellos europeos.

El gasto público en sanidad en España alcanzó en 2010 una cifra agregada de 69.169 millones de euros, esto es, un 6,6% del PIB español y 1.471 euros por habitante. Esta cifra supone un 1,65% menos que la registrada en 2009 (un 2,2% menos en términos per cápita). La composición del gasto sanitario público aparece dominada por las remuneraciones del personal (44%) en la clasificación económica y por los servicios hospitalarios y especializados (56%) en la clasificación funcional. Por sectores institucionales, el gasto se concentra en las comunidades autónomas (91,4%), entre las cuales destaca en la estructura territorializada el peso de Cataluña, Andalucía, la Comunidad de Madrid y la Comunitat Valenciana (más del 50% del total entre estas cuatro comunidades).

Entre 1991 y 2010 el gasto sanitario público creció hasta una tasa media anual del 3,8% en términos reales. Este ritmo se aceleró significativamente en el septenio 2002-2009, coincidiendo con el periodo en que todas las comunidades autónomas habían asumido las competencias en servicios de salud. En relación con el PIB, los recursos destinados a sanidad pasaron de un 5,4% a un 6,5% en las casi dos décadas que abarca nuestro periodo de estudio. El nivel de gasto por habitante aumentó en el citado periodo

a una tasa media del 6,3% en términos nominales y del 2,7% en términos reales.

La territorialización del gasto sanitario público permite comprobar como existe una notable dispersión en la ratio gasto/PIB entre comunidades (y ciudades) autónomas. El gasto territorializado (que incluye, además del realizado por las propias comunidades, los gastos del antiguo Insalud, del actual Ingesa, de las corporaciones locales y de la Administración central) en relación con el PIB oscila entre el mínimo del 4,2% de la Comunidad de Madrid y el máximo del 10,5% de Extremadura. La ratio muestra una dispersión creciente, así como una elevada correlación con el nivel de desarrollo del territorio, medido a través del PIB per cápita.

Las disparidades geográficas en el gasto público en salud también se reflejan en el indicador de gasto por habitante, si bien en este caso, la dispersión se ha reducido algo desde 1991. No obstante, estas diferencias pueden deberse, en parte, a las distintas necesidades asociadas a estructuras poblacionales heterogéneas. Una vez incorporada esta consideración al análisis comparativo (mediante coeficientes representativos de los perfiles de gasto de los distintos grupos etarios), siguen detectándose diferencias de cierta magnitud (en 2010, el índice de gasto por habitante *equivalente* es en la Región de Murcia un 34% superior al que resulta para la Comunidad de Madrid).

Para estudiar la composición por categorías económicas y por funciones del gasto sanitario público con una perspectiva territorial, ha sido preciso limitar el análisis al gasto sanitario realizado por las comunidades autónomas y por las entidades que, antes de los traspasos competenciales a aquellas, se encargaban de la prestación de los servicios sanitarios (Insalud) y que, tras dichos traspasos, continúan encargándose de tal cometido en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla (Ingesa). Este agregado de gasto representa una media del 90% del total en el periodo de estudio y supone un 6% del PIB en el año que cierra dicho periodo. Su variabilidad, tanto en términos de PIB como en euros por habitante, entre comunidades reproduce los patrones comentados en relación con el total de gasto territorializado. Cabe añadir como información complementaria, que se observa, en general, un ma-

yor incremento en el indicador de gasto per cápita agregado comunidades autónomas-Insalud e Ingesa en aquellas comunidades cuyos niveles iniciales eran relativamente más bajos.

Siendo los gastos de personal la principal categoría dentro de la clasificación económica del gasto sanitario, su participación relativa en el total varía en 2010 entre el 36% de Cataluña (donde los conciertos sanitarios tienen una importancia singularmente elevada) y el 58% de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. Los valores per cápita alcanzan sus niveles máximo y mínimo, respectivamente, en el País Vasco y la Comunitat Valenciana (donde la mayor presencia de formas de colaboración público-privada dan lugar a un menor peso relativo de las remuneraciones del personal en la estructura del gasto). En el periodo 1991-2010, el dinamismo de los gastos de personal explica casi un 50% del crecimiento total del gasto sanitario de las comunidades autónomas y el Insalud e Ingesa. Esta contribución es significativamente superior en el trienio 2007-2010 (cuando explica un 54% de la variación en el gasto) que en el periodo 2002-2007 (contribución del 46%); siendo esta, a su vez, mayor que la observada en los años iniciales del periodo, entre 1995 y 2002 (36% de contribución al crecimiento del gasto).

Los servicios hospitalarios y especializados constituyen la principal función de gasto en todos los años analizados y en todos los territorios, oscilando su participación en el total en 2010 entre el 52% (Extremadura) y el 65% (Comunidad de Madrid). Su evolución en el periodo 1991-2010 permite explicar casi el 60% de la variación del gasto sanitario agregado (casi el 70% en el periodo 2007-2010). Por su parte, el gasto en servicios de atención primaria ha perdido 3 puntos porcentuales en la estructura funcional del gasto sanitario de las comunidades autónomas y el Insalud e Ingesa entre 1991 y 2010 (espacio que ha absorbido el gasto en farmacia).

Si asumimos que una de las estrategias para mejorar la calidad y sostenibilidad de los sistemas sanitarios públicos pasa por potenciar los servicios primarios de salud, comunidades como Andalucía, Castilla y León, Extremadura y Castilla-La Mancha, cuyo gasto per cápita supera la media nacional en atención primaria pero queda por debajo de ella en servicios hospitalarios y especializa-

dos, podrían identificarse como un ejemplo de *buenas prácticas* en lo que a política sanitaria se refiere y servir como referente al resto de comunidades.

La función farmacia ocupa el segundo lugar en la estructura funcional del gasto de las comunidades autónomas y el Insalud e Ingesa (un 20% en 2010), habiéndose reducido de modo apreciable a lo largo del periodo la dispersión entre comunidades por lo que a su peso relativo en el total respecta. Tomando el promedio del periodo más reciente (2002-2010), el porcentaje de recursos destinado a farmacia alcanza su máximo en la Comunitat Valenciana (27%) y el valor mínimo en Baleares (17%). A partir del año 2004 se produce un cambio en la tendencia del gasto en prestación farmacéutica que, entre 2004 y 2008 crece, aproximadamente, la mitad que el gasto sanitario total, debido a la política de reducción de precios y márgenes. Así, mientras que en la primera década del periodo analizado, el gasto en farmacia explica cerca del 30% del crecimiento del gasto sanitario de las comunidades autónomas y el Insalud e Ingesa, entre 2002 y 2010 la contribución de la función farmacia a la variación del gasto sanitario agregado se reduce al 17%.

2. Factores determinantes de la evolución del gasto sanitario público

2.1. El enfoque del residual

2.1.1. Fundamentos y antecedentes

El enfoque de la descomposición o *enfoque del residual* es el más utilizado en el ámbito internacional para explicar la evolución del gasto sanitario. Este método fue inicialmente propuesto por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE 1987), y su éxito radica en que descompone analíticamente el crecimiento del gasto sanitario público en cuatro factores determinantes, tres de los cuales tienen una clara interpretación económica. En concreto, los factores que considera son factor demográfico, factor cobertura, factor inflación y un último factor cuya aportación al crecimiento del gasto sanitario público se determina de forma residual y que se denomina *prestación sanitaria real media por persona* o factor residual.[18]

El *factor demográfico* mide el efecto del incremento de población sobre el gasto sanitario público y, adicionalmente, el efecto del cambio en la distribución de la población por sexo y grupos de edad para unos niveles de consumo de recursos sanitarios dados. Los trabajos de Urbanos y Blanco (2002) y Puig Junoy, Castellanos y Planas (2004), entre otros, imputan factores de consumo de recursos sanitarios públicos a los distintos grupos quinquenales de edad y de sexo en los que se clasifica habitualmente la población de un país. Teniendo en cuenta la evidencia disponible sobre el consumo de cada uno de los grupos de población de los servicios hospitalarios y extrahospitalarios, farmacia, traslados, prótesis y aparatos terapéuticos y otros gastos, estos autores calculan coeficientes de gasto relativo de recursos sanitarios y los normalizan tomando como referen-

[18] En clara analogía con el denominado *tercer factor* o *residuo* acuñado por Solow (1956) en el marco de los modelos de crecimiento económico exógeno.

cia el colectivo de varones de entre 45 y 49 años de edad. En este estudio, en cambio, utilizamos los coeficientes de gasto estimados por el Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario (Ministerio de Economía y Hacienda 2005) —más recientes, pues los anteriormente mencionados toman como referencia el año 1998— y que ya han sido utilizados de forma previa por Sánchez Fernández y Sánchez Maldonado (2010) para construir perfiles de gasto sanitario.[19] Estos coeficientes, que más adelante se presentan en el cuadro 2.1, son los que, combinados con las cifras de población de cada grupo de edad y sexo, permiten determinar el efecto de los cambios en el volumen y distribución de la población sobre el gasto sanitario público. Blanco, Urbanos y Thuissard (2013) ofrecen nuevas estimaciones de perfiles de gasto sanitario público para distintos tramos de edad para los años 2003 y 2008.

El segundo factor en el que se descompone el crecimiento del gasto sanitario público es el *factor cobertura,* que mide las variaciones en la tasa de cobertura de la asistencia sanitaria pública definida como el porcentaje de población que recibe asistencia sanitaria de esa naturaleza. Habida cuenta del periodo temporal analizado (1991-2010), suponemos en el análisis posterior que la tasa de cobertura de la asistencia sanitaria pública en las distintas comunidades autónomas españolas es del 100% en cada año y que, por tanto, este factor no ha jugado papel alguno en el incremento del gasto sanitario público.

En tercer lugar, el *factor inflación* mide el efecto que el incremento de precios implícitos en la prestación sanitaria pública tiene sobre el aumento del gasto sanitario público. El cálculo de un índice de precios de la prestación sanitaria pública en cada comunidad autónoma no es una cuestión trivial. En este sentido, seguimos la metodología propuesta en Blanco y Bustos (1996), que consiste en calcular un índice de precios de Paasche utilizando la clasificación económico-presupuestaria del gasto sanitario público y, en concreto, la importancia relativa de consumos intermedios y conciertos,

---

[19] El Grupo de Trabajo de Análisis de Gasto Sanitario fue creado en 2005 a resultas de un acuerdo alcanzado en el seno de la Conferencia de Presidentes celebrada en octubre de 2004. El citado Grupo concluyó sus trabajos en junio de 2005 con la elaboración del informe publicado por el Ministerio de Economía y Hacienda (2005) del que se extraen los mencionados coeficientes relativos de gasto.

remuneración de personal y consumo de capital fijo, transferencias corrientes y del gasto de capital para ponderar, respectivamente, el índice de precios del gasto en consumo final de las Administraciones Públicas, el índice de precios del valor añadido bruto (VAB) regional, el índice de precios del componente *medicina* del índice de precios al consumo regional y, finalmente, el índice de precios de la formación bruta de capital nacional.

A partir del crecimiento registrado en el gasto sanitario público y en sus dos componentes medibles, esto es, el factor demográfico y la inflación, calculamos, en la forma precisa descrita en los párrafos siguientes, el crecimiento experimentado por el factor residual. Este factor residual recoge el efecto de las variaciones producidas tanto en la cantidad como en la calidad de los servicios sanitarios consumidos por la población. En otras palabras, y resumiendo las interpretaciones que del mismo se han presentado en la literatura sobre el tema, el factor residual mide el efecto de los cambios en la tecnología aplicable en el sistema sanitario público, en la eficiencia en el uso de los recursos y en la intensidad de recursos por paciente (Puig Junoy, Castellanos y Planas 2004).

La principal limitación de este enfoque radica en que la mayoría de los estudios que lo aplican terminan señalando al factor residual como el motor de crecimiento del gasto sanitario, tanto en España como en otros países desarrollados. Resulta, cuando menos, poco informativo que el principal propulsor del avance del gasto sanitario público resulte ser aquel componente que calculamos de forma residual y que, por tanto, no podemos, *a priori,* descomponer o analizar en mayor detalle para orientar las políticas de contención del crecimiento del gasto sanitario público. En este sentido, y con el fin de superar esta limitación, en el presente trabajo seguimos la metodología propuesta por este mismo equipo de trabajo en el Consejo Económico y Social de la Región de Murcia (CESRM 2012) para descomponer el crecimiento del factor residual e identificar sus factores determinantes mediante el análisis de regresión. Así, podremos obtener conclusiones con mayor contenido económico, esto es, capaces de informar la toma de decisiones en materia de gasto sanitario.

Una breve revisión de la literatura sobre el enfoque del residual y sus resultados previos ha de incluir necesariamente la aportación de Newhouse (1992), que encuentra que alrededor

de la mitad del crecimiento del gasto sanitario público en Estados Unidos es atribuible al factor residual. Puig Junoy (1994) encuentra que 2,5 de los 2,8 puntos porcentuales de crecimiento medio anual del gasto sanitario total en la Unión Europea en la década de los ochenta se deben al factor residual. Este mismo estudio concluye que el factor residual explica el 81% y el 78% del crecimiento real del gasto sanitario público español en las décadas de los setenta y de los ochenta, respectivamente. Similares conclusiones sobre la relevancia del factor residual en el crecimiento del gasto sanitario público español se obtienen en Pellisé *et al.* (2001) para el periodo 1986-1995. En concreto, este trabajo encuentra que el factor residual es el principal responsable del crecimiento real del gasto sanitario público en España, y también que el factor residual ha crecido más que el factor inflación en ese mismo periodo temporal. Finalmente, Puig Junoy, Castellanos y Planas (2004) concluyen que el factor residual explica dos terceras partes del crecimiento real en el gasto sanitario público en España entre 1991 y 2001. Más recientemente, el mencionado trabajo de Blanco, Urbanos y Thuissard (2013) estima un crecimiento medio anual del factor residual en España, entre 1998 y 2008, del 2,79%, aproximadamente un 88% de la variación media del gasto sanitario público per cápita acaecido durante dicho periodo.

Ilustramos la descomposición del crecimiento del gasto sanitario público con el siguiente desarrollo, en el que suponemos que la asistencia sanitaria pública cubre a la totalidad de la población. Partimos de la siguiente igualdad:

$$G_t = g_t \cdot p_t$$

donde G representa el gasto sanitario público, g el gasto sanitario por habitante, p la población, y t es el momento temporal de observación. Si clasificamos la población en los siete grupos de edad que se distinguen en Ministerio de Economía y Hacienda (2005), podemos reescribir la expresión anterior del siguiente modo:

$$G_t = g_{0,t} \sum_{j=1}^{7} c_{j,t}\, p_{j,t}$$

donde g_0 es el nivel de gasto sanitario por persona en la categoría poblacional utilizada como referencia —en nuestro caso, el total de población— para medir el consumo de recursos sanitarios de

los diferentes grupos etarios, y los coeficientes c_j miden el nivel de gasto o consumo relativo de recursos sanitarios de los demás grupos de población respecto al grupo de referencia. La normalización realizada implica que c_0 es igual a la unidad. Estos son los coeficientes presentados en el cuadro 2.1.[20]

CUADRO 2.1: Coeficientes de gasto relativo por grupos de edad

Edad	Coeficiente
0-4	1,031
5-14	0,433
15-44	0,547
45-54	0,904
55-64	1,292
65-74	2,175
75 y más	2,759

Fuente: Ministerio de Economía y Hacienda (2005).

El factor demográfico se corresponde con el sumatorio de la expresión anterior, ya que mide el efecto de las variaciones en la cifra total de población y en su distribución por edades para un nivel dado de consumo de recursos sanitarios por cada grupo. Por tanto, podemos escribir lo siguiente:

$$G_t = g_{0,t}\, FD_t$$

donde *FD* es el factor demográfico, esto es:

$$FD_t = \sum_{j=1}^{7} c_{j,t}\, p_{j,t}$$

[20] Estos coeficientes informan sobre la diferente importancia relativa que tienen los distintos grupos de edad en la clasificación funcional del gasto sanitario. Los índices relativos al gasto hospitalario se computaron gracias a la explotación de Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) por grupos de edad, y de la valoración de las altas hospitalarias según el coste de los Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD) referidos al año 2001 y, por ello, recogen no solo el impacto de la frecuentación de los servicios hospitalarios, sino también una aproximación a su coste. Los coeficientes referidos a la función de gasto farmacéutico se obtuvieron a partir del sistema DIGITALIS, que contiene datos referidos tanto al coste como al consumo de recetas, de nuevo, para el año 2001. En lo que concierne a los coeficientes de gasto ambulatorio y la asistencia primara, únicamente se tuvo en cuenta la información sobre frecuentación extraída de la Encuesta Nacional de Salud de 2001, por no existir información diferenciada para los costes. Estas tres funciones de gasto explican, aproximadamente, el 90% del total de gasto sanitario. Para el resto de funciones no se cuenta con información alguna que permita distinguir por grupos de edad y, por tanto, se iguala al peso relativo sobre la población total.

Por su parte, el gasto sanitario por persona en el grupo de población de referencia se puede descomponer en el producto de la prestación sanitaria real media por persona (cantidad) y el precio implícito asociado a la prestación sanitaria. Así, podemos escribir:

$$G_t = PSM_t \cdot PS_t \cdot FD_t$$

donde *PSM* y *PS* representan la prestación sanitaria media por persona y el precio implícito en la prestación de los servicios sanitarios públicos, respectivamente. Obteniendo la fórmula anterior en los periodos t y $t - 1$ y dividiendo las expresiones resultantes encontramos lo siguiente:

$$\frac{G_t}{G_{t-1}} = \frac{PSM_t}{PSM_{t-1}} \cdot \frac{PS_t}{PS_{t-1}} \cdot \frac{FD_t}{FD_{t-1}}$$

Por último, esta expresión se puede escribir de forma equivalente en términos de números índices y de tasas de variación, llegando a las dos expresiones que siguen:

$$IG_t = IPSM_t \cdot IPS_t \cdot IFD_t$$

$$\left(1 + \frac{TV_t^{IG}}{100}\right) = \left(1 + \frac{TV_t^{IPSM}}{100}\right) \cdot \left(1 + \frac{TV_t^{IPS}}{100}\right) \cdot \left(1 + \frac{TV_t^{IFD}}{100}\right)$$

La última de estas expresiones pone de manifiesto que el crecimiento en el gasto sanitario público se descompone en tres factores determinantes: el crecimiento debido al factor demográfico, el que se produce como consecuencia del encarecimiento en los medios necesarios para prestar el servicio de asistencia sanitaria y el que se determina de forma residual y se asocia a la tecnología y a la eficiencia en el uso de los recursos disponibles.

2.1.2. Descomposición del crecimiento del gasto sanitario público de las comunidades autónomas según el enfoque del residual

Aplicamos a continuación la metodología expuesta para identificar los factores determinantes de la evolución del gasto sanitario público de las diecisiete comunidades autónomas españolas, entre los años 1991 y 2010.[21] La medida de gasto sanitario público

[21] El agregado nacional se hace corresponder, pues, con la suma de las diecisiete comunidades autónomas, ya que algunas de las estadísticas necesarias para implementar este enfoque no están disponibles para las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla.

que consideramos incluye tanto el realizado por cada comunidad en función de sus competencias, como el ejecutado por el hoy extinto Insalud antes del año 2002, fecha en que se culminó el traspaso de competencias sanitarias a las comunidades de régimen común. Esta agregación nos permite disponer de una medida de gasto sanitario público para el periodo 1991-2010 que no se ve afectada, en lo que a su nivel se refiere, por el desigual calendario de traspaso de competencias sanitarias a las distintas comunidades autónomas.[22] La alternativa hubiera sido limitar el análisis al periodo en el que todas las autonomías tienen transferidas las competencias sanitarias (2002-2010), lo que habría reducido de forma notable el alcance temporal de nuestro análisis y, por tanto, la validez del mismo y de las predicciones que de él se derivasen.

El agregado de gasto considerado, comunidades autónomas más Insalud, representa más del 90% del gasto sanitario público total realizado en cualquier comunidad y en cualquiera de los años analizados, quedando solo al margen de esta agregación los importes gastados por las corporaciones locales y lo gastado por la Administración central en otros conceptos territorializables. Cabe, no obstante, señalar que los resultados obtenidos en este apartado se mantienen cualitativamente inalterados cuando consideramos el total de gasto sanitario público territorializado en cada comunidad autónoma.

Las estadísticas poblacionales necesarias para calcular el factor demográfico proceden del Censo de Población para el año 1991 y de la Explotación Estadística del Padrón Municipal de Habitantes para el año 1996 y para los años comprendidos entre 1998 y 2010, ambos incluidos. Ambas estadísticas están disponibles en el sitio web del Instituto Nacional de Estadística (INE). La ausencia de información estadística procedente del Padrón para los años anteriores a 1996 y para el año 1997 nos lleva a imputar a estos años el crecimiento medio anual correspondiente a los periodos 1991-1996 y 1996-1998, respectivamente.[23]

---

[22] En los cuadros 2 a 18 de la base de datos que acompaña esta monografía (http://w3.grupobbva.com/TLFU/tlfu/esp/areas/econosoc/bbdd/sistema_sanitario.jsp), presentamos las series de gasto sanitario público territorializado que hemos utilizado para realizar los análisis contenidos en este capítulo.

[23] Las estadísticas de base utilizadas para calcular el factor demográfico e inflación se presentan en la base de datos que acompaña esta monografía (http://w3.grupobbva.com/TLFU/tlfu/esp/areas/econosoc/bbdd/sistema_sanitario.jsp).

El índice de precios de servicios sanitarios se calcula combinando la clasificación económico-presupuestaria del gasto sanitario público de los territorios autonómicos y del Insalud, con diversas estadísticas del INE que permiten calcular los índices de precios del componente *medicina* del IPC, del gasto en consumo final de las Administraciones Públicas, de la formación bruta de capital nacional y del VAB regional. [24]

Los resultados obtenidos al aplicar la metodología del enfoque residual a la estadística de gasto sanitario público de las comunidades autónomas y del Insalud en el periodo 1991-2010 se muestran en los cuadros 2.2, 2.3, 2.4 y 2.5. El cuadro 2.2 presenta el *input,* es decir, las tasas anuales de variación del gasto sanitario público realizado por las comunidades autónomas y por el Insalud entre 1991 y 2010. Por su parte, el cuadro 2.3 presenta las tasas anuales de variación calculadas para el factor demográfico, mientras que los cuadros 2.4 y 2.5 hacen lo propio con las tasas de variación de los factores inflación y residual, respectivamente.

A partir de esta información calculamos el porcentaje del crecimiento del gasto sanitario público realizado por las comunidades autónomas y por el Insalud que obedece a cada uno de los tres componentes: demográfico, inflación y residual. Estos números se encuentran en los cuadros 2.6, 2.7 y 2.8, respectivamente, y son los que vamos a comentar en los siguientes párrafos.

---

[24] La Contabilidad Nacional de España base 2000 (CNE-2000) introdujo un importante cambio en la presentación de sus cuentas anuales y trimestrales en referencia a la medición del crecimiento de sus agregados contables en términos reales o de volumen. En la CNE-2000 este crecimiento no va referido a un año base, como era el caso en la metodología previa, sino que va referido al año precedente (base móvil). La inexistencia de una serie metodológicamente homogénea para los índices de precios del VAB regional y de los determinantes del PIB, como el gasto en consumo final o la formación bruta de capital, en el periodo 1991-2010, hace que la comparación de los resultados obtenidos en distintos años, pueda verse condicionada por los citados cambios metodológicos. En concreto, los índices de precios de las variables que hemos destacado se elaboran de acuerdo con la nueva metodología a partir del año 1996. Estas cuestiones son debidamente tenidas en cuenta al comentar los resultados alcanzados mediante la aplicación del enfoque del residual en los distintos años. Entre los índices afectados por este cambio metodológico se encuentran los correspondientes al gasto en consumo final de las Administraciones Públicas, la formación bruta de capital nacional y el VAB regional. Asimismo, en los análisis econométricos que presentamos en este capítulo controlamos por las singularidades de los distintos años y periodos analizados mediante la introducción de las variables indicadoras temporales necesarias.

CUADRO 2.2: Tasa anual de variación del gasto sanitario público realizado por las comunidades autónomas y por el Insalud, 1991-2010

(porcentaje)

CC. AA.	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Andalucía	17,6	4,9	7,9	2,0	6,2	7,9	3,0	5,6	6,2	6,0	8,3	9,8	8,9	7,3	10,6	6,3	16,2	–0,3	–2,6
Aragón	20,2	–3,6	7,7	1,8	5,8	4,4	8,3	5,4	6,5	10,6	7,0	13,6	11,2	5,3	10,3	9,4	9,1	8,1	–2,9
Asturias, P. de	27,3	0,5	5,8	0,7	6,1	2,4	5,8	7,3	6,2	7,6	7,3	12,3	6,9	6,3	6,8	6,3	8,9	12,8	–4,3
Balears, I.	30,5	–2,9	9,9	2,6	6,5	9,0	10,5	8,5	6,7	11,3	18,8	15,9	9,4	21,7	1,3	12,2	8,5	5,1	13,6
Canarias	27,1	0,8	4,1	12,5	7,7	1,8	15,7	2,2	26,2	4,9	12,2	13,1	5,8	13,2	7,9	8,3	13,8	4,9	–4,7
Cantabria	27,4	2,0	6,8	0,9	7,3	5,1	7,3	7,3	8,6	11,8	10,6	16,2	8,1	8,7	6,7	7,7	–6,3	5,0	5,7
Castilla y León	23,9	–3,5	8,3	3,1	7,0	3,7	6,3	6,9	8,7	6,2	4,4	14,9	6,9	8,7	14,9	–2,9	17,8	–2,2	2,1
Castilla-La Mancha	25,8	0,4	9,3	0,8	9,7	3,4	8,1	7,7	7,5	8,6	14,6	9,2	0,4	28,4	13,6	3,0	4,7	17,7	–1,5
Cataluña	17,0	9,3	4,8	1,7	6,8	5,0	4,2	8,2	7,2	9,7	9,3	13,4	4,7	8,9	13,0	11,1	10,1	6,6	1,5
C. Valenciana	12,3	9,7	2,5	6,5	5,3	2,3	8,9	9,2	5,2	6,2	12,6	14,4	7,9	11,2	8,5	9,2	9,8	8,4	2,3
Extremadura	20,7	0,9	4,0	1,9	10,1	5,4	6,0	6,4	7,8	5,6	10,9	11,9	7,1	7,9	10,3	13,2	8,7	5,4	–1,1
Galicia	22,5	9,6	6,7	12,2	9,5	5,0	6,7	7,1	6,4	7,9	6,4	9,3	11,0	3,7	10,2	6,9	10,2	5,0	–4,4
Madrid, C. de	29,0	–4,2	12,7	–3,8	6,2	2,0	7,7	5,0	5,3	8,7	6,8	8,8	14,4	8,0	8,0	10,4	9,8	8,0	–8,4
Murcia, R. de	27,5	–0,4	4,1	9,3	9,2	7,4	5,7	9,9	10,0	9,0	13,0	14,5	11,3	11,0	9,9	12,1	21,5	5,9	–1,0
Navarra, C. F. de	12,6	11,2	1,4	4,9	6,4	7,4	7,5	7,1	7,5	5,4	8,2	9,1	8,5	4,9	8,5	9,7	10,9	9,8	–0,8
País Vasco	10,1	9,3	1,3	7,3	7,0	4,0	8,5	6,6	5,7	7,0	7,5	7,7	6,8	9,6	6,8	11,8	10,6	7,9	0,0
Rioja, La	24,0	–0,9	11,5	5,4	0,6	9,3	8,2	6,5	9,3	7,9	14,1	11,7	14,1	13,7	28,8	22,0	–15,5	–0,5	1,7
Total	**20,4**	**3,6**	**6,6**	**3,1**	**6,9**	**4,6**	**6,5**	**6,8**	**7,4**	**7,6**	**9,1**	**11,6**	**8,3**	**9,5**	**10,2**	**8,4**	**11,2**	**5,7**	**–1,3**

Fuente: Elaboración propia a partir del Censo de Población de 1991 (INE), Padrón de habitantes (INE varios años) y Ministerio de Economía y Hacienda (2005).

CUADRO 2.3: Tasa anual de variación del factor demográfico, 1991-2010

(porcentaje)

CC. AA.	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Andalucía	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	0,5	0,5	1,9	0,9	1,6	1,4	2,0	1,4	2,2	2,0	1,4	2,1	1,8	1,5
Aragón	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,4	0,4	1,3	0,6	1,2	1,3	0,9	1,4	1,2	0,8	1,2	1,8	1,4	0,6
Asturias, P. de	0,7	0,7	0,7	0,7	0,8	0,6	0,6	1,5	–0,1	0,8	0,7	0,7	0,5	0,6	0,6	0,2	0,8	0,9	0,5
Balears, I.	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	2,4	2,4	3,5	2,5	3,6	3,8	3,2	0,7	3,0	2,4	2,9	4,0	2,5	1,6
Canarias	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,5	1,5	3,3	2,7	4,7	3,7	3,3	1,4	3,2	2,3	2,1	3,3	2,3	2,0
Cantabria	0,7	0,7	0,7	0,7	0,8	0,6	0,6	1,3	1,1	1,8	1,2	1,8	1,3	1,5	1,4	1,1	1,8	1,4	1,1
Castilla y León	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,2	0,2	1,4	0,3	0,9	0,5	0,6	0,6	0,8	0,9	0,5	1,1	0,7	0,5
Castilla-La Mancha	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	0,6	0,6	1,3	0,8	1,5	1,3	1,7	1,6	1,9	2,0	1,8	2,6	1,9	1,2
Cataluña	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0	1,9	1,1	1,9	2,2	2,7	1,6	2,3	2,1	1,3	2,0	1,7	1,1
C. Valenciana	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	0,7	0,7	2,2	1,8	2,5	2,9	3,4	1,4	3,3	3,0	1,9	3,1	1,9	1,2
Extremadura	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,7	0,7	1,2	0,0	1,2	0,3	0,4	0,4	1,0	0,7	0,5	1,0	1,0	1,0
Galicia	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,5	0,5	1,3	0,8	1,0	0,9	1,0	0,6	0,8	0,9	0,7	0,9	1,0	0,7
Madrid, C. de	1,1	1,1	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2	2,0	1,6	3,1	2,7	3,2	1,8	2,8	1,5	1,3	3,1	2,3	1,8
Murcia, R. de	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,2	1,2	2,1	1,8	3,3	2,9	3,3	2,3	3,0	2,8	1,9	2,5	1,8	1,6
Navarra, C. F. de	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	2,0	2,0	2,1	1,3	2,3	2,2	1,5	1,3	1,5	1,6	1,0	2,2	1,7	1,4
País Vasco	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,2	0,8	1,2	1,2	0,9	0,8	1,0	1,1	1,0	1,2	1,3	1,0
Rioja, La	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,4	0,4	2,0	0,0	3,3	3,6	1,8	2,0	2,1	1,9	1,1	2,4	1,6	0,9
Total	**1,1**	**1,1**	**1,1**	**1,1**	**1,1**	**0,8**	**0,8**	**1,8**	**1,1**	**2,0**	**1,9**	**2,2**	**1,3**	**2,1**	**1,8**	**1,3**	**2,2**	**1,7**	**1,2**

Fuente: Elaboración propia a partir de INE (1991), Padrón de habitantes (INE varios años) y Ministerio de Economía y Hacienda (2005).

CUADRO 2.4: Tasa anual de variación del factor inflación, 1991-2010

(porcentaje)

CC. AA.	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Andalucía	6,5	4,1	4,1	8,0	3,2	2,0	1,7	2,0	2,8	3,6	3,6	3,8	3,3	3,5	3,1	3,5	2,4	0,8	1,0
Aragón	7,5	4,6	4,5	5,7	3,4	2,8	2,0	2,9	2,9	3,9	4,0	3,4	3,4	3,6	3,5	2,9	3,1	1,0	1,1
Asturias, P. de	6,7	4,5	4,0	6,4	3,4	2,1	2,5	2,3	3,4	3,6	3,3	3,0	3,4	4,0	3,5	3,1	2,5	0,4	0,9
Balears, I.	6,7	4,0	4,4	3,3	3,4	3,3	2,7	3,0	4,4	4,9	4,6	3,8	3,6	3,3	3,7	3,6	3,5	2,9	1,9
Canarias	6,6	5,5	3,8	9,3	3,4	2,8	3,1	3,0	3,3	3,5	3,8	3,3	3,1	3,1	3,3	3,7	2,4	0,7	0,7
Cantabria	6,3	3,5	3,9	5,8	3,5	2,0	1,8	2,1	3,1	3,4	3,8	3,8	3,5	3,7	3,4	3,7	3,4	1,4	1,7
Castilla y León	6,7	4,3	3,0	10,7	3,0	2,5	1,9	1,9	2,8	3,6	3,4	3,4	3,2	3,3	3,0	3,0	2,5	1,7	1,2
Castilla-La Mancha	7,3	5,6	3,6	8,3	2,7	2,2	2,6	2,5	2,5	3,7	3,2	3,7	2,5	3,7	3,0	3,4	2,0	1,3	1,2
Cataluña	7,5	4,7	4,1	5,9	3,5	2,5	2,0	2,5	3,6	3,5	3,6	3,6	3,3	3,3	3,5	3,2	3,1	1,6	1,1
C. Valenciana	7,1	4,9	4,1	5,7	3,3	2,2	2,0	2,4	3,0	3,4	3,7	3,5	2,9	3,2	3,4	3,5	2,6	1,1	0,8
Extremadura	7,5	4,6	4,7	2,4	3,1	1,8	2,3	2,1	3,0	3,5	3,1	3,4	2,9	3,7	2,4	3,6	2,4	1,4	1,4
Galicia	7,5	4,2	3,6	9,6	3,4	2,2	2,6	2,4	3,3	3,4	4,1	3,4	3,1	3,4	3,3	3,0	2,3	1,2	1,3
Madrid, C. de	8,8	4,6	4,6	11,0	3,1	2,3	2,2	2,2	3,2	3,9	3,7	3,5	3,0	2,9	3,6	3,3	2,6	1,5	0,4
Murcia, R. de	6,4	3,2	3,8	5,2	3,4	2,4	1,9	2,4	4,2	3,8	3,8	4,1	3,3	3,8	3,2	4,0	2,3	0,4	0,8
Navarra, C. F. de	7,9	3,9	3,6	11,2	3,6	2,5	0,8	1,9	2,8	4,0	4,2	3,7	3,2	3,6	3,2	2,4	3,2	2,6	1,9
País Vasco	7,7	4,5	4,4	8,9	3,7	2,2	2,2	2,2	3,3	3,5	3,9	3,4	3,4	3,5	3,8	3,1	3,0	1,2	1,6
Rioja, La	7,1	4,4	4,9	8,8	3,1	3,6	2,6	2,7	3,1	3,8	3,4	3,9	2,6	3,2	3,4	2,5	2,5	1,2	0,7
Total	**7,4**	**4,5**	**4,1**	**7,7**	**3,3**	**2,4**	**2,1**	**2,4**	**3,3**	**3,7**	**3,7**	**3,6**	**3,1**	**3,3**	**3,4**	**3,3**	**2,7**	**1,3**	**1,0**

Fuente: Elaboración propia a partir de la Contabilidad Nacional de España (INE varios años), Contabilidad Regional de España (INE varios años) e Índice de Precios al Consumo (INE varios años).

CUADRO 2.5: Tasa anual de variación del factor residual, 1991-2010

(porcentaje)

CC. AA.	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Andalucía	9,0	–0,5	2,2	–6,7	1,6	5,3	0,8	1,6	2,4	0,7	3,1	3,7	4,0	1,4	5,1	1,3	11,1	–2,9	–4,9
Aragón	11,1	–8,4	2,3	–4,3	1,6	1,0	5,7	1,1	2,9	5,2	1,5	8,9	6,1	0,4	5,7	5,0	4,0	5,6	–4,6
Asturias, P. de	18,4	–4,5	1,1	–6,0	1,9	–0,2	2,6	3,4	2,7	3,0	3,2	8,3	2,9	1,7	2,6	2,8	5,4	11,3	–5,7
Balears, I.	20,2	–8,1	3,4	–2,3	1,3	3,1	5,1	1,8	–0,2	2,5	9,4	8,2	4,9	14,4	–4,6	5,3	0,8	–0,3	9,7
Canarias	16,9	–6,3	–1,6	1,0	2,2	–2,5	10,6	–4,0	18,9	–3,2	4,2	6,0	1,2	6,4	2,2	2,3	7,5	1,8	–7,2
Cantabria	19,0	–2,1	2,1	–5,3	2,9	2,4	4,7	3,7	4,2	6,2	5,3	10,0	3,2	3,1	1,8	2,7	–10,9	2,1	2,8
Castilla y León	15,6	–7,9	4,6	–7,3	3,3	1,0	4,1	3,4	5,3	1,6	0,4	10,5	3,0	4,3	10,6	–6,2	13,7	–4,5	0,5
Castilla-La Mancha	16,0	–5,9	4,4	–7,9	5,6	0,6	4,8	3,7	4,1	3,2	9,6	3,6	–3,6	21,6	8,1	–2,1	0,1	14,1	–3,8
Cataluña	7,9	3,5	–0,2	–4,8	2,3	1,3	1,1	3,7	2,3	3,9	3,3	6,6	–0,2	3,1	7,0	6,4	4,7	3,2	–0,6
C. Valenciana	3,4	3,2	–2,9	–0,6	0,6	–0,6	6,0	4,3	0,4	0,2	5,7	6,9	3,4	4,4	1,9	3,5	3,8	5,1	0,3
Extremadura	11,7	–4,1	–1,2	–1,1	6,2	2,9	3,0	3,0	4,7	0,8	7,2	7,8	3,6	3,0	6,9	8,7	5,2	2,9	–3,5
Galicia	13,2	4,4	2,3	1,7	5,2	2,2	3,4	3,2	2,2	3,4	1,3	4,7	7,0	–0,6	5,8	3,1	6,7	2,7	–6,3
Madrid, C. de	17,3	–9,4	6,5	–14,2	1,8	–1,5	4,0	0,7	0,4	1,4	0,2	1,8	9,1	2,0	2,7	5,5	3,8	4,0	–10,4
Murcia, R. de	18,0	–4,9	–1,1	2,4	4,0	3,6	2,5	5,1	3,8	1,7	5,7	6,4	5,3	3,9	3,5	5,8	15,8	3,6	–3,4
Navarra, C. F. de	3,7	6,4	–2,7	–6,2	2,1	2,7	4,5	2,9	3,2	–0,9	1,6	3,6	3,8	–0,3	3,5	6,1	5,2	5,2	–3,9
País Vasco	1,2	3,6	–3,9	–2,4	2,1	0,8	5,2	3,0	1,5	2,2	2,3	3,1	2,5	4,8	1,9	7,4	6,1	5,3	–2,6
Rioja, La	15,1	–5,5	5,7	–3,6	–3,0	5,2	5,1	1,6	6,1	0,6	6,5	5,7	9,1	7,9	22,2	17,7	–19,4	–3,2	0,1
Total	**10,9**	**–1,9**	**1,4**	**–5,2**	**2,4**	**1,4**	**3,4**	**2,4**	**2,8**	**1,8**	**3,3**	**5,4**	**3,6**	**3,8**	**4,7**	**3,6**	**6,0**	**2,6**	**–3,5**

Fuente: Elaboración propia.

CUADRO 2.6: Contribución del factor demográfico al crecimiento del gasto sanitario público realizado por las comunidades autónomas y por el Insalud, 1992-2010

(porcentaje)

CC. AA.	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Andalucía	7,9	27,0	17,2	51,6	21,9	6,7	17,4	34,1	15,3	26,8	17,2	21,2	15,7	31,3	19,7	22,3	13,3	–762,5	–59,6
Aragón	3,4	–20,7	8,7	31,7	11,8	10,4	5,5	24,7	8,8	11,3	19,3	7,1	12,9	23,4	8,2	13,5	20,5	17,5	–21,4
Asturias, P. de	2,8	100,7	12,4	66,6	13,0	23,2	9,9	20,6	–1,1	11,1	9,6	5,7	6,7	10,0	8,7	3,9	8,9	7,1	–12,5
Balears, I.	5,9	–67,4	17,7	63,5	26,6	27,3	23,4	42,7	37,1	32,8	21,5	20,9	7,8	14,5	162,8	24,5	48,5	49,4	12,3
Canarias	7,5	166,7	46,3	15,6	24,8	81,2	10,1	141,4	11,0	93,4	31,8	26,1	24,9	25,4	29,5	26,2	25,0	48,8	–42,9
Cantabria	2,6	33,4	10,3	55,9	10,8	12,6	8,9	18,7	12,9	15,4	11,4	11,4	16,2	18,3	21,5	14,5	–30,5	28,3	18,9
Castilla y León	2,2	–16,1	6,2	12,9	7,8	6,7	4,0	20,5	4,0	14,7	12,1	4,1	9,3	9,7	6,1	–17,5	6,5	–32,9	22,0
Cast.-La Mancha	4,5	145,8	12,1	76,4	12,1	17,4	7,4	17,9	10,2	17,5	9,5	18,9	296,5	7,1	15,6	57,9	54,6	10,9	–81,3
Cataluña	5,5	9,8	18,6	45,4	13,6	21,2	25,2	23,2	16,0	20,4	24,7	21,2	34,5	26,0	16,5	11,6	20,5	26,3	69,3
C. Valenciana	11,8	14,8	53,4	21,7	27,4	32,1	8,5	24,5	34,5	41,4	23,5	24,9	18,3	30,0	35,7	21,6	32,2	23,5	50,9
Extremadura	2,7	51,5	13,5	28,7	5,3	12,6	11,4	19,6	0,4	21,7	3,0	3,2	6,5	13,2	7,4	4,0	11,5	19,0	–99,0
Galicia	3,3	7,6	10,8	5,9	8,0	10,6	8,0	19,2	12,2	12,7	14,3	10,9	5,2	23,0	8,7	10,0	9,1	20,6	–16,8
Madrid, C. de	4,2	–30,8	9,3	–52,5	18,9	62,0	16,4	40,3	30,2	37,1	40,0	37,6	13,1	36,5	18,7	12,9	32,2	29,2	–21,9
Murcia, R. de	5,7	–807,6	36,0	16,4	17,1	16,8	21,5	21,8	18,5	37,7	23,6	24,0	21,0	28,0	29,6	16,4	12,1	31,7	–163,3
Navarra, C. F. de	5,2	5,8	43,1	11,3	10,2	27,6	27,3	30,7	18,2	43,5	27,9	17,0	15,6	31,6	19,2	10,4	20,5	18,2	–206,5
País Vasco	10,2	11,2	67,1	13,6	15,1	24,7	11,7	19,0	13,9	16,9	16,0	12,4	12,3	10,6	16,2	8,3	11,8	16,7	5.039,5
Rioja, La	2,4	–88,6	5,0	9,8	76,9	3,9	4,4	31,7	–0,5	43,1	27,0	15,6	14,4	15,9	6,9	5,1	–16,1	–348,9	52,4
Total	**5,5**	**29,0**	**16,2**	**30,4**	**16,0**	**18,2**	**13,1**	**27,6**	**15,5**	**26,7**	**21,3**	**19,4**	**16,3**	**22,9**	**18,0**	**16,0**	**20,1**	**30,4**	**–96,0**

Fuente: Elaboración propia.

CUADRO 2.7: Contribución del factor inflación al crecimiento del gasto sanitario público realizado por las comunidades autónomas y por el Insalud, 1992-2010

(porcentaje)

CC. AA.	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Andalucía	38,6	84,1	53,8	310,1	52,6	25,0	55,7	36,7	46,0	60,6	44,9	40,0	38,0	49,6	30,5	56,5	15,6	–319,8	–38,3
Aragón	38,8	–145,6	60,4	276,0	59,7	65,6	24,7	54,3	46,0	38,0	58,5	25,6	31,4	68,5	34,8	31,5	34,5	12,9	–37,8
Asturias, P. de	26,0	637,0	69,2	593,2	56,4	85,9	43,8	32,4	56,2	48,8	45,7	25,3	50,2	63,4	53,0	50,3	28,8	3,0	–21,6
Balears, I.	23,5	–157,6	46,3	122,6	53,3	37,6	26,5	35,7	66,5	44,6	26,0	24,8	39,1	15,8	253,2	30,8	42,0	57,2	14,5
Canarias	26,0	480,7	91,4	75,9	45,3	149,2	20,1	130,1	13,3	69,8	32,3	26,4	54,7	24,7	42,6	45,4	18,4	14,0	–14,5
Cantabria	24,4	170,3	58,0	474,6	49,1	40,4	25,4	29,4	37,1	30,3	37,3	24,2	44,0	44,4	51,3	49,7	–57,9	28,6	30,7
Castilla y León	29,3	–137,7	36,5	272,9	43,6	67,3	30,6	28,9	33,3	58,6	78,9	23,6	47,0	39,2	20,9	–113,4	14,6	–78,1	54,4
Cast.-La Mancha	29,7	738,4	39,8	572,6	28,9	65,4	32,5	33,1	33,5	43,9	22,5	41,3	460,4	13,5	22,8	110,8	43,5	7,3	–87,4
Cataluña	46,2	51,7	85,6	301,9	51,6	51,4	48,3	31,3	51,3	37,6	39,4	27,6	69,7	37,7	28,0	29,3	31,2	25,0	70,2
C. Valenciana	59,5	51,4	156,4	88,1	61,9	94,6	22,7	27,2	58,7	55,7	30,0	25,1	37,2	29,6	41,4	39,0	27,9	14,0	34,5
Extremadura	38,0	437,2	116,6	127,0	31,4	33,1	38,4	32,6	38,8	64,0	29,6	29,3	42,0	47,5	24,0	28,0	27,7	26,0	–142,3
Galicia	35,0	45,0	54,7	80,0	36,1	45,1	40,2	34,3	52,8	43,8	65,1	37,5	29,0	93,4	33,0	43,9	23,5	24,5	–31,1
Madrid, C. de	32,3	–123,8	37,9	–506,9	50,8	115,7	29,6	44,8	62,1	46,1	56,2	41,0	21,6	37,6	46,3	32,4	27,5	19,5	–4,3
Murcia, R. de	24,7	–1.730,0	90,8	57,4	38,0	33,0	34,2	25,0	42,8	43,3	30,6	29,5	30,0	35,2	33,9	34,2	11,4	6,5	–81,0
Navarra, C. F. de	64,4	35,6	242,8	199,8	57,0	34,5	11,4	27,4	38,7	74,1	52,2	42,1	38,8	75,5	38,5	25,6	30,1	26,9	–286,0
País Vasco	77,7	49,5	292,8	118,5	54,1	55,1	25,9	34,0	58,7	50,7	53,0	46,1	50,2	37,8	56,1	27,3	29,4	15,7	7.582,4
Rioja, La	31,3	–692,5	44,1	153,5	421,6	39,4	32,9	43,1	34,0	49,1	25,0	34,0	18,8	24,3	12,5	11,9	–17,2	–258,5	40,1
Total	**38,4**	**123,9**	**62,9**	**220,4**	**48,8**	**51,8**	**33,1**	**35,8**	**45,1**	**49,1**	**41,5**	**32,2**	**39,0**	**36,2**	**34,4**	**40,4**	**24,9**	**23,0**	**–78,0**

Fuente: Elaboración propia.

CUADRO 2.8: Contribución del factor residual al crecimiento del gasto sanitario público realizado por las comunidades autónomas y por el Insalud, 1992-2010

(porcentaje)

CC. AA.	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Andalucía	53,5	–11,1	29,0	–261,7	25,5	68,3	26,9	29,2	38,7	12,6	37,9	38,8	46,3	19,0	49,8	21,3	71,1	1.182,3	198,0
Aragón	57,8	266,3	30,9	–207,7	28,4	24,1	69,9	21,0	45,2	50,7	22,2	67,3	55,7	8,1	57,0	55,0	45,0	69,7	159,2
Asturias, P. de	71,3	–637,7	18,4	–559,8	30,6	–9,1	46,3	46,9	45,0	40,1	44,7	69,0	43,1	26,5	38,3	45,9	62,3	89,9	134,1
Balears, I.	70,6	325,0	36,0	–86,0	20,1	35,1	50,1	21,6	–3,6	22,6	52,5	54,3	53,1	69,7	–316,0	44,7	9,6	–6,6	73,2
Canarias	66,5	–547,4	–37,6	8,5	29,9	–130,5	69,8	–171,5	75,7	–63,2	35,9	47,6	20,4	49,9	27,9	28,4	56,6	37,2	157,4
Cantabria	72,9	–103,7	31,7	–430,5	40,1	46,9	65,7	52,0	50,0	54,3	51,3	64,4	39,8	37,4	27,2	35,8	188,4	43,1	50,4
Castilla y León	68,5	253,8	57,3	–185,8	48,6	26,0	65,4	50,6	62,7	26,7	9,0	72,3	43,7	51,1	73,0	230,9	79,0	211,0	23,6
Cast.-La Mancha	65,7	–784,2	48,1	–549,1	59,0	17,2	60,1	49,0	56,3	38,6	68,0	39,8	–656,9	79,4	61,5	–68,7	1,9	81,8	268,7
Cataluña	48,3	38,4	–4,2	–247,3	34,7	27,3	26,4	45,5	32,8	42,0	35,9	51,2	–4,2	36,3	55,6	59,1	48,2	48,7	–39,5
C. Valenciana	28,7	33,7	–109,8	–9,8	10,7	–26,7	68,8	48,4	6,8	2,9	46,5	50,0	44,6	40,4	22,8	39,4	39,9	62,5	14,6
Extremadura	59,3	–388,7	–30,1	–55,7	63,3	54,3	50,2	47,8	60,8	14,3	67,4	67,4	51,5	39,3	68,6	67,9	60,8	55,0	341,3
Galicia	61,7	47,3	34,5	14,0	55,9	44,3	51,8	46,5	35,0	43,5	20,6	51,5	65,7	–16,5	58,3	46,1	67,4	54,9	147,9
Madrid, C. de	63,6	254,6	52,8	659,4	30,2	–77,7	54,0	14,9	7,7	16,8	3,7	21,4	65,3	25,9	35,0	54,7	40,4	51,3	126,2
Murcia, R. de	69,5	2.637,6	–26,8	26,2	44,9	50,3	44,3	53,2	38,7	19,0	45,8	46,5	49,0	36,8	36,5	49,4	76,5	61,8	344,3
Navarra, C. F. de	30,4	58,5	–185,9	–111,1	32,8	37,9	61,4	41,9	43,1	–17,6	19,8	40,9	45,6	–7,1	42,3	64,0	49,4	54,8	592,6
País Vasco	12,0	39,3	–259,9	–32,1	30,8	20,2	62,4	47,0	27,4	32,4	30,9	41,5	37,5	51,6	27,7	64,4	58,9	67,6	–12.521,9
Rioja, La	66,3	881,1	50,9	–63,3	–398,4	56,7	62,7	25,2	66,6	7,8	48,1	50,5	66,8	59,8	80,6	83,0	133,3	707,4	7,5
Total	**56,2**	**–52,9**	**20,8**	**–150,8**	**35,2**	**30,0**	**53,8**	**36,6**	**39,4**	**24,2**	**37,2**	**48,4**	**44,6**	**40,9**	**47,6**	**43,6**	**55,0**	**46,6**	**273,9**

Fuente: Elaboración propia.

En el análisis posterior tomamos como unidad de medida temporal el año y no la totalidad del periodo de análisis. Este proceder se justifica, a nuestro juicio, por el hecho de que en determinados años, como los incluidos en el periodo 1993-1995 o el año 2010, el crecimiento del gasto sanitario es muy reducido o incluso negativo en la mayoría de las comunidades autónomas. Esta evolución manifestada en épocas recesivas, unida a la reducida sensibilidad cíclica que, por construcción, caracteriza a los factores inflación y demográfico, hace que se obtengan contribuciones anuales particularmente desorbitadas en esos años, de signo positivo para el factor inflación y, en menor medida, para el factor demográfico, y de signo negativo para el factor residual, que es el que capta, por exclusión, la sensibilidad a la fase del ciclo del gasto sanitario. Optamos, por tanto, por no caracterizar el crecimiento del gasto sanitario y de sus factores determinantes en el conjunto de los periodos 1991-2010 y 2002-2010, sino por eliminar previamente del análisis global aquellos años en los que el gasto sanitario de una determinada comunidad creció a niveles particularmente reducidos o negativos, dando lugar a contribuciones extremas de sus factores determinantes. Estas contribuciones están inducidas por la escasa sensibilidad cíclica antes referida de los factores demográfico e inflación y, por tanto, carecen de significado económico. Pese a que a 2010 es uno de los años excluidos por esta razón, mantenemos, no obstante, la indicación 1991-2010 y 2002-2010 para los dos periodos porque el año 2010 no está excluido *a priori* del análisis.[25]

---

[25] Los análisis complementarios realizados (disponibles, bajo petición dirigida a los autores, para el lector interesado en conocerlos), en los que comparamos las contribuciones promedio de cada factor —cuadro 2.9.— con las correspondientes al crecimiento global del periodo, permiten afirmar que la exclusión de los años caracterizados por contribuciones porcentuales desorbitadas se traduce en una reducción de la importancia relativa del factor inflación y, en menor medida, del factor demográfico, así como en un incremento en el porcentaje del crecimiento del gasto sanitario atribuible al factor residual. Esta importancia relativa dispar del factor residual respecto de los otros dos determinantes de la evolución del gasto sanitario es particularmente reducida en el periodo 2002-2010, ya que es en ese periodo en el que menos años quedan excluidos del análisis. No obstante, tal discrepancia no afecta en medida alguna a las elasticidades estimadas en el presente capítulo para los factores determinantes del crecimiento del factor residual y del gasto sanitario público.

El cuadro 2.9 presenta las contribuciones promedio de cada factor al crecimiento del gasto sanitario público realizado por las comunidades autónomas y por el Insalud en el periodo 1991-2010. Presentamos los citados promedios también para el periodo 2002-2010, por ser esta la etapa en que las competencias en materia de política sanitaria habían sido transferidas del Estado a todas las comunidades autónomas. Cabe destacar que los resultados obtenidos son robustos al periodo de análisis escogido.

CUADRO 2.9: Contribución de los factores determinantes del crecimiento del gasto sanitario público realizado por las comunidades autónomas y por el Insalud. Promedios, 1991-2010 y 2002-2010

(porcentaje)

	Factor demográfico		Factor inflación		Factor residual	
	1991-2010	2002-2010	1991-2010	2002-2010	1991-2010	2002-2010
Andalucía	13,4	17,6	36,3	34,4	50,3	48,0
Aragón	8,7	15,3	26,4	37,2	64,9	47,5
Asturias, P. de	7,4	7,6	37,7	40,0	54,9	52,4
Balears, I.	18,2	23,4	22,5	29,5	59,4	47,2
Canarias	32,1	29,7	41,5	32,3	26,3	38,0
Cantabria	12,4	11,4	37,7	27,7	49,9	60,9
Castilla y León	3,7	–0,3	14,6	4,1	81,7	96,2
Castilla-La Mancha	10,1	21,8	25,3	32,7	64,6	45,5
Cataluña	21,3	22,7	42,8	36,0	35,9	41,4
C. Valenciana	26,8	26,2	45,6	30,5	27,6	43,3
Extremadura	3,0	8,5	26,6	31,8	70,5	59,8
Galicia	9,3	12,7	37,2	43,8	53,5	43,5
Madrid, C. de	20,3	27,5	30,2	35,3	49,5	37,2
Murcia, R. de	10,4	23,3	24,3	26,4	65,2	50,3
Navarra, C. F. de	19,6	20,1	48,2	41,2	32,2	38,7
País Vasco	15,5	13,1	53,4	39,4	31,1	47,5
Rioja, La	11,1	8,6	22,3	13,7	66,6	77,8
Total	**12,4**	**20,6**	**35,9**	**33,9**	**51,6**	**45,5**

Fuente: Elaboración propia.

Encontramos, en primer lugar, que el factor residual es el principal determinante del crecimiento del gasto sanitario público en doce de las diecisiete comunidades españolas y, por tanto, también en el agregado nacional en el periodo 1991-2010. En Canarias, Cataluña, la Comunitat Valenciana, la Comunidad Foral de Navarra y el País Vasco el impulsor fundamental de crecimiento del gasto sanitario público es el factor inflación, esto es, el incremento en el precio de los bienes y servicios implícitos en la prestación del servicio sanitario. Por el contrario, el factor residual explica, al menos, la mitad del crecimiento del gasto sanitario público realizado durante el periodo 1991-2010 en las restantes 12 comunidades autónomas y en el agregado nacional. Cabe destacar Castilla y León como la comunidad autónoma en la que el factor residual tiene mayor poder explicativo, determinando más de cuatro quintas partes del crecimiento del gasto sanitario público entre 1991 y 2010. En Extremadura el porcentaje se sitúa en el 70%, mientras que en Aragón, Castilla-La Mancha, la Región de Murcia y La Rioja supera el 60%. En el agregado nacional, el factor residual explica cada año, en promedio, el 51% del crecimiento del gasto sanitario público realizado en las comunidades autónomas españolas entre 1991 y 2010.

El componente demográfico es, con la excepción de Canarias, el de menor poder explicativo de los tres factores determinantes del crecimiento del gasto sanitario público analizados. En el agregado nacional este factor explica solo el 12,4% del crecimiento del gasto sanitario público. En comunidades como Aragón, el Principado de Asturias, Castilla y León, Extremadura o Galicia, el poder explicativo de este factor no alcanza el 10% como promedio para el periodo analizado. Solo en el caso de Canarias, la Comunitat Valenciana, la Comunidad de Madrid y la Comunidad Foral de Navarra logra este factor determinante explicar al menos el 20% del crecimiento del gasto sanitario público entre 1991 y 2010.

Cabe, asimismo, señalar que el factor residual ha perdido importancia relativa con el paso del tiempo. Este aspecto se aprecia claramente en el cuadro 2.9 al comparar los promedios de los periodos 1991-2010 y 2002-2010 en nueve de las diecisiete comunidades autónomas españolas. Para el agregado nacional, el factor residual sigue siendo el principal determinante del crecimiento

del gasto sanitario público, si bien su importancia relativa se reduce aproximadamente en seis puntos porcentuales. No obstante, esta pérdida de importancia relativa en el total del crecimiento del gasto sanitario público debido al factor residual se ha producido de forma paralela a un reforzamiento de su papel como sustento primordial del crecimiento del mismo. En concreto, el factor residual es el principal determinante del crecimiento del gasto sanitario público en el periodo 2002-2010 en todas las comunidades españolas salvo en la Comunidad Foral de Navarra, donde ese rol lo sigue teniendo, como en el periodo 1991-2010, el factor inflación. Este último factor también pierde importancia relativa en el periodo 2002-2010 respecto a la registrada en el periodo más amplio 1991-2010. En concreto, y para el agregado nacional, pierde dos puntos porcentuales. No obstante, en este caso encontramos una notable heterogeneidad en el signo de la variación absoluta del peso relativo de este factor. Así, el factor inflación incrementa su importancia relativa como determinante del crecimiento del gasto sanitario público en ocho de los diecisiete territorios autonómicos españoles, entre los que destaca Aragón como la comunidad en la que dicho incremento es mayor, más de 10 puntos porcentuales. Por el contrario, el factor inflación pierde importancia relativa en nueve comunidades autónomas, y esa pérdida de poder explicativo llega a superar los diez puntos porcentuales en Cantabria, Castilla y León, la Comunitat Valenciana y el País Vasco.

Mayor unanimidad encontramos al analizar el cambio en el poder explicativo del factor demográfico, ya que este se ha incrementado en once de las diecisiete comunidades españolas. La Región de Murcia y Castilla-La Mancha son las dos autonomías en las que este incremento ha sido más notable al superar holgadamente los diez puntos porcentuales. El incremento en el agregado nacional fue de poco más de ocho puntos porcentuales. No obstante, el factor demográfico era el determinante menos relevante del crecimiento del gasto sanitario público en todas las comunidades autónomas españolas en el periodo 2002-2010.

Los resultados contenidos en el cuadro 2.9 pueden, asimismo, ser reinterpretados en términos de contribuciones de los factores

demográfico y residual al crecimiento del gasto sanitario público real realizado por las comunidades autónomas y por el Insalud. Basta con descontar el aumento de los precios implícitos en la prestación de la asistencia sanitaria del crecimiento del gasto sanitario, y descomponer el resultado en una parte debida al crecimiento en el factor demográfico y otra a un componente residual. El resultado de este ejercicio se presenta en el cuadro 2.10. Los comentarios realizados en párrafos precedentes acerca de la hegemonía del factor residual se mantienen al analizar su contribución al crecimiento del gasto sanitario público real. Para el agregado nacional encontramos que, en promedio, cerca de tres cuartas partes del crecimiento anual del gasto sanitario público realizado en las comunidades autónomas en el periodo 1991-2010 se explica por el factor residual. Este porcentaje se sitúa cerca del 90% en Castilla y León, Extremadura y La Rioja, siendo la Comunidad de Madrid la región en la que se obtiene el porcentaje más reducido, del 64,4%.

La tendencia anteriormente destacada a la reducción en el porcentaje del crecimiento del gasto sanitario público que es debido al factor residual se observa igualmente al analizar el crecimiento del gasto sanitario público en términos reales. Obviamente, la contrapartida de esta tendencia es el incremento en la importancia relativa del factor demográfico.

Llegados a este punto, podemos afirmar que el crecimiento del gasto sanitario se debe básica y mayoritariamente al factor residual, esto es, a variaciones en la cantidad y/o calidad de los servicios sanitarios consumidos por la población, lo que también suele denominarse *prestación sanitaria real media*. En otras palabras, hasta aquí lo único que podemos decir es que el gasto sanitario público crece en España por una combinación de los siguientes factores: cambios en la tecnología aplicable en el sistema sanitario público, menor eficiencia en el uso de los recursos disponibles y mayor intensidad de recursos por paciente. Parece evidente que este resultado es demasiado genérico para ser de utilidad a la toma de decisiones conducentes a garantizar la sostenibilidad de la sanidad pública. Así, la principal limitación que presenta el enfoque del residual efectuado es su escasa o nula aplicabilidad, ya que dicho *residuo* no se obtiene por agregación de varias partidas de

gasto concretas e identificables, de modo que resulta imposible formular recomendaciones de actuación sobre rúbrica alguna, a fin de contener el crecimiento de la prestación sanitaria per cápita y, por ende, del gasto sanitario público.

CUADRO 2.10: Contribución de los factores determinantes del crecimiento del gasto sanitario público en volumen realizado por las CC. AA. y por el Insalud. Promedios

(porcentaje)

	Factor demográfico		Factor residual	
	1991-2010	**2002-2010**	**1991-2010**	**2002-2010**
Andalucía	28,5	32,2	71,5	67,8
Aragón	21,5	30,2	78,5	69,8
Asturias, P. de	21,4	16,7	78,6	83,3
Balears, I.	32,5	26,5	67,5	73,5
Canarias	23,6	45,9	76,4	54,1
Cantabria	19,2	27,8	80,8	72,2
Castilla y León	11,2	13,0	88,8	87,0
Castilla-La Mancha	18,2	22,4	81,8	77,6
Cataluña	23,6	27,8	76,4	72,2
C. Valenciana	33,2	39,0	66,8	61,0
Extremadura	12,0	12,9	88,0	87,1
Galicia	14,7	17,5	85,3	82,5
Madrid, C. de	35,6	46,7	64,4	53,3
Murcia, R. de	25,2	32,8	74,8	67,2
Navarra, C. F. de	21,0	27,5	79,0	72,5
País Vasco	22,9	24,3	77,1	75,7
Rioja, La	13,0	14,4	87,0	85,6
Total	**27,0**	**32,0**	**73,0**	**68,0**

Fuente: Elaboración propia.

A continuación presentamos un ejercicio empírico que tiene como objeto la superación de la mencionada limitación intrínseca

al análisis tradicional del residual. Nuestro objetivo es identificar aquellas partidas del presupuesto sanitario de las distintas comunidades autónomas que explican el crecimiento del factor residual, con el fin de dotar de contenido económico y operatividad dicho factor. Una ventaja adicional de este ejercicio es que permite contrastar si, tal y como sugiere la interpretación tradicional, el crecimiento en el factor residual está determinado por el cambio en variables que informan del nivel de dotación tecnológica de los hospitales y centros de salud públicos, así como de aquellas que miden el grado de utilización de los servicios sanitarios públicos por parte de la población de cada comunidad autónoma.

El único precedente de este ejercicio de estimación y refinamiento del enfoque del residual se encuentra en CESRM (2012) y fue realizado por este mismo equipo de trabajo. En el presente estudio realizamos un esfuerzo adicional en el tratamiento estadístico y econométrico de las series, en la búsqueda de variables explicativas relevantes, disponiendo asimismo de un periodo temporal notablemente más amplio que incrementa la calidad de las estimaciones y permite especificaciones más ambiciosas.

2.1.3. Un intento de explicar el factor residual mediante el análisis de regresión

A diferencia de lo que ocurre con el análisis convencional del residual, en el que se descompone el crecimiento del gasto sanitario público, ahora desconocemos *a priori* la identidad de los factores determinantes. Por esta razón utilizamos una amplia batería de bases de datos que nos permiten construir un elevado número de variables potencialmente relevantes con las que explicar la desigual variabilidad del factor residual en las diferentes comunidades autónomas y en los distintos años analizados.

Así, por un lado, calculamos las tasas anuales de variación de cada componente de las clasificaciones económico-presupuestaria y funcional del gasto sanitario público realizado por los gobiernos autonómicos o por el Insalud en las comunidades autónomas españolas en el periodo 1991-2010. El análisis estadístico multivariante posterior permitirá identificar qué partidas están significativamente correlacionadas con la evolución del factor residual y, por tanto, lo determinan.

Asimismo, utilizamos los microdatos del Catálogo Nacional de Hospitales del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para calcular el número de trabajadores de la sanidad pública hospitalaria de cada comunidad y para caracterizar la dotación en medios y tecnología de dichos hospitales. La información sobre efectivos en centros de atención primaria la obtenemos del Catálogo Nacional de Centros de Atención Primaria del Servicio Nacional de Salud, disponible en el sitio web del mismo Ministerio.[26]

En ambos casos, calculamos tasas anuales de variación de cada una de las variables seleccionadas y las incorporamos como variables explicativas adicionales en el análisis estadístico multivariante. Combinando la tasa de variación de los efectivos hospitalarios y de asistencia primaria con las correspondientes tasas de variación de la remuneración de asalariados hospitalaria y de atención primaria procedentes de la clasificación funcional del gasto sanitario público, calculamos la tasa de variación de la remuneración de asalariados unitaria o salario medio en hospitales y en centros de atención primaria en cada comunidad autónoma. De esta forma podemos distinguir entre cambios en el número de trabajadores y cambios en la remuneración media como determinantes del crecimiento del factor residual.

Por otro lado, utilizamos los microdatos de las Encuestas Nacionales de Salud de los años 2001, 2003 y 2006, y los datos de España de la Encuesta Europea de Salud de 2009 para calcular indicadores de utilización de servicios sanitarios públicos. En concreto, los microdatos de libre disposición en el portal estadístico del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, permiten calcular tres indicadores de utilización de servicios sanitarios públicos en cada uno de los citados años: el porcentaje de habitantes de cada comunidad que ha asistido a consultas con un médico del servicio público de salud en el mes previo a la entrevista, el porcentaje de aquellos que han sido ingresados en hospitales públicos en el año previo a la misma y la estancia

[26] Los datos del Catálogo Nacional de Centros de Atención Primaria y los microdatos del Catálogo Nacional de Hospitales están disponibles en el banco de datos del portal estadístico del Servicio Nacional de Salud en http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/bancoDatos.htm.

media hospitalaria en días. Posteriormente calculamos tasas medias anuales de crecimiento de los tres indicadores entre cada dos encuestas consecutivas e imputamos dichas tasas a los años comprendidos entre esas encuestas.

La principal limitación de las estadísticas hospitalarias, de asistencia primaria y de utilización de servicios sanitarios es su reducido alcance temporal, ya que en unos casos solo están disponibles a partir del año 2002 y, en otros, solo llegan hasta el año 2009. En el análisis econométrico posterior consideraremos dos muestras. Una primera muestra más amplia en su dimensión temporal, pues cubre la totalidad del periodo analizado 1991-2010, pero que es más limitada en número de variables explicativas, ya que solo incluye las partidas que componen el gasto sanitario público realizado por las comunidades autónomas o por el Insalud antes de 2002 de acuerdo con las clasificaciones económico-presupuestaria y funcional. La segunda muestra se limita al periodo 2002-2009, pero combina las variables explicativas procedentes de las clasificaciones del gasto público con las construidas a partir de las estadísticas hospitalarias, de asistencia primaria y de utilización de servicios sanitarios. Este segundo periodo tiene, además, la singularidad ya destacada previamente de ser aquel en el que todos los entes autonómicos tienen transferidas las competencias sanitarias. Es, por ello, un periodo particularmente relevante desde el punto de vista analítico, por cuanto estamos analizando decisiones de gasto de una única institución.

Una vez recopiladas todas las potenciales variables explicativas procedemos a probar distintas especificaciones en cada una de las dos muestras. El objetivo es encontrar aquella especificación que maximiza la bondad del ajuste, esto es, que logra explicar un porcentaje mayor de la variabilidad del factor residual por comunidades autónomas y años. En todos los casos, los modelos fueron estimados por mínimos cuadrados ordinarios.

En el cuadro 2.11 presentamos los resultados obtenidos en las dos especificaciones que maximizan la bondad del ajuste en el conjunto del periodo 1991-2010 y en el periodo en el que disponemos de información sobre tecnología sanitaria instalada en centros públicos y sobre personal de hospitales y centros de asistencia primaria públicos, es decir, en el periodo 2002-2009.

CUADRO 2.11: Estimación por mínimos cuadrados ordinarios de los determinantes del crecimiento del factor residual, 2002-2009 y 1991-2010

	2002-2009	1991-2010
Remuneración personal. Investigación y formación	0,000 (0,000)	0,000 (0,000)
Consumo intermedio. Investigación y formación	0,002 (0,002)	0,001 (0,001)
Consumo de capital fijo. Investigación y formación	0,000 (0,000)	0,000 (0,000)
Remuneración personal. Administración general	0,046** (0,021)	0,033*** (0,008)
Consumo intermedio. Administración general	0,003 (0,005)	0,001 (0,003)
Consumo de capital fijo. Administración general	–0,004 (0,004)	0,000 (0,000)
Salario medio. Hospitales	0,195*** (0,053)	–
Salario medio. At. primaria	0,124*** (0,034)	–
Personal total. Hospitales y at. primaria	0,311*** (0,086)	–
Consumos intermedios. Hospitales[1]	0,165*** (0,022)	0,160*** (0,012)
Consumos intermedios. At. primaria[1]	0,040** (0,018)	0,028*** (0,009)
Servicios hospitalarios[1]	0,000 (0,000)	0,000 (0,000)
Servicios especializados[1]	0,007** (0,004)	0,004 (0,003)
Farmacia no hospitalaria[1]	–0,127 (0,121)	0,140*** (0,010)
Prótesis y aparatos terapéuticos[1]	0,000 (0,002)	–0,000 (0,002)
Transferencias a entes público no agentes	–0,001 (0,002)	0,000 (0,000)
Transferencias de capital entre Administraciones Públicas	–0,000 (0,002)	0,000 (0,000)
Transferencias de capital a entes privados	0,001 (0,000)	0,000 (0,000)

CUADRO 2.11 *(cont.)*: **Estimación por mínimos cuadrados ordinarios de los determinantes del crecimiento del factor residual, 2002-2009 y 1991-2010**

	2002-2009	1991-2010
Formación bruta de capital fijo	0,078***	0,054***
	(0,009)	(0,004)
Resonancia magnética. Hospitales	0,062**	–
	(0,026)	
Angiografía digital	–0,044*	–
	(0,025)	
Gammacámaras	0,007**	–
	(0,003)	
Acelerador lineal	–0,005	–
	(0,010)	
Salas rayos X. Hospitales	0,007	–
	(0,011)	
Salas rayos X. Centros de especialización	0,016	–
	(0,016)	
TAC cuerpo y cráneo en hospitales	0,002	–
	(0,010)	
Utilización servicios. At. primaria[1]	–0,063	–
	(0,055)	
Utilización servicios hospitalarios urgencias[1]	0,123**	–
	(0,060)	
Tiempo medio hospitalización (días)	–0,001	–
	(0,053)	
Crecimiento demográfico	–1,218*	–0,629**
	(0,739)	(0,258)
Remuneración asalariados hospitales	–	0,174***
		(0,032)
Remuneración asalariados. At. primaria	–	0,138***
		(0,034)
Constante	–4,453**	–4,643***
	(2,234)	(1,151)
N.º de observaciones	119	323
R^2	0,8401	0,821

*** $p < 0,01$; ** $p < 0,05$; * $p < 0,1$.

[1] Mide crecimiento per cápita de la variable correspondiente, esto es, ha sido corregida por el crecimiento de la población en esa comunidad autónoma. Se han incluido indicadoras de año y de comunidades autónomas en las estimaciones.

Fuente: Elaboración propia.

La especificación con mayor poder explicativo es la que presentamos en la primera columna, esto es, aquella que utiliza el periodo 2002-2009 combinando determinadas partidas de la clasificación funcional del gasto sanitario público con información sobre incremento de la tecnología instalada en hospitales públicos y tasas de crecimiento, tanto en los recursos y personal de los servicios hospitalarios y de asistencia primaria, como en la utilización de los medios sanitarios públicos por parte de la población. Aunque la diferencia entre el poder explicativo de los dos modelos estimados es marginalmente favorable al empleado para el periodo 2002-2009, hay que tener en cuenta que el número de observaciones con el que estimamos este modelo es notablemente inferior al del periodo más amplio 1991-2010.

Cuando analizamos el periodo temporal más amplio no disponemos, sin embargo, de información sobre el número de trabajadores en hospitales y en servicios de atención primaria públicos, por lo que no podemos descomponer el crecimiento de la remuneración de asalariados en cada instancia, en la parte debida a la mejora en las condiciones salariales medias y en la que se debe al incremento en el número de trabajadores contratados. Las variables que aparecen en la regresión con el nombre *remuneración de asalariados* miden, pues, la variación en el total de gasto en personal.

Asimismo, corregimos el crecimiento de determinadas partidas de gasto por el de la población, para obtener variaciones per cápita de dichas partidas de gasto o, en otros términos, medidas de variación del gasto independientes del crecimiento demográfico experimentado por esa comunidad autónoma. Efectivamente, esta forma de proceder nos permite discernir entre variaciones debidas a incrementos en la intensidad de uso de determinadas partidas de gasto y variaciones debidas a incrementos en la población para una misma intensidad de uso. Utilizamos este procedimiento en el caso de los consumos intermedios hospitalarios y de asistencia primaria, en los servicios hospitalarios y especializados, en la farmacia no hospitalaria, en las prótesis y aparatos terapéuticos y en los indicadores de utilización de servicios de atención primaria y de urgencias hospitalarias. Así, incluimos estos regresores corregidos del crecimiento poblacional experimentado y, por tanto, incorporamos aparte el crecimiento demográfico como un

regresor adicional. En consecuencia, el coeficiente estimado para este nuevo regresor mide el efecto global del crecimiento de la población en el crecimiento del factor residual.

Los ajustes de regresión realizados tienen un elevado poder explicativo, ya que recogen aproximadamente el 84% de la variabilidad en el crecimiento anual registrado por el factor residual. Esta elevada capacidad explicativa se concentra en un reducido conjunto de variables, algunas de la cuales cuestionan la interpretación convencional del factor residual. En concreto, el análisis de regresión realizado para el periodo 2002-2009 con el conjunto más amplio de regresores indica que dos de los determinantes básicos del ritmo de crecimiento del factor residual son el crecimiento de la remuneración media por asalariado en los hospitales y el de la misma magnitud en los centros de asistencia primaria. Parece claro que estas partidas no deberían formar parte del factor residual, ya que se trata de componentes inflacionistas que, como tales, deberían estar integrados en el factor inflación. La imperfecta construcción del índice de precios sanitario es la que permite que en este caso y, por extensión, probablemente también en otras aplicaciones previas del enfoque del residual realizadas en la literatura, la prestación sanitaria real media tenga más importancia relativa de la que le corresponde, por albergar componentes inflacionistas no recogidos en el factor inflación.

Las elasticidades calculadas utilizando los valores promedio de las variables explicativas confirman la relevancia del crecimiento de la retribución salarial media en hospitales y centros de atención primaria como determinantes del crecimiento del factor residual. Estas elasticidades se encuentran en el cuadro 2.12.

Comenzando por las estimaciones realizadas para el periodo 2002-2009, encontramos que un incremento de un 1% de la remuneración salarial media en hospitales y en centros de atención primaria provoca un incremento del 0,31% y del 0,25% del factor residual, respectivamente. Tan solo hay dos variables explicativas con una elasticidad mayor en valor absoluto: el crecimiento en el número de trabajadores en el conjunto del servicio autonómico de salud (hospitales y centros de asistencia primaria) y el incremento en el valor de los consumos intermedios hospitalarios por habitante. Un incremento de un 1% en el valor de los consumos interme-

dios hospitalarios por habitante provoca un crecimiento del 0,4% en el factor residual, siendo esta la mayor de las elasticidades. Por su parte, un incremento del 1% en el total de personal que trabaja en el servicio público autonómico de salud se traduce en un incremento del 0,37% en el crecimiento del factor residual.

CUADRO 2.12: Elasticidad de la tasa de variación del factor residual respecto de sus factores determinantes, 2002-2009 y 1991-2010

	2002-2009	1991-2010
Remuneración personal. Administración general	0,096	0,080
Salario medio. Hospitales	0,312	–
Salario medio. Atención primaria	0,254	–
Personal total. hospitales y atención primaria	0,368	–
Consumos intermedios. Hospitales[1]	0,395	0,486
Farmacia no hospitalaria[1]	–	0,433
Consumos intermedios. Atención primaria[1]	0,092	0,065
Servicios especializados[1]	0,035	–
Formación bruta de capital fijo	0,154	0,168
Resonancia magnética. Hospitales	0,008	–
Gammacámaras	0,020	–
Utilización servicios hospitalarios urgencias	0,032	–
Remuneración asalariados hospitales	–	0,451
Remuneración asalariados atención primaria	–	0,325
Crecimiento demográfico	–0,397	–0,201

[1] Mide crecimiento per cápita de la variable correspondiente, esto es, ha sido corregida por el crecimiento de la población en esa comunidad autónoma.

Fuente: Elaboración propia.

Las elasticidades obtenidas para las remuneraciones medias de hospitales y asistencia primaria, así como para los consumos intermedios hospitalarios y para el total de trabajadores son notablemente más elevadas que las correspondientes a las demás variables con un coeficiente estimado significativamente distinto de cero a niveles de significatividad convencionales. Por ejemplo, un incremento de un 1% en el valor de los consumos intermedios de los centros de asistencia primaria por habitante provoca un incremento del 0,09% en el crecimiento del factor residual, esto es, un efecto 4,4 veces inferior a cuando el incremento se produce en los consumos intermedios hospitalarios por habitante. Por su parte, el efecto

de un incremento de un 1% en la proporción de ciudadanos que utilizan los servicios de urgencias o en el valor de los servicios especializados por habitante concertados con proveedores privados es cuantitativamente similar y se traduce en un incremento del 0,03% en el crecimiento anual del factor residual. Algo inferior es el efecto de un incremento de un 1% en el número de gammacámaras disponibles en los hospitales públicos autonómicos.

Asimismo, encontramos dos variables con una elasticidad situada en el intervalo [0,1-0,15], esto es, en un rango intermedio de valores. Se trata de la formación bruta de capital fijo o inversión no financiera en elementos de inmovilizado vinculados al sistema sanitario público y el incremento en la remuneración del personal de administración general. En este último caso, al no poder controlar por la variación en el total de personal asignado a este servicio no podemos descomponer este crecimiento en una parte debida a variaciones en la cantidad de personas contratadas y otra parte debida al incremento en la remuneración media. Este último componente es el que no debería, llegado el caso, estar asociado al factor residual sino al factor inflación.

Finalmente, estimamos una elasticidad de signo negativo y valor absoluto similar a la de los consumos intermedios hospitalarios per cápita para el crecimiento de la población de cada comunidad autónoma. Este resultado indica que es la mayor intensidad de uso de los recursos públicos y no el crecimiento demográfico el que explica el crecimiento del factor residual. Como cabía esperar, un mayor crecimiento de la población reduce el crecimiento del factor residual, ya que será otro componente, el demográfico, el que incrementó su contribución al crecimiento del gasto sanitario público.

Cuando analizamos todo el periodo disponible 1991-2010, como destacamos previamente, no podemos discernir la parte del incremento en la remuneración de asalariados hospitalaria o de asistencia primaria que se debe a una mejora en las condiciones retributivas de los trabajadores existentes o a un incremento en la plantilla. Es este el motivo por el que los dos efectos se confunden en la elasticidad de las variables de remuneración de asalariados.

Otra cuestión que se ha de destacar del análisis de los determinantes del crecimiento del factor residual es que dicho análisis refrenda, aunque solo parcialmente, la interpretación convencio-

nal que de dicho factor suele hacerse, ya que el consumo medio de servicios hospitalarios de urgencias y la variación en la tecnología, medida a través de las variaciones en el número de gamma-cámaras instaladas en los hospitales públicos regionales, son determinantes relevantes del ritmo de crecimiento de la prestación sanitaria real media. El problema es que estos componentes son los que menor importancia relativa tienen dentro del conjunto de determinantes estadísticamente significativos, mientras que los determinantes más relevantes son aquellos que no deberían formar parte del factor residual sino del factor inflación.

El análisis de regresión realizado en el periodo temporal más amplio, con el conjunto de regresores más reducido, refrenda los resultados obtenidos en el análisis del periodo 2002-2009 acerca de la relevancia de los regresores comunes a las dos muestras, al tiempo que pone de manifiesto que el crecimiento en la partida de gasto en farmacia no hospitalaria solo es un determinante relevante del crecimiento del factor residual cuando no controlamos por otros aspectos esenciales del mismo que sí podemos incluir en la muestra temporalmente más reducida.

A partir de estos resultados podemos redefinir el crecimiento del factor residual, eliminando los componentes inflacionistas que hemos identificado en el análisis econométrico. Estos componentes son posteriormente añadidos al factor inflación, obteniendo un nuevo componente que denominamos *factor inflación aumentado*. De forma equivalente, se estima un nuevo factor residual en el que se mantienen solo aquellas partidas que no recogen componentes inflacionistas.

Los cuadros 2.13 y 2.14 recogen las tasas de variación de los nuevos factores inflación y residual entre 2002 y 2009 y, por facilitar la comparación, también reproducimos el cuadro 2.15 con las tasas de crecimiento del factor demográfico. Nótese que este ejercicio de reasignación de componentes inflacionistas solo se puede realizar en la muestra del periodo 2002-2009, ya que es la información proveniente de las encuestas hospitalarias y de asistencia primaria la que permite descomponer el crecimiento de la remuneración de asalariados en hospitales y en centros de asistencia primaria en un componente inflacionista y en otro debido a variaciones en la cantidad de trabajadores.

CUADRO 2.13: Tasa anual de variación del factor inflación ampliado, 2002-2009

(porcentaje)

CC. AA.	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Andalucía	5,9	4,8	5,3	4,5	4,3	3,5	1,5
Aragón	7,0	4,3	5,8	4,2	6,3	5,7	3,4
Asturias, P. de	5,3	5,2	3,2	4,9	4,8	5,2	0,8
Balears, I.	10,5	6,9	5,9	4,9	7,8	7,5	6,4
Canarias	5,3	5,5	6,2	4,7	6,6	6,7	2,0
Cantabria	7,3	3,9	7,0	5,8	7,0	6,1	1,3
Castilla y León	4,9	4,2	5,6	3,8	3,4	5,0	3,6
Castilla-La Mancha	6,0	5,5	5,6	7,6	5,4	3,6	9,1
Cataluña	7,4	5,3	4,3	14,3	7,5	6,6	6,4
C. Valenciana	6,2	5,0	5,0	4,3	6,4	5,0	2,5
Extremadura	10,3	2,9	4,7	2,8	5,8	5,0	3,9
Galicia	4,2	4,7	5,5	4,8	6,3	5,4	4,5
Madrid, C. de	6,9	7,0	6,8	5,1	7,5	4,1	3,4
Murcia, R. de	8,6	5,4	8,2	5,6	6,2	8,6	4,0
Navarra, C. F. de	5,9	4,5	6,0	3,7	3,3	7,2	21,3
País Vasco	2,9	3,3	4,3	6,0	6,1	5,8	1,3
Rioja, La	11,3	5,3	5,3	5,1	7,2	6,3	1,9
Total	**6,8**	**4,9**	**5,6**	**5,4**	**6,0**	**5,7**	**4,5**

Fuente: Elaboración propia.

A partir de estas cifras calculamos la contribución de cada uno de los tres factores al crecimiento del gasto sanitario público realizado por las comunidades autónomas entre 2002 y 2009. Los cuadros 2.16, 2.17 y 2.18 presentan la contribución de cada uno de los tres factores al crecimiento anual del gasto sanitario público entre 2002 y 2009. Por su parte, el cuadro 2.19 resume las contribuciones medias registradas en ese mismo periodo por los tres factores con y sin corrección de factores inflacionistas.

CUADRO 2.14: Tasa anual de variación del factor residual redefinido, 2002-2009

(porcentaje)

CC. AA.	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Andalucía	1,6	2,5	–0,4	3,7	0,4	10,0	–3,6
Aragón	5,2	5,0	–1,9	5,0	1,6	1,4	3,2
Asturias, P. de	6,0	1,0	2,2	1,1	0,9	2,7	10,9
Balears, I.	1,4	1,4	11,6	–5,9	1,0	–3,2	–3,8
Canarias	3,9	–1,4	3,1	0,7	–0,8	3,3	0,5
Cantabria	6,4	2,6	–0,3	–0,7	–0,8	–13,8	2,2
Castilla y León	8,9	1,8	1,9	9,9	–6,7	11,2	–6,4
Castilla-La Mancha	1,3	–6,6	19,5	3,6	–4,2	–1,5	6,2
Cataluña	2,7	–2,4	1,9	–3,8	1,9	1,1	–1,6
C. Valenciana	4,2	1,2	2,4	1,1	0,5	1,3	3,7
Extremadura	0,9	3,5	1,9	6,5	6,4	2,5	0,5
Galicia	3,8	5,2	–2,9	4,3	–0,3	3,6	–0,6
Madrid, C. de	–1,6	5,0	–2,0	1,2	1,1	2,3	2,1
Murcia, R. de	1,9	3,2	–0,6	1,2	3,4	9,3	–0,1
Navarra, C. F. de	1,4	2,3	–2,8	2,9	5,1	1,2	–13,5
País Vasco	3,6	2,5	3,8	–0,4	4,3	3,2	5,2
Rioja, La	–1,8	6,1	5,7	20,6	13,0	–23,2	–3,9
Total	**2,9**	**1,9**	**2,5**	**3,0**	**1,6**	**0,7**	**0,1**

Fuente: Elaboración propia.

Comenzando el análisis por el promedio de las diecisiete comunidades autónomas, encontramos que el nuevo factor residual explica el 26% del crecimiento del gasto sanitario público entre 2002 y 2009. Esta cifra resulta ser aproximadamente 20 puntos porcentuales inferior a la obtenida en el cuadro 2.9, cuando dejábamos, sin saberlo, componentes inflacionistas dentro del factor residual. De forma equivalente, el factor inflación aumentado explica ahora casi el 60% del crecimiento del gasto sanitario público realizado por las comunidades autónomas en

CUADRO 2.15: Tasa anual de variación del factor demográfico, 2002-2009

(porcentaje)

CC. AA.	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Andalucía	2,0	1,4	2,2	2,0	1,4	2,1	1,8
Aragón	0,9	1,4	1,2	0,8	1,2	1,8	1,4
Asturias, P. de	0,7	0,5	0,6	0,6	0,2	0,8	0,9
Balears, I.	3,2	0,7	3,0	2,4	2,9	4,0	2,5
Canarias	3,3	1,4	3,2	2,3	2,1	3,3	2,3
Cantabria	1,8	1,3	1,5	1,4	1,1	1,8	1,4
Castilla y León	0,6	0,6	0,8	0,9	0,5	1,1	0,7
Castilla-La Mancha	1,7	1,6	1,9	2,0	1,8	2,6	1,9
Cataluña	2,7	1,6	2,3	2,1	1,3	2,0	1,7
C. Valenciana	3,4	1,4	3,3	3,0	1,9	3,1	1,9
Extremadura	0,4	0,4	1,0	0,7	0,5	1,0	1,0
Galicia	1,0	0,6	0,8	0,9	0,7	0,9	1,0
Madrid, C. de	3,2	1,8	2,8	1,5	1,3	3,1	2,3
Murcia, R. de	3,3	2,3	3,0	2,8	1,9	2,5	1,8
Navarra, C. F. de	1,5	1,3	1,5	1,6	1,0	2,2	1,7
País Vasco	0,9	0,8	1,0	1,1	1,0	1,2	1,3
Rioja, La	1,8	2,0	2,1	1,9	1,1	2,4	1,6
Total	**2,2**	**1,3**	**2,1**	**1,8**	**1,3**	**2,2**	**1,7**

Fuente: Elaboración propia.

el periodo 2002-2009. La nueva cifra, resultante de la adecuada reorganización de componentes del factor residual, resulta ser 23 puntos porcentuales superior a la primitiva. Por su parte, el factor demográfico permanece relativamente ajeno a esta redistribución de poder explicativo, si bien para el conjunto de las diecisiete comunidades autónomas registra una pérdida de importancia relativa de tres puntos porcentuales y medio, hasta situar su contribución al crecimiento del gasto sanitario público en el 17%.

CUADRO 2.16: Contribución del factor inflación aumentado al crecimiento del gasto sanitario público realizado por las comunidades autónomas y por el Insalud, 2003-2009

(porcentaje)

CC. AA.	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Andalucía	61,9	55,3	74,5	44,1	70,1	22,2	–629,8
Aragón	53,2	40,4	113,9	41,9	69,1	64,2	42,2
Asturias, P. de	44,2	77,5	53,7	74,6	80,5	59,6	6,6
Balears, I.	69,8	76,0	28,8	348,9	66,6	90,7	126,0
Canarias	42,3	99,6	49,5	61,5	83,5	50,5	40,8
Cantabria	47,2	50,5	84,5	89,5	95,6	–104,6	26,3
Castilla y León	33,8	63,0	67,6	25,9	–124,8	29,0	–170,1
Castilla-La Mancha	66,2	1.077,8	20,6	57,5	182,2	77,9	53,0
Cataluña	57,5	117,4	50,9	113,9	70,6	67,9	98,6
C. Valenciana	44,9	65,4	46,7	50,9	72,0	53,6	30,3
Extremadura	89,1	42,7	61,4	28,3	45,6	59,0	71,7
Galicia	47,1	44,9	157,8	48,0	95,0	54,6	91,1
Madrid, C. de	80,4	50,3	89,3	65,2	75,6	43,0	43,9
Murcia, R. de	62,0	49,7	77,1	58,5	53,9	42,1	69,3
Navarra, C. F. de	66,9	55,3	127,3	45,3	35,1	68,1	223,6
País Vasco	39,0	49,5	47,1	89,9	53,8	56,4	16,8
Rioja, La	100,7	39,9	40,6	18,4	33,8	–42,9	–435,2
Total	**59,2**	**120,9**	**70,1**	**74,2**	**62,2**	**40,7**	**–17,3**

Fuente: Elaboración propia.

Este patrón de comportamiento que acabamos de comentar para el agregado nacional es válido para todas y cada una de las diecisiete comunidades autónomas españolas. En concreto, el factor residual pierde importancia relativa en todos los territorios, con un rango de variación de la pérdida de peso relativo que oscila entre los 10,6 puntos porcentuales del País Vasco y los 46 puntos porcentuales de Cataluña y la Comunidad Foral de Navarra. El factor inflación, por su parte, recibe esta transferencia de importancia relativa, mientras que el factor demográfico registra variaciones de muy reducida intensidad.

CUADRO 2.17: Contribución del factor residual redefinido al crecimiento del gasto sanitario público realizado por las comunidades autónomas y por el Insalud, 2003-2009

(porcentaje)

CC. AA.	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Andalucía	16,8	28,8	–6,2	36,3	7,2	64,4	1.494,9
Aragón	39,7	46,6	–37,9	49,9	17,3	15,3	40,3
Asturias, P. de	50,1	15,7	35,9	16,6	15,6	31,4	86,3
Balears, I.	9,2	16,0	56,6	–417,1	8,6	–39,4	–75,7
Canarias	31,4	–25,0	24,8	8,8	–10,0	24,6	10,7
Cantabria	41,4	33,0	–3,2	–11,3	–10,5	234,7	45,0
Castilla y León	62,1	27,6	22,5	68,0	241,8	64,6	303,4
Castilla-La Mancha	15,0	–1.299,0	72,3	27,1	–141,7	–32,9	36,1
Cataluña	21,2	–52,9	22,5	–30,4	17,7	11,4	–25,0
C. Valenciana	30,1	16,1	22,9	13,7	6,1	13,9	46,0
Extremadura	7,7	50,7	25,4	64,4	50,3	29,6	9,5
Galicia	41,9	49,8	–82,1	43,2	–5,2	36,4	–11,6
Madrid, C. de	–18,2	36,5	–26,8	16,1	11,4	24,7	26,8
Murcia, R. de	14,0	29,3	–5,2	12,0	29,5	45,6	–1,6
Navarra, C. F. de	15,9	28,8	–59,8	35,4	54,4	11,4	–141,8
País Vasco	48,5	37,9	42,0	–6,2	37,8	31,8	66,5
Rioja, La	–16,4	45,6	43,3	74,7	61,1	159,0	885,7
Total	**24,1**	**–53,8**	**8,6**	**0,1**	**23,0**	**42,7**	**164,4**

Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo con las nuevas contribuciones, el factor inflación es el principal determinante del crecimiento del gasto sanitario realizado por las comunidades autónomas españolas en todos los casos, salvo en Cantabria y en Castilla y León, donde el factor residual continúa siendo el principal responsable de la dinámica del gasto sanitario público. Las comunidades de Castilla y León y La Rioja, son las únicas comunidades en las que el crecimiento del factor residual corregido sigue explicando, en promedio, aproximadamente dos terceras partes del incremento anual en el gasto sanitario público en el periodo 2002-2009.

CUADRO 2.18: Contribución del factor demográfico al crecimiento del gasto sanitario público realizado por las comunidades autónomas y por el Insalud, 2003-2009

(porcentaje)

CC. AA.	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Andalucía	21,2	15,9	31,7	19,7	22,7	13,4	–765,1
Aragón	7,1	13,0	24,0	8,2	13,6	20,5	17,4
Asturias, P. de	5,7	6,8	10,4	8,9	4,0	9,0	7,1
Balears, I.	21,0	8,0	14,6	168,2	24,7	48,7	49,7
Canarias	26,3	25,4	25,7	29,6	26,5	24,9	48,5
Cantabria	11,4	16,5	18,6	21,8	14,9	–30,1	28,8
Castilla y León	4,2	9,4	9,9	6,1	–16,9	6,5	–33,4
Castilla-La Mancha	18,8	321,2	7,1	15,4	59,5	54,9	10,9
Cataluña	21,3	35,6	26,7	16,5	11,8	20,7	26,4
C. Valenciana	24,9	18,4	30,4	35,4	21,8	32,5	23,6
Extremadura	3,2	6,6	13,3	7,3	4,1	11,5	18,8
Galicia	11,0	5,3	24,3	8,7	10,2	9,1	20,5
Madrid, C. de	37,8	13,2	37,6	18,8	13,1	32,3	29,3
Murcia, R. de	23,9	21,0	28,2	29,5	16,6	12,2	32,3
Navarra, C. F. de	17,3	15,9	32,5	19,3	10,6	20,5	18,2
País Vasco	12,5	12,6	10,8	16,4	8,4	11,8	16,7
Rioja, La	15,7	14,6	16,1	6,9	5,1	–16,1	–350,4
Total	**16,7**	**32,9**	**21,3**	**25,7**	**14,7**	**16,6**	**–47,1**

Fuente: Elaboración propia.

Otro cambio cualitativo relevante es que el factor demográfico ya no es el componente de menor importancia relativa en la práctica totalidad de comunidades autónomas. Más bien al contrario, este factor registra una contribución superior a la del residuo en nueve de las diecisiete comunidades. En concreto, la contribución del factor demográfico al crecimiento del gasto sanitario público oscila entre el 5,6% de Castilla y León y el 30% de Canarias.

CUADRO 2.19: Contribución de los factores determinantes del crecimiento del gasto sanitario público realizado por las comunidades autónomas y por el Insalud. Promedios para el periodo 2002-2009 antes y después de redefinir el factor residual

(porcentaje)

CC. AA.	Factor residual		Factor inflación		Factor demográfico	
	Preajuste	Posajuste	Preajuste	Posajuste	Preajuste	Posajuste
Andalucía	48,0	35,3	34,4	46,9	17,6	17,8
Aragón	47,5	24,5	37,2	60,7	15,3	14,8
Asturias, P. de	52,4	35,9	40,0	56,7	7,6	7,4
Balears, I.	47,2	10,8	29,5	65,4	23,4	23,8
Canarias	38,0	9,3	32,3	61,1	29,7	29,6
Cantabria	60,9	27,7	27,7	55,3	11,4	17,0
Castilla y León	96,2	63,4	4,1	31,0	–0,3	5,6
Castilla-La Mancha	45,5	10,8	32,7	65,4	21,8	23,8
Cataluña	41,4	–5,1	36,0	82,4	22,7	22,7
C. Valenciana	43,3	21,3	30,5	52,0	26,2	26,7
Extremadura	59,8	33,9	31,8	56,8	8,5	9,3
Galicia	43,5	10,3	43,8	76,9	12,7	12,7
Madrid, C. de	37,2	10,1	35,3	63,9	27,5	26,0
Murcia, R. de	50,3	17,7	26,4	59,0	23,3	23,4
Navarra, C. F. de	38,7	–8,0	41,2	88,8	20,1	19,2
País Vasco	47,5	36,9	39,4	50,4	13,1	12,7
Rioja, La	77,8	66,8	13,7	27,2	8,6	6,0
Total	**45,5**	**26,0**	**33,9**	**57,0**	**20,6**	**17,1**

Fuente: Elaboración propia.

Así, la reasignación de componentes inflacionistas del factor residual al factor inflación ha conducido a un cuadro de contribuciones al crecimiento del gasto sanitario público notablemente diferente del anterior y, lo que es más importante, con un mayor contenido económico y con mayor utilidad en la toma de decisiones conducentes a la moderación del ritmo de crecimiento del gasto sanitario público.

El procedimiento de refinamiento y redefinición del enfoque del residual que aplicamos en este capítulo se desarrolló originalmente en CESRM (2012) por parte del mismo equipo de investigadores. En ese trabajo se llegó, en relación con el caso específico de la Región de Murcia, a conclusiones análogas a las aquí alcanzadas para el conjunto de las diecisiete comunidades autónomas españolas. En concreto, se halló que el factor residual convencional incorpora elementos inflacionistas que explican su primacía como determinante del crecimiento del gasto sanitario público. La coincidencia de resultados nos lleva a subrayar la conveniencia de aplicar este enfoque del residual refinado a bases de datos utilizadas en trabajos ya publicados para conocer la magnitud de la pérdida de importancia relativa del factor residual como consecuencia, si fuera el caso, de su correlación con componentes inflacionistas inadecuadamente medidos en el índice de precios sanitarios implícitos.

La estilización del enfoque del residual que realizamos en este trabajo tiene dos ventajas frente al enfoque convencional. Por un lado, permite descomponer el crecimiento del factor residual en sus factores determinantes y reubicar, si fuera preciso, componentes inflacionistas en el componente correspondiente. Por otro lado, el nuevo enfoque, al identificar los factores determinantes del factor residual, resulta de utilidad en la toma de decisiones. Una vez descontado del antiguo factor residual la parte que es debida al crecimiento en el salario medio en hospitales y centros de atención primaria, realizamos una nueva estimación que ha de servir para calcular las elasticidades del nuevo factor residual respecto de sus factores determinantes.

El cuadro 2.20 presenta las elasticidades calculadas en los valores promedio de las variables explicativas que resultan ser estadísticamente significativas. Encontramos que un incremento de un 1% en el valor de los consumos intermedios hospitalarios se traduce en un incremento ligeramente superior del nuevo factor residual. Por su parte, la elasticidad del total de personal empleado en hospitales y centros de asistencia primaria es de 0,93; esto es, tan solo ligeramente inferior a la obtenida para los consumos intermedios hospitalarios. El siguiente componente en orden de importancia relativa es la formación bruta de capital fijo. Nuestras

estimaciones sugieren que un incremento de un 1% en el valor de las inversiones no financieras en sanidad pública se relaciona con un incremento del 0,37% en el valor del nuevo factor residual. A continuación encontramos dos partidas cuya elasticidad se sitúa entre 0,2 y 0,25. Se trata de la remuneración del personal de administración general vinculado al servicio autonómico de salud y del valor de los consumos intermedios en centros de asistencia primaria. De un valor notablemente inferior es la elasticidad del factor residual respecto del consumo de servicios hospitalarios por parte de la población, que se sitúa en un 0,07.

CUADRO 2.20: Elasticidad de la tasa de variación del factor residual redefinido respecto de sus factores determinantes

Remuneración personal. Administración general	0,249
Personal total. Hospitales y At. Primaria	0,933
Consumos intermedios. Hospitales[1]	1,050
Consumos intermedios. At. primaria[1]	0,228
Servicios especializados[1]	0,083
Formación bruta de capital fijo	0,365
Resonancia magnética. Hospitales	0,020
Gammacámaras	0,047
Utilización servicios hospitalarios urgencias	0,075

[1] Mide crecimiento per cápita de la variable correspondiente, esto es, ha sido corregida por el crecimiento de la población en esa comunidad autónoma.

Fuente: Elaboración propia.

Finalmente, encontramos que dos de las variables explicativas que miden variaciones en la tecnología instalada en hospitales públicos están significativamente relacionadas con el crecimiento del nuevo factor residual. En ambos casos, no obstante, la elasticidad es reducida, al no superar el umbral del 0,05. En concreto, se trata de las variaciones en el número de máquinas instaladas en los hospitales para la realización de resonancias magnéticas y en el número de gammacámaras.

Si bien el refinamiento del enfoque del residual cuyos resultados acabamos de comentar, constituye a nuestro juicio una innegable aportación a los métodos de estudio de los determinantes de la dinámica del gasto sanitario, es preciso reconocer el interés que tendría, de cara a futuras aplicaciones del procedimiento descrito, estimar *ad hoc* los coeficientes de gasto relativo que sirven de base para la distribución del gasto sanitario público por tramos de edad. Como se señaló, en este estudio hemos utilizado los coeficientes estimados por el Grupo de Trabajo de Análisis de Gasto Sanitario (Ministerio de Economía y Hacienda 2005), los mismos que emplearon previamente Sánchez Fernández y Sánchez Maldonado (2010) para realizar sus proyecciones de gasto sanitario público. Muy recientemente, Blanco, Urbanos y Thuissard (2013) han construido perfiles de gasto en 2003 y 2008. Una futura extensión del presente trabajo pasaría por reproducir el análisis aquí desplegado empleando coeficientes más actualizados como los confeccionados por esos autores.

2.2. Los determinantes del crecimiento del gasto sanitario público: estimaciones con datos de panel

2.2.1. Análisis de la relación entre crecimiento económico y gasto sanitario público

La literatura sobre los determinantes del crecimiento del gasto sanitario ha discurrido por dos cauces metodológicos perfectamente delimitados. Uno de ellos es el enfoque del residual en su versión convencional y que, tal y como hemos descrito en la sección previa, explica el crecimiento del gasto sanitario a partir de la evolución de cuatro factores: demográfico, cobertura, inflación y residual. La otra aproximación, en cambio, no está basada en una mera descomposición aritmética, sino que requiere de la estimación econométrica de una determinada especificación funcional. Este segundo enfoque, de modo congruente con el abordaje del residual refinado antes descrito, utiliza un amplio conjunto de variables explicativas relacionadas apriorísticamente con la evolución del gasto sanitario.

Una de las vías tradicionales de investigación en esta segunda línea metodológica ha sido el estudio de la relación entre el crecimiento de la riqueza de un país y el del gasto sanitario. Desde las aportaciones pioneras de Newhouse (1977) y Leu (1986), son numerosos los trabajos que han encontrado una correlación positiva y una elasticidad superior a la unidad —lo que sugeriría que estamos ante un bien de lujo— entre el incremento de la renta de un país y el incremento en su gasto sanitario. En años más recientes, y gracias a la aplicación de técnicas econométricas cada vez más diversas (regresiones multivariantes, series temporales, datos de panel), han aparecido no obstante nuevos trabajos que ofrecen estimaciones de la elasticidad renta de la demanda de asistencia sanitaria inferiores a la unidad. Martín, López y Cano (2010) realizan una interesante revisión de la literatura econométrica sobre los determinantes del crecimiento del gasto sanitario a escala internacional y apuntan al nivel de renta, al envejecimiento de la población y la cercanía a la muerte como los determinantes más relevantes de la evolución del gasto sanitario, en este orden. En su revisión, solo dos de los once estudios que calculan la elasticidad renta llegan a considerar la sanidad como un bien de lujo.

El paso de los años, desde las aportaciones pioneras en esta literatura, ha permitido una notable sofisticación de los modelos econométricos aplicados que se ha traducido en una mejora en el tratamiento de las series de gasto sanitario y de sus determinantes. En concreto, los modelos econométricos actuales reconocen el hecho de que las series analizadas presentan observaciones repetidas de un mismo territorio durante una serie de años, al tiempo que permiten realizar reflexiones más profundas y serias sobre el contenido causal de las correlaciones estimadas en modelos de sección cruzada o en otros menos sofisticados.

En la práctica, la mayoría de las aplicaciones que reconocen la estructura de panel de los datos sobre crecimiento del gasto sanitario y sus determinantes, utilizan estimadores de efectos aleatorios para llevar a cabo el análisis econométrico. Estos estimadores reconocen que las observaciones pertenecientes a un mismo territorio tienen un componente inobservado común, que deter-

mina su varianza, pero suelen suponer que dicho componente no está relacionado con las variables explicativas. Este supuesto es relevante, ya que, si no se cumple, las estimaciones obtenidas con el estimador de efectos aleatorios serán inconsistentes y, por tanto, no serán una buena aproximación a los determinantes del crecimiento del gasto sanitario. Por esta razón en nuestro estudio presentamos estimaciones obtenidas con el estimador de efectos aleatorios y, también, con el estimador de efectos fijos. Este último proporciona estimaciones consistentes de los coeficientes que acompañan a las variables explicativas independientemente de la correlación que pueda existir entre estas y el componente inobservado de grupo.

Las estimaciones que presentamos realizan un análisis similar a los que nutren la literatura sobre el tema en esta línea metodológica, ya que estudiamos la relación existente entre el crecimiento del gasto sanitario en las distintas comunidades autónomas, el crecimiento económico o crecimiento de la renta en términos reales y el envejecimiento de la población. Para ello, consideramos una especificación en la que la variable dependiente o que se ha de explicar es el crecimiento real del gasto sanitario y las variables explicativas son el valor inicial de dicha variable en cada comunidad autónoma, el crecimiento real anual del VAB de la comunidad, el crecimiento en la proporción de personas de 75 o más años, el crecimiento en la proporción de extranjeros residentes en ese territorio y la variación anual en las tasas de ocupación y de actividad que concurren en el mismo. Estas dos últimas variables reflejan los cambios anuales acaecidos en los agregados del mercado de trabajo autonómico que pueden razonablemente tener un efecto en la evolución del gasto sanitario público a través de su impacto en el número de accidentes laborales, problemas de salud mental, etc.[27]

El cuadro 2.21 presenta el resultado de estimar por efectos aleatorios y por efectos fijos el modelo anteriormente descrito. Presentamos los modelos que maximizan la bondad de ajuste de

[27] Las estadísticas de base utilizadas para calcular los regresores utilizados en el análisis de regresión se presentan en la base de datos que acompaña esta monografía (http://w3.grupobbva.com/TLFU/tlfu/esp/areas/econosoc/bbdd/sistema_sanitario.jsp).

todos los que hemos probado. En concreto, consideramos otras aproximaciones al envejecimiento de la población como la proporción de personas de 65 o más años y otros regresores como, por ejemplo, el crecimiento de la población. Los resultados que presentamos son los correspondientes al periodo de estimación más amplio disponible, esto es, al periodo 1991-2010.

CUADRO 2.21: Estimación por efectos fijos y efectos aleatorios de los determinantes del crecimiento del gasto sanitario público, 1991-2010

	Efectos fijos	Efectos aleatorios
Gasto inicial	–	–46,249
		(50,531)
Crecimiento real VAB regional	0,989***	1,233***
	(0,246)	(0,316)
Tasa de variación proporción 75 o más años	–0,022	–0,060
	(0,354)	(0,472)
Tasa de variación proporción extranjeros	2,215***	1,006
	(0,549)	(0,931)
Variación en tasa actividad	0,649*	–0,292
	(0,357)	(0,412)
Variación en tasa ocupación	–1,188***	–0,293
	(0,346)	(0,404)
Constante	0,921	23,904
	(1,256)	(19,813)
N.º de observaciones	323	
R^2	0,1147	0,3023

*** p < 0,01; ** p < 0,05; * p < 0,1.

Nota: Se han incluido indicadoras de año y de comunidades autónomas en las estimaciones. El estimador de efectos fijos solo identifica el coeficiente asociado a las variables explicativas que tienen variación temporal. Este estimador proporciona estimaciones consistentes aunque haya correlación entre las variables explicativas y los componentes de grupo no observados. Por su parte, el estimador de efectos aleatorios proporciona estimaciones eficientes cuando no hay correlación entre las variables explicativas y los efectos de grupo no observados.

Fuente: Elaboración propia.

Los modelos de efectos aleatorios incluyen variables indicadoras de comunidades autónomas y de año. No es el caso de los modelos de efectos fijos, ya que estos solo identifican el coeficiente asociado a variables que tienen variación temporal. Las pruebas estadísticas (test de Hausman) realizadas indican que los dos modelos (efectos fijos y efectos aleatorios) no son equivalentes. En este caso, lo adecuado es confiar en los resultados del modelo de efectos fijos, ya que proporciona estimaciones consistentes independientemente de que exista, como sugieren las pruebas estadísticas realizadas, correlación entre las variables explicativas y los componentes de grupo no observados.

En lo que sí coinciden la estimación de efectos fijos y la de efectos aleatorios es en señalar que el principal determinante relevante del crecimiento en el gasto sanitario público es el crecimiento en la renta autonómica. La elasticidad calculada a partir de ambas estimaciones es inferior a la unidad, y se sitúa en el caso de la estimación de efectos fijos en 0,53, lo que indica que un incremento de un 1% en la cantidad producida a nivel autonómico se traduce en un incremento del 0,53% en el gasto sanitario autonómico. Hay, no obstante, importantes diferencias entre las dos estimaciones en lo concerniente a la significatividad de los demás factores explicativos. En concreto, mientras que el crecimiento en la renta autonómica es el único determinante significativo en la estimación de efectos aleatorios, la estimación de efectos fijos señala a un factor demográfico como es el incremento en la proporción de población extranjera, con una elasticidad de 0,29, y a dos variables que informan de cambios en el mercado de trabajo, como determinantes significativos del crecimiento del gasto sanitario público autonómico. En concreto, encontramos que los incrementos de la tasa de actividad están positivamente correlacionados con el incremento en el gasto sanitario autonómico en términos reales. Por su parte, los incrementos de la tasa de ocupación están negativamente correlacionados con el crecimiento en el nivel de gasto sanitario público autonómico. Aunque el signo es opuesto, las dos variables explicativas que aproximan el cambio en las condiciones del mercado de trabajo tienen una elasticidad reducida que se sitúa entre 0,07 y 0,08 en valor absoluto. En es-

pecificaciones alternativas hemos utilizado los cambios en la tasa de paro y hemos encontrado que estos están positivamente relacionados con las variaciones en el gasto sanitario público. En la medida en que se trata de variables que ejercen una mera función de control, no realizamos lectura causal alguna de la correlación estimada.

El principal resultado que obtenemos de este análisis es que se constata la existencia de una relación positiva y relevante entre el crecimiento económico de las comunidades autónomas y el crecimiento de la cifra de gasto sanitario público. La elasticidad estimada, no obstante, no le confiere a la sanidad pública el carácter de bien de lujo sino de bien normal. Este mismo resultado, esto es, una elasticidad renta inferior a la unidad, se ha obtenido en otros trabajos previos que emplean datos de panel como, por ejemplo, Barros (1998) para un conjunto de 24 países desarrollados, y Gianoni y Hitiris (2002) para el caso de Italia.

Los modelos de datos de panel estimados son particularmente relevantes para analizar la relación entre crecimiento económico y crecimiento del gasto sanitario público real, pero no para, a partir de ellos, predecir el crecimiento del gasto sanitario público en los próximos años. La razón de esta inconveniencia no es otra que el reducido valor de la bondad de ajuste de este tipo de modelos, que no permite realizar predicciones precisas basadas en ellos.

2.2.2. Una aplicación de los modelos de datos de panel al análisis de la relevancia de los componentes del enfoque del residual

A continuación, utilizamos los modelos econométricos de datos de panel previamente aplicados para obtener una estimación de la relación estadística existente entre el crecimiento del gasto sanitario público y los diversos componentes que lo determinan según el enfoque del residual. Este ejercicio de estimación es particularmente relevante por cuanto permite analizar la magnitud y la significatividad estadística de la aportación de cada componente al crecimiento del gasto sanitario público realizado por las comunidades autónomas españolas y por el antiguo Insalud. En concreto, incluimos como variables explicativas los factores demográficos e inflación, así como las variables determinantes de la

evolución del factor residual analizadas en las estimaciones precedentes. En este sentido, mantenemos el factor inflación no aumentado, esto es, sin incluir los componentes inflacionistas determinantes del factor residual, ya que estos se incluyen como variables explicativas independientes, para estimar de forma separada su correlación con la variable dependiente.

Consideramos los periodos de estimación 1991-2010 y 2002-2009, siendo más amplio el conjunto de regresores disponible en el segundo de los periodos. Asimismo, implementamos los estimadores de efectos aleatorios y de efectos fijos para cada uno de los dos periodos analizados.

El cuadro 2.22 presenta los resultados obtenidos al estimar, tanto por efectos aleatorios como por efectos fijos, los modelos considerados para las dos muestras disponibles: 1991-2010 y 2002-2009. Encontramos que el factor inflación no aumentado —esto es, en su especificación tradicional según el enfoque del residual— y el factor demográfico no están significativamente correlacionados con el crecimiento del gasto sanitario público realizado por las comunidades autónomas españolas. Este resultado es robusto a la elección de la muestra, la técnica de estimación y la especificación estimada, y se explica a partir de las tasas de variación del gasto sanitario público y de los tres componentes que lo determinan en el enfoque del residual, presentadas en los cuadros 2.2 a 2.5. La dispersión del crecimiento del gasto sanitario público entre las distintas comunidades autónomas es más de diez veces superior a la dispersión del ritmo de crecimiento de los componentes demográfico e inflación tradicionales. Por el contrario, el factor residual tiene una dispersión en el conjunto de comunidades autónomas similar a la del crecimiento del gasto sanitario público. Esta diferencia limita la capacidad explicativa de los dos componentes con significado económico en un análisis estadístico.

Por otra parte, encontramos que algunos componentes inflacionistas, como el crecimiento en el salario medio en hospitales y en centros de asistencia primaria, sí que están altamente correlacionados con la dinámica del gasto sanitario público. El listado de variables significativamente relacionadas con la variable dependiente es plenamente coincidente con el obtenido al analizar los determinantes del crecimiento del factor residual.

CUADRO 2.22: Estimación por efectos fijos y efectos aleatorios de los determinantes del crecimiento del gasto sanitario público según el enfoque residual, 2002-2009 y 1991-2010

	Efectos aleatorios		Efectos fijos	
	2002-2009	1991-2010	2002-2009	1991-2010
Inflación	–0,295	0,008	–0,022	0,002
	(0,963)	(0,185)	(0,435)	(0,090)
Demográfico	–0,829	0,089	–0,995	–0,016
	(0,872)	(0,321)	(0,667)	(0,242)
Remuneración personal. Investigación y formación	0,000	0,000	0,000	0,000
	(0,000)	(0,000)	(0,000)	(0,000)
Consumo intermedio. Investigación y formación	0,002	0,001	0,002	0,001
	(0,002)	(0,001)	(0,002)	(0,001)
Consumo de capital fijo. Investigación y formación	0,000	0,000	0,000	0,000
	(0,000)	(0,000)	(0,000)	(0,000)
Remuneración personal. Administración general	0,057***	0,036***	0,065***	0,039***
	(0,022)	(0,009)	(0,021)	(0,008)
Consumo intermedio. Administración general	0,002	0,001	0,002	0,003
	(0,005)	(0,003)	(0,005)	(0,003)
Consumo de capital fijo. Administración general	–0,005	0,000	–0,004	0,000
	(0,004)	(0,000)	(0,004)	(0,000)
Salario medio. Hospitales	0,207***	–	0,190***	–
	(0,054)		(0,053)	
Salario medio. At. primaria	0,123***	–	0,102***	–
	(0,035)		(0,033)	
Personal total. Hospitales y at. primaria	0,287***	–	0,241***	–
	(0,092)		(0,078)	
Consumos intermedios. Hospitales[1]	0,166***	0,164***	0,162***	0,162***
	(0,022)	(0,012)	(0,021)	(0,011)
Consumos intermedios. At. primaria[1]	0,046**	0,029***	0,044**	0,037***
	(0,018)	(0,009)	(0,018)	(0,009)
Servicios hospitalarios[1]	0,000	0,000	0,000	0,001
	(0,001)	(0,000)	(0,000)	(0,000)
Servicios especializados[1]	0,009**	0,005*	0,008**	0,006**
	(0,004)	(0,003)	(0,004)	(0,003)

CUADRO 2.22 *(cont.)*: **Estimación por efectos fijos y efectos aleatorios de los determinantes del crecimiento del gasto sanitario público según el enfoque residual, 2002-2009 y 1991-2010**

	Efectos aleatorios		Efectos fijos	
	2002-2009	**1991-2010**	**2002-2009**	**1991-2010**
Farmacia no hospitalaria[1]	–0,127	0,147***	–0,016	0,163***
	(0,125)	(0,010)	(0,088)	(0,008)
Prótesis y aparatos terapéuticos[1]	0,000	0,000	0,000	0,001
	(0,002)	(0,002)	(0,002)	(0,002)
Transferencias a entes público no agentes	–0,001	0,000	–0,000	0,000
	(0,002)	(0,000)	(0,002)	(0,000)
Transferencias de capital entre Administraciones Públicas	0,000	0,000	0,001	0,000
	(0,002)	(0,000)	(0,002)	(0,000)
Transferencias de capital a entes privados	0,000	0,000	0,000	0,000
	(0,000)	(0,000)	(0,000)	(0,000)
Formación bruta de capital fijo	0,080***	0,056***	0,081***	0,054***
	(0,010)	(0,004)	(0,009)	(0,004)
Resonancia magnética. Hospitales	0,068**	–	0,065**	–
	(0,027)		(0,026)	
Angiografía digital	–0,040	–	–0,042*	–
	(0,026)		(0,025)	
Gammacámaras	0,008**	–	0,006*	–
	(0,004)		(0,003)	
Acelerador lineal	–0,004	–	–0,003	–
	(0,010)		(0,010)	
Salas rayos X. Hospitales	0,005	–	–0,001	–
	(0,011)		(0,010)	
Salas rayos X. Centros de especialización	0,022	–	0,023	–
	(0,017)		(0,016)	
TAC cuerpo y cráneo en Hospitales	–0,001	–	–0,001	–
	(0,011)		(0,010)	
Utilización servicios At. Primaria[1]	–0,075	–	–0,007	–
	(0,056)		(0,043)	
Utilización servicios Hospitalarios urgencias[1]	0,135**	–	0,089*	–
	(0,061)		(0,048)	
Tiempo medio hospitalización (días)	–0,002	–	0,001	–
	(0,055)		(0,051)	

CUADRO 2.22 *(cont.)*: **Estimación por efectos fijos y efectos aleatorios de los determinantes del crecimiento del gasto sanitario público según el enfoque residual, 2002-2009 y 1991-2010**

	Efectos aleatorios		Efectos fijos	
	2002-2009	**1991-2010**	**2002-2009**	**1991-2010**
Remuneración asalariados hospitales		0,191*** (0,033)		0,262*** (0,028)
Remuneración asalariados. At. primaria		0,140***		0,120***
Constante	2,612 (2,622)	2,905* (1,711)	3,072* (1,683)	0,534 (0,472)
N.º de observaciones	119	323	119	323
R^2	0,8568	0,8837	0,8412	0,8708

*** p < 0,01; ** p < 0,05; * p < 0,1.

[1] Mide crecimiento per cápita de la variable correspondiente, esto es, ha sido corregida por el crecimiento de la población en esa comunidad autónoma. Se han incluido indicadoras de año y de comunidad autónoma en las estimaciones.

Nota: El estimador de efectos fijos solo identifica el coeficiente asociado a las variables explicativas que tienen variación temporal. Este estimador proporciona estimaciones consistentes aunque haya correlación entre las variables explicativas y los componentes de grupo no observados. Por su parte, el estimador de efectos aleatorios proporciona estimaciones eficientes cuando no hay correlación entre las variables explicativas y los efectos de grupo no observados.

Fuente: Elaboración propia.

Las elasticidades calculadas en los valores promedio de las variables explicativas, presentadas en el cuadro 2.23, señalan la importancia relativa de cada factor. Así, el incremento en el valor de los consumos intermedios hospitalarios per cápita es la variable explicativa con una elasticidad más elevada, seguidos por el incremento en el total de trabajadores de cada servicio autonómico de salud y por los incrementos en el salario medio en hospitales y en asistencia primaria, respectivamente. Estas variables son las únicas con una elasticidad estimada superior a 0,1, siendo la de los consumos intermedios hospitalarios per cápita de 0,22 y la del incremento en la retribución media en los centros de asistencia primaria de 0,12. Cabe, finalmente, destacar que ninguna de las medidas que aproximan el crecimiento de la población, global o para determinados

CUADRO 2.23: Elasticidad de la tasa de variación del gasto sanitario público respecto de sus factores determinantes, 2002-2009 y 1991-2010

	Efectos aleatorios		Efectos fijos	
	2002-2009	1991-2010	2002-2009	1991-2010
Remuneración personal. Administración general	0,058	0,032	0,065	0,035
Salario medio. Hospitales	0,159	–	0,145	–
Salario medio. Atención primaria	0,120	–	0,099	–
Personal total. Hospitales y atención primaria	0,162	–	0,136	–
Consumos intermedios. Hospitales[1]	0,218	0,207	0,213	0,205
Consumos intermedios. Atención primaria[1]	0,059	0,029	0,055	0,036
Servicios especializados[1]	0,022	0,009	0,019	0,010
Formación bruta de capital fijo	0,080	0,065	0,081	0,063
Resonancia magnética. Hospitales	0,004	–	0,004	–
Angiografía digital	0,006	–	0,007	–
Gammacámaras	0,009	–	0,007	–
Utilización servicios hospitalarios urgencias[1]	0,019	–	0,013	–
Remuneración asalariados hospitales	–	0,184	–	0,252
Remuneración asalariados atención primaria	–	0,123	–	0,105

[1] Mide crecimiento per cápita de la variable correspondiente, esto es, ha sido corregida por el crecimiento de la población.

Fuente: Elaboración propia.

grupos de edad, resultó ser un determinante estadísticamente significativo del crecimiento del gasto sanitario público.

Las estimaciones de efectos fijos, de mayor credibilidad en escenarios en los que la exogeneidad de las variables explicativas está en entredicho, corroboran las elasticidades estimadas por efectos aleatorios. Y es que, a diferencia de la estimación anterior,

el test de Hausman no rechaza la equivalencia de las estimaciones de efectos fijos y de efectos aleatorios.

Como hemos constatado, un reducido grupo de determinantes estadísticamente significativos logra explicar más del 80% del crecimiento del gasto sanitario público de las comunidades autónomas españolas. Asimismo, estos resultados son más informativos que el tradicional enfoque del residual por cuanto la mera descomposición contable no tiene capacidad suficiente para analizar la relevancia estadística de las contribuciones calculadas. En consecuencia, creemos que las elasticidades contenidas en el cuadro 2.23 pueden ser herramientas de gran utilidad para orientar la gestión del gasto sanitario público.

2.3. Conclusiones

El *enfoque del residual* es el más utilizado en el ámbito internacional para explicar la evolución del gasto sanitario. La aplicación de este enfoque al caso de España en el periodo 1991-2010 pone de manifiesto que el factor residual, esto es, las variaciones en la cantidad y en la calidad de los servicios sanitarios, explica, en promedio, más de la mitad del crecimiento anual del gasto sanitario público en el periodo 1991-2010 en doce de las diecisiete comunidades españolas y en el agregado nacional. Por el contrario, en Canarias, Cataluña, la Comunitat Valenciana, la Comunidad Foral de Navarra y el País Vasco, el impulsor fundamental de crecimiento del gasto sanitario público es el *factor inflación*. El *componente demográfico* es el de menor poder explicativo en prácticamente todas las comunidades autónomas. Este resultado, que apunta al factor residual como el determinante básico del crecimiento del gasto sanitario público, está en sintonía con los obtenidos en la literatura sobre el tema tanto para España como para otros países desarrollados.

No obstante, este resultado es demasiado genérico para ser de utilidad en la toma de decisiones, ya que el factor residual no se obtiene por agregación de partidas de gasto concretas y, por tanto, no se pueden formular recomendaciones de actuación en política sanitaria. Por ello, realizamos un ejercicio econométrico conducente a identificar aquellas partidas del presupuesto sanitario de

las distintas comunidades autónomas que explican el crecimiento del factor residual.

Las estimaciones realizadas indican que el crecimiento del factor residual viene determinado básicamente por cuatro factores que son, ordenados de mayor a menor importancia relativa: el incremento en el valor de los consumos intermedios hospitalarios por habitante, el incremento en el número de trabajadores del servicio de salud y el crecimiento en la retribución salarial media en los centros de atención primaria y en los hospitales.

Cabe destacar que el crecimiento en la remuneración salarial media no debería ser un determinante del factor residual, ya que, como componente inflacionista que es, debería forma parte del factor inflación. La imperfecta construcción del índice de precios sanitario es la que permite que en este caso y, por extensión, probablemente también en otras aplicaciones previas del enfoque del residual realizadas en la literatura, se achaque al factor residual más importancia relativa de la que le corresponde.

Una vez reubicados los incrementos en la retribución salarial media en el componente inflación, ahora denominado *enfoque inflación aumentado,* encontramos que este nuevo factor es el principal determinante del crecimiento del gasto sanitario realizado por las comunidades autónomas españolas en la práctica totalidad de ellas. Asimismo, el factor demográfico ya no es el componente de menor importancia relativa en casi todas las comunidades autónomas.

En un análisis posterior contrastamos, utilizando técnicas econométricas que reconocen la estructura de panel de nuestra base de datos, la significatividad estadística de los tres factores resultantes de la aplicación del *enfoque del residual.* Encontramos que el factor inflación no aumentado, esto es, en su especificación tradicional, y el factor demográfico no están significativamente correlacionados con el crecimiento del gasto sanitario público realizado por las comunidades autónomas españolas entre 1991 y 2010. Este resultado se explica por el hecho de que la dispersión entre comunidades autónomas y en el tiempo de los factores demográfico e inflación tradicional es muy reducida comparada con la dispersión en el crecimiento del gasto sanitario público, similar en cuantía a la obtenida para el factor residual.

Los principales determinantes, de entre aquellos estadísticamente significativos, del crecimiento del gasto sanitario público son, ordenados de mayor a menor importancia relativa: el incremento en el valor de los consumos intermedios hospitalarios por habitante, el crecimiento en la retribución salarial media en los hospitales, el incremento en el número de trabajadores en hospitales y centros de atención primaria y el incremento en el salario medio en los centros de atención primaria. Estos son los únicos determinantes con una elasticidad superior a 0,1; esto es, los únicos que lograrían una reducción en el crecimiento del gasto sanitario público de al menos un 1% al reducir su valor en un 10%. Por tanto, estas son las partidas sobre las que se debe centrar el esfuerzo de contención del gasto sanitario público.

Encontramos, pues, que un reducido grupo de determinantes estadísticamente significativos logra explicar más del 80% del crecimiento del gasto sanitario público de las comunidades autónomas españolas. Estos resultados son más informativos que el tradicional enfoque del residual por cuanto la mera descomposición contable no tiene capacidad suficiente para analizar la relevancia estadística de las contribuciones calculadas. En consecuencia, las elasticidades contenidas en el cuadro 2.23 son herramientas de gran utilidad para orientar la gestión del gasto sanitario público.

Finalmente, analizamos, utilizando las mismas técnicas de datos de panel, la relación entre el crecimiento económico y el crecimiento del gasto sanitario público. Encontramos una relación positiva y relevante en términos estadísticos entre estas dos variables. Las estimaciones obtenidas no confieren a la sanidad pública el carácter de bien de lujo, sino de bien normal. Este mismo resultado, esto es, una elasticidad renta inferior a la unidad, se ha obtenido en otros trabajos previos.

3. Escenarios de evolución futura de las necesidades de gasto sanitario público

3.1. Introducción

El afán por predecir el comportamiento futuro de las variables económicas es tan antiguo como la propia ciencia económica. En esencia, el método consiste en observar lo ocurrido hasta ese momento, recogiendo la mayor cantidad de información relevante para el comportamiento de la propia variable de interés, así como de otras que estén relacionadas con ella y, a partir de ahí, extrapolar el comportamiento futuro. Con el paso del tiempo, las aproximaciones metodológicas han ido refinando sus procedimientos, pese a lo cual los resultados en términos predictivos, no son siempre los deseables. Sea como fuere, la labor de predicción resulta una tarea especialmente arriesgada y escasamente reconocida, puesto que en el caso de que la predicción describa de forma acertada el comportamiento efectivo de la variable de interés, siempre podrá el vaticinio ser tildado de afortunado, cuando no de trivial, despojándolo así de todo mérito. Y, en el supuesto de que la previsión distase de ser certera, se expondrá a ser objeto de críticas descarnadas.

Por otra parte, se ha de tener presente que el horizonte de predicción elegido no es cuestión baladí. Realizar previsiones a muy corto plazo resulta mucho más fiable y menos temerario, mientras que aventurarse a este ejercicio para el medio o largo plazo, comporta una menor fiabilidad y mucho más riesgo. Parafraseando a Keynes, cuando esperamos que va a ocurrir lo inevitable, sucede lo imprevisto; algo que es tanto más probable que acontezca cuanto mayor sea el plazo empleado para la previsión. En cualquier caso, y a pesar de los riesgos, los economistas tienen (tenemos) la necesidad casi imperiosa de realizar este tipo de ejercicios, siendo la razón básica para ello que siempre es mejor tener una mala

previsión de lo que va a ocurrir, que no disponer de ninguna. Téngase en cuenta, además, que el hecho mismo de realizar una predicción lleva aparejado, inexorablemente, un proceso elaborado de reflexión y análisis sobre lo que ya ha ocurrido, lo cual es valioso en sí mismo.

El objeto de este capítulo es predecir la senda esperada del gasto sanitario de las diferentes comunidades autónomas de España hasta el año 2016, a partir del comportamiento observado en el mismo periodo temporal (1991-2010) considerado en los capítulos previos. La predicción se realiza empleando una estrategia en dos etapas. En una primera, se proyectará la senda futura del gasto sanitario para las comunidades autónomas teniendo presente solo el comportamiento esperado de su población, tanto en niveles como en lo que se refiere a su composición. En una segunda etapa, se incorporará a la predicción la dinámica del gasto imputable al resto de determinantes de su evolución, tal y como se identificaron en el capítulo anterior.

La predicción del gasto, teniendo en cuenta el comportamiento del factor demográfico, se fundamenta en que existe una amplia evidencia empírica de que el gasto sanitario asociado a un individuo no es independiente de la edad. Así, después de los primeros meses de vida, el gasto tiende a disminuir, para ir incrementándose gradualmente con la edad adulta, hasta alcanzar un comportamiento casi exponencial en los últimos años de existencia de los individuos. Existe evidencia de este fenómeno para Estados Unidos, tanto en estudios de sección cruzada (Waldo *et al.* 1989; Mustard *et al.* 1998), como en estudios longitudinales (Lubitz, Beebe y Baker 1995; Spillman y Lubitz 2000); y también, de forma más general, para el conjunto de países de la OCDE (Maguire 1987; Reinhardt, Hussey y Anderson 2002). En el caso de España, se puede citar el estudio de Ahn, Alonso y Herce (2003), o el más reciente de Sánchez Fernández y Sánchez Maldonado (2009, 2010). Uno de los puntos fuertes de este enfoque radica en que la evolución de la población en el corto y medio plazo obedece a un conjunto de factores sociodemográficos que se comportan de forma relativamente estable en dicho horizonte y, por ello, es posible contar con proyecciones que gozan de un elevado grado de verosimilitud. Otra virtud del mismo es que resulta transparen-

te y de fácil ajuste para el caso de que se produjeran cambios importantes. En efecto, dado que resulta preciso emplear como base un determinando comportamiento del gasto por grupos edad, y una proyección de población, si se percibieran cambios significativos en cualquiera de estos dos *inputs* resultaría posible rehacer la estimación de las predicciones.

Una vez que se disponga de una predicción para la senda futura de gasto debida exclusivamente a la previsible evolución futura de la población y su composición, se abordará la segunda etapa del análisis, consistente en completar las proyecciones con las tendencias que previamente se han previsto para los dos determinantes de la evolución del gasto restantes, esto es, los precios y la prestación real media por persona (el factor residual).

3.2. Material y métodos

Como se ha puesto de manifiesto anteriormente, el método elegido para llevar a cabo la predicción del comportamiento futuro de los gastos sanitarios para las comunidades autónomas descansa, en su primera etapa, en las predicciones relativas a la evolución de la población y su composición por grupos de edad. La distinción por grupos de edad obedece a que, como se ha señalado, existe evidencia empírica acerca del diferente impacto en términos de gasto de cada uno de dichos grupos. El modelo analítico que se desarrolla es como sigue.

Sea GS_t el gasto sanitario en un determinado momento del tiempo. Si multiplicamos y dividimos dicho nivel de gasto por el volumen total de población en ese instante del tiempo (P_t), podemos expresar el gasto sanitario como el producto del gasto medio per cápita (m_t) por el total de población:

$$GS_t = \frac{GS_t}{P_t} \cdot P_t = m_t \cdot P_t$$

Dado que los grupos de población de diferente edad (que denotamos con el subíndice j) generan un nivel de gasto sanitario distinto, el gasto total en cada momento del tiempo se puede expresar como la suma del producto del gasto medio per cápita para

cada grupo de edad (m_{jt}) por la población correspondiente a cada grupo (P_{jt}):

$$GS_t = \frac{GS_t}{P_t} \cdot P_t = m_t \cdot P_t = \sum_j m_{jt} \cdot P_{jt}$$

Refinando algo más el procedimiento, cabe tener en cuenta que las diferencias en gasto per cápita por grupos de edad no solo se refieren al gasto total, sino que también se ponen de manifiesto de modo dispar en las distintas funciones de gasto. Esto es, que los diferentes grupos de edad generan, por ejemplo, un gasto per cápita distinto en asistencia hospitalaria o en atención primaria. Representando las diferentes funciones mediante el subíndice *f*, la nueva expresión será:

$$GS_t = \frac{GS_t}{P_t} \cdot P_t = m_t \cdot P_t = \sum_j m_{jt} \cdot P_{jt} = \sum_j \sum_f m_{jft} \cdot P_{jt}$$

De donde resulta que el gasto sanitario se puede expresar a partir del gasto medio de cada grupo de edad en las distintas funciones de gasto y del peso que cada uno de estos grupos etarios tiene sobre el total de la población.

Resulta preciso contar, pues, con dos *inputs* básicos para poder realizar esta descomposición. De un lado, es necesario disponer de datos relativos al total de población y su desagregación por grupos de edad; de otra parte, se requiere información sobre los perfiles de gasto por funciones de cada uno de dichos grupos. El primero de los *inputs* se obtiene de las estimaciones realizadas por el INE (Instituto Nacional de Estadística), mientras que para el caso del segundo, acudiremos a los coeficientes de gasto estimados por el Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario (Ministerio de Economía y Hacienda 2005), tal y como se hizo en el capítulo 2. Conviene advertir, por todo lo anterior, que la información con la que se cuenta a efectos de recoger la diferente contribución al gasto sanitario por funciones y grupos de edad, resulta en España, cuando menos, limitada. No es solo que no se disponga de la desagregación para todas las funciones, sino que además, esta no está disponible por comunidades autónomas. A ello se añade la circunstancia de que la información disponible se encuentra algo desfasada temporalmente, ya que en la década que media es

indiscutible que el sistema sanitario español ha sufrido cambios muy evidentes.[28] Sea como fuere, y con todas las limitaciones expresadas, esta es la información a partir de la cual se completará el segundo de los *inputs* necesarios que mencionábamos *supra*. La información queda recogida en el cuadro 3.1.

CUADRO 3.1: Gasto relativo por grupos de edad en tanto por uno por funciones de gasto sanitario

	0 a 4 años	5 a 14 años	15 a 44 años	45 a 54 años	55 a 64 años	65 a 74 años	75 y más
Hospitalaria	1,190	0,261	0,515	0,840	1,341	2,195	3,116
Primarios	1,449	0,752	0,739	1,118	1,205	1,567	1,484
Salud pública	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Servicios colectivos	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Farmacia	0,209	0,153	0,247	0,689	1,391	3,210	4,300
Traslados y prótesis	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Gastos capital	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000

Fuente: Ministerio de Economía y Hacienda (2005).

Para el primero de los insumos básicos del ejercicio de predicción se cuenta con información detallada disponible en el INE, cuyas Proyecciones de Población a Corto Plazo constituyen una aproximación válida para nuestro propósito. Dicha fuente proyecta a una década vista (2011-2021) no solo el total de población, y su desagregación territorial por comunidades autónomas, sino también la estructura por grupos etarios, todo ello a partir del comportamiento previsto de la fecundidad, la mortalidad y los movimientos migratorios. La dinámica que subyace a estas proyecciones, aunque limitadas al periodo 2011-2016, es la que se va a utilizar para completar la serie población empleada en este estudio, que se basa en la explotación estadística del padrón de habitantes.

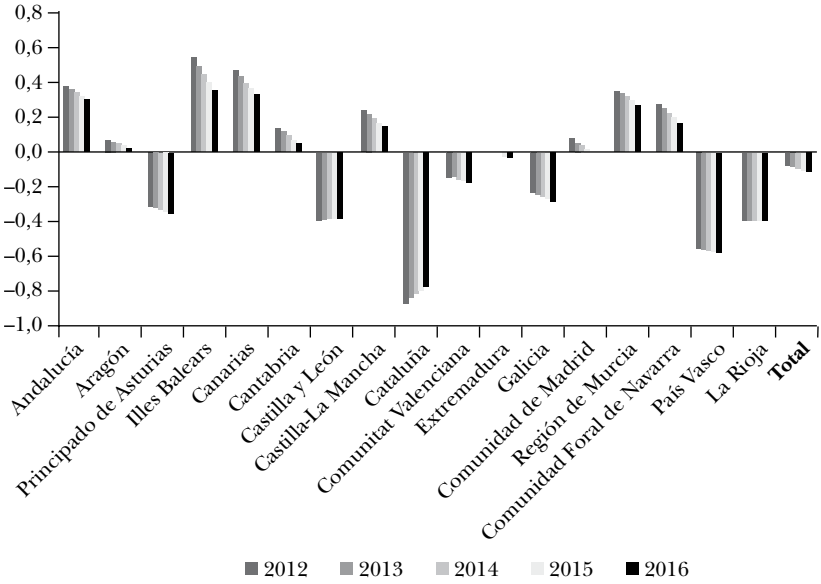
Como se puede observar en el gráfico 3.1, el comportamiento esperado de la población española hasta el año 2016 apunta a

[28] Como se ha indicado en el capítulo 2, existen estimaciones anteriores de estos perfiles de consumo por edad a escala nacional que toman como referencia el año 1998 (Urbanos y Blanco 2002; Puig Junoy, Castellanos y Planas 2004) y, recientemente, Blanco, Urbanos y Thuissard (2013) ofrecen nuevas estimaciones para los años 2003 y 2008.

un ligero descenso de la misma, si bien el comportamiento por comunidades autónomas dista de ser uniforme. Se prevé que un conjunto de comunidades (el Principado de Asturias, Castilla y León, Galicia, el País Vasco, Cataluña o la Comunitat Valenciana) experimenten la misma tendencia que la media nacional con igual o mayor intensidad. Sin embargo, existe otro grupo de regiones cuya población se espera que siga creciendo a lo largo del próximo lustro, aunque con tasas sustancialmente menores que las de los últimos años. Entre estas últimas destacan tanto las comunidades insulares, como Andalucía, la Comunidad de Madrid y la Región de Murcia.

GRÁFICO 3.1: Ritmo de crecimiento anual de la población por comunidades autónomas, 2011-2016

(porcentaje)

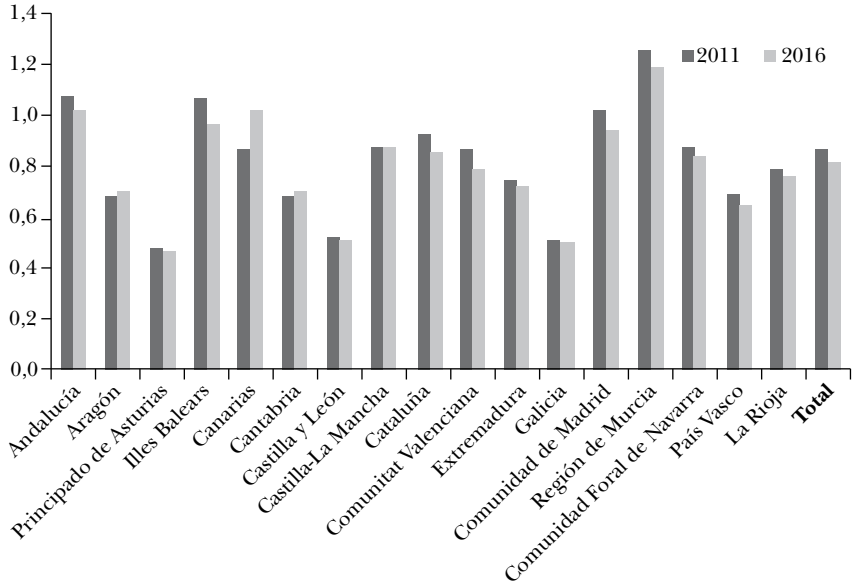


Fuente: Elaboración propia a partir de INE (2011).

También a lo largo de este periodo se espera que se produzca un envejecimiento de la población total española, si bien, de nuevo, con importantes diferencias entre comunidades autónomas, tanto en lo que se refiere a la situación de partida, como por lo

que atañe a la intensidad del proceso. Para ilustrar este punto, aunque sea de forma aproximada, se ha calculado una ratio, definida como el cociente entre la población de quince años o menos y la población de sesenta y cinco años o más. Los resultados para los dos extremos del intervalo temporal, 2011 y 2016, quedan recogidos en el gráfico 3.2.

GRÁFICO 3.2: Ratio población con 15 años o menos sobre población con 65 años o más en 2011 y 2016 por comunidades autónomas



Fuente: Elaboración propia a partir de INE (2011).

Se puede observar que en 2011 hay comunidades como Andalucía, Illes Balears, la Comunidad de Madrid y la Región de Murcia, que cuentan con una población relativamente joven, cuya población con quince o menos años supera a la población de más edad. En el resto de comunidades autónomas la ratio representada en el gráfico es inferior a la unidad, por lo que parten de una situación en la que la población está relativamente más envejecida. Especialmente significativa resulta esta circunstancia en las regiones noroc-

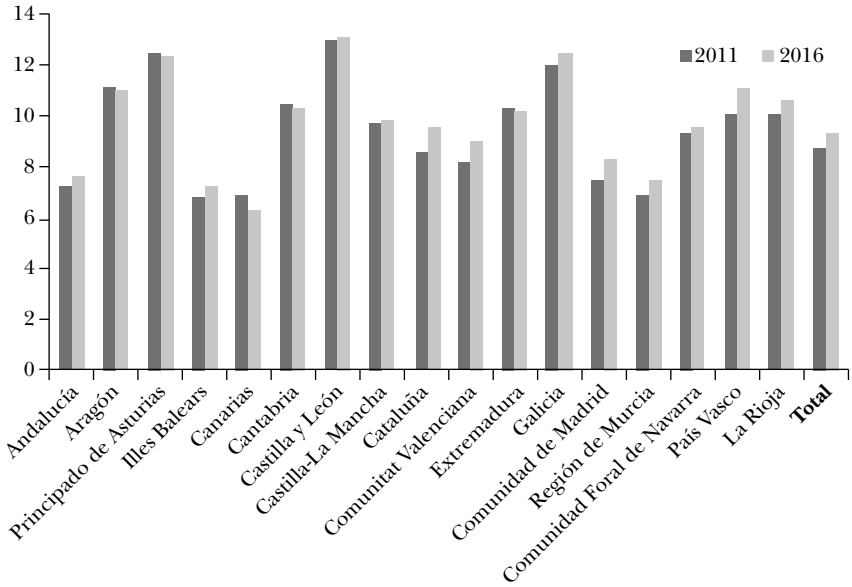
cidentales de la península (Galicia, el Principado de Asturias y Castilla y León), donde la ratio ronda el valor 0,5. El comportamiento esperado en el próximo lustro apunta a que las autonomías citadas en primer lugar experimentarán un retroceso en la ratio, mientras que para el resto de comunidades, no cabe identificar una pauta uniforme. Así, mientras que Canarias experimentará un notable *rejuvenecimiento* de su estructura poblacional, en algunas comunidades, como Aragón, Castilla-La Mancha o Cantabria, se registrará un ligero incremento o un estancamiento del indicador; otras como Cataluña, Extremadura y buena parte de las comunidades del norte del país asistirán a una intensificación del proceso de envejecimiento, medido a través de este indicador simple.

Por su relevancia en términos del gasto que ocasionan para el sistema sanitario, es especialmente importante reseñar el porcentaje de población que tiene una edad igual o superior a los 75 años. Dicho indicador queda recogido en el gráfico 3.3, en el que se observa como la ratio no alcanza el 9% para la media nacional al inicio del periodo y lo supera ligeramente en el año 2016. Existen, no obstante, diferencias muy acusadas por comunidades autónomas, tanto al inicio como al final del periodo de estudio. Así, mientras que en la Región de Murcia, Illes Balears, Andalucía o la Comunidad de Madrid, el indicador se sitúa uno o dos puntos por debajo del valor agregado, en otras la cifra se encuentra próxima a la media nacional, como es el caso de la Comunitat Valenciana o la Comunidad Foral de Navarra, siendo las comunidades más envejecidas, según este indicador, las de Castilla y León, Galicia o el Principado de Asturias.

La segunda de las etapas de la estimación de la evolución esperada del gasto sanitario requiere completar el análisis basado en el crecimiento del factor demográfico con las tendencias extraídas en el capítulo anterior acerca del comportamiento de los factores inflación y residual. Para ello, realizamos en primer lugar, para cada comunidad autónoma, una regresión por mínimos cuadrados ordinarios de la tasa anual de variación del factor inflación y del factor residual, sobre un conjunto de variables indicadoras de año. A partir de las tendencias ajustadas para cada uno de los dos factores y cada una de las diecisiete comunidades autónomas en el periodo observado, predecimos a continuación el crecimiento anual de cada uno de los factores y para cada una de las comuni-

dades autónomas en el periodo 2011-2016. Posteriormente, agregamos, para cada autonomía, la evolución prevista de los factores inflación y residual a la previsión de crecimiento del factor demográfico, obtenida a partir de las previsiones realizadas por el INE, para obtener una predicción del comportamiento del gasto sanitario público en el periodo 2011-2016.

GRÁFICO 3.3: Porcentaje de población con 75 años o más años en 2011 y 2016 por comunidades autónomas



Fuente: Elaboración propia a partir de INE (2011).

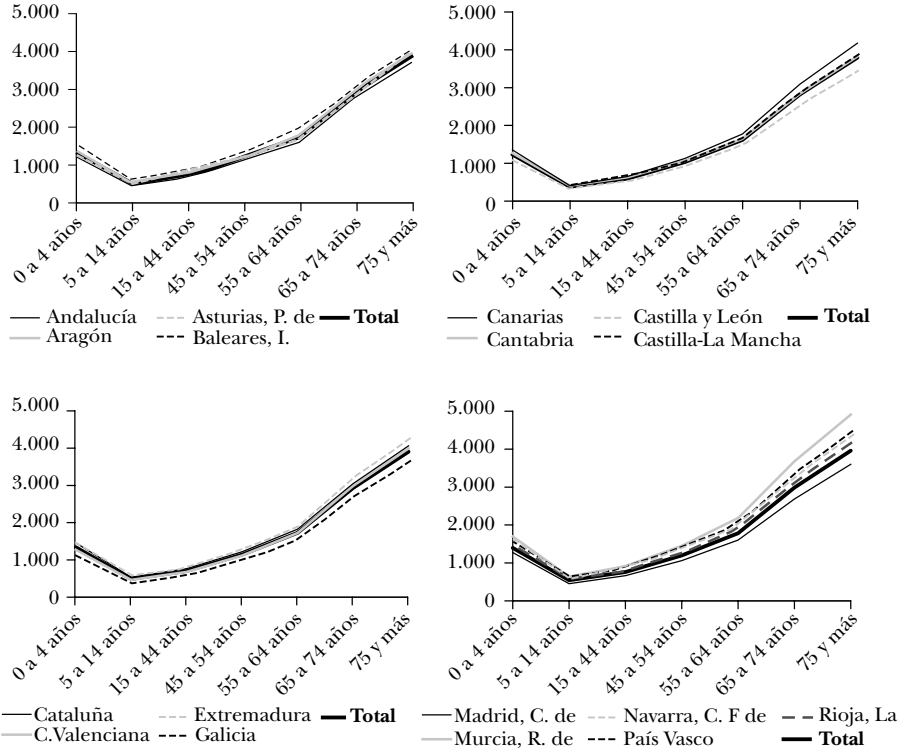
3.3. Proyecciones de gasto sanitario para el periodo 2011-2016 basadas en el factor demográfico

3.3.1. Perfiles de gasto de las comunidades autónomas por grupos de edad en 2010

Como paso previo a la realización de las proyecciones futuras del gasto sanitario, se aborda en este epígrafe la descripción de los perfiles de gasto por grupos de edad en 2010, último de los años con información disponible.

GRÁFICO 3.4: Perfiles de gasto sanitario per cápita por grupos edad y comunidad autónoma en 2010

(euros)



Nota: Los datos del gráfico están disponibles en el cuadro 43 de la base de datos que acompaña esta monografía.

Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012); Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011); Pérez *et al.* (2011) y Mas y Cucarella (2007).

El comportamiento del gasto sanitario, para la totalidad de comunidades autónomas (gráfico 3.4), responde al patrón que adelantamos con anterioridad. En efecto, en la primera niñez se da lugar a un gasto sanitario relativamente más elevado que entre los 5 y los 14 años, en los que se produce un sustancial descenso. A partir de dicha edad, el gasto sanitario se va elevando de forma gradual durante la edad adulta, y es superados los 65 años cuando este crecimiento se vuelve mucho más abrupto. Si comparamos este comportamiento general con el que se registra para la media

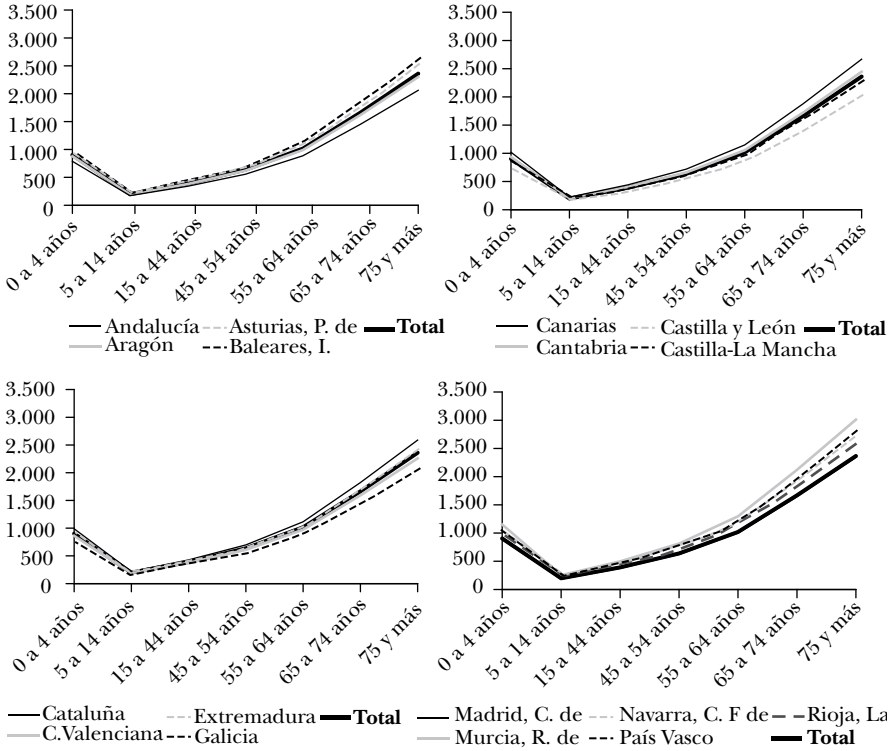
nacional, podemos observar diferencias relevantes. La mayoría de comunidades autónomas se encuentra por encima del gasto per cápita nacional para todos los grupos de edad. Buena prueba de ello son la Región de Murcia, Illes Balears, o las dos comunidades forales. Por otro lado, hay dos comunidades, Principado de Asturias y Comunitat Valenciana, que presentan gastos per cápita inferiores a la media nacional para los grupos de menor edad, y superiores a esta para los de mayor edad. Finalmente, hay cuatro comunidades autónomas que realizan un gasto per cápita inferior a la media nacional para todos los grupos de edad considerados: Andalucía, Galicia, Castilla y León y la Comunidad de Madrid. Para el caso del grupo de edad de 0 a 4 años, la comunidad autónoma de Galicia es la que más se desvía del gasto medio per cápita a la baja, siendo la Región de Murcia la que más lo hace al alza. En relación con el grupo etario comprendido entre 5 y 14 años, el puesto de Galicia pasa a ocuparlo la Comunidad de Madrid, y a la Región de Murcia la sustituye la Comunidad Foral de Navarra. De nuevo, para los grupos de 15 a 44 y de 45 a 54 años, son Galicia y la Región de Murcia las que presentan las mayores desviaciones con respecto a la media nacional. Desde los 55 y hasta los 75 años, para los dos grupos considerados, son la Comunidad de Madrid y la Región de Murcia los que ocupan estas posiciones más alejadas. Finalmente, para el grupo de mayor edad, los guarismos más alejados de la media se producen en Castilla y León y la Región de Murcia.

Si atendemos ahora al comportamiento del gasto per cápita por grupos de edad y las principales funciones de gasto, podremos observar, claramente, comportamientos diferenciados. En primer lugar, centremos la atención en lo que ocurre con el gasto relativo a la función hospitalaria. Los resultados quedan recogidos en el gráfico 3.5. Como se puede observar, los perfiles resultan muy similares a los del gasto per cápita total. Y de nuevo, aparecen patrones de comportamiento claramente diferenciados por territorios autonómicos. Existen comunidades donde el gasto sanitario en la función hospitalaria es mayor que la media nacional para todos los grupos de edad considerados, como es el caso de la Región de Murcia, la Comunidad Foral de Navarra y el País Vasco. Existen otras comunidades que prácticamente replican el comportamiento de la media nacional con respecto al gasto per cápita por grupos de edad en la

función hospitalaria, como la Comunidad de Madrid o Extremadura. Finalmente, hay otro grupo de comunidades autónomas que realizan un menor gasto per cápita para todos los grupos de edad en dicha función, como Castilla y León, Andalucía o Galicia. El mayor gasto per cápita en relación con la media nacional se sitúa en la comunidad autónoma de la Región de Murcia, mientras que la comunidad autónoma donde se realiza el menor gasto en términos per cápita para la función hospitalaria es Castilla y León.

GRÁFICO 3.5: Perfiles de gasto sanitario per cápita en la función hospitalaria por grupos de edad y comunidad autónoma en 2010

(euros)

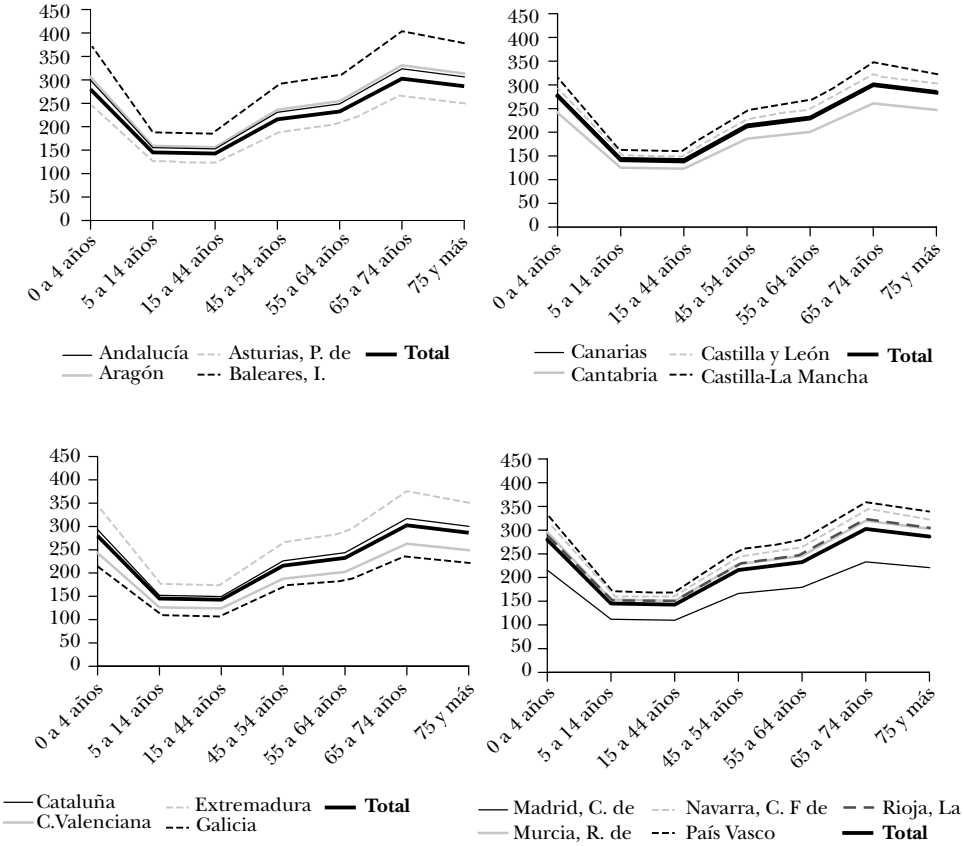


Nota: Los datos del gráfico están disponibles en el cuadro 44 de la base de datos que acompaña esta monografía.

Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012); Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011); Pérez *et al.* (2011) y Mas y Cucarella (2007).

GRÁFICO 3.6: Perfiles de gasto sanitario per cápita en la función de asistencia primaria por grupos de edad y comunidad autónoma en 2010

(euros)



Nota: Los datos del gráfico están disponibles en el cuadro 45 de la base de datos que acompaña esta monografía.

Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012); Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011); Pérez *et al.* (2011) y Mas y Cucarella (2007).

En relación con el gasto sanitario en la función de asistencia primaria y ambulatoria, el perfil general es menos acusado que lo descrito anteriormente. En efecto, los gastos en la primera infancia resultan especialmente elevados en términos relativos, y tras el descenso inicial y paulatino incremento a lo largo de

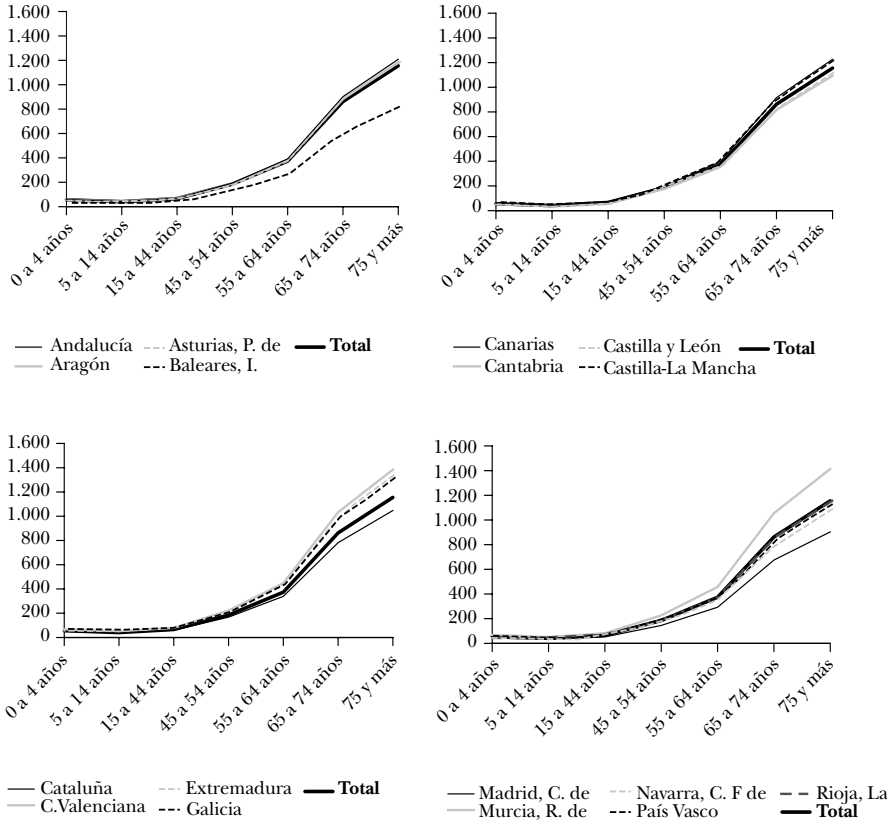
la edad adulta, el dinamismo registrado en los últimos estratos de edad es sustancialmente menor; además, se produce cierto descenso para el grupo de mayor edad, lo que lleva a que el gasto observado para este se sitúe casi al mismo nivel del primer intervalo de edad. Nuevamente, el comportamiento por comunidades autónomas resulta marcadamente diferenciado. En efecto, para la mayoría de estas, el gasto per cápita es mayor que la media en todos los grupos de edad, como sucede, con especial intensidad, en Illes Balears, el País Vasco, la Comunidad Foral de Navarra o Castilla-La Mancha. Hay alguna comunidad autónoma, como Canarias, que se comporta prácticamente igual que la media nacional.

Finalmente, existe otro conjunto de autonomías donde para todos los grupos etarios el gasto es menor que la media nacional, como resulta en el Principado de Asturias, Cantabria, la Comunidad de Madrid, la Comunitat Valenciana y Galicia. La comunidad autónoma que registra un mayor gasto per cápita en la función de asistencia primaria y ambulatoria es Illes Balears, mientras que la que registra el menor guarismo en dicho gasto es Galicia.

En lo concerniente al gasto sanitario en farmacia por grupos de edad y comunidad autónoma el perfil resulta también diferente al agregado. En efecto, a diferencia de los casos anteriores, el gasto per cápita asociado a la edad de 0 a 4 años resulta bajo en términos relativos, y este comportamiento se mantiene hasta los grupos de mediana edad, siendo a partir de los 55 años cuando se inicia una senda de crecimiento ininterrumpida. Nuevamente, el comportamiento de los diferentes territorios es dispar. Por una parte, existen comunidades donde el gasto per cápita en farmacia es superior a la media nacional para todos los grupos etarios, como se confirma, con especial intensidad, en la Región de Murcia, la Comunitat Valenciana o Extremadura. En el lado opuesto, se sitúan las comunidades autónomas con un gasto inferior a la media para todos los grupos de edad, como son Illes Balears, Cataluña, la Comunidad de Madrid y la Comunidad Foral de Navarra. La comunidad autónoma que registra un menor gasto per cápita en la función farmacia en el año 2010 es Illes Balears, mientras que la que registra el mayor es la Región de Murcia.

GRÁFICO 3.7: Perfiles de gasto sanitario per cápita en farmacia por grupos de edad y comunidad autónoma en 2010

(euros)



Nota: Los datos del gráfico están disponibles en el cuadro 46 de la base de datos que acompaña esta monografía.

Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012); Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011); Pérez et al. (2011) y Mas y Cucarella (2007).

3.3.2. Proyecciones de gasto por comunidades autónomas basadas en el factor demográfico: 2011-2016

Tras analizar el comportamiento de los perfiles de gasto, y una vez contamos con una previsión sobre la probable evolución futura de la población, nos encontramos en condiciones de poder realizar una predicción sobre el comportamiento del gasto, tanto

total como por funciones. La estimación sobre el comportamiento futuro del gasto sanitario total queda recogida en el cuadro 3.2, donde se muestra tanto el crecimiento medio anual para el periodo objeto de estudio, como las tendencias anteriormente observadas por comunidades autónomas.

Queda patente que la predicción realizada a partir exclusivamente del factor demográfico arroja una ralentización muy sustancial del ritmo de crecimiento del gasto sanitario total. Esta desaceleración es generalizada para todas las comunidades, si bien persisten algunas diferencias en los niveles de crecimiento, aunque no dejan de tener poca entidad, pues apenas rebasan el punto porcentual. El rango de valores oscila desde poco menos de un cuarto de punto de crecimiento anualizado a algo más de un punto y medio porcentual. Existe un conjunto de autonomías que según la predicción se van a comportar de forma más dinámica que la media en términos de su gasto sanitario total. En concreto, Andalucía, las dos comunidades insulares, Cantabria, la Comunitat Valenciana, la Comunidad de Madrid, la Región de Murcia y la Comunidad Foral de Navarra experimentarán crecimientos del gasto total derivados del factor demográfico mayores que la media. El resto de comunidades por su parte registrarán crecimientos inferiores.

El gráfico 3.8 muestra lo relevante que pueden ser pequeñas diferencias en las tasas medias anuales de crecimiento del gasto sanitario acumuladas a lo largo de un plazo de tiempo relativamente amplio. A estos efectos, se ha construido un índice de corte temporal para cada una de las series de gasto sanitario total en euros corrientes por comunidad autónoma, tomando el año 1991 como base, e igualando el mismo a 100. Como puede observarse el perfil seguido por las diferentes comunidades hasta 2010 es muy diverso, lo que ha dado lugar a la aparición de diferencias muy notables. En términos relativos, las comunidades autónomas que han registrado un mayor dinamismo entre 1991 y 2010 han sido Illes Balears, la Región de Murcia, Castilla-La Mancha y Canarias, mientras que la que han registrado un comportamiento menos dinámico son Andalucía, Aragón, el Principado de Asturias, Castilla y León, el País Vasco, la Comunidad de Madrid y Extremadura.

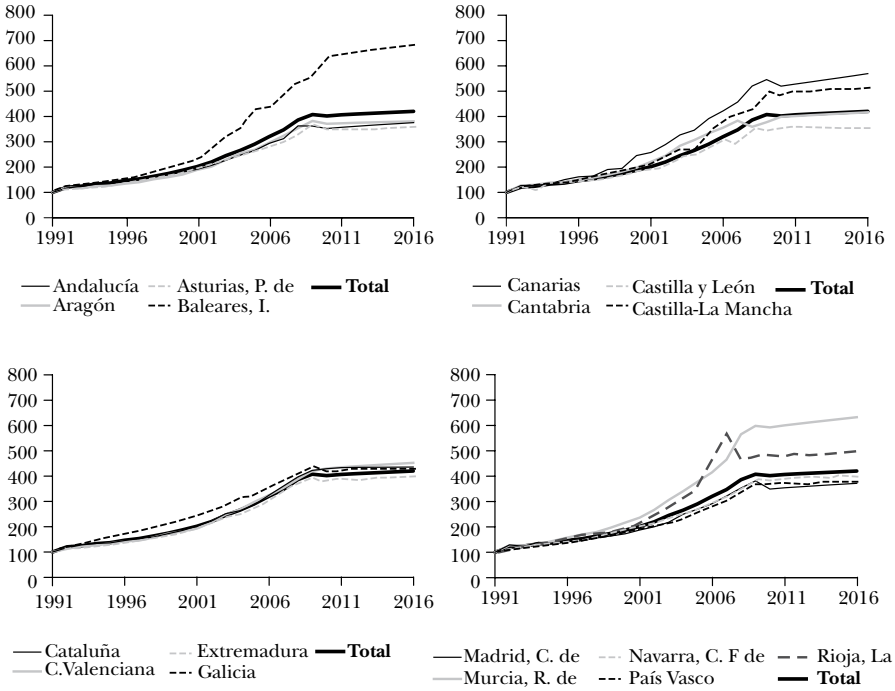
CUADRO 3.2: Crecimiento medio anual del gasto sanitario total observado y predicho por comunidades autónomas

	Andalucía	Aragón	P. de Asturias	I. Balears	Canarias	Cantabria	Castilla y León	Castilla-La Mancha	Cataluña
1991-2010	6,85	7,14	6,84	10,24	9,06	7,55	6,92	8,74	7,97
2010-2016	1,08	0,42	0,28	1,18	1,52	0,74	0,19	0,72	0,26
	C. Valenciana	**Extremadura**	**Galicia**	**C. de Madrid**	**R. de Murcia**	**C. F. de Navarra**	**País Vasco**	**La Rioja**	**Total**
1991-2010	7,98	7,42	7,88	6,80	9,81	7,33	7,10	8,61	**7,60**
2010-2016	0,85	0,42	0,46	1,05	1,10	0,92	0,48	0,44	**7,84**

Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012); Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011); Pérez *et al.* (2011) y Mas y Cucarella (2007).

GRÁFICO 3.8: Índice de evolución del gasto sanitario per cápita total por comunidades autónomas, 1991-2016

(1991 = 100, euros)



Nota: Los datos del gráfico están disponibles en el cuadro 47 de la base de datos que acompaña esta monografía.

Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012); Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011); Pérez *et al.* (2011) y Mas y Cucarella (2007).

Si ahora atendemos al comportamiento predicho del gasto desagregado por funciones, los resultados son similares. La evolución del gasto derivado de las principales funciones queda recogida en el cuadro 3.3. El dinamismo esperado para el gasto sanitario proveniente de la función hospitalaria y derivado exclusivamente del factor demográfico es pequeño, como cabía prever, pero positivo en todos los casos, fruto del proceso de envejecimiento. En efecto, el rango del crecimiento medio anual estimado para el periodo 2010-2016 es similar al observado para la totalidad del gasto. Por comunidades autónomas se observan

algunas diferencias, así mientras que para Andalucía, los dos archipiélagos, Cantabria, Castilla-La Mancha, la Comunitat Valenciana, la Comunidad de Madrid, la Región de Murcia y la Comunidad Foral de Navarra, el comportamiento predicho será más acelerado que la media, para el resto de comunidades autónomas resultará inferior al promedio.

En lo concerniente al comportamiento previsto para el gasto sanitario ocasionado por la función de asistencia primaria y ambulatoria, se ha de precisar que, aunque es positivo para la media nacional, no resulta así para todas las comunidades autónomas. En efecto, existe un conjunto de territorios donde este será negativo, como sucede en Aragón, el Principado de Asturias, Cantabria, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Galicia, el País Vasco y La Rioja. Para el resto será positivo, si bien, se registran diferencias en términos del ritmo de avance esperado: hay autonomías donde este será sustancialmente mayor que la media española, como puede ser el caso de Andalucía, las dos comunidades insulares, la Comunidad de Madrid, la Región de Murcia, Castilla-La Mancha y la Comunidad Foral de Navarra, mientras que para el resto será similar o ligeramente inferior.

En lo referente al crecimiento del gasto sanitario anticipado para la función de farmacia, se observan tasas de variación media anual sustancialmente mayores que las previstas para las otras dos funciones. Esto se podría explicar por el mayor impacto relativo que el proceso de envejecimiento tiene sobre esta función como vimos con anterioridad. Además, la dispersión de las tasas medias anuales de crecimiento por comunidades autónomas es claramente superior al correspondiente a las dos funciones previas. En esta ocasión el rango de crecimientos anualizados se encuentra dentro del intervalo comprendido entre poco más de medio punto (Región de Murcia) hasta dos puntos (Castilla y León). Hay un grupo de comunidades que presentarán un dinamismo sustancialmente mayor que la media, y que estaría formado por Aragón, el Principado de Asturias, Cantabria, Castilla y León, Galicia y el País Vasco. Por otro lado, también existe un conjunto de autonomías que experimentará un crecimiento sustancialmente más bajo que la media nacional, entre las que se encontrarían la Región de Murcia, Illes Balears, Cataluña y Andalucía.

CUADRO 3.3: Crecimiento medio anual del gasto sanitario predicho por funciones y comunidades autónomas, 2010-2016

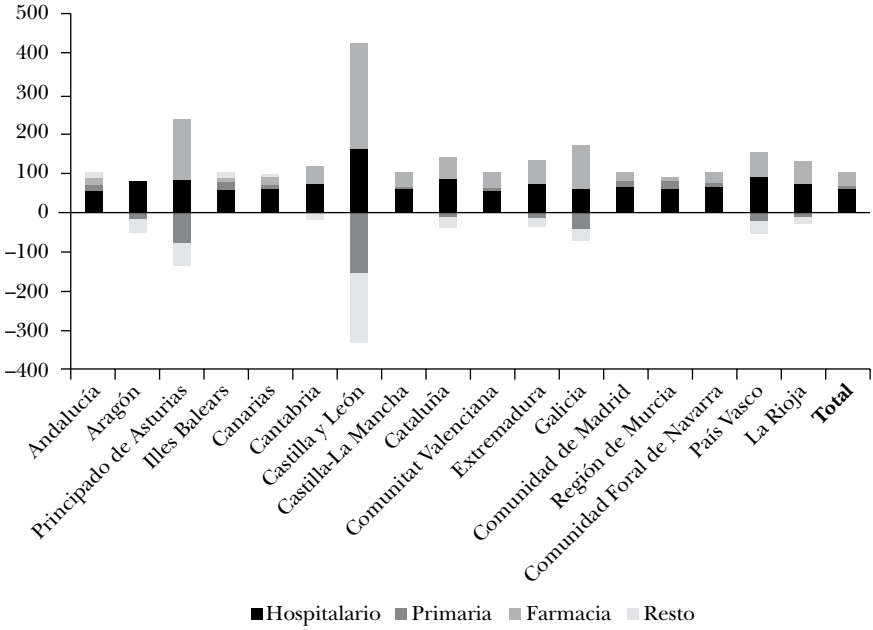
	Andalucía	Aragón	P. de Asturias	I. Balears	Canarias	Cantabria	Castilla y León	Castilla-La Mancha	Cataluña
Hospitalaria	1,12	0,61	0,35	1,18	1,52	0,92	0,46	0,85	0,38
Primaria	1,22	–0,50	–1,52	1,38	1,73	–0,13	–1,38	0,35	–0,21
Farmacia	0,93	1,41	1,83	0,92	1,39	1,71	1,91	1,07	0,78
	C. Valenciana	**Extremadura**	**Galicia**	**C. de Madrid**	**R. de Murcia**	**C. F. de Navarra**	**País Vasco**	**La Rioja**	**Total**
Hospitalaria	0,89	0,58	0,45	1,10	1,13	1,06	0,70	0,56	**0,82**
Primaria	0,32	–0,28	–1,36	0,98	1,55	0,44	–0,62	–0,39	**0,27**
Farmacia	1,38	1,22	1,89	1,04	0,60	1,50	1,77	1,23	**1,22**

Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012); Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011); Pérez *et al.* (2011) y Mas y Cucarella (2007).

Este comportamiento dinámico diferencial, unido al distinto peso que tiene cada una de las funciones sobre el total de gasto sanitario para cada comunidad autónoma, resulta en una aportación heterogénea de aquellas al crecimiento global del gasto. Esta información es la que pretende recoger el gráfico 3.9, donde se muestran las contribuciones al crecimiento del gasto total por comunidades autónomas de las funciones de gasto para el horizonte predicho (2010-2016).

GRÁFICO 3.9: Contribuciones al crecimiento medio anual 2010-2016 del gasto sanitario total de las diferentes funciones de gasto por comunidades autónomas

(porcentaje)



Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012); Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011); Pérez *et al.* (2011) y Mas y Cucarella (2007).

Para el conjunto del gasto sanitario español, la función que más contribuirá a su crecimiento en el periodo 2010-2016 es la

función hospitalaria, que explica por sí sola casi el 65% del incremento total. No es de extrañar, si se tiene presente que su peso sobre el total del gasto ronda ese porcentaje, y su evolución prevista es similar a la del agregado. Por su parte, el gasto derivado de la función de atención primaria y ambulatoria es únicamente responsable del poco más del 5% del crecimiento total experimentado. Este hecho contrasta con su peso al inicio del periodo, que supone el 15%, por lo que su escasa aportación al crecimiento global del gasto sanitario se sustenta en el menor ritmo de crecimiento predicho. El gasto en la función farmacia, por su lado, explica algo menos del 35% del total del incremento previsto, debido básicamente al mayor dinamismo de esta partida de gasto con respecto al total, ya que al inicio del periodo de estudio suponía poco más del 20% del total. Finalmente, el resto de funciones tienen una contribución negativa.

Por comunidades autónomas, sin embargo, se observan patrones de comportamiento muy diversos. Así por ejemplo, existen autonomías como Galicia, donde la función hospitalización no llega a explicar el 60% del crecimiento previsto, mientras que este porcentaje supera el 160% para el caso de Castilla y León. Mayores son todavía las diferencias cuando centramos nuestra atención en la contribución de atención primaria; así, mientras hay comunidades donde esta partida tiene una contribución negativa —como es el caso del Principado de Asturias (–80%), Castilla y León (–157%) o Cataluña (–11%)— hay otras donde la misma ayuda a explicar alrededor de un 20%, como sucede en Illes Balears, Andalucía o la Región de Murcia. Pero sin duda, donde afloran las mayores diferencias es en lo que tiene que ver con el poder explicativo del gasto en la función farmacia. En efecto, respecto a la contribución de esta partida, se puede observar como conviven comunidades autónomas donde esta ayuda a explicar gran parte del incremento previsto del gasto —casos de Castilla y León o el Principado de Asturias— con otras —como la Región de Murcia o Illes Balears— en las que dicha función aporta poco más de un 10% del total. Finalmente, es preciso señalar que también existen importantes diferencias en relación con la contribución al crecimiento del gasto total asociado al resto de funciones. Mientras que en algunos casos esta contribución es marcadamente positiva

y ayuda a explicar alrededor de un 10% del incremento global, como Illes Balears o la Región de Murcia, en otros dicha contribución es negativa y, por tanto, minora la aportación del resto, como sucede en Castilla y León, el Principado de Asturias, Cataluña o el País Vasco.

La evolución prevista del gasto total tendrá escasas consecuencias con respecto a la situación relativa del gasto total per cápita por comunidades autónomas, como se puede observar en el cuadro 3.4. De hecho, aquellas comunidades, que bien tradicionalmente, o bien en los últimos años, han disfrutado de un gasto per cápita inferior a la media nacional, como puede ser el caso de Andalucía o la Comunidad de Madrid, mantendrán su situación relativa. Aunque, para el caso de la Comunitat Valenciana, que salvo para 1991 siempre se había encontrado ligeramente por debajo de la media española, hemos de afirmar que se producirá un proceso efectivo de convergencia con la media nacional a lo largo del horizonte de predicción. Algo similar ocurre con Illes Balears, que hasta 2010, salvo en una ocasión, siempre se había situado por debajo de la media, pero que desde dicho año mantiene esa posición por encima del conjunto nacional. Para aquellas comunidades que se encontraban en 2010 holgadamente por encima de la media española en términos de gasto per cápita como Aragón, el Principado de Asturias, Extremadura, la Región de Murcia, la Comunidad Foral de Navarra y el País Vasco, también se predicen algunos comportamientos diferenciados. Así, mientras que para el Principado de Asturias, la Región de Murcia, y los dos territorios forales, se mantiene la posición relativa, para el caso de Aragón y Extremadura se espera un cierto estrechamiento del diferencial con respecto al promedio nacional. El resto de comunidades autónomas, que presentaban guarismos más similares a la media española, conservan con pequeñas oscilaciones la misma situación relativa que la observada al inicio del periodo de predicción.

En lo concerniente a la situación relativa con respecto a la media española por gasto per cápita por funciones de gasto, la predicción realizada da lugar a algunas variaciones respecto del *statu quo* inicial. Para ilustrar este hecho se presenta el cuadro 3.5.

CUADRO 3.4: Gasto sanitario total per cápita observado y predicho por comunidades autónomas, 1991-2016

(euros por habitante)

	Andalucía	Aragón	P. de Asturias	I. Balears	Canarias	Cantabria	Castilla y León	Castilla-La Mancha	Cataluña	C. Valenciana	Extremadura	Galicia	C. de Madrid	R. de Murcia	C. F. de Navarra	País Vasco	La Rioja	Total
1991	409	451	435	347	367	408	399	361	411	410	418	331	426	361	501	465	376	406
1992	478	543	554	446	460	520	496	452	480	457	504	405	548	456	564	513	466	486
1993	497	523	558	427	457	531	480	451	524	498	508	443	524	450	627	561	461	502
1994	532	564	591	463	469	567	521	490	549	506	527	472	588	464	635	569	514	533
1995	538	574	595	468	520	572	539	490	558	535	536	530	564	502	666	611	541	547
1996	567	607	633	492	552	614	578	534	595	559	589	580	598	543	708	654	544	582
1997	612	635	650	524	558	645	603	552	622	571	621	611	605	579	754	680	596	608
1998	630	689	689	566	641	693	644	596	645	621	659	654	647	607	802	737	646	646
1999	660	724	738	595	638	742	687	638	691	671	699	699	673	658	848	785	684	684
2000	697	769	789	617	785	802	750	682	735	697	756	743	700	712	902	831	751	729
2001	733	844	851	661	793	885	797	732	794	726	795	802	737	749	929	888	792	773
2002	785	890	914	752	860	970	831	826	848	794	882	852	765	821	982	952	867	829
2003	848	1.000	1.025	844	947	1.112	953	885	934	879	986	926	805	909	1.055	1.023	949	906
2004	914	1.095	1.098	916	990	1.191	1.016	873	962	934	1.054	1.028	907	992	1.132	1.091	1.060	969
2005	960	1.136	1.164	1.082	1.091	1.277	1.096	1.094	1.021	1.005	1.129	1.061	953	1.067	1.170	1.190	1.175	1.039
2006	1.046	1.244	1.243	1.076	1.161	1.349	1.254	1.219	1.131	1.065	1.242	1.167	1.022	1.143	1.252	1.267	1.488	1.129
2007	1.100	1.341	1.324	1.174	1.238	1.441	1.215	1.227	1.244	1.144	1.400	1.245	1.114	1.261	1.364	1.411	1.801	1.211
2008	1.257	1.430	1.435	1.223	1.375	1.328	1.416	1.243	1.341	1.220	1.511	1.367	1.187	1.495	1.477	1.549	1.481	1.318
2009	1.239	1.525	1.611	1.259	1.423	1.378	1.381	1.436	1.408	1.305	1.587	1.429	1.259	1.561	1.595	1.660	1.454	1.376
2010	1.196	1.478	1.542	1.417	1.346	1.449	1.413	1.403	1.423	1.331	1.563	1.365	1.140	1.528	1.567	1.655	1.476	1.349
2011	1.205	1.487	1.554	1.427	1.362	1.459	1.422	1.409	1.432	1.345	1.569	1.377	1.150	1.541	1.577	1.668	1.485	1.359
2012	1.213	1.493	1.564	1.437	1.377	1.469	1.430	1.415	1.447	1.358	1.576	1.387	1.162	1.553	1.586	1.685	1.498	1.370
2013	1.221	1.498	1.573	1.446	1.392	1.478	1.437	1.421	1.461	1.371	1.582	1.397	1.173	1.564	1.596	1.702	1.510	1.380
2014	1.229	1.504	1.583	1.456	1.407	1.487	1.444	1.427	1.475	1.384	1.588	1.406	1.184	1.575	1.605	1.717	1.521	1.391
2015	1.237	1.508	1.591	1.466	1.423	1.496	1.451	1.433	1.488	1.397	1.594	1.415	1.195	1.586	1.614	1.732	1.532	1.401
2016	1.246	1.513	1.599	1.477	1.440	1.506	1.458	1.440	1.501	1.410	1.601	1.423	1.206	1.598	1.624	1.748	1.544	1.411

Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012); Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011); Pérez *et al.* (2011) y Mas y Cucarella (2007).

CUADRO. 3.5: Índice de gasto sanitario per cápita por funciones y comunidades autónomas, 2010-2016

(España = 100)

		Andalucía	Aragón	P. de Asturias	I. Balears	Canarias	Cantabria	Castilla y León	Castilla-La Mancha	Cataluña
Hospitalaria	2010	83	104	122	105	104	109	95	98	109
	2016	82	102	121	104	105	109	95	96	110
Primaria	2010	102	117	101	127	92	91	120	116	104
	2016	105	111	93	131	98	88	111	114	105
Farmacia	2010	100	109	117	67	97	99	108	106	90
	2016	95	110	124	64	96	102	115	103	91

		C. Valenciana	Extremadura	Galicia	C. de Madrid	R. de Murcia	C. F. de Navarra	País Vasco	La Rioja	Total
Hospitalaria	2010	95	105	99	96	118	119	125	115	100
	2016	96	104	98	96	117	118	127	115	100
Primaria	2010	86	129	89	73	97	115	127	111	100
	2016	87	125	82	76	103	114	123	108	100
Farmacia	2010	119	120	129	75	113	95	104	102	100
	2016	121	120	136	73	106	95	110	103	100

Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012); Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011); Pérez *et al.* (2011) y Mas y Cucarella (2007).

En lo que se refiere al gasto per cápita relativo derivado de la función hospitalaria se observa que la predicción para el año 2016 da lugar a pequeñas diferencias que, en ningún caso, ocasionan que una comunidad autónoma situada por encima de la media española pase a estar por debajo de esta. Algo que no se puede hacer extensible a la predicción realizada acerca del comportamiento de la función de asistencia primaria y ambulatoria, ya que hay dos comunidades autónomas que verían alteradas, y en sentido contrario, sus posiciones relativas: el Principado de Asturias y la Región de Murcia. En efecto, a lo largo del periodo de predicción, mientras que el gasto per cápita en atención primaria en el Principado de Asturias pasará de encontrarse por encima de la media a situarse por debajo, en el caso de la Región de Murcia el movimiento será el opuesto. Un comportamiento muy similar se observa cuando el análisis se centra en la función farmacia. En este caso hay otras dos comunidades cuyas posiciones relativas varían sensiblemente. De una parte, Andalucía, que de un nivel semejante a la media, desciende ligeramente por debajo de esta. Por otro lado, Cantabria, que se mueve en sentido opuesto, colocándose por encima de la media pese a partir de un nivel inferior a la misma. En el caso de Andalucía, se ha de puntualizar que en el lustro anterior a 2010 se encontraba ya por debajo de dicho valor, mientras que para el caso de Cantabria, ya en los tres años inmediatamente anteriores había alcanzado un nivel superior al promedio en términos de gasto per cápita en la función farmacia.

3.4. Proyecciones de gasto sanitario para el periodo 2011-2016 a partir del conjunto de factores que determinan su evolución

Para abordar la segunda etapa de la predicción, esto es, para ampliar el espectro de factores determinantes de la evolución futura del gasto sanitario público, resulta necesario añadir a la aportación del factor demográfico al crecimiento del gasto, aquella otra achacable, por un lado, al comportamiento de los precios sanitarios implícitos y, por otro, al factor residual. Esta información es la que se presenta en el cuadro 3.6.

CUADRO 3.6: Crecimiento medio anual 2010-2016 predicho del factor precios implícitos y del factor tecnológico por comunidades autónomas

	Andalucía	Aragón	P. de Asturias	I. Balears	Canarias	Cantabria	Castilla y León	Castilla-La Mancha	Cataluña
Precios	1,13	1,22	1,07	2,62	0,66	2,07	1,04	0,80	1,34
Residual	1,65	4,25	3,22	4,62	1,45	–0,20	3,31	5,37	4,10
Población	1,08	0,42	0,28	1,18	1,52	0,74	0,19	0,72	0,26
Total	**3,85**	**5,88**	**4,58**	**8,43**	**3,63**	**2,61**	**4,55**	**6,90**	**5,70**

	C. Valenciana	Extremadura	Galicia	C. de Madrid	R. de Murcia	C. F. de Navarra	País Vasco	La Rioja	Total
Precios	1,12	1,35	0,93	0,43	1,55	1,38	1,16	0,58	1,08
Residual	4,52	4,45	0,28	1,25	4,86	3,09	4,86	3,76	2,94
Población	0,85	0,42	0,46	1,05	1,10	0,92	0,48	0,44	0,74
Total	**6,48**	**6,22**	**1,67**	**2,73**	**7,51**	**5,39**	**6,50**	**4,78**	**4,76**

Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012); Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011); Pérez *et al.* (2011) y Mas y Cucarella (2007).

El crecimiento medio anual que experimentarían los precios implícitos en el conjunto de la economía nacional rondaría el 1,1%, pero —como se puede observar— el comportamiento esperado es ciertamente diferente según la comunidad autónoma de que se trate. Mientras que existen algunas de ellas para las que el dinamismo esperado del factor inflación no supera el medio punto —como es el caso de la Comunidad de Madrid— existen otras donde prácticamente se espera que se triplique esa cifra —como sucedería en la Región de Murcia—.

Estas diferencias, aunque relevantes, se quedan pequeñas en comparación a lo que ocurre cuando se considera la evolución prevista para el factor residual. En efecto, el valor para el conjunto nacional del incremento previsto rondaría el 2,9%, y la dispersión predicha por comunidades autónomas es sustancialmente más elevada. Así, por ejemplo, conviven en la predicción comunidades como Cantabria, cuyo crecimiento sería ligeramente negativo, con otras, como Castilla-La Mancha, donde el crecimiento medio anual superaría el 5,3% en el horizonte de predicción. Si atendemos al crecimiento anualizado de ambos factores podemos clasificar a las comunidades autónomas españolas en tres categorías:

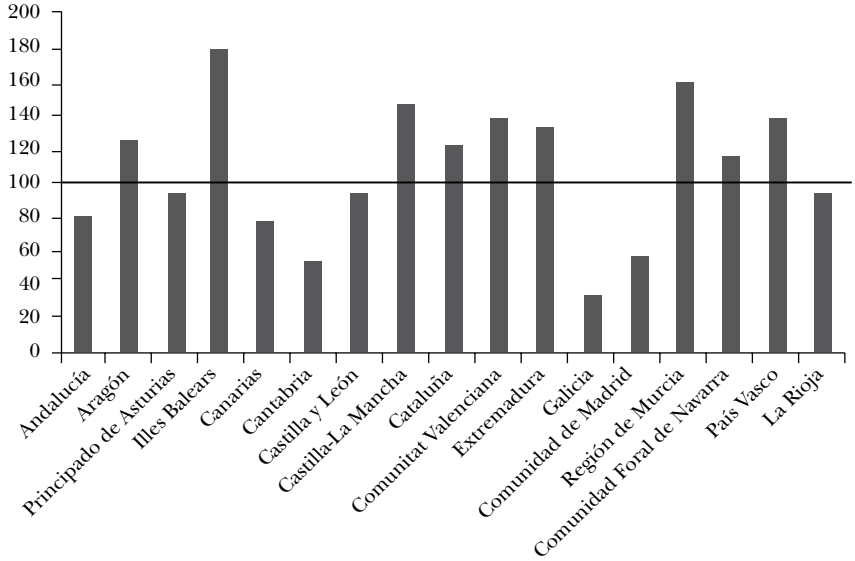
a) Las que previsiblemente registrarán un mayor crecimiento que la media nacional tanto en términos de precios como de prestación sanitaria real media, entre las que se encontrarían: Aragón, Illes Balears, Cataluña, la Comunitat Valenciana, Extremadura, la Región de Murcia, la Comunidad Foral de Navarra y el País Vasco.
b) Aquellas que se espera que se comporten de forma menos dinámica que la media en ambos factores: Canarias, Galicia y la Comunidad de Madrid.
c) Las que presentarán un mayor crecimiento en uno de los factores, y menor en el otro: el Principado de Asturias, ambas Castillas y La Rioja.

Una vez incorporadas las tres fuentes de crecimiento: población, precios y tecnología, ya se dispone de la segunda de las predicciones sobre el comportamiento del gasto sanitario total por comunidades autónomas para el periodo 2010-2016. Así, la media

nacional se situaría en un ritmo medio del 4,8%, lo que da lugar a diferencias sustanciales por comunidades autónomas. Una forma visual de expresar esas diferencias es la que se recoge en el gráfico 3.10, donde se ha construido un índice que compara el crecimiento medio anual predicho para cada comunidad autónoma española, con el del total nacional. Como puede observarse, hay varias comunidades autónomas que registran un dinamismo sustancialmente mayor que el nacional, como es el caso de Aragón, Illes Balears, Castilla-La Mancha, Cataluña, la Comunitat Valenciana, Extremadura, la Región de Murcia, la Comunidad Foral de Navarra y el País Vasco. El resto de comunidades experimentará, según la predicción, un ritmo de crecimiento menor que el nacional. Especialmente llamativos resultan los valores alcanzados por Galicia, cuya crecimiento esperado es un tercio del nacional, o la Comunidad de Madrid y Cantabria, que superan ligeramente el 50% de dicha referencia.

GRÁFICO 3.10: Índice del crecimiento medio anual predicho 2010-2016 por comunidades autónomas

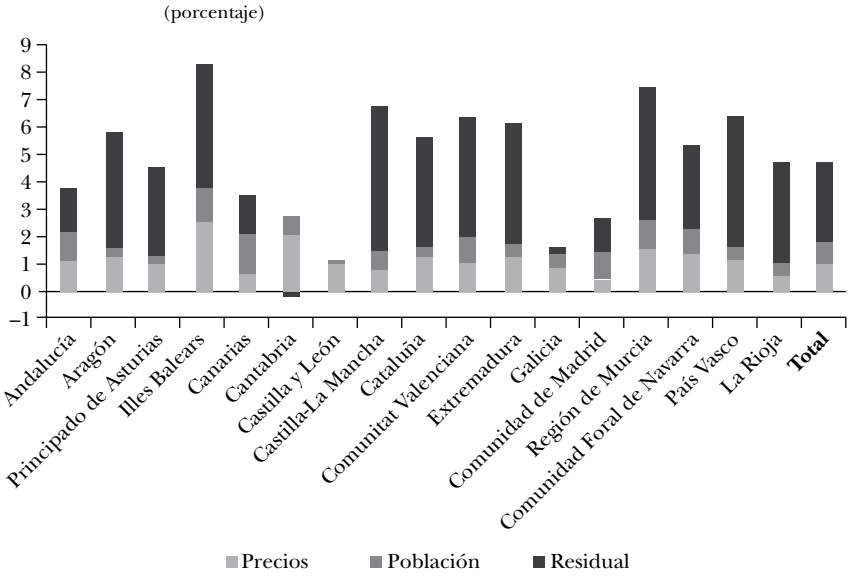
(total comunidades autónomas = 100)



Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012); Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011); Pérez *et al.* (2011) y Mas y Cucarella (2007).

Como queda patente en el gráfico 3.11, el mayor responsable de las diferencias observadas para el crecimiento predicho del gasto sanitario total radica en el diferente comportamiento del factor residual. En efecto, en todas las comunidades donde el crecimiento previsto para el gasto sanitario total excede del nacional, este factor supone entre el 50 y el 75% del crecimiento total.

GRÁFICO 3.11: Descomposición en sus factores explicativos de la tasa media de crecimiento predicha para el gasto sanitario de las comunidades autónomas, 2010-2016



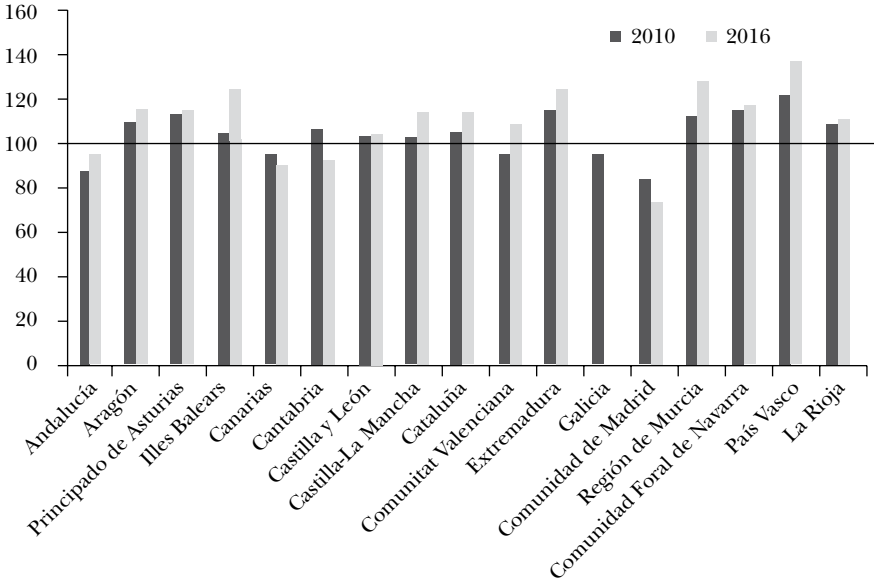
Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012); Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011); Pérez *et al.* (2011) y Mas y Cucarella (2007).

En el gráfico 3.12 se compara, para cada comunidad autónoma, el nivel previsto del índice de gasto sanitario per cápita para el año 2016 con el efectivamente registrado en 2010. Se puede observar como hay cinco comunidades autónomas que van a ver reducida de forma relevante su posición relativa con respecto a la media española: Andalucía, Canarias, Cantabria, Galicia y la Comunidad de Madrid. Los casos más llamativos, probablemente, son los de Cantabria y Galicia, que a lo largo del periodo de estu-

dio previsiblemente pasarán de encontrarse por encima de la media, holgadamente en el caso de Cantabria, a situarse claramente por debajo. En el otro extremo, el protagonizado por las comunidades cuyo ritmo de crecimiento predicho es sustancialmente mayor que la media nacional, es necesario destacar los casos especialmente dinámicos de Illes Balears, la Región de Murcia y el País Vaso, así como de la Comunitat Valenciana, única comunidad autónoma que se encontraba por debajo de la media en 2010 y que superaría esta en 2016.

GRÁFICO 3.12: Índice de gasto per cápita por comunidades autónomas en 2010 y 2016

(total comunidades autónomas = 100)



Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012); Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011); Pérez *et al.* (2011) y Mas y Cucarella (2007).

3.5. Conclusiones

En este capítulo se ha tratado de predecir la senda esperada del gasto sanitario por comunidades autónomas en España hasta el

año 2016. Dicho ejercicio de predicción se ha realizado en dos etapas. En la primera, únicamente se tiene en cuenta el devenir demográfico previsto, mientras que en la segunda se incorpora a la predicción los efectos que se derivan de la dinámica del gasto imputable a los otros dos determinantes del gasto sanitario, es decir, los precios y la prestación real media por persona (el factor residual).

La posibilidad de predecir el comportamiento futuro del gasto sanitario a raíz del comportamiento esperado de la población, se deriva del hecho de que este responde a un patrón muy distinto por grupos de edad. En efecto, en la primera niñez el gasto sanitario es más elevado que entre los 5 y 14 años. A partir de ese momento, el gasto se va incrementando de forma paulatina durante la edad adulta, hasta que a partir de los 65 años experimenta un gran crecimiento. La dinámica esperada de la población por grupos de edad para este análisis se obtiene de las Proyecciones de Población a Corto Plazo del INE, mientras que el distinto comportamiento de los grupos de edad en términos de gasto resulta de adoptar los coeficientes de gasto estimados por el Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario (Ministerio de Economía y Hacienda 2005).

Esta primera etapa de la predicción señala que es esperable una ralentización muy sustancial en el ritmo de crecimiento del gasto sanitario total. Dicha desaceleración es generalizada para todas las comunidades autónomas, con pequeñas diferencias. Así, habría un conjunto de comunidades autónomas que se comportarían de forma más dinámica que la media nacional, como son las dos insulares, Cantabria, la Comunitat Valenciana, la Comunidad de Madrid, la Región de Murcia y la Comunidad Foral de Navarra, mientras que el resto registraría menores crecimientos que la media española. Para el conjunto del gasto sanitario español, la función hospitalaria explicaría casi el 65% del incremento esperado, mientras que la función de farmacia sería responsable de algo menos del 35%, y la de asistencia primaria y ambulatoria de poco más de un 5%. El resto de funciones tendría contribuciones negativas al crecimiento del gasto.

La segunda etapa de la predicción, esto es, la que no solo incluye el factor demográfico, sino que tiene en cuenta también

la aportación achacable tanto al comportamiento de los precios sanitarios implícitos como al factor residual, nos muestra como el crecimiento medio anual esperado para el gasto sanitario nacional en el periodo 2010-2016 rondaría el 4,7%. Ese comportamiento agregado esconde diferencias muy notables, tanto en relación con los factores, como al comportamiento del gasto agregado por comunidades autónomas. Mientras que los precios implícitos experimentarían a lo largo del periodo un dinamismo anual del 1,1%, el crecimiento del factor residual rondaría el 2,9% anual.

Atendiendo al crecimiento anualizado de ambos factores, se puede clasificar a las comunidades autónomas en tres grupos en función de que se prevea para ellas:

a) Un crecimiento superior a la media nacional, tanto en precios como en prestación real media: Aragón, Illes Balears, Cataluña, la Comunitat Valenciana, Extremadura, la Región de Murcia, la Comunidad Foral de Navarra y el País Vasco.
b) Un incremento menor que la media en ambos factores: Canarias, Galicia y la Comunidad de Madrid.
c) Un dinamismo mayor que el medio en uno de los factores, e inferior a la media en el otro: el Principado de Asturias, Castilla-La Mancha, Castilla y León y La Rioja.

Desde un punto de vista agregado, la previsión realizada muestra dos grupos claramente diferenciados. De un lado, las comunidades autónomas que, presumiblemente, registrarán un comportamiento más dinámico que la media nacional a lo largo del periodo 2010-2016, como es el caso de Aragón, Illes Balears, Castilla-La Mancha, Cataluña, la Comunitat Valenciana, Extremadura, la Región de Murcia, la Comunidad Foral de Navarra y el País Vasco. De otro lado, el resto, que registrará un dinamismo menor que la media. De entre ellas, resulta especialmente llamativo el caso de Galicia, cuyo crecimiento esperado supone un tercio de la media española, y los casos de la Comunidad de Madrid y Cantabria, que superarían escasamente el 50% de dicho comportamiento agregado.

4. Financiación y sostenibilidad

4.1. La financiación del gasto sanitario público de las comunidades autónomas

4.1.1. Introducción y marco normativo

La financiación del gasto sanitario realizado por las comunidades autónomas recae en la globalidad de sus fuentes de ingresos, toda vez que el principio de generalidad o de no afectación de los ingresos públicos hace que esta importante parcela del gasto público, junto con los gastos que desarrollan el resto de competencias asumidas por las comunidades autónomas, se financie con el presupuesto general de cada comunidad, sin que existan partidas específicas de financiación. No obstante, hasta la generalización del traspaso de las competencias sanitarias a la totalidad de comunidades, es decir, hasta el año 2001, inclusive, las competencias en sanidad transferidas fueron financiadas mediante un *subsistema* paralelo al general de financiación. Este mecanismo *ad hoc* de cobertura de los gastos sanitarios autonómicos finalizó con la entrada en vigor en 2002 de la que, hasta la fecha, es la penúltima versión del sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común y que prolongó su vigencia hasta 2008.[29]

Lo mencionado en el párrafo anterior hace referencia a la mayoría de las comunidades autónomas, pero no a todas, pues

[29] Es preciso, sin embargo, dejar constancia de que el modelo de financiación citado incorporó un mecanismo de *garantía sanitaria* que, de algún modo, cabe considerar una excepción al principio de generalidad. En función de este mecanismo, las comunidades tenían la obligación de destinar a la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, como mínimo, una cantidad igual a la resultante de hacer evolucionar las necesidades financieras calculadas en el año base según un determinado índice (ingresos tributarios del Estado, ITE). Adicionalmente, y durante los tres primeros años de aplicación del sistema (posteriormente prorrogados al conjunto del periodo), el Estado garantizó a las comunidades que el índice de evolución de los recursos asignados a la financiación de los servicios sanitarios sería, como mínimo, igual al crecimiento del PIB nominal a precios de mercado.

conviene recordar que, por lo que atañe al régimen de financiación de las haciendas regionales, en España hay dos tipos de comunidades autónomas. De un lado están las denominadas de *régimen común:* un total de quince comunidades cuya financiación viene regulada por la LOFCA.[30] Y de otro, las de *régimen foral,* esto es, la Comunidad Foral de Navarra y el País Vasco; dos comunidades que gozan de regímenes de financiación similares aunque no coincidentes, basados ambos en el reconocimiento de los derechos forales decimonónicos que recogió la disposición adicional primera de la Constitución de 1978. La principal diferencia entre los regímenes común y foral radica en que, mientras que el primero otorga una competencia limitada a las comunidades en la gestión y recaudación de los principales impuestos del sistema fiscal (que, con excepciones, comparten con la Administración del Estado), el segundo atribuye a las haciendas forales competencias normativas y de gestión en la totalidad de los tributos que integran el sistema fiscal español. Este hecho otorga a las haciendas forales una situación de evidente privilegio en términos de autonomía fiscal y se traduce, además, en la práctica, en una mayor suficiencia relativa, como más adelante se tendrá ocasión de constatar.

A diferencia de las comunidades forales, cuyo modelo financiero no ha experimentado cambios relevantes en épocas recientes, las quince comunidades de régimen común han visto evolucionar de un modo notable su sistema de financiación desde la aprobación del primer texto de la LOFCA. La evolución del modelo LOFCA ha servido para aumentar de manera significativa el grado de autonomía financiera de las comunidades autónomas de régimen común, así como su corresponsabilidad fiscal. Así, mientras que el modelo original basaba la financiación de las comunidades en transferencias del Estado generales (*participación en ingresos del Estado*) y específicas (financiación sanitaria y de los servicios sociales), siendo escasas las fuentes impositivas atribuidas a las haciendas regionales, las sucesivas re-

---

[30] Ley Orgánica 8/1980, de 22 de septiembre, de Financiación de las Comunidades Autónomas. Parcialmente modificada por las leyes orgánicas 3/1996, de 27 de diciembre; 7/2001, de 27 de diciembre, y 3/2009, de 18 de diciembre.

formas (1996, 2001 y 2009) han incrementado el espacio fiscal a disposición de las comunidades, reduciendo así la dependencia financiera de estas. La ampliación de la *cesta* de impuestos cedidos a las comunidades ha ampliado su autonomía financiera y la atribución de amplios márgenes para ejercer la capacidad normativa sobre tales impuestos ha aumentado su corresponsabilidad fiscal.

Quizás donde menos avances se han logrado, pese las sucesivas reformas de la LOFCA, sea en la consecución del objetivo de equidad, entendido este como garantía de un nivel de suficiencia relativa similar en todas las comunidades o *igualdad efectiva en el acceso a los servicios públicos* (De la Fuente 2010). La forma en que se instrumentaron las distintas reformas del sistema de financiación y la observancia sistemática en todas ellas de cláusulas de garantía del *statu quo,* han motivado que la incorporación al modelo de variables y criterios objetivos de necesidad para el reparto de los fondos no se haya traducido en la deseable convergencia en términos de financiación per cápita entre comunidades.[31]

El sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común vigente desde 2009[32] amplió el alcance de la cesión tributaria, elevando el porcentaje de cesión del impuesto sobre la renta de las personas físicas (IRPF) hasta el 50% (y ampliando las capacidades normativas de las comunidades autónomas sobre dicho tramo), e incrementando las participaciones en la recaudación del impuesto sobre el valor añadido (IVA) y de los impuestos especiales sobre fabricación hasta el 50% y el 58%, respectivamente. En la esfera de la equidad, la reforma introdujo un mecanismo de nivelación limitada de los servicios públicos fundamentales (sanidad, educación y servicios sociales), que se concreta en un fondo redistributivo (el Fondo de Garantía de

---

[31] Véase, por ejemplo, Pedraja y Utrilla (2010), De la Fuente (2010, 2011, 2012) o Bosch (2011).

[32] Acuerdo 6/2009, de 15 de julio, para la reforma del sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía. Publicado en el Boletín Oficial del Estado (BOE) como parte 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 y se modifican determinadas normas tributarias.

Servicios Públicos Fundamentales), dotado con el 75% de la capacidad tributaria de las comunidades más una aportación del Estado. Este fondo se distribuye entre las comunidades en función de criterios de necesidad relativa que incluyen la población de derecho, la población protegida por el sistema sanitario, la población mayor de 65 años y la población entre 0 y 16 años, además de otros habituales en el sistema, como la superficie, la dispersión o la insularidad.[33]

Junto a este fondo de nivelación, operan dos fondos de convergencia: el Fondo de Competitividad, orientado a mejorar la equidad horizontal (igualación de la financiación per cápita) y el Fondo de Cooperación, dirigido a la consecución del objetivo de equidad vertical (reequilibrio territorial o convergencia regional). El primero de estos instrumentos aporta recursos adicionales a comunidades cuya financiación per cápita sea inferior a la media (o inferior a su capacidad tributaria per cápita). El segundo se distribuye entre comunidades con un PIB por habitante inferior al 90% del PIB per cápita medio o con baja densidad de población.[34]

La valoración del sistema vigente habrá de condicionarse en todo caso a los resultados que arroje su aplicación, si bien la coyuntura adversa en la que ha hecho su entrada sin duda complica esta tarea de evaluación. Se ha de reconocer que el nuevo modelo supone un avance en términos de autonomía financiera y que el sistema de nivelación, aunque parcial y únicamente efectivo en términos dinámicos, supone asumir por vez primera un criterio explícito de equidad. El primer año de implantación del modelo ha supuesto una ligera corrección de las diferencias en financiación per cápita (por la vía de la distribución de los fondos adicionales), aunque está por ver que tenga lugar con el tiempo una verdadera convergencia entre comunidades en lo que a financiación relativa respecta. Los datos de la liquidación definitiva de 2010 no parecen apuntar en tal sentido, como más adelante se tendrá ocasión de comentar.

---

[33] Esta variable de reparto recibe la denominación de *población ajustada*.

[34] Para una explicación detallada del nuevo modelo véase, por ejemplo, Herrero, Ruiz Huerta y Vizán (2010).

En las páginas que siguen, analizamos la evolución comparada de los recursos de las comunidades autónomas y su relación con la dinámica experimentada por el gasto sanitario autonómico, a lo largo del periodo 2002-2010. La razón para restringir el análisis a estos nueve años radica en que, antes del año 2002, la heterogeneidad competencial entre comunidades era notable, por cuanto diez de ellas no habían asumido aún el traspaso de la sanidad y los servicios sociales, lo que daba lugar a una clara segmentación de las haciendas autonómicas en lo que respecta al volumen ingresos, así como a la composición de estos por categorías.

4.1.2. Evolución comparada de los recursos de las comunidades autónomas 2002-2010

4.1.2.1. Recursos de las comunidades autónomas en términos de Contabilidad Nacional

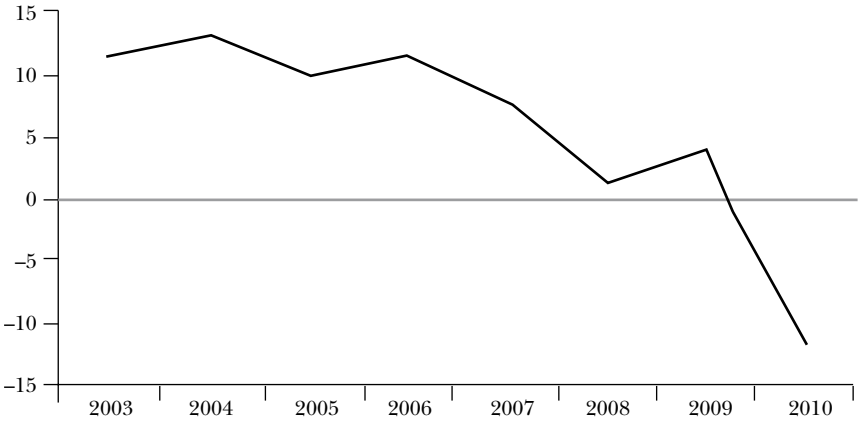
Los recursos no financieros de las comunidades autónomas en 2010 ascendieron a un total de 142.862 millones de euros, según el Avance de la actuación económica y financiera de las Administraciones Públicas (Intervención General de la Administración del Estado, IGAE 2010). Esta cifra de recursos representa casi un 12% menos que la registrada en el año anterior, lo que no hace sino sacar a la luz el fuerte impacto de la crisis económica sobre la financiación de las haciendas regionales que, durante los primeros años de la fase recesiva, se vio amortiguado en su reflejo en las cuentas públicas por los retardos que introduce en el sistema de financiación de las comunidades de régimen común el mecanismo de anticipos a cuenta y posterior liquidación con dos años de demora. No obstante, la dinámica de los recursos de las comunidades autónomas comenzó a dar muestras de cierto agotamiento ya en el año 2007, como puede comprobarse en el gráfico 4.1.

La composición de estos recursos no financieros muestra como, pese a las sucesivas reformas del sistema de financiación mencionadas en el epígrafe anterior, el grado de dependencia financiera de las haciendas regionales, medido a través del porcentaje que representan sobre su financiación las transferencias

procedentes de otras Administraciones Públicas (principalmente del Estado),[35] continúa siendo notable. Tales transferencias, que en 2002 suponían un 42% del total de recursos no financieros, vieron menguar su peso relativo hasta el mínimo del 37,5% en 2005 para volver a ganar cuota de manera ininterrumpida en los años sucesivos, llegando a rozar el 50% en la estructura de los recursos de 2010. La razón de esta involución en términos de autonomía financiera se ha de buscar en el desplome de los ingresos propios (impuestos) de las haciendas autonómicas resultante del cambio en la fase del ciclo económico. Así, pese a las modificaciones introducidas en el modelo de financiación de régimen común a partir de 2009, el grado de autonomía fiscal de estas no se ha incrementado, sino todo lo contrario, debido a la contracción de las bases impositivas a disposición de las comunidades.

GRÁFICO 4.1: Recursos no financieros de las comunidades autónomas. Tasas anuales de variación, 2002-2010

(porcentaje)



Fuente: Cuentas de las Administraciones Públicas (IGAE varios años) y Avance de la actuación económica y financiera de las Administraciones Públicas (IGAE varios años).

[35] En el caso del País Vasco, la dependencia financiera es respecto de las diputaciones forales (Vizcaya, Guipúzcoa y Álava), que son las titulares de las competencias normativas y de gestión de los tributos en sus respectivos territorios y que financian mediante aportaciones generales y específicas el presupuesto de la hacienda autonómica.

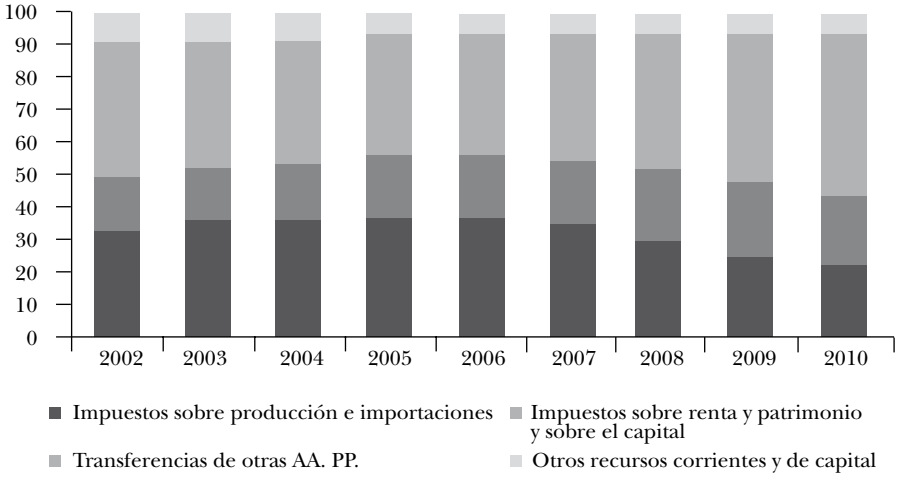
CUADRO 4.1: Recursos no financieros de las comunidades autónomas, 2002-2010

(millones de euros)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Recursos no financieros	**93.297**	**103.932**	**117.488**	**129.203**	**143.404**	**154.322**	**156.178**	**161.929**	**142.862**
Recursos corrientes	86.287	96.181	109.633	120.580	134.643	145.455	146.168	150.759	133.944
Impuestos sobre producción e importaciones	30.457	36.875	42.055	48.512	53.274	54.685	47.489	40.353	31.603
Impuestos corrientes sobre renta y patrimonio	13.949	15.691	18.910	20.768	23.833	26.863	30.902	34.047	28.232
Transferencias corrientes de Administraciones Públicas	36.727	37.916	42.731	45.051	50.153	55.586	58.971	67.343	65.328
Otros recursos corrientes	5.154	5.699	5.937	6.249	7.383	8.321	8.806	9.016	8.781
Recursos de capital	7.010	7.751	7.855	8.623	8.761	8.867	10.010	11.170	8.918
Impuestos sobre el capital	1.442	1.649	1.913	2.315	2.519	2.759	2.774	2.512	2.256
Transferencias de capital de Administraciones Públicas	2.378	2.518	2.620	3.152	3.589	4.089	5.412	5.788	4.669
Ayudas a la inversión y otras transferencias de capital	3.190	3.584	3.322	3.156	2.653	2.019	1.824	2.870	1.993

Fuente: Cuentas de las Administraciones Públicas (IGAE varios años) y Avance de la actuación económica y financiera de las Administraciones Públicas (IGAE varios años).

GRÁFICO 4.2: Recursos no financieros de las comunidades autónomas. Estructura porcentual, 2002-2010



Fuente: IGAE (varios años).

4.1.2.2. Liquidaciones presupuestarias de las comunidades autónomas

Las cifras consignadas en los presupuestos liquidados de las comunidades autónomas difieren de los valores extraídos de las cuentas de las Administraciones Públicas como consecuencia de los diferentes criterios de contabilización de determinadas operaciones que se aplican en el sistema contable (SEC-95) y en la documentación presupuestaria. Según las liquidaciones de los presupuestos de ingresos autonómicos (cuadro 4.2), en 2010 las comunidades autónomas alcanzaron una cuantía global de derechos reconocidos por operaciones no financieras de 145.476 millones de euros, lo que representa una disminución del 11,2% en términos nominales respecto a los ingresos liquidados el año anterior. Como se señaló en el apartado precedente en relación con la caída de los recursos no financieros, este desplome en los ingresos liquidados por las comunidades autónomas viene a recoger, si bien con un cierto retardo, el impacto de la crisis económica sobre las bases fiscales de las que se nutren las haciendas regionales.

En 2008 y 2009 los presupuestos autonómicos registraron en términos agregados modestas variaciones positivas, como con-

secuencia de la inercia causada por el mecanismo de entregas a cuenta del sistema de financiación de las comunidades de régimen común. Las comunidades forales, por el contrario, ya registraron tasas de variación negativas en sus ingresos liquidados en dicho bienio, debido a que la contracción de las fuentes impositivas derivada de la crisis económica (renta, beneficios empresariales, consumo, etc.) tuvo un impacto inmediato en la recaudación. Sea como fuere, la incidencia de la crisis sobre la financiación de las comunidades es manifiesta si observamos las tasas de variación de los ingresos antes y después del año 2007. En el periodo 2002-2007, los ingresos no financieros liquidados por las comunidades autónomas crecieron a un ritmo anual medio del 10%, con un mínimo del 7% en Castilla y León y un máximo del 16% en Illes Balears. En el trienio 2007-2010 los derechos liquidados registraron una variación media acumulada cercana al –3%, registrándose el menor descenso en Canarias (tasa media del –0,7%) y el más intenso en Castilla-La Mancha (–5,6%).

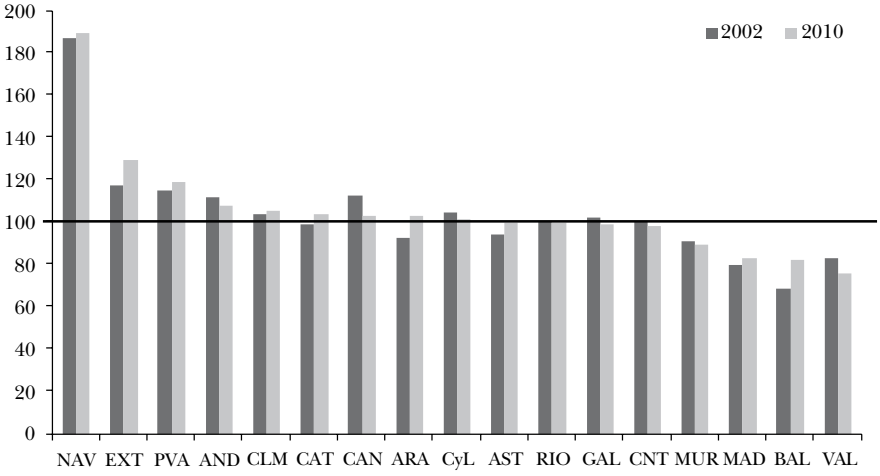
La dimensión relativa de los presupuestos de ingresos autonómicos, tomando como referencia el PIB regional (cuadro 4.3), se sitúa en 2010 en un 13,7% (el promedio del periodo es del 14,5%), mostrando no obstante dicho indicador una gran heterogeneidad. Con la excepción de la Comunidad Foral de Navarra (20,4% en 2010; 21,3% de media en el periodo), son las comunidades de menor renta per cápita (Extremadura, Castilla-La Mancha, Andalucía) las que presentan una ratio ingresos/PIB más elevada, mientras que los valores más bajos del indicador se localizan en regiones más desarrolladas como la Comunidad de Madrid (8,4%), Illes Balears (10,0%) y Cataluña (12,2%).

También presenta una notable variabilidad la cifra de ingresos liquidados per cápita (cuadro 4.4). Además de las dos comunidades forales, cuyos ingresos por habitante superan con creces (en particular, en el caso de la Comunidad Foral de Navarra) los valores del conjunto de comunidades autónomas, se ubican por encima de la media en 2010 Extremadura, Andalucía, Castilla-La Mancha, Cataluña, Canarias, Aragón y Castilla y León. Coinciden con el indicador agregado las cifras del Principado de Asturias y La Rioja, mientras que Galicia y Cantabria

prácticamente alcanzan la media. Por debajo de este nivel se sitúan la Región de Murcia, la Comunidad de Madrid, Illes Balears y la Comunitat Valenciana. Las posiciones relativas apenas han cambiado entre 2002 y 2010, aunque la dispersión parece haber menguado ligeramente, toda vez que la relación entre el valor máximo de ingresos per cápita (Comunidad Foral de Navarra) y el mínimo (Illes Balears en 2002, Comunitat Valenciana en 2010) se ha reducido de 2,7 a 2,5. No obstante, si excluimos a las dos comunidades forales, la ratio entre el máximo (Extremadura) y el mínimo (Illes Balears/Comunitat Valenciana) se ha mantenido inamovible en 1,7. Sin perjuicio de la posibilidad de que existan circunstancias que incidan en unas mayores necesidades de gasto y/o mayores costes de provisión en determinadas comunidades, resulta difícil de justificar *a priori* que una región disponga de un 70% más de ingresos por habitante que otras para financiar unas competencias que, en términos generales, son homogéneas.

GRÁFICO 4.3: Ingresos no financieros liquidados de las comunidades autónomas por habitante, 2002 y 2010

(total comunidades autónomas = 100)



Nota: Véase la equivalencia de las abreviaturas en el gráfico 1.20.

Fuente: Liquidación de Presupuestos de las comunidades y ciudades autónomas (Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales, varios años) y Padrón municipal de habitantes (INE varios años).

CUADRO 4.2: Presupuestos liquidados de las comunidades autónomas. Ingresos no financieros, 2002-2010

(millones de euros)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Andalucía	18.630	20.381	22.485	24.289	27.886	30.079	31.519	31.007	26.888
Aragón	2.893	3.381	3.612	4.011	4.564	4.772	4.924	5.223	4.570
Asturias, P. de	2.610	2.812	3.003	3.330	3.681	3.915	4.015	4.222	3.770
Balears, I.	1.416	2.107	2.744	2.554	2.920	3.027	2.886	2.927	2.664
Canarias	4.363	4.507	5.016	5.583	6.305	6.446	6.701	7.169	6.313
Cantabria	1.338	1.547	1.649	1.898	1.909	2.113	2.210	2.244	1.900
Castilla y León	6.773	7.164	7.760	8.324	9.142	9.617	9.820	9.970	8.987
Castilla-La Mancha	4.554	5.613	6.034	6.618	7.475	8.156	8.230	8.436	6.867
Cataluña	15.384	16.851	18.494	20.756	23.808	25.213	25.209	27.546	24.174
C. Valenciana	8.463	8.801	9.740	11.301	12.563	13.426	13.411	13.637	12.067
Extremadura	3.045	3.539	3.694	4.133	4.463	4.845	4.969	5.055	4.593
Galicia	7.143	7.509	8.326	9.012	9.785	10.638	11.087	11.105	9.518
Madrid, C. de	10.009	11.517	13.172	14.745	16.404	17.383	16.867	18.141	15.997
Murcia, R. de	2.472	2.706	3.033	3.574	3.995	4.235	4.184	4.539	3.779
Navarra, C. F. de	2.574	2.630	2.695	3.358	3.786	4.273	3.984	3.982	3.792
País Vasco	5.882	6.132	6.694	7.469	8.237	8.992	8.436	7.503	8.570
Rioja, La	702	789	859	922	1.083	1.144	1.162	1.198	1.027
Total CC. AA.	**98.249**	**107.986**	**119.012**	**131.877**	**148.004**	**158.271**	**159.613**	**163.905**	**145.476**

Fuente: Liquidación de Presupuestos de las comunidades y ciudades autónomas (Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales, varios años).

CUADRO 4.3: Presupuestos liquidados de las comunidades autónomas. Ingresos no financieros, 2002-2010

(porcentaje sobre el PIB)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Andalucía	19,1	19,1	19,5	19,3	20,5	20,8	21,2	21,7	18,8
Aragón	12,7	13,9	13,9	14,3	15,1	14,5	14,5	16,1	14,0
Asturias, P. de	16,4	16,7	16,7	17,0	17,2	17,1	16,9	18,6	16,3
Balears, I.	7,6	10,7	13,1	11,3	11,9	11,6	10,6	11,1	10,0
Canarias	14,6	14,0	14,7	15,2	16,1	15,4	15,6	17,4	15,3
Cantabria	14,6	15,9	15,7	16,6	15,4	15,8	15,9	16,8	14,0
Castilla y León	17,0	16,8	17,0	17,0	17,4	17,0	16,9	17,7	15,7
Castilla- La Mancha	18,5	21,1	21,3	21,6	22,6	22,8	22,3	23,6	19,1
Cataluña	11,2	11,4	11,7	12,2	12,9	12,8	12,4	14,1	12,2
C. Valenciana	11,9	11,5	11,9	12,8	13,1	13,1	12,7	13,4	11,8
Extremadura	25,2	27,2	26,5	27,2	27,5	27,7	27,3	28,2	25,2
Galicia	19,2	18,8	19,4	19,4	19,4	19,7	19,7	20,2	17,1
Madrid, C. de	7,7	8,3	8,9	9,2	9,4	9,3	8,7	9,6	8,4
Murcia, R. de	13,7	13,7	14,3	15,4	15,8	15,6	14,9	16,7	13,8
Navarra. C. F. de	20,7	19,8	18,9	21,8	22,8	24,1	21,6	21,9	20,4
País Vasco	13,0	12,7	13,0	13,4	13,6	13,8	12,4	11,5	12,8
Rioja, La	13,0	13,4	13,8	13,8	14,9	14,7	14,5	15,3	13,0
Total CC. AA.	**13,5**	**13,8**	**14,2**	**14,6**	**15,1**	**15,1**	**14,7**	**15,6**	**13,7**
Pro memoria: Total régimen común	**13,4**	**13,8**	**14,2**	**14,5**	**15,1**	**15,0**	**14,8**	**15,8**	**13,7**

Fuente: Liquidación de presupuestos de las comunidades y ciudades autónomas (Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales, varios años) y Contabilidad Regional de España (INE varios años).

CUADRO 4.4: Presupuestos liquidados de las comunidades autónomas. Ingresos no financieros, 2002-2010

(euros por habitante)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Andalucía	1.720	1.844	2.005	2.117	2.383	2.532	2.597	2.509	2.145
Aragón	1.431	1.656	1.743	1.909	2.154	2.222	2.252	2.357	2.050
Asturias, P. de	1.449	1.550	1.646	1.810	1.987	2.104	2.140	2.230	1.981
Balears, I.	1.065	1.535	1.982	1.788	1.997	2.009	1.841	1.821	1.631
Canarias	1.733	1.732	1.898	2.044	2.256	2.257	2.271	2.375	2.053
Cantabria	1.555	1.766	1.857	2.101	2.082	2.277	2.338	2.338	1.958
Castilla y León	1.613	1.695	1.823	1.937	2.108	2.205	2.227	2.246	2.016
Castilla- La Mancha	1.605	1.946	2.058	2.212	2.452	2.626	2.584	2.599	2.093
Cataluña	1.528	1.629	1.757	1.925	2.163	2.259	2.212	2.376	2.064
C. Valenciana	1.287	1.294	1.411	1.583	1.710	1.791	1.735	1.730	1.514
Extremadura	1.809	2.093	2.174	2.406	2.580	2.783	2.827	2.849	2.566
Galicia	1.582	1.646	1.812	1.941	2.088	2.252	2.325	2.307	1.964
Madrid, C. de	1.236	1.377	1.545	1.678	1.840	1.922	1.809	1.902	1.648
Murcia, R. de	1.411	1.496	1.638	1.874	2.037	2.117	2.038	2.168	1.777
Navarra. C. F. de	2.890	2.905	2.936	3.598	3.990	4.453	4.064	3.994	3.753
País Vasco	1.776	1.833	1.982	2.186	2.384	2.574	2.385	2.095	2.370
Rioja, La	1.558	1.718	1.833	1.923	2.216	2.314	2.296	2.330	1.979
Total CC. AA.	**1.541**	**1.658**	**1.801**	**1.952**	**2.152**	**2.269**	**2.238**	**2.260**	**1.982**
Pro memoria: Total régimen común	**1.508**	**1.629**	**1.774**	**1.915**	**2.113**	**2.221**	**2.204**	**2.243**	**1.936**

Fuente: Liquidación de Presupuestos de las comunidades y ciudades autónomas (Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales, varios años) y Padrón municipal de habitantes (INE varios años).

4.1.2.3. Recursos liquidados por el sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común

En este apartado nos centraremos en dar cuenta de la evolución reciente de los recursos liquidados por el sistema de financiación autonómica, lo que implica restringir el análisis a las quince comunidades de régimen común, a las que resulta de aplicación dicho sistema con fundamento legal en la LOFCA. Los recursos del sistema de financiación de las comunidades autónomas constituyen una fracción mayoritaria, aunque dispar, de los ingresos de las haciendas regionales. La relación porcentual entre los recursos liquidados por el sistema de financiación y los derechos liquidados en los presupuestos autonómicos se situó en torno al 80%, salvo en los años 2008 y 2009. En estos dos ejercicios, las liquidaciones presupuestarias registraron unos ingresos en concepto de anticipos a cuenta que resultaron ser muy superiores a los recursos que las liquidaciones definitivas del sistema de financiación terminaron por atribuir dos años más tarde a las comunidades de régimen común. Por esta razón, la ratio entre recursos del sistema e ingresos presupuestarios liquidados descendió en 2008 y 2009 hasta el 68% y el 62%, respectivamente.

Como se ha sugerido, el peso de los recursos del sistema de financiación sobre los ingresos autonómicos no es homogéneo entre comunidades. Utilizando el promedio de esta ratio a lo largo del periodo 2002-2010 —excluyendo los ejercicios de 2008 y 2009, por los motivos citados— podemos agrupar las regiones en cuatro grupos. En el primero se encuentran la Comunidad de Madrid, la Comunitat Valenciana, Cantabria y La Rioja; todas ellas con una relación recursos del sistema/derechos liquidados superior al 88%. El segundo grupo presenta ratios entre el 80% y el 86% y está integrado por Illes Balears, Canarias,[36] la Región de Murcia y Aragón. Con porcentajes entre el 75% y el 79% aparecen Cataluña, el Principado de Asturias, Galicia y Castilla y León. En el último grupo se ubican Andalucía,

[36] En el caso de Canarias, el porcentaje superaría el 90% si sumásemos los recursos del Régimen Especial Fiscal canario (REF), esto es, el impuesto general indirecto canario, los arbitrios insulares y los impuestos sobre combustibles y matriculación, que ocupan en el archipiélago el lugar de los tributos que no son de aplicación en territorio insular, como el IVA y algunos impuestos especiales.

Castilla-La Mancha y Extremadura, en las que los recursos liquidados por el sistema de financiación aportan menos del 75% de los ingresos no financieros consignados en las liquidaciones presupuestarias (el mínimo corresponde a Extremadura, con un 69%). Se pone de manifiesto una relación inversa entre el nivel relativo de ingresos per cápita y el grado de cobertura del presupuesto con los recursos del sistema de financiación. Las comunidades que, como Extremadura, Andalucía, Castilla-La Mancha o Canarias, presentan una mayor suficiencia relativa en sus presupuestos de ingresos, consignan en estos, en mayor medida, recursos procedentes de fuentes distintas del sistema de financiación autonómica (entre las que sobresalen por su importancia las transferencias de capital procedentes del Estado y de la Unión Europea, ligadas a las políticas de cohesión y reequilibrio territorial).

En consecuencia, los recursos aportados a las comunidades autónomas de régimen común por el sistema de financiación, cuya evolución se analiza a continuación, constituyen la mayor parte, aunque no la totalidad, de los ingresos disponibles por estas; siendo, además, su participación relativa en el agregado de ingresos no financieros, dispar entre comunidades.

En 2010, los recursos obtenidos por las comunidades autónomas de régimen común en el marco del sistema de financiación ascendieron a un total de 107.174 millones de euros.[37] Esta cifra agregada supera en un 13,6% a la registrada en el ejercicio 2009, lo que supone un punto de inflexión en la tendencia de decrecimiento que los recursos de las comunidades autónomas

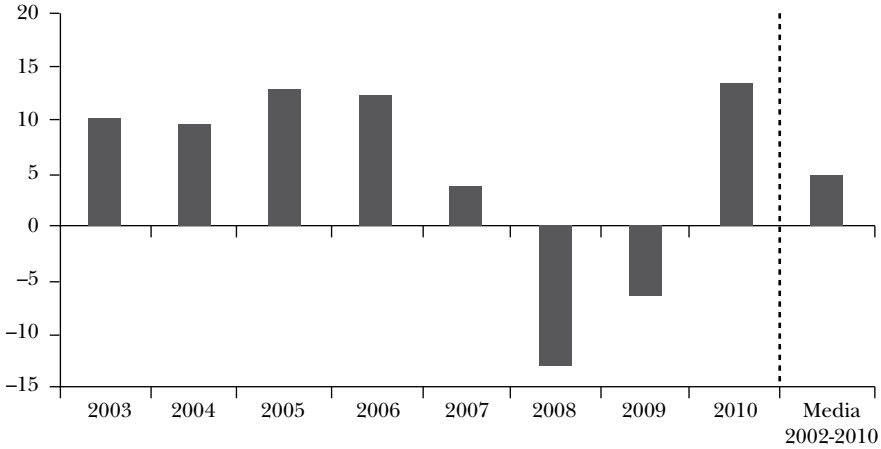
---

[37] Esta es la cifra resultante de computar los ingresos teniendo en cuenta la recaudación real por tributos cedidos, incluido el IRPF, esto es, incorporando el ejercicio de la capacidad normativa sobre dichos tributos por parte de las comunidades. En el caso de Canarias se han sumado los ingresos procedentes de su REF. Si se computasen los tributos cedidos distintos del IRPF según *recaudación normativa* y los ingresos por IRPF que resultarían de aplicar la normativa estatal, el total de recursos aportados por el sistema (incluido REF canario) sería de 109.170 millones de euros. Este es el único ejercicio en el que los recursos *normativos* superan a los efectivamente recaudados, como consecuencia de que la recaudación real por tributos cedidos *no sujetos a liquidación* (impuestos sobre sucesiones y donaciones, transmisiones patrimoniales y actos jurídicos documentados, y gravámenes sobre el juego) creció por debajo del índice de evolución de su recaudación normativa (fijado en el crecimiento de los ingresos tributarios del Estado).

acusan desde el inicio de la crisis económica. Así, en el gráfico 4.4 se observa como entre 2002 y 2006 los recursos liquidados por el sistema crecieron a un ritmo anual medio del 11,4% (entre el 9% y el 14% según comunidades). En 2007 el crecimiento anual se redujo hasta solo el 4% nominal, mientras que en el bienio 2008-2009 las tasas de variación fueron negativas (del –13% y del –6%, respectivamente). En consecuencia, pese a que el nuevo modelo que entró en vigor en 2009 preveía un incremento global de la suficiencia financiera de las comunidades, la erosión de las bases impositivas motivada por la crisis ha hecho que los recursos procedentes del sistema sean en 2010 inferiores a los liquidados en 2006 en todas las comunidades, salvo en el Principado de Asturias, Illes Balears y Cataluña. Así, la negativa evolución de los últimos años ha compensado los notables crecimientos del periodo anterior a la crisis, quedando la tasa media anual de crecimiento de los recursos para el conjunto del periodo en el 5%.

GRÁFICO 4.4: Recursos proporcionados por el sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común. Tasas de variación, 2002-2010

(porcentaje)



Fuente: Liquidaciones del sistema de financiación autonómica (Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales, varios años).

CUADRO 4.5: Recursos proporcionados por el sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común

(millones de euros)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Andalucía	13.465	14.982	16.568	18.733	20.990	22.135	18.853	16.204	19.219
Aragón	2.417	2.668	2.879	3.257	3.690	3.832	3.416	3.082	3.559
Asturias, P. de	2.039	2.217	2.373	2.582	2.905	3.111	2.772	2.446	2.934
Balears, I.	1.534	1.681	1.832	2.148	2.440	2.495	2.088	2.300	2.674
Canarias	4.206	4.601	5.014	5.505	6.104	6.408	5.373	4.829	4.998
Cantabria	1.182	1.303	1.409	1.618	1.787	1.885	1.653	1.501	1.752
Castilla y León	4.989	5.361	5.829	6.469	7.200	7.567	6.664	5.834	6.897
Castilla-La Mancha	3.369	3.603	4.035	4.653	5.377	5.707	4.971	4.378	5.109
Cataluña	12.111	13.342	14.794	16.787	18.920	19.295	17.140	17.855	19.484
C. Valenciana	7.242	8.012	8.938	10.204	11.563	11.782	9.895	9.615	10.904
Extremadura	2.198	2.409	2.547	2.826	3.170	3.377	2.954	2.500	3.066
Galicia	5.301	5.718	6.140	6.840	7.659	8.129	7.171	6.307	7.510
Madrid, C. de	9.595	10.799	11.934	13.474	15.187	15.426	13.863	13.947	15.002
Murcia, R. de	2.019	2.250	2.515	2.981	3.398	3.558	2.989	2.805	3.148
Rioja, La	600	683	760	839	954	998	879	751	918
Total régimen común	**72.267**	**79.630**	**87.565**	**98.916**	**111.344**	**115.706**	**100.681**	**94.353**	**107.174**

Nota: En Canarias se incluyen los ingresos derivados del Régimen Especial Fiscal canario.

Fuente: Liquidaciones del sistema de financiación autonómica (Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales, varios años).

La dispersión en financiación per cápita es menor en los recursos del sistema de financiación que en los presupuestos liquidados. La cifra de recursos per cápita en 2010 oscila entre los 2.133 euros por habitante de la Comunitat Valenciana y los 2.958 euros por persona de Cantabria. La relación entre los valores máximo y mínimo es de 1,39 (frente al 1,7 que se registraba en el caso de los derechos liquidados). Con todo, interesa subrayar que esta dispersión, lejos de atenuarse, se ha incrementado ligeramente en el último ejercicio. Entre 2002 y 2008 —último año de aplicación del modelo de financiación aprobado en 2001—, la ratio entre las cifras máxima y mínima de financiación per cápita pasó de 1,39 a 1,46. La aplicación del nuevo modelo en 2009 redujo dicha ratio a 1,35. Sin embargo, en 2010 vuelve a producirse un aumento en el indicador, que vuelve a situarse en 1,39.

La comparación entre comunidades autónomas en términos de financiación por habitante que se muestra en el cuadro 4.6 y el gráfico 4.5 no es del todo ajustada, sin embargo, por dos razones. La primera radica en que, pese a que las competencias asumidas por las comunidades de régimen común son, en términos generales, las mismas, existen no obstante algunas diferencias entre ellas (por ejemplo, las que se relacionan con la existencia de una lengua propia en algunos territorios). En segundo lugar, interpretar las diferencias en financiación por habitante como un indicador de inequidad en el sistema implica asumir que la población es una proxy adecuada de las necesidades de gasto, y esto no tiene por qué ser del todo cierto. Determinadas características de la estructura poblacional, como su composición por edades, pueden dar lugar a que la prestación de un cierto nivel de servicios a un mismo número de habitantes requiera de un distinto nivel de gasto (por ejemplo, cuanto más envejecida esté la población, mayor será el gasto en servicios sanitarios y sociales y menor el gasto en enseñanza; y lo contrario ocurrirá cuanto mayor sea el peso relativo de los grupos de menor edad). Otras circunstancias como la dispersión, por ejemplo, pueden traducirse en diferencias en los costes unitarios de provisión.

CUADRO 4.6: Recursos proporcionados por el sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común

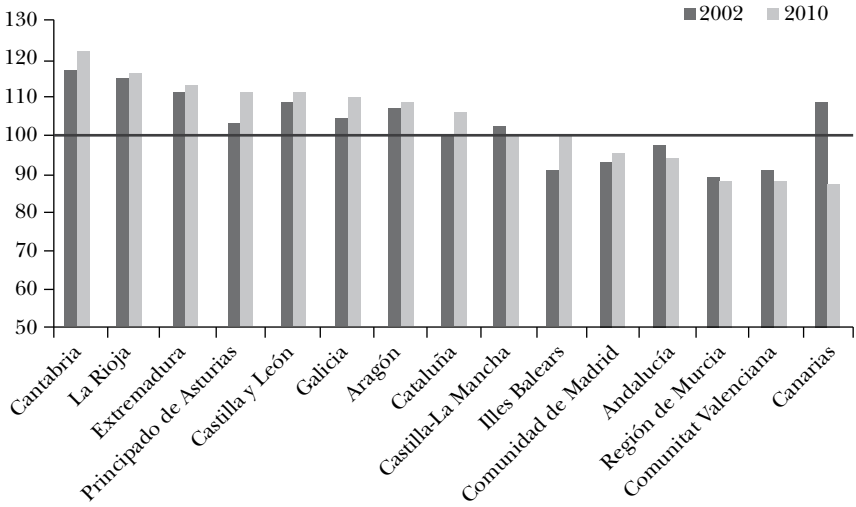
(euros por habitante)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Andalucía	1.800	1.970	2.155	2.386	2.632	2.746	2.299	1.952	2.296
Aragón	1.985	2.169	2.304	2.567	2.889	2.956	2.574	2.291	2.642
Asturias, P. de	1.898	2.062	2.210	2.398	2.697	2.895	2.567	2.254	2.706
Balears, I.	1.673	1.774	1.918	2.185	2.437	2.420	1.946	2.100	2.417
Canarias	2.281	2.428	2.618	2.797	3.058	3.163	2.588	2.295	2.359
Cantabria	2.179	2.370	2.539	2.877	3.146	3.291	2.840	2.548	2.958
Castilla y León	2.012	2.155	2.337	2.576	2.854	2.993	2.606	2.276	2.695
Castilla-La Mancha	1.891	1.984	2.182	2.456	2.783	2.886	2.433	2.103	2.435
Cataluña	1.861	1.990	2.171	2.400	2.652	2.676	2.327	2.388	2.594
C. Valenciana	1.674	1.792	1.967	2.175	2.406	2.412	1.967	1.887	2.133
Extremadura	2.048	2.243	2.368	2.607	2.918	3.098	2.691	2.268	2.769
Galicia	1.937	2.078	2.232	2.476	2.767	2.932	2.576	2.256	2.685
Madrid, C. de	1.736	1.888	2.056	2.259	2.528	2.536	2.210	2.184	2.323
Murcia, R. de	1.646	1.773	1.943	2.231	2.480	2.556	2.096	1.939	2.154
Rioja, La	2.130	2.375	2.589	2.785	3.113	3.229	2.770	2.334	2.848
Total régimen común	**1.852**	**1.997**	**2.170**	**2.398**	**2.662**	**2.735**	**2.329**	**2.155**	**2.433**

Fuente: Liquidaciones del sistema de financiación autonómica (Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales varios años) y Padrón Municipal de habitantes (INE varios años).

GRÁFICO 4.5: Recursos liquidados por el sistema de financiación autonómica por habitante, 2002 y 2010

(total comunidades autónomas de régimen común = 100)



Fuente: Liquidaciones del sistema de financiación autonómica (Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales varios años) y Padrón municipal de habitantes (INE varios años).

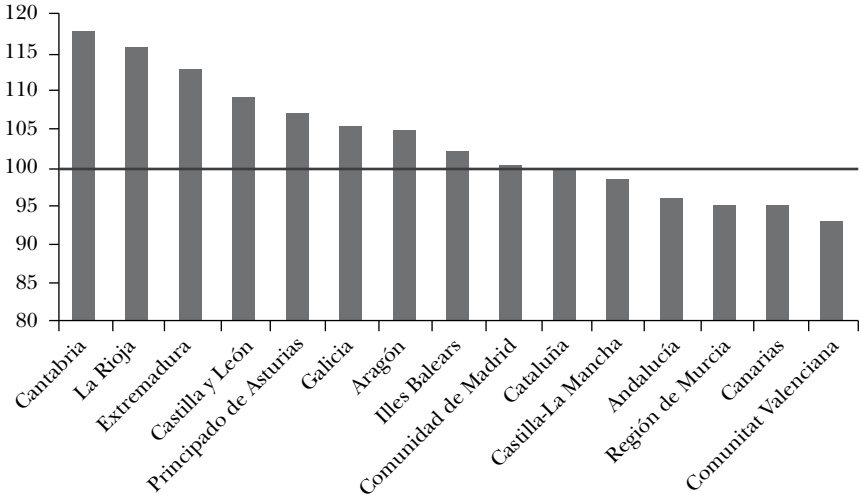
A esto habría que añadir el hecho de que se está computando en el numerador de la ratio el total de recursos que resulta de la utilización por parte de las comunidades de la capacidad normativa que la ley les atribuye respecto de ciertos tributos, lo que implica que las diferencias pueden deberse, no solo a discrepancias en la capacidad de obtención de ingresos, sino también al distinto esfuerzo fiscal requerido a los ciudadanos en cada territorio.

Con el fin de disponer de una visión más ajustada de las disparidades en financiación relativa entre las comunidades de régimen común, se muestra en el gráfico 4.6 el resultado de comparar los recursos de las regiones en términos de *competencias homogéneas*, antes del ejercicio de la capacidad normativa y utilizando como denominador de la ratio, no la población del padrón, sino lo que el modelo de financiación denomina *población ajustada*.[38]

[38] Para una explicación más detallada del procedimiento de estimación véase De la Fuente (2012).

GRÁFICO 4.6: Financiación efectiva a competencias homogéneas por habitante ajustado, 2010

(total comunidades autónomas de régimen común = 100)



Fuente: Elaboración propia a partir de De la Fuente (2012).

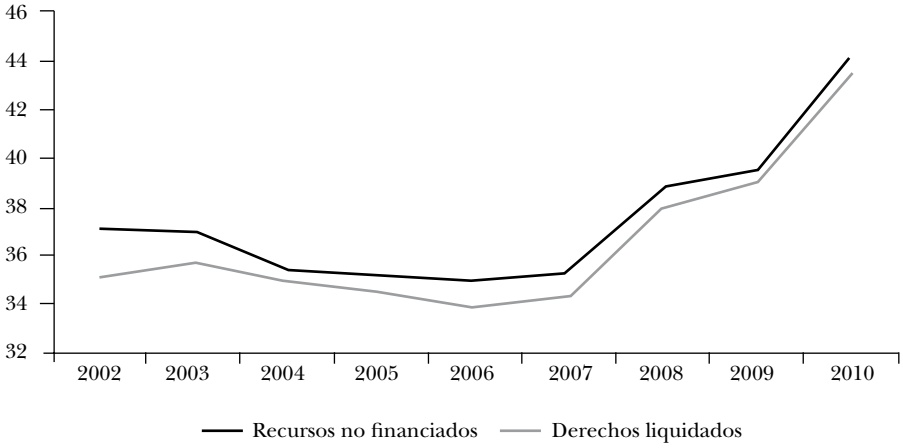
Si bien la dispersión en las cifras de financiación per cápita (ajustada) es algo menor a la observada en el gráfico 4.5 (la ratio máximo/mínimo es de 1,27 en lugar de 1,39), incluso tomando en consideración diferencias competenciales y asumiendo que los criterios que determinan la población ajustada son un buen indicador de la necesidad relativa, se constata que hay comunidades que disfrutan de una injustificable ventaja en términos de suficiencia frente a otras. Así, Cantabria, La Rioja o Extremadura disponen de una financiación por habitante *ajustado* entre 20% y un 30% superior a la de Región de Murcia, Canarias o Comunitat Valenciana.

4.1.3. Comparación retrospectiva de la relación entre recursos y gasto sanitario de las comunidades autónomas

Como un paso previo al análisis prospectivo de la sostenibilidad presupuestaria del gasto sanitario de las comunidades autó-

nomas, en este apartado presentaremos un estudio retrospectivo de la evolución comparada del gasto sanitario y los recursos de las haciendas regionales. En primer lugar, en el gráfico 4.7 se muestra como ha evolucionado en el periodo 2002-2010 la relación entre el gasto público sanitario de las comunidades autónomas y los ingresos autonómicos, representados por dos magnitudes: el total de recursos no financieros consignados en las cuentas regionales de las Administraciones Públicas y los derechos liquidados por operaciones no financieras en los presupuestos de las haciendas regionales.

GRÁFICO 4.7: Relación porcentual entre el gasto sanitario y los ingresos de las comunidades autónomas. Total comunidades autónomas, 2002-2010



Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011, 2012), Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011); Pérez *et al.* (2011) y Mas y Cucarella (2007).

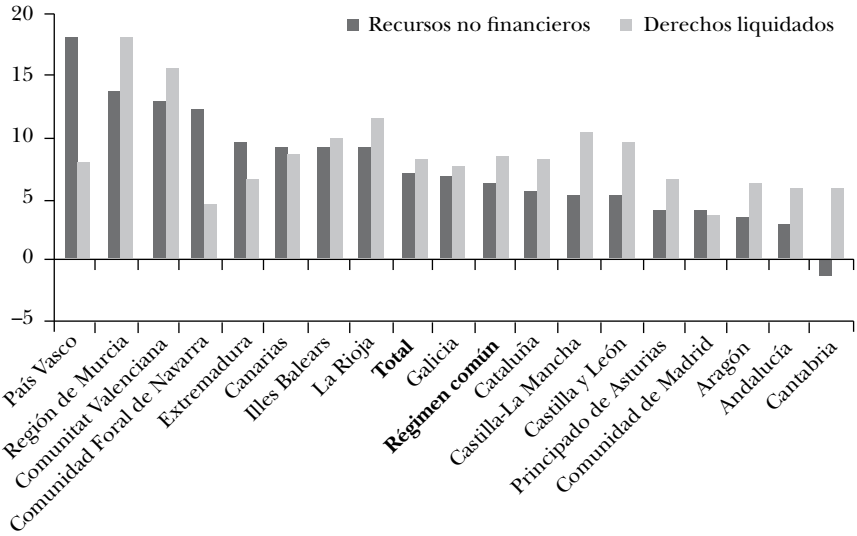
En el gráfico se puede comprobar como, para el conjunto de comunidades autónomas, el gasto sanitario absorbía en 2002 entre un 35% y un 37% de los ingresos de las haciendas regionales. Durante el primer quinquenio del periodo, el incremento en la financiación asociado a la fase alcista del ciclo económico mantuvo dicha proporción más o menos estable —incluso con una ligera tendencia decreciente—, con un mí-

nimo del 34% (año 2006, ratio sobre derechos liquidados) y un máximo del 37,1% (año 2003; ratio sobre recursos no financieros). Sin embargo, a partir de 2008, con la irrupción de la crisis económica y financiera, los ingresos públicos caen y la relación gasto sanitario/recursos comienza a crecer de manera vertiginosa.

En definitiva, el coste de mantenimiento de los sistemas regionales de salud absorbe una porción significativamente mayor de los recursos al final del periodo que al comienzo del mismo. En el caso del indicador que relaciona el gasto en sanidad con los derechos liquidados en los presupuestos autonómicos vemos que el porcentaje de recursos que ha de dedicarse a sufragar el coste de los sistemas públicos de salud crece más de 8 puntos (desde el 35,2% hasta el 43,5%). La variación en la ratio cuyo denominador está constituido por los recursos no financieros en términos de contabilidad nacional supera los 7 porcentuales (pasa del 37% al 44,3%).

Esta evolución ha sido, no obstante, dispar entre comunidades, como puede comprobarse en el gráfico siguiente que muestra la variación en puntos porcentuales entre 2002 y 2010 de la ratio entre gasto sanitario e ingresos de las comunidades autónomas. Si consideramos la ratio sobre recursos no financieros en términos de contabilidad nacional, el mayor incremento se registró en las dos comunidades forales (18 y 12 puntos en el País Vasco y la Comunidad Foral de Navarra, respectivamente) y en las comunidades de la Región de Murcia (+14 puntos) y la Comunitat Valenciana (+13 puntos). La ratio sobre derechos liquidados experimentó su mayor avance en las dos comunidades mediterráneas citadas (+18 puntos en la Región de Murcia y +16 en la Comunitat Valenciana), además de en La Rioja (+12 puntos) y Castilla-La Mancha (+11). En el extremo opuesto se sitúan Cantabria, Andalucía, Aragón y la Comunidad de Madrid, comunidades en las que la participación del gasto sanitario en el total de recursos no financieros creció menos de 4 puntos porcentuales (en Cantabria, incluso, la variación fue negativa). La ratio gasto/derechos liquidados aumentó menos de 6 puntos en la Comunidad de Madrid, la Comunidad Foral de Navarra, Andalucía y Cantabria.

GRÁFICO 4.8: Variación en puntos porcentuales de la ratio entre gasto sanitario e ingresos de las comunidades autónomas, 2002-2010



Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012); Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011); Pérez *et al.* (2011) y Mas y Cucarella (2007).

Siendo significativo, el incremento de la ratio gasto sanitario/ingresos, en las comunidades forales plantea menos problemas de sostenibilidad, por cuanto ambas gozan de una suficiencia financiera relativa mayor (aunque en el País Vasco el gasto sanitario supera en 2010 el 50% de los recursos no financieros y el 40% de los derechos liquidados). Más inquietantes resultan los casos de la Región de Murcia o la Comunitat Valenciana, que unen a un crecimiento del gasto sanitario superior a la media una financiación claramente insuficiente en términos relativos.

En el caso de las comunidades de régimen común podemos abordar este ejercicio retrospectivo haciendo uso, también, de los recursos del sistema de financiación para comparar su evolución con la del gasto sanitario de las comunidades autónomas.

CUADRO 4.7: Relación porcentual entre el gasto sanitario y los recursos proporcionados por el sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común, 2002-2010

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Andalucía	43,62	43,05	42,41	40,25	39,73	40,06	54,67	63,42	52,08
Aragón	44,82	46,12	47,53	44,25	43,06	45,37	55,55	66,57	55,94
Asturias, P. de	48,14	49,72	49,68	48,55	46,10	45,74	55,92	71,47	56,99
Balears, I.	44,98	47,55	47,73	49,54	44,17	48,48	62,85	59,97	58,63
Canarias	37,70	38,98	37,83	39,02	37,97	39,16	53,13	62,00	57,08
Cantabria	44,53	46,91	46,92	44,39	42,87	43,77	46,77	54,11	49,01
Castilla y León	41,33	44,20	43,45	42,56	43,95	40,61	54,34	60,69	52,43
Castilla-La Mancha	43,69	44,60	40,01	44,55	43,79	42,50	51,11	68,28	57,64
Cataluña	45,57	46,92	44,31	42,53	42,66	46,47	57,60	58,96	54,86
C. Valenciana	47,44	49,06	47,46	46,24	44,28	47,44	62,02	69,16	62,41
Extremadura	43,06	43,97	44,52	43,29	42,55	45,20	56,16	69,96	56,44
Galicia	43,98	44,56	46,05	42,85	42,19	42,47	53,07	63,35	50,86
Madrid, C. de	44,07	42,61	44,13	42,20	40,43	43,94	53,70	57,66	49,08
Murcia, R. de	49,91	51,27	51,05	47,84	46,10	49,33	71,34	80,51	70,97
Rioja, La	40,69	39,96	40,95	42,20	47,80	55,77	53,48	62,31	51,83
Total régimen común	**44,26**	**44,95**	**44,28**	**42,93**	**42,10**	**43,82**	**56,00**	**63,04**	**54,70**

Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012); Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011); Pérez *et al.* (2011) y Mas y Cucarella (2007).

En 2002, de cada 100 euros que el sistema de financiación proporcionaba a las comunidades, 44 euros se destinaban a gasto sanitario. En 2010 son casi 55 euros de cada 100 recibidos los que se asignan a los sistemas públicos de salud autonómicos. Este aumento se produce en su totalidad —a nivel agregado— a partir de 2007, ya que hasta entonces, y gracias al inusualmente elevado ritmo de crecimiento de la recaudación, los recursos del sistema de financiación crecieron en paralelo a los gastos ocasionados por los sistemas sanitarios regionales.

Sin embargo, en 2008 la situación cambia radicalmente: en dicho año, la caída en los ingresos tributarios coincide con un pico de la tasa de crecimiento del gasto sanitario en términos nominales (11,2%; solo superado por la de 2003: 11,6%), con el resultado conocido. Aunque en 2009 se modera el crecimiento del gasto, la ratio de (in)sostenibilidad incluso aumenta, superando el 63%, debido a que la evolución de los recursos continúa siendo negativa. Solo la reducción del gasto en salud en términos nominales en 2010, unida al fuerte incremento de los recursos del sistema de financiación, consigue devolver la ratio gasto/recursos a niveles de 2008.

El deterioro de este indicador de sostenibilidad adquiere particular relevancia en los casos de algunas comunidades como la Región de Murcia (donde la ratio aumenta 21 puntos), Canarias (+20 puntos) o la Comunitat Valenciana (+15 puntos). En el otro extremo se sitúa Cantabria, que pese al impacto de la crisis apenas ve crecer su ratio en 4,5 puntos porcentuales. En el gráfico 4.9 se representa la evolución de la ratio en las cuatro regiones citadas, junto a la referida al total de las quince comunidades.

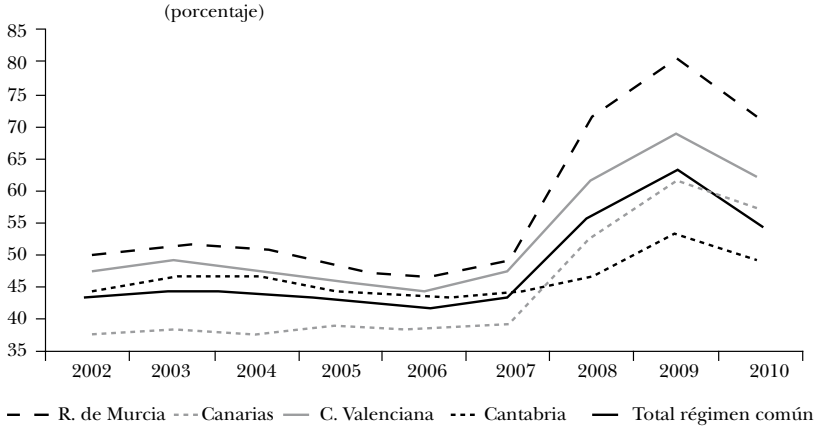
Por último, en el gráfico 4.10 se muestra, para el conjunto de comunidades de régimen común, la sincronía en la evolución de los gastos e ingresos hasta 2007 y la evolución divergente que a partir de entonces tiene lugar. Se ha añadido al gráfico el perfil evolutivo de la financiación sanitaria calculada a los efectos del mecanismo de garantía incluido en el modelo de 2001[39]. A la vista de la trayectoria divergente de dicho perfil y del correspondiente al gasto sanitario se concluye que tal mecanismo perdió su virtualidad prácticamente desde el año siguiente al de su aplicación: entre 2002 y 2008 esta *financiación sanitaria garantizada* creció a un

[39] Véase la nota al pie 29 al inicio de este capítulo.

ritmo anual acumulado del 5,4% en términos nominales, mientras que el gasto sanitario lo hizo a una tasa media del 9,9%.

GRÁFICO 4.9: Relación entre el gasto sanitario y los recursos proporcionados por el sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común, 2002-2010

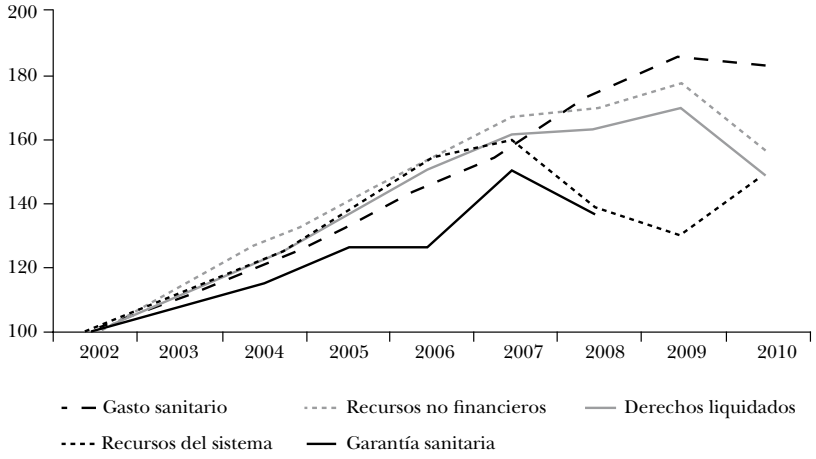
(porcentaje)



Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012); Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011); Pérez *et al.* (2011) y Mas y Cucarella (2007).

GRÁFICO 4.10: Evolución del gasto sanitario y de los ingresos de las comunidades autónomas de régimen común, 2002-2010

(índices con base en 2010 = 100)



Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011 y 2012); Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales (varios años); Uriel y Barberán (2007); Mas, Pérez y Uriel (2011); Pérez *et al.* (2011) y Mas y Cucarella (2007).

Es cierto que la virulencia con que la crisis ha golpeado al sistema económico es tan inusitada como lo fue el vigor —asentado, eso sí, en bases débiles— que caracterizó la evolución de la economía española en los años inmediatamente anteriores al estallido de la crisis. Probablemente pase tiempo hasta se repitan caídas en la recaudación fiscal tan drásticas como las acaecidas desde 2008. Pero igualmente probable es que los espectaculares incrementos en los ingresos asociados a la burbuja inmobiliaria, que sirvieron para llenar las arcas públicas durante el periodo ya conocido como la *Gran Moderación* (entre 1994 y 2007), desaparezcan del horizonte a medio y largo plazo. En el siguiente apartado volvemos sobre esta cuestión.

4.2. Sostenibilidad del gasto sanitario público autonómico y nacional

4.2.1. Crecimiento económico y sostenibilidad del sistema sanitario público

En el capítulo 3 realizamos predicciones de crecimiento del gasto sanitario de las diecisiete comunidades autónomas españolas en el periodo 2011-2016. Estas previsiones, que incorporan los crecimientos en el gasto sanitario derivados de la evolución esperada de los factores inflación, demográfico y residual, destacan, al igual que las cifras de crecimiento observado del gasto sanitario público entre 1991 y 2010, por su elevada dispersión territorial. El cuadro 4.8 presenta nuevamente estas predicciones para facilitar el actual análisis.

El crecimiento medio anual esperado del gasto sanitario público oscila, para el periodo 2010-2016, entre el mínimo del 1,7% de Galicia y el máximo del 8,4% de Illes Balears, siendo el promedio de las diecisiete comunidades autónomas de un 4,8%. La dispersión de valores predichos se constata al observar que solo hay cinco comunidades cuyo crecimiento esperado en el gasto sanitario oscile un punto porcentual en torno al 4%, el componente entero del valor promedio de las diecisiete comunidades autónomas.

CUADRO 4.8: Previsiones de crecimiento del gasto sanitario público en las comunidades autónomas españolas, 2010-2016

(porcentaje)

CC. AA.	2011	2012	2013	2014	2015	2016	TMAA* 2010-2016
Andalucía	4,7	4,2	3,9	3,7	3,4	3,2	3,9
Aragón	6,2	6,0	5,9	5,8	5,7	5,7	5,9
Asturias, P. de	5,2	4,9	4,6	4,5	4,2	4,1	4,6
Baleares, I.	8,7	8,5	8,4	8,4	8,3	8,3	8,4
Canarias	4,6	4,2	3,8	3,4	3,1	2,7	3,6
Cantabria	3,6	3,2	2,8	2,4	2,0	1,6	2,6
Castilla y León	5,4	4,8	4,5	4,4	4,2	4,1	4,6
Castilla-La Mancha	7,6	7,0	6,8	6,8	6,6	6,5	6,9
Cataluña	6,6	5,7	5,6	5,5	5,4	5,3	5,7
C. Valenciana	6,8	6,5	6,4	6,4	6,4	6,4	6,5
Extremadura	6,6	6,3	6,2	6,1	6,1	6,0	6,2
Galicia	3,1	2,4	1,9	1,4	0,8	0,4	1,7
Madrid, C. de	3,7	3,2	2,8	2,5	2,2	1,9	2,7
Murcia, R. de	8,0	7,7	7,5	7,4	7,3	7,2	7,5
Navarra, C. F. de	6,1	5,5	5,4	5,2	5,1	5,0	5,4
País Vasco	7,1	6,5	6,4	6,4	6,3	6,3	6,5
Rioja, La	5,7	5,2	4,8	4,6	4,3	4,1	4,8
Total 17 CC. AA.	**5,5**	**5,0**	**4,8**	**4,6**	**4,4**	**4,2**	**4,8**

* Tasa media anual acumulada.

Fuente: Elaboración propia.

En esta sección evaluamos la sostenibilidad del sistema sanitario español analizando en qué medida el crecimiento económico previsto para España en los próximos años será suficiente para que los recursos públicos destinados a financiar el gasto sanitario crezcan, al menos, al ritmo medio anual de crecimiento esperado para el gasto público en cada comunidad autónoma. Además, trataremos de mostrar la senda esperable para la ratio gasto sanitario sobre PIB a partir de la información disponible.

El primer paso de este análisis consiste en estimar la elasticidad renta de los recursos de que dispone cada comunidad autónoma para financiar el gasto sanitario. La estadística de recursos es distinta para las comunidades autónomas de régimen común y para las dos autonomías de régimen foral, el País Vasco y la Comunidad Foral de Navarra. En el primer caso, utilizamos los recursos del sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común, porque entendemos que su evolución temporal se ajusta mejor a la del ciclo económico que la que muestran las fuentes alternativas (recursos no financieros según Contabilidad Nacional o derechos liquidados en los presupuestos), por los motivos explicados en el epígrafe 4.1.2. En el caso del País Vasco y la Comunidad Foral de Navarra recurrimos a las liquidaciones presupuestarias, pues estas reflejan de manera inmediata los cambios que el devenir de la actividad económica induce sobre la capacidad tributaria de las respectivas haciendas.

Para estimar la elasticidad renta de los recursos no financieros disponibles en cada comunidad, estimamos por mínimos cuadrados ordinarios una regresión en la que la variable dependiente es la tasa anual de variación de los recursos disponibles y las variables explicativas son el crecimiento en volumen del PIB nacional y un conjunto de variables indicadoras del año en el que observamos cada tasa de variación. El coeficiente estimado para la tasa de crecimiento del PIB nacional mide, por definición, la elasticidad renta de los recursos no financieros, esto es, en qué porcentaje crecen los recursos no financieros de la comunidad en cuestión por cada punto porcentual de crecimiento del PIB nacional. La regresión anterior se estima para cada una de las diecisiete comunidades autónomas por separado y también para el agregado nacional.[40]

---

[40] La disparidad de fuentes (recursos del sistema para las comunidades de régimen común *vs.* liquidaciones presupuestarias para las comunidades forales) no supone inconveniente alguno en las estimaciones individuales (para cada comunidad), pero sí plantea un problema de agregación pues, como se indicó más arriba, los recursos proporcionados por el sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común representan, aproximadamente, un 80% de los ingresos presupuestarios liquidados por dichas comunidades. Por esta razón, para definir el agregado de las diecisiete comunidades autónomas, hemos ponderado la suma de los recursos de las distintas comunidades multiplicando por uno el dato de las comunidades de régimen común y por 0,8 los recursos de las comunidades forales.

Asimismo, estimamos, para cada comunidad, una regresión en la que la principal variable explicativa es el crecimiento en volumen del PIB nacional, y otra en la que el crecimiento económico está referido a esa comunidad. Analizamos las tasas de variación de los recursos y del PIB en el periodo 2003-2010.

El cuadro 4.9 presenta las elasticidades estimadas para cada comunidad. Cabe destacar, en primer lugar, que la elasticidad respecto al crecimiento económico nacional es prácticamente idéntica a la estimada para el crecimiento autonómico en todas las comunidades, salvo en Illes Balears, la única comunidad en la que la diferencia simple entre las dos elasticidades excede de un punto porcentual.

En segundo lugar, encontramos que, con la excepción de la Comunidad Foral de Navarra, la elasticidad renta supera el 2 en todas las comunidades autónomas e independientemente de que consideremos el crecimiento económico en términos nacionales o autonómicos. El caso de la Comunidad Foral de Navarra es atípico por cuanto es la única región con una elasticidad renta inferior a la unidad. Para el agregado de las diecisiete comunidades autónomas la elasticidad renta de los recursos no financieros es de 3,1. La Rioja, la Región de Murcia y la Comunidad de Madrid son las tres comunidades con una elasticidad de los recursos no financieros respecto al crecimiento económico nacional más elevada. Los recursos disponibles para financiar la sanidad pública en estas comunidades se incrementan entre un 3,5 y un 4 por cada punto de crecimiento en volumen del PIB nacional. Si consideramos el PIB autonómico, las elasticidades más elevadas corresponden a Illes Balears, la Comunitat Valenciana y La Rioja.

A partir de las elasticidades estimadas podemos determinar cuál debería ser el crecimiento medio anual de la economía española o de la economía de la comunidad autónoma correspondiente para que los recursos no financieros de dicha comunidad igualen el ritmo medio de crecimiento estimado en el capítulo 3 y resumido en el cuadro 4.8 para el gasto sanitario autonómico en el periodo 2011-2016. El cuadro 4.10 presenta los niveles de crecimiento económico nacional y autonómico requeridos para que la sostenibilidad de los sistemas autonómi-

cos de salud esté garantizada por la vía del crecimiento a una misma tasa de los gastos y de los recursos disponibles para su financiación.

CUADRO 4.9: Elasticidad estimada de los recursos no financieros de las comunidades autónomas españolas respecto del PIB nacional y autonómico

(porcentaje)

CC. AA.	Respecto al PIB de	
	España	**CC. AA.**
Andalucía	3,5	2,8
Aragón	2,9	3,0
Asturias, P. de	2,5	3,4
Balears, I.	2,9	4,4
Canarias	2,6	2,6
Cantabria	2,9	3,5
Castilla y León	2,6	2,6
Castilla-La Mancha	3,0	2,8
Cataluña	3,3	3,4
C. Valenciana	3,5	3,9
Extremadura	2,4	2,2
Galicia	2,4	2,5
Madrid, C. de	3,6	3,4
Murcia, R. de	3,7	3,2
Navarra, C. F. de	0,7	0,7
País Vasco	2,2	2,5
Rioja, La	4,0	3,6
Total	**3,1**	**3,1**

Nota: El cuadro presenta el coeficiente asociado al crecimiento económico nacional o autonómico en una regresión por mínimos cuadrados ordinarios de la tasa de variación de los recursos no financieros de cada comunidad sobre las tasas de variación del PIB nacional o autonómico y un conjunto de indicadoras de año. El periodo muestral es 2003-2010.

Fuente: Elaboración propia.

CUADRO 4.10: Requerimientos de crecimiento económico nacional y autonómico medio anual para lograr la sostenibilidad del sistema sanitario público autonómico hasta el año 2016

(porcentaje)

CC. AA.	Crecimiento económico	
	Nacional	Autonómico
Andalucía	1,3	1,6
Aragón	2,5	2,4
Asturias, P. de	2,2	1,6
Balears, I.	3,5	2,3
Canarias	1,7	1,7
Cantabria	1,1	0,9
Castilla y León	2,1	2,1
Castilla-La Mancha	2,7	3,0
Cataluña	2,1	2,0
C. Valenciana	2,2	2,0
Extremadura	3,1	3,4
Galicia	0,8	0,8
Madrid, C. de	0,9	1,0
Murcia, R. de	2,5	2,9
Navarra, C. F. de	8,7	9,2
País Vasco	3,6	3,2
Rioja, La	1,5	1,6
Total	**1,8**	**1,8**

Nota: El cuadro proporciona los niveles de crecimiento económico nacional y autonómico que hacen posible que, dadas las elasticidades renta de los recursos no financieros presentadas en el cuadro 4.9, los recursos de cada comunidad autónoma crezcan a la tasa a la que se espera que crezca el gasto sanitario en el periodo 2011-2016.

Fuente: Elaboración propia.

En línea con las menores previsiones de crecimiento del gasto, Galicia es la comunidad con un menor requerimiento de crecimiento económico para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario público. En concreto, sería suficiente con que

la economía española registrase una tasa de crecimiento medio anual del 0,8% en el periodo 2011-2016 para que la sostenibilidad de la sanidad gallega estuviera garantizada por la vía del crecimiento parejo de recursos no financieros de la comunidad autónoma y del gasto sanitario. Por el contrario, los requerimientos de crecimiento económico más elevados los encontramos para la Comunidad Foral de Navarra, por su particular elasticidad renta y, en un orden más estándar de valores, para el País Vasco, Illes Balears y Extremadura. Estas tres comunidades necesitarían que España creciese por encima del 3% en tasa media anual acumulada entre 2011 y 2016 para que la sostenibilidad de su sistema sanitario estuviera garantizada. Extremadura es la comunidad que registra el requerimiento de crecimiento autonómico más elevado, por detrás de la Comunidad Foral de Navarra.

Juzgar la plausibilidad de los requerimientos de crecimiento autonómico estimados es un ejercicio complejo, ya que no disponemos de previsiones de crecimiento económico para las comunidades autónomas españolas entre 2011 y 2016. Podemos, no obstante, analizar cuán verosímiles son los requerimientos de crecimiento económico nacional estimados a partir de las previsiones de crecimiento de la economía española realizadas por el Gobierno de España y por organismos nacionales e internacionales como el Banco de España, la Fundación de las Cajas de Ahorros de España (Funcas), el Fondo Monetario Internacional (FMI), la OCDE y la Comisión Europea.

Las previsiones publicadas por estas instituciones para el bienio 2012-2013, resumidas en el cuadro 4.11, implican un crecimiento medio anual negativo del PIB de España. Este crecimiento medio anual negativo se mantiene para el periodo 2012-2014 en las previsiones de Funcas, la Comisión Europea, el FMI y la OCDE, y para el periodo 2012-2015 en las previsiones del FMI, la única de las instituciones internacionales que ofrece previsiones en este horizonte temporal. La nota discordante son las previsiones del Gobierno de España, notablemente más optimistas que las demás y que reflejan un crecimiento medio anual positivo de la economía española entre 2012 y 2015.

CUADRO 4.11: Previsiones de crecimiento de la economía española

(porcentaje)

Fuente	2012	2013	2014	2015
Gobierno de España	–1,7	0,2	1,4	1,8
Banco de España	–1,5	0,2	n. d.	n. d.
FMI	–1,5	–1,3	1,0	1,6
OCDE	–1,6	–0,8	0,5	n. d.
Funcas	–1,4	–1,6	0,3	n. d.
Comisión Europea	–1,4	–1,4	0,8	n. d.
Servicios de estudios. Mínimo	–1,8	–2,0	n. d.	n. d.
Servicios de estudios. Máximo	–1,4	–1,0	n. d.	n. d.

Fuente: Funcas (2012), Gobierno de España (2012), FMI (2012) y OCDE (2012).

Todas las previsiones de crecimiento disponibles, incluidas las del Gobierno de España, coinciden en señalar que ninguna comunidad autónoma española, ni siquiera Galicia, tiene garantizada la sostenibilidad de su sistema sanitario en el horizonte 2012-2015 si se cumplen las previsiones de gasto que resultan del ejercicio de predicción contenido en el capítulo 3. El crecimiento económico medio anual esperado para España en ese periodo, al ser negativo o de reducida cuantía, no permitiría a las comunidades autónomas generar recursos suficientes para financiar ni siquiera las mayores necesidades de gasto derivadas del factor demográfico. Asimismo, dada la evidente correlación existente entre la intensidad del ciclo económico nacional y el de las distintas autonomías, manifestada en la práctica coincidencia de las elasticidades estimadas a nivel nacional y autonómico para una misma comunidad, no resulta verosímil la hipótesis de que el crecimiento autonómico pueda otorgar los recursos adicionales necesarios que no puede garantizar el crecimiento económico nacional.

Las elasticidades respecto al PIB nacional contenidas en el cuadro 4.9 no solo informan de la sostenibilidad o no de los sistemas autonómicos de salud en el corto o medio plazo, sino también de la mayor o menor dificultad que tendrán las distintas comunidades autónomas para garantizar la sostenibilidad en el largo plazo. Así, por ejemplo, la Comunidad Foral de Navarra, el País Vasco,

Illes Balears y Extremadura son las comunidades autónomas que más tiempo habrán de esperar para alcanzar la sostenibilidad de sus sistemas sanitarios públicos tal y como la hemos definido, esto es, como crecimiento anual de recursos que iguala al crecimiento en el gasto. Esto es así porque son las comunidades autónomas con unos requerimientos de crecimiento económico nacional más elevados, superiores al 3% en crecimiento anual. En el extremo opuesto se encuentran Galicia, la Comunidad de Madrid y Cantabria, con requerimientos de crecimiento económico anual nacional de alrededor del 1%. Cabe destacar que el FMI y el propio Gobierno de España prevén ese crecimiento para el año 2014 y un crecimiento de al menos un 1,6% para el año 2015.

Para analizar cómo afectarían, de cumplirse, las previsiones del FMI a la sostenibilidad de los sistemas autonómicos de salud, calculamos los requerimientos de crecimiento económico nacional para igualar los crecimientos de gasto previstos en cada comunidad autónoma en los años 2014 y 2015. Los resultados, que presentamos en el cuadro 4.12, indican que un crecimiento del 1% en el año 2014 permitiría garantizar la sostenibilidad de los sistemas de salud de Galicia, la Comunidad de Madrid y Cantabria, mientras que Andalucía y La Rioja se quedarían muy cerca de lograr un crecimiento de recursos igual al crecimiento esperado de gasto sanitario. Asimismo, si se cumple la previsión del FMI de que España crezca un 1,6% en 2015, Canarias, Castilla y León, Cataluña y el agregado nacional tendrían, además de las comunidades autónomas ya citadas en el párrafo precedente, garantizada la sostenibilidad de su sistema sanitario público.

El hecho de que el periodo temporal utilizado para estimar las elasticidades sea eminentemente expansivo hace que las elasticidades estimadas estén probablemente sesgadas al alza respecto a la medida adecuada para un periodo como el actual. Es por ello que el análisis realizado en este apartado proporciona condiciones necesarias, que no probablemente suficientes, para garantizar la sostenibilidad de los sistemas autonómicos de salud.

Estos resultados apuntan a tres conclusiones. En primer lugar, resulta ineludible implementar reformas encaminadas a incrementar la eficiencia del sistema sanitario público que redunden, en último término, en un menor crecimiento del gasto sanitario

público. En otras palabras, en ausencia de estas reformas, el gasto sanitario público crecerá más que los recursos no financieros disponibles en la totalidad de comunidades autónomas españolas hasta, al menos, el año 2014.

CUADRO 4.12: Requerimientos de crecimiento económico nacional para lograr la sostenibilidad del sistema sanitario público autonómico en los años 2014 y 2015

(porcentaje)

CC. AA.	2014	2015
Andalucía	1,1	1,0
Aragón	2,0	2,0
Asturias, P. de	1,8	1,7
Balears, I.	2,8	2,8
Canarias	1,3	1,2
Cantabria	0,8	0,7
Castilla y León	1,7	1,6
Castilla-La Mancha	2,2	2,2
Cataluña	1,6	1,6
C. Valenciana	1,8	1,8
Extremadura	2,6	2,5
Galicia	0,6	0,4
Madrid, C. de	0,7	0,6
Murcia, R. de	2,0	2,0
Navarra, C. F. de	7,1	6,8
País Vasco	3,0	2,9
Rioja, La	1,2	1,1
Total	**1,5**	**1,4**

Nota: El cuadro proporciona los niveles de crecimiento económico nacional y autonómico que hacen posible que, dadas las elasticidades renta de los recursos no financieros presentadas en el cuadro 4.9, los recursos de cada comunidad autónoma crezcan a la tasa a la que se espera que crezca el gasto sanitario en los años 2014 y 2015.

Fuente: Elaboración propia.

La segunda conclusión que alcanzamos está vinculada a la primera. La sostenibilidad del sistema sanitario público estará garan-

tizada, para un importante número de comunidades y para el promedio nacional, en el medio plazo, esto es, a partir del año 2014, si se cumplen las previsiones de crecimiento económico que sobre España han realizado organismos internacionales como el FMI. Resulta, por tanto, imprescindible que las reformas que se implementen contemplen la dimensión transitoria de la no sostenibilidad del sistema sanitario público para la mayoría de las comunidades autónomas españolas. El reconocimiento de esta dimensión coyuntural, no significa, claro está, que no deban acometerse las reformas necesarias para afianzar unas bases estructurales más sólidas, sino que dichas reformas deben dirigirse fundamentalmente a mejorar la eficiencia del sistema y a asegurar la evolución equilibrada del gasto sanitario, sin transformar, hasta hacerla irreconocible, la faz del Sistema Nacional de Salud.

La tercera y última conclusión es que hay una elevada heterogeneidad entre comunidades en lo que a sostenibilidad en el medio y largo plazo se refiere. Sin duda, los resultados contenidos en el capítulo 2 sobre determinantes del crecimiento del gasto sanitario público son un buen punto de partida para contener el crecimiento previsto del gasto sanitario en las distintas autonomías y, especialmente, en aquellas con mayores requerimientos de crecimiento económico para garantizar la sostenibilidad de su sistema sanitario público.

4.2.2. Proyecciones de la ratio gasto sanitario/PIB

Una forma visual de complementar el análisis realizado pasa por estimar la senda esperada para la ratio gasto sanitario de las comunidades autónomas sobre el PIB.[41] Para ello es preciso contar, además de con las proyecciones de gasto que se obtuvieron en el capítulo 3, con previsiones de evolución futura del PIB nominal. Ello implicaría disponer de predicciones para el comportamiento de la actividad económica en términos reales, así como de estimaciones relativas al previsible comportamiento futuro de

[41] Para que el análisis sea homogéneo se pretende comparar el gasto sanitario correspondiente a las diecisiete comunidades autónomas españolas con el PIB atribuible, y por tanto, empleando datos de la Contabilidad Regional de España, se omitirán tanto el componente extrarregional como el imputable a las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla.

los precios, esto es, del deflactor implícito del PIB. Lamentablemente, no existen previsiones de este componente en todas las fuentes que se han utilizado en el apartado anterior. Además, los horizontes de predicción no son homogéneos, y en casi todos los casos el periodo para el que se ofrecen proyecciones de la evolución del PIB en términos reales, tanto de organismos nacionales como internacionales, no va más allá de 2015; otro tanto ocurre con el comportamiento del deflactor implícito del PIB. Para llevar el análisis hasta el año 2016 se supondrá que el comportamiento en dicho año, en lo que se refiere a la evolución de la producción, mantiene la tendencia del año inmediato anterior.

CUADRO 4.13: Previsiones de crecimiento del deflactor implícito del PIB

(porcentaje)

Fuente	2012	2013	2014	2015
Gobierno de España	1,0	1,7	1,6	1,7
Comisión Europea	0,2	1,9	1,4	n. d.
Funcas	0,4	1,0	1,0	n. d.
OCDE	0,3	0,7	0,4	n. d.

Fuente: Comisión Europea (2012), Funcas (2012) y Gobierno de España (2012).

Con la finalidad de recoger las diversas fuentes de previsiones consideradas, se contemplan tres escenarios: uno más favorable, otro menos favorable y uno neutral. El primero de ellos se ha construido teniendo en cuenta la previsión más optimista acerca del crecimiento real de la actividad y el mayor dinamismo de los precios, de forma que el incremento del PIB nominal predicho sea el mayor de entre los posibles. Por su parte, el escenario menos favorable se ha computado teniendo en cuenta el extremo opuesto, esto es, el menor crecimiento de la actividad real de entre los contemplados por las previsiones macroeconómicas y la mayor atonía en el comportamiento de los precios. Finalmente, el escenario neutral se ha computado teniendo en cuenta el punto medio entre los dos anteriores. Dichos escenarios se muestran en el cuadro 4.14.

CUADRO 4.14: Escenarios de evolución del PIB nominal para España

(porcentaje)

	2012	2013	2014	2015
Favorable	–0,40	2,10	3,00	3,50
Adverso	–1,60	–1,31	0,70	3,30
Neutral	–1,00	0,39	1,85	3,40

Fuente: Elaboración propia.

En el cuadro 4.15 se muestra el resultado de comparar la evolución de las proyecciones de gasto sanitario público realizado por las comunidades autónomas con los valores del PIB previstos según lo descrito en el párrafo anterior. Como era de esperar, y con independencia del escenario elegido, la ratio gasto/PIB tenderá a incrementarse de forma muy notable a lo largo del periodo considerado. No obstante, la magnitud de este incremento diferirá notablemente en función de que la evolución del agregado de producción resulte más o menos favorable. En efecto, para el caso del escenario más favorable el incremento de la ratio sería de 0,85 puntos porcentuales del PIB, mientras que en el peor escenario contemplado, ese crecimiento alcanzaría los 1,3 puntos. Para el caso del escenario neutral el incremento superaría ligeramente el punto porcentual.

CUADRO 4.15: Escenarios de evolución de la ratio gasto sanitario público sobre el PIB

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Variación (p. p.)
Favorable	6,25	6,64	6,82	6,94	7,02	7,09	0,85
Adverso	6,25	6,68	7,10	7,40	7,49	7,58	1,34
Neutral	6,25	6,64	6,94	7,14	7,23	7,31	1,06

Fuente: Elaboración propia.

4.3. Conclusiones

El modelo de financiación de las comunidades autónomas adolece desde su origen de un grave problema de equidad, entendida

esta en términos de suficiencia relativa (igualdad de financiación per cápita). Este problema tiene su origen, por un lado, en la dualidad régimen común/régimen foral, consagrada en la Constitución y en las leyes que la desarrollan, que se traduce en una situación de privilegio de las comunidades forales, tanto por lo que respecta a la autonomía fiscal como en lo que atañe a su suficiencia financiera. Los ingresos per cápita liquidados en los presupuestos de las comunidades forales de Navarra y el País Vasco superan, por término medio para el periodo 2002-2010, en un 30% la cifra agregada de derechos liquidados por habitante en las comunidades de territorio común.

En segundo lugar, en el seno de las comunidades autónomas que comparten el régimen de financiación común, regulado por la LOFCA, transcurridas tres décadas desde la puesta en marcha del sistema de financiación, no ha tenido lugar la deseable convergencia en financiación per cápita, a pesar de las sucesivas reformas del modelo. La última de tales reformas pareció haber servido en su primer año de implantación (2009) para corregir ligeramente las diferencias en recursos por habitante, si bien los datos correspondientes al último ejercicio liquidado, 2010, apuntan a un incremento en el grado de dispersión de la financiación per cápita. La cifra de recursos per cápita liquidados por el sistema de financiación en la comunidad con más ingresos (Cantabria) multiplica por 1,3 la financiación por habitante de la peor dotada (Comunitat Valenciana) cuando la comparación se establece a *competencias homogéneas,* sin computar el ejercicio de la capacidad normativa sobre los tributos que poseen las comunidades, y utilizando como referencia la *población ajustada* (población ponderada según criterios de necesidad relativa).

El impacto de la crisis económica sobre la financiación de las comunidades autónomas es manifiesto. Los ingresos de las comunidades autónomas (derechos liquidados), que habían crecido en el periodo 2002-2007 a un ritmo anual del 10%, registraron una tasa media anual del –3% entre 2007 y 2010. En el caso de las comunidades de régimen común, los recursos proporcionados por el sistema crecieron a una tasa media acumulada del 8% hasta 2007 y experimentaron una caída de casi el 4% anual en el periodo 2007-2010. Todas las comunidades, salvo el Principado

de Asturias, Illes Balears y Cataluña, disponen de menos recursos con origen en el sistema de financiación en el año 2010 de los que tenían en 2006.

A lo largo del periodo que va desde 2002 hasta 2007, el gasto sanitario de las comunidades autónomas absorbía entre un 34% y un 37% de los ingresos del conjunto de las haciendas regionales. La divergencia que tiene lugar, a partir de 2007, entre las sendas de evolución respectivas de los ingresos de las comunidades autónomas y de sus gastos en asistencia sanitaria disparó esa ratio hasta el 44%, siendo no obstante muy heterogéneo su comportamiento por comunidades. Si bien las comunidades forales se encuentran entre las que experimentaron un mayor incremento en la proporción de recursos destinados a la financiación del sistema público sanitario, su mayor suficiencia relativa hace que las consecuencias en términos de sostenibilidad sean menos preocupantes. Muy diferentes son los casos de la Comunitat Valencia y la Región de Murcia, en las que la presión que ejerce el sistema de salud sobre los presupuestos ha aumentado tanto o más que en las comunidades forales y que unen a un crecimiento del gasto sanitario superior a la media una financiación claramente insuficiente en términos relativos.

Por lo que atañe a la capacidad del sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común para cubrir las necesidades crecientes de gasto en servicios sanitarios, también la crisis económica ha tenido una notable incidencia. En 2002, 44 euros de cada 100 proporcionados por el sistema se destinaban a gasto sanitario; en 2010 son 55 de cada 100 euros y esta ratio de (in)sostenibilidad llegó a superar el 63% en 2009. Si bien es cierto que la coyuntura actual puede calificarse de excepcional (por lo negativa), también lo es que la dinámica seguida por los ingresos autonómicos en la larga etapa expansiva que precedió a la crisis resulta difícilmente repetible, por lo que la sostenibilidad presupuestaria del gasto sanitario de las comunidades autónomas a medio y largo plazo, con los ritmos de crecimiento experimentados por dicho gasto en épocas recientes, debe ser puesta en cuestión.

Nuestra primera aproximación a la sostenibilidad futura del sistema sanitario público español, con una perspectiva territorial, consiste en determinar en qué medida el crecimiento económico

previsto para España en los próximos años será suficiente para que los recursos públicos destinados a financiar el gasto sanitario crezcan, al menos, al ritmo medio anual de crecimiento esperado para el gasto público en cada comunidad. El primer paso de este análisis ha consistido en estimar la elasticidad renta de los recursos para financiar el gasto sanitario con que cuenta cada comunidad. Encontramos que la elasticidad respecto al crecimiento económico nacional es prácticamente idéntica a la estimada para el crecimiento autonómico y superior a 2 en prácticamente todas las comunidades.

A partir de estas elasticidades determinamos cuál debería ser el crecimiento de la economía española para que los recursos no financieros de cada comunidad igualasen el ritmo de crecimiento estimado para el gasto sanitario de esa comunidad en el periodo 2011-2016. Galicia es la comunidad con un menor requerimiento de crecimiento económico nacional para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario público autonómico. En concreto, sería suficiente con que la economía española registrase una tasa de crecimiento medio anual del 0,8% en el periodo 2011-2016 para que la sostenibilidad de la sanidad gallega estuviera garantizada. Por el contrario, las elasticidades más elevadas las encontramos para la Comunidad Foral de Navarra, País Vasco, Illes Balears y Extremadura. Estas tres últimas comunidades necesitarían que España creciese por encima del 3% de media anual en el periodo 2011-2016 para que la sostenibilidad de su sistema sanitario público estuviera garantizada.

Todas las previsiones de crecimiento disponibles, incluidas las del Gobierno de España, coinciden en señalar que ninguna comunidad autónoma española, ni siquiera Galicia, tiene garantizada la sostenibilidad de su sistema sanitario en el horizonte 2012-2015. El crecimiento económico medio anual esperado para España en ese periodo, al ser negativo o de reducida cuantía, no permitiría a las comunidades autónomas generar recursos suficientes para financiar ni siquiera las mayores necesidades de gasto derivadas del factor demográfico.

Encontramos, no obstante, una notable heterogeneidad entre comunidades. Así, Galicia, la Comunidad de Madrid y Cantabria garantizarían la sostenibilidad de sus sistemas públicos de salud

con requerimientos de crecimiento económico anual nacional de alrededor del 1%. Cabe destacar que el FMI y el propio Gobierno de España prevén ese crecimiento para el año 2014 y un crecimiento de al menos un 1,6% para el año 2015. Asimismo, si se cumple la previsión del FMI de que España crezca un 1,6% en 2015, Canarias, Castilla y León, Cataluña y el agregado nacional, además de las tres comunidades ya citadas, tendrían garantizada la sostenibilidad de su sistema sanitario público.

Una forma complementaria de acercarnos a los previsibles problemas de sostenibilidad futura del sistema sanitario público consiste en estimar la senda esperada de la ratio entre el gasto sanitario público y el PIB. Dados tres posibles escenarios de crecimiento nominal del PIB (uno más favorable, otro menos favorable y uno neutral), los resultados sugieren que, con independencia del escenario elegido, la relación entre las proyecciones de gasto sanitario de las comunidades autónomas estimadas en nuestro estudio y el PIB previsto tenderá a incrementarse de forma muy notable entre 2011 y 2016. Para el caso del escenario más favorable, el incremento de la ratio gasto/PIB sería de 0,85 puntos porcentuales, mientras que en el peor escenario contemplado, ese crecimiento alcanzaría los 1,3 puntos, siendo ligeramente superior a 1 punto porcentual del PIB el incremento previsto para el escenario neutral.

De los resultados obtenidos se sigue la necesidad insoslayable de implementar reformas encaminadas a incrementar la eficiencia del sistema sanitario público que redunden, en último término, en un menor crecimiento del gasto sanitario. Por otra parte, la sostenibilidad del sistema sanitario público estaría garantizada, para un importante número de comunidades y para el promedio nacional, a partir del año 2014, si se cumplieran las previsiones de crecimiento económico que sobre España han realizado organismos internacionales como el FMI. Resulta, por tanto, aconsejable que las reformas que se implementen contemplen el carácter hasta cierto punto transitorio de los problemas de sostenibilidad del sistema sanitario público para buena parte de las comunidades autónomas españolas.

SEGUNDA PARTE

REFORMAS

5. Cambio en el modelo de sistema sanitario

5.1. La regulación del derecho a la asistencia sanitaria

5.1.1. La cobertura sanitaria en la Unión Europea

Los sistemas sanitarios pueden definirse a partir de múltiples variables, si bien resulta habitual discriminar entre ellos sobre la base de dos rasgos fundamentales, a saber: la naturaleza de la cobertura subjetiva o poblacional que proporcionan (requisito de acceso al derecho a la asistencia sanitaria) y la forma de financiación de la misma (contributiva o no). La combinación de estos dos criterios da lugar, en el ámbito de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), a dos grandes modelos sanitarios de gestión pública: el modelo de Seguro Social Obligatorio (SSO), también llamado de Seguro Sanitario Social, y el modelo de Servicio o Sistema Nacional de Salud (SNS).

El modelo de SSO tiene un origen bismarckiano, lo que se traduce en el hecho de que la cobertura no se reconoce de forma automática a todos los residentes del país, sino que se vincula al empleo. Así, de acuerdo con este modelo sanitario, se asegura inicialmente contra el riesgo de enfermar a los trabajadores y sus familias, y la asistencia sanitaria provista se financia habitualmente mediante cotizaciones detraídas de los salarios. Para evitar que los colectivos más vulnerables (población de bajos ingresos o de peor salud) se vean excluidos de la cobertura de una cesta básica de servicios sanitarios, resulta común entre las naciones dotadas de este modelo la subvención directa de seguros sanitarios (sujeta a pruebas de medios) o la articulación de programas específicos dirigidos a evitar dicha exclusión. Asimismo, en aquellos países donde la cobertura básica de servicios sanitarios es proporcionada por múltiples aseguradores, de modo que coexisten las instituciones de Seguridad Social con fondos de seguros privados, se somete a estos últimos a una estrecha regulación a fin de que no

pueda denegarse el seguro sanitario a nadie (se proscriben prácticas de selección de riesgos).

Como puede observarse en el cuadro 5.1, que muestra el tipo y grado de cobertura sanitaria en diecinueve países de la Unión Europea (UE), Estados como Austria, Bélgica, Francia o Alemania poseen un sistema de SSO financiado fundamentalmente con contribuciones al sistema de Seguridad Social. En otras naciones, como los Países Bajos, una fracción sustancial de la sanidad se financia mediante primas colectivas abonadas a fondos de seguros sanitarios privados fuertemente regulados. Por último, en países como la República Checa y Eslovaquia, los trabajadores están cubiertos obligatoriamente por seguros sanitarios privados, financiados vía cuotas soportadas por los propios trabajadores y sus empleadores.

CUADRO 5.1: Cobertura de una cesta básica de servicios sanitarios en 19 países de la UE, 2010 (o más reciente)

	Cobertura pública		Cobertura privada	Sin cobertura
	Porcentaje	Tipo	Porcentaje	
Alemania[1]	89,1	Obligatoria	10,9	0,0
Austria	99,3	Obligatoria	0,0	0,7
Bélgica	99,0	Obligatoria	0,0	1,0
Dinamarca	100,0	Automática	0,0	0,0
Eslovaquia[2]	94,8	Mixta	0,0	5,2
España	99,2	Automática	0,0	0,8
Finlandia	100,0	Automática	0,0	0,0
Francia[1]	99,9	Obligatoria	0,0	0,1
Grecia	100,0	Obligatoria	0,0	0,0
Hungría	100,0	Obligatoria	0,0	0,0
Irlanda	100,0	Automática	0,0	0,0
Italia	100,0	Automática	0,0	0,0
Luxemburgo	97,6	Obligatoria	0,0	2,4
Países Bajos	98,9	Obligatoria	0,0	1,1
Polonia	97,5	Obligatoria	0,0	2,5
Portugal	100,0	Automática	0,0	0,0
Reino Unido	100,0	Automática	0,0	0,0
República Checa	100,0	Obligatoria	0,0	0,0
Suecia	100,0	Automática	0,0	0,0

[1] Para un porcentaje minúsculo de población, la cobertura es automática.
[2] Aproximadamente se distribuye a partes iguales entre la población la cobertura automática y obligatoria.

Fuente: Elaboración propia a partir de Paris, Devaux y Wei (2010) y OCDE (2012a).

Por su parte, el modelo de SNS, inspirado en las reformas de Beveridge en Gran Bretaña, presta asistencia sanitaria gratuita a todos los ciudadanos por el mero hecho de serlo, con independencia de su relación con el mercado de trabajo, y se financia con ingresos generales (impuestos). En los países dotados de SNS, la cobertura alcanza de forma automática, por tanto, a la práctica totalidad de la población. De acuerdo con el cuadro 5.1, ocho de los diecinueve países ahí recogidos, entre los que se incluye España, se ajustan al modelo de SNS.

A la vista de la división trazada, parece lógico afirmar que los sistemas sanitarios de SSO se caracterizan por su carácter profesional y contributivo, mientras que los sistemas de SNS son (de suyo) universales y no contributivos. Esta conclusión requiere, no obstante, algunas matizaciones. Para empezar, como pone de manifiesto el cuadro 5.1, hay sistemas de SSO que en la práctica ofrecen una cobertura universal, dado que el 100% de la población tiene garantizado el derecho al acceso a una cesta básica de prestaciones sanitarias. Este sería el caso de Hungría, por ejemplo. Comprobamos, asimismo, que un país como España, cuyo modelo sanitario obedece teóricamente a un esquema de SNS, no cubría de forma efectiva, aun antes de los cambios introducidos muy recientemente por el Real Decreto Ley 16/2012,[42] a la totalidad de la población residente (un 0,8% de la misma, según la información recogida en el cuadro, carecía de cobertura pública en 2010). Este dato es indicativo del origen y posterior evolución histórica del sistema sanitario público español. Como veremos en el siguiente apartado, la sanidad pública española nace y se mantiene hasta la segunda mitad del decenio de 1980, como un modelo de SSO. Su vocación universal es, pues, reciente, superponiéndose (antes que reemplazando) a la normativa que concibe el acceso a la asistencia sanitaria, no como un derecho de ciudadanía, sino como un derecho de Seguridad Social. Esto ha hecho que ciertos colectivos, minoritarios bien es cierto, hayan permanecido tradicionalmente excluidos de la cobertura sanitaria pública del SNS.[43]

---

[42] Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

[43] Entre estos colectivos se encontraban, hasta la aprobación de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, los desempleados que hubieran agotado la prestación o el subsidio de desempleo.

Otro matiz importante proviene de reconocer el hecho de que el grado de cobertura sanitaria no es un indicador perfecto del nivel de accesibilidad a los servicios sanitarios, ya que el acceso efectivo a los mismos dependerá de la generosidad de la cartera básica de prestaciones sanitarias cubierta, así como de la magnitud de las aportaciones o copagos que hayan de abonar los usuarios en el momento del consumo. En este sentido, la reordenación de la cartera de servicios del SNS propiciada en España por el mencionado Real Decreto Ley 16/2012, que establece copagos en el ámbito asistencial (ortoprótesis y transporte sanitario no urgente), y amplía los supuestos de aplicación del copago farmacéutico preexistente, dificulta objetivamente el acceso a los mismos servicios sanitarios por los que previamente no había que pagar, o había que hacerlo en una menor cuantía.

5.1.2. Origen y evolución del modelo de cobertura sanitaria vigente en España hasta la entrada en vigor del Real Decreto Ley 16/2012

Como se apuntó con anterioridad, el sistema sanitario español ha sido tradicionalmente un modelo de SSO, ya que la asistencia sanitaria fue concebida originariamente como una prestación contributiva del sistema de Seguridad Social. Así, la ley que en 1942 implantó el seguro de enfermedad,[44] establecía en su artículo 8.º que «serán beneficiarios del Seguro obligatorio de enfermedad los asegurados y sus familiares que vivan con ellos a sus expensas». Esto es, los titulares del derecho a la asistencia sanitaria eran los asegurados (lo que dicha ley denominaba *productores económicamente débiles*), extendiéndose ese derecho únicamente a quienes dependiesen económicamente de ellos (sus beneficiarios). Posteriormente, el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (TRLGSS)[45] establece como supuestos de acceso al derecho a la asistencia sanitaria estar afiliado y dado de alta en el Régimen General o en situación asimilada al alta, al sobrevenir la contingencia (esto es, estar asegurado), bien ser pensionista o

[44] Ley de 14 de diciembre de 1942, Fundacional del Seguro Obligatorio de Enfermedad.

[45] Decreto 2065/1974, de 30 de mayo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

perceptor de prestaciones periódicas que no tengan el carácter de pensiones, o bien ser familiar o asimilado que dependa económicamente de los anteriores.

Con la promulgación, en 1986, de la Ley General de Sanidad (LGS),[46] se inicia la transición del modelo de SSO hacia un modelo de SNS caracterizado por tres rasgos fundamentales: la universalización de la asistencia sanitaria, la sustitución de las cotizaciones como fuente de financiación de las prestaciones sanitarias por impuestos generales y la descentralización de la prestación de los servicios sanitarios a través del traspaso de competencias a las comunidades autónomas.

La vocación universalista instaurada con la LGS resulta evidente si atendemos al hecho de que el porcentaje de población cubierta por el SNS en 1982 no llegaba al 86%, mientras que ya en 1987 era de un 97%. No obstante, el proceso de transición iniciado entonces no supuso nunca, en el plano jurídico, una ruptura radical con la legislación en materia de Seguridad Social, ni en el plano material representó tampoco la consumación del 100% de cobertura. Así, la legislación en materia sanitaria se superpuso a la preexistente en materia de Seguridad Social, antes que reemplazarla, ya que en el momento de la entrada en vigor de la LGS las prestaciones sanitarias estaban financiadas íntegramente con cotizaciones sociales y la mayoría de las comunidades que accedieron a la autonomía por la vía del artículo 143 de la Constitución no habían asumido aún las competencias en la gestión de los servicios sanitarios. Además, aunque el artículo 1.2 de la LGS reconoce el derecho a obtener las prestaciones del sistema sanitario a *todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional,* la propia Ley establece en su exposición de motivos que dicho reconocimiento *no generaliza el derecho a obtener gratuitamente dichas prestaciones.* Se establece así, de partida, una distinción entre el derecho a ser atendido en la sanidad pública y el derecho a que la atención sanitaria recibida sea gratuita; derecho que se materializa mediante la expedición, por parte de las administraciones sanitarias com-

---

[46] Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

petentes, de la tarjeta sanitaria individual (TSI)[47]. Esta distinción, como veremos, cobra especial relevancia en el nuevo marco regulatorio propiciado por el Real Decreto Ley 16/2012.

Como consecuencia de todos los condicionantes expuestos, el derecho universal a la asistencia sanitaria con cargo a los recursos públicos no se generalizó de una vez, sino paulatinamente, mediante acumulación de múltiples títulos jurídicos habilitantes reconocidos por normas sucesivas. Así, en 1987, se abole el límite de edad de los 26 años a partir del cual descendientes, hijos adoptivos y hermanos dejaban de beneficiarse del derecho a la asistencia sanitaria. Posteriormente, en 1989, se extiende la cobertura sanitaria pública gratuita a las personas sin recursos económicos suficientes. Por su parte, la Ley 16/2003[48] reconoce como titulares del derecho a la atención sanitaria *en las mismas condiciones que los españoles* a los extranjeros que se encuentren en España inscritos en el padrón municipal de habitantes, tal y como prevé la Ley Orgánica 4/2000, más conocida como *ley de extranjería*.[49] Finalmente, la disposición adicional sexta de la Ley General de Salud Pública,[50] «extiende el derecho a la asistencia sanitaria pública a todos los españoles residentes en territorio nacional, a los que no pudiera serles reconocido en aplicación de otras normas del ordenamiento jurídico». Esta extensión se hace efectiva para las personas que hubieran agotado la prestación o el subsidio de desempleo a partir del 1 de enero de 2012, mientras que para el resto de colectivos afectados[51] la extensión del derecho se realizaría atendiendo a la evolución de las cuentas públicas, quedando pendiente el desarrollo reglamentario de los términos y condiciones bajo las cuales

---

[47] La TSI es el documento administrativo que facilita el acceso de los ciudadanos a las prestaciones de asistencia sanitaria que proporciona el SNS, tal y como establece el Real Decreto 183/2004, de 30 de enero, por el que se regula la TSI.

[48] Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

[49] Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.

[50] Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.

[51] Personas que nunca hubieran cotizado y con ingresos superiores al salario mínimo interprofesional, así como aquellos profesionales liberales, como abogados y arquitectos, no integrados en el régimen especial de trabajadores autónomos de la Seguridad Social, sino acogidos por mutualidades profesionales.

se reconocería el derecho a la asistencia sanitaria del SNS a los colectivos mencionados.

Paralelamente al proceso descrito de extensión del ámbito subjetivo de la cobertura sanitaria, se inicia con la Ley de Presupuestos Generales del Estado para 1989,[52] la segregación progresiva de la asistencia sanitaria del régimen de financiación de la Seguridad Social, al comenzar a financiarla parcialmente con ingresos generales. Este proceso se culmina en 1999, cuando se alcanza la financiación íntegra de la asistencia sanitaria mediante impuestos. Esta desvinculación en el plano financiero de la Seguridad Social se refleja en la modificación del artículo 86.2 del TRLGSS, introducida por la Ley 21/2001,[53] según la cual la asistencia sanitaria, si bien continúa legalmente incluida en la acción protectora del Sistema de Seguridad Social, queda configurada como una prestación no contributiva.

En definitiva, tras lo expuesto, cabe afirmar que el modelo sanitario español consolidado de forma previa a la aprobación del Real Decreto Ley 16/2012, se caracterizaba por ser un modelo de prestación de los servicios sanitarios con una marcada vocación universal (no profesional) financiado por completo por ingresos generales (no cotizaciones) aunque legalmente aún vinculado a la Seguridad Social.

5.1.3. El cambio de modelo introducido por el Real Decreto Ley 16/2012

5.1.3.1. De los ciudadanos a los asegurados

El Real Decreto Ley 16/2012 modifica el marco normativo previo regulador de los criterios de acceso al derecho a la asistencia sanitaria. Dichos criterios, así como la articulación del mecanismo de reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria, son objeto de desarrollo reglamentario en el Real Decreto 1192/2012.[54] Las disposiciones contenidas en ambas normas re-

---

[52] Ley 37/1988, de 28 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 1989.

[53] Ley 21/2001 de medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación autonómica.

[54] Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud.

presentan un vuelco considerable al modelo previo, sobre todo en lo relativo al reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria de los extranjeros.

En primer lugar, el artículo 3 de la Ley 16/2003, ya no reconoce la titularidad del derecho a la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a «todos los españoles y los extranjeros en el territorio nacional en los términos previstos en el artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000», como afirmaba en su redacción original, sino que, en virtud del 16/2012, tal derecho (artículo 3.1) se *garantizará a aquellas personas que ostenten la condición de asegurado.*

Los asegurados son de dos tipos, con diferentes condiciones de acceso y reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria. En el primer grupo (artículo 3.2 de la Ley 16/2003 modificado por el Real Decreto Ley 16/2012 y artículo 2.1.a del Real Decreto 1192/2012), tienen la condición de asegurados los trabajadores afiliados a la Seguridad Social, los pensionistas y perceptores de cualquier prestación periódica de la Seguridad Social y los desempleados que hubieran agotado la prestación o el subsidio de desempleo. Todas estas personas ven reconocida su condición de asegurados de oficio (artículo 5 del Real Decreto 1192/2012).

El segundo tipo de asegurados verán reconocida su condición previa solicitud del interesado (artículo 6 del Real Decreto 1192/2012). En este grupo (artículo 3.3. de la Ley 16/2003 modificado por el Real Decreto Ley 16/2012 y artículo 2.1.b del Real Decreto 1192/2012) se incluye a las personas que tienen nacionalidad española y residen en el territorio español, a los nacionales de algún Estado miembro de la UE, del Espacio Económico Europeo (EEE) o de Suiza, y que están inscritos en el Registro Central de Extranjeros y, por último, a los nacionales de un país distinto de los mencionados, o apátridas, y que son titulares de una autorización para residir en territorio español. En cualquiera de los tres supuestos, para ser reconocidos como asegurados los interesados deben acreditar dos condiciones: no tener ingresos superiores en cómputo anual a los 100.000 euros, y no disponer de cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía.

Por su parte, tendrán la consideración de beneficiarios de un asegurado (artículo 3 del Real Decreto 1192/2012), siempre y

cuando tengan *residencia autorizada y efectiva en España,* quienes se encuentren en alguna de las siguientes condiciones: el cónyuge o persona de análoga relación de afectividad, el ex cónyuge a cargo del asegurado, así como los descendientes, o personas asimiladas a estos, en ambos casos a cargo del asegurado, que sean menores de 26 años o que tengan una discapacidad en grado igual o superior al 65%. El reconocimiento de la condición de beneficiario será de oficio para aquellas personas que, a la entrada en vigor del Real Decreto 1192/2012, ya tuvieran la condición de beneficiarias de los asegurados regulados por el artículo 2.1.a del Real Decreto. En el resto de supuestos, será necesaria la presentación de una solicitud expresa por parte del interesado.

Finalmente, el Real Decreto 1192/2012 precisa en su disposición adicional segunda que los ciudadanos de aquellos Estados que se encuentran dentro del ámbito de aplicación de los «reglamentos comunitarios de coordinación de sistemas de Seguridad Social o de los convenios bilaterales que comprendan la prestación de asistencia sanitaria, tendrán acceso a la misma, siempre que residan en territorio español o durante sus desplazamientos temporales a España, en la forma, extensión y condiciones establecidos en las disposiciones comunitarias o bilaterales indicadas».

Los citados reglamentos comunitarios sobre coordinación en materia de Seguridad Social,[55] obligan a los Estados miembros a hacer efectivo el principio de igualdad de trato, de modo que los desplazados de cualquier Estado de la UE o de países parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo (EEE),[56] o de Suiza, cubiertos por la Seguridad Social de su país de origen tienen derecho a recibir asistencia sanitaria en el país de acogida en las mismas condiciones que este dispensa a sus propios asegura-

---

[55] Los reglamentos en cuestión son el Reglamento (CE) número 883/2004, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, sobre la coordinación de los sistemas de Seguridad Social, y el Reglamento (CE) 987/2009 del Parlamento Europeo y del Consejo de 16 de septiembre de 2009, por el que se adoptan las normas de aplicación del Reglamento (CE) 883/04, ambos en vigor desde 1 de mayo de 2010.

[56] El Acuerdo sobre el EEE entró en vigor en enero de 1994, sobre la base de la Decisión 94/1/CE, CECA del Consejo y la Comisión de 13 de diciembre de 1993. El EEE está compuesto por los 27 Estados miembros de la UE más Islandia, Noruega y Liechtenstein.

dos. El país que presta la asistencia sanitaria tiene derecho a su vez a facturar el coste de la misma al país de origen del usuario atendido.[57] El mismo sistema opera para los ciudadanos de otros países con los que España tiene suscritos convenios bilaterales de Seguridad Social en los que se prevé la exportación del derecho a recibir asistencia sanitaria.[58] Evidentemente, España no facturará a los países de origen la asistencia sanitaria dispensada a aquellos ciudadanos de la UE, o de Estados del EEE, o de Suiza, que cumplan con los requisitos comentados con anterioridad para tener la condición de asegurado.

Por todo lo expuesto hasta aquí, se constata que, desde el 1 de septiembre de 2012, fecha en que entró en vigor la necesidad de acreditar la condición de asegurado (disposición adicional primera del Real Decreto Ley 16/2012), la asistencia sanitaria pública dejó de configurarse como un derecho universal, para reconocerse con carácter general solo a los asegurados y sus beneficiarios, con las restricciones establecidas en los reglamentos comunitarios y convenios bilaterales de Seguridad Social, a los nacionales de países comprendidos dentro del ámbito de aplicación de estos.

5.1.3.2. Implicaciones de la nueva condición de asegurado

Los supuestos de acceso al derecho a la asistencia sanitaria establecidos para el segundo grupo de asegurados (los recogidos en el artículo 2.1.b del Real Decreto 1192/2012) modifican sustancialmente la situación previa, lo que tiene importantes repercusiones sobre dos colectivos. De un lado, el colectivo integrado por los españoles que nunca han tenido reconocido el derecho a la asistencia sanitaria pública, cuya extensión quedaba a expensas del desarrollo reglamentario de la Ley General de Salud Pública. Por otra parte, el colectivo de extranjeros residentes en España.

---

[57] La Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza, establece en su artículo 7 que, con carácter general, «el Estado miembro de afiliación garantizará el reembolso de los gastos contraídos por un asegurado que haya recibido asistencia sanitaria transfronteriza, siempre que dicha asistencia sanitaria figure entre las prestaciones a que el asegurado tiene derecho en el Estado miembro de afiliación».

[58] Si bien, con carácter general, el ámbito objetivo y subjetivo de aplicación de estos convenios bilaterales es mucho más reducido que el de los Reglamentos comunitarios.

Primeramente, el establecimiento de un umbral de ingresos objetivamente elevado para determinar el acceso al derecho a la asistencia sanitaria pública gratuita, hace que carezca de sentido la figura de *personas sin recursos económicos suficientes,* pues en principio todas las personas por debajo de dicho umbral serían elegibles para obtener la condición de asegurado. De hecho, el Real Decreto 1192/2012 deroga el Real Decreto 1088/1989,[59] que extendió la cobertura sanitaria a personas con escasos recursos económicos. Asimismo, la otra implicación inmediata del establecimiento del límite de los 100.000 euros es que todas aquellas personas de ingresos más elevados no tendrán derecho a recibir asistencia sanitaria pública gratuita. La vía de acceso a la prestación de asistencia sanitaria del SNS que reserva el Real Decreto Ley 16/2012 a estas personas, es la suscripción de un convenio especial, del cual se derivará el pago de la correspondiente contraprestación o cuota (disposición adicional tercera del Real Decreto 1192/2012). En contrapartida, todos aquellos profesionales libres no afiliados al sistema de la Seguridad Social, y en general todas aquellas personas que nunca hayan cotizado con ingresos inferiores a 100.000 euros al año, tendrán acceso a la TSI.

En segundo lugar, se produce un cambio radical en las condiciones de acceso al derecho a la asistencia sanitaria pública gratuita de los extranjeros residentes en España. Para empezar, el artículo 2.1.b del Real Decreto 1192/2012 circunscribe claramente dicho derecho solo a aquellos extranjeros que, en el caso de los nacionales de países de la UE, el EEE o Suiza, estén inscritos en el Registro Central de Extranjeros, y en el caso de nacionales de otros países, posean la Tarjeta de Identidad de Extranjero o similar que acredite la titularidad de una autorización para residir en España. Por tanto, se excluye de la condición de asegurado (y de beneficiario, pues para ello se requiere tener *residencia autorizada y efectiva en España*) a todos los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España. Dicha exclusión queda matizada por el nuevo artículo 3 ter de la Ley 16/2003, que exceptúa de la misma a los

[59] Real Decreto 1088/1989, de 8 de septiembre, por el que se extiende la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes.

extranjeros menores de dieciocho años, que recibirán asistencia sanitaria *en las mismas condiciones que los españoles,* y ciertas categorías de asistencia sanitaria dirigidas a los extranjeros mayores de edad, en concreto, la asistencia de urgencia hasta la situación de alta médica y la asistencia al embarazo, parto y posparto.

La nueva regulación de la condición de asegurado (y beneficiario) de las personas extranjeras se consuma con la modificación del artículo 12 de la Ley de Extranjería, que antes confería el derecho a la asistencia sanitaria a todos los extranjeros empadronados en España *en las mismas condiciones que los españoles.* Ahora, con la nueva redacción del mencionado artículo, ese derecho se otorga *en los términos previstos en la legislación vigente en materia sanitaria.* Dichos términos, como hemos visto, exigen la residencia legal en España, por lo que la única vía de acceso a la prestación de la asistencia sanitaria pública que queda a los inmigrantes en situación irregular que residan en España es, como sucede con las personas que rebasen el límite de ingresos, la suscripción de un convenio especial.[60]

El 3 de octubre de 2012, el pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó el proyecto de Orden Ministerial que establece los requisitos básicos del Convenio Especial de Prestación de Asistencia Sanitaria que han de suscribir las personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias de la sanidad pública española.[61] De acuerdo con la nota de prensa difundida por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad,[62] los convenios podrán ser suscritos por las siguientes personas:

- Españoles que nunca hayan trabajado y que tengan ingresos superiores a los 100.000 euros al año.
- Europeos que voluntariamente quieran suscribir estos convenios para ser atendidos por el sistema sanitario público español.

---

[60] Véase http://www.rtve.es/noticias/20120807/sanidad-suscribira-convenios-con-los-asegurados-para-que-tengan-asistencia/555157.shtml.

[61] En el momento de redactar este manuscrito aún no ha sido publicada la Orden Ministerial.

[62] Véase http://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=2573.

– Nacionales de terceros países que durante su estancia en España, quieran formalizar el convenio para ser atendidos por el sistema público.

El convenio especial dará acceso a las prestaciones de la cartera básica de servicios por el periodo de tiempo determinado en el mismo. La contraprestación económica que tendrán que abonar será de 710,40 euros hasta los 65 años y de 1.864,80 para los mayores de esa edad. Según declara el Ministerio, la cuantía de la suscripción de los convenios se ha calculado de acuerdo con la metodología oficial de cálculo de coste de asistencia sanitaria por persona, que es la misma aplicada a la facturación por la asistencia sanitaria prestada a ciudadanos de otros países europeos. [63]

Tras este cambio normativo, puede ya afirmarse que todos los países de la UE [64] poseen normas que, en mayor o menor medida, limitan el acceso a la sanidad pública gratuita a los inmigrantes en situación irregular. Dicha limitación puede ser parcial (dejando fuera ciertos servicios o derechos, como la libre elección de médico de familia, como sucede en Italia), temporal (requiriendo demostrar un periodo mínimo de permanencia en el país, así como la falta de recursos, como sucede en Francia o Portugal) o total (como ocurre en Alemania o Rumanía, donde de hecho, la legislación vigente establece formalmente la obligación de denunciar a las personas inmigrantes sin permiso de residencia a las autoridades policiales o de inmigración). La ausencia de una normativa común de rango comunitario que defina los derechos de los inmigrantes en situación irregular respecto de los servicios médicos se traduce en una gran heterogeneidad. Uno de los escasos servicios prestados a los extranjeros sin permiso de residencia de forma unánime en todos los Estados son los servicios de urgencias, si bien la definición de lo que se entiende por urgencia puede diferir de unos países a otros. Otra excepción a la denegación de la

[63] Véase http://www.msc.es/gabinete/notasPrensa.do?id=2529.

[64] Al menos en los dieciséis países de la UE objeto de análisis por parte de la red HUMA (Health for Undocumented Migrants and Asylum seekers), plataforma humanitaria integrada por dieciséis organizaciones europeas, entre ellas todas las delegaciones de Médicos del Mundo en la UE, en su informe de noviembre de 2010 (HUMA 2010).

asistencia sanitaria suele ser la que atañe a los menores de edad. En cualquier caso, a la vista de la cobertura sanitaria prestada a los inmigrantes en situación irregular en cada uno de los once países representados en el cuadro 5.2, podríamos concluir que España ha pasado de ser el Estado menos restrictivo, pues exigía únicamente un requisito de residencia (empadronamiento) como vía de acceso a la sanidad pública en condiciones de igualdad a los españoles, a situarse en el grupo de los países que más limitan el acceso, como sucede en Alemania, Polonia, el Reino Unido o Rumanía. En este momento, países como Bélgica, Francia o Italia son menos restrictivos que España.

De acuerdo con las cifras manejadas por el propio Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, la cifra de extranjeros que residen ilegalmente en España asciende aproximadamente a 460.000 personas (un 0,97% de la población empadronada en España a 1 de enero de 2012), de las cuales algo más de 153.000 son inmigrantes no comunitarios y cerca de 307.000 comunitarios. Tanto unos como otros quedan en principio excluidos de la sanidad pública gratuita, ya que se exige la autorización para residir a los primeros, y la inscripción en el Registro Central de Extranjeros a los segundos. En este último caso (el de los extranjeros comunitarios o de otro Estado parte en el Acuerdo sobre el EEE) el Real Decreto Ley 16/2012 exige, [65] a fin de obtener la inscripción en el Registro, que acrediten la posesión de un empleo en España, o bien la disposición de recursos suficientes para sí y su familia durante su periodo de residencia, así como de un seguro de enfermedad que cubra todos los riesgos en España; o, por último, estar matriculado en un centro educativo, contando con un seguro de enfermedad que cubra todos los riesgos en España. [66]

---

[65] El Real Decreto Ley, en su disposición final quinta, modifica el artículo 7 del Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero, sobre entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de los Estados miembros de la UE y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el EEE, recogiendo en su literalidad el artículo análogo de la Directiva 2004/38/CE, de 29 de abril, relativa al derecho de los ciudadanos de la Unión y de los miembros de sus familias a circular y residir libremente en el territorio de los Estados miembros. Hasta este momento, el único documento que debía aportar el solicitante junto a la solicitud de inscripción en el Registro era el pasaporte o documento nacional de identidad válido y en vigor.

[66] La documentación acreditativa concreta que deben presentar los solicitantes se establece en la Orden PRE/1490/2012, de 9 de julio, por la que se dictan normas para

CUADRO 5.2: Cobertura sanitaria a extranjeros irregulares en la UE

	Atención primaria	Atención especializada	Atención hospitalaria	Urgencias	Atención al parto	Medicamentos	Requisitos y cobertura
Alemania	No	No	No	Sí	No	No	No hay acceso
Bélgica	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Acceso a la ayuda médica urgente. Residencia, falta de recursos y carácter urgente de la enfermedad
España, antes 1 sept. 2012	Sí	Sí	Sí	Sí	Copago	Sí	Empadronamiento
España, desde 1 sept. 2012	Pago*	Pago*	Pago*	Sí	Sí	Pago*	Urgencias, embarazo, parto, posparto, menores de edad y convenio especial
Francia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Tres meses de residencia y falta de recursos
Grecia	No	No	No	Sí	No	No	No hay acceso
Italia	Sí	Copago	Copago	Sí	Mixto	Vacío legal	Cobertura bajo código STP (extranjeros temporalmente presentes, en sus siglas en italiano) renovable cada 6 meses
Países Bajos	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Falta de recursos y un médico debe considerar *necesaria* la atención
Polonia	Pago	Pago	Pago	Sí	Pago	Pago	Solo acceso gratuito a urgencias
Portugal	Sí	Sí	Sí	Sí	Mixto	Sí	Tres meses de residencia y falta de recursos
Reino Unido	Depende	Pago	Pago	Sí	Copago	Depende	A criterio del médico de familia
Rumanía	Pago	Pago	Pago	Sí	Sí	Pago	Acceso muy difícil ya que hay obligación de denunciar a los inmigrantes irregulares

* De acuerdo con el Real Decreto Ley 16/2012, aquellas personas que no tengan la condición de asegurado o de beneficiario del mismo podrán obtener la prestación de asistencia sanitaria mediante el pago de la correspondiente contraprestación o cuota derivada de la suscripción de un convenio especial.

Fuente: Elaboración propia a partir de HUMA (2010) y Real Decreto Ley 16/2012.

5.2. Una valoración de la reforma del modelo de sistema sanitario en España

5.2.1. La lógica de la reforma expuesta en el Real Decreto Ley 16/2012

La razón fundamental esgrimida en la exposición de motivos del Real Decreto Ley 16/2012 para justificar *una clarificación armonizada de la condición de asegurado,* son los perjuicios económicos causados al SNS por la asunción indebida del coste de la asistencia sanitaria prestada a nacionales de los Estados miembros de la UE y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el EEE y de Suiza, así como a ciudadanos de otros países con los que España tiene suscritos convenios bilaterales de Seguridad Social en los que se prevé la exportación del derecho a recibir asistencia sanitaria.

La asunción indebida del coste de las prestaciones de asistencia sanitaria dispensadas a los ciudadanos de Estados pertenecientes al ámbito de aplicación de las citadas normas comunitarias, se produce cuando, por las circunstancias que sean, el Estado prestador de la asistencia sanitaria (el Estado de tratamiento) no resulta compensado por los gastos ocasionados por la prestación de los servicios sanitarios cubiertos en el país de origen (el Estado de afiliación). De acuerdo con la normativa vigente, los reembolsos derivados de las prestaciones sanitarias efectuadas a asegurados en estancia temporal en España se calculan mediante un sistema de justificación de los costes efectivos o gasto real.[67] Por su parte, los reembolsos derivados de la asistencia sanitaria prestada a asegurados que residen habitualmente en España, se calculan mediante un sistema de costes medios o cuota global, devengados por cada mes de residencia efectiva.[68]

---

la aplicación del artículo 7 del Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero, sobre entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de los Estados miembros de la UE y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo.

[67] Calculados en función de los precios públicos aprobados por cada comunidad autónoma y por el Ingesa en función del tipo de prestación de asistencia sanitaria.

[68] Esta cuota global es elaborada, anualmente, por la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social y aprobada por la Comisión de Cuentas de la Comisión Europea, en función de los gastos sanitarios totales de España, divididos entre el número de beneficiarios del Sistema Nacional de Salud.

En concreto, el preámbulo del Real Decreto Ley alerta de la fragilidad del mecanismo de reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria vigente en España, que conduce, tal y como ha señalado el Tribunal de Cuentas,[69] a que presumiblemente haya un número considerable de nacionales de países de la UE y de países con los que España mantiene convenios bilaterales de Seguridad Social en vigor, que estén accediendo a la TSI por la vía de la figura de *personas sin recursos económicos suficientes,* pese a tener cubiertas sus prestaciones sanitarias por la Seguridad Social de sus respectivos Estados de origen y disponer dentro o fuera de España de recursos económicos suficientes. El acceso a la TSI imposibilita la facturación del coste de los servicios prestados, dado que, al no haberse accedido a ellos por medio de los formularios de derecho estipulados en los reglamentos comunitarios (la denominada *serie 100 de formularios europeos*), dicho coste no puede liquidarse al país de afiliación.

El Tribunal de Cuentas cifra, a fecha 15 de junio de 2010, en 453.349 las personas pertenecientes a alguno de los Estados del EEE, a Suiza y a alguno de los siete Estados con los que España tiene un convenio bilateral, registradas como personas sin recursos económicos suficientes y que podrían haber recibido, por tanto, asistencia sanitaria pública gratuita en España sin que se pudiera solicitar el reembolso de la misma. La estimación más conservadora realizada por el Tribunal de Cuentas del importe indebidamente asumido por España por esta circunstancia ascendería a unos 452 millones de euros anuales. En esta misma línea, el Tribunal, al constatar que al menos hay 127.692 pensionistas del EEE empadronados en España por cuya asistencia sanitaria España no está emitiendo factura, advierte del riesgo de que estas personas hayan recibido las TSI de los servicios de salud de las comunidades autónomas o del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (Ingesa).

Al menos en parte, la reforma atiende, por tanto, a un motivo plausible y es que, en la medida que la mayor parte de las 453.349 personas referidas con anterioridad, estuviesen cubiertas por los

---

[69] Según informe aprobado por el Pleno del Tribunal de Cuentas el 29 de marzo de 2012, de fiscalización de la gestión de las prestaciones de asistencia sanitaria derivadas de la aplicación de los reglamentos comunitarios y convenios internacionales de la Seguridad Social.

sistemas de Seguridad Social de sus países de origen, el SNS español estaría incurriendo en un coste indebido. Asimismo, aunque no procediera para todas esas personas la exportación del derecho a recibir asistencia sanitaria en España, como en la práctica, para acreditar la insuficiencia de recursos económicos por parte de nacionales distintos a los españoles, basta con la presentación de una declaración jurada, podría haber personas disfrutando del derecho a la asistencia sanitaria pese a poseer recursos económicos suficientes, bien en España o fuera de ella. La solución dada por el Real Decreto Ley 16/2012 a este potencial abuso de la figura de persona sin recursos económicos suficientes está clara: se ha optado por eliminarla de raíz, suprimiéndola, haciendo depender, además, la preceptiva inscripción en el Registro Central de Extranjeros de los nacionales comunitarios residentes en España por más de tres meses, de la posesión de medios económicos suficientes así como de un seguro público o privado, con cobertura equiparable a la proporcionada por el SNS.

Esta solución articulada en el Real Decreto Ley no se encuentra, sin embargo, entre las recomendaciones del Tribunal de Cuentas; ni mucho menos lo está la reforma de la Ley de Extranjería. Este órgano jurisdiccional sí recomienda, en cambio, que se revise el reconocimiento del estatus de persona sin recursos económicos suficientes a personas protegidas por la Seguridad Social de los Estados miembros de la UE y del EEE. En este sentido iría el mencionado endurecimiento de las condiciones de residencia de los nacionales de estos países abordado con la reforma del artículo 7 del Real Decreto 240/2007. Asimismo, recomienda que se equipare la prueba de medios económicos suficientes de los ciudadanos extranjeros con la de los nacionales españoles, de modo que no baste con una declaración jurada, sino que sea necesario acreditar la insuficiencia de ingresos mediante un certificado expedido por sus países de origen. Este requisito se introduce de hecho en el procedimiento del reconocimiento de la condición de asegurado previa solicitud del interesado, articulado por el Real Decreto 1192/2012. Las restantes recomendaciones del Tribunal de Cuentas van fundamentalmente encaminadas a que los servicios de salud de las comunidades autónomas, el Instituto Nacional de la Seguridad Social e

Ingesa mejoren sus sistemas de registro de la asistencia sanitaria prestada a nacionales del EEE y de países sujetos a convenios bilaterales de Seguridad Social con España, verificación de la vigencia de la TSI proporcionada a dichos ciudadanos y facturación a los Estados de afiliación; pues una parte (no desdeñable) del coste de la asistencia sanitaria dispensada al amparo de los Reglamentos comunitarios no llega a facturarse por deficiencias subsanables en la gestión del proceso de reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria y ulterior liquidación de su coste.

A este respecto, téngase en cuenta que el Tribunal de Cuentas detecta que casi un 9% de titulares de TSI (59.088 personas), procedentes de los países en los que son aplicables los reglamentos comunitarios, y más del 16% de titulares de TSI (101.194 personas) procedentes de países con los que España tiene suscritos convenios bilaterales, figuraban como personas sin derecho a la asistencia sanitaria en España en el Fichero General de Afiliación de la Tesorería General de la Seguridad Social, a pesar de lo cual, al disponer de TSI podían acceder a la asistencia sanitaria prestada por los centros, servicios y establecimientos sanitarios de las comunidades autónomas. Es decir, como consecuencia directa de deficiencias en la emisión y control de las TSI por parte de las diferentes comunidades autónomas, no ya del acceso indebido a dichas TSI por el cauce legal que permitía la figura de persona sin recursos económicos suficientes, se estaría produciendo un perjuicio económico para España.

Esta deficiencia en el control de las TSI favorece asimismo el riesgo de que haya extranjeros que residan habitualmente en sus Estados de origen, limítrofes con España, que sigan manteniendo la titularidad de la TSI para recibir prestaciones en los centros, servicios y establecimientos sanitarios cada vez que regresen a España, cuando en realidad debería haberse anulado su tarjeta, una vez hubieran abandonado el Estado español. Esta suerte de *turismo sanitario* a cargo del SNS español, que en parte es otra de las motivaciones de la reforma emprendida, como se desprende de las declaraciones públicas efectuadas por la Ministra de Sanidad, estaría siendo propiciada en consecuencia por problemas de gestión y no tanto por la existencia de un título jurídico habilitante (personas sin recursos económicos suficientes).

El desequilibrio existente entre los problemas de gestión financiera de las prestaciones de asistencia sanitaria dispensadas a los nacionales de la UE y del EEE detectados por el Tribunal de Cuentas y la respuesta dada en el Real Decreto Ley 16/2012, tiene como derivada la denegación del derecho a la asistencia sanitaria pública gratuita a todas las personas inmigrantes en situación irregular. Derivada, además, no del todo indeseada, a tenor nuevamente de las declaraciones de la responsable del Ministerio, quien alude a un presunto *efecto llamada* sanitario que propicia reagrupamientos familiares de estos inmigrantes en España con la finalidad de acceder a la sanidad pública.[70]

Las consecuencias que la denegación de la asistencia sanitaria pública gratuita a los inmigrantes en situación irregular puede provocar, desde el punto de vista sanitario y económico, son variadas. En primer lugar, como han señalado diferentes sociedades profesionales agrupadas en el Foro de Atención Primaria,[71] esta medida puede dar lugar al agravamiento de los problemas de salud de los afectados, a resultas del retraso en la atención médica recibida, así como de salud pública si no se atiende a quienes padecen enfermedades infectocontagiosas, junto con las consecuencias dañinas derivadas de la pérdida de continuidad asistencial. Todo esto acabará traduciéndose en costes, de modo que el pretendido ahorro que pudiera buscarse al restringir el acceso a la asistencia sanitaria al colectivo de inmigrantes sin permiso de residencia, cifrado en unos 500 millones de euros por el Ministerio de Sanidad, debería confrontarse con dichos costes a fin de valorar si efectivamente los beneficios de la *desuniversalización* de la asistencia sanitaria pública superan a sus costes. Asimismo, restringir la asistencia sanitaria a la puerta de urgencias, aumenta el riesgo de sobrecarga de este servicio con la consiguiente pérdida de calidad asistencial para todos los usuarios. Finalmente, la denegación de la asistencia puede agravar los problemas de desarraigo y exclusión social de las personas que se hallen en este supuesto, y redundar en otros serios problemas sociales. A este

---

[70] Véase http://www.rtve.es/noticias/20120828/mas-153000-inmigrantes-irregulares-se-quedaran-sin-sanidad-publica-partir-del-sabado/560368.shtml.

[71] Véase http://www.semfyc.es/es/noticias/destacadas/listado/ForoAP_DecretoAtencionInmigrantes.

respecto, téngase presente que, máxime en una situación de crisis económica como la actual, la mayoría de los inmigrantes en situación irregular no podrán suscribir los convenios especiales al precio anunciado que, además, dejaría fuera prestaciones como los medicamentos con receta o las ortoprótesis, pertenecientes a la nueva cartera común suplementaria,[72] y que tendrían que ser íntegramente abonadas por estas personas, lo cual parece ciertamente inverosímil.

5.2.2. Evidencia sobre la utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante y su impacto económico sobre el gasto sanitario

Existe abundante evidencia, nacional e internacional, sobre la frecuentación de los servicios sanitarios y el consumo de medicamentos que efectúan los inmigrantes. Así, tal y como sintetizan Hernández y Jiménez (2010), la literatura internacional sobre el tema sugiere patrones de utilización y consumo diferenciados entre la población inmigrante y la autóctona, en general más reducidos para los primeros, si bien dichas diferencias tienden a menguar con el tiempo de residencia en el país receptor. Una razón fundamental para el menor uso de los servicios sanitarios es el denominado *sesgo de selección de inmigrantes sanos* (o *healthy immigrant effect*), que describe el fenómeno de que, por ser los más sanos y jóvenes los que emigran, su estado de salud es mejor que el que en promedio disfruta la población nativa de los países de acogida. Este efecto parece mantenerse incluso cuando se ajusta por edad y sexo al comparar con la población autóctona (Ku 2009). Sin embargo, los estudios también muestran que la salud de los inmigrantes tiende a deteriorarse conforme aumenta el número de años de estancia en el país receptor. La causa principal de dicho deterioro, antes que la situación socioeconómica de los individuos, parece

[72] El artículo 2.1 del Real Decreto 16/2012 divide la cartera común de servicios del SNS en tres: la cartera común básica (exenta de copago); la cartera común suplementaria (sujeta a copago), que incluiría la prestación farmacéutica, la ortoprotésica y la dietoterapia, así como el transporte sanitario no urgente; y la cartera común de servicios accesorios, cuyos servicios no se consideran esenciales, estando sujetos a aportación y/o reembolso por parte del usuario.

ser el proceso de aculturación del que participa la comunidad inmigrante, que adopta paulatinamente comportamientos propios de la población autóctona, caracterizados por estilos de vida menos sanos y por una visión más *medicalizada* de la enfermedad.

La evidencia disponible para España, recogida tanto en atención primaria (Vallosera, Surina y Saez 2009; Gimeno y Lasheras 2009; Calderón *et al.* 2011), especializada y hospitalaria (Arizaleta *et al.* 2009; López y Ramos 2009), como de forma integral en todo tipo servicios, incluidos los servicios de urgencias y los preventivos, así como el consumo de medicamentos (Berra y Elorza 2009; Gimeno *et al.* 2009; Jiménez, Jorgensen y Labeaga 2009; Regidor *et al.* 2009), apunta a que, en promedio, los inmigrantes gozan de un mejor estado de salud que los españoles y que, en general, utilizan menos los servicios sanitarios. Así, por ejemplo, Regidor *et al.* (2009), en uno de los estudios más amplios que sobre el fenómeno se han realizado en nuestro país, basado en datos de cuatro encuestas regionales de salud, concluyen que la población inmigrante utiliza con menor frecuencia que la española la mayoría de los servicios sanitarios. En concreto, si bien no aprecian diferencias en la frecuencia con que se acude a la consulta del médico general o en el número de ingresos hospitalarios, sí se observa una utilización mucho menos frecuente de los servicios especializados y preventivos (citologías vaginales y mamografías) por parte de los inmigrantes. Otros estudios (Vallosera, Surina y Saez 2009; Gimeno y Lasheras 2009) han confirmado un consumo mucho menor de fármacos entre la población inmigrante en comparación con la española, particularmente de antidepresivos. Jiménez, Jorgensen y Labeaga (2009), por su parte, confirman los resultados anteriores, si bien, una vez se tienen en cuenta las diferencias demográficas y socioeconómicas, desaparecen las disparidades en los patrones de frecuentación entre extranjeros y españoles. Estos autores encuentran evidencia, no obstante, de que el aumento global de la demanda de servicios sanitarios derivado de la llegada de inmigrantes, ha podido producir congestión en algunos servicios del sistema, lo cual afectaría a la demanda de atención sanitaria de la población autóctona, en particular de seguros sanitarios privados (Jiménez y Jorgensen 2009) para

poder acceder con mayor prontitud a servicios especializados y de emergencias privados.

En relación con el impacto sobre el gasto público que tiene la cobertura sanitaria de la población inmigrante, hay pocos estudios en España que hayan abordado esta cuestión, si bien la evidencia disponible (Blanco y Thuissard 2010) sugiere que el gasto sanitario medio de dicho colectivo es inferior al gasto sanitario per cápita de la población en su conjunto (representaría entre un 69% y un 77% de este último, con datos de 2007) y, lo que es más significativo, que la aportación fiscal neta de los inmigrantes sería positiva; esto es, al menos con la evidencia disponible para el País Vasco (Arriola, Gómez y Andrés 2008), parece que los inmigrantes consumen servicios sociales (incluida la sanidad) de forma proporcional a su número, pero contribuyen más que proporcionalmente a su financiación.

5.3. Conclusiones y recomendaciones

La reforma introducida por el Real Decreto Ley 16/2012 en materia de cobertura sanitaria pública, representa una reinterpretación del derecho a la asistencia sanitaria que mira claramente hacia los orígenes del sistema sanitario español, más próximos, a un modelo de Seguro Social Obligatorio que a uno de Sistema Nacional de Salud. Cierto es que, como se observó con anterioridad, la asistencia sanitaria nunca ha dejado de estar incluida dentro de la acción protectora del Sistema de la Seguridad Social (y por esa razón se invoca entre los títulos competenciales a cuyo amparo se dicta el Real Decreto Ley, el artículo 149.1.17 de la Constitución, dedicado al derecho a la Seguridad Social); pero no es menos cierto que la definición del derecho a la asistencia sanitaria, formulado originalmente en el artículo 3 de la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, no dejaba lugar a dudas acerca de su vocación universal, desconectada por entero de la condición de asegurado que ahora, con la nueva reforma, se invoca.

Por otro lado, la fórmula jurídica escogida (un real decreto ley) para modificar el marco jurídico previo resulta particularmente controvertida en esta ocasión, ya que, tal y como ha señala-

do el Consejo General de la Abogacía Española,[73] dicha fórmula no procede cuando se afectan derechos amparados en la Constitución Española y en los Estatutos de Autonomía. El resultado de emprender una reforma de tal calado de este modo es que, por el momento, ya hay en el Tribunal Constitucional un recurso por conflicto de competencias entre el Gobierno central y el Gobierno autonómico vasco,[74] así como el propósito declarado por varias comunidades autónomas de continuar prestando asistencia sanitaria a los inmigrantes que carecen del permiso de residencia.[75] Por lo demás, el giro hacia un modelo de aseguramiento resulta desconcertante, por cuanto desde 1999 la financiación de la sanidad pública no proviene de las cotizaciones de los afiliados a la Seguridad Social, sino de los impuestos de todos los ciudadanos.

Ignoramos, por todo lo expuesto, el recorrido futuro que tendrán las nuevas disposiciones en la materia, pero, en cualquier caso, percibimos una disonancia entre las motivaciones declaradas en la propia norma para impulsar la reforma, centradas en intentar impedir los perjuicios económicos derivados de costear indebidamente la asistencia sanitaria de los extranjeros comunitarios y de aquellos otros países con los que se mantienen convenios bilaterales, y el modo escogido para llevarlo a la práctica. El resultado final de la reforma es la denegación del derecho a la asistencia sanitaria pública de los inmigrantes en situación irregular, no solo el impedimento al acceso indebido a la TSI de los nacionales de países de la UE y de otros países parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo. Tras este cambio, España pasa a ser uno de los países de la UE más restrictivos en materia de reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria de los inmigrantes en situación irregular.

---

[73] Los argumentos sostenidos al respecto por el Consejo, en nota hecha pública el 30 de abril de 2012, pueden consultarse en http://www.abogacia.es/2012/04/30/la-abogacia-espanola-considera-que-limitar-el-derecho-a-la-salud-colisiona-con-la-constitucion-y-con-varios-estatutos-de-autonomia.

[74] En un auto hecho público el pasado 17 de diciembre, el pleno del Tribunal Constitucional acordó el levantamiento de la suspensión cautelar de diversos artículos del Decreto del 26 de junio del Gobierno vasco por el que regulaba el copago farmacéutico. En concreto, el alto Tribunal permite al Gobierno vasco continuar facilitando la TSI a los inmigrantes irregulares.

[75] Véase http://www.elmundo.es/elmundo/2012/08/30/espana/1346348494.html.

La definición de un umbral de ingresos elevado (100.000 euros) y el requisito de no poseer cobertura obligatoria por otra vía, parecen criterios razonables para articular el derecho a la cobertura sanitaria pública, exigiendo la acreditación documental pertinente. Este sistema podría aplicarse a la inmigración irregular, proporcionando el acceso en condiciones semejantes a los españoles a aquellos extranjeros que cumpliesen dichos criterios. Sin embargo, al hacerse depender la condición de asegurado de la autorización para residir, los inmigrantes en situación irregular quedan excluidos. Las consecuencias de esta exclusión, en términos epidemiológicos y económicos, son difíciles de aventurar. Sin duda, tendría un gran interés abordar en una investigación futura el cómputo de los costes de la desuniversalización. Por el momento, lo que sí podemos afirmar es que la estimación ministerial del ahorro que producirá la denegación de la asistencia sanitaria pública a los inmigrantes en situación irregular es incompleta, ya que no tiene en cuenta esos costes.

6. Cambios en la gestión y en las formas organizativas

6.1. Introducción: fundamentos teóricos y marco normativo

La búsqueda de una mayor eficiencia y de un menor coste en la prestación de servicios públicos está detrás de buena parte de las reformas organizativas que se han aplicado y se proponen en el ámbito de los sistemas públicos de salud. La privatización de la gestión de los servicios sanitarios, en todas sus posibles acepciones, emerge como respuesta al intento de mantener los actuales estándares de provisión con un menor consumo de recursos públicos.

Si atendemos a una clásica distinción jurídica entre privatización formal, funcional y material (Menéndez 2008), son las dos primeras modalidades las que se encuentran presentes en el debate actual sobre cambios en las formas organizativas y de gestión de la asistencia sanitaria, viniendo a asimilarse a la dualidad gestión directa *vs.* gestión indirecta. La opción de transferir al sector privado la competencia y responsabilidad de la actividad de prestación, mediante la puesta en manos de compañías privadas con ánimo de lucro del aseguramiento y prestación de los servicios sanitarios (privatización material) queda fuera del debate sobre reforma sanitaria porque desbordaría el marco jurídico-constitucional vigente, al margen de suscitar no pocos problemas desde el punto de vista de la eficiencia y de la equidad (Martín 2003).

Las dos estrategias (compatibles entre sí) para mejorar la eficiencia del sistema público a través de modificaciones en su organización y gestión pasan, pues, por recurrir a mecanismos de gestión directa a través de entidades sometidas a derecho privado (privatización formal), o bien por desarrollar iniciativas de gestión indirecta mediante entidades privadas —con o sin ánimo de lucro—, en virtud de contrato (privatización funcional).

Las iniciativas emprendidas en el ámbito de la gestión directa se enmarcan en el concepto de *descentralización organizativa* y se concretan, a su vez, en dos líneas de actuación (Albi, González Páramo y López Casasnovas 1997): el impulso a los modelos gerenciales que aplican técnicas de gestión empresarial en el seno de los servicios públicos de salud; y la introducción de mecanismos de *cuasimercado* que minan la naturaleza burocrática de los sistemas públicos, introduciendo competencia entre proveedores y trasladando a estos, en mayor o menor medida, los riesgos asociados a la gestión.

El principio que subyace a las reformas organizativas es el de separar las funciones de financiación y compra de los servicios de las de gestión y producción de estos. Las primeras experiencias, en cierto modo *virtuales,* de esta separación en el Sistema Nacional de Salud fueron los contratos-programa o contratos de gestión. Sin embargo, el impulso definitivo a esta estrategia vino de parte de la Ley 15/1997 [76] que abrió la posibilidad de descentralizar la producción de los servicios sanitarios, permitiendo su gestión a través de entidades de, prácticamente, cualquier naturaleza jurídica, siempre y cuando se mantuviese la titularidad pública de la entidad y el carácter público de la asistencia.[77]

No obstante, algunas innovaciones en la gestión han optado por desarrollar el enfoque gerencialista sin recurrir a la creación de entidades con personalidad jurídica propia. Estas estrategias se agrupan bajo la denominación genérica de *gestión clínica* y se materializan en la atribución a los profesionales de una mayor implicación en la gestión de los recursos, con el fin último de orientar la actividad hacia el proceso asistencial y la atención integral del paciente (Insalud 2001). Iniciativas como los institutos clínicos o las unidades clínicas se enmarcan dentro de este paradigma, teniendo como rasgos comunes el agrupamiento de diferentes

---

[76] Ley 15/1997, de 25 de abril, de Habilitación de Nuevas Formas de Gestión del Sistema Nacional de Salud.

[77] El Real Decreto 29/2000, de 14 de enero, que desarrolla la Ley 15/1997, incluye una enumeración de las nuevas formas organizativas que no puede considerarse cerrada: «…fundaciones constituidas al amparo de la Ley 30/1994, de 24 de noviembre, consorcios, sociedades estatales y fundaciones públicas sanitarias, así como (…) cualesquiera otras entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en derecho (…)».

especialidades, una mayor autonomía y una atención (integral) focalizada en el paciente. En unos y en otros están presentes la descentralización de la toma de decisiones y la introducción de mecanismos de incentivos (Consejo Económico y Social 2010).

Por lo que respecta a la gestión directa de servicios sanitarios públicos mediante entes con personalidad jurídica diferenciada (consorcios, fundaciones, sociedades mercantiles públicas, organismos autónomos, entidades públicas empresariales), su implantación en el seno del sistema de salud responde a una doble motivación (Del Llano 2009): la primera, de carácter más coyuntural, se deriva de las exigencias del proceso de consolidación fiscal, que impulsan el desarrollo de diseños organizativos que permitan *maquillar* las cifras de déficit público. La segunda razón para recurrir a estas formas de gestión es la búsqueda de una mayor flexibilidad en la gestión *(huida del derecho administrativo)* amparada por la libertad que el derecho privado concede en ámbitos como la contratación o la política de personal. Las referencias normativas básicas a la hora de trazar el mapa de formas de gestión de los servicios sanitarios en España son la LOFAGE,[78] la Ley 15/1997 antes citada y el Real Decreto que la desarrolla y, por último, la Ley de Contratos del Sector Público (LCSP).[79]

Junto a las medidas anteriores, que hemos asimilado al concepto de *privatización formal,* aparece una segunda estrategia orientada a mejorar la eficiencia del sistema público de salud, que podemos catalogar como *privatización funcional* y que se corresponde con las diferentes formas de gestión indirecta de los servicios sanitarios. En estos casos, la provisión o financiación de los servicios compete al servicio público de salud, en tanto que su producción es realizada por una entidad privada sobre la base de un acuerdo contractual. Tanto la modalidad de vinculación contractual como la forma jurídica del ente encargado de producir y, en su caso, prestar el servicio al usuario, pueden presentar una notable variedad: conciertos, convenios, concesiones administrativas, etc., en lo que respecta al vínculo contractual; cooperativas, sociedades

---

[78] Ley 6/1997, de 14 de abril de organización y funcionamiento de la Administración General del Estado.

[79] Ley 30/2007, de 30 de octubre, de Contratos del Sector Público.

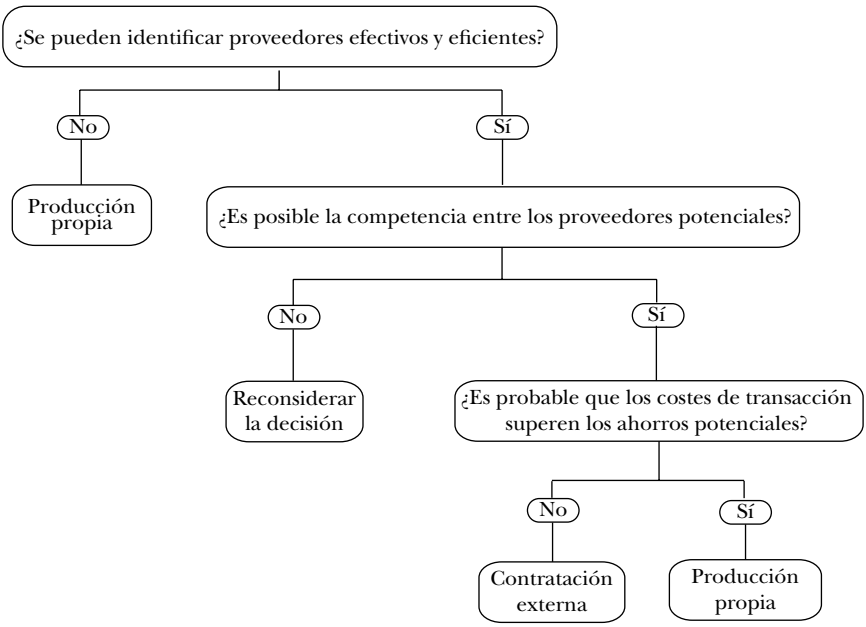
mercantiles, fundaciones, etc., por lo que atañe a la naturaleza jurídica de la entidad contratante.

La contratación externa de entidades privadas para la producción de servicios se justifica desde el argumento de que la apertura a la competencia y la titularidad privada de la gestión redundarán en una mayor eficiencia productiva y, por consiguiente, en menores costes de provisión de los servicios. Esta externalización está ampliamente consolidada en el SNS en lo que atañe a los servicios de carácter no asistencial (lavandería, limpieza, restauración, mantenimiento, etc.), habiéndose registrado importantes cambios en las técnicas de contratación (Martín 2003). Sin embargo, es su implantación en el ámbito de los servicios sanitarios la que ha recibido un mayor impulso en épocas recientes y también la que mayor controversia genera en los diferentes estamentos que participan en el debate: ciudadanos/pacientes, personal sanitario (clínicos), gestores, responsables políticos, etc.

La decisión acerca de si producir o comprar los servicios sanitarios debería tomar en consideración, como mínimo, las características de los posibles proveedores, la estructura del mercado y la previsible magnitud de los costes de transacción, como sugiere el árbol de decisión propuesto por Domberger y Rimmer (1994) y adaptado por López Casasnovas *et al.* (2003) que reproducimos en el esquema 6.1.

Conviene, no obstante, distinguir entre las diversas modalidades de gestión indirecta por cuanto el grado de implantación de unas y otras en el SNS dista de ser uniforme. Así, siguiendo a Prieto, Alberlo y Mengual (2006), cabe identificar, en primer lugar, esquemas de contratación de profesionales sanitarios como trabajadores autónomos independientes o bien como integrantes de sociedades de naturaleza cooperativa (como las Entidades de Base Asociativa en Cataluña). De otro lado, encontramos diversas fórmulas de contratación de sociedades mercantiles privadas (lucrativas), entre las que se encuentran los conciertos regulados para la prestación de servicios sanitarios, de uso frecuente y tradicional como mecanismo subsidiario de carácter residual, en aquellos casos en que los medios de titularidad pública resultan insuficientes.

ESQUEMA 6.1: Árbol de decisión para optar por la producción propia (pública) o la compra de servicios (contratación externa)



Fuente: López Casasnovas *et al.* (2003: 197).

Otras modalidades de contratación, englobadas bajo la denominación genérica de *colaboración público-privada* (CPP), son justamente las que monopolizan en buena medida el debate acerca de las reformas en la organización y gestión de los servicios sanitarios y las que representan una auténtica novedad en la configuración del SNS en los últimos quince años. Nos referimos a los modelos de concesión administrativa que, a su vez, revisten dos formulaciones: el modelo de concesión de obra pública o PFI (*Private Finance Initiative*) y el modelo de concesión para la gestión integral del servicio público.[80] Ambos modelos tienen en común el hecho de tratarse de esquemas de cooperación a largo plazo, regulados por contrato, entre una autoridad pública y una entidad privada, en los que existe una gestión común de los

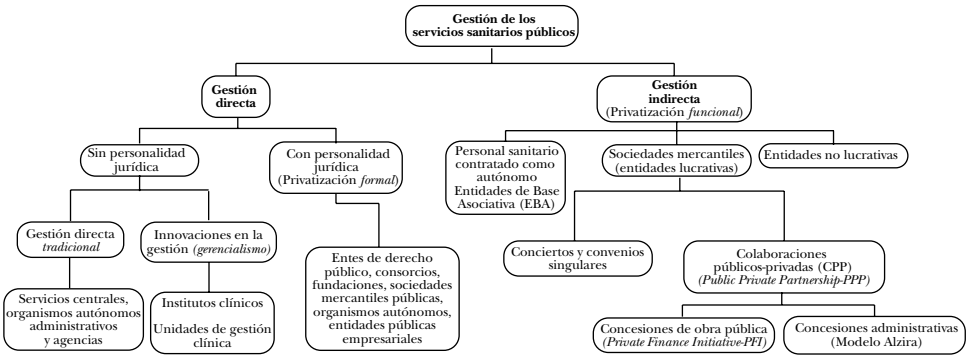
[80] En ocasiones, el término *colaboración público-privada* (CPP) o *Public Private Partnership* (PPP), se reserva a las concesiones administrativas de cobertura sanitaria integral.

recursos y cierto grado de distribución de los riesgos vinculados al proyecto entre las partes. También comparten ambos modelos los argumentos que apoyan su implantación, a saber: la mejora del rendimiento de los recursos públicos, derivada de la mayor eficiencia que supone aprovechar la experiencia del sector privado en el desarrollo y gestión de infraestructuras y servicios; la transmisión de riesgos de construcción y disponibilidad al sector privado; y la mayor rapidez en el proceso de dotación de nuevas infraestructuras hospitalarias.

La diferencia entre el modelo de concesión de obra pública y el de concesión para la gestión integral del servicio radica en que el primero se concreta en la construcción de una infraestructura sanitaria por parte del ente concesionario a cambio de la gestión de los servicios no asistenciales (que pueden incluir no solo los tradicionales como limpieza, lavandería o *catering*, sino también otros como los de gestión de la documentación clínica y administrativa, recepción e información, centralita telefónica, etc.); por el contrario, en el segundo caso, la entidad privada construye la infraestructura (el hospital), gestiona los servicios complementarios y, además, asume la prestación de los servicios de asistencia sanitaria a una población definida, generalmente coincidente con la adscrita al área de influencia del establecimiento sanitario.

En el esquema 6.2 se resumen las posibles formas organizativas y de gestión que tienen cabida en el SNS.

ESQUEMA 6.2: Formas organizativas y de gestión de los servicios sanitarios



Fuente: Elaboración propia a partir de Martín (2003); Prieto, Alberlo y Mengual (2006) y Consejo Económico y Social (2010).

6.2. Las nuevas formas de gestión y organización en el Sistema Nacional de Salud

Los contratos-programa o contratos de gestión tienen una larga trayectoria de utilización en el SNS, que arranca a mediados de 1993 en el seno del Insalud, y con especificaciones diversas constituyen una herramienta habitual en el proceso de asignación presupuestaria a las unidades de gasto (hospitales, gerencias de atención primaria, gerencias únicas, etc.) por parte de los departamentos de salud de las comunidades autónomas (o de los entes autónomos encargados de la provisión de los servicios públicos sanitarios). El contrato-programa contiene, entre otros aspectos, los objetivos e indicadores de medida de estos, el procedimiento de evaluación, la financiación (el *precio)* de los servicios contratados y los sistemas de incentivos, simulando así un contrato de compra de servicios sanitarios a un proveedor privado.

Los institutos clínicos y las unidades de gestión clínica profundizan en la idea de implicar a los profesionales en la asignación de los recursos. A finales de la década de los noventa comienzan a aparecer en el sistema sanitario español los primeros institutos clínicos [81] y, en la actualidad, hay hospitales —como el Clínic de Barcelona o el San Carlos de Madrid— cuyo modelo organizativo se basa fundamentalmente en institutos y unidades de gestión clínica.

Son varios los servicios de salud autonómicos que han introducido unidades de gestión clínica en su estructura funcional, aunque conviene destacar dos ámbitos geográficos concretos a este respecto. De un lado, la comunidad andaluza que estructura su red asistencial en un total de 1.175 unidades de gestión clínica (distritos de atención primaria, hospitales y áreas de gestión sanitaria). [82] De otro, el Principado de Asturias, que recientemente ha apostado por un modelo de unidades y áreas de gestión clínica, encuadradas en diferentes niveles (básico, intermedio y avanza-

---

[81] El de Patología Digestiva del Hospital Marqués de Valdecilla (Santander), el Cardiovascular del Clínico de Valladolid, el de Cardiología del Ramón y Cajal de Madrid, etc.

[82] Mapa de Unidades de Gestión Clínica 2012 del Servicio Andaluz de Salud (disponible en internet: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/ugcactivas/mapas/MapaUGC.asp; [última consulta 19 de noviembre de 2012]).

do), según los parámetros de calidad asistencial y autonomía de gestión. En función de estos dos criterios se clasifica a las unidades/áreas en diferentes perfiles que determinan el tipo de contrato de gestión aplicable, introduciendo de este modo una mayor flexibilidad en el modelo.

Pasando a considerar las experiencias en el campo de la gestión directa de servicios sanitarios (privatización *formal)* a través de las formas jurídicas amparadas por la Ley 15/1997 y el Real Decreto 29/2000, de 14 de enero, que la desarrolla, lo cierto es que en los servicios regionales de salud resulta posible hallar ejemplos de casi todas las fórmulas jurídicas que, sin ánimo de exhaustividad, enumera el citado Real Decreto. Desde entes de derecho público, creados al amparo de la normativa anterior a la LOFAGE, como los hospitales de Poniente y Costa del Sol, o las Emergencias Sanitarias de Andalucía, hasta sociedades mercantiles públicas, como las constituidas en el Principado de Asturias (Gispasa), Castilla-La Mancha (Gicaman) y la Región de Murcia (Giscarmsa) para la gestión de infraestructuras sanitarias. También hay espacio en los sistemas sanitarios autonómicos para los consorcios, forma jurídica de gran raigambre en la comunidad autónoma catalana (Consorcio Sanitario de Barcelona, Consorcio Hospitalario de Vic, Consorcio Sanitario del Maresme), pero también presente en Aragón (Consorcio Aragonés Sanitario de Alta Resolución), Andalucía (Consorcio Sanitario Público del Aljarafe) o Canarias (Consorcio Sanitario de Tenerife). En Galicia encontramos varios hospitales (Barbanza, Cee, Villagarcía de Arosa) que siguieron el ejemplo pionero del hospital de Verín y han optado por a la forma jurídica de la fundación sanitaria (entidad sin ánimo de lucro, de naturaleza pública o privada, regida por un patronato); esta misma forma jurídica también se encuentra en algunos hospitales del resto del territorio nacional, como los de Alcorcón (Madrid), Manacor (Illes Balears), Calahorra (La Rioja) o Elche (Comunitat Valenciana).

Finalmente, por lo que atañe a lo que hemos denominado *privatización funcional,* esto es, las fórmulas de gestión indirecta de la prestación de servicios sanitarios, podemos comenzar mencionando la experiencia —hasta la fecha circunscrita al sistema de salud de Cataluña— de las Entidades de Base Asociativa (EBA). Estas

entidades [83] están constituidas por profesionales-gestores, que han de poseer, al menos, un 51% del capital social, y se encargan de la atención primaria a los ciudadanos de un área básica de salud a través de un contrato de gestión. Las EBA, que comenzaron a desarrollarse hace dos décadas, operan con infraestructuras cedidas por la Administración y son contratadas a través de un proceso de adjudicación pública mediante concurso, previa acreditación, estando sometidas a un sistema de control y auditoría por parte del departamento de salud. El mecanismo de financiación ha evolucionado desde un presupuesto desglosado en partidas específicas hasta un presupuesto único de base capitativa, y el modelo favorece que sean los propios profesionales quienes se encarguen de la gestión clínica y del control de los recursos (Gené 2010; Ledesma 2005).

La contratación de entidades privadas con ánimo de lucro para la prestación de servicios viene siendo habitual desde hace muchos años en la modalidad del concierto sanitario, configurado este como un mecanismo subsidiario. Con la excepción de Cataluña, donde los proveedores privados (concertados) gozan de una presencia muy notable en la red de servicios públicos sanitarios, la prestación de servicios a través de esta fórmula tiene un carácter residual en los servicios de salud regionales. [84]

En paralelo a estos esquemas de concertación tradicional, está adquiriendo una relevancia creciente en el SNS lo que antes hemos denominado genéricamente *colaboraciones público-privadas*. En lo que respecta al modelo de concesión de obra pública (PFI), en España se ha optado mayoritariamente por el formato conocido como DBFO (diseño, construcción, financiación y operativo), [85] en virtud del cual la entidad privada concesionaria

---

[83] Pueden ser sociedades anónimas, sociedades limitadas, sociedades laborales o cooperativas (Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria [SEDAP] 2010).

[84] El gasto en conciertos supone en 2010 un 9,2% del gasto sanitario total de las comunidades autónomas y alcanzó una participación máxima del 10,6% en 2002. En Cataluña los conciertos con entidades privadas representan en 2010 un 24,1% del gasto en salud, siendo este su mínimo histórico en términos relativos, por cuanto en los últimos 20 años el peso de esta partida superó habitualmente el 30% del total de gasto.

[85] Existen otras fórmulas, como la modalidad BOOT (construcción, propiedad, operativo y transferencia) y la BOT (construcción, operativo y transferencia) (véase Prieto, Alberlo y Mengual 2006).

construye la infraestructura sanitaria que pone a disposición del servicio público de salud, a cambio de la gestión de los servicios no asistenciales.

Este modelo se ha aplicado en varios hospitales de la Comunidad de Madrid (Majadahonda, San Sebastián de los Reyes, Coslada, Vallecas, Arganda, Parla y Aranjuez) y en algunos de otras comunidades autónomas, como los de Burgos en Castilla y León, Son Espasses en Baleares y Baix Llobregat en Cataluña. Está previsto aplicar esta fórmula a los hospitales extremeños de Cáceres (en construcción) y Don Benito-Villanueva (no iniciado), así como en el hospital de Vigo, en Galicia. Un esquema parecido a este, con la diferencia de que la concesionaria no es una entidad privada, sino una sociedad mercantil de naturaleza pública, es el denominado *contrato in house,* presente en la construcción y explotación por parte de la empresa pública Gispasa del Hospital Central de Asturias y de los nuevos hospitales de Santa Lucía (Cartagena) y Mar Menor, por parte de Giscarmsa, en la Región de Murcia.

Finalmente, la implantación en el SNS de las concesiones administrativas para la gestión integral del servicio público se inició con la adjudicación de la asistencia sanitaria especializada para la comarca de La Ribera en Alzira (Comunitat Valenciana) a una Unión Temporal de Empresas (UTE) constituida por una aseguradora privada, un grupo de Cajas de Ahorros y dos empresas constructoras. [86] El contrato, con una duración prevista de 10 años, prorrogables por otros 5, implicaba la construcción y equipamiento del hospital a cargo de la adjudicataria y se basaba en un criterio de financiación capitativo para los pacientes del área sanitaria. En 2003 se rescindió el contrato de concesión y se adjudicó a la misma UTE una nueva concesión para gestión integrada de la asistencia primaria y especializada del área de Alzira. [87] Desde entonces, el bautizado como *modelo Alzira* se ha extendido a otros cinco hospitales de la Comunitat Valenciana (los de Torre-

---

[86] La aseguradora Adeslas tenía un 51% de participación en la UTE, la entidad Ribera Salud, S.A., controlada por Bancaja y Caja de Ahorros del Mediterráneo, contaba con una cuota del 45%, y las constructoras Dragados y Lubasa participaban con un 2% cada una de ellas.

[87] Para una descripción detallada del proceso, véase Acerete, Stafford y Stapleton (2011).

vieja, Denia, Manises y Elche) y tres de la Comunidad de Madrid (los de Valdemoro, Torrejón y Móstoles). En la comunidad madrileña está en construcción el Hospital de Collado-Villalba bajo esta misma fórmula y, recientemente, se ha anunciado el paso desde el modelo PFI al de concesión de la gestión integral de los hospitales de Vallecas, San Sebastián de los Reyes, Parla, Coslada, Arganda y Aranjuez. También se encuentra en fase de adjudicación mediante concesión administrativa la Unidad de Oncología Radioterápica de Gran Canaria y, en un estadio menos avanzado, se halla el proceso de traspaso a gestión privada de cuatro hospitales en Castilla-La Mancha (Almansa y Villarrobledo, en Albacete; y Tomelloso y Manzanares, en Ciudad Real).

6.3. Evidencia empírica acerca de los resultados de las innovaciones en la gestión

La evidencia disponible al respecto de las ventajas de los cambios en la gestión inspirados en técnicas *gerencialistas,* como los institutos clínicos y las unidades de gestión clínica, se limitan a los resultados obtenidos de encuestas de opinión y satisfacción de usuarios y profesionales. Así, por ejemplo, algunas formas organizativas de esta naturaleza incrementan el valor en conceptos como la *delegación de funciones,* la *descentralización administrativa,* la *incentivación,* la *continuidad asistencial* o la *orientación al cliente,* según la opinión de directivos y profesionales de hospitales públicos (Del Llano *et al.* 2001). La evaluación de la experiencia piloto con unidades de gestión clínica en el Principado de Asturias en 2009, mediante encuestas de satisfacción de los ciudadanos y de liderazgo y trabajo en equipo entre los profesionales, llevó al Servicio de Salud del Principado a concluir que el modelo de gestión clínica era eficaz y eficiente. A esta conclusión contribuyeron también los resultados positivos del contrato-programa, el contrato de calidad y los objetivos de gestión. [88]

Por lo que respecta a las fórmulas jurídicas de gestión directa, existe cierta evidencia de una mayor eficacia de los hospitales con

[88] Véase http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_SESPA/AS_Gestion%20Clinica/Graficas_Resultados_UGCs2009_centrospiloto.pdf.

personalidad jurídica propia en la gestión de las listas de espera, y de una mayor eficiencia relacionada con la superior dotación tecnológica y disponibilidad horaria, lo que se asocia a una cartera de servicios más amplia y recursos más ajustados a las guías de práctica clínica (Del Llano 2009).

La evaluación de las fórmulas de gestión indirecta se enfrenta, en general, con el problema de la ausencia de información fiable con la que contrastar las pretendidas ventajas que en términos de eficiencia dicen aportar estas formas de gestión. [89] La excepción quizás sea el caso de las EBA, en parte debido a que llevan funcionando en el sistema de salud público catalán desde hace más de 20 años. Los estudios que han evaluado esta modalidad de gestión indirecta ofrecen, en general, conclusiones positivas, tanto desde el punto de vista de sus resultados clínicos, como desde la óptica de la eficiencia en costes (menos pruebas diagnósticas y menor consumo de fármacos). Asimismo, los profesionales de las EBA parecen mostrarse más implicados y satisfechos que los integrados en otros equipos de atención primaria, como consecuencia tal vez del mayor grado de autonomía y capacidad de decisión (Institut d'Estudis de la Salut 2006; Gené 2010).

Por lo que atañe al resto de CPP, las evaluaciones brillan por su ausencia, como se ha señalado antes. Ni siquiera en el caso de los conciertos sanitarios, de gran tradición en el sistema público de salud, se dispone de estudios que evalúen comparativamente su funcionamiento. [90] Es posible que los costes por estancia, por proceso, etc. sean inferiores a los de los centros públicos (de hecho, esta tal vez sea una de las razones que explican el recurso a estos

---

[89] Esta ausencia de evidencia empírica sobre la que fundamentar juicios comparativos se ha puesto de manifiesto en diversos foros por parte de investigadores y gestores, y en documentos promovidos por sociedades científicas. Véase, por ejemplo el Documento de debate de la Asociación de Economía de la Salud (AES) La sanidad pública ante la crisis. Recomendaciones para una actuación sensata y responsable (disponible en http://www.aes.es/Publicaciones/DOCUMENTO_DEBATE_SNS_AES.pdf); o el reciente documento de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, SESPAS, de Posicionamiento sobre las políticas de privatización de la gestión de los servicios sanitarios (disponible en http://www.sespas.es/adminweb/uploads/docs/Posicion.pdf).

[90] Existe evidencia de ahorros en costes derivados de la contratación externa de servicios no asistenciales como la limpieza en el Reino Unido, siendo la evidencia en España en relación con este y otros servicios menos concluyente (véase López Casasnovas *et al.* 2003: 206 y ss.).

conciertos); sin embargo, ello no permite concluir que exista una ganancia en eficiencia derivada de la contratación externa, debido al desconocimiento que se tiene acerca de las condiciones de prestación de los servicios, por no existir un control de la calidad asistencial análogo al que, en mayor o menor medida, sí está presente en los centros públicos.

En el caso de los servicios primarios de salud, Puig Junoy y Ortún (2004) aplicaron técnicas de análisis de frontera con datos de proveedores de asistencia primaria en Cataluña, concluyendo que la introducción de mecanismos de contratación externa en este ámbito no ayudó a mejorar la eficiencia en costes. Sostienen los autores que la separación entre financiación y producción, sea pública o privada la gestión, debe ir acompañada de una apropiada definición de los objetivos, así como de niveles de incentivos y transferencia de riesgos adecuados. De no ser así, afirman, se verá comprometido el funcionamiento de los contratos y aumentarán los costes de transacción.

Se dispone de cierta evidencia empírica en relación con el uso de fórmulas PFI en el Reino Unido (algo menos en Italia), de la que se deduce como principal conclusión que estas formas de colaboración suponen a la postre un coste total superior al que resultaría de recurrir al endeudamiento público directo para construir la nueva infraestructura sanitaria. La razón es bien simple: al coste de la obra se añaden unos costes financieros generalmente más elevados para las empresas privadas que para la Administración Pública y el lógico margen de beneficio empresarial para el concesionario. Esto sin contar costes de elaboración y gestión de ofertas por los licitadores (McKee, Edwards y Atun 2006). La magnitud de estos costes ha supuesto, de hecho, la aparición de problemas financieros en los *trusts* hospitalarios británicos [91] y se ha puesto de manifiesto la existencia de una clara relación entre la existencia de acuerdos PFI de gran magnitud y la incidencia de déficit en los *trusts* (Hellowell y Pollock 2009).

Otro problema identificado en la literatura es el hecho de que no siempre tiene lugar la transferencia de riesgos al sec-

[91] Hellowell y Pollock (2007) también han hallado evidencia de elevados costes asociados al modelo PFI para el caso de Escocia.

tor privado que constituye uno de los presupuestos básicos de este modelo, lo que distorsiona los incentivos del acuerdo contractual (Froud 2003; Broadbent, Gill y Laughlin 2008). A este respecto, Pollock, Shaoul y Vickers (2002) dan cuenta, también para el Reino Unido, de prácticas consistentes en extender las concesiones cuando en el plazo pactado no se han obtenido beneficios y frecuentes casos de renegociación de las condiciones de financiación. [92]

En Italia, donde la estrategia PFI ha adquirido una cierta pujanza, los resultados tampoco son demasiado alentadores. Vecchi, Hellowell y Longo (2010) encuentran que las tasas de retorno de la inversión asociadas a estas fórmulas en el sistema de salud italiano son significativamente superiores a las que cabría esperar en un mercado competitivo que funcionase de modo apropiado, lo que suscita a su vez la cuestión de cuáles son los efectos distributivos de esta fórmula de gestión. [93] Una de las propuestas de estos autores italianos es estandarizar los procesos contractuales con el fin de reducir costes de transacción y prevenir la aparición de barreras de entrada al mercado.

¿Por qué, entonces, se recurre a la estrategia PFI para la construcción de nuevas infraestructuras hospitalarias? Básicamente porque este tipo de fórmula deja la nueva inversión al margen del cómputo del déficit y la deuda pública a efectos del Sistema Europeo de Cuentas, de manera que es posible construir una infraestructura sanitaria sin que ello tenga impacto en los objetivos de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera comprometidos con la Unión Europea. En el momento actual, la fuerte restricción de acceso al crédito a la que se enfrentan las Administraciones Públicas

---

[92] Recientemente, la prensa se ha hecho eco, citando fuentes de la Cámara de Cuentas de la Comunidad de Madrid, del *rescate* de los seis hospitales modelo PFI que tuvo lugar en 2010 por parte del Gobierno regional, que tuvo que restablecer el equilibrio económico financiero de las concesiones de dichos hospitales (*El País,* 24/10/2012: disponible en http://ccaa.elpais.com/ccaa/2012/10/24/madrid/1351105416_077906.html).

[93] Shaoul (2005) alerta de que las decisiones relativas al desarrollo de nuevas iniciativas PFI se basan en conceptos ambiguos de transferencia de riesgo y *value for money* a nivel del hospital individual antes que del sistema o la sociedad en su conjunto, y que estos conceptos, no siendo neutrales, proporcionan la justificación para un proceso de transferencia de recursos desde la población hacia la elite financiera, ocultando al debate público los asuntos distributivos.

—en particular, las comunidades autónomas— ha convertido la concesión de obra pública en la única opción posible, *de facto,* para acometer nuevos proyectos de infraestructuras sanitarias.

Finalmente, en relación con la evaluación de los modelos de concesión administrativa sanitaria (modelo Alzira), la mayor parte de las publicaciones que se encuentran en España nacen del entorno de las propias sociedades concesionarias y/o de los Gobiernos que han impulsado tales acuerdos. La coincidencia de objetivos de unas y otros (en el caso de las primeras, publicitar las pretendidas excelencias de su gestión para extender el modelo a otros territorios; en el caso de los segundos, justificar *ex post* sus decisiones sobre la base de una supuesta ganancia de bienestar agregada), no solo da lugar a la aparición de un fenómeno de *captura del regulador,* sino que hace que tales *estudios* se aproximen más al terreno de la propaganda que al del análisis. [94]

Solo se ha publicado, hasta la fecha, una evaluación objetiva de la experiencia pionera de Alzira: el trabajo de Acerete, Stafford y Stapleton (2011) basado en el enfoque denominado *narrativa y cifras* (*narrative and numbers approach*). La conclusión de este estudio es demoledora: el proyecto original jamás habría sido viable de no ser por la renegociación del contrato de concesión —el *rescate*— que supuso un elevado coste a la Administración Pública. El modo en que se produjeron la cancelación del contrato original de concesión y la posterior adjudicación del segundo contrato son completamente incompatibles con cualquier concepción de transferencia de riesgos. A la vista de los números, afirman los autores, el proyecto no fue en ningún caso un éxito financiero y su análisis demuestra la existencia de mayores costes y de prácticas de gestión burocrática no visibles. [95] Esto sin contar el hecho de que, a diferencia de lo observado en la literatura en relación con los mayores costes de financiación que soportan las entidades privadas frente a las públicas, la UTE Ribera Salud se benefició de

---

[94] Véase Campoy y Santacreu (2008) o Rosado (2010) como ejemplos de estas evaluaciones *de parte.*

[95] El hospital de La Ribera, junto con el Paddington Health Campus de Londres (Reino Unido) y La Trobe Regional Hospital de Melbourne (Australia) se citan en McKee, Edwards y Atun (2006) como ejemplos de CPP que se han encontrado con problemas financieros.

la financiación en condiciones más que ventajosas procedente de las cajas de ahorros que formaban parte de la misma.

Recientemente, el informe Iasist (Iasist 2012), con datos de 2010 correspondientes a hospitales generales del SNS de tamaño pequeño o medio, compara la estructura, actividad y resultados de un grupo de 41 hospitales de gestión directa y personal estatutario *(hospitales de gestión directa administrativa* —GDA—) con los de un segundo grupo de 37 hospitales, con distintas fórmulas organizativas y personal laboral, que el informe denomina genéricamente *hospitales con otras formas de gestión* (OFG). En este grupo se incluyen fundaciones, empresas públicas y concesiones (CPP),[96] por lo que no resulta posible, en principio, distinguir en qué grado las diferencias observadas puedan deberse a la diferente titularidad o a la forma jurídica de los centros hospitalarios. Las principales conclusiones de este estudio comparativo se resumen en que los hospitales OFG:

- Son más pequeños en tamaño y plantilla, pese a tratar a pacientes de similar edad y complejidad.
- Gestionan mejor las camas y son más intensivos en el uso de tratamientos ambulatorios (eficiencia funcional).
- Tienen un coste por unidad de producción un 30% inferior (eficiencia económica).
- Producen un 37% más de unidades de actividad ajustada con unos recursos humanos de similar estructura.
- Obtienen buenos resultados de calidad científico-técnica (mortalidad, complicaciones y readmisiones).

Las diferencias más claras entre los dos grupos de hospitales son, según el informe, las que tienen que ver con la productividad de los recursos humanos y el coste. Puesto que el régimen laboral es, en definitiva, el criterio de clasificación de los hospitales, es lógico que sea en el ámbito de la productividad de los recursos humanos donde se concentra el poder explicativo de las diferencias que se atribuyen al modelo de gestión (un 48% de la varianza).

---

[96] Los hospitales de modelo PFI no se incluyen en el análisis por tener modelos de relación laboral mixtos, con predominio del personal estatutario en muchos de ellos.

Pese a todo, algunos de los hospitales de gestión directa consiguen resultados que los sitúan entre los más eficientes.

El propio informe asume como limitaciones el hecho de que la muestra no es aleatoria, pues solo incluye centros de las características definidas que participan voluntariamente en Hospitales TOP 20-2011 (algo más de la mitad de los del SNS).[97] Existe, además, un sesgo territorial, pues dos tercios de los hospitales OFG se ubican en Cataluña, lo que puede influir en los resultados por factores diferenciales. Reconocen también los redactores del informe que no se valoran otras dimensiones relevantes como la satisfacción del paciente o las listas de espera.

Además de las citadas limitaciones, el informe adolece de otros problemas metodológicos. En primer lugar, al restringir el ámbito de análisis a hospitales generales de tamaño pequeño o medio, quedan excluidos los hospitales con especialidades de referencia regional, así como los que realizan trasplantes. Este criterio de exclusión, que se interpreta como una forma de homogeneizar los centros sometidos a análisis comparado, da lugar en la práctica a un importante sesgo de selección. Como señalan Bilal y Padilla (2012), se incrementa la validez interna del estudio a costa de comprometer la validez externa de las recomendaciones que de él se puedan derivar. Por otra parte, se echa de menos una mayor transparencia en cuanto a la localización geográfica de los centros evaluados, más allá de la mención a la presencia mayoritaria de hospitales OFG ubicados en Cataluña. No existe ningún dato desagregado ni en términos de participación (selección) ni en términos de resultados.

La falta de transparencia alcanza también a la información relativa al peso medio de GRD (grupos relacionados por el diagnóstico), que proporciona una medida de la complejidad de los pacientes hospitalizados en cada centro. Este dato tiene importancia a la hora de evaluar los resultados comparativos en los distintos indicadores y, según el informe, el peso medio GRD no difiere significativamente entre uno y otro *modelo* de hospital (aunque es, en media, superior en el grupo de hospitales OFG), lo que se inter-

---

[97] La lista puede consultarse en http://www.iasist.com/files/Hospitales_Top_20-2011.pdf.

preta como argumento a favor de los centros con otras formas de gestión. Sin embargo, no está claro si el procedimiento de codificación de diagnósticos que permite después su conversión a GRD es homogéneo entre hospitales (por ejemplo, qué incentivos hay en los centros para codificar diagnósticos, quién se encarga de ello, si los hospitales de gestión directa no incluidos en el estudio tienen un mayor peso de GRD, etc.). [98]

Otro flanco de crítica del informe se encuentra en los indicadores utilizados y la perspectiva que subyace al análisis. Así, por ejemplo, el único ítem dentro de los *indicadores de adecuación* es el índice de cirugía sin ingreso. Se interpreta con ello que una mayor utilización de la cirugía ambulatoria (CMA) es sinónimo de más eficiencia, en la medida en que conlleva un menor uso de recursos. Siendo la CMA un indicador contrastado y de calidad, la ventaja en términos de coste-efectividad asociada a los procedimientos quirúrgicos ambulatorios se asienta, en buena medida, de la transferencia de una parte de los costes al propio paciente y su entorno. En este sentido, si se asume una perspectiva más amplia (esto es, social), es posible que el indicador no sea el más idóneo.

Por último, la utilización de medidas de coste unitario (por unidad de producción, como hace el informe, o por hospitalización), como indicador de eficiencia, ignora que, desde el punto de vista de la financiación sobre una base capitativa, lo relevante no es el coste por ingreso, sino el gasto por habitante. De hecho, unos costes por ingreso más bajos pueden ser compatibles con un gasto per cápita más alto si el número de hospitalizaciones es mayor. Este parece ser el caso de algunas concesiones hospitalarias de la Comunitat Valenciana, según un análisis preliminar con datos de 2009. [99]

En resumen, dado el criterio seguido por el estudio para agrupar los hospitales en las categorías GDA y OFG, que no es otro que el régimen laboral, de tener validez sus conclusiones apuntarían, en todo caso, a las ventajas de una mayor flexibilidad en la gestión

---

[98] Existe evidencia para el sistema de salud británico (Mason, Street y Verzulli 2010) de que el proceso de codificación de los datos en los hospitales puede ser de menor calidad en los centros privados que en los públicos.

[99] Un resumen de los resultados de este análisis pueden consultarse en Peiró (2012).

de los recursos humanos, y no a una pretendida superioridad de la gestión privada sobre la pública en términos de un uso más eficiente de los recursos, con carácter general. Incluso si se obviaran los problemas metodológicos arriba señalados y se aceptasen las conclusiones principales del informe Iasist, interpretar dichas conclusiones como evidencia a favor de la gestión privada o de la estrategia CPP es, en cualquier caso, un error.

A falta de información precisa acerca de la composición de la muestra, en el grupo OFG no hay únicamente hospitales de gestión privada bajo el modelo de concesión administrativa, sino también hospitales de gestión directa con personalidad jurídica diferenciada (los agrupados en la rama *privatización formal* del esquema 6.2). Por tanto, la comparación, insistimos, no se establece entre gestión pública y gestión privada, sino entre el modelo de gestión directa tradicional (con personal funcionario/estatutario) y distintos modelos de gestión *innovadores* (de gestión directa e indirecta), cuyo único rasgo común radica en el marco de las relaciones laborales.

Antes de concluir esta sección, queremos recordar que, en todo caso, el objetivo de eficiencia aplicado a la gestión sanitaria implica minimizar el uso de recursos (costes) para obtener unos determinados resultados en salud. Decimos esto porque frecuentemente se tiende a medir los resultados en términos de actividad o carga de trabajo, cuando no debería ser esa la naturaleza de las medidas de resultado evaluadas. En relación con esto, resulta procedente citar el muy reciente trabajo de Quercioli *et al.* (2012), quienes hallaron que, en el caso de Italia, un mayor gasto en servicios sanitarios proporcionados por proveedores públicos se asociaba a reducciones en las tasas de mortalidad evitable (cada 100 euros per cápita adicionales reducían en un 1,47% la tasa de mortalidad evitable); esta asociación, sin embargo, no se encontraba en el caso de un mayor gasto en servicios de producción privada.

En esta misma línea, Devereaux *et al.* (2002) concluyeron en un metaanálisis que el riesgo de mortalidad en los centros de hemodiálisis privados sin ánimo de lucro era significativamente menor que en los centros con ánimo de lucro. Este mayor riesgo podría deberse, según los autores del estudio, al hecho de que los centros con ánimo de lucro emplean a menos personal y de in-

ferior cualificación. Otra posible explicación radica en las menores duraciones del tratamiento en dichos centros, que se asocian con mayores tasas de mortalidad.

El informe Iasist (2012) no encuentra diferencias significativas entre los dos grupos de hospitales (gestión directa *vs.* otras formas organizativas) en los indicadores de calidad asistencial relativos a complicaciones y reingresos, siendo las diferencias halladas en el indicador de mortalidad no imputables al modelo de gestión. [100] En consecuencia, y con todas las cautelas señaladas más arriba en relación con los problemas metodológicos del informe, las nuevas formas de gestión serían, en el mejor de los casos, inocuas desde el punto de vista de los resultados en salud (limitados a los tres indicadores mencionados).

6.4. Conclusiones y recomendaciones

La evidencia empírica no es robusta en relación con las ventajas en términos de eficiencia en el uso de los recursos que suponen las innovaciones inspiradas en el *gerencialismo,* cristalizadas en iniciativas relacionadas con la *gestión clínica.* Puede que los institutos y unidades de gestión clínica permitan mejoras en la eficacia y la eficiencia de los servicios, pero sería bueno atender a la experiencia de las comunidades en las que, al parecer, se ha apostado más decididamente por esta estrategia, como el Principado de Asturias y Andalucía, y esperar a disponer de más información acerca de los resultados de sus innovaciones organizativas y de gestión. Se evitaría con ello repetir errores y se prevendría frente a la posibilidad de ver frustradas unas expectativas que tal vez sean infundadas.

Por lo que respecta a la gestión directa a través de entidades con personalidad jurídica diferenciada, no está claro que el recurso de nuevas formas jurídicas como las fundaciones, los consorcios o los entes públicos aporte ventajas significativas, más allá de la mayor flexibilidad que conlleva su no sujeción al derecho administrativo. En el caso de las sociedades mercantiles públicas re-

---

[100] El porcentaje de varianza explicado por la pertenencia al hospital a un modelo u otro de gestión es del 9%.

sulta necesario calibrar adecuadamente las ventajas *contables* que pueda suponer el hurtar determinadas operaciones al cálculo del déficit y la deuda públicas (si es el caso), con los inconvenientes asociados a los mayores costes de transacción que puede generar la descentralización administrativa.

En lo que atañe a la contratación externa de servicios sanitarios, resulta imprescindible acometer una revisión en profundidad de los conciertos vigentes, que vaya más allá de la mera renegociación de precios que muchas comunidades autónomas están abordando acuciadas por los problemas presupuestarios. Tal revisión debería orientarse al refuerzo de los mecanismos de supervisión de las condiciones reales de prestación del servicio, la calidad de la atención y la satisfacción de los pacientes. Otra modalidad de contratación externa, las Entidades de Base Asociativa (EBA), se revela como una iniciativa interesante, avalada por los resultados. Si se dan por buenas las evaluaciones de esta forma de prestación de los servicios de atención primaria implantada en Cataluña, existen razones para sugerir su difusión a otros ámbitos geográficos del SNS.

Sobre las fórmulas de concesión de obra pública (PFI), la evidencia disponible a escala internacional indica que estas fórmulas pueden dar lugar a notables problemas financieros derivados de los mayores costes de financiación (Reino Unido), así como a disfunciones asociadas a restricciones en la competencia en el mercado (Italia). No se dispone de evidencia para el caso español al respecto, por lo que no parece que se justifique el recurso a esta modalidad de concesión más que con el fin de sacar fuera del cómputo del déficit público los costes ocasionados por las nuevas infraestructuras sanitarias (o, en la coyuntura actual, por la voluntad de construir centros hospitalarios que atiendan a necesidades no cubiertas, cuya financiación no puede abordarse a través de una vía prácticamente vedada como es la del endeudamiento público).

No existe evidencia de que las fórmulas de concesión administrativa sanitaria (modelo Alzira) aporten ventajas en términos de una gestión más eficiente de los servicios y unos menores costes de prestación, para un mismo nivel de calidad. Los datos que se conocen de la experiencia pionera, posteriormente replicada

en la propia Comunitat Valenciana y, más recientemente, en la Comunidad de Madrid, distan mucho de arrojar conclusiones positivas. La propuesta a este respecto no puede ser sino la de actuar con cautela y esperar el tiempo necesario para disponer (si la tradicional opacidad en este ámbito lo permite) de evaluaciones rigurosas en el medio plazo, antes de asumir el riesgo de apostar por esta fórmula en otros territorios del Estado.

7. Copago sanitario

7.1. Fundamentos teóricos y evidencia empírica

7.1.1. Legitimación teórica del copago sanitario

Como se señaló en el capítulo 5, incluso los sistemas sanitarios cuya organización corresponde a un modelo de Sistema Nacional de Salud (SNS), esto es, de cobertura universal, suelen restringir el acceso gratuito a algunas prestaciones sanitarias (por ejemplo, la prestación farmacéutica) mediante el establecimiento de algún tipo de copago. Por *copago* suele entenderse cualquier forma de participación del usuario (en este caso el paciente) en el coste de la prestación.

La anterior definición no revela, sin embargo, la auténtica razón de ser del copago. La verdadera finalidad del copago, tal y como lo entiende el análisis económico, no es contributiva. Es decir, a diferencia de la generalidad de los tributos, cuyo propósito último es contribuir al sostenimiento del gasto público, el copago se legitima (*ex ante*) por medio del argumento de la corrección de una ineficiencia conocida como *riesgo* o *abuso moral*. Los trabajos pioneros de Arrow (1963) y Pauly (1968), ya señalaron hace varias décadas la importancia de esta asimetría informativa en el ámbito sanitario, la cual tiene su origen en la cobertura que ofrece el seguro. En términos generales, abstrayéndonos por un momento del entorno sanitario, el riesgo moral se produce porque hay un agente que, por acción u omisión, [101] incrementa, bien la probabilidad de que suceda la contingencia, bien la magnitud de la pérdida cuando aquella acontece, sin que su conducta sea directamente observable por el asegurador. De ahí que el riesgo moral sea concebido como un problema de información asimétrica.

---

[101] Suele decirse que el riesgo moral es un problema de acción oculta, mientras que la selección adversa, otro problema de información asimétrica, lo es de información oculta.

En el caso concreto del sector sanitario, el riesgo moral es más complicado, ya que no hay una simple relación bilateral asegurado-asegurador, sino trilateral: a la presencia del paciente y del financiador (SNS), se suma la del médico.[102] En la medida en que el paciente afronta un precio cero en el momento de acceder a los servicios, y el médico no soporta los costes de los tratamientos que prescribe, existen incentivos para que se produzca un consumo excesivo de asistencia sanitaria, trasladando todo el riesgo financiero de que esto ocurra al asegurador. Hay que subrayar que por consumo *excesivo* no queremos decir —como con frecuencia afirman otros autores— consumo superfluo o innecesario, en el sentido de consumo no generador de beneficios de salud para el paciente, sino consumo cuyos beneficios marginales son inferiores a sus costes marginales. Por tanto, siempre que exista incertidumbre acerca de la relación coste-efectividad de los tratamientos disponibles, así como de cuál es más adecuado para el paciente en concreto, hay margen para el riesgo moral y, por ende, para el copago.

Un ejemplo de copago en el sentido que sostenemos en este capítulo, sería establecer una cuantía fija por visita a los servicios de urgencias para disuadir de acudir a dichos servicios, en lugar de ir al médico de familia, al paciente que, pongamos por caso, tiene unas molestias musculares leves. La asistencia sanitaria que pueden prestarle a dicho paciente en los servicios de urgencias seguro que mejoraría su estado de salud, pero no sería coste-efectiva en relación a la que podrían proporcionarle en la consulta de atención primaria, más barata e igualmente efectiva. De ahí, la expresión de copago como *tique moderador*. Por el contrario, la medida de hacer pagar a los pacientes los costes *hoteleros* de sus estancias hospitalarias (comidas, por ejemplo) no tendría la función de moderar el consumo excesivo,

---

[102] Médico y paciente están vinculados por medio de una relación de agencia, debido nuevamente a un problema de información asimétrica: el paciente (principal) carece de conocimientos técnicos suficientes como para valorar adecuadamente ni la incidencia de la enfermedad, ni la idoneidad de los tratamientos disponibles, de modo que delega esta valoración en el médico (agente). El riesgo moral puede irrumpir en esta relación de agencia si el médico carece de incentivos para considerar la relación coste-efectividad de los tratamientos disponibles.

sino únicamente (lo cual es perfectamente legítimo, claro está) la de contribuir a la financiación de los gastos generales del hospital.

Por consiguiente, al menos desde el plano teórico, el copago tiene tanto más sentido cuanto mayor es la incertidumbre que tienen financiador (SNS) y clínicos sobre la idoneidad del tratamiento, dado el estado de salud del paciente y la relación coste-efectividad del mismo. Esto convierte a los servicios de atención primaria y de urgencias en ámbitos de aplicación potencial del copago, ya que los médicos no pueden juzgar la idoneidad del gasto hasta que atienden al paciente en la consulta. Otro escenario adecuado es el del consumo farmacéutico, en particular de aquellos medicamentos de reducida utilidad terapéutica. Por el contrario, no parecería oportuno extender el copago a los programas preventivos (por ejemplo, mamografías o vacunaciones), dado que sus beneficios solo se perciben a largo plazo, por lo que resulta muy difícil para el paciente valorarlos adecuadamente en el momento presente. Otros ámbitos donde la justificación teórica del copago es más débil (aunque no nula) es la atención especializada y los procedimientos diagnósticos.

Finalmente, hay que señalar que el copago puede revestir diferentes modalidades (Puig Junoy 2012). Puede, así, distinguirse entre el copago fijo o a tanto alzado, consistente en una suma fija por acto médico o receta, si se aplica a los medicamentos; el copago proporcional o porcentual, también denominado *coseguro,* que representa un porcentaje del coste de la prestación, como es el caso, por ejemplo, del copago farmacéutico vigente en España; deducibles o franquicias, modalidad de copago según la cual los usuarios asumen el gasto total de las primeras visitas o prescripciones hasta alcanzar una suma máxima, a partir de la cual es el asegurador quien se hace cargo de la totalidad o de una determinada proporción del gasto ocasionado por la persona. Varios países europeos (por ejemplo, Dinamarca) disponen de esquemas de deducibles junto con un copago proporcional sobre el gasto que excede el límite. Más generalmente, podemos hablar de copagos mixtos, en los que se combinan algunas de las categorías previas.

7.1.2. Evidencia empírica del impacto del copago

La mayor parte de la evidencia disponible sobre los efectos del copago proviene de Estados Unidos. En concreto, y pese a los años que han pasado desde su realización, el estudio más completo nunca abordado es el conocido experimento de la RAND Corporation, que tuvo lugar entre 1974 y 1981.[103] Las particulares características de este estudio —un experimento natural que se prolongó durante varios años, involucrando a casi 6.000 personas— lo hacen único, puesto que permite inferir relaciones de causalidad a partir de la asignación aleatoria de los participantes en el mismo entre diferentes esquemas de copago. Las principales conclusiones extraídas de este experimento son que el copago dotado de límites o topes máximos de desembolso, puede reducir significativamente el uso de los servicios sanitarios sin causar perjuicios aparentes en la salud de la población objeto de estudio. También deja la enseñanza, no obstante, de que sí es posible que se produzca un claro impacto negativo en la salud de aquellas personas que se encuentran gravemente enfermas, especialmente si también poseen bajos ingresos.

No obstante, el tiempo transcurrido y el hecho de que el referido experimento tuviera lugar en un entorno sanitario tan diferente al español, creemos que hace interesante atender brevemente a la evidencia disponible para el escenario europeo y, en particular, para España. A este respecto, hay que decir que no son muy abundantes los trabajos que analizan en Europa el efecto del copago sobre la demanda de servicios sanitarios y la equidad en el acceso a los mismos. De acuerdo con las revisiones efectuadas por Jemiai, Thomson y Mossialos (2004) y González, Pinto y Porteiro (2010), la mayoría de los estudios europeos concluyen que la instauración del copago o el aumento en su nivel induce una disminución en la demanda de los servicios afectados, aunque dicha disminución no es uniforme, ya que varía por servicio y grupo poblacional.

Así, estudios realizados en Bélgica, Dinamarca y Suecia muestran que el incremento o introducción del copago en la atención ambulatoria disminuye notablemente el uso de ese servicio. A su

---

[103] El experimento y sus resultados se describen y analizan en Manning *et al.* (1987) y Newhouse y The Insurance Experiment Group (1993).

vez, en los Países Bajos se constató que un aumento de la tasa de copago sobre los pacientes hospitalizados provocaba la disminución del número de días de hospitalización, sin que se produjeran efectos cruzados, sustituyéndose las estancias hospitalarias por otro tipo de servicios exentos de copago. Asimismo, en un estudio conducido en Suecia, se verificó que el aumento del copago farmacéutico se traducía en una mayor reducción del consumo de fármacos no esenciales. Un estudio holandés halló que el impacto del copago fue elevado para una amplia muestra de antibióticos afectados. Otros investigadores del mismo país no detectaron, por el contrario, que los copagos modificaran los hábitos prescriptores de los médicos. Por su parte, la evidencia existente en el continente europeo acerca del efecto de los copagos sobre la utilización de los servicios por parte de la población más pobre, si bien no es concluyente, sugiere que el efecto disuasorio derivado de la introducción de un mecanismo de copago es mayor para los grupos sociales más desfavorecidos.

En España, al igual que lo sucedido en otras latitudes, la escasa evidencia existente (Rodríguez y Puig Junoy 2012), parece apuntar al efecto moderador del consumo que tiene el copago. Así, el cambio de la condición de no pensionista a pensionista ocasiona un aumento significativo en el número de recetas que de otra forma no se habría producido, lo cual es un síntoma evidente de riesgo moral. En concreto, la reducción del copago desde el 40% hasta la gratuidad incrementa el gasto farmacéutico total individual en un 50%, y el número de dosis diarias definidas[104] en, al menos, un 30% (Puig Junoy, Casado y García 2008). Otra indicación indirecta del efecto del copago, proviene de la comparación entre la cobertura ofrecida por el mutualismo administrativo y el SNS. Mientras que el 70% de las recetas del SNS se concentra en un 20% de la población (pensionistas y sus beneficiarios), este mismo colectivo, dentro de la Mutualidad de Funcionarios de la Administración del Estado (MUFACE), con un copago del 30% para todos los afiliados, consume un 40% menos (García 2005).

---

[104] La *dosis diaria definida* (DDD) es la unidad de medida recomendada por la Organización Mundial de la Salud para los estudios sobre utilización de medicamentos, y su valor se corresponde con la dosis media diaria de mantenimiento para adultos de un medicamento en su indicación principal.

Por último, cuando se compara el porcentaje de personas que realizan al menos una visita anual al dentista en España (donde existe un copago prácticamente del 100%) con los registrados en otros países donde la cobertura dental es más amplia (por ejemplo, Alemania o Dinamarca), se constata que la frecuentación en España supone menos de la mitad que la de estos países y, además, el patrón de acceso es más inequitativo que en otras especialidades médicas (Stoyanova 2004). Por su parte, cuando se compara la probabilidad de uso del dentista por parte de los niños en la comunidad autónoma del País Vasco, con cobertura dental completa gratuita, con la del resto de comunidades autónomas sin cobertura gratuita, se observa que la probabilidad es entre un 10% y un 15% superior en la primera (García 2006).

Así pues, tal y como predice la teoría, un aumento en el nivel de copago parece traducirse en la práctica en una menor utilización de los servicios sanitarios, a excepción de determinados servicios donde el impacto puede que sea despreciable. Tanto el experimento de la RAND, como los estudios europeos, avalan en mayor o menor grado esta conclusión. Sin embargo, las dudas sobre la influencia efectiva que el copago puede tener sobre el estado de salud de los individuos son mucho mayores. En este punto, la evidencia es reducida y poco concluyente, si bien sí que se ha comprobado (Chandra, Gruber y McKnight 2010) que el copago tiene un mayor efecto disuasorio entre los colectivos más débiles, lo cual parece guardar a su vez una estrecha relación con el nivel de renta. Así pues, si se quieren evitar inequidades derivadas del establecimiento del copago, es preciso vincularlo de algún modo con la renta individual. La fijación de límites al riesgo financiero máximo asumido por el usuario y la exención de los grupos de rentas más bajas obedecerían a este objetivo.

Por otro lado, aunque se confirme en general que los copagos influyen sobre la demanda de cuidados sanitarios, se constata también que las elasticidades-precio de la demanda varían según el tipo de servicio (y grupo social) del que se trate. El estudio de la RAND muestra que los servicios de urgencias presentan una mayor elasticidad que la media del conjunto de servicios, aunque la evidencia en Europa sobre este particular es menos concluyente. Para el caso de la medicina preventiva se verifica que la

imposición de un copago tiende a reducir su utilización. A su vez, la elasticidad-precio de los medicamentos es mucho más elevada para individuos de rentas bajas y con peor estado de salud que para el resto. Por último, si no se diseña de forma coherente el sistema de copago, es posible que se verifiquen efectos sustitución entre distintos tipos de servicios sanitarios, permutando una demanda por otra (por ejemplo, visitas a atención primaria por ingresos hospitalarios), sin lograr reducirla globalmente (Trivedi, Mollo y Mor 2010).

7.2. El copago en la práctica

7.2.1. Los sistemas de copago en la UE

Resumimos a continuación los rasgos principales de los sistemas de copago vigentes en los países de la UE. Para ello nos hemos basado en los trabajos previos de González y Porteiro (2010) y González, Pinto y Porteiro (2010), actualizando su contenido, siempre que ha sido posible, mediante la utilización de tres fuentes fundamentales: los informes *Health Systems in Transition* (HiT) correspondientes a cada uno de los países de la UE[105], la base de datos de la Comisión Europea, *Mutual Information System on Social Protection in the EU Member State and the European Economic Area* (MISSOC),[106] y las guías *Your rights country by country,* también de la Comisión Europea.

El cuadro 7.1 ofrece una síntesis de la presencia del copago en la UE en las mismas áreas abordadas por González, Pinto y Porteiro (2010), esto es, atención primaria, especialistas, atención hospitalaria, servicios de urgencia y medicamentos (dispensados con receta). Como puede observarse, una primera conclusión acerca de la extensión del copago en el entorno comunitario es que se encuentra presente, en mayor o menor medida, en todos los países de la UE, con la excepción de Malta, que no tiene ningún tipo de copago.

---

[105] Los informes HiT son elaborados por el *European Observatory on Health System and Policies,* alianza constituida por la Organización Mundial de la Salud y una serie de Gobiernos e instituciones europeas.

[106] El MISSOC es una base de datos elaborada por la Comisión Europea con la finalidad de intercambiar de forma regular información sobre la protección social de los Estados miembros de la UE y otros pertenecientes al EEE.

La prestación farmacéutica está sujeta a copago en todos los países comunitarios salvo en Malta. Le sigue, por volumen de países, el copago en consultas especializadas y en hospitalizaciones, los servicios de urgencias y la atención primaria.

CUADRO 7.1: El copago en la UE-27

País	Atención primaria	Atención especializada	Hospitalización	Urgencias	Medicamentos
Alemania	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Austria	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Bélgica	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Bulgaria	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Chipre	Sí	Sí	Sí	No	Sí
Dinamarca	No	No	No	No	Sí
Eslovaquia	No	No	No	Sí	Sí
Eslovenia	Sí	Sí	No	No	Sí
España	**No**	**No**	**No**	**No**	**Sí**
Estonia	Sí	Sí	Sí	No	Sí
Finlandia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Francia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Grecia	No	Sí	Sí	Sí	Sí
Hungría	No	No	No	No	Sí
Irlanda	No	No	Sí	Sí	Sí
Italia	No	Sí	Sí	Sí	Sí
Letonia	Sí	Sí	Sí	No	Sí
Lituania	No	No	No	No	Sí
Luxemburgo	Sí	Sí	Sí	No	Sí
Malta	No	No	No	No	No
Países Bajos	No	Sí	Sí	Sí	Sí
Polonia	No	No	No	No	Sí
Portugal	Sí	Sí	No	Sí	Sí
Reino Unido	No	No	No	No	Sí
República Checa	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Rumanía	No	No	No	No	Sí
Suecia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

Fuente: Navarro (2012) a partir de la revisión de González, Pinto y Porteiro (2010).

En general todos los países cuentan con mecanismos para que el importe de la aportación del paciente no sea abusivo, siendo las exenciones más comunes en atención primaria y especializada que en urgencias. Para ello se suelen establecer límites máximos de contribución al año o la exención total o parcial de cierto coste. Destacan Alemania, Italia y Francia que tienen exenciones para un amplio colectivo de personas en situación de vulnerabilidad, y que abarcan todos los niveles asistenciales. Normalmente, los colectivos en los cuales se dan niveles más elevados de exenciones son los pacientes con rentas bajas, los pacientes crónicos o con enfermedades de larga duración o contagiosas y las embarazadas. Con menos frecuencia, las exenciones también se aplican a determinados colectivos de trabajadores, como es el caso de los empleados públicos, de la minería o ferroviarios en Austria; los funcionarios, trabajadores del sistema educativo y militares en Chipre, o los veteranos de guerra en Bulgaria.

7.2.1.1. Copago farmacéutico

Como hemos visto, los medicamentos son, en la práctica, la prestación que con mayor frecuencia es objeto de aplicación de copago en los distintos países. En diferente grado está instaurado en todos los países europeos, con la ya referida excepción de Malta. A grandes rasgos, los sistemas de copago existentes en los distintos sistemas de salud pueden englobarse en tres categorías, no excluyentes entre sí. La primera de estas categorías la forman los países que cobran al paciente una cantidad fija por prescripción. Este es el caso de Austria, donde el paciente abona la cantidad de 5 euros por receta; o el Reino Unido, donde tiene que hacer frente a un copago fijo de 7,40 euros aproximadamente. El copago más común es, no obstante, el proporcional al coste del medicamento. A esta categoría pertenecen Alemania, que carga al paciente un 10%, y España que, tras la reforma del copago farmacéutico introducida por el Real Decreto Ley 16/2012, en vigor desde el 1 de julio de 2012, aplica un copago de un 40% a un 60% del precio del medicamento, con excepciones. Con frecuencia, hay países en los que se aplica una combinación de las dos modalidades anteriores, como en el caso de Polonia, donde se carga 0,70 euros por prescripción para determinados medicamentos y,

además, un 30% del coste de este. Por último, encontramos la modalidad de un copago basado en cantidades deducibles junto con un copago proporcional para el exceso de gasto. Este es el caso de Suecia, donde el copago porcentual se comienza a aplicar a partir de 99 euros/año.

Prácticamente en la totalidad de países hay exenciones al copago, ya sea atendiendo a las características del paciente o al tipo de medicamento que soporta el copago. Destacan en este aspecto Alemania, Francia e Italia, que tienen exenciones para un amplio colectivo, mientras que en el extremo opuesto se sitúa Finlandia, país que no cuenta con ningún tipo de mecanismo de protección hacia los grupos más vulnerables.

Como observamos, cada país se acoge al mecanismo que considera más oportuno, y esta falta de homogeneidad en los distintos sistemas hace más difícil una comparación pura entre países, siendo imposible afirmar con rotundidad en qué país acaba el paciente teniendo una contribución más elevada en el coste del medicamento. Las distintas exenciones también influyen en este hecho, de suerte que la literatura suele ser, en general, bastante prudente a la hora de concluir qué sistema es el más apropiado.

7.2.1.2. Copago asistencial

a) Copago en atención primaria

Más de la mitad de los países de la UE han establecido sistemas de participación de los usuarios en los costes de atención primaria, cargando por lo general al usuario un coste por visita. Este es el caso de Alemania (10 euros en la primera visita al médico general por trimestre),[107] Portugal (5 euros) o Suecia (11 a 22 euros). En otros países, en cambio, los pacientes no afrontan ningún coste por consulta al médico de familia, como ocurre, por ejemplo, en Eslovaquia, España, Grecia, los Países Bajos, Italia, Lituania, Malta, Polonia y el Reino Unido. Existe la alternativa de cargar un determinado porcentaje al coste de la visita médica, que puede oscilar entre el 8%, como es el caso de Bélgica, hasta

[107] Si bien ha sido anunciado muy recientemente por el Gobierno alemán que desde enero de 2013 se suprimirá el pago de dicha suma (véase http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/11/05/actualidad/1352139293_829109.html).

el 30% en Francia, pasando por el 12% en Luxemburgo. Merece especial mención Bulgaria por ser el único Estado que establece el porcentaje sobre el salario mínimo mensual, lo cual se traduce en alrededor de 1,1 euros por visita.

En determinados países se definen grupos preferentes a la hora de establecer el mecanismo de copago, como ocurre en el caso de Chipre, donde la cuantía varía según la categoría de población. En primer lugar, las personas mayores de 65 años disfrutan de exención total. Existe a continuación un grupo de *atención gratuita* (que engloba funcionarios, miembros de la policía y fuerzas armadas, profesores y otros grupos, por ejemplo, aquellos con rentas bajas) que solo paga 2 euros por visita. Un segundo grupo *preferente,* formado por personas de renta media, hace frente a un copago reducido de 6,83 euros por visita. El resto de la población paga una cuantía fija de 14,52 euros.

Otra opción es que el paciente suscriba un segundo seguro (esta vez voluntario) con el fin de disminuir el nivel de copago y evitar la participación directa en el coste de la visita al clínico; así sucede en Eslovenia, donde se puede evitar por este procedimiento un copago de hasta el 75%.

Finalmente, en algunos países la cuantía que debe pagarse al médico de atención primaria es mayor si las visitas son a domicilio o fuera del horario regular del trabajo. Este es el caso de Bélgica (donde la participación del usuario en el coste oscila entre el 8% y el 35% según categoría a la que pertenezca el paciente) o Estonia donde solo existe copago si la visita al clínico es a domicilio (3,20 euros).

b) Copago en atención especializada ambulatoria

Como vimos, el copago en la atención especializada está bastante extendido en la UE, comprendiendo una casuística amplia. Así, en primer lugar, pueden identificarse países donde no existe copago en atención primaria pero sí existe en atención especializada. Es el caso de Grecia (3 euros visita) y de los Países Bajos (deducible de 155 euros incluyendo además otros servicios). Hay también Estados, que mantienen el mismo nivel de copago para servicios de atención primaria y atención especializada, como

por ejemplo ocurre en Alemania (10 euros por visita), Austria (3,63 euros), Bulgaria (cargo del 1% del salario mínimo mensual, aproximadamente 1,1 euros), o República Checa (1,2 euros la visita). Encontramos, a su vez, países que fijan tarifas más elevadas para los servicios de especialistas que para la atención primaria, como son los casos de Chipre (2 euros, 8,54 euros o 20,5 euros la visita) o Letonia (7,12 euros por visita). Hay, asimismo, países donde no existe copago ni en atención primaria ni en especializada. Es el caso del Reino Unido, España, Malta o Hungría. Por último, en algunos países se incrementa el coste de la atención especializada si el paciente no ha sido derivado a la consulta por un médico de atención primaria. Así sucede en Bélgica, donde el enfermo tiene asociado un sobrecoste por visita de 5 euros si no dispone de un volante del médico de atención primaria; o en Francia, donde los pacientes soportan el 30% del coste de las visitas al médico especialista, que incluso puede elevarse hasta el 50%.

c) Copago en hospitalización

En varios países de la UE el paciente no corre con ningún gasto por el servicio de hospitalización; es el caso de Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Hungría, Lituania, Malta, Polonia, Portugal, el Reino Unido y Rumanía. En el resto de países sí que existe algún tipo de aportación por parte del paciente. En la mayoría de los casos, los cargos van asociados a los denominados *gastos hoteleros;*[108] como sucede en Alemania (10 euros), Austria (8 euros), Bélgica (27,7 euros), Luxemburgo (19,44 euros) y Suecia (8,76 euros), donde los importes dependen de los días que el paciente haya permanecido en centro. Por último, otros países, han optado por cargar un coste fijo por día de hospitalización más un porcentaje de los gastos. Esto ocurre, por ejemplo, en Francia (donde se pagan 18 euros/día de hospitalización, además del 20% de los gastos). No obstante, prácticamente en la totalidad de los Estados, se fija un límite máximo de días a partir de los cuales el paciente deja de contribuir al coste.

---

[108] Entendemos por *gastos hoteleros* aquellos gastos asociados a la estancia del paciente en el hospital, como los ligados a la pernoctación o a la alimentación.

El nivel de copago también puede variar en función de la unidad clínica en la que se encuentre hospitalizado el paciente. Por ejemplo, en unidades como las de psiquiatría u oncología el nivel de copago puede llegar a ser menor, mientras que ocurre lo contrario en otras áreas como en las unidades de cuidados intensivos. Este es el caso de Letonia, donde el copago se reduce de 17 euros por día de hospitalización a 7,12 euros en las unidades de afecciones pulmonares, procesos de desintoxicación, áreas de oncología y psiquiatría. Servicios como la rehabilitación, los procesos de inseminación, transporte y otros auxiliares también cuentan con un plus según el país. En Austria, por ejemplo, el paciente tiene que pagar de 6 a 16 euros aproximadamente por servicios de rehabilitación, y en Francia se abona un 40% por todos los servicios auxiliares y 2 euros por los servicios de transporte.

Otras características del paciente o del proceso atendido influyen en ocasiones en la cuantía del copago. En Chipre, el pago por hospitalización depende, no solo del grupo de reembolso al que pertenezca el paciente, sino también del tipo de alojamiento elegido por este (1.ª, 2.ª y 3.ª clase). El grupo de reembolso especial paga 6,83 euros, 10,25 euros y 20,50 euros por día de hospitalización en régimen de 1.ª, 2.ª, y 3.ª clase, respectivamente. El grupo preferente abona el 50% de las tarifas estándar, siendo estas de 71,76 euros, 102, 52 euros y 123,02 euros por día de hospitalización en los respectivos regímenes, y de 205,03 euros/día si la hospitalización se produce en centros de cuidados intensivos. En Irlanda no hay ningún tipo de contribución si el paciente pertenece al grupo de *elegibilidad total* (aquellos que no pueden afrontar los gastos de medicina general), y un copago de 75 euros día (con un máximo de 750 euros) si pertenece al grupo de *elegibilidad limitada.*

d) Copago en urgencias

El copago en urgencias es una medida cada vez más extendida y usada entre los países europeos. Copagos en urgencias existen en países como Eslovaquia (1,99 euros/visita), Portugal (entre 15 y 20 euros), República Checa (3,60 euros para visitas nocturnas o en fin de semana) o Suecia (entre 11 y 44 euros). En Alemania,

Austria y Bélgica también existe, y el paciente contribuye al coste del servicio en la misma cuantía que si acude a una visita ambulatoria.

Varios países aplican la devolución del importe del copago, en caso de tratarse de una visita de auténtica urgencia (como es el caso de Italia y de Grecia). En otros casos, como sucede en Bulgaria, el copago no se aplica si la visita a urgencias es derivada por un médico de atención primaria. Malta, Hungría, el Reino Unido, Chipre, Dinamarca, Eslovenia, España, Estonia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Polonia y Rumanía no cuentan con ningún tipo de mecanismo de copago en los servicios de urgencias.

7.3. El copago en España

7.3.1. Origen, evolución y reforma del copago farmacéutico en España

El copago en el ámbito de los medicamentos dispensados mediante receta oficial en oficinas de farmacia fue instaurado en nuestro país en 1966. Dicho copago ascendió inicialmente a 5 pesetas, para ser reemplazado más tarde, en 1978, por un copago porcentual del 20% del precio de venta al público (PVP) del fármaco. Nuevamente fue modificado en 1979, en que se incrementó el porcentaje hasta el 30%, para más adelante, en 1980, fijarse en el 40%, que ha estado vigente hasta la entrada en vigor de la reforma introducida en el Real Decreto Ley 16/2012. Los pensionistas y enfermos crónicos, no estaban sujetos a estos porcentajes generales; los jubilados gozaban de una exención total y los pacientes crónicos soportaban tan solo un 10% del precio (con un límite máximo de 2,64 euros). Otra excepción a esta regla se aplica a los afiliados al mutualismo administrativo (funcionarios de MUFACE, MUGEJU e ISFAS), que afrontan un copago del 30%, con independencia de que estén en activo o no. El cuadro 7.2 resume la evolución experimentada por el copago farmacéutico en España hasta el 1 de julio de 2012, fecha en la que se reforma el sistema.

CUADRO 7.2: Evolución del copago farmacéutico en España

Periodo	Tasa de copago y exenciones
Diciembre 1966-abril 1978	Precio medicamento < 30 pesetas: copago de 5 pesetas Precio medicamento > 30 pesetas: copago del 10% (Máximo copago de 50 pesetas)
Abril 1978-enero 1979	Exenciones para los pensionistas 20% de copago para los trabajadores y sus beneficiarios
Enero 1979-septiembre 1980	Exenciones para los pensionistas 30% de copago para los trabajadores y sus beneficiarios
Septiembre 1980-julio 2012	Exenciones para los pensionistas 10% de copago para los enfermos crónicos 40% de copago para los trabajadores y sus beneficiarios

Fuente: Elaboración propia a partir de Puig Junoy, Planas y Tur Prats (2004).

El copago farmacéutico ha sufrido un cambio significativo a raíz de la aprobación del Real Decreto Ley 16/2012, que modifica, entre otras, la Ley 29/2006.[109] Se incluye un nuevo artículo 94 bis en la citada Ley, donde se plantea un nuevo esquema de aportaciones de los beneficiarios en la *prestación farmacéutica ambulatoria.*[110] Por tal prestación, según se establece en el mencionado artículo, se entiende «la que se dispensa al paciente a través de oficina o servicio de farmacia». Esta definición de *prestación farmacéutica ambulatoria* ha sido, no obstante, modificada recientemente, [111] concretándose que se entiende por la misma «la que se dispensa al paciente mediante receta médica u orden de dispensación hospitalaria a través de oficinas o servicios de

[109] Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitario.

[110] El Real Decreto Ley 16/2012 modifica el artículo 8 de la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del SNS, dividiendo la cartera común de servicios del SNS en tres carteras: la cartera común básica, la cartera común suplementaria y la cartera común de servicios accesorios. La prestación farmacéutica, junto con la prestación ortoprotésica, los productos dietéticos y el transporte sanitario no urgente se incluyen en la cartera común suplementaria.

[111] En virtud del Real Decreto Ley 28/2012, de 30 de noviembre, de medidas de consolidación y garantía del sistema de la Seguridad Social.

farmacia». Dicha prestación estará sujeta a un copago que se abonará en el momento de la dispensación del medicamento o producto sanitario. La nueva estructura del copago farmacéutico se muestra en el cuadro 7.3.

CUADRO 7.3: Estructura del nuevo copago articulado por el Real Decreto Ley 16/2012

(porcentaje)

	Activos	Pensionistas	
Usuarios y sus beneficiarios exentos	0	0	
Rentas < 18.000 euros	40	10	Máx. 8 euros/mes
18.000 euros ≤ rentas < 100.000 euros	50	10	Máx. 18 euros/mes
Rentas ≥ 100.000 euros	60	60	Máx. 60 euros/mes

Fuente: Consejo Económico y Social de la Región de Murcia (CESRM 2012).

El nuevo esquema de copago diferencia, como antes, entre pensionistas y no pensionistas, estableciendo límites máximos de desembolso mensual para los primeros. En ambos casos se asocian los porcentajes de copago con el nivel de renta, distinguiéndose tres intervalos de renta:[112] menos de 18.000 euros anuales, entre esa cantidad y menos de 100.000 euros al año, y de esa suma en adelante. Las aportaciones previstas en el caso de las personas activas (40%, 50% y 60% del PVP) no están limitadas. En el caso de los pensionistas y sus beneficiarios, se paga el 10% en los dos primeros tramos, mientras que se asciende hasta el 60% para rentas iguales o superiores a 100.000 euros anuales. Cada tramo tiene fijado un límite máximo mensual.

El Real Decreto Ley contempla la exención completa de los usuarios y sus beneficiarios que pertenezcan a una de las siguientes categorías:

- Afectados de síndrome tóxico y personas con discapacidad en los supuestos contemplados en su normativa específica.
- Personas perceptoras de rentas de integración social.
- Personas perceptoras de pensiones no contributivas.

[112] Tomándose como nivel de renta el consignado en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del IRPF del usuario.

– Parados que han perdido el derecho a percibir el subsidio de desempleo en tanto subsista su situación.
– Los tratamientos derivados de accidente de trabajo y enfermedad profesional.

Asimismo, en lo concerniente a los medicamentos de aportación reducida (para procesos crónicos),[113] se mantiene el copago existente del 10%, con una aportación máxima para el 2012, expresada en euros, resultante de la aplicación de la actualización del IPC a la aportación máxima vigente (en total, 4,13 euros).

Por último, es preciso resaltar que el resto de prestaciones que, junto con la prestación farmacéutica integran la cartera común suplementaria del SNS, también estarán sujetas a aportación del usuario, rigiéndose el porcentaje de dicha aportación (nuevo artículo 8 ter de la Ley 16/2003) «por las mismas normas que regulan la prestación farmacéutica, tomando como base de cálculo para ello el precio final del producto y sin que se aplique el mismo límite de cuantía a esta aportación».[114]

7.3.2. Una valoración de la reforma introducida por el Real Decreto Ley 16/2012

Como ya apuntaron los autores de este trabajo en CESRM (2012), una cuestión preliminar sobre la reforma efectuada sería el porqué únicamente se ha reformado el copago farmacéutico y no se ha introducido ningún copago asistencial. Una respuesta ciertamente tautológica es que la ley solo contempla el copago en las prestaciones de la cartera común suplementaria del SNS. Por este motivo, como se ha ido concretando con el paso del tiempo desde la aprobación del Real Decreto Ley, el Consejo Interterritorial del SNS ha ido trabajando en el establecimiento de copagos en ortoprótesis, transporte sanitario no urgente y productos dietéticos. De hecho, la primera de las prestaciones citadas cuenta

---

[113] También conocidos como medicamentos *de cícero* o *punto negro,* por figurar impreso en sus envases dicho símbolo.

[114] La redacción original del Real Decreto decía «sin que se aplique ningún límite», reemplazándose posteriormente en la corrección de errores del Real Decreto publicada en el BOE núm. 116, de 15 de mayo de 2012, por la expresión que hemos reflejado en el texto («sin que se aplique el mismo límite»).

ya con un Real Decreto en el que se sientan las bases para el establecimiento de los importes máximos para su financiación.[115] La estructura del futuro copago de las prestaciones ortoprotésicas es análoga a la ya comentada para los medicamentos, con la única salvedad de que los porcentajes de aportación del usuario se aplican sobre el denominado precio de oferta del producto.[116] Por su parte, el pleno del Consejo Interterritorial del SNS aprobó, el 20 de diciembre de 2012, el proyecto de regulación del copago para aplicar al transporte sanitario no urgente y a los productos dietoterápicos, habiendo trascendido también a la opinión pública los topes máximos que se impondrán a las aportaciones de las ortoprótesis.[117]

A la vista de las prestaciones en las que se ha escogido aplicar el copago, cabría pensar que el legislador interpreta que los nichos de ineficiencia del sistema (derivados de la existencia de riesgo moral), se localizan en la cartera común suplementaria del SNS. Pero esta interpretación, atendiendo a los fundamentos teóricos del copago, y a los efectos conocidos del mismo tras la revisión de la evidencia empírica disponible, no resiste el análisis. Más bien, parece que la reforma abordada haya tenido presente otro tipo de consideraciones, antes que plantearse seriamente en qué casos tiene más sentido aplicar el copago.

En segundo lugar, tanto en el copago farmacéutico como a la postre en el resto de prestaciones de la cartera común suplementaria, se perpetúa la distinción entre activos y pensionistas que ya existía en el copago anterior. Ateniéndonos a lo que sugiere la evidencia empírica que repasamos anteriormente, esta diferencia-

---

[115] Real Decreto 1506/2012, de 2 de noviembre, por el que se regula la cartera común suplementaria de prestación ortoprotésica del Sistema Nacional de Salud y se fijan las bases para el establecimiento de los importes máximos de financiación en prestación ortoprotésica.

[116] El precio de oferta es, de acuerdo con la definición proporcionada por el propio Real Decreto 1506/2012, el precio propuesto por la empresa y aceptado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para cada producto ortoprotésico ofertado al Sistema Nacional de Salud, que ha de ser igual o inferior al importe máximo de financiación. Incluye impuestos y, en el caso de la prestación ortoprotésica suplementaria, también los márgenes de distribución y de los establecimientos dispensadores, así como costes de adaptación o elaboración individualizada.

[117] Véase http://www.eleconomista.mobi/noticias/noticias/4487337/12/12/El-Gobierno-receta-a-los-pacientes-tres-nuevos-copagos-sanitarios.html.

ción carece de sentido. La distinción relevante es entre población con renta alta y con renta baja, no entre población activa y jubilados. En consecuencia, los porcentajes de copago, así como los límites máximos al desembolso, deberían vincularse al nivel de renta, no a la condición de pensionista o activo del beneficiario.

La aportación del usuario se hace depender del nivel de ingresos (según lo declarado en la liquidación del IRPF), lo cual en principio contribuiría a mitigar el posible efecto que pudiera tener el copago sobre la equidad. Sin embargo, y este es uno de los aspectos más criticables de la reforma, tanto la base de colectivos exentos de aportación, como los límites al desembolso son insuficientes y están defectuosamente articulados. En primer lugar, como ha sido argumentado por Puig Junoy (2012), el copago instaurado no depende realmente de la renta. Esto es así porque, en primer lugar, lo que depende de la renta es el porcentaje del precio pagado por el paciente, y no el importe total pagado por este. Dado que (al menos con datos referidos a Cataluña) el 50% de todo el copago está acumulado en un 5% de los activos (Puig Junoy, Casado y García 2007) podría darse el caso de que los usuarios más enfermos y de menores rentas tuvieran que asumir un gran desembolso que obstaculizase su acceso a los tratamientos. Asimismo, atendiendo a la distribución notablemente regresiva que poseía el anterior copago del 40% entre los usuarios activos (Puig Junoy, Casado y García 2007), parece que habría sido más acertado ampliar la progresividad de los tramos de renta articulados, ampliando su número. Además, al no aplicarse a los activos límite máximo alguno a sus aportaciones, se perjudica nuevamente a aquellos de rentas más bajas. El límite máximo se deja para los pensionistas, pero se instrumenta de un modo manifiestamente mejorable, ya que el Real Decreto Ley establece que el importe de las aportaciones que excedan de los límites máximos de desembolso mensual «será objeto de reintegro por la comunidad autónoma correspondiente, con una periodicidad máxima semestral». Este diferimiento del reembolso está propiciando que en muchas comunidades autónomas (básicamente todas aquellas que no disponen de la receta electrónica) se esté acumulando el gasto que excede mes a mes del límite establecido, lo que dará lugar presumiblemente a importes acumulados nada desdeñables en el caso de los enfermos crónicos

y pluripatológicos. Como el experimento de la RAND demuestra, esta situación podría afectar al grado de seguimiento de los tratamientos por parte de aquellos pacientes de menor renta.

La situación anterior puede agravarse al añadirse al copago farmacéutico los nuevos copagos previstos para el resto de prestaciones de la cartera común suplementaria que, recordémoslo, reproducen la estructura de aquel. Además, al definir la prestación farmacéutica ambulatoria no solo como la dispensada mediante receta médica, sino también mediante orden de dispensación hospitalaria, se da pie a que pueda cobrarse copago por los medicamentos dispensados en los servicios de farmacia de los hospitales. Por el momento, el Ministerio de Sanidad ha hecho público el proyecto de Resolución[118] por el que se procede a modificar las condiciones de financiación de 46 medicamentos (en un total de 132 presentaciones) de dispensación hospitalaria, aplicándoles una aportación del 10% del PVP, con un máximo fijado en 4,13 euros por envase, al ser considerados medicamentos para enfermos crónicos. En un contexto de múltiples copagos, lo que tendría sentido sería establecer techos al desembolso basados, no en el precio de las prestaciones, sino en la renta de los usuarios.

7.4. Conclusiones y recomendaciones

Ajustar el copago según renta tiene sentido bajo la concepción del copago como tique moderador, ya que el objetivo del copago así entendido no es reducir el consumo superfluo o inútil, aquel que no reporta ningún beneficio marginal, sino aquel que produce un beneficio marginal positivo, pero a un coste desproporcionado. Por esta razón, como la moderación del consumo excesivo puede ocasionar una pérdida de salud, es preciso proteger a las personas de rentas más bajas. Así pues, el diseño óptimo del copago es aquel que limita la utilización innecesaria de servicios sanitarios mediante una aportación también limitada del usuario. En este sentido, la reforma introducida por el Real Decreto Ley 16/2012 en el copago farmacéutico (y del resto de prestaciones

[118] Véase http://www.msps.es/profesionales/farmacia/pdf/ProyectoResolucion212Diciembre.pdf.

que componen la cartera común suplementaria del SNS) no parece, en principio, satisfactoria. En primer lugar, está por ver que el tipo de copago escogido (copago proporcional) sea la modalidad más eficiente para introducir incentivos a racionalizar el consumo. Posiblemente una combinación de deducibles y pago fijo (o proporcional) fuese más eficaz, pero eso sí, con exenciones más generosas que las actuales (excluyendo por completo a los menores de edad, discapacitados, dependientes y a los enfermos crónicos más graves) y con techos al desembolso no superiores al 2% de los ingresos brutos anuales como, por ejemplo, ocurre en Alemania. Los deducibles protegen de tener que afrontar un gasto sanitario ruinoso a las personas más enfermas, ya que una vez alcanzado el techo máximo se accede a la gratuidad total o parcial. Al mismo tiempo, contribuyen a moderar el consumo de quienes tienen la expectativa de gastar por debajo del límite, ya que por debajo del mismo se soporta el 100% del precio o coste de la prestación. Como es lógico, y así se ha constatado empíricamente (Kephart *et al.* 2007), no tiene efecto sobre quienes suelen gastar por encima del límite máximo.

Por otro lado, la reforma no contempla la relación entre los copagos y la relación coste-efectividad de los medicamentos. Dicho de otra forma, no se avanza en la línea de lo que algunos autores (López 2007; Puig Junoy 2007) han denominado *copagos evitables* y otros (González, Pinto y Porteiro 2010) cobertura limitada. La idea sería intentar garantizar la cobertura gratuita (o con un copago bajo) a los medicamentos más coste-efectivos para cada indicación, y establecer en cambio copagos más elevados (que serían, por tanto, evitables) sobre medicamentos alternativos menos eficientes. El problema evidente de este enfoque radica en que, para hacerlo plenamente operativo, hay que conocer el balance coste-efectividad de todos los medicamentos que integran la prestación farmacéutica, lo cual no es sencillo. Pero habría sido interesante intentar apuntar por esta línea de acción, cosa que no se ha hecho. En otras palabras, si realmente lo que se persigue es ganar eficiencia y no meramente reducir costes, entonces no debería aislarse la aplicación del copago de una adecuada estrategia de desinversión en aquellos tratamientos de menor valor terapéutico y mayor coste.

Más allá de las consideraciones teóricas acerca de cuál debería ser el copago ideal, resulta crucial que su instrumentación sea sencilla, de lo contrario puede introducir distorsiones que acaben minando tanto la eficiencia como la equidad de la medida. En este sentido, los ajustes por renta son problemáticos, ya que el IRPF es un impuesto con graves problemas de ocultación fiscal, que recae básicamente sobre los asalariados. Así pues, la eficacia en la lucha contra el fraude fiscal, guarda relación también con la justicia distributiva y progresividad de los copagos. En cualquier caso, como hemos apuntado anteriormente, los actuales tramos de renta mediante los cuales se articula el copago en España introducen una progresividad limitada[119]. Está además la cuestión de la instrumentación técnica de los reembolsos a los pensionistas, del gasto acumulado por encima de los techos mensuales de desembolso. En este sentido, debería extenderse cuanto antes la utilización de la receta electrónica en todo el SNS, a fin de evitar que acaben surgiendo graves problemas de seguimiento de los tratamientos por parte de los pacientes crónicos de bajos ingresos.

[119] En el Consejo Interterritorial del SNS celebrado el 21 de marzo de 2013, la ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad planteó a las comunidades autónomas la introducción de tres nuevos tramos: de 18.000 a 36.000 euros, de 36.000 a 72.000 y de 72.000 a 100.00 euros. Véase http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/03/21/actualidad/1363897490_920709.html.

8. Conclusiones

LA presente monografía tiene dos partes claramente diferenciadas. Una primera parte de diagnóstico sobre la solvencia financiera del Sistema Nacional de Salud (SNS), lo que denominamos *sostenibilidad,* y una segunda parte dedicada a repasar y valorar, a la luz de las enseñanzas de la teoría económica y la evidencia empírica disponible, tres grandes vías de reforma abiertas en esta coyuntura económica tan adversa.

El ejercicio de análisis de sostenibilidad del SNS abordado puede contemplarse como una estructura sostenida sobre cuatro patas: el estudio de la magnitud, composición y evolución del gasto sanitario público español; la identificación de los factores determinantes de tal evolución; la predicción de la trayectoria futura de dicho gasto; y la relación de este con los recursos financieros de las comunidades autónomas.

En relación con el volumen, composición y dinámica retrospectiva del gasto sanitario público en España, las principales conclusiones que se alcanzan son las siguientes:

1. Tanto el gasto sanitario total como el gasto sanitario público en España, en relación con el PIB, se encuentran alineados con los respectivos promedios de la OCDE. En términos capitativos, dicho gasto es, no obstante, inferior, muy distanciado de los valores acreditados para los países más desarrollados del entorno.
2. Lo anterior no obsta para colegir que España, cuando se atiende a su nivel de renta por habitante, realiza un esfuerzo relativo mayor en materia de gasto sanitario público que otros países de rentas medias más elevadas. Cuando menos, puede afirmarse que nuestro país gasta en asistencia sanitaria pública lo que le corresponde, dada su prosperidad económica relativa.

3. El ritmo anual de crecimiento del gasto sanitario público en España no ha sido desdeñable, y se sitúa en términos nominales por encima del 7% a lo largo de las casi dos décadas analizadas (1991-2010); algo más de la mitad en términos reales. Dicho ritmo de crecimiento se acelera notablemente a partir de 2002, coincidiendo con el periodo en que todas las comunidades autónomas habían asumido las competencias en servicios de salud. El impacto de la crisis económica, con su oleada de recortes presupuestarios, es evidente y frena en seco el dinamismo apuntado, por lo que en 2010 se registra un retroceso en el nivel de gasto sanitario público sobre el PIB cercano al 3%.
4. La territorialización del gasto sanitario público (que añade al realizado por las propias comunidades autónomas, los gastos del antiguo Insalud, del actual Ingesa, así como de las corporaciones locales y de la Administración central) permite comprobar la existencia de una notable dispersión del gasto en términos del PIB entre las diferentes comunidades autónomas, junto con una elevada correlación inversa con el nivel de desarrollo económico de cada territorio autonómico. En términos de gasto por habitante, también se atestigua dicha dispersión, la cual persiste aun después de ajustar dichos niveles de gasto por las diferentes necesidades relativas derivadas de estructuras poblacionales (por sexo y edad) dispares entre comunidades autónomas.
5. La descomposición del gasto sanitario autonómico (incluyendo la territorialización del gasto realizado por el Insalud antes de la culminación de los traspasos competenciales, y por el Ingesa posteriormente en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla) muestra con total nitidez que, desde la óptica de la clasificación económica, son los gastos de personal la principal categoría, responsable en casi un 50% del crecimiento total del gasto de las comunidades autónomas y el Insalud e Ingesa entre 1991 y 2010. Además, dicha contribución se ha ido acrecentando con el transcurso del tiempo, y representa un porcentaje aún mayor entre 2007 y 2010.

6. Atendiendo a la estructura funcional del gasto, son los servicios hospitalarios y especializados la función más destacada, que llegan a explicar casi el 60% de la variación del gasto sanitario agregado (casi el 70% en el periodo 2007-2010). En contraste, el gasto en servicios de atención primaria (los más relacionados con la prevención de las enfermedades) ha retrocedido 3 puntos porcentuales entre 1991 y 2010. Si asumimos que una de las estrategias para mejorar la calidad y sostenibilidad de los sistemas sanitarios públicos pasa por potenciar los servicios primarios de salud, comunidades como Andalucía, Castilla y León, Extremadura y Castilla-La Mancha —cuyo gasto per cápita supera la media nacional en atención primaria, pero quedan por debajo de ella en servicios hospitalarios y especializados— podrían identificarse como un ejemplo de *buenas prácticas* en lo que a política sanitaria se refiere y servir como referente al resto de comunidades.
7. El gasto farmacéutico en España, con un nivel habitualmente considerado una *anomalía* en el contexto internacional, pese a mantenerse aún significativamente por encima de la media de la OCDE, experimenta un cambio de tendencia a partir del año 2004, debido a la agresiva política de reducción de precios y márgenes acometida por el Gobierno español desde entonces. Dichas medidas han conducido a que la contribución del gasto en farmacia al crecimiento del gasto sanitario se haya reducido a la mitad con respecto a su aportación en el periodo 1991-2004.

En cuanto a la identificación de los factores determinantes del crecimiento del gasto sanitario de las comunidades autónomas y el Insalud e Ingesa en España, puede concluirse lo siguiente:

1. De acuerdo con el abordaje tradicional, basado en la descomposición del gasto sanitario en tres factores —demográfico, inflación y residuo—, el último de los tres (que suele identificarse con el concepto de *prestación sanitaria real* media) consigue explicar más de la mitad de todo el crecimiento del gasto sanitario público nacional (y de casi todas

las comunidades autónomas) en el periodo 1991-2010. El siguiente elemento con mayor capacidad explicativa es el factor inflación (el índice de precios implícitos en la prestación sanitaria), mientras que el componente demográfico (crecimiento demográfico y cambios en la composición poblacional) es el que muestra un menor poder explicativo.

2. Esta aproximación del enfoque tradicional se revela como incorrecta, toda vez que se verifica que el crecimiento del factor residual resulta estar estrechamente correlacionado, entre otros factores, con el aumento de la retribución salarial media en los centros de atención primaria y hospitales. De este modo, concluimos que es la imperfecta construcción del índice de precios sanitario la que permite que en este caso y, por extensión, probablemente también en otras aplicaciones previas del *enfoque del residual* realizadas en la literatura, se achaque al factor residual más importancia relativa de la que le corresponde. Una vez reajustado el factor inflación (factor inflación aumentado, podríamos decir) hallamos que es este el principal determinante del crecimiento del gasto sanitario en la práctica totalidad de las comunidades autónomas Asimismo, el factor demográfico deja de ser el componente con menor importancia relativa en casi todas las comunidades autónomas.
3. Empleando técnicas econométricas de datos de panel, concluimos que los principales determinantes del crecimiento del gasto sanitario público son, ordenados de mayor a menor relevancia: el incremento en el valor de los consumos intermedios hospitalarios por habitante, el crecimiento en la retribución salarial media en los hospitales, el incremento en el número de trabajadores en hospitales y centros de atención primaria y el incremento en el salario medio en los centros de atención primaria. Estos son los únicos determinantes con una elasticidad superior a 0,1, esto es, los únicos que permitirían lograr una disminución de, al menos, un 1% en el crecimiento del gasto sanitario público al reducir su valor en un 10%. Por tanto, estas son las partidas sobre las que se debería centrar el esfuerzo de contención del gasto sanitario público.

4. Aplicando las mismas técnicas de datos de panel, encontramos una relación positiva y relevante en términos estadísticos entre el crecimiento económico y el crecimiento del gasto sanitario. Los resultados de las estimaciones no confieren a la sanidad pública el carácter de bien de lujo sino de bien normal, por cuanto se obtiene una elasticidad renta inferior a la unidad; un resultado en línea con los obtenidos en trabajos previos.

Respecto a la probable evolución futura del gasto sanitario público, en ausencia de reformas que modifiquen las tendencias apuntadas, concluimos lo siguiente:

1. La dinámica esperada de la población española hasta el año 2016 apunta a un ligero descenso de la misma, si bien el comportamiento por comunidades autónomas dista de ser uniforme. Se prevé que un conjunto de comunidades (el Principado de Asturias, Castilla y León, Galicia, el País Vasco, Cataluña o la Comunitat Valenciana) experimenten la misma tendencia que la media nacional con igual o mayor intensidad. Sin embargo, existe otro grupo de regiones (Andalucía, la Comunidad de Madrid y la Región de Murcia, entre otras), cuya población se espera que siga creciendo a lo largo del próximo lustro, aunque con tasas sustancialmente menores que las de los últimos años. También es de prever que a lo largo de este periodo se produzca un envejecimiento de la población total española, si bien, de nuevo, con importantes diferencias entre comunidades autónomas, tanto en lo que se refiere a la situación de partida, como por lo que atañe a la intensidad del proceso.
2. La predicción realizada para el periodo 2011-2016, basada exclusivamente en el factor demográfico, prevé una ralentización muy sustancial del ritmo de crecimiento del gasto sanitario total. Esta desaceleración es generalizada para todas las comunidades, si bien persisten algunas diferencias de escasa magnitud en los ritmos de crecimiento.
3. La realización de proyecciones que incluyan todos los factores determinantes de la evolución futura del gasto sanitario

público, exige añadir a la aportación del factor demográfico, las imputables al comportamiento de los precios sanitarios implícitos y al factor residual. Una vez incorporadas las tres fuentes de crecimiento, obtenemos un incremento previsto del gasto sanitario de las comunidades autónomas para el periodo 2010-2016 del 4,7% anual acumulado, si bien se observan diferencias significativas entre comunidades autónomas. Un grupo de comunidades —entre las que se incluyen Aragón, Illes Balears, Castilla-La Mancha, Cataluña, la Comunitat Valenciana, Extremadura, la Región de Murcia, la Comunidad Foral de Navarra y el País Vasco— muestran un dinamismo notablemente superior a la media nacional. Por debajo de la media se ubica el resto de territorios, resultando especialmente dignos de resaltar los valores estimados para Galicia, la Comunidad de Madrid y Cantabria.

A propósito del análisis de la financiación del gasto sanitario, y de la relación entre los recursos y el gasto, las principales conclusiones son las siguientes:

1. El modelo de financiación de las comunidades autónomas adolece desde su origen de un grave problema de equidad, entendida esta en términos de suficiencia relativa (igualdad de financiación per cápita). Este problema tiene su origen, por un lado, en la dualidad régimen común/régimen foral, consagrada en la Constitución y en las leyes que la desarrollan, que se traduce en una situación de privilegio de las comunidades forales, tanto por lo que respecta a la autonomía fiscal como en lo que atañe a su suficiencia financiera. En el seno de las comunidades autónomas que comparten el régimen de financiación común, regulado por la LOFCA, pese a las sucesivas reformas abordadas (la última de ellas en 2009), no ha tenido lugar la deseable convergencia en financiación per cápita.
2. A lo largo del periodo que va desde 2002 hasta 2007, el gasto sanitario de las comunidades autónomas absorbía entre un 34% y un 37% de los ingresos del conjunto de

las haciendas regionales. La divergencia que tiene lugar, a partir de 2007, entre las sendas de evolución respectivas de los ingresos de las comunidades autónomas y de sus gastos en asistencia sanitaria disparó esa ratio hasta el 44%, siendo no obstante muy heterogéneo el comportamiento por comunidades. Si bien las comunidades forales se encuentran entre las que experimentaron un mayor incremento en la proporción de recursos destinados a la financiación del sistema público sanitario, su mayor suficiencia relativa hace que las consecuencias en términos de sostenibilidad sean menos preocupantes. Muy diferentes son los casos de la Comunitat Valenciana y la Región de Murcia, donde la presión que ejerce el sistema de salud sobre los presupuestos ha aumentado tanto o más que en las comunidades forales y, a un crecimiento del gasto sanitario superior a la media, unen una financiación claramente insuficiente en términos relativos.

3. Por lo que atañe a la capacidad del sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común para cubrir las necesidades crecientes de gasto en servicios sanitarios, cabe reconocer que la crisis económica ha tenido una notable incidencia. En 2002, 44 euros de cada 100 proporcionados por el sistema se destinaban a gasto sanitario; en 2010 son 55 de cada 100 euros y esta ratio de (in)sostenibilidad llegó a superar el 63% en 2009. Si bien es cierto que la coyuntura actual puede calificarse de excepcional (por lo negativa), también lo es que la dinámica seguida por los ingresos autonómicos en la larga etapa expansiva que precedió a la crisis se antoja difícilmente repetible, por lo que la sostenibilidad presupuestaria del gasto sanitario de las comunidades autónomas a medio y largo plazo, con los ritmos de crecimiento experimentados por dicho gasto en épocas recientes, debe ser puesta en cuestión.
4. A partir de la estimación de la elasticidad renta de los recursos con que cuenta cada comunidad para financiar el gasto sanitario, determinamos cuál debería ser el crecimiento de la economía española para que los recursos no financieros de cada comunidad igualasen el ritmo de crecimiento

estimado para el gasto sanitario de esa comunidad en el periodo 2011-2016. Los resultados alcanzados sugieren que tres comunidades autónomas, el País Vasco, Illes Balears y Extremadura, necesitarían que España creciese por encima del 3% de media anual en el periodo 2011-2016 para que la sostenibilidad de su sistema sanitario público estuviera garantizada.

5. Encontramos, no obstante, una notable heterogeneidad entre comunidades. Así, Galicia, la Comunidad de Madrid y Cantabria garantizarían la sostenibilidad de sus sistemas públicos de salud con requerimientos de crecimiento económico anual nacional de alrededor del 1%. Cabe destacar que el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el propio Gobierno de España prevén ese crecimiento para el año 2014 y un crecimiento de al menos un 1,6% para el año 2015. De cumplirse esta previsión para 2015, Canarias, Castilla y León, Cataluña y el agregado nacional, además de las tres comunidades ya citadas, tendrían garantizada la sostenibilidad de su sistema sanitario público.
6. Una forma complementaria de acercarnos a los previsibles problemas de sostenibilidad futura del sistema sanitario público consiste en estimar la senda esperada de la ratio entre el gasto sanitario público y el PIB. Dados tres posibles escenarios de crecimiento nominal del PIB (uno más favorable, otro menos favorable y uno neutral), los resultados sugieren que, con independencia del escenario elegido, la relación entre las proyecciones de gasto sanitario de las comunidades autónomas estimadas en nuestro estudio y el PIB previsto tenderá a incrementarse entre 2011 y 2016, si bien, lógicamente, a un ritmo tanto más intenso cuanto peores sean las expectativas de crecimiento económico futuro.
7. De los resultados obtenidos se sigue la necesidad insoslayable de implementar reformas encaminadas a incrementar la eficiencia del sistema sanitario público que redunden, en último término, en un menor crecimiento del gasto sanitario. Por otra parte, la sostenibilidad del sistema sanitario público (entendida como estabilización de la ratio recur-

sos/gasto) estaría garantizada, para un importante número de comunidades y para el promedio nacional, a partir del año 2014, si se cumplieran las previsiones de crecimiento económico que sobre España han realizado organismos internacionales como el FMI. Resulta, por tanto, aconsejable que las reformas que se introduzcan contemplen el carácter hasta cierto punto transitorio de los problemas de sostenibilidad del sistema sanitario público para buena parte de las comunidades autónomas españolas.

La segunda parte de la monografía trata tres componentes de la arquitectura institucional del SNS puestos en cuestión en la actualidad. De un lado, el modelo de cobertura poblacional vigente durante las últimas décadas, de otro las formas tradicionales de gestión y organización de la asistencia sanitaria y, por último, la gratuidad de dicha asistencia en el momento de ser recibida por los usuarios del sistema.

Sobre la regulación del derecho a la asistencia sanitaria en España y su reciente modificación a raíz de la promulgación del Real Decreto Ley 16/2012, concluimos lo siguiente:

1. La asistencia sanitaria pública gratuita deja de configurarse como un derecho universal, para reconocerse con carácter general solo a los asegurados y sus beneficiarios, así como, con las restricciones establecidas en los reglamentos comunitarios y convenios bilaterales de Seguridad Social, a los nacionales de países comprendidos dentro del ámbito de aplicación de estos. La condición de asegurado se limita con carácter general a los afiliados a la Seguridad Social, perceptores de prestaciones y desempleados. También podrán ser asegurados quienes, no hallándose en las categorías anteriores, ganen menos de 100.000 euros al año y no posean aseguramiento sanitario obligatorio por otra vía. En el caso de los extranjeros, para tener la condición de asegurado, habrán de añadir a las dos condiciones enunciadas la de residencia legal en España.
2. Las principales implicaciones de la reforma introducida son las siguientes: en primer lugar, al fijarse un umbral de

ingresos como criterio de elegibilidad para ser considerado asegurado, los ciudadanos de rentas elevadas no tendrán derecho a la asistencia sanitaria pública gratuita. A contrario sensu, habrá algunos colectivos, anteriormente excluidos de la cobertura pública, como ciertos profesionales afiliados a mutuas, que ahora sí podrán acceder a la sanidad pública. En segundo lugar, al vincularse el aseguramiento a la residencia legal en España, se deniega la asistencia sanitaria pública gratuita a los inmigrantes en situación irregular, si bien se exceptúa de la exclusión a los menores de edad, así como la asistencia de urgencia y la asistencia al embarazo, parto y posparto. Tras este cambio normativo, España pasa de ser el país menos restrictivo de la UE en el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria pública de los inmigrantes en situación irregular, a situarse entre aquellos que más limitan el acceso a la misma.

3. Las consecuencias que la exclusión de los inmigrantes en situación irregular de la cobertura pública puede provocar, desde el punto de vista sanitario y económico, son diversas, entre ellas, el agravamiento de los problemas de salud de los afectados, la aparición de problemas de salud pública si no se atiende a quienes padecen enfermedades infectocontagiosas, la posible congestión de los servicios de urgencias, así como el agravamiento de problemas de exclusión social. Todas estas consecuencias acabarán, muy probablemente, traduciéndose en costes monetarios; costes que habría que oponer a los presuntos ahorros que pretenden conseguirse con la exclusión de los inmigrantes en situación irregular (500 millones de euros), para valorar realmente el beneficio neto de la *desuniversalización* de la asistencia sanitaria pública.
4. La evidencia nacional e internacional disponible no permite justificar la privación de la asistencia sanitaria pública gratuita a los inmigrantes sin permiso de residencia, aduciendo, por ejemplo, que utilizan más frecuentemente los servicios sanitarios o que generan un gasto público superior al de la población autóctona. Antes al contrario, los estudios realizados sugieren que, en promedio, los inmigrantes

gozan de un mejor estado de salud que los españoles y que, en general, utilizan menos los servicios sanitarios, siendo también inferior al de la población autóctona el consumo de medicamentos en que incurren. En cualquier caso, el gasto por inmigrante se sitúa un tercio por debajo del gasto per cápita de la población española. Hay, además, indicios de que el saldo fiscal generado por los inmigrantes extracomunitarios es positivo para las arcas públicas.

5. Se percibe una disonancia entre las motivaciones declaradas en la propia norma para impulsar la reforma, centradas en intentar impedir los perjuicios económicos derivados de costear indebidamente la asistencia sanitaria de los extranjeros comunitarios y de aquellos otros países con los que se mantienen convenios bilaterales, y el modo escogido para llevarlo a la práctica. La definición de un umbral de ingresos elevado y el requisito de no poseer cobertura obligatoria por otra vía parecen criterios razonables para articular el derecho a la cobertura sanitaria pública, exigiendo la acreditación documental pertinente. Este sistema podría aplicarse a la inmigración irregular, proporcionando el acceso en condiciones semejantes a los españoles a aquellos extranjeros que cumpliesen dichos criterios. Para ello habría, no obstante, que establecer excepciones a la presente vinculación de la condición de asegurado a la autorización para residir en España.

En cuanto a la consideración de nuevas formas organizativas y de gestión público-privada que reemplacen a la gestión pública tradicional en el ámbito sanitario, se derivan las siguientes conclusiones:

1. La motivación que comparten las distintas reformas organizativas y de gestión en el ámbito de los sistemas sanitarios públicos es la búsqueda de una mayor eficiencia y de un menor coste en la prestación de los servicios. Los cambios en este ámbito se insertan en la estrategia global de utilización de fórmulas de gestión directa descentralizada mediante entidades con personalidad jurídica o bien de gestión in-

directa mediante entidades privadas, en virtud de contrato. El principio que subyace a las reformas es el de separar las funciones de financiación y compra de los servicios, de la de gestión y producción de estos. El impulso definitivo a esta estrategia vino de parte de la Ley 15/1997, que abrió la posibilidad de descentralizar la producción de los servicios sanitarios, permitiendo su gestión a través de entidades de dispar naturaleza jurídica, siempre y cuando se mantuviese la titularidad pública de la entidad y el carácter público de la asistencia.

2. En general, la evidencia disponible al respecto de las ventajas efectivas de la amplia mayoría de las fórmulas de privatización existentes, ya obedezcan estas a una estrategia formal o funcional, es muy escasa. Prácticamente nada puede decirse acerca de los cambios en la gestión inspirados en técnicas *gerencialistas,* como es el caso de los institutos clínicos y las unidades de gestión clínica que, en mayor o menor grado, están presentes en buena parte de los servicios regionales de salud; mientras que la evidencia relativa a la gestión directa a través de entes con personalidad jurídica tipo fundaciones o consorcios, a lo sumo identifica algunas ventajas en términos de eficiencia en la gestión, pero no en cuanto a la calidad asistencial.
3. En el ámbito de la gestión indirecta, existen evaluaciones positivas de la implantación de entidades de base asociativa, cooperativas constituidas por profesionales-gestores que se encargan de la atención primaria, en la comunidad autónoma de Cataluña (buenos resultados clínicos y menor uso de determinados recursos como pruebas diagnósticas y fármacos). En relación con el resto de fórmulas de gestión indirecta es mucho menos lo que cabe concluir, sobre todo en el caso de España. La evidencia empírica existente en el Reino Unido al respecto de las fórmulas de concesión de obra pública (o fórmulas PFI [*Private Finance Initiative*]), modelo aplicado a varios hospitales en las comunidades de Madrid, Castilla y León o Cataluña, parece sugerir mayores costes de puesta en marcha de las infraestructuras que han derivado con frecuencia en la aparición de problemas fi-

nancieros. Otro problema identificado, tanto en el ámbito internacional como en algunos ejemplos del sistema sanitario español, es la ausencia de una auténtica transferencia de riesgos al sector privado, puesta de manifiesto en la práctica frecuente de extender la duración de los contratos de concesión y/o renegociar las condiciones de financiación (esto es, el *rescate* de las concesiones).

4. Sobre los modelos de concesión administrativa, conocidos en España como *modelo Alzira,* ya que dicha fórmula se inauguró en nuestro país con la adjudicación de la asistencia sanitaria especializada para la comarca de La Ribera en Alzira (Comunitat Valenciana), la *historia de éxito* que narran los actores implicados en el proceso (las entidades concesionarias y las Administraciones financiadoras) se compadece mal con los resultados alcanzados por los escasos estudios independientes realizados hasta la fecha. De hecho el único estudio objetivo publicado al respecto (Acerete, Stafford y Stapleton, 2011) concluye que el proyecto original nunca hubiera sido viable de no haber tenido lugar la renegociación del contrato de concesión. Asimismo, los resultados preliminares de un análisis comparativo de los hospitales de gestión directa *tradicional* y los hospitales en régimen de concesión en la Comunidad Valenciana sugieren que si se considera, no solo el coste unitario por ingreso, sino también el número de hospitalizaciones, la comparación no resulta favorable a los centros de gestión privada.
5. El reciente informe Iasist (2012) concluye que los hospitales agrupados en la categoría *otras formas de gestión,* comparados con los hospitales de gestión directa administrativa, son más eficientes en términos funcionales (mejor gestión de camas y mayor uso de tratamientos ambulatorios) y en términos económicos (costes unitarios menores); presentan mayor productividad de los recursos humanos; y obtienen similares resultados de calidad asistencial (mortalidad, complicaciones y readmisiones). Este informe, sin embargo, presenta notables limitaciones en su diseño metodológico (por ejemplo, importantes sesgos de selección) que comprometen la validez externa de sus conclusiones. Sus

resultados, de ser ciertos, avalarían en todo caso las ventajas de una mayor flexibilidad en la gestión de los recursos humanos (pues es el régimen laboral el criterio que, en definitiva, sirve para agrupar los centros), y no una superioridad de la gestión privada sobre la pública en términos de un uso más eficiente de los recursos, con carácter general.

6. En suma, no está nada claro que el recurso de nuevas formas jurídicas como las fundaciones, los consorcios o los entes públicos aporte ventajas significativas, ni tampoco que las fórmulas de concesión de obra pública (PFI) estén justificadas más que con el fin de sacar fuera del cómputo del déficit público los costes ocasionados por las nuevas infraestructuras sanitarias (o, en la coyuntura actual, por la voluntad de construir centros hospitalarios cuya financiación no puede abordarse a través de una vía prácticamente vedada como es la del endeudamiento público). Asimismo, la propuesta en relación con el recurso a fórmulas de concesión administrativa sanitaria no puede ser sino la de actuar con cautela y esperar el tiempo necesario para disponer (si la tradicional falta de información en este ámbito lo permite) de evaluaciones rigurosas en el medio plazo, antes de asumir el riesgo de apostar por esta fórmula en otros territorios del Estado.

Por último, en relación con la modificación de la aportación que efectúa el usuario al utilizar los servicios sanitarios, el denominado *copago,* concluimos lo siguiente:

1. En el plano teórico, el copago tiene tanto más sentido cuanto mayor es la incertidumbre que tienen el financiador (SNS) y los profesionales sobre el balance entre coste y efectividad de los tratamientos, así como sobre la auténtica incidencia de la enfermedad en la salud del paciente. Esto convierte el consumo farmacéutico en un escenario propicio para la aplicación del copago, en particular en el caso de aquellos medicamentos cuya utilidad terapéutica es reducida en relación con su coste. También podría tener sentido el copago en aquellos servicios asistenciales en los

que no hay una derivación previa del paciente desde otras instancias. Por el contrario, no parecería oportuno extender el copago a programas preventivos, como las mamografías o las vacunaciones, dado que sus beneficios solo se perciben a largo plazo, por lo que resulta muy difícil para el paciente valorarlos adecuadamente en el momento presente.

2. Los estudios empíricos disponibles, realizados tanto en Estados Unidos como en Europa, confirman que un aumento en el nivel de copago se traduce en la práctica en una menor utilización de los servicios sanitarios. Hay, sin embargo, dudas sobre la influencia efectiva que el copago puede tener sobre el estado de salud de las personas. En este punto la evidencia es reducida y poco concluyente, si bien se ha comprobado que el copago tiene un mayor efecto disuasorio entre los colectivos más débiles, lo cual parece guardar a su vez una estrecha relación con el nivel de renta. Así pues, si se quieren evitar inequidades derivadas del establecimiento del copago, es preciso vincularlo de algún modo con la renta individual. La fijación de límites al riesgo financiero máximo asumido por el usuario y la exención de los grupos de rentas más bajas obedecerían a este objetivo.
3. El copago se encuentra presente, en mayor o menor medida, en todos los países de la Unión Europea, con la excepción de Malta. La prestación farmacéutica está sujeta a copago en todos los países comunitarios salvo el aludido, y le siguen, por número de países que lo poseen, el copago en consultas especializadas y en hospitalizaciones, en servicios de urgencias y en atención primaria. En general todos los países cuentan con mecanismos para que el importe de la aportación del paciente no sea abusivo, siendo las exenciones más comunes en atención primaria y especializada que en urgencias. Para ello se suelen establecer límites máximos de contribución al año o la exención de ciertos colectivos del copago. El Real Decreto Ley 16/2012 modifica sustancialmente el sistema de copago vigente en España desde hace varias décadas. En primer lugar, extiende el copago a los medicamentos de dispensación hospitalaria a través

de servicios de farmacia. En segundo lugar, generaliza el copago a los pensionistas, antes exentos, asociando los porcentajes de copago con el nivel de renta, distinguiéndose tres intervalos. Las aportaciones previstas en el caso de las personas activas no están limitadas, mientras que las de los pensionistas están sujetas a un tope máximo mensual. Finalmente, se establece que el resto de prestaciones que, junto a la farmacéutica, integran la cartera común suplementaria del SNS, a saber, ortoprótesis, productos dietéticos y transporte sanitario no urgente, también estarán sujetas a aportación por el usuario, con criterios para la fijación de los porcentajes de contribución similares a los que regulan la prestación farmacéutica.

4. La reforma realizada presenta varios puntos débiles. En primer lugar, tanto en el copago farmacéutico como, a la postre, en el aplicado al resto de prestaciones de la cartera común suplementaria, se perpetúa la distinción entre activos y pensionistas que ya existía en el copago anterior. Ateniéndonos a lo que sugiere la evidencia empírica existente, esta diferenciación carece de sentido. La distinción relevante es entre población con rentas altas y con rentas bajas, no entre población activa e inactiva.
5. La aportación del usuario se hace depender del nivel de ingresos, lo cual en principio contribuiría a mitigar el posible efecto que pudiera tener el copago sobre la equidad. Sin embargo —y este es uno de los aspectos más criticables de la reforma—, tanto la base de colectivos exentos de aportación, como los límites al desembolso son insuficientes y están articulados defectuosamente. Al no aplicarse límite máximo alguno a las aportaciones en el caso de los activos, se perjudica a aquellos de rentas más bajas. El límite máximo se deja para los pensionistas, pero se instrumenta de un modo deficiente, permitiendo que se acumule el gasto que excede del límite establecido, lo que puede suponer una carga presumiblemente importante sobre las rentas de los enfermos crónicos y pluripatológicos.
6. Por otro lado, la reforma no contempla la relación entre los copagos y la razón coste-efectividad de los medicamen-

tos. Dicho de otra forma, no se avanza en la línea de lo que algunos autores han denominado copagos *evitables* o *cobertura limitada*. La idea sería intentar garantizar la cobertura gratuita (o con un copago bajo) a los medicamentos más coste-efectivos para cada indicación, estableciendo copagos más elevados (que serían, por tanto, evitables) sobre medicamentos alternativos menos eficientes. El problema evidente de este enfoque radica en que, para hacerlo plenamente operativo, habría que conocer el balance coste-efectividad de todos los medicamentos que integran la prestación farmacéutica, lo cual no es sencillo. Pero hubiera sido interesante intentar apostar por este enfoque de *seguro basado en el valor,* cosa que no se ha hecho.

APÉNDICE METODOLÓGICO

SOBRE ESTADÍSTICAS DE GASTO SANITARIO

A.1. Descripción de las estadísticas de gasto sanitario de la OCDE

LA base de datos Eco-Salud,[119] elaborada por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) desde el año 1982, es la fuente indiscutible de referencia para efectuar comparaciones homogéneas en materia de salud y asistencia sanitaria entre los principales países industrializados del mundo. Dicha base de datos recopila información estadística sobre gasto sanitario desde 1960 hasta nuestros días (con discontinuidades) para los treinta y cuatro Estados que actualmente integran la OCDE. Por ello, esta será la base de datos que emplearemos en este primer epígrafe del libro para abordar el análisis comparado del gasto sanitario español.

La metodología con la que se construye la base de datos Eco-Salud ha ido variando con el transcurso del tiempo. En concreto, y a la vista de las inconsistencias que evidenciaban los datos desagregados registrados en la citada base, la OCDE publicó en el año 2000 la primera versión del manual del *Sistema de Cuentas de Salud* (SCS),[120] un sistema exhaustivo e integrado de cuentas internacionalmente comparables, elaboradas de acuerdo a una metodología contable uniforme y que ofrece un conjunto de tablas modelo para la difusión de datos sobre gasto sanitario.

Desde el año 2002, las cifras de gasto sanitario recogidas en Eco-Salud se registran de acuerdo a la Clasificación Internacional de Cuentas de Salud[121] establecida en el manual del SCS. Dicha

---

[119] Los indicadores que componen la base de datos Eco-Salud se publican anualmente. La última edición corresponde al año 2012 (http://www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/oecdhealthdata2012.htm), siendo el 70% de su contenido de acceso gratuito a través de la base estadística *online* de la OCDE, OECD.Stat Extracts.

[120] Publicado por la OCDE con el título *A System of Health Accounts*. Version 1.0. La versión en español data de 2002 y fue editada por el Banco Interamericano de Desarrollo con el título *Sistema de Cuentas de Salud*.

[121] Referida habitualmente por sus siglas en ingles, ICHA: *International Classification for Health Accounts*.

clasificación trata de responder a tres preguntas clave sobre la actividad económica del sistema sanitario: ¿de dónde proviene el dinero?, ¿adónde va el dinero? y ¿qué tipo de servicios se ofrecen y qué tipo de bienes se compran? Las respuestas a estas preguntas configuran la clasificación tripartita seguida en el SCS para agrupar el gasto sanitario: fuentes de financiación públicas y privadas, proveedores de servicios de salud y funciones asistenciales.

La información sobre gasto sanitario acorde a la metodología del SCS, viene recopilándose desde 2006 (referente a datos de 2004), de manera simultánea por la OCDE, Eurostat y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en un cuestionario conjunto, cuya sexta edición tuvo lugar en 2011. En octubre de ese mismo año vio la luz la segunda versión del SCS (OCDE, Eurostat y OMS 2011), la cual introduce cambios de entidad en los conceptos y clasificaciones de las cuentas de salud.

Puesto que en el capítulo primero de esta monografía se estudia el gasto sanitario español bajo la doble perspectiva internacional y nacional, resulta útil describir las principales diferencias entre el SCS y la denominada Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP), operación incluida en el Plan Estadístico Nacional que permite efectuar el seguimiento del gasto sanitario del Sistema Nacional de Salud (SNS). La EGSP se desarrolla y estructura de acuerdo con el concepto de *cuenta satélite coherente* con el Sistema de Cuentas Nacionales 1993 (SCN-93) de Naciones Unidas.[122] Esta fuente estadística únicamente considera el gasto realizado o financiado por las instituciones públicas españolas, centrales y subcentrales, de forma que es la estadística idónea para comparar entre sí, de modo plenamente coherente, el gasto sanitario público de las diferentes .

Hay tres diferencias metodológicas fundamentales entre el SCS y la EGSP. En primer lugar, la serie de gasto sanitario del SCS refleja no solo el gasto del SNS, sino también el gasto privado. En Espa-

[122] Según se indica en el capítulo XXI del SCN-93, «las cuentas o sistemas satélite subrayan generalmente la necesidad de ampliar la capacidad analítica de la contabilidad nacional a determinadas áreas de interés social de una manera flexible y sin sobrecargar o distorsionar el sistema central». Se configuran, por tanto, como cuentas referidas a temas específicos (por ejemplo, cultura, sanidad, medio ambiente, etc.) integradas con el marco central de las cuentas nacionales.

ña, los datos de gasto sanitario público suministrados a la base de datos Eco-Salud de la OCDE proceden de la EGSP, mientras que las de gasto sanitario privado son estimaciones realizadas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad a partir de la Contabilidad Nacional de España. La segunda divergencia radica en los diferentes criterios de agregación del gasto sanitario utilizados. Como hemos visto, el SCS estructura los datos de acuerdo a una triple clasificación de funciones, proveedores y financiadores, mientras que la EGSP no identifica quiénes son los proveedores ni, como hemos visto, diferencia entre financiación pública y privada de los servicios sanitarios. La última gran diferencia proviene de las funciones asistenciales sanitarias incluidas en una y otra clasificación. Mientras que la EGSP solo incluye los cuidados de larga duración prestados por instituciones estrictamente sanitarias, el SCS incorpora también los cuidados de larga duración domiciliarios. A la postre, esta diferencia es la que explica en mayor medida la discrepancia entre las cifras de gasto sanitario público obtenidas por las dos fuentes. En consecuencia, no debe pretenderse la coincidencia entre los valores de gasto sanitario público español ofrecidos en este epígrafe y el siguiente. [123]

El SCS se organiza en torno a tres ejes para el registro de los gastos en salud, utilizando la Clasificación Internacional de Cuentas de Salud, que permite desglosar la atención de la salud según:

- Clasificación funcional de la atención de la salud (ICHA-HC).
- Clasificación de los proveedores de la atención de la salud (ICHA-HP).
- Clasificación de la financiación de la atención de la salud (ICHA-HF).

Cuando se elaboró la Clasificación Internacional de Cuentas de Salud, las categorías de las tres clasificaciones se seleccionaron debido a su pertinencia para aspectos de la política y las reformas sanitarias, particularmente para el seguimiento de los cambios estructurales, como el paso de la atención hospitalaria hacia una

[123] A su vez, hay determinadas funciones de gasto (por ejemplo, formación del personal sanitario) que forman parte del gasto sanitario de la EGSP, pero no del cómputo de gasto sanitario que efectúa el SCS.

atención ambulatoria, y el incremento de la participación de proveedores multifuncionales en los sistemas nacionales de salud.

Antes de proceder a exponer la descomposición del gasto sanitario desde cada una de las tres vertientes citadas, es oportuno explicar qué entiende la primera edición del manual del SCS por *gasto total en salud* o *gasto total sanitario, gasto corriente en asistencia sanitaria* y *formación bruta de capital* de las instituciones proveedoras de atención sanitaria.[124]

El *gasto total en salud* mide el gasto en consumo final de bienes y servicios de asistencia sanitaria realizado por hogares, Administraciones Públicas e instituciones privadas sin fines de lucro, al que se añade el gasto en formación bruta de capital de las ramas de actividad proveedoras de servicios de salud (aquellas instituciones cuya actividad principal es la atención a la salud). En consecuencia, de acuerdo al SCS, el *gasto total sanitario* es equivalente a la suma del gasto sanitario corriente (las funciones de gasto HC1-HC7 según la clasificación funcional ICHA-HC) y la formación bruta de capital de los proveedores de cuidados de salud (la función de gasto HCR.1, que comprende la formación bruta de capital de los proveedores contemplados en las rúbricas HP1-HP3, HP5 y HP6 de la clasificación de proveedores de atención sanitaria ICAH-HP).

De forma semejante a como los Sistemas de Cuentas Nacionales basan su análisis en el flujo circular de la renta, de modo que se verifica una identidad contable entre la estimación de PIB por la vía de la producción, del gasto y de la renta, el SCS establece una identidad análoga entre el gasto sanitario corriente por la vía de los proveedores, de las funciones y de los financiadores. A la descomposición del gasto corriente se añade, en la clasificación por funciones, como un rubro adicional, la formación bruta de capital de los proveedores de servicios sanitarios.

---

[124] Si bien, como se indicó con anterioridad, se dispone de una nueva versión del manual del SCS desde octubre de 2011, los datos proporcionados por la OCDE aún se ajustan a la metodología original (la correspondiente al año 2000). Así pues, toda la información proporcionada en el apartado 1.1 del primer capítulo se ajustan a la estructura y conceptos de la primera edición del manual.

A.2. Clasificación funcional de la atención de la salud

EL consenso respecto a una clasificación funcional común y a los límites de lo que se considera atención de la salud es fundamental para establecer comparaciones internacionales.

Según la metodología SCS, la atención de la salud representa la suma de actividades desempeñadas por instituciones o individuos que persiguen, por medio de la aplicación de conocimientos y tecnologías médicas, paramédicas y de enfermería, los objetivos siguientes:

- Promoción de la salud y prevención de enfermedades.
- Curación de enfermedades y reducción de la mortalidad prematura.
- Atención a personas que necesitan cuidados de enfermería a causa de enfermedades crónicas.
- Atención a personas que necesitan cuidados de enfermería por impedimentos, discapacidad o minusvalía.
- Asistencia necesaria para tener una muerte digna.
- Suministro y administración de la salud pública.
- Suministro y administración de programas y seguros de salud y de otros dispositivos de financiación.

El SCS está estructurado en torno a un conjunto de funciones centrales que realizan los sistemas sanitarios. La atención de la salud comprende los servicios de salud individuales, que se proporcionan directamente a las personas, y los servicios colectivos, que cubren las tareas tradicionales de la salud pública, como son la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Entre los servicios individuales figuran los de tipo curativo, de rehabilitación, atención de larga duración, servicios auxiliares de atención de la salud y productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios, categoría esta última que incluye la automedicación y otros

productos consumidos por los hogares cuya obtención puede o no requerir receta médica.

Es importante señalar que esta clasificación distingue dos tipos de funciones, las que son propiamente sanitarias, que comprenden los aspectos citados, y otras, denominadas *funciones relacionadas con la salud,* tales como formación de capital fijo, formación del personal sanitario, investigación, salud ambiental y provisión de servicios sociales en especie para asistir a personas que requieren atención de larga duración. Estas últimas pueden estar estrechamente vinculadas con la atención de la salud en términos de funcionamiento, instituciones y personal, pero se excluyen cuando se miden actividades que pertenecen a las funciones básicas de atención de la salud.

Las funciones centrales de atención a la salud englobadas dentro del gasto sanitario corriente son las siguientes:

- HC1: Servicios curativos.
- HC2: Servicios de rehabilitación.
- HC3: Servicios de larga duración.
- HC4: Servicios auxiliares.
- HC5: Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios.
- HC6: Servicios de prevención y salud pública.
- HC7: Administración y aseguramiento sanitario.

Las cinco primeras funciones conciernen a la provisión de bienes y servicios sanitarios individualizables (gasto individual total en salud), mientras que las dos últimas recogen servicios sanitarios colectivos (indivisibles). Cada una de estas funciones puede desagregarse a su vez en niveles de dos y tres dígitos.[125] A las siete funciones referidas se añade una octava (HC9: Servicios no asignados por función) a la que se asigna, cuando procede, el resto de gasto no imputado a las funciones anteriores.

En el cuadro A.2.1 se muestra la desagregación completa de la clasificación funcional de la atención de la salud.

---

[125] Por ejemplo, la función HC5 Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios, contiene la función HC5.1 Productos farmacéuticos y otros productos médicos perecederos, que a su vez incluye la subfunción HC5.1.1 Medicamentos de prescripción.

CUADRO A.2.1: Clasificación funcional de la atención de la salud

Código ICHA			Funciones de atención de la salud
HC.1			Servicios de asistencia curativa
	HC.1.1		Asistencia curativa hospitalaria
	HC.1.2		Asistencia curativa en hospitalización de día
	HC.1.3		Asistencia curativa ambulatoria
		HC.1.3.1	Servicios médicos y diagnósticos básicos
		HC.1.3.2	Asistencia odontológica ambulatoria
		HC.1.3.3	Otros servicios de asistencia especializada
		HC.1.3.9	Otros servicios de asistencia ambulatoria
	HC.1.4		Servicios de asistencia curativa domiciliaria
HC.2			Servicios de rehabilitación
	HC.2.1		Rehabilitación hospitalaria
	HC.2.2		Rehabilitación en hospitalización de día
	HC.2.3		Rehabilitación ambulatoria
	HC.2.4		Servicios de rehabilitación domiciliaria
HC.3			Servicios de atención de larga duración
	HC.3.1		Atención de larga duración hospitalaria
	HC.3.2		Atención de larga duración en hospitalización de día
	HC.3.3		Atención de larga duración domiciliaria
HC.4			Servicios auxiliares de atención de la salud
	HC.4.1		Laboratorio clínico
	HC.4.2		Diagnóstico por imagen
	HC.4.3		Transporte de pacientes y rescate de emergencia
	HC.4.9		Otros servicios auxiliares
HC.5			Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios
	HC.5.1		Productos farmacéuticos y otros productos médicos perecederos
		HC.5.1.1	Medicamentos de prescripción
		HC.5.1.2	Medicamentos de venta libre
		HC.5.1.3	Otros productos médicos perecederos
	HC.5.2		Dispositivos terapéuticos y otros productos médicos no perecederos
		HC.5.2.1	Lentes y otros productos ópticos
		HC.5.2.2	Aparatos ortopédicos y otras prótesis
		HC.5.2.3	Ayudas auditivas
		HC.5.2.4	Dispositivos médicos técnicos, incluidas las sillas de ruedas
		HC.5.2.9	Otros productos médicos no perecederos

CUADRO A.2.1 *(cont.)*: **Clasificación funcional de la atención de la salud**

Código ICHA			Funciones de atención de la salud
HC.6			Servicios de prevención y de salud pública
	HC.6.1		Salud materno-infantil, servicios de planificación familiar y consultas
	HC.6.2		Servicios de medicina escolar
	HC.6.3		Prevención de enfermedades transmisibles
	HC.6.4		Prevención de enfermedades no transmisibles
	HC.6.5		Medicina del trabajo
	HC.6.9		Otros servicios de salud pública
HC.7			Administración de la salud y los seguros médicos
	HC.7.1		Administración de la salud por las Administraciones Públicas
		HC.7.1.1	Administración de la salud por las Administraciones Públicas (excepto Seguridad Social)
		HC.7.1.2	Actividades de administración, funcionamiento y apoyo de las Administraciones de Seguridad Social
	HC.7.2		Administración de la salud y los seguros médicos: organismos privados
		HC.7.2.1	Administración de la salud y los seguros médicos: seguros sociales
		HC.7.2.2	Administración de la salud y los seguros médicos: otros organismos privados
			Funciones relacionadas con la salud
HC.R.1			Formación de capital de instituciones proveedoras de atención de la salud
HC.R.2			Formación del personal sanitario
HC.R.3			Investigación y desarrollo en el ámbito de la salud
HC.R.4			Control sanitario de alimentos, higiene y agua potable
HC.R.5			Salud ambiental
HC.R.6			Administración y suministro de servicios sociales en especie para personas enfermas o discapacitadas
HC.R.7			Administración y suministro de prestaciones relacionadas con la salud, en efectivo

Fuente: OCDE, Eurostat y OMS (2011).

A.3. Clasificación de los proveedores de atención de la salud

LA producción y la prestación de servicios de atención de la salud, así como su financiación, tienen lugar en una gran variedad de marcos institucionales que difieren de un país a otro. La forma de organizar los servicios de atención de la salud es un reflejo de la división del factor trabajo entre proveedores de atención de la salud específica de cada país. Es frecuente que instituciones con nombres del tipo *hospital general, hospital de agudos* u *hospital psiquiátrico* no desempeñen funciones idénticas en los diferentes sistemas sanitarios. En muchos países se observa una tendencia a una mayor integración vertical en el sector hospitalario, donde algunas instituciones incluyen números crecientes de subunidades (tanto para internamiento como para consulta externa).

La clasificación de las ramas de actividad de atención de la salud cumple el propósito de ordenar las instituciones específicas de cada país en categorías comunes, de aplicación internacional. De este modo, la clasificación de proveedores de las ramas de actividad de atención de la salud no es sino una clasificación de las unidades institucionales del sistema de atención de la salud, que vincula el gasto en salud con su producción, lo que incluye los recursos utilizados (personal, instalaciones).

Esta clasificación comprende productores tanto primarios como secundarios de servicios de salud. La principal actividad de los productores primarios son servicios de atención de la salud; por ejemplo, hospitales y consultorios médicos. Los productores secundarios proporcionan dicha atención como servicio secundario que complementa su actividad principal; por ejemplo, instituciones de atención residencial que facilitan principalmente servicios sociales, como las residencias, pero en combinación con atención de la salud, como sería la atención de larga duración o la atención psiquiátrica.

La Clasificación Internacional de Cuentas de Salud se aparta de las clasificaciones industriales convencionales al incluir a los hogares, que se consideran proveedores de servicios de atención de la salud en caso de que presten servicios individuales a miembros de la familia y que correspondan a pagos de transferencias sociales concedidas con ese propósito.

Por último, señalar que la clasificación de proveedores no distingue entre propiedad o control público o privado de las instituciones, el tamaño o el estatuto legal de los establecimientos o los aspectos regionales.

En el cuadro A.3.1 se muestra la clasificación desagregada según proveedores de atención sanitaria.

CUADRO A.3.1: Clasificación según proveedores de atención sanitaria

Código ICHA			Industria proveedora de servicios de salud
HP.1			Hospitales
	HP.1.1		Hospitales generales
	HP.1.2		Hospitales de salud mental y adicciones
	HP.1.3		Hospitales de especialidades (excepto salud mental y adicciones)
HP.2			Establecimientos de atención medicalizada y residencial
	HP.2.1		Establecimientos de atención medicalizada
	HP.2.2		Establecimientos de atención residencial para retraso mental, salud mental y adicciones
	HP.2.3		Establecimientos de atención residencial a la tercera edad
	HP.2.9		Otros establecimientos de atención residencial
HP.3			Proveedores de atención ambulatoria
	HP.3.1		Consultorios médicos
	HP.3.2		Consultorios odontológicos
	HP.3.3		Consultorios de otros profesionales sanitarios
	HP.3.4		Centros de atención ambulatoria
		HP.3.4.1	Centros de planificación familiar
		HP.3.4.2	Centros ambulatorios de salud mental y adicciones
		HP.3.4.3	Centros independientes de cirugía ambulatoria
		HP.3.4.4	Centros de diálisis
		HP.3.4.5	Otros centros ambulatorios multidisciplinarios y en sociedad

CUADRO A.3.1 *(cont.)*: **Clasificación según proveedores de atención sanitaria**

Código ICHA			Industria proveedora de servicios de salud
		HP.3.4.9	Otros centros ambulatorios públicos e integrados de atención
	HP.3.5		Laboratorios médicos y de diagnóstico
	HP.3.6		Proveedores de atención domiciliaria
	HP.3.9		Otros proveedores de atención ambulatoria
		HP.3.9.1	Servicios de ambulancia
		HP.3.9.2	Bancos de sangre y órganos
		HP.3.9.9	Otros proveedores de servicios de atención ambulatoria
HP.4			Minoristas y otros proveedores de productos médicos
	HP.4.1		Farmacias
	HP.4.2		Minoristas y otros proveedores de lentes y otros productos ópticos
	HP.4.3		Minoristas y otros proveedores de ayudas auditivas
	HP.4.4		Minoristas y otros proveedores de accesorios médicos (excepto ayudas visuales y auditivas)
	HP.4.9		Otras formas de venta y proveedores de productos farmacéuticos y médicos
HP.5			Suministro y administración de programas de salud pública
HP.6			Administración general de la salud y los seguros médicos
	HP.6.1		Administración de la salud por las Administraciones Públicas
	HP.6.2		Administraciones de Seguridad Social
	HP.6.3		Otros seguros sociales
	HP.6.4		Otros seguros (privados)
	HP.6.9		Otros proveedores de administración de la salud
HP.7			Otras ramas de actividad (resto de la economía)
	HP.7.1		Entidades proveedoras de servicios de medicina del trabajo
	HP.7.2		Hogares como proveedores de atención domiciliaria
	HP.7.9		Otras ramas de actividad como productores secundarios de atención de la salud
HP.9			Resto del mundo

Fuente: OCDE, Eurostat y OMS (2011).

A.4. Clasificación de la financiación de la atención de salud

LA financiación de la atención de la salud es una de las dimensiones presentes en las tablas normalizadas de la mayor parte de las cuentas nacionales de salud. En muchos casos se presenta por lo menos una subdivisión básica de la financiación pública y privada. Un desglose detallado del gasto en salud por agentes de financiación es un componente esencial de un SCS completo.

Los sistemas nacionales de flujos de financiación de la atención de la salud tienden a ser bastante complejos y, en general, la armonización entre países, aun en las categorías básicas de financiación pública y privada, es escasa. Al igual que en otros aspectos de la atención de la salud (por ejemplo, actividades o proveedores), designaciones similares como *seguro social, mutualidades* o *sociedades de previsión* suelen referirse a diferentes disposiciones institucionales y modalidades de financiación. Además, la existencia de formas de transferencias entre Administraciones Públicas propias de determinados países, al igual que de transferencias dentro del sector privado entre fondos públicos y privados, incrementa la complejidad de la notificación de las fuentes de financiación en las comparaciones internacionales.

Esta clasificación proporciona un desglose completo entre entidades públicas y privadas del gasto en salud, y se basa en los sectores institucionales de la economía. El sistema de atención de la salud analizado es un sistema mixto que incluye todas las formas usuales de financiación pública y privada. En el modelo de atención de la salud propuesto participan la Seguridad Social (tanto la institucional como los seguros sociales privados), la prestación pública directa de servicios de salud financiados con los impuestos y diversos mecanismos privados (seguros privados más deducciones fiscales; instituciones sin fines de lucro). Los pagos directos de los hogares incluyen una serie de elementos de costes compartidos, que corresponden a las diversas formas de pago realizadas por

terceros, los empleadores proporcionan prestaciones de medicina del trabajo y otros servicios directos de atención de la salud y, por último, el Sistema Nacional de Salud recibe una contribución financiera neta del resto del mundo, principalmente a través de la cooperación y la ayuda internacional.

El cuadro A.4.1 reproduce el sistema de clasificación según financiadores de atención sanitaria, desagregando sus diferentes categorías.

CUADRO A.4.1: Clasificación según financiadores de atención sanitaria

Código ICHA			Fuentes de financiación
HF.1			Administraciones Públicas
	HF1.1		Administraciones Públicas excluidas Administraciones de Seguridad Social
		HF.1.1.1	Administración central
		HF.1.1.2	Administraciones regionales/provinciales
		HF.1.1.3	Administraciones locales/municipales
HF.2			Administraciones de Seguridad Social
	HF.1.2		Sector privado
	HF.2.1		Seguros sociales privados
	HF.2.2		Empresas de seguro privadas (excepto seguros sociales)
	HF.2.3		Pagos directos de los hogares
		HF.2.3.1	Pagos directos, excluido copago
		HF.2.3.2	Copago: Administración central
		HF.2.3.3	Copago: Administraciones regionales/provinciales
		HF.2.3.4	Copago: Administraciones locales/municipales
		HF.2.3.5	Copago: Administraciones de Seguridad Social
		HF.2.3.6	Copago: seguros sociales privados
		HF.2.3.7	Copago: otros seguros privados
		HF.2.3.9	Otro copago
	HF.2.4		Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares (excepto seguros sociales)
	HF.2.5		Sociedades (excepto seguros médicos)
HF.3			Resto del mundo

Fuente: OCDE, Eurostat y OMS (2011).

A.5. Descripción de las estadísticas de gasto sanitario público en España

LAS series del gasto sanitario público territorializado 1991-2010 se nutren principalmente de la Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP) elaborada por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad en colaboración con las comunidades autónomas. La EGSP cubre el gasto sanitario realizado por el conjunto del sector público durante el periodo 1960-2010 a escala nacional (dividido en dos subperiodos con diferente criterio: 1960-2005 y 2002-2010). Sin embargo, la información territorial se circunscribe al periodo 1995-2010 y solo contempla el gasto detallado realizado por las comunidades autónomas y el del ya desaparecido Insalud.

A partir de la extensa base de datos elaborada por el Ministerio, hemos perseguido los siguientes objetivos:

- Enlazar las series territoriales con el fin de obtener una única base de datos homogénea.
- Aprovechar la información adicional disponible para territorializar el gasto sanitario realizado por la Administración central.
- Incorporar la desagregación funcional y económico-presupuestaria del gasto territorial de las corporaciones locales.
- Extender las series territoriales hasta 1991.

Para ello, combinamos la información proporcionada por las siguientes fuentes estadísticas:

- Estadística de Gasto Sanitario Público 2002-2010 (criterio de devengo), Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Estadística de Gasto Sanitario Público. Series históricas 1960-2005 (criterio de caja), Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

- *Las balanzas fiscales de las comunidades autónomas con la Administración Pública central (1991-2005),* Ezequiel Uriel y Ramón Barberán, Fundación BBVA.
- Liquidación de Presupuestos de las comunidades y ciudades autónomas, Secretaría General de Coordinación Autonómica y Local, Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales.
- Liquidación de Presupuestos de las entidades locales, Secretaría General de Coordinación Autonómica y Local, Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales.
- *El* stock *y los servicios de capital en España y su distribución territorial y sectorial (1964-2010),* Matilde Mas, Francisco Pérez y Ezequiel Uriel, Fundación BBVA - Ivie.
- *Las diferencias regionales del sector público español,* Francisco Pérez, Vicent Cucarella, Abel Fernández y Laura Hernández, Fundación BBVA-Ivie.
- *Series históricas de capital público en España y su distribución territorial (1900-2005),* Matilde Mas y Vicent Cucarella, Fundación BBVA-Ivie.

Tradicionalmente, la ESGP venía computando el gasto en términos de liquidación presupuestaria (principio de caja). Esta característica, que apartaba los resultados de la EGSP de los principios contables de la Contabilidad Nacional (CN), se mantuvo hasta la edición que recoge los datos de 2005. A partir de la edición de 2006 (y con carácter retroactivo desde 2002), los datos se recogen en términos de gasto devengado —gasto real o efectivo— por lo que ahora en la estadística se presentan dos series distintas. Por una parte, la serie histórica 1960-2005 (con detalle territorial para 1995-2005), que mantiene los gastos según el principio de caja y que aporta el valor que le da el extenso periodo que abarca y la homogeneidad de su metodología a lo largo del mismo. Por otra, la nueva serie 2002-2010, que ya incorpora el principio de devengo.

Para proceder al enlace de ambas series bajo el principio de devengo ha sido necesario analizar minuciosamente toda la información disponible con ambos criterios en cada territorio durante el periodo 2002-2005, tanto bajo la perspectiva de las

cuentas satélite, la clasificación funcional y la económica-presupuestaria. La diferencia de criterio no afecta a todas las partidas y en la mayor parte de los casos el ajuste necesario suele ser inferior al 1%, siendo escasas las ocasiones en las que supera el 5%.

La producción de la estadística de gasto sanitario público se basa en la cumplimentación de una cuenta satélite para cada uno de los agentes que intervienen en la misma, para posteriormente, mediante un proceso piramidal, consolidar en una cuenta global que refleja el gasto sanitario público total. La Cuenta Satélite está basada en la combinación de las clasificaciones de agregados de Contabilidad Nacional con la clasificación funcional y económica, buscando una estructura descriptiva de las interrelaciones de los distintos componentes de la misma. Las ecuaciones básicas reflejadas en la cuenta son:

- [1] Gasto público en sanidad = [2] Gasto en consumo final + [9] Gasto de capital
- [2] Gasto en consumo final = [3] Gasto en bienes y servicios + [4] Transferencias corrientes.
- [3] Gasto en bienes y servicios = [5] Gasto en consumo colectivo + [6] Gasto en consumo individual (transferencias sociales en especie)
- [6] Gasto en consumo individual = [7] Producción pública (no de mercado) de servicios sanitarios individuales + [8] Producción privada de bienes y servicios individuales, adquirida en el mercado por las Administraciones Públicas y puesta a disposición de los hogares.
- [10] Producción no de mercado de servicios sanitarios públicos = [5] Producción pública de servicios sanitarios colectivos (consumo colectivo) + [7] Producción pública de servicios sanitarios individuales (incluida en las transferencias sociales en especie).

Asimismo, la obligada consolidación de gasto de los diferentes agentes públicos, siguiendo un proceso piramidal, elimina las transferencias contabilizadas entre Administraciones Públicas en el agente que las realiza y, por tanto, el gasto se recoge y clasifica

funcionalmente en la Cuenta Satélite del agente que materializa dichas transferencias en servicios sanitarios.

Las transferencias corrientes a hogares e ISFLSH y las realizadas a agentes públicos no incluidos como agentes de gasto en la EGSP se incorporan al gasto en consumo final del agente que las realiza, pudiéndose materializar en consumo colectivo o individual —transferencias sociales en especie—.

Desde el punto de vista sectorial, la EGSP incluye:

- De acuerdo con los principios del Sistema Europeo de Cuentas Nacionales y Regionales (SEC-95), todas aquellas unidades institucionales del sector de las Administraciones Públicas cuya actividad principal está incluida en las funciones definidas por la CFAP/COFOG (Clasificación Funcional de las Administraciones Públicas) en su apartado 7 (Salud).
- Empresas públicas del sector sanitario con financiación mayoritaria de las Administraciones Públicas.
- Aquellas Administraciones Públicas no sanitarias que desarrollan actividades sanitarias: mutualismo administrativo, hospitales militares y sanidad penitenciaria.

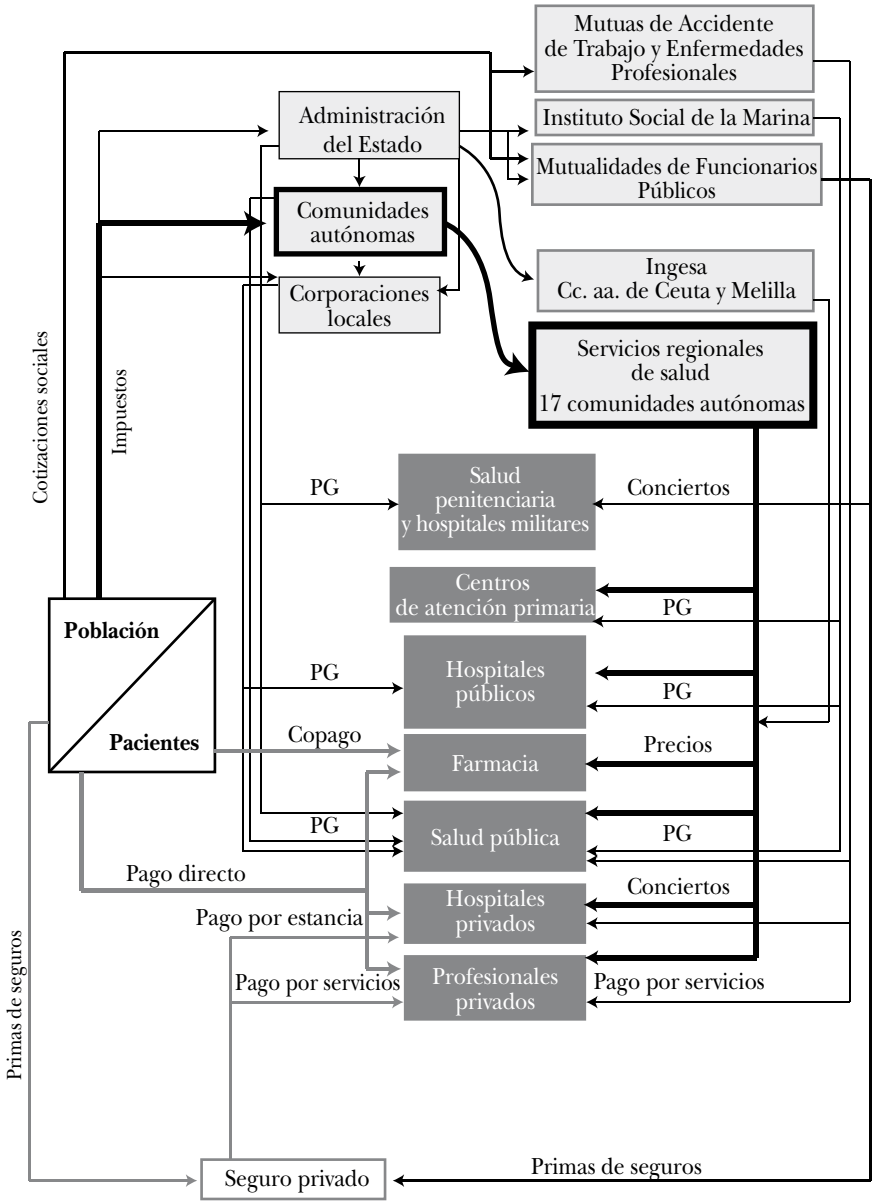
En el esquema A.5.1 se resumen los actuales flujos de recursos financieros del sistema sanitario español.

Para cada uno de los sectores que abarca, la EGSP presenta la información según tres clasificaciones, que contemplamos a continuación.

Si atendemos a una clasificación por agregados de la Contabilidad Nacional, podemos distinguir entre:

- Gasto en consumo colectivo.
- Gasto en consumo individual (distinguiendo, en este caso, la producción pública de la privada).
- Gasto en consumo final.
- Transferencias corrientes.
- Gasto de capital.

ESQUEMA A.5.1: Flujos financieros del sistema sanitario español desde la reforma del año 2002



Nota: PG = Presupuesto global.

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Cohesión del Sistema Nacional de Salud y Alta Inspección. Elaborado por la Secretaría General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión.

En lo relativo a la clasificación funcional del gasto, las fronteras de definición del ámbito de la EGSP están marcadas por la CFAP/COFOG del siguiente modo:

07.1. Productos, aparatos y material médico
- 07.1.1. Productos farmacéuticos
- 07.1.2. Otros productos médicos
- 07.1.3. Material y aparatos terapéuticos

07.2. Servicios ambulatorios
- 07.2.1. Servicios de medicina general
- 07.2.2. Servicios de medicina especializada
- 07.2.3. Servicios dentales
- 07.2.4. Servicios paramédicos

07.3. Servicios hospitalarios
- 07.3.1. Servicios hospitales generales
- 07.3.2. Servicios hospitales especializados
- 07.3.3. Servicios de larga estancia y convalecencia

07.4. Servicios de salud pública
07.5. I + D en el campo de la salud
07.6. Salud n. c. o. p.

Hay que señalar que la EGSP se separa de los criterios de la COFOG en cuanto a la delimitación de los servicios ambulatorios y hospitalarios. La información presupuestaria, base de la estadística, no permite diferenciar el gasto de acuerdo con los modos de producción, por lo que los servicios sanitarios a pacientes externos en el ámbito de la atención especializada no se pueden aislar, quedando incluidos en los gastos de este tipo de atención. Solo aquellos provistos mediante la compra de servicios a agentes privados (conciertos) están debidamente tipificados.

Por tanto, las rúbricas funcionales contempladas en la territorialización del gasto sanitario de las comunidades autónomas, Insalud e Ingesa son:

- Servicios primarios de salud.
- Servicios hospitalarios.
- Servicios especializados.

– Docencia Médico Interno Residente (MIR).
– Farmacia.
– Traslado de enfermos.
– Prótesis y aparatos terapéuticos.
– Servicios de salud pública.
– Investigación y formación.
– Gastos de administración general.

Sin embargo, cuando se trata del gasto territorial realizado por las entidades locales, esta clasificación se reduce a tres grupos principales:

– Hospitales, servicios asistenciales y centros de salud.
– Acciones públicas relativas a la salud.
– Otros servicios sanitarios.

Y se resume en un solo grupo funcional cuando se refiere al gasto territorial —de escasa cuantía— efectuado por la Administración central.

A continuación se recoge la definición y el contenido de las funciones contempladas con el mayor nivel de desagregación.

a) *Servicios hospitalarios.* Recoge la asistencia sanitaria prestada por médicos especialistas, enfermería y demás personal sanitario y no sanitario encaminada a conseguir el mantenimiento y mejora de la salud mediante la actividad asistencial que se realiza en hospitales o centros de especialidades. Se incluye tanto la hospitalización como el diagnóstico, tratamiento, cirugía (mayor o menor) sin hospitalización, consultas y urgencias. Incluye además los gastos correspondientes a las estructuras de gestión necesarias para el desarrollo de la actividad (equipos de dirección y gestión de las instituciones y personal administrativo de ellos dependiente, sean propios o contratados externamente).

b) *Servicios especializados.* Comprende los servicios de asistencia especializada concertados para la realización de actividades propias de este nivel asistencial con recursos patrimoniales ajenos a aquella entidad que financia la asistencia. Tales conciertos pueden estar suscritos con profesionales, insti-

tuciones, o con empresas que sean de titularidad pública o privada.

c) *Servicios primarios de salud.* Recoge la actividad asistencial realizada por médicos de familia, pediatras, enfermeras y demás personal sanitario y no sanitario encaminada a conseguir el mantenimiento y mejora de la salud en el primer nivel de asistencia sanitaria, tanto en centros de salud como en cualquier tipo de consultorios urbanos o rurales o en los domicilios de los pacientes. En consecuencia, quedan comprendidos los gastos efectuados en los siguientes ámbitos:

- Servicios de urgencia o de atención continuada extrahospitalaria, actividades de extracción periférica y transporte de muestras clínicas, medios básicos para el diagnóstico y salud bucodental realizados con cargo presupuestario a este nivel asistencial.
- Actividades de planificación familiar, salud mental, fisioterapia o rehabilitación, trabajo socio sanitario y actividades preventivas generales o específicas según edad y sexo (vacunaciones, exámenes de salud, información-educación sanitaria) realizadas en atención primaria.
- Administración de tratamientos, curas y cirugía menor.

La función comprende además los gastos de las estructuras de gestión necesarias para el desarrollo de la propia actividad asistencial (equipos de dirección y gestión de las áreas o gerencias de atención primaria y personal administrativo de ellos dependiente, sean propios o contratados externamente).

Asimismo se incluyen los gastos efectuados en actividades propias de atención primaria prestada con recursos patrimoniales ajenos a aquella entidad que financia la asistencia (conciertos). Tales conciertos pueden estar suscritos con profesionales, instituciones o empresas que sean de titularidad pública o privada.

a) *Docencia MIR.* Recoge los gastos originados por la formación de los especialistas residentes (médicos, farmacéuticos, biólogos, químicos, psicólogos) que inician la prestación de servicios en el sistema sanitario, de cara a la adecuación

de sus conocimientos y perfiles profesionales a las funciones asistenciales que desarrollan.

b) *Salud pública.* Como finalidad genérica se persigue integrar los gastos destinados al conjunto de actividades dirigidas a la defensa y fomento de la salud de la colectividad (vigilancia epidemiológica, campañas de sensibilización ciudadana para la promoción de salud y prevención de enfermedad, controles e inspecciones sanitarias de aguas, alimentos y salud medioambiental realizada con recursos sanitarios, etc.) que se llevan a cabo mediante estructuras diferenciadas, ya sea en los órganos de dirección central o mediante organismos específicos.

Excluye los gastos de investigación o docencia, que se asignan a los programas respectivos. También se excluyen los gastos contablemente no desagregables en instituciones que prestan asistencia sanitaria, aunque algunos de sus servicios realicen, dentro del desarrollo normal de sus funciones, algunas actividades de epidemiología y salud pública.

c) *Investigación y formación.* Recoge todos los gastos dedicados a programar, coordinar, financiar y evaluar todas las acciones de investigación y su fomento, así como los cursos específicos desarrollados por instituciones docentes de ámbito sanitario.

Incluye los gastos de las estructuras administrativas dedicadas a esta función así como el coste de los proyectos de investigación acometidos por las instituciones sanitarias con cargo a créditos de investigación, y con independencia de que dichos créditos de investigación sean financiados por organismos sanitarios o no sanitarios.

d) *Gastos de Administración general.* Incluye el gasto realizado en todas aquellas actividades de planificación, dirección, coordinación y control de los medios materiales y humanos, que se desarrollen tanto en el ámbito central como periférico de los organismos responsables (entidades gestoras, organismos autónomos, consejerías, etc.). Siempre ha de referirse a servicios específicamente directivos y/o administrativos.

Abarca aquel gasto efectuado para el funcionamiento de servicios administrativos provinciales, regionales y centrales, así como los de inspección, contabilidad e intervención del organismo (agente) responsable del gasto efectuado.

Excluye los gastos generales y de administración de las unidades asistenciales, sean realizados con recursos propios o contratados externamente, ya que estos se imputan a la función correspondiente.

e) *Farmacia.* Transferencia corriente que recoge el gasto por las recetas médicas expedidas, el reintegro de gastos farmacéuticos y el gasto en otros productos de suministro directo a los hogares. No se incluye el gasto en productos farmacéuticos que puedan dispensarse ambulatoriamente en los hospitales (programas selectivos de revisión de medicamentos, medicación de urgencia).

f) *Traslado de enfermos.* Recoge los gastos destinados tanto al traslado de los enfermos como a la compensación de los gastos en que incurre el enfermo y sus acompañantes por motivo de los desplazamientos.

Incluye pues, la concertación de servicios de ambulancias y otros medios de transporte y los gastos efectuados mediante transferencia corriente (reintegro de gastos) por desplazamientos de enfermos, accidentados y sus acompañantes, así como las dietas por estancias en una localidad distinta a la residencia habitual del enfermo.

g) *Prótesis y aparatos terapéuticos.* Se incluyen en este apartado los gastos efectuados como transferencia corriente (reintegro de gastos) correspondientes a la entrega de prótesis ortopédicas permanentes o temporales, ayudas a la deambulación, así como las ayudas que pudieran darse para prótesis dentarias, y otras.

Los gastos de prótesis quirúrgicas fijas no se incluirán en este apartado, sino en el de servicios hospitalarios.

La clasificación económico-presupuestaria del gasto público distingue entre los siguientes conceptos de gasto:

– Remuneración de personal (incluye asimismo las cotizaciones a la Seguridad Social a cargo del empleador).

- Consumo intermedio (incluye los *otros impuestos ligados a la producción* —como el Impuesto sobre Bienes Inmuebles (IBI)— y también la carga financiera por intereses de deuda, depósitos, fianza, demora, etc.).
- Consumo de capital fijo.[126]
- Conciertos.
- Transferencias corrientes.
- Gasto de capital.

Las series del llamado *gasto territorializado* abarca los años 1995-2005 (criterio de caja) y 2002-2010 (criterio de devengo). El principal valor de la EGSP se centra en la presentación de los datos de gasto del antiguo territorio de Insalud desagregados y sumados a los propios de las respectivas Consejerías de Sanidad. Por su parte, las series territorializadas incluyen los datos de Insalud e Ingesa, fundaciones públicas sanitarias y comunidades autónomas (tanto las de gestión transferida como no transferida). Si lo comparamos con las series nacionales, la territorialización actual de la EGSP no cubre la información de la Administración central, las corporaciones locales, [127] el Instituto Social de la Marina y las mutuas patronales.

Partiendo de la rica información suministrada por la EGSP, el presente trabajo añade la desagregación funcional y económico-presupuestaria del gasto sanitario territorial realizado por las corporaciones locales. Asimismo distribuye por el gasto efectuado por la Administración central (en este caso sin desagregación funcional ni económico-presupuestaria). Con todo ello, la territorialización alcanza el 94% del total del gasto sanitario público, con mayor o menor detalle según los agentes públicos considerados.

Tanto en la ampliación de los datos de las entidades locales como en el de la Administración central, ha sido de gran utilidad la cada vez mejor información estadística suministrada por

[126] La problemática en la estimación del consumo de capital fijo se trata posteriormente en este mismo apartado.

[127] Las series históricas del periodo 1995-2005 sí contemplan la distribución territorial del gasto sanitario de las corporaciones locales, sin mayor detalle funcional ni económico-presupuestario. Sin embargo esta información desaparece en las actuales series 2002-2010.

el sector público en las diversas publicaciones citadas al inicio de estas notas metodológicas, así como las numerosas bases de datos elaboradas por el Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas (Ivie) para la Fundación BBVA, también anteriormente señaladas.

El método de estimación del gasto sanitario público utilizado en la EGSP se basa en el análisis de la demanda final, medida a través de la identificación de todos los agentes públicos que incurren en gasto sanitario, bien sea prestando asistencia sanitaria directamente o bien financiando a otros agentes. Este método de estimación por la vía de la demanda identifica, por tanto, no solo a los agentes que gastan directamente en servicios sanitarios, sino también a los agentes financiadores.

El SEC-95 ha proporcionado al método de estimación por la vía de la demanda dos nuevos conceptos: *gastos en consumo final* y *consumo final efectivo*, que delimitan aspectos importantes del consumo final. La finalidad de esta distinción es que el sistema de cuentas registre, diferenciadamente, cuál es la unidad que realiza el gasto —gasto en consumo final— y cuál es la que efectúa la adquisición o consumo —consumo final efectivo—, resaltando de esta forma el papel redistributivo que realizan las Administraciones Públicas, esencial en sectores como el sanitario. La diferencia entre ambos conceptos reside en el tratamiento de determinados bienes y servicios financiados por las Administraciones Públicas o las instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares (ISFLSH), pero suministrados a los hogares como transferencias sociales en especie.

Un buen ejemplo para visualizar el funcionamiento de estas magnitudes se encuentra en el caso de los productos farmacéuticos dispensados mediante receta médica del sistema de Seguridad Social, cuyo flujo de gasto se registraría de la siguiente forma:

1) Gasto en consumo final de las Administraciones Públicas = el importe pagado por las distintas Administraciones Públicas en concepto de farmacia = transferencias sociales en especie (gasto público).
2) Gasto en consumo final de los hogares = copago de los usuarios (gasto privado).

3) Gasto en consumo final del conjunto de la economía = importe de los medicamentos (dispensados con receta médica) consumidos por los hogares = gasto en consumo final de las Administraciones Públicas + gasto en consumo final de los hogares = consumo final efectivo (en medicamentos dispensados con receta médica)

No existe, pues, diferencia, considerando la economía en su conjunto, entre gasto en consumo final y consumo final efectivo. La diferencia aparece en el seno de cada sector institucional (Administraciones Públicas, ISFLSH, hogares).

La elaboración de una Cuenta Satélite supone un entorno de principios y reglas coherentes con el marco de la Contabilidad Nacional. No obstante, eso no significa que la comparación entre las magnitudes que se calculan en uno y otro sistema den lugar a una equivalencia inmediata. El referente más apropiado para buscar correlaciones entre la Contabilidad Nacional y la EGSP lo constituye el análisis de las cifras de esta última y el marco *input-output,* pero se presentan importantes dificultades atribuibles a los siguientes aspectos:

a) *Por los distintos enfoques de agregación de productos y ramas de actividad.* Por un lado, en la clasificación por productos de las tablas de origen y destino (TOD) existen determinadas rúbricas no identificadas directamente como sanitarias, por ejemplo los servicios de comercio, que incluyen componentes de producción sanitaria —los márgenes comerciales de las compras de las Administraciones Públicas al sector privado, como es el caso de farmacia—. Por otro lado, en la clasificación por ramas de actividad tampoco existe una correspondencia directa ya que la sanidad no de mercado se encuentra englobada en una rúbrica más amplia denominada: *actividades sanitarias y veterinarias, servicios sociales de no mercado de las Administraciones Públicas.*

b) *Por cuestiones relacionadas con las fronteras de gasto sanitario.* Es el caso de los componentes del consumo colectivo. Para la EGSP el consumo colectivo de administración, investiga-

ción y algunos conceptos de formación del personal sanitario es considerado como gasto sanitario, mientras que en Contabilidad Nacional estos consumos de carácter colectivo son imputados directamente a las grandes rúbricas de ramas de actividad en que se encuadran los mismos, por lo que queda como gasto en consumo final en servicios sanitarios, de mercado y no de mercado, la parte estrictamente asistencial, esto es, aquella susceptible de ser ofrecida a los hogares de forma individual.

c) *Por diferencias entre el modo de valoración.* Este aspecto se manifiesta, fundamentalmente, en la distinta valoración de la producción pública y se concreta en dos problemas de inclusión/exclusión:

– *Consumo de capital fijo* (CCF). La producción de bienes y servicios implica un desgaste de los bienes de capital que, en la producción de mercado, se incorpora al precio mediante las dotaciones para amortización. La Contabilidad Nacional contempla el consumo de capital fijo como un componente que debe incorporarse a la producción pública. La cuantía de este consumo es precisamente la diferencia entre los importes brutos y netos de las macromagnitudes del sistema.

  La EGSP se nutre, fundamentalmente, por apuntes de contabilidad presupuestaria, que en al caso de las Administraciones Públicas recoge movimientos de caja, por lo que no se dotan fondos de amortización. El Insalud sí efectuaba estas dotaciones, y el concepto se contabilizaba en los fondos transferidos a las comunidades autónomas, pero a partir de 1995 desaparecen de su contabilidad presupuestaria por aplicación de los criterios generales de la Administración que viene considerando que los gastos de conservación y mantenimiento hacen ilimitada la vida de los bienes de capital fijo.

  En consecuencia, la EGSP no incorpora, con carácter general, la valoración de esta magnitud dado que en las Administraciones Públicas no existe contabilidad patrimonial y, por lo tanto, no existe un cómputo del coste

de amortización de los activos de titularidad pública. Por este motivo debemos ser cautos ante la inclusión de esta partida en las tablas, por considerarla una variable ficticia.

La base de datos construida para el presente informe ha mantenido el CCF que presentaba la EGSP y lo ha completado con los siguientes matices:

- Previamente ya se ha indicado que la serie de CCF se altera a partir de 1995, por lo que resulta mucho mayor en los años anteriores al cambio. Al carecer de información para su territorialización, el CCF ha sido repartido durante el periodo 1991-1994 según el *stock* de capital sanitario del sector público en cada comunidad autónoma.
- El CCF de las corporaciones locales no ha sido territorializado por carecer de un método apropiado de reparto, debido a que la única información disponible se refiere al periodo 2002-2010 y, además, solo del agregado estatal.

– *Producción de mercado que realizan las Administraciones Públicas.* Este concepto recoge aquellos servicios que las Administraciones Públicas prestan, en condiciones de mercado, a otros agentes institucionales. La cuantía de estas ventas debería disminuir el valor de la producción pública, para ajustarla al valor de los bienes y servicios no de mercado. Tendría dos componentes principales:

- Ingresos de las Administraciones Públicas por servicios prestados a terceros privados.
- Diferencia entre el valor de la producción de los entes públicos que actúan en el mercado y el importe de las compras o transferencias recibidas de las Administraciones Públicas.

Serían, pues, necesarios dos ajustes para una aplicación totalmente coherente de la metodología empleada. El primero de

ellos, la inclusión de las dotaciones para los fondos de amortización, incidiría al alza en las cifras de gasto sanitario público; el segundo, relativo a la inclusión de la producción de mercado de las Administraciones Públicas se traduciría en un menor gasto público. El efecto conjunto sobre la cifra global del gasto no se estima como significativo, al ser las dos variables de signo opuesto y —de acuerdo con estimaciones muy preliminares— de no muy diferente magnitud.

Bibliografía

Acerete, Basilio, Anne Stafford y Pamela Stapleton. «Spanish healthcare public private partnerships: The "Alzira model"». *Critical Perspectives on Accounting* 22 (2011): 533-549.

Ahn Namkee, Javier Alonso y José A. Herce. «Gasto sanitario y envejecimiento de la población en España». *Documento de Trabajo* n.º 7. Bilbao: Fundación BBVA, 2003.

Albi, Emilio, José Manuel González Páramo y Guillem López Casasnovas. *Gestión Pública. Fundamentos, técnicas y casos.* Barcelona: Ariel, 1997.

Arizaleta, Laura, Joaquín Palomar, Mirari Márquez y Olga Monteagudo. «Impacto de la inmigración sobre la asistencia hospitalaria: frecuentación, casuística y repercusión económica». *Gaceta Sanitaria* 23 n.º 3 (2009): 208-215.

Arriola, Joaquín, Carlos Gómez y Xabier Andrés. *El impacto económico de la inmigración extracomunitaria en la Comunidad Autónoma del País Vasco.* Bilbao: Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco, 2008.

Arrow, Kenneth J. «Uncertainty and the welfare economics of medical care». *American Economic Review* 53 n.º 5 (1963): 941-973.

Barros, Pedro P. «The black box of health care expenditure growth determinants». *Health Economics* 7 n.º 6 (1998): 533-544.

Berra, Silvina y Josep María Elorza. «Salud y uso de servicios en los sistemas sanitarios en población autóctona e inmigrante de España». En *Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias AATRM* n.º 2007/2008. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Ciencia e Innovación. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Cataluña, 2009.

Bilal, Usuma y Javier Padilla. *Lectura crítica de documentos ajenos: El informe ASIST sobre modelos de gestión.* Mimeo, 2012. Disponible en http://www.somamfyc.com/LaSociedad/Noticias /tabid/73/ctl/ArticleView/mid/395/articleId/1843/Lectura-critica-de-documentos-ajenos-El-informe-IASIST-sobre-modelos-de-gestion.aspx.

Blanco, Ángela y Andrés Bustos. «El gasto sanitario público en España: Diez años de Sistema Nacional de Salud. Un método de análisis basado en la Contabilidad Nacional de España y previsiones hasta el año 2000». *Documento de Trabajo* n.º SGPS-96003. Madrid: Dirección General de Planificación, Secretaría de Estado de Hacienda, abril 1996.

Blanco, Ángela e Israel J. Thuissard. «Gasto sanitario e inmigración: una mirada en clave de integración». *Presupuesto y Gasto Público* 61 (2010): 93-132.

Blanco, Ángela, Rosa Urbanos e Israel J. Thuissard. «Evolución de la prestación real media en España por edad y sexo (1998-2008) y su repercusión en las proyecciones de gasto sanitario público». *Gaceta Sanitaria* (2013) [en prensa]. Disponible en http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.09.004.

Bosch, Núria. «La equidad horizontal en el modelo de financiación autonómica del 2009». *Informe IEB sobre Federalismo Fiscal 2011.* Barcelona: Institut d'Economia de Barcelona, 2011.

BROADBENT, Jane, Jas GILL y Richard LAUGHLIN. «Identifying and controlling risk: The problem of uncertainty in the private finance initiative in the UK's National Health Service». *Clinical Perspectives on Accounting* 19 (2008): 40-78.

CALDERÓN, Amaia, Luis A. GIMENO, Rosa MACIPE, Beatriz POBLADOR, Daniel BORDONABA y Alexandra PRADOS. «Primary care utilization patterns among inmigrant population in the Spanish National Health System». *BMC Public Health* 11 (2011): 432.

CALSAMIGLIA, Xavier. «En defensa del Estado del Bienestar contra sus entusiastas». En G. López Casasnovas, coord. *Análisis económico de la sanidad*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1994.

CAMPOY, Luis Fidel y Josep SANTACREU. «La colaboración público-privada en el marco del Sistema Nacional de Salud. El caso especial del modelo valenciano a propósito de la concesión de Denia». *Revista de Administración Sanitaria* 6 n.º 2 (2008): 297-321.

CES (Consejo Económico y Social). «Desarrollo autonómico, competitividad y cohesión social en el sistema sanitario». *Informe* 01/2010. Madrid: CES, 2010.

CESRM (Consejo Económico y Social de la Región de Murcia). *Financiación y Eficiencia del Sistema Sanitario Público de la Región de Murcia*. Murcia: CESRM, 2012.

CHANDRA, Amitabh, Jonathan GRUBER y Robin MCKNIGHT. «Patient cost-sharing and hospitalization offsets in the elderly». *American Economic Review* 100 (2010): 193-213.

COMISIÓN EUROPEA. *European Economic Forecast. Autumn 2012*. Bruselas, 2012.

DE LA FUENTE, Ángel. *La financiación territorial en España: Situación actual y propuestas de reforma*. Informe preparado para la Confederación Española de Organizaciones Empresariales, 2010. Disponible en http://pareto.uab.es/wp/2011/87811.pdf.

—. «La evolución de la financiación de las comunidades autónomas de régimen común, 1999-2009». *Working Paper* 889.11. Barcelona: Unitat de Fonaments de l'Anàlisi Econòmica (UFAE) e Institut d'Anàlisi Econòmica (IAE), 2011. Disponible en http://ddd.uab.cat/pub/worpap/2012/hdl_2072_196236/88911.pdf.

—. «El nuevo sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común: un análisis crítico y datos homogéneos para 2009 y 2010». *Documento de Trabajo* n.º 12/23. Bilbao: Fundación BBVA, 2012. Disponible en http://www.bbvaresearch.com/KETD/fbin/mult/WP_1223_tcm346-360838.pdf?ts=16122012.

DEL LLANO, Juan. *Sanidades autonómicas ¿solución o problema?* Madrid: Círculo de la Sanidad, 2009.

DEL LLANO, Juan, José Francisco MARTÍNEZ CANTARERO, Jordi GOL y Flor RAIGADA. «Análisis cualitativo de las innovaciones organizativas en hospitales públicos españoles». *Gaceta Sanitaria* 16 n.º 5 (2001): 408-416.

DEVEREAUX, P. J., Holger J. SCHÜNEMANN, Nikila RAVINDRAN, Mohit BHANDARI, Amit X. GARG, Peter T.-L. CHOI, Brydon J. B. GRANT, Ted HAINES, Cristina LACCHETTI, Bruce WEAVER, John N. LAVIS, Deborah J. COOK, David R.S. HASLAM, Terrence SULLIVAN y Gordon H. GUYATT. «Comparison of mortality between private for-profit and private not-for-profit hemodialysis centers». *JAMA* 288 n.º 19 (2002): 2.449-2.457.

DOMBERGER, Simon y Stephen RIMMER. «Competitive Tendering and Contracting in the Public Sector: A Survey». *International Journal of the Economics and Business* 1 n.º 3 (1994): 439-453.

FROUD, Julie. «The Private Finance Initiative: risk, uncertainty and the state». *Accounting, Organizations and Society* 28 (2003): 567-589.

FUNCAS (Fundación de las Cajas de Ahorros). *Panel de previsiones de la economía española.* Madrid: FUNCAS, 2012.

GARCÍA, Carlos M. «La prestación farmacéutica del mutualismo administrativo: balance y perspectivas». En *XXV Jornadas de economía de la salud.* Barcelona, 2005. Disponible en http://www.aes.es/Jornadas25/comunicaciones/output/87.pdf.

GARCÍA, Pilar. «Effects of public dental programs: PADI in the Basque Country». En *XXVI Jornadas de economía de la salud.* Toledo, 2006.

GENÉ, Joan. «Las Entidades de Base Asociativa: una innovación del siglo pasado que debe modernizarse». En *Integración Asistencial: ¿Cuestión de Modelos? Claves para un debate. Informe de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria.* Madrid: Grupo Saned, 2010. Disponible en http://www.sedap.es/documentos/Informe_SEDAP_2010.pdf.

GERDTHAM, Ulf-G., Jes SOGAARD, Fredrik ANDERSSON y Bengt JÖNSSON. «An econometric analysis of health care expenditure: a cross-section study of the OECD countries». *Journal of Health Economics* 11 (1992a): 63-85.

GERDTHAM, Ulf-G., Jes SOGAARD, Bengt JONSSON y Fredrik ANDERSSON. «A pooled cross-section analysis of the health care expenditures of the OECD countries». En R. Zweifel y H. E. Frech, eds. *Health Economics Worldwide.* Boston, Dordrecht y Londres: Kluwer Academic Publishers (1992b): 287-310.

GERDTHAM, Ulf-G., Bengt JÖNSSON, Maitland MACFARLAN y Howard OXLEY. «The determinants of health expenditure in the OECD countries: a pooled data analysis». En P. Zweifel, ed. *Health, the Medical Profession, and Regulation.* Boston, Dordrecht y Londres: Kluwer Academic Publishers (1998): 113-134.

GIANONI, Margherita y Theodore HITIRIS. «The regional impact of health care expenditure: The case of Italy». *Applied Economics* 34 (2002): 1.829-1.836.

GIMENO, Luis A. y Mónica LASHERAS. «Estudio de la frecuentación en Atención Primaria y del patrón de consumo farmacéutico según el origen de los pacientes (inmigrantes *vs.* autóctonos)». En *XXIX Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.* Barcelona, 2009.

GIMENO, Luis A., Javier ARMESTO, Rosa MACIPE y Rosa MAGALLÓN. «Comparative study of paediatric prescription drug utilization between the Spanish and immigrant population». *BMS Health Services Research* 9 (2009): 225.

GOBIERNO DE ESPAÑA. *Actualización del programa de estabilidad. Reino de España. 2012-2015.* Madrid, 2012.

GONZÁLEZ, Paula, José Luis PINTO y Nicolás PORTEIRO. *Teoría y política del copago en sanidad.* Mimeo. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía/Universidad Pablo de Olavide, 2010a.

GONZÁLEZ, Paula y Nicolás PORTEIRO. «Nuevos enfoques en el diseño de los copagos farmacéuticos». *Actual* n.º 48. Sevilla: Fundación Centro de Estudios Andaluces, 2010b.

HELLOWELL, Mark y Allyson M. POLLOCK. «New Developtment: The PFI: Scotland's Plan for Expansion and its Implications». *Public Money & Management* 27 n.º 5 (2007): 351-354.

—. «The private financing of NHS hospitals: politics, policy and practice». *Economic Affairs* 29 n.º 1(2009): 13-19.

HERNÁNDEZ, Cristina y Dolores JIMÉNEZ. «Salud y acceso a los servicios sanitarios en España: la realidad de la inmigración». *Documento de Estudios de Progreso EP 50/2010.* Madrid: Fundación Alternativas, 2010.

HERRERO, Ana, Jesús RUIZ HUERTA y Carmen VIZÁN. «La reforma de la financiación autonómica de 2009». *Revista d'Estudis Autonòmics i Federals* 11(2010): 169-205.

HUMA (Health for undocumented migrants and asylum seekers). *¿Tienen derecho las personas inmigrantes sin permiso de residencia y los solicitantes de asilo a la asistencia sanitaria en la UE? Comparativa general de dieciséis países.* Madrid: Red HUMA, 2010.

IASIST. *Evaluación de resultados de los hospitales en España según su modelo de gestión.* Barcelona: Iasist, 2012. Disponible en http://www.iasist.com/files/Modelos_gestion_0.pdf [consulta: 26 de diciembre de 2012].

IGAE (Intervención General de la Administración del Estado). *Avance de la actuación económica y financiera de las Administraciones Públicas.* Madrid, 2010.

—. *Avance de la actuación económica y financiera de las Administraciones Públicas.* Madrid, varios años.

—. *Cuentas de las Administraciones Públicas.* Madrid, varios años.

INE (Instituto Nacional de Estadística). *Censo de Población y Viviendas.* Madrid, 1991.

—. *Censo de Población y Viviendas.* Madrid, varios años.

—. *Contabilidad Nacional de España.* Madrid, varios años.

—. *Contabilidad Regional de España.* Madrid, varios años.

—. *Índice de Precios al Consumo.* Madrid, varios años.

—. *Padrón de habitantes.* Madrid, varios años.

—. *Proyección de la población de España a corto plazo (2011-2021).* Madrid, 2011.

INSTITUT D'ESTUDIS DE LA SALUT. *Avaluació dels models de provisió de serveis d'atenció primària a Catalunya. Resum executiu.* Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salud, 2006. Disponible en http://www.gencat.cat/salut/ies/html/ca/dir2629/resumexecutiu.pdf [consulta: 26 de diciembre de 2012].

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD. *Gestión clínica en los centros del INSALUD.* Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2001.

JEMIAI, Nadia, Sarah THOMSON y Elías MOSSIALOS. «An overview of cost sharing for health services in the European Union». *Euro Observer* 6 (2004):1-4.

JIMÉNEZ, Sergi y Natalia JORGENSEN. «Inmigración y demanda de seguros sanitarios». *Gaceta Sanitaria* 23 n.º 1 (2009a): 19-24.

JIMÉNEZ, Sergi, Natalia JORGENSEN y José María LABEAGA. «Inmigración y demanda de servicios sanitarios». En *Efectos económicos de la inmigración en España. Jornadas sobre inmigración.* Informe FEDEA. Madrid: Marcial Pons, 2009b.

JOUMARD, Isabelle, Christophe ANDRÉ, Chantal NICQ y Olivier CHATAL. «Health status determinants: lifestyle, environment, health care resources and efficiency». OCDE Economics Department *Working Papers* n.º 627. París: OCDE, 2008.

KEPHART, George, Chris SKEDGEL, Ingrid SKETRIS, Paul GROOTENDORST, John HOAR. «Effect of copayments on drug use in the presence of annual payment limits». *American Journal of Management Care* 13, 6, Pt. 2 (2007): 328-334.

KU, Leighton. «Health insurance coverage and medical expenditures of inmigrants and native-born citizens in the United States». *American Journal of Public Health* 99 n.º 7 (2009): 1.322-1.328.

LEDESMA, Alberto. «Entidades de base asociativa: un modelo de provisión asistencial participado por los profesionales sanitarios. Valoración actual y retos futuros». *Revista de Administración Sanitaria* 3 n.º 1 (2005): 73-81.

LEU, Robert E. «The public-private mix and international health care cost». En A. J. Culyer y B. Jonsson, eds. *Public and Private Health Care Service*s. Oxford: Basil Blackwell (1986): 41-63.

LÓPEZ, Nicolás A. y José María RAMOS. «Utilización de servicios sanitarios por pare de las poblaciones inmigrante y nativa en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia». *Gaceta Sanitaria* 23 supl. 1 (2009): 12-18.

LÓPEZ CASASNOVAS, Guillem. «Una reflexión sobre la financiación sanitaria y una propuesta de articulación de copagos basados en la renta». En J. Puig Junoy, coord. *La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria.* Informes FRC n.º 1. Barcelona: Fundación Rafael de Campalans (2007): 189-191.

LÓPEZ CASASNOVAS, Guillem, Jaume PUIG JUNOY, Juan José GANUZA e Ivan PLANAS. «Los nuevos instrumentos de la gestión pública. Servicio de Estudios de "la Caixa"». *Colección Estudios Económicos* 31 (2003).

LUBITZ, James, James BEEBE y Colin BAKER. «Longevity and Medicare Expenditures». *New England Journal of Medicine* 332 n.º 15 (1995): 999-1.003.

MAGUIRE, Maria. «Making Provision for Ageing Populations». *OECD Observer* 148 (1987): 4-9.

MANNING, Willard G., Joseph P. NEWHOUSE, Naihua DUAN, Emmett B. KEELER y Arleen LEIBOWITZ. «Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment». *The American Economic Review* 77 n.º 3 (1987): 251-277.

MARTÍN, José Jesús. «Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias». *Documento de Trabajo* n.º 14. Madrid: Fundación Alternativas, 2003. Disponible en http://www.falternativas.org/laboratory/documentos/documentos-de-trabajo/nuevas-formulas-de-gestion-en-las-organizaciones-sanitarias [consulta: 13 de mayo de 2012].

MARTÍN, José Jesús, María del Puerto LÓPEZ DEL AMO y María Dolores CANO. «Revisión de la literatura de los determinantes del gasto sanitario». En J. M. Cabasés, dir. *La financiación del gasto sanitario en España. Valoración del sistema de financiación, medida de la necesidad relativa y equidad.* Bilbao: Fundación BBVA, 2010.

MAS, Matilde y Vicent CUCARELLA. *Series históricas de capital público en España y su distribución territorial (1900-2005).* Bilbao: Fundación BBVA, 2007.

MAS, Matilde, Francisco PÉREZ y Ezequiel URIEL. *El stock y los servicios de capital en España y su distribución territorial y sectorial (1964-2010).* Bilbao: Fundación BBVA, 2011.

MASON, Anne, Andrew STREET y Rossella VERZULLI. «Private sector treatment centres are treating less complex patients than the NHS». *Journal of the Royal Society of Medicine* 103 (2010): 322-331.

MCKEE, Martin, Nigel EDWARDS y Rifat ATUN. «Public-private partnerships for hospitals». *Bulletin of the World Health Organizatio*n 84 (2006): 890-896.

MENÉNDEZ, Ángel. «La gestión indirecta de la asistencia sanitaria pública. Reflexiones en torno al debate sobre la privatización de la sanidad». *Revista de Administración Sanitaria* 6 n.º 2 (2008): 269-296.

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y COMPETITIVIDAD. *Actualización del programa de estabilidad.* Madrid: Ministerio de Economía y Competitividad, 2012.

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y HACIENDA. *Informe para el análisis del gasto sanitario.* Madrid: Instituto de Estudios Fiscales, 2005.

MINISTERIO DE HACIENDA Y ADMINISTRACIONES TERRITORIALES. *Liquidación de Presupuestos de las comunidades y ciudades autónomas.* Madrid: Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales, Secretaría General de Coordinación Autonómica y Local, varios años.

—. *Liquidación de Presupuestos de las entidades locales.* Madrid: Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales, Secretaría General de Coordinación Autonómica y Local, varios años.

—. *Liquidación del sistema de financiación autonómica.* Madrid: Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales, Secretaría General de Coordinación Autonómica y Local, varios años.

MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD. *Estadística de Gasto Sanitario Público. Series históricas 1960-2005 (criterio de caja).* Madrid, 2011.

—. *Estadística de Gasto Sanitario Público 2002-2010 (criterio de devengo).* Madrid, 2012.

MUSTARD, Cameron A., Patrica KAUFERT, Anita KOZYRSKYJ y Teresa MAYER. «Sex Differences in the Use of Healthcare Services». *New England Journal of Medicine* 338 n.º 23 (1998): 1.678-1.683.

NACIONES UNIDAS. *Clasificación funcional de los empleos de las Administraciones Públicas (CFAP/COFOG).* Nueva York: Naciones Unidas, 2000.

NAVARRO, María del Mar. *El copago sanitario: bases, evidencias y reflexiones. Implicaciones para el caso español.* Mimeo. Murcia: Universidad de Murcia, 2012.

NEWHOUSE, Joseph P. «Medical care expenditure: A cross national survey». *The Journal of Human Resource* 12 n.º 1 (1977): 115-125.

—. «Medical care cost: how much welfare loss?». *Journal of Economics Perspectives* 6 (1992): 3-21.

NEWHOUSE, Joseph P. y THE INSURANCE EXPERIMENT GROUP. *Free for all? Lessons from the Rand Health Insurance Experiment.* Cambridge, MA: Harvard University Press, 1993.

OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos). «Financing and delivering health care: a comparative analysis of OECD countries». *Social Policy Studies* n.º 4 (1987).

—. *Health at a Glance: Europe 2012.* París: OECD Publishing, 2012a. Disponible en http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-en; doi: 10.1787/5kmfxfq9qbnr-en.

—. *Stat Extracts Database.* París: OECD Publishing, 2012b. Disponible en http://stats.oecd.org/ [consulta: 5 de noviembre de 2012].

OCDE, EUROSTAT y OMS (Organización Mundial de la Salud). *A System of Health Accounts.* París: OECD Publishing, 2011; doi: 10.1787/9789264116016-en.

OMS (Organización Mundial de la Salud). *Informe sobre la salud en el mundo. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud.* Ginebra, 2000.

PARÍS, Valérie, Marion DEVAUX y Lihan WEI. «Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries». *OECD Health Working Papers* n.º 50. París: OECD Publishing, 2010.

PAULY, Mark V. «The economics of moral hazard: Comment». *American Economic Review* 58 n.º 3 (1968): 531-536.

PEDRAJA, Francisco y Alfonso UTRILLA. «Autonomía y equidad en el nuevo sistema de financiación autonómica». *Investigaciones Regionales* 1 (2010): 191-218.

PEIRÓ, S. «Eficiencia en la gestión hospitalaria pública: directa *vs.* privada por concesión». Entrada del 27/12/2012 del blog *Nada es Gratis.* Disponible en http://www.fedeablogs.net/economia/?p=27263.

PELLISÉ, Laura, Isabel TRUYOL, Ángela BLANCO y Francisco SÁNCHEZ. «Financiación sanitaria y proceso transferencial». En G. López Casasnovas, dir. y A. Rico, coord. *Evaluación de las políticas de servicios sanitarios en el Estado de las Autonomías* (tomo I). Bilbao: Fundación BBVA (2001): 163-287.

PÉREZ, Francisco, Vicent CUCARELLA, Abel FERNÁNDEZ y Laura HERNÁNDEZ. *Las diferencias regionales del sector público español.* Bilbao: Fundación BBVA, 2011.

POLLOCK, Allyson, Jean SHAOUL y Neil VICKERS. «Private finance and "value for money" in NHS hospitals: a policy in search of a rationale?». *BMJ* 324 (2002): 1.205-1.209.

PRIETO, Asunción, Antonio ALBERLO y Enrique MENGUAL. «El papel de la financiación público-privada de los servicios sanitarios». *Documento de Trabajo* n.º 99. Madrid: Fundación Alternativas, 2006. Disponible en http://www.falternativas.org/laboratorio/documentos/documentos-de-trabajo/el-papel-de-la-financiacion-publico-privada-de-los-servicios-sanitarios [consulta: 13 de mayo de 2012].

PUIG JUNOY, Jaume. «Aspectos macroeconómicos del gasto sanitario en el proceso de convergencia europea». *UPF Economics Working Paper* 73. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra, 1994.

—. «¿Qué papel debería tener la corresponsabilidad financiera individual en el futuro del Sistema Nacional de Salud?» En J. Puig Junoy, coord. *La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria.* Informes FRC n.º 1. Barcelona: Fundación Rafael de Campalans (2007): 11-38.

—. *¿Quién teme al copago? El papel de los precios en nuestras decisiones sanitarias.* Barcelona: Los Libros del Lince, 2012.

PUIG JUNOY, Jaume, David CASADO y Pilar GARCÍA. *L'impacte distributiu del financament a Catalunya. Estudi elaborat en el marc del conveni de collaboratió entre el CRES i el CATSALUT.* Barcelona: Universitat Pompeu Fabra, 2007.

—. *L'exempció del copagament i llurs efectes sobre el consum de medicaments.* Barcelona: Servei Català de la Salut, 2008. Disponible en http://www10.gencat.net/catsalut/archivos/farmacia/CAEIP/copagament_i_impacte_consum.pdf.

PUIG JUNOY, Jaume, Albert CASTELLANOS e Ivan PLANAS. «Análisis de los factores que inciden en la dinámica del crecimiento del gasto sanitario público. Registro histórico y proyecciones 2004-2013». En J. Puig Junoy, dir. y G. López Casasnovas y V. Ortún, coord. *¿Más recursos para la salud?* Barcelona: Masson, 2004a.

PUIG JUNOY, Jaume, Ivan PLANAS MIRET y Ana TUR PLATS. «Health Basket Proyect. Spanish Health Care Benefits Report». *VI European Research Framework Project.* Bruselas: Comisión Europea, 2004b.

PUIG JUNOY, Jaume y Vicente ORTÚN. «Cost efficiency in primary care contracting: a stochastic frontier cost function approach». *Health Economics* 13 (2004c): 1.149-1.165.

QUERCIOLI, Cecilia, Gabriele MESSINA, Sanjay BASU, Martin MCKEE, Nicola NANTE y David STUCKLER. «The effect of healthcare delivery privatization on avoidable mortality: longitudinal cross-regional results from Italy, 1993-2003». *Journal of Epidemiology & Community Health,* 2012. Disponible en dx.doi.org/10.1136/jech-2011-200640.

REGIDOR, Enrique, Belén SANZ, Pascual CRUZ, Lourdes LOSTAO, Elisabeth SÁNCHEZ y José Manuel DÍAZ. «La utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante en España». *Gaceta Sanitaria* 23 supl. 1 (2009): 4-11.

REINHARDT, Uwe, Peter S. HUSSEY y Gerard F. ANDERSON. «Cross-National ComParísons of Health Systems Using OECD Data, 1999». *Health Affairs* (Millwood) 21 n.º 3 (2002): 169-181.

RODRÍGUEZ, Marisol y Jaume PUIG JUNOY. «Por qué no hay que temer al copago». *Gaceta Sanitaria* 26 n.º 1 (2012): 78-79.

ROSADO, Luis. «La sostenibilidad y los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud: el modelo de concesión administrativa de la Comunidad Valenciana». *Revista de Administración Sanitaria* 8 n.º 1 (2010): 51-62.

SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, Jesús y José SÁNCHEZ MALDONADO. «Necesidades de gasto sanitario público inducidas por factores demográficos. Un análisis por comunidades autónomas». *Revista de Estudios Regionales* 8 (2009): 157-180.

—. «Necesidades de gasto sanitario público por factores demográficos: un análisis por Comunidades Autónomas». En J. M. Cabasés, dir. *La financiación del gasto sanitario en España. Valoración del sistema de financiación, medida de la necesidad relativa y equidad*. Bilbao: Fundación BBVA, 2010.

SEDAP (Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria). *Integración Asistencial: ¿Cuestión de Modelos? Claves para un debate. Informe de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria*. Madrid: Grupo Saned, 2010. Disponible en http://www.sedap.es/documentos/Informe_SEDAP_2010.pdf.

SHAOUL, Jean. «A critical financial analysis of the Private Finance Initiative: selecting a financing method or allocating economic wealth?». *Critical Perspectives on Accounting* 16 (2005): 441-471.

SOLOW, Robert. «A Contribution to the Theory of Economic Growth». *Quarterly Journal of Economics* 70 (1956): 65-94.

SPILLMAN, Brenda C. y James LUBITZ. «The Effect of Longevity on Spending for Acute and Long-term Care». *New England Journal of Medicine* 342 n.º 19 (2000): 1.409-1.415.

STOYANOVA, Alexandrina. *Equity and utilisation of primary, specialist and dental health services in Spain*. Proyecto de tesis. Barcelona: Universitat de Barcelona, 2004.

TRIVEDI, Amal, Husein MOLLO y Vincent MOR. «Increased ambulatory care copayments and hospitalizations among the elderly». *New England of Medicine* 362 (2010): 320-328.

URBANOS, Rosa y Ángela BLANCO. *Impacto del envejecimiento en el gasto público sanitario y sociosanitario para el período 2000-2050*. Mimeo. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2002.

URIEL, Ezequiel y Ramón BARBERÁN. *Las balanzas fiscales de las comunidades autónomas con la Administración Pública Central* (1991-2005). Bilbao: Fundación BBVA, 2007.

VALLOSERA, Laura, Carme SURINA y Marc SAEZ. «Inmigración y salud: necesidades y utilización de los servicios de atención primaria por parte de la población inmigrante en la región sanitaria Girona». *Revista Española de Salud Pública* 83 (2009): 291-307.

VECCHI, Veronica, Mark HELLOWELL y Francesco LONGO. «Are Italian healthcare organizations paying too much for their public-private partnerships?» *Public Money & Management* 30 n.º 2 (2010): 125-132.

WALDO, Daniel R., Sally SONNEFELD, David MCKUSICK y Ross ARNETT. «Health Expenditures by Age Group, 1977 and 1987». *Health Care Financing Review* 10 n.º 4 (1989): 111-120.

Índice de cuadros

CUADRO 1.1: Gasto sanitario total. Países OCDE, 1991-2010 24

CUADRO 1.2: Gasto sanitario total. Países OCDE, 1991-2010 25

CUADRO 1.3: Gasto sanitario total. Países OCDE, 1991-2010 26

CUADRO 1.4: Gasto sanitario público. Países OCDE, 1991-2010 31

CUADRO 1.5: Gasto sanitario público. Países OCDE, 1991-2010 32

CUADRO 1.6: Gasto sanitario público. Países OCDE, 1991-2010 33

CUADRO 1.7: Gasto sanitario según función de atención de la salud, 2010 39

CUADRO 1.8: Gasto sanitario según proveedor de atención de salud, 2010 43

CUADRO 1.9: Gasto sanitario según financiador de atención de salud, 2010 46

CUADRO 1.10: Gasto sanitario público en España. Clasificación económico-presupuestaria, 2002-2010 49

CUADRO 1.11: Gasto sanitario público en España. Clasificación funcional, 2002-2010 50

CUADRO 1.12: Gasto sanitario público en España. Distribución por sectores de gasto, 2002-2010 51

CUADRO 1.13: Gasto sanitario público en España. Distribución por comunidades autónomas, 2002-2010 52

CUADRO 1.14: Gasto sanitario público en España. Distribución por comunidades autónomas, 1991-2010 56

CUADRO 1.15: Gasto sanitario público en España. Distribución por comunidades autónomas, 1991-2010 57

CUADRO 1.16: Gasto sanitario público en España. Distribución por comunidades autónomas,1991 y 1996-2010 58

CUADRO 1.17: Gasto sanitario público realizado por comunidades autónomas, Insalud e Ingesa, 1991-2010 70

CUADRO 1.18: Gasto sanitario público realizado por comunidades autónomas, Insalud e Ingesa, 1991-2010 71

CUADRO 1.19: Gasto sanitario público realizado por comunidades autónomas, Insalud e Ingesa,1991 y 1996-2010 72

CUADRO 1.20: Gasto sanitario público realizado por comunidades autónomas, Insalud e Ingesa. Clasificación económico-presupuestaria, 1991-2010 80

CUADRO 1.21: Gasto sanitario público realizado por comunidades autónomas, Insalud e Ingesa. Clasificación económico-presupuestaria, 2010 81

CUADRO 1.22: Gasto sanitario público realizado por comunidades autónomas, Insalud e Ingesa. Remuneración del personal, 1991-2010 83

CUADRO 1.23: Gasto sanitario público realizado por comunidades autónomas, Insalud e Ingesa. Remuneración del personal, 1991-2010 84

CUADRO 1.24: Gasto sanitario público realizado por comunidades autónomas, Insalud e Ingesa. Remuneración del personal, 1991 y 1996-2010 85

CUADRO 1.25: Gasto sanitario público realizado por comunidades autónomas, Insalud e Ingesa. Clasificación funcional, 1991-2010 91

CUADRO 1.26: Gasto sanitario público realizado por comunidades autónomas, Insalud e Ingesa. Clasificación funcional, 2010 92

CUADRO 1.27: Gasto sanitario público realizado por comunidades autónomas, Insalud e Ingesa. Servicios hospitalarios y especializados, 1991-2010 96

CUADRO 1.28: Gasto sanitario público realizado por comunidades autónomas, Insalud e Ingesa. Servicios hospitalarios y especializados, 1991-2010 97

CUADRO 1.29: Gasto sanitario público realizado por comunidades autónomas, Insalud e Ingesa. Servicios hospitalarios y especializados, 1991 y 1996-2010 98

CUADRO 1.30: Gasto sanitario público realizado por comunidades autónomas, Insalud e Ingesa. Servicios primarios de salud, 1991-2010 100

CUADRO 1.31: Gasto sanitario público realizado por comunidades autónomas, Insalud e Ingesa. Servicios primarios de salud, 1991-2010 101

CUADRO 1.32: Gasto sanitario público realizado por comunidades autónomas, Insalud e Ingesa. Servicios primarios de salud, 1991 y 1996-2010 102

CUADRO 1.33: Gasto sanitario público realizado por comunidades autónomas, Insalud e Ingesa. Farmacia, 1991-2010 106

CUADRO 1.34: Gasto sanitario público realizado por comunidades autónomas, Insalud e Ingesa. Farmacia, 1991-2010 107

CUADRO 1.35: Gasto sanitario público realizado por comunidades autónomas, Insalud e Ingesa. Farmacia, 1991 y 1996-2010 108

CUADRO 2.1: Coeficientes de gasto relativo por grupos de edad 121
CUADRO 2.2: Tasa anual de variación del gasto sanitario público realizado por las comunidades autónomas y por el Insalud, 1991-2010 125
CUADRO 2.3: Tasa anual de variación del factor demográfico, 1991-2010 126
CUADRO 2.4: Tasa anual de variación del factor inflación, 1991-2010 . 127
CUADRO 2.5: Tasa anual de variación del factor residual, 1991-2010 .. 128
CUADRO 2.6: Contribución del factor demográfico al crecimiento del gasto sanitario público realizado por las comunidades autónomas y por el Insalud, 1992-2010 ... 129
CUADRO 2.7: Contribución del factor inflación al crecimiento del gasto sanitario público realizado por las comunidades autónomas y por el Insalud, 1992-2010 130
CUADRO 2.8: Contribución del factor residual al crecimiento del gasto sanitario público realizado por las comunidades autónomas y por el Insalud, 1992-2010 131
CUADRO 2.9: Contribución de los factores determinantes del crecimiento del gasto sanitario público realizado por las comunidades autónomas y por el Insalud. Promedios, 1991-2010 y 2002-2010..... 133
CUADRO 2.10: Contribución de los factores determinantes del crecimiento del gasto sanitario público en volumen realizado por las CC.AA. y por el Insalud. Promedios 137
CUADRO 2.11: Estimación por mínimos cuadrados ordinarios de los determinantes del crecimiento del factor residual, 2002-2009 y 1991-2010..... 141
CUADRO 2.12: Elasticidad de la tasa de variación del factor residual respecto de sus factores determinantes, 2002-2009 y 1991-2010..... 145
CUADRO 2.13: Tasa anual de variación del factor inflación ampliado, 2002-2009 148
CUADRO 2.14: Tasa anual de variación del factor residual redefinido, 2002-2009 149
CUADRO 2.15: Tasa anual de variación del factor demográfico, 2002-2009 150
CUADRO 2.16: Contribución del factor inflación aumentado al crecimiento del gasto sanitario público realizado por las comunidades autónomas y por el Insalud, 2003-2009..... 151
CUADRO 2.17: Contribución del factor residual redefinido al crecimiento del gasto sanitario público realizado por las comunidades autónomas y por el Insalud, 2003-2009..... 152

CUADRO 2.18: Contribución del factor demográfico al crecimiento del gasto sanitario público realizado por las comunidades autónomas y por el Insalud, 2003-2009 153

CUADRO 2.19: Contribución de los factores determinantes del crecimiento del gasto sanitario público realizado por las comunidades autónomas y por el Insalud. Promedios para el periodo 2002-2009 antes y después de redefinir el factor residual 154

CUADRO 2.20: Elasticidad de la tasa de variación del factor residual redefinido respecto de sus factores determinantes 156

CUADRO 2.21: Estimación por efectos fijos y efectos aleatorios de los determinantes del crecimiento del gasto sanitario público, 1991-2010 160

CUADRO 2.22: Estimación por efectos fijos y efectos aleatorios de los determinantes del crecimiento del gasto sanitario público según el enfoque residual, 2002-2009 y 1991-2010 164

CUADRO 2.23: Elasticidad de la tasa de variación del gasto sanitario público respecto de sus factores determinantes, 2002-2009 y 1991-2010 167

CUADRO 3.1: Gasto relativo por grupos de edad en tanto por uno por funciones de gasto sanitario 175

CUADRO 3.2: Crecimiento medio anual del gasto sanitario total observado y predicho por comunidades autónomas 187

CUADRO 3.3: Crecimiento medio anual del gasto sanitario predicho por funciones y comunidades autónomas, 2010-2016 190

CUADRO 3.4: Gasto sanitario total per cápita observado y predicho por comunidades autónomas, 1991-2016 194

CUADRO 3.5: Índice de gasto sanitario per cápita por funciones y comunidades autónomas, 2010-2016 195

CUADRO 3.6: Crecimiento medio anual 2010-2016 predicho del factor precios implícitos y del factor tecnológico por comunidades autónomas 197

CUADRO 4.1: Recursos no financieros de las comunidades autónomas, 2002-2010 211

CUADRO 4.2: Presupuestos liquidados de las comunidades autónomas. Ingresos no financieros, 2002-2010 215

CUADRO 4.3: Presupuestos liquidados de las comunidades autónomas. Ingresos no financieros, 2002-2010 216

CUADRO 4.4: Presupuestos liquidados de las comunidades autónomas. Ingresos no financieros, 2002-2010 217

CUADRO 4.5: Recursos proporcionados por el sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común 221

CUADRO 4.6: Recursos proporcionados por el sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común..... 223

CUADRO 4.7: Relación porcentual entre el gasto sanitario y los recursos proporcionados por el sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común, 2002-2010 229

CUADRO 4.8: Previsiones de crecimiento del gasto sanitario público en las comunidades autónomas españolas, 2010-2016.... 233

CUADRO 4.9: Elasticidad estimada de los recursos no financieros de las comunidades autónomas españolas respecto del PIB nacional y autonómico 236

CUADRO 4.10: Requerimientos de crecimiento económico nacional y autonómico medio anual para lograr la sostenibilidad del sistema sanitario público autonómico hasta el año 2016..... 237

CUADRO 4.11: Previsiones de crecimiento de la economía española..... 239

CUADRO 4.12: Requerimientos de crecimiento económico nacional para lograr la sostenibilidad del sistema sanitario público autonómico en los años 2014 y 2015..... 241

CUADRO 4.13: Previsiones de crecimiento del deflactor implícito del PIB 243

CUADRO 4.14: Escenarios de evolución del PIB nominal para España .. 244

CUADRO 4.15: Escenarios de evolución de la ratio gasto sanitario público sobre el PIB 244

CUADRO 5.1: Cobertura de una cesta básica de servicios sanitarios en 19 países de la UE, 2010 (o más reciente)..... 252

CUADRO 5.2: Cobertura sanitaria a extranjeros irregulares en la UE... 265

CUADRO 7.1: El copago en la UE-27 306

CUADRO 7.2: Evolución del copago farmacéutico en España 313

CUADRO 7.3: Estructura del nuevo copago articulado por el Real Decreto Ley 16/2012..... 314

CUADRO A.2.1: Clasificación funcional de la atención de la salud..... 347

CUADRO A.3.1: Clasificación según proveedores de atención sanitaria... 350

CUADRO A.4.1: Clasificación según financiadores de atención sanitaria. 354

Índice de gráficos y esquemas

GRÁFICO 1.1: PIB per cápita y gasto sanitario total en porcentaje del PIB, 2010 ... 28

GRÁFICO 1.2: Proporción del gasto sanitario público y privado sobre el total, 2010 ... 29

GRÁFICO 1.3: Gasto sanitario total en porcentaje sobre el PIB en España en relación con el promedio de la OCDE ... 30

GRÁFICO 1.4: Gasto sanitario público en porcentaje sobre el PIB, 1991 y 2010 ... 35

GRÁFICO 1.5: Gasto sanitario privado en porcentaje sobre el PIB, 1991 y 2010 ... 35

GRÁFICO 1.6: Gasto sanitario total per cápita, 2010 ... 36

GRÁFICO 1.7: Gasto sanitario público per cápita, 1991 y 2010 ... 37

GRÁFICO 1.8: Contribuciones del gasto público y privado al crecimiento del gasto sanitario total en el periodo 1991-2010 ... 38

GRÁFICO 1.9: Gasto en medicamentos y otros productos médicos perecederos, 2010 ... 41

GRÁFICO 1.10: Gasto sanitario según función de atención de la salud, 2010 ... 42

GRÁFICO 1.11: Gasto sanitario según proveedor de atención de la salud, 2010 ... 45

GRÁFICO 1.12: Gasto sanitario según financiador de atención de la salud, 2010 ... 47

GRÁFICO 1.13: Gasto sanitario público por categorías económicas, 2010 ... 53

GRÁFICO 1.14: Gasto sanitario público por funciones, 2010 ... 53

GRÁFICO 1.15: Gasto sanitario público por sectores, 2010 ... 54

GRÁFICO 1.16: Territorialización del gasto sanitario público, 2010 ... 54

GRÁFICO 1.17: Evolución del gasto sanitario público, 1991-2010 ... 59

GRÁFICO 1.18: Gasto sanitario público territorializado en porcentaje sobre el PIB, 1991 y 2010 ... 61

GRÁFICO 1.19: Evolución del gasto sanitario público territorializado, 1991-2010 ... 62

GRÁFICO 1.20: Relación entre el gasto sanitario público en porcentaje del PIB y el PIB per cápita de las comunidades y ciudades autónomas, 2010 63

GRÁFICO 1.21: Gasto público sanitario territorializado por habitante, 2010 64

GRÁFICO 1.22: Gasto público sanitario territorializado por habitante equivalente, 2010 65

GRÁFICO 1.23: Gasto público sanitario territorializado por habitante, 1991 y 2010 66

GRÁFICO 1.24: Evolución del gasto sanitario público de las comunidades autónomas, Insalud e Ingesa en porcentaje sobre el PIB, 1991-2010 69

GRÁFICO 1.25: Gasto público sanitario por habitante de comunidades autónomas e Ingesa, 2010 73

GRÁFICO 1.26: Gasto público sanitario por habitante equivalente de comunidades autónomas e Ingesa, 2010 74

GRÁFICO 1.27: Gasto público sanitario por habitante de comunidades autónomas, Insalud e Ingesa, 1991 y 2010 75

GRÁFICO 1.28: Gasto sanitario público per cápita de comunidades autónomas, Insalud e Ingesa y su evolución en el periodo 1991-2010 76

GRÁFICO 1.29: Composición del gasto sanitario público de comunidades autónomas e Ingesa por categorías económicas, 2010 77

GRÁFICO 1.30: Evolución de la estructura por categorías económicas del gasto sanitario público de comunidades autónomas, Insalud e Ingesa, 1991-2010 78

GRÁFICO 1.31: Estructura por categorías económicas del gasto sanitario público de comunidades autónomas e Ingesa, 2010 79

GRÁFICO 1.32: Remuneraciones al personal como porcentaje del gasto sanitario público total de comunidades autónomas, Insalud e Ingesa, 1991 y 2010 82

GRÁFICO 1.33: Gasto público sanitario por habitante de comunidades autónomas e Insalud. Remuneración del personal, 2010 86

GRÁFICO 1.34: Contribuciones al crecimiento del gasto sanitario público de comunidades autónomas, Insalud e Ingesa de las diferentes categorías económicas que lo integran, 1991-2010 87

GRÁFICO 1.35: Composición del gasto sanitario público de comunidades autónomas e Ingesa por funciones, 2010 89

GRÁFICO 1.36: Evolución de la estructura por funciones del gasto sanitario público de comunidades autónomas, Insalud e Ingesa, 1991-2010 90

GRÁFICO 1.37: Estructura por funciones del gasto sanitario público de comunidades autónomas e Ingesa, 2010 93

GRÁFICO 1.38: Gasto en servicios hospitalarios y especializados como porcentaje del gasto sanitario público total de comunidades autónomas, Insalud e Ingesa, 1991 y 2010 94

GRÁFICO 1.39: Gasto público sanitario por habitante de comunidades autónomas e Ingesa. Servicios hospitalarios y especializados, 2010 95

GRÁFICO 1.40: Gasto en servicios primarios de salud como porcentaje del gasto sanitario público total de comunidades autónomas e Ingesa, 1991 y 2010 99

GRÁFICO 1.41: Gasto público sanitario por habitante de comunidades autónomas e Ingesa. Servicios primarios de salud, 2010 99

GRÁFICO 1.42: Índices de gasto per cápita en servicios hospitalarios y especializados y en servicios primarios de salud de las comunidades autónomas, promedio 2002-2010 104

GRÁFICO 1.43: Gasto en farmacia como porcentaje del gasto sanitario público total de comunidades autónomas, Insalud e Ingesa, 1991 y 2010 105

GRÁFICO 1.44: Tasas anuales de variación del gasto sanitario público de comunidades autónomas, Insalud e Ingesa y del gasto en farmacia, 1992-2010 109

GRÁFICO 1.45: Gasto público sanitario por habitante de comunidades autónomas e Ingesa. Farmacia, 2010 110

GRÁFICO 1.46: Contribuciones al crecimiento del gasto sanitario público de comunidades autónomas, Insalud e Ingesa de las diferentes funciones de gasto, 1991-2010 111

GRÁFICO 3.1: Ritmo de crecimiento anual de la población por comunidades autónomas, 2011-2016 176

GRÁFICO 3.2: Ratio población con 15 años o menos sobre población con 65 años o más en 2011 y 2016 por comunidades autónomas 177

GRÁFICO 3.3: Porcentaje de población con 75 años o más años en 2011 y 2016 por comunidades autónomas 179

GRÁFICO 3.4: Perfiles de gasto sanitario per cápita por grupos edad y comunidad autónoma en 2010 180

GRÁFICO 3.5: Perfiles de gasto sanitario per cápita en la función hospitalaria por grupos de edad y comunidad autónoma en 2010 182

GRÁFICO 3.6: Perfiles de gasto sanitario per cápita en la función de asistencia primaria por grupos de edad y comunidad autónoma en 2010 183

GRÁFICO 3.7: Perfiles de gasto sanitario per cápita en farmacia por grupos de edad y comunidad autónoma en 2010 185

GRÁFICO 3.8: Índice de evolución del gasto sanitario per cápita total por comunidades autónomas, 1991-2016 188

GRÁFICO 3.9: Contribuciones al crecimiento medio anual 2010-2016 del gasto sanitario total de las diferentes funciones de gasto por comunidades autónomas 191

GRÁFICO 3.10: Índice del crecimiento medio anual predicho 2010-2016 por comunidades autónomas 199

GRÁFICO 3.11: Descomposición en sus factores explicativos de la tasa media de crecimiento predicha para el gasto sanitario de las comunidades autónomas, 2010-2016 200

GRÁFICO 3.12: Índice de gasto per cápita por comunidades autónomas en 2010 y 2016 201

GRÁFICO 4.1: Recursos no financieros de las comunidades autónomas. Tasas anuales de variación, 2002-2010 210

GRÁFICO 4.2: Recursos no financieros de las comunidades autónomas. Estructura porcentual, 2002-2010 212

GRÁFICO 4.3: Ingresos no financieros liquidados de las comunidades autónomas por habitante, 2002 y 2010 214

GRÁFICO 4.4: Recursos proporcionados por el sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común. Tasas de variación, 2002-2010 220

GRÁFICO 4.5: Recursos liquidados por el sistema de financiación autonómica por habitante, 2002 y 2010 224

GRÁFICO 4.6: Financiación efectiva a competencias homogéneas por habitante ajustado, 2010 225

GRÁFICO 4.7: Relación porcentual entre el gasto sanitario y los ingresos de las comunidades autónomas. Total comunidades autónomas, 2002-2010 226

GRÁFICO 4.8: Variación en puntos porcentuales de la ratio entre gasto sanitario e ingresos de las comunidades autónomas, 2002-2010 228

GRÁFICO 4.9: Relación entre el gasto sanitario y los recursos proporcionados por el sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común, 2002-2010 231

GRÁFICO 4.10: Evolución del gasto sanitario y de los ingresos de las comunidades autónomas de régimen común, 2002-2010 231

ESQUEMA 6.1: Árbol de decisión para optar por la producción propia (pública) o la compra de servicios (contratación externa) 281

ESQUEMA 6.2: Formas organizativas y de gestión de los servicios sanitarios 282

ESQUEMA A.5.1: Flujos financieros del sistema sanitario español desde la reforma del año 2002 359

Índice alfabético

Abellán, J. M., 19, 397
Alberlo, A., 280, 282, 285
Albi, E., 278
Alonso, J., 172
Anderson, G. F., 172
Ahn, N., 172
Andrés, X., 273
aportaciones *v. también* copago, 53, 110, 254, 313-314, 316-317, 335-336
Arizaleta, L., 272
Arriola, J., 273
Arrow, K., 299
asegurado, 254, 257n, 257-259, 260n, 260-262, 262n, 265c, 266, 268, 273, 275, 300, 329-331
asistencia sanitaria, 13, 17, 28, 53, 55, 87, 118, 120, 122, 136, 158, 205n, 246, 251, 253-254, 256-264, 256n-257n, 260n-261n, 265c, 266-270, 266n-267n, 273-275, 277, 282, 286, 300, 321, 327, 329-330, 332-333, 341, 344, 361-363, 366-397
gestión de, 205n, 277
Atun, R., 289, 291n

Baker, C., 172
Barberán, R., 52c, 54g, 56c-58c, 59g, 61g-64g, 66g, 69g, 70c-72c, 73g, 75g-76g, 78g-79g, 80c-81c, 82g, 83c-85c, 86g, 87g, 89g, 90g, 91c-92c, 93g-95g, 96c-98c, 99g, 100c-102c, 105g, 106c-108c, 109g-111g, 180g, 182g-183g, 185g, 187c, 188g, 190c, 191g, 194c-195c, 197c, 199g-201g, 226g, 228g, 229c, 231g, 356
Beebe, J., 172
Berra, S., 272
Bilal, U., 293
Blanco, A., 117-118, 120, 157, 175n, 273
Bosch, N., 207n
Broadbent, J., 290

Calderón, A., 272
Calsamiglia, 18
Campoy, L. F., 291n
Casado, D.
Castellanos, A. 64, 65g, 74
cartera común
básica, 271, 271n, 313n
de servicios, 271n
accesorios, 271n, 313n
del Sistema Nacional de Salud, 316n
suplementaria, 271n, 313n, 315-316, 316n, 318-319, 336
Casado, D., 303, 317
Castellanos, A., 117, 119, 120, 175n
Catálogo Nacional de Centros de Atención Primaria, 139, 139n
Catálogo Nacional de Hospitales, 139, 139n
CESRM (Consejo Económico y Social de la Región de Murcia), 119, 138, 155, 314c, 315
CFAP (Clasificación Funcional de las Administraciones Públicas), 358, 360
Chandra, A., 304
CMA (cirugía ambulatoria), 294
CMBD (conjunto mínimo básico de datos), 121
CNE (Contabilidad Nacional de España), 124n
coeficiente de gasto relativo, 117, 121c, 157
COFOG (Classification of the Functions of Government), 358, 360
Comisión Europea, 238, 239c, 243c, 266, 305, 305n
comunidades autónomas, 12, 19-20, 34, 51c-52c, 53, 54n, 55, 56c-58c, 59-60, 67-68, 70c-72c, 73-75, 74g-75g, 77-79, 77g-79g, 80c-81c, 82g, 83c-85c, 86, 86g-87g, 89-90, 89g-90g, 91c-92c, 93, 93g-94g, 95, 96c-98c, 99g, 100-101, 102c, 104g, 105, 106c-108c,

110g, 110, 111g, 113-116, 118, 122, 122n, 123-124, 125c, 132-133, 133c, 134-136, 138, 140, 142c, 148-151, 151c, 152, 152c, 153, 153c-154c, 155, 159, 160c, 161-163, 168-170, 172-175, 176, 176g, 177, 177g, 178-179, 179g, 180-182, 184-186, 187c, 188, 188g, 189, 190c, 191, 191g, 192-193, 194c-195c, 196, 197c, 198-199, 199g, 200, 200g, 201, 201g, 202, 203, 205-206, 206n, 207, 207n, 209, 211c, 212, 212g, 213, 214g, 215c, 216, 217c, 218-223, 224g, 225, 225g, 226, 226g, 227-228, 228g, 229c, 231g, 232, 233c, 234, 234n, 235, 236c, 238-242, 242n, 244-248, 255, 267-269, 274, 283, 285n, 286, 291, 297, 304, 317, 321, 342, 355-356, 360, 365, 368
concesiones *v. también* CPP, 290, 290n, 292, 294, 333
administrativas, 279, 281n, 286
de obra pública, 281-282, 282c, 285, 291, 297, 332, 334
consorcios, 278n, 279, 282e, 284, 296, 332, 334
consumos intermedios, 48, 77-78, 86, 88, 88n, 118
en centros de atención primaria, 141c, 145, 156, 156c, 164c, 167c
hospitalarios, 12, 141c, 143, 144, 145, 145c, 146, 155, 156c, 164c, 166, 167c, 169, 170, 324
copago *v. también* aportaciones, 13, 20, 271n, 300, 304, 306c, 314c, 316n, 317-318, 320, 334-335, 354c, 265c
asistencial, 308, 315
en atención especializada ambulatoria, 309
en atención primaria, 308-309
en hospitalización *v. también* gastos hoteleros, 310
en urgencias, 311
evitable, 319, 337
farmacéutico, 254, 274n, 301, 303, 314-316, 336
evolución del, 312, 313c,
fijo, 301, 307
impacto del, 302-303
legitimación teórica del, 299
modalidad de, 301
porcentual, 308, 312
proporcional, 301, 308, 319
sistemas de, 305, 307
coste-efectividad, 294, 300, 300n, 301, 319
balance, 319, 337
razón, 336
CPP (colaboración público privada), 281, 281n, 288, 291n, 292, 295
crecimiento económico, 20, 117n, 157, 159, 162, 170, 232-233, 235, 236c, 237, 237c, 238-240, 241c, 242, 246-248, 325, 328-329
Cucarella, V., 12, 19, 52c, 56c-58c, 70c-72c, 78g-79g, 80c-81c, 82g, 83c-85c, 86g-87g, 89g-90g, 91c-92c, 93g-95g, 96c-98c, 99g, 100c-102c, 105g, 106c-108c, 109g-111g, 180g, 182g-183g, 185g, 187c, 188g, 190c, 191g, 194c-195c, 197c, 199g-201g, 226g, 228g, 229c, 231g, 356

DBFO (diseño, construcción, financiación y operativo), 285
DDD (dosis diaria definida), 303n
De la Fuente, 207, 207n, 224n, 225g
Del Llano, 279, 287-288
Devereaux, 295
Domberger, 280

EBA (entidades de base asociativa), 284-285, 288, 297
Edwards, N., 289, 291n
EEE, 258-259, 259n, 260-261, 264, 264n, 266-270, 305
EGSP (estadísticas de gasto sanitario público), 342-343, 343n, 355-356, 358, 360, 365-369
elasticidad, 132n, 144-145, 145c, 146, 155-156, 156c, 158, 161, 166-167, 167c, 168, 170, 234-235, 238-240, 247, 304-305, 324, 327, 237c, 241c
estimada, 162, 166, 236c
precio de la demanda, 304
renta, 158, 162, 170, 234-235, 238, 325
Elorza, J. M., 272
enfoque
de la descomposición, 117
del residual, 19, 59n, 117, 119, 122, 124n, 136, 138, 144, 155, 157, 162-163, 164c-166c, 168-170, 324
narrativa y cifras, 291
entes de derecho público, 284
entidades públicas empresariales, 279

extranjeros *v. también* inmigrantes, 159, 160c, 255-256, 256n, 258, 260-264, 265c, 268-269, 272, 274-275, 329, 331

factor
cobertura, 117-118
demográfico, 20, 59n, 65, 119, 121-123, 123n, 124, 126c, 129c, 132, 132n, 133c, 135-136, 137c, 147, 150, 150c, 151, 153, 153c-154c, 161, 163, 169, 172, 178-179, 185-186, 188, 196, 202, 239, 247, 324-326
inflación, 117-118, 120, 127c, 130c, 132, 132n, 133-135, 144, 146-149, 151-152, 154, 163, 168-169, 178, 198, 324
aumentado, 147, 324
precios implícitos, 197
residual, 19, 117, 119-120, 128c, 131c, 132, 132n, 133c, 134-136, 137c, 138-140, 141c, 142c, 144-145, 145c, 146-147, 149, 149c, 150-152, 152c, 154, 154c, 155-156, 156c, 163, 168-169, 173, 178, 196, 197c, 198, 200, 202-203, 324, 326
farmacia, 40, 44, 48, 50c, 88n, 89, 90, 91c-92c, 105g, 106c-108c, 109, 109g-110g, 112, 115, 117, 143, 145c, 147, 165c, 175c, 184, 185g, 189, 190c, 195c, 202, 312-314, 318, 318n, 323, 336, 351c, 361, 364, 366-367
FMI (Fondo Monetario Internacional), 238, 239c, 240, 242, 248, 328-329
Froud, J., 290
Funcas (Fundación de las Cajas de Ahorros de España), 238, 239c, 243c
función
de asistencia primaria, 103, 183, 183g, 184, 189, 196
farmacia 108-110, 116, 184, 192, 196
hospitalaria, 181-182, 188, 192, 196, 202
fundaciones, 278n, 279-280, 292, 296, 332, 334, 365

garantía sanitaria, 205n
García, C. M., 303
García Gómez, P., 303-304, 317
gasto farmacéutico, 40, 88n, 121n, 303, 323
gasto sanitario, 27-28, 39c, 42, 42g, 43c, 44, 45g, 46c, 47g, 59n, 60-61, 65, 65g, 68, 73, 79, 82, 82g, 104g, 111-115, 118n, 121n, 125c, 129c-133c, 137c, 151c-152c, 154c, 167c, 172-173, 178, 180-181, 183-184, 188, 191-192, 201-203
anticipado, 189
autonómico, 161, 209, 235, 322
composición del, 77, 77g, 78, 89, 89g, 113
contribuciones al crecimiento del, 87g, 111g, 154
determinantes del, 12, 19, 202
estructura del 77, 89-90
evolución del, 13, 19, 23, 34, 55, 59g, 62g, 67, 69g, 87-88, 110, 117, 122, 132n, 157-159, 168, 188g, 231g, 321
financiación del, 12, 205, 326
funciones de, 175c
índice de, 16, 30, 195c, 200
necesidades de, 74, 171
perfil de, 118, 157, 179, 180g, 182g-183g, 185, 185g
per cápita 64, 75-76, 180g, 182g-183g, 185g, 188g, 195c, 200, 273
por funciones, 90, 174, 175c
predicho, 190c
previsiones de crecimiento del, 233c
privado, 34, 35g, 37, 343
proyecciones de, 157, 179, 196, 244, 248, 328
público, 12-13, 15-16, 19-20, 23, 23n, 29, 29g, 31c-33c, 34, 35g, 36-37, 37g, 48, 49c-52c, 53, 53g, 54, 54g, 55, 56c-58c, 59, 59g, 61g-62g, 63, 63g, 67, 69g, 70c-72c, 76g, 77, 77g-79g, 80c-81c, 82, 83c-85c, 86-89, 89g-90g, 91c-92c, 93g-94g, 96c-98c, 100c-102c, 105, 105g, 106c-108c, 109, 109g, 110, 111g, 112-114 , 117-120, 122-123, 123n, 124, 132n, 133-140, 143, 146, 148-150, 152-155, 157, 159, 160c, 161-163, 164c-165c, 166, 166c, 168-171, 179, 196, 205, 232, 233c, 240-242, 244, 248, 321-325, 328, 342-343, 355, 357, 365-366, 370
relativo, 121c, 157, 157c
territorializado, 66
total, 15, 23, 23n, 24c, 25c, 26c, 28g, 29, 30g, 36, 36g, 38, 38g, 40, 45, 108-109, 116, 120, 186, 187c, 191g, 194c, 198, 200, 202, 285n, 321, 325
gastos hoteleros *v. también* copago en hospitalización, 310, 310n

GDA (Hospitales de Gestión Directa Administrativa), 292, 294
Gené, J., 285, 288
Gerdtham, U., 27
gerencialismo, 296
Gill, J., 290
Gimeno, L. A., 272
Gobierno de España, 238-239, 239c, 240, 243c, 247-248, 328
Gómez, C., 273
González, P., 302, 305, 306c, 319
González Páramo, J. M., 278
GRD (grupos relacionados de diagnóstico), 121n, 293-294
Gruber, J., 304
Grupo de Análisis de Gasto Sanitario, 65g
grupo de edad, 65g, 104g, 118, 174, 181

Hellowell, M., 289, 289n, 290
Herce, J. A., 172
Hernández, C., 271, 356
Herrero, A., 208n
HiT (Health Systems in Transition), 305, 305n
HUMA (Health for Undocumented Migrants and Asylum Seekers), 263n, 265c
Hussey, P. S., 172

ICHA (International Classification for Health Accounts), 341n, 343-344, 347c, 348c, 350c-351c, 354c
IGAE (Intervención General de la Administración del Estado), 209, 210g, 211c, 212g
INE (Instituto Nacional de Estadística), 59g, 61g-64g, 66g, 69g, 73g, 86g, 57c, 58c, 71c-72c, 85c, 98c, 102c, 108c, 123-124, 125c-127c, 174-175, 176g, 179, 202, 214g, 216c-217c, 223c, 224g,
Ingesa (Instituto Nacional de Gestión Sanitaria), 60-68, 70c-72c, 73, 73g, 74g, 75, 75g-78g, 79, 79g, 80c-81c, 82g, 83c-85c, 86-87, 87g, 89g-90g, 91c-92c, 93, 93g-95g, 96c-98c, 99g, 100c-102c, 105, 105g, 106c-108c, 109g, 110, 110g, 111g, 114-116, 266n, 267, 269, 322-323, 360, 365
ingresos no financieros *v. también* recursos no financieros, 213, 214g, 215c-217c, 219
inmigrantes *v. también* extranjeros, 13, 262-264, 265c, 270, 270n, 271-274, 274n, 275, 330-331
Insalud (Instituto Nacional de la Salud), 60, 67-68, 69g, 70c-72c, 75, 75g, 76g, 78g, 79, 80c-81c, 82g, 83c-85c, 86, 86g-87g, 90g, 91c-92c, 93, 94g, 96c-98c, 100c-102c, 105, 105g, 106c-108c, 109g, 110, 111g, 114-116, 123-124, 125c, 129c-131c, 133, 133c, 136, 137c, 138, 140, 151c-154c, 162, 278, 283, 322-323, 355, 360, 365, 368
institutos clínicos, 278, 283, 287, 332
IRPF (Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas), 207, 219n, 314n, 317, 320
ISFAS (Instituto Social de las Fuerzas Armadas), 312
ITE (Ingresos Tributarios del Estado), 205n
IVA (Impuesto sobre el Valor Añadido), 207, 218n

Jemiai, N., 302
Jiménez Rubio, D., 271
Jiménez Martín, S., 272
Jorgensen, N., 272

Kephart, G., 319
Ku, L., 271

Labeaga, J. M., 272
Lasheras, M., 272
Laughlin, R., 290
LCSP (Ley de Contratos del Sector Público), 279
Ledesma, A., 285
Leu, R., 27, 158
Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, 256n, 273, 313n
Ley de extranjería, 256, 262, 268
Ley de Medidas Fiscales y Administrativas del Nuevo Sistema de Financiación Autonómica, 257n
Ley de Presupuestos Generales del Estado, 257, 257n
Ley Fundacional del Seguro Obligatorio de Enfermedad, 254n
Ley General de Salud Pública, 253n, 256n, 256, 260
Ley Orgánica sobre Derechos y libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social, 256n
LGS (Ley General de Sanidad), 255

LOFAGE (Ley de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado, 279, 284
LOFCA (Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas), 206-207, 218, 245, 326
Longo, F., 290
López, N., 158, 272, 319
López Casasnovas, G., 278, 280, 281e, 288n
Lubitz, J., 172

Maguire, M., 172
Martín, J. J., 158, 277, 280, 282e
Martínez, J. E., 19
Mas, M., 52c, 54g, 56c-58c, 66g, 70c-72c, 78g-79g, 80c-81c, 82g, 83c-85c, 86g-87g, 89g-90g, 91c-92c, 93g-95g, 96c-98c, 99g, 100c-102c, 105g, 106c-108c, 109g-111g, 180g, 182g-183g, 185g, 187g-188g, 190c, 191g, 194c-195c, 197c, 199g-201g, 226g, 228g, 229c, 231g, 356
McKee, M., 289, 291n
McKnight, R., 304
MCO (mínimos cuadrados ordinarios), 140, 141c-142c, 178, 234, 236c
medicina preventiva, 304
Méndez, I., 19
Menéndez, A., 277
Mengual, E., 280, 282e, 285n
Ministerio de Economía y Hacienda, 65, 74, 103, 104g, 118, 118n, 120, 121c, 125c-126c, 174, 175c, 202
Ministerio de Hacienda y Administraciones Territoriales, 52c, 56c-58c, 59g, 61g-64g, 66g, 69g, 70c-72c, 73g, 75g-76g, 78g-79g, 80c-81c, 82g, 83c-85c, 86g-87g, 89g-90g, 91c-92c, 93g-95g, 96c-98c, 99g, 100c-102c, 105g, 106c-108c, 109g-111g, 180g, 182g-183g, 185g, 187c, 188g, 190c, 191g, 194c-195c, 197c, 199g-201g, 214g, 215c-217c, 220g, 221c, 223c, 224g, 226g, 228g, 229c, 231g, 356
Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 49c-52c, 53g-54g, 56c-57c, 58g-59g, 61g-64g, 69g, 70c-72c, 73g, 75g-79g, 80c-81c, 82g, 83c-85c, 86g-87g, 89g-90g, 91c-92c, 93g-95g, 96c-98c, 99g, 100c-102c, 105g, 106c-108c, 109g-111g, 180g, 182g-183g, 185g, 187c, 188g, 190c, 191g, 194c-195c, 197c, 199g-201g, 226g, 228g, 229c, 231g, 355
MISSOC *(Mutual Information System on Social Protection in the EU Member State and the European Economic Area),* 305, 305n
modelo Alzira, 286, 291, 297, 333
modelo sanitario, 251, 253, 257
Mollo, H., 305
Mor, V., 305
Mossialos, E., 302
MUFACE (Mutualidad de Funcionarios de la Administración del Estado), 303, 312
MUGEJU (Mutualidad General Judicial), 312
Mustard, C., 172

narrative and numbers approach v. enfoque *narrativa y cifras*
Navarro, M., 306c
Newhouse, J. P., 27, 119, 158, 302n

OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico), 15-16, 19, 23, 23n, 24c, 25c-26c, 27-28, 28g, 29, 29g, 30, 30g, 31c-33c, 34, 35g, 36, 36g, 37, 37g, 38g, 38n, 39c, 40, 41g, 42g, 43c, 44-45, 45g, 46c, 47, 47g, 112-113, 172, 238, 239c, 243c, 251, 252c, 321, 323, 341, 341n, 342-343, 344n, 348c, 351c, 354c
OFG (hospitales con otras formas de gestión), 292-295
OMS (Organización Mundial de la Salud), 16-17, 38n, 342, 348c, 351c, 354c
organismos autónomos, 279, 363
Ortún, V., 289

Paasche, índice de precios de, 118
Padilla, J., 293
Pauly, M., 299
Pedraja, F., 207n
Pellisé, L., 120
Pérez García, F., 52c, 56c-58c, 59g, 61g-64g, 66g, 69g, 70c-72c, 73g, 75g-76g, 78g-79g, 80c-81c, 82g, 83c-85c, 86g-87g, 89g-90g, 91c-92c, 93g-95g, 96c-98c, 99g, 100c-102c, 105g, 106c-108c, 109g-111g, 180g, 182g-183g, 185g, 187c, 188g, 190c, 191g, 194c-195c, 197c, 199g-201g, 226g, 228g, 229c, 231g, 356

personal sanitario, 280, 343n, 346, 348c, 361-362, 368
PFI (Private Finance Initiative), 281, 285, 287, 289, 289n, 290, 290n, 292n, 297, 332, 334
PIB (producto interior bruto), 15-16, 20, 23n, 25c, 27-28, 28g, 29-30, 30g, 32c, 34, 35g, 38, 39c, 40, 41g, 42, 43c, 45, 46c, 48, 55, 57c, 59g, 60-61, 61g-63g, 68, 69g, 71c, 112-114, 124n, 205n, 208, 213, 216c, 233-235, 236c, 238-239, 242, 242n, 243, 243c, 244, 244c, 248, 321-322, 328, 344
evolución del, 243, 244c
Pinto, J. L., 302, 305-306, 319
Planas, I., 64, 65g, 74, 117, 119, 120, 175n, 313c
Pollock, A. M., 289, 289n, 290
Porteiro, N., 302, 305, 306c, 319
PPA (paridad de poder adquisitivo) 23, 24c, 26c, 27, 29, 31c, 33c, 36g-37g, 112
PPP (Public Private Partnership) *v. también* CPP, 281n
prestación sanitaria, 118, 122, 137, 258, 324
media, 117, 122, 136, 144, 147, 198, 323
Prieto, A., 280, 282e, 285n
privatización, 277, 288n, 332
formal, 277, 279, 284, 295
funcional, 277, 279, 284
proyecciones de población a corto plazo, 175, 202
Puig, J., 64, 65g, 74, 117, 119-120, 175n, 289, 301, 303, 313c, 317, 319

Ramos, J. M., 272
ratio, 20, 59-61, 65, 74, 105, 114, 177, 177g
gasto sanitario/ingresos, 228, 233, 242, 244c, 248, 328
de sostenibilidad, 230, 327
Real Decreto Ley 16/2012, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, 20, 253, 253n, 254, 256-258, 260-261, 264, 265c, 266, 268, 270, 273, 307, 312-313, 313n, 314c, 315, 318, 329, 335
REF (Régimen Especial Fiscal Canario), 218n-219n
reformas, 13, 18, 20, 206-207, 209, 240-242, 245, 248, 253, 277-278, 281, 325-326, 328-329, 331-332, 343
Regidor, E., 272
Reinhardt, U., 172
residual
enfoque del, *v.* factor residual
factor, *v.* factor residual
Rimmer, S., 280
Rodríguez, M., 303
Ruiz Huerta, J., 208n

Saez, M., 272
salud, 38, 39c, 42, 42g, 103, 138, 175c, 251, 270-272, 295-296, 300-302, 304-305, 318, 330-331, 334-335, 345-346, 347c-348c, 349, 353-354, 358, 359e, 361-363
servicios públicos de, 11, 19, 139, 230, 278-279, 286, 328
Sánchez Fernández, J., 118, 157, 172
Sánchez Maldonado, J., 118, 157, 172
Santacreu, J., 291n
SCN (Sistema de Cuentas Nacionales), 342, 342n
Seguridad Social, 29, 45, 46c, 47, 51c, 53, 54g, 60, 73, 87, 205n, 251-254, 254n, 255, 256n, 257-259, 259n, 260-261, 261n, 266, 266n, 267, 267n, 268-269, 273-274, 313n, 329, 348c, 351c, 353, 354c, 364, 366
seguro sanitario, 251, 252
basado en el valor, 337
privado, 46c, 47, 251-252, 268, 272, 351c, 353, 354c, 359e
servicios
especializados, 93, 103, 104, 141c, 145c, 146, 156c, 164c, 167c, 272-273, 360-361
extrahospitalarios, 117, 362
hospitalarios, 48, 50c, 53g, 89, 89g, 90, 90g, 91c-92c, 93g, 94, 94g-95g, 96c-98c, 103, 104g, 110-111, 111g, 113, 115, 117, 121n, 141c-142c, 143, 145c, 147, 156, 156c, 164c-165c, 167c, 323, 360-361, 364
primarios de salud, 48, 50c, 53g, 89, 89g, 90, 90g, 91c-92c, 93g, 95, 99g, 100c-102c, 104g, 104, 111, 111g, 115, 289, 323, 360, 362
sanitarios
cobertura de, 251, 252c, 261n
demanda de, 272, 302
Shaoul, J., 290, 290n

sistema de financiación autonómica, 218-219, 220g, 221c, 223c, 224g, 257n
sistema sanitario, 13, 15-16, 18, 20, 112, 119, 136, 146, 175, 178, 208, 232-233, 237c, 237-241, 241c, 242, 246-248, 251, 253-255, 262, 266, 273, 283, 328-329, 333, 342, 358, 359e, 362
sostenibilidad del, 18, 232-233, 237, 237c, 241, 241c, 242, 247-248, 328-329
SNS (Sistema Nacional de Salud), 15, 17-18, 251, 253-255, 256n, 257, 261, 266, 268-269, 271n, 280-283, 285-286, 288n, 292-293, 297, 299-301, 303, 313n, 315-316, 319-321, 329, 334, 336, 342
sociedades mercantiles públicas, 279, 284, 296
sostenibilidad, 12-13, 15, 17, 20, 104, 115, 136, 205, 225, 228, 230, 232, 235, 238-240, 246-248, 253n, 290, 321, 323, 327, 328
Spillman, B., 172
SSO (Seguro Social Obligatorio), 251-255
Surina, C., 272

Thomson, S., 302
Thuissard, I. J., 118, 120, 157, 175n, 273
Trivedi, A., 305
TRLGSS (Texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social), 254, 257
TSI (tarjeta sanitaria individual), 256, 256n, 261, 267, 269, 274, 274n

UE (Unión Europea) 23, 27, 252, 252c, 258-259, 259n, 260, 260n, 261, 263, 263n, 264n, 265c, 266, 266n, 267-268, 270, 274, 305, 305n, 306c, 308-310, 330
unidades de gestión clínica, 283, 283n, 287, 296, 332
Urbanos, R., 117-118, 120, 157, 175n
Uriel, E., 52c, 56c-58c, 59g, 61g-64g, 66g, 69g, 70c-72c, 73g, 75g-76g, 78g-79g, 80c-81c, 82g, 83c-85c, 86g-87g, 89g-90g, 91c-92c, 93g-95g, 96c-98c, 99g, 100c-102c, 105g, 106c-108c, 109g-111g, 180g, 182g-183g, 185g, 187c, 188g, 190c, 191g, 194c-195c, 197c, 199g-201g, 226g, 228g, 229c, 231g, 356
UTE (Unión Temporal de Empresas), 286, 286n, 291
Utrilla, A., 207n

Vallosera, L., 272
Vecchi, V., 290
Vickers, N., 290
Vizán, C., 208n

Waldo, 172

Nota sobre los autores

EQUIPO INVESTIGADOR

Director

José María Abellán Perpiñán
(Universidad de Murcia y Grupo de Trabajo en Economía de la Salud)

Investigadores

Jorge Eduardo Martínez Pérez
(Universidad de Murcia y Grupo de Trabajo en Economía de la Salud)

Ildefonso Méndez Martínez
(Universidad de Murcia y Grupo de Trabajo en Economía de la Salud)

Fernando Ignacio Sánchez Martínez
(Universidad de Murcia y Grupo de Trabajo en Economía de la Salud)

Autor de la base de datos

Vicent Cucarella Tormo
(Ivie)

Edición

Jessica Piqueras Ruano
Susana Sabater Millares
Julia Teschendorff Cooper
(Ivie)

José María Abellán Perpiñán es doctor en Ciencias Económicas y Empresariales, profesor titular de Economía Aplicada de la Universidad de Murcia, y miembro del Grupo de Trabajo en Economía de la Salud (GTES) y de la Junta Directiva de la Asociación de Economía de la Salud (AES). Participa regularmente en numerosos proyectos de investigación relacionados con la medición de preferencias en la salud y asistencia sanitaria. Ha publicado numerosos artículos sobre economía de la salud en varias de las revistas más prestigiosas del ramo, de las que también es evaluador, así como varias monografías sobre la evaluación económica de la sanidad. Es experto asesor del Comité Regional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Región de Murcia.

Vicent Cucarella Tormo es licenciado en Ciencias Económicas y Empresariales por la Universidad de Valencia (1990) y técnico de investigación del Ivie desde 1992. Sus principales áreas de investigación son el stock de capital, las cuentas públicas y el sistema de financiación autonómica, sobre las que ha publicado diversas monografías.

Jorge Eduardo Martínez Pérez es doctor en Economía, profesor contratado doctor por la Universidad de Murcia, así como miembro del Grupo de Trabajo en Economía de la Salud (GTES). Ha publicado diversos artículos sobre economía de la salud y el valor de la vida estadística en revistas nacionales e internacionales y participa en diversos proyectos de investigación relacionados con estas temáticas.

Ildefonso Méndez Martínez es doctor en Economía y profesor titular de Economía Aplicada de la Universidad de Murcia, así como miembro del Grupo de Trabajo en Economía de la Salud (GTES). Sus áreas de especialización son la economía laboral, la evaluación económica y la economía de la salud, temas sobre los que ha publicado diversos trabajos en revistas nacionales e internacionales.

Fernando Ignacio Sánchez Martínez es doctor en Ciencias Económicas, Empresariales y profesor titular de Economía Aplicada de la Universidad de Murcia, así como miembro del Grupo de Trabajo en Economía de la Salud (GTES). Es autor de diversos artículos y monografías sobre economía de la salud y de los servicios sanitarios, y ha participado en numerosos proyectos de investigación en el ámbito de la evaluación económica de la sanidad. Es experto asesor del Comité Regional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Región de Murcia.

Las políticas deberían contar siempre con el mejor conocimiento científico-técnico como punto de partida. Ello permitiría contemplar todas las alternativas existentes y elegir aquellas que contribuyan a alcanzar el máximo bienestar social posible a partir de los recursos disponibles. Este principio general, en momentos de grave tensión económica y presupuestaria se acentúa, si cabe, dado el esfuerzo que deben adoptar los gobernantes para justificar y explicar sus medidas a la ciudadanía.
La evolución de nuestro nivel de gasto sanitario y la identificación de los determinantes de su crecimiento, el planteamiento de escenarios de evolución futura de las necesidades de gasto sanitario público, el análisis del modelo de financiación de las comunidades autónomas, los cambios en la regulación del derecho a la asistencia sanitaria, el estudio de las fórmulas de gestión de servicios sanitarios públicos y de la aportación del usuario en la financiación del servicio (copago) son los temas tratados en esta obra con rigor, lucidez e inteligencia, por un equipo de reconocidos profesionales en el campo del análisis económico de los servicios sanitarios.
Este libro, sin duda alguna, será de referencia en el campo académico, pero también será de consulta obligada para el ciudadano bien informado y debiera serlo para gobernantes y decisores sanitarios inteligentes.

Juan Oliva Moreno
Presidente de la Asociación de Economía de la Salud
Profesor de Análisis Económico
Universidad de Castilla-La Mancha

Tirios y troyanos, legos o profesionales, disfrutarán con este trabajo que, en su primera parte, identifica de forma útil y rigurosa –con técnicas econométricas de datos de panel–, los determinantes, suficientemente desagregados, del gasto sanitario público. Pistas, por tanto, para orientar acciones futuras y base de proyecciones de gasto sanitario público por comunidades autónomas, de las que se sigue la necesidad insoslayable de implantar reformas que estabilicen la relación entre recursos disponibles y gasto.
Y son precisamente tres de esas reformas las que se analizan en la segunda parte del libro. Primera: el que el derecho a la asistencia haya dejado de ser universal y excluya inmigrantes en situación irregular puede ser equivocado tanto sanitaria como económicamente. Segunda: no está claro que las nuevas formas de gestión y los partenariados público-privado aporten ventajas; se precisa mayor transparencia, tanto en gestión pública como privada, para evaluar experimentos que, con una regulación adecuada, podrían ser socialmente beneficiosos. Tercera: un cambio en los copagos mejorable si se acude, entre otras vías, a los copagos evitables.
Se agradece, finalmente, la oportunidad de la obra: honesta, experta y, además, muy bien escrita.

Vicente Ortún Rubio
Decano de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales
Universidad Pompeu Fabra

Fundación BBVA

ISBN 978-84-92937-45-5
9788492937455
www.fbbva.es